



PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

pod redakcją:
dr A. Baranowskiej
dr K. Klimaszewskiej
prof. E. Krajewskiej-Kułąk
Tom II



PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

TOM II

PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

UNIwersytet Medyczny w Białymstoku



PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ TOM II

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Anny Baranowskiej

Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak

Białystok 2020

PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. Andrei Shpakou

Uniwersytet im. Janka Kupały w Grodnie

Dr n. o zdr. Grzegorz Bejda

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ul. Kilińskiego 1 Białystok

Wydanie I

Białystok 2020

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

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

ISBN komplet 978-83-952075-7-0

ISBN II tom - 978-83-957032-6-3

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

”Druk:” RobotA, 15–501 Białystok, ul. Baranowicka 115/302

*„Otwórz szeroko oczy i rozejrzyj się,
czy ktoś nie potrzebuje trochę czasu, trochę uwagi.
Może jest to człowiek samotny albo zgorzkniały, albo chory, albo niedołężny.
Może starzec, a może dziecko.
Nie pomini okazji, gdy możesz coś z siebie ludziom ofiarować jako człowiek”.*

Albert Schweitzer

SŁOWO WSTĘPNE

Słowo „pacjent” pojawia się w literaturze medycznej we wszystkich możliwych odmianach. W brzmieniu anglojęzycznym – *patient* – oznacza człowieka cierpiącego. W języku łacińskim (od słowa *pati*) – *patientis* – oznacza cierpieć. W polskim słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych „pacjent” - określa chorego, zwłaszcza będącego pod opieką lekarza albo zgłaszającego się do niego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała go jako osobę korzystającą z usług medycznych, ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego, czy ta osoba jest zdrowa, czy chora. W Polsce „pacjent” oznacza każdego, kto wszedł do systemu opieki zdrowotnej, powierzając mu swoje zdrowie.

Kim jest więc pacjent? Czy jest nim chory oczekujący na wizytę u lekarza, potrzebujący pomocy pielęgniarki, fizjoterapeuty, czy też psychologa? Czy jest nim tylko człowiek leżący w szpitalu, w sanatorium, hospicjum? Człowiek niepełnosprawny, czy także osoba zdrowa? Co warunkuje uznanie kogoś za pacjenta?

Edward Deming twierdzi, że *„Każdy zna swojego klienta, a jeżeli nie wie, kim jest ten klient, jakie są jego oczekiwania... to nie rozumie swojej pracy”*.

Jakie więc zadania wyznacza pacjent dla pracowników ochrony zdrowia? Czego od nich oczekuje? Co i w jaki sposób mogą mu oni zaoferować?

Elisabeth Kübler Ross przekonywała, że: *„Troską i miłością można uzdrowić wielu cierpiących ludzi. Nie chcę przez to powiedzieć, że wiedza medyczna nie jest potrzebna, lecz sama tylko wiedza nikomu nie pomoże. Nie pomożecie ani jednemu człowiekowi, jeśli nie zaangażujecie przy tym głowy, serca i duszy. W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się, że niezależnie od tego czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami”*.

Czy faktycznie nastąpiły zmiany w postrzeganiu pacjenta i przestrzeganiu jego praw, a poszanowanie jego godności i niezależności, zaś dbałość o zapewnienie mu komfortu bio-psycho-społecznego stały się, obok podstawowego procesu leczenia, naczelnym celem działań zespołu terapeutycznego?

A może jest tak, jak twierdził Paracelsus, że *„Dobra medycyna bez dobrej opieki jest równie nieużyteczna, jak dobra opieka pozbawiona dobrej medycyny”*?

Mamy nadzieję, że na te i inne pytania znajdziecie Państwo odpowiedź w II tomie monografii. Podobnie jak tom I, zawiera ona wiele treści, które zdaniem autorów pomogą scharakteryzować trudności terapeutyczno-pielęgniacyjne w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem w podnoszeniu jego jakości życia. Istotne jest bowiem, aby posługując się słowami św. Augustyna *„Jeśli do łóża chorego nie podejździecie z miłością, próżna będzie wasza wiedza i daremny wasz trud”*, zrozumieć naszego pacjenta i okazać mu należyty szacunek i empatię.

dr Anna Baranowska
dr Krystyna Klimaszewska
prof. Elżbieta Krajewska-Kula

WYKAZ AUTORÓW

lic. piel. Patrycja Adamczyk

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Bożena Baczewska

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Anna Baranowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr Paulina Baranowska

Absolwentka pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła
Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

mgr Julia Bednarczyk

Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Psarskiego
w Ostrołęce

lic. Klaudia Boguska

Absolwentka licencjat Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła
Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz – Król

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Paweł Buczyński

Absolwent Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki
i Przedsiębiorczości w Łomży

dr n. o zdr. Jolanta Celej-Szuster

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny w Lublinie

dr n. med. Monika Chorąży

Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. o zdr. Urszula Chrzanowska

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku, Wyższa Szkoła Medyczna
w Białymstoku

mgr Katarzyna Czykier

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lic. Ewa Dąbkowska

Absolwentka Wydziału Medycznego, Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

dr n. med. Cecylia Dolińska

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

mgr Barbara Drugow

Absolwentka Wydziału Medycznego, Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

mgr Agnieszka Dziubonos

Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego Biała Podlaska, Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa

lic. piel. Paulina Grochowska

Absolwent Instytutu Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, UPH Siedlce

lic. piel. Iga Grygiel

Absolwent Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Dorota Habryluk

Specjalistyczna Przychodnia Alergologiczna NZOZ Centrum Alergologii w Lublinie, Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

dr n. med. Anna Irzmańska-Hudziak

Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Barbara Jankowiak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr plg. Agnieszka Kośko

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Beata Kropornicka

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. Magdalena Krzykowska

Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

dr n. med. Ewa Krzyżanowska

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. piel. Klaudia Kuczyńska

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

lic. piel. Klementyna Kukielka

Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Lublinie

dr n. med. Ewa Kulbaka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Lublinie

lic. piel. Dominika Kulec

Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Lublinie

lic. piel. Martyna Liwak

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Marta Łuczyk

Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Robert Łuczyk

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr hab. n. o zdr. Cecylia Łukaszuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lic. Mateusz Łukasz Markiewicz

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Uniwersytecki Szpital
Kliniczny w Białymstoku

dr n. med. Anna Mróz

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Bożena Muraczyńska

Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Elżbieta Nowicka

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. o zdr. Beata Janina Olejnik

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

dr n. med. Cecylia Olszak

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Dominik Panasiewicz

Absolwent kierunku Fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. o zdr. Ewa Perkowska

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Katarzyna Piasecka

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. piel. Kinga Płokita

Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym, Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa

dr n. med. Elżbieta Przychodzka'

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. piel. Katarzyna Radzikowska

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. piel. Piotr Rejent

Absolwent Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, UPH Siedlce,
Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Łukowie

dr n. med. Hanna Rolka

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lic. piel. Aleksandra Seń

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n med. Zdzisława Szadowska – Szlachetka

Zakład Onkologii - Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk
o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n.med. Katarzyna Szwajkosz

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

dr n. med. Agnieszka Wawryniuk

Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Anna Wereda

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

mgr Marta Wiewiórska

Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Kliniczny
w Białymstoku

lic. Aleksandra Wiśław

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr Katarzyna Wiśniewska

Absolwentka Akademii Humanistyczno - Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Wydziału
Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa

mgr Kamila Wnorowska

Oddział Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

mgr Dominik Zarzecki

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Uniwersytecki Szpital
Kliniczny w Białymstoku, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

lic. piel. Sylwia Zienkiewicz

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWAŁ	20
ROLA PIELĘGNIARKI W EDUKACJI I PIELĘGNOWANIU PACJENTKI Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWAŁ PIERSI PO CHEMIOTERAPII	21
ALEKSANDRA WIĘSŁAW, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA	
OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO DOTYCZĄCA PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO	57
PAULINA BARANOWSKA, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM JELITA GRUBEGO Z WYŁONIONAŁ STOMIĄ	88
KLAUDIA BOGUSKA, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA	
BADANIA INWAZYJNE W DIAGNOSTYCE CHORYCH NA RAKA PŁUC	113
AGNIESZKA KOŚKO, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA, CECYLIA DOLIŃSKA, BEATA JANINA OLEJNIK	
ZNACZENIE BADAŃ INWAZYJNYCH W DIAGNOSTYCE CHORYCH NA RAKA PŁUC	131
AGNIESZKA KOŚKO, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA, CECYLIA DOLIŃSKA, HANNA ROLKA	
OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM Z NOWOTWOREM PŁUC - STUDIUM PRZYPADKU	148
BEATA KROPORNICKA, IGA GRYGIEL, BOŻENA BACZEWSKA, EWA KRZYŻANOWSKA, AGNIESZKA WAWRYNIUK, ELŻBIETA NOWICKA, BOŻENA MURACZYŃSKA, ELŻBIETA PRZYCHODZKA	
WIEDZA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W ZAKRESIE PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	160
KATARZYNA PIASECKA, ANNA WEREDA, JOLANTA CELEJ-SZUSTER, ANNA IRZMAŃSKA-HUDZIAK	
WIEDZA KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI I CZYNNIKÓW RYZYKA RAKA SZYJKI MACICY	181
KAMIŁA WNOROWSKA, BEATA KOWALEWSKA	
ROZDZIAŁ II OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBACH UKŁADU NERWOWEGO.	213
ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM DOTKNIĘTYM STWARDNIENIEM ROZSIANYM W OKRESIE ZAOSTRZENIA OBJAWÓW CHOROBOWYCH	214
JOLANTA CELEJ-SZUSTER, DOMINIKA KULEC, ELŻBIETA PRZYCHODZKA, KATARZYNA PIASECKA	
ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM.	235
KLAUDIA KUCZYŃSKA, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA, MONIKA CHORAŁŻY	
OPIEKA NAD PACJENTEM Z UDAREM NIEDOKRWIENNYM MÓZGU PODDANEGO LECZENIU TROMBOLITYCZNEMU	268
SYLWIA ZIENKIEWICZ, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA	
PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA PO EMBOLIZACJI TĘTNIKA NACZYŃ MÓZGOWYCH	293
JOLANTA CELEJ-SZUSTER, KLEMENTYNA KUKIELKA, ELŻBIETA PRZYCHODZKA, KATARZYNA PIASECKA	
ROZDZIAŁ III OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI	309
STOSOWANIE ŻYWIENIA DOJELITOWEGO U PACJENTÓW OAIIT	310
EWA DĄBKOWSKA, BEATA KOWALEWSKA	
ZNAJOMOŚĆ ZASAD UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEZ ŻOŁNIERZY WOJSK OBRONY TERYTORIALNEJ	333
DOMINIK ZARZECKI, BEATA KOWALEWSKA	
PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI PACJENTÓW W II KLINICE CHIRURGII OGÓLNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ USK W BIAŁYMSTOKU W LATACH 2016-2018.	364
BARBARA DRUGOW, BEATA KOWALEWSKA	
OGÓLNE ZASADY PRZYGOTOWANIA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO I OPIEKI PO JEGO WYKONANIU NA PRZYKŁADZIE PACJENTA Z PRZEPUKLINĄ BRZUSZNAŁ	387

PACJENT W CENTRUM OPIEKI ZDROWOTNEJ

BOŻENA MURACZYŃSKA, PAULINA GROCHOWSKA, BEATA KROPORNICKA, BOŻENA BACZEWSKA, ANNA MRÓZ	
ANALIZA PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH PACJENTA PO CHIRURGICZNYM LECZENIU USZKODZENIA ŁĄKOTKI	401
MAGDALENA KRZYKOWSKA, BARBARA JANKOWIAK	
ZADANIA EDUKACYJNE WOBEC CHOREGO Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC	419
BEATA KROPORNICKA, PATRYCJA ADAMCZYK, BOŻENA BACZEWSKA, EWA KRZYŻANOWSKA, ELŻBIETA NOWICKA, ELŻBIETA PRZYCHODZKA, BOŻENA MURACZYŃSKA	
WYBRANIE ASPEKTY ROLI I ZADAŃ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OPIECE NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC (POCHP)- STUDIUM PRZYPADKU.....	433
MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL, KINGA PŁOKITA, EWA KULBAKA, KATARZYNA WIŚNIEWSKA, URSZULA CHRZANOWSKA, BOŻENA BACZEWSKA	
PRZYGOTOWANIE CHOREGO Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ DO SAMOOPIEKI - STUDIUM PRZYPADKU.....	450
BEATA KROPORNICKA, KATARZYNA RADZIKOWSKA, BOŻENA BACZEWSKA, EWA KRZYŻANOWSKA, ROBERT ŁUCZYK, ELŻBIETA NOWICKA, BOŻENA MURACZYŃSKA	
ROLA PIELĘGNIARZA W OPIECE NAD PACJENTEM Z KRWAWIENIEM ŻOŁĄDKOWYM	463
MATEUSZ ŁUKASZ MARKIEWICZ, BARBARA JANKOWIAK	
ANEMIA MIKROCYTARNA - NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA	481
KATARZYNA SZWAJKOSZ, AGNIESZKA WAWRYNIUK	
UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z KAMICĄ NERKOWĄ	490
EWA KRZYŻANOWSKA, MARTYNA LIWAK, ROBERT ŁUCZYK, BOŻENA BACZEWSKA, BEATA KROPORNICKA, AGNIESZKA WAWRYNIUK, ELŻBIETA NOWICKA, MARTA ŁUCZYK	
ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK	501
EWA KRZYŻANOWSKA, ALEKSANDRA SEŃ, BOŻENA BACZEWSKA, BEATA KROPORNICKA, ROBERT ŁUCZYK, CECYLIA OLSZAK, ELŻBIETA NOWICKA	
DIAGNOZA PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYCH W OPIECE NAD PACJENTEM Z POWIKŁANIAMI PO PRZESZCZEPIE NERKI - OPIS PRZYPADKU.....	514
BOŻENA MURACZYŃSKA, PIOTR REJENT, BEATA KROPORNICKA, BOŻENA BACZEWSKA, ZDZIŚŁAWA SZADOWSKA – SZLACHETKA	
ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CUKRZYCĄ TYPU I - STUDIUM PRZYPADKU	530
AGNIESZKA DZIUBONOS, EWA KULBAKA, KATARZYNA WIŚNIEWSKA, MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL, DOROTA HABRYLUK	
ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT TRANSPLANTOLOGII	540
PAWEŁ BUCZYŃSKI, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA	
ROZDZIAŁ IV ZDROWIE PSYCHICZNE W OPIECE NAD PACJENTEM.....	576
FUNKCJONOWANIE BIOPSYCHOSPOŁECZNE CHORYCH Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW.....	577
KATARZYNA CZYKIE, ANNA BARANOWSK, BEATA JANINA OLEJNIK	
WPLYW SYNDROMU DDA NA FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW	591
JULIA BEDNARCZYK, BEATA KOWALEWSKA	
WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ NASTROJU U KOBIET PO PORODZIE W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM	616
MARTA WIEWIÓRSKA, EWA PERKOWSKA	
ANALIZA CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH PREDYSPONUJĄCYCH DO WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ NASTROJU U KOBIET PO PORODZIE Z WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO	628
MARTA WIEWIÓRSKA, EWA PERKOWSKA	

UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA	647
DOMINIK PANASIEWICZ, CECYLIA ŁUKASZUK	
NEGATYWNE SKUTKI AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ	668
DOMINIK PANASIEWICZ, CECYLIA ŁUKASZUK	

Rozdział I

OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWAŁ

ROLA PIEŁĘGNIARKI W EDUKACJI I PIEŁĘGNOWANIU PACJENTKI Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ PIERSI PO CHEMIOTERAPII

ALEKSANDRA WIĘSLAW¹, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA²

¹ Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

W dzisiejszych czasach dużą uwagę przykładą się do wyglądu, sprawności oraz sukcesu w życiu prywatnym jak i służbowym. Człowiek dąży do perfekcji i coraz trudniej godzi się z trudnościami, szczególnie tymi, które wymagają od nas większego zaangażowania, nie tylko fizycznego, ale również psychicznego.

Obecnie choroba może być odbierana jako „problem” nie do przejścia, który będzie definiował i kierował całym naszym życiem. Doświadczenie choroby może wpłynąć na zachowanie i myślenie, wyeliminować daną jednostkę z życia towarzyskiego jak i społecznego. Staje się tak, nie dlatego, że społeczeństwo nie toleruje osób chorych, ale przede wszystkim dlatego, że sam pacjent nie jest w stanie zaakceptować swojego stanu. Każda choroba, szczególnie definiowana jako nieuleczalna, często prowadząca do śmierci budzi strach i niepokój każdego, kto ma z nią jakąkolwiek styczność. W szczególności w osobie dotkniętej danym schorzeniem, obawiającej się o swoją przyszłość, której poczucie własnej wartości i sensu życia spada, ponieważ doświadcza problemu, który ciężko jest jej zaakceptować i na który najczęściej nie jest gotowa.

Rak gruczołu piersiowego jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce i na świecie. W zaawansowanej fazie choroby najczęściej rozważa się leczenie systemowe, takie jak chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapie, leczenie celowane oraz radioterapie i przede wszystkim mastektomie.

Są to zabiegi niosące za sobą pewien rodzaj niepełnosprawności. Z powodu ograniczeń sprawności i funkcjonowania organizmu, powodują niezdolność do wypełniania ról społecznych oraz mają zasadniczy wpływ na psychiczne i społeczne relacje interpersonalne. Wpływają na ocenę, postrzeganie i akceptacje własnej osoby. Kobiety muszą codziennie stawać do walki z trudnościami i zagrożeniami, które stwarza nowotwór.

Zmiany nowotworowe gruczołu sutkowego

Podstawowe pojęcia i definicje

Nowotwór to nieprawidłowa tkanka ustroju charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowany prawidłowym funkcjom oraz mechanizmom fizjologicznym organizmu i nieskoordynowanym z sąsiadującymi strukturami. Nowotwory złośliwe mają zdolność rozprzestrzeniania się poza ognisko pierwotne. Dochodzi wówczas do powstania przerzutu, dlatego też nowotwory nie są chorobą miejscową, lecz uogólnioną. W klasyfikacji patomorfologicznej nowotwory dzielimy na łagodne, złośliwe i pośrednie (miejscowo złośliwe) [1].

Tab. I. Podział nowotworów

Nowotwór łagodny	Nowotwór złośliwy	Nowotwór pośredni
• Ich wzrost jest powolny • Nie mają zdolności naciekania okolicznych tkanek • Nie odnawiają się po usunięciu oraz nie przerzutują	• Rośnie szybko • Nacieka sąsiadujące tkanki • Ma zdolność tworzenia przerzutów • Wzrost powoduje kacheksje organizmu	• Cechą charakterystyczną jest miejscowa złośliwość • Naciekają sąsiadujące tkanki • Zdolność wznowy nawet po doszczętnym usunięciu • Nie mają zdolności przerzutowania

Opracowanie własne na podstawie: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, Łuczyk M., Szadowskiej-Szlachetki Z., Ślusarskiej B, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 21-22 [1.]

Przerzuty nowotworowe- inwazyjność i zdolność tworzenia przerzutów to specyfika nowotworów złośliwych. Jest to utworzenie nowego ogniska, bez powiązania go ze zmianą pierwotną. Przerzuty powstają na drodze migracji komórek macierzy poza jej obręb różnymi drogami. Do dróg rozsiewu możemy zaliczyć jamy ciała (otrzewna czy opłucna), drogę krwionośną lub układ limfatyczny. Niektóre komórki nowotworowe mogą pozostawać w uśpieniu przez lata i ujawniać się długo po usunięciu ogniska pierwotnego.

Epidemiologia i czynniki ryzyka

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet na świecie (25%), jak również stanowi częstą przyczynę zgonów (14%). Pacjentki te liczą 36% kobiet żyjących z nowotworami. W ciągu każdego roku diagnozuje się 1,7 miliona zachorowań na raka piersi, a więcej niż 500 tysięcy kobiet rocznie przegrywa walkę z rakiem [2]. Umieralność z powodu raka piersi cały czas utrzymuje się na wysokim poziomie mimo progresji w diagnostyce i leczeniu [3].

45% zachorowań rozpoznaje się w krajach uprzemysłowionych, równocześnie ponad połowa (62%) przypada na kraje rozwijające się. Zdecydowanie wysoką zachorowalność na nowotwór piersi notuje się w krajach uprzemysłowionych, takich jak Belgia (ok. 110/10⁵) Dania, Holandia (ok. 100/10⁵), Niemcy, Islandia, Wielka Brytania (ponad 90/10⁵). W Unii europejskiej średnia wynosi 82/10⁵ [2].

Rak piersi w Polsce okazał się najczęstszym powodem przedwczesnych zgonów u kobiet w ostatnim stuleciu. Obecnie pozytywną diagnozę uzyskuje ponad 16,5 tysięcy kobiet rocznie, natomiast zachorowalność w 2011 roku stanowiła ponad 50/10⁵. Co więcej zachorowanie w pierwszej dekadzie XXI wieku powoduje to, że kobieta traci około 4 lata życia.

Czynnikiem, który predysponuje do zachorowania na nowotwór piersi jest obecność mutacji genu BRCA1 na długim ramieniu chromosomu 17, jak również genu BRCA2 na długim ramieniu chromosomu 13 [2].

Do innych czynników ryzyka mających wpływ na zachorowalność na ten nowotwór możemy zaliczyć między innymi:

- wiek kobiety- ryzyko wzrasta wraz z wiekiem, znaczący wzrost po 50 roku życia,
- przebyty nowotwór piersi- przebyty rak piersi nawet trzykrotnie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na drugiej piersi,
- występowanie schorzenia w najbliższej rodzinie (około 5% nowotworów gruczołu sutkowego jest dziedzicznych)
- czynniki hormonalne
- wczesne wystąpienie miesiączki (wiek poniżej 12 roku życia),
- późne zakończenie miesiączki (wiek powyżej 50 roku życia),
- ekspozycja na promieniowanie jonizujące,
- długotrwała antykoncepcja,
- hormonalna terapia zastępcza,
- dieta bogata w tłuszcze nasycone,
- regularne spożywanie alkoholu,
- palenie tytoniu
- przebyte łagodne postacie niektórych chorób piersi [3, 4].

Objawy

W początkowym etapie nowotwór piersi nie daje objawów. Zwykle rozpoznawany jest przez przypadek jako wyczuwalny guz podczas samobadania piersi. Cechą wyczuwalnego guza jest to, że jest dość twardy, może mieć nierówną strukturę i dobrze zaznaczone granice. Objawami nowotworu gruczołu piersiowego są również zmiany w obrębie skóry i brodawki, powiększone okoliczne węzły chłonne, ból, jak również objawy związane z przerzutami odległymi, których charakterystyka zależy od lokalizacji zmiany.

- Zmiany w obrębie skóry to: zaciągnięcie skóry nad guzem, obrzęk, zmiany o charakterze „skórki pomarańczy”, zaczerwienienie skóry, owrzodzenie skóry
- Zmiany w obrębie brodawki występują w postaci: wycieku z brodawki sutkowej, wciągnięcie brodawki oraz wykwitów o charakterze zmian krostowatych
- Powiększone węzły chłonne (pachowe, nadobojczykowe) – jeden z pierwszych klinicznych objawów nowotworu
- Ból – zaliczany do późnych objawów raka piersi
- Guzki satelitarne – świadczące o zaawansowaniu choroby lub jej nawrocie
- Cechy zapalne - bolesność, ocieplenie, zaczerwienienie oraz obrzęk [2].

Klasyfikacja nowotworów i ocena zaawansowania

Nowotwory mają określone cechy, których identyfikacja pozwala na przyporządkowanie ich do odpowiedniego stopnia (grupy).

Stopień zaawansowania procesu nowotworowego obecnie określa się najczęściej przy użyciu klasyfikacji TNM i ogólnego stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

Klasyfikacja TNM opiera się na ocenie guza pierwotnego, regionalnych węzłów chłonnych (występowania tam przerzutów) oraz wystąpienia przerzutów w odległych narządach. Poszczególne litery skrótu TNM oznaczają: T- guz (łac. *tumour*), N- węzły chłonne (łac. *nodules*), M-przerzuty odległe (łac. *metastases*) [1].

Klasyfikacje kliniczną (cTNM) określa się przed rozpoczęciem leczenia i bazuje ona na wynikach badania fizykalnego i badań obrazowych. Stosuje się również klasyfikacje patologiczną (pTNM) po zabiegu operacyjnym, która ocenia stopień zaawansowania według wyniku histopatologicznego materiału usuniętego. Ta klasyfikacja pozwala na podjęcie decyzji, co do metod leczenia uzupełniającego [2].

Tab. II. Ocena stopnia zaawansowania według klasyfikacji TNM

T	N	M
T₀ - nie stwierdza się guza pierwotnego T_x - niemożliwa ocena guza pierwotnego T_{is} - nowotwór w stanie <i>in situ</i>, niedający przerzutów T₁₋₄ - rozróżniają kolejne stopnie rozwoju guza pierwotnego, biorąc pod uwagę m.in. rozmiar, fakt naciekania okolicznych tkanek.	N₀ - węzły chłonne bez przerzutów N_x - brak możliwości oceny obecności przerzutów N₁₋₃ - opisuje stopień inwazji nowotworowej, uwzględniając odległość przerzutów od guza, ich liczbę.	M₀ - nie stwierdza się obecności przerzutów odległych. M_x - brak możliwości oceny M₁₋₂ - oznacza obecność przerzutów odległych.

Opracowanie własne na podstawie: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, Łuczyk M., Szadowskiej-Szlachetki Z., Ślusarskiej B, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 25 [1].

Ogólny stopień zaawansowania choroby nowotworowej wyrażany jest stopniami:

- Stopień 0- chorzy z nowotworem przedinwazyjnym (*in situ*).
- Stopień I- chorzy z nowotworem we wczesnej fazie rozwoju,
- Stopień II- szerzenie miejscowe nowotworu i/lub niewielka inwazja w węzłach chłonnych,
- Stopień III- znaczne zaawansowanie miejscowego rozwoju raka i/lub większy rozplem w regionalnym układzie chłonnym,
- Stopień IV- bardzo duże zaawansowanie nowotworu, obecność przerzutów odległych [1].

Klasyfikacja histologiczna raków piersi według Światowej organizacji Zdrowia (WHO) dzieli nowotwory na przedinwazyjne i naciekające. Do nowotworów pierwszej grupy zaliczmy raka wewnątrzprzewodowego oraz zrazikowego.

- Rak przewodowy przedinwazyjny (DCIS) coraz częściej wykrywany w mammograficznych bajaniach przesiewowych. Rozrost komórek nowotworowych w tym przypadku ogranicza się do światła przewodów gruczołowych.
- Rak zrazikowy przedinwazyjny (LCIS) powstaje w komórkach gruczołów mlekowych.
- Rak naciekający- najczęściej występujący nowotwór piersi. Może naciekać okoliczne tkanki oraz dawać przerzuty [2].

Rodzaje i metody diagnostyczne nowotworu sutka

Samobadanie piersi

W trakcie samobadania prowadzonego przez kobiety wykrywanych jest więcej niż 90% nowotworów piersi. Regularnie wykonywane może przyczynić się do wykrycia przez samą pacjentkę guza wielkości około 1 cm.

Samobadanie powinno przeprowadzać się już od 20 roku życia, a najlepszym momentem do badania jest 2-3 dzień po miesiączce. W przypadku, gdy kobieta nie miesiączkuje, powinien zostać przez nią wybrany jeden dzień, zawsze ten sam w miesiącu na badanie. Samobadanie powinno stać się nawykiem, systematycznie wykonywanym co miesiąc oraz kontynuowanym do końca życia. W pełni wykonane badanie składa się badania piersi w pozycji leżącej i stojącej [5].

Samobadanie składa się z etapów takich jak:

- Oglądanie
- Badanie palpacyjne

W trakcie badania bierzemy pod uwagę strukturę i symetrię piersi, czy obecne są jakiegokolwiek zmiany w kształcie bądź położeniu. Zwracamy uwagę na guzki, zniekształcenia, wypukłości, zagłębienia, pofałdowania, zmarszczenia lub napięcia skóry, jak również jej ocieplenie, zaczerwienienie. Sprawdzamy czy nie ma obecnych zmian w postaci przebarwień, zmian w położeniu brodawek sutkowych, ich wklęsnięcia, wciągnięcia, zaczerwienienia, zmian łuszczących, owrzodzenia lub wysięku. Nasz niepokój powinna wzbudzić bolesność piersi, która jest samoistna lub występuje przy ucisku, jednostronna bądź dotyczy obu piersi.

Zauważalne niepokojące objawy dotyczące piersi, jak również te pod pachą, mogące świadczyć o powiększonych węzłach chłonnych powinny być niezwłocznie skontrolowane przez lekarza.

Samobadanie w pozycji stojącej:

1. Stajemy przed lustrem i dokładnie oglądamy piersi, trzymając ręce wzdłuż ciała.



Ryc. 1. Samobadanie piersi [6]

2. Powtarzamy czynnořć trzymając ręce uniesione.



Ryc. 2. Samobadanie piersi [6]

3. Oglądamy piersi z rękami mocno wspartymi na biodrach.



Ryc. 3. Samobadanie piersi [6]

4. W celu zbadania prawej piersi należy unieść zgiętą w łokciu prawą rękę, położyć ją z tyłu głowy, a lewą ręką wykonać badanie palpacyjne. Powtarzając analogicznie tą czynnořć z lewą piersią. W badaniu nie należy pomijać również badania okolicy nadobojczykowej i pachowej, gdzie wyczuć można powiększone węzły chłonne. Badanie tego obszaru wykonujemy przy spuszczonej rękach.

5. Badając piersi należy palce trzymać płasko, lekko naciskając zataczać koła w jednym kierunku (zgodnie z ruchem wskazówek zegara). Zaczynamy od zewnętrznej części piersi i kierujemy się do środka brodawki.



Ryc. 4. Samobadanie piersi [7]

6. Badamy również brodawkę sutkową, delikatnie ją uciskając. Sprawdzamy w ten sposób czy nie wydobywa się z niej wydzielina.



Ryc. 5. Samobadanie piersi [7]

Podczas samobadania w pozycji leżącej należy położyć się na wznak i umieścić poduszkę pod prawy bok. Prawą rękę należy ułożyć pod głowę i rozpocząć badanie palpacyjne w ten sam sposób, w jaki wykonujemy je w pozycji stojącej. Analogicznie postępuj przy badaniu lewej piersi.

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe (*skrining*) służą wykryciu nowotworu lub zmiany przednowotworowej u pacjentek, które nie zgłaszały do tej pory żadnych dolegliwości mogących świadczyć o chorobie. Przyczyniają się one do wcześniejszego zidentyfikowania zmian nowotworowych lub stanu przedrakowego, co skutkuje lepszym rokowaniem, mniejszymi kosztami leczenia oraz wpływają na zmniejszenie wskaźnika umieralności [2, 6].

Komisja doradcza UE zaleca objęcie badaniem mammograficznym kobiety w wieku 50-69 lat i poddanie się przez nie badaniu co 2-3 lata [2].

W Polsce badania przesiewowe (mammografie) wykonuje się w dwóch etapach. Etap podstawowy polega na przeprowadzeniu wywiadu, wykonaniu dwóch zdjęć każdej piersi oraz opis badania. W zależności od wyniku (prawidłowy/ nieprawidłowy) podejmuje się decyzje dotyczącą dalszego postępowania.

W sytuacji, gdy wynik badania mammograficznego jest nieprawidłowy bezwzględnym wskazaniem jest skierowanie pacjentki na wykonanie dodatkowych badań, czyli etapu pogłębionej diagnostyki. W skład tego etapu wchodzi wywiad i badanie lekarskie, skierowanie pacjentki na niezbędne badania, ocena wyników i postawienie rozpoznania. Do tego etapu zaliczamy również wykonanie uzupełniającej mammografii i USG piersi, w przypadku, gdy lekarz podejmie taką decyzję. Dodatkowo wykonuje się biopsję cienkoigłową/ gruboigłową pod kontrolą technik obrazowych z badaniem cytologicznym/ histopatologicznym pobranego materiału. Po wykonaniu powyższych badań podejmuje się decyzje, co do dalszego postępowania, które polega na skierowaniu pacjentki na dalszą diagnostykę lub leczenie [6].

Badanie kliniczne

Badanie podmiotowe

Celem badania podmiotowego jest uzyskanie informacji na temat głównego problemu zdrowotnego. Mowa w tym przypadku o nieprawidłowych zmian w obrębie piersi (czas pojawienia się guzowatej zmiany, umiejscawianie i obecności innych objawów niepożądanych). Dodatkowo należy zebrać wiadomości na temat czynników związanych z rozrodczością, takich jak np. data pierwszej miesiączki, ciążę i porody, stosowanie antykoncepcji itp. Ważną informacją jest również fakt przebytych/ współistniejących innych chorób oraz dotychczasowego leczenia. Podczas badania należy zapytać pacjentkę o występowanie nowotworów złośliwych w rodzinie (szczególną uwagę kierujemy na raka piersi i jajników) [2].

Badanie fizykalne

Badanie polega na ocenie obu piersi oraz okolicznych węzłów chłonnych. Pierwszą część badania obejmuje dokładne oglądanie piersi i wychwycenie wszystkich nieprawidłowości w wyglądzie/ budowie oraz objawów niepożądanych mogących świadczyć o obecności zmian nowotworowych. Kolejnym etapem jest palpacyjna ocena piersi, która odbywa się w pozycji siedzącej i leżącej [2].

Diagnostyka obrazowa

Diagnostyka obrazowa jest nieodłącznym elementem w wykrywaniu raka piersi, pozwala na określenie stopnia zaawansowania. Dodatkowo wykonuje się ją w celu oceny wyników leczenia, jak również monitorowania procesu choroby.

W nowotworach gruczołu piersiowego stosuje się metody obrazowania, takie jak:

Mammografia rentgenowska (MMG)

Wykonuje się ją w sytuacji, gdy mamy kliniczne podejrzenie choroby, jak również w badaniach przesiewowych, aby wykryć zmiany w tkance piersi zanim będą one wyczuwalne oraz przed wystąpieniem objawów [2]. Badanie może być wykonywane przy użyciu aparatu analogowego lub cyfrowego. W tej metodzie używane jest promieniowanie rentgenowskie, jednak w aparacie analogowym, dzięki licznym unowocześnieniom uzyskano znaczną redukcję dawki promieniowania, co sprawiło, że metoda stała się mniej szkodliwa dla pacjentek [2, 7]. Pomimo zmniejszonej dawki badanie należy ograniczyć u kobiet przed 40 rokiem życia [7]. Niezależnie jednak od typu aparatu badaniu podlegają obie piersi w dwóch projekcjach: skośnej oraz kraino- kaudalnej z objęciem całego gruczołu piersiowego wraz z ogonem Spence'a oraz dołów pachowych [2, 7, 8].

U kobiet, które miesiączkują najlepszym czasem na wykonanie badania jest pierwsza faza cyklu miesiączkowego [2].

Obraz MMG piersi pozwala uwidocznic elementy, takie jak miąższ gruczołu piersiowego, tkankę tłuszczową podskórną i zagruczołową, więzadła Coopera, naczynia oraz węzły chłonne. Objawami raka piersi w badaniu jest guzek, mikrozwapnienia lub guzek z mikrozwapnieniami. Do niepokojących objawów w badaniu MMG zaliczmy również ogniskową asymetrię tkanki gruczołowej, zaburzenia w budowie elementów tworzących gruczoł piersiowy, jak również nieprawidłowości związane ze skórą oraz chorobę Pageta.

Mammografia nie jest jednak badaniem ze stu procentową skutecznością [2]. Według Amerykańskiego Instytutu Raka (NCI), około 20% chorych na nowotwór piersi nie zostaje zdiagnozowana podczas badania mammograficznego. Na jej ograniczoną skuteczność mają wpływ czynniki takie jak: gęsta, gruczołowa budowa piersi, która jest charakterystyczna u kobiet poniżej 40 roku życia, błędy techniczne oraz błędy radiologa, które mogą automatycznie wpłynąć na wynik badania, doprowadzić do opóźniania rozpoznania i tym samym procesu leczenia [2].

Ultrasonografia (USG)

Jest to metoda stosunkowo niedroga i całkowicie bezpieczna. Obejmuje swoim zakresem obie piersi i okolice pachowe. Badanie nie wymaga zastosowania promieniowania rentgenowskiego, dlatego też pod tym względem nie jest szkodliwa dla pacjentki. USG umożliwia skuteczne różnicowanie zmian torbielowatych i litych. Pozwala na określenie charakteru oraz wielkości zmian. Jest to badanie, które stało się istotnym uzupełnieniem mammografii [2, 7, 8].

Rezonans magnetyczny (MR)

Mammografia MR jest metodą o wysokiej czułości i swoistości w wykrywaniu raka piersi. Badanie u kobiet przed menopauzą należy wykonywać między 7. a 14. dniem cyklu miesięcznego i minimum 4 tygodnie po odstawieniu hormonalnej terapii zastępczej. Badanie przeprowadzone w odpowiednim czasie skutkuje zmniejszeniem ilości wyników fałszywie dodatnich. Głównymi wskazaniami do wykonania klinicznej mammografii MR są:

- skrining kobiet z wysokim ryzykiem zachorowania na raka piersi,
- przedoperacyjne określenie stopnia zaawansowania raka piersi,
- różnicowanie zmian pooperacyjnych i po radioterapii,
- ocena odpowiedzi na chemioterapię,
- poszukiwanie wznowy procesu nowotworowego po uprzednim leczeniu,
- po zabiegach operacyjnych powiększania/ rekonstrukcji piersi

Pod kontrolą metod obrazowych wykonuje się biopsje cienko- i gruboigłową, które są istotne w diagnostyce nowotworów [2, 8, 9].

Diagnostyka patomorfologiczna

Diagnostyka patomorfologiczna jest podstawą działania klinicznego. Ten rodzaj diagnostyki umożliwia rozpoznanie nowotworu, określenie jego charakteru. Ma również istotne znaczenie w ocenie wskaźników morfologicznych, pomocnych w wyborze leczenia oraz ocenie rokowania.

Diagnostyka patomorfologiczna obejmuje wiele badań morfologicznych, w których podmiotem badanym jest materiał biologiczny tkankowy uzyskany ze zmiany, dający wiarygodne i swoiste informacje odnośnie cech nowotworu.

Materiał podlegający mikroskopowej ocenie w pierwotnej diagnostyce patomorfologicznej piersi uzyskiwany jest przy użyciu metod, takich jak:

- Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC)- umożliwia uzyskanie zawiesiny komórek w krwi i płynie tkankowym. Pozwala na mikroskopowe rozpoznanie, jednak nie daje możliwości zróżnicowania raka wewnątrzprzewodowego oraz naciekającego.
- Biopsja aspiracyjna gruboigłowa- przy użyciu tej metody uzyskujemy tkankowy fragment, który pozwala na zróżnicowanie i rozpoznanie nowotworu piersi, określenie histopatologicznego typu oraz złośliwości.
- Biopsja mammotoniczna- wskazaniem do wykonania jest istnienie niejednoznacznych zmian radiologicznych, które należy zróżnicować w badaniu patomorfologicznym.
- Wycinek chirurgiczny
- Biopsja śródoperacyjna- której celem jest postawienie rozpoznania umożliwiającego podjęcie decyzji dotyczącej rozległości wykonywanego zabiegu. Aktualnie wprowadzenie BAC zmniejszyło liczbę przeprowadzanych badań śródoperacyjnych.
- Biopsja wartowniczego węzła chłonnego- wykonywana w celu oceny, czy w węzłach chłonnych nie ma komórek nowotworowych świadczących o przerzucie [2].

Badania dodatkowe

Badania ginekologiczne, morfologie krwi i czynnościową ocenę wątroby i nerek wykonuje się u wszystkich pacjentek z chorobą nowotworową piersi w ramach wstępnego działania diagnostycznego [2].

LECZENIE

Leczenie chirurgiczne

Leczenie operacyjne jest podstawą i jedną z części wielodyscyplinarnego leczenia wczesnego nowotworu piersi. Metody leczenia operacyjnego chorych na raka piersi obejmują zabiegi w obrębie piersi i układu chłonnego pachy w różnych kombinacjach [2, 9].

Operacje oszczędzające pierś

Leczenie oszczędzające jest preferowaną metodą u wszystkich pacjentek nieposiadających przeciwwskazań do tego zabiegu. Do przeciwwskazań należy zaliczyć między innymi brak zgody chorej, brak możliwości całkowitego usunięcia guza, rak wielośrodkowy. Co więcej leczenie to można przeprowadzić u osób, u których stosunek wielkości guza do objętości piersi daje możliwość uzyskania zadowalającego efektu kosmetycznego. Leczenie to obejmuje zabieg oszczędzający pierś, diagnostykę w obrębie pachowych węzłów chłonnych, jak również pooperacyjną radioterapię.

Operacja oszczędzająca może polegać na:

- Szerokim wycięciu guza, czyli usunięciu guza z marginesem 1 cm makroskopowo zdrowych tkanek otaczających zmianę.
- Kwadranektomii, która polega na usunięciu zmiany nowotworowej z marginesem zdrowych tkanek co najmniej 2 cm.
- Stożkowe wycięcie kompleksu otoczka - brodawka, podczas którego zostaje usunięty guz z marginesem makroskopowym 1 cm zdrowych tkanek oraz brodawka z otoczką.

Amputacja piersi

Amputacja jest zabiegiem wykonywanym u chorych na raka inwazyjnego, który nie może zostać objęty leczeniem oszczędzającym. Istnieje parę rodzajów amputacji: amputacje prostą z biopsją węzła wartowniczego, zmodyfikowana amputacja radykalna metodą Maddena oraz Pateya, jak również radykalna amputacja według Halsteda i mastektomia radykalna.

Amputacja prosta polega na usunięciu całej piersi wraz z powięzią mięśnia piersiowego oraz układem brodawka- otoczka. Podczas tego zabiegu nie usuwa się węzłów chłonnych pachowych.

Amputacja podskórna jest formą amputacji prostej polegająca na usunięciu tkanki gruczołowej oraz pozostawieniu skóry i układu brodawka- otoczka.

Amputacja według metody Maddena polega na usunięciu całej piersi, skóry ponad gruczołem, kompleksu otoczka-brodawka oraz powięzi przykrywającej mięsień piersiowy większy oraz limfadenektomią pachową.

Amputacja według metody Pateya jest obecnie rzadko wykonywana. Wskazaniem jest naciekanie węzłów chłonnych drogi Rottera na mięsień piersiowy mniejszy. Podczas tego zabiegu usuwane są elementy takie same jak w metodzie Maddena i dodatkowo mięsień piersiowy mniejszy. Wykonywana jest również limfadenektomia pachowa.

Mastektomia radykalna polega na usunięciu całej piersi, skóry pokrywającej gruczoł, mięśni piersiowych oraz kompleksu otoczka- brodawka. Stosuje się tu również limfadenektomię pachową (poziom I-III) [2, 10].

Zabiegi operacyjne w obrębie regionalnych węzłów chłonnych.

W przypadku podejrzenia wystąpienia przerzutów do pachowych węzłów chłonnych wykonuje się limfadenektomię pachową. Zabieg polega na usunięciu węzłów chłonnych w zakresie I i II piętra. W sytuacji, gdy stwierdza się obecności komórek nowotworowych w węzłach chłonnych pierwszego i/lub drugiego rzędu wskazane jest również usunięcie trzeciego piętra.

Działaniem niepożądanym limfadenektomii pachowej jest między innymi powstawanie obrzęku limfatycznego, drętwienia kończyny [2].

Leczenie systemowe

Celem leczenia jest uzyskanie lepszych warunków do wykonania zabiegu chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka miejscowego nawrotu choroby poprzez zniszczenie mikroprzerzutów.

Metodami leczenia systemowego uzupełniającymi zabieg operacyjny są: chemioterapia, hormonoterapia oraz leczenie biologiczne. Leczenie te może być zastosowane przed lub po zabiegu operacyjnym. Leczenie systemowe przedoperacyjne stosuje się w sytuacji, gdy ma się odczynienia z większym guzem piersi, którego nie można zoperować wykonując niezwłoczny zabieg oszczędzający, natomiast leczenie pooperacyjne stosuje się we wczesnych stadiach zaawansowania nowotworu [1, 2].

Chemioterapia

Idea chemioterapii w leczeniu nowotworów opiera się na niszczeniu, zmniejszeniu lub zahamowaniu namnażania się komórek nowotworowych za pomocą środków chemicznych. Stosowanymi substancjami są leki z grupy cytostatyków. W leczeniu raka piersi rekomendowane są schematy zawierające antracykliny i taksyny. Przebieg chemioterapii ustala się indywidualnie pod każdego pacjenta. Często jednak wykonuje się 6-8 cykli chemioterapii w ustalonych odstępach czasu. Chemioterapie można stosować jako leczenie samodzielne, leczenie skojarzone z radykalną operacją oraz leczenie paliatywne. W sytuacji, gdy chemioterapia poprzedza leczenie chirurgiczne należy pamiętać, że wszystkie planowane kursy należy odbyć przed planowanym zabiegiem operacyjnym.

Chemioterapia może przebiegać w formie monoterapii, czyli stosowaniu jednego leku cytostatycznego lub polichemioterapii opartej na kojarzeniu ze sobą 2-3 cytostatyków charakteryzujących się odmiennymi mechanizmami działania przeciwnowotworowego, różnym profilem toksyczności oraz brakiem oporności krzyżowej. Stosując leki przeciwnowotworowe należy starać się o podawanie ich w dawkach należnych, dających możliwość uzyskania maksymalnych korzyści terapeutycznych przy dopuszczalnym dla chorego poziomie toksyczności.

Ważnym elementem, który decyduje o rozpoczęciu leczenia jest brak przeciwwskazań do chemioterapii oraz zgoda pacjentki.

W zależności od sytuacji i momentu włączenia chemioterapii do leczenia, można wyróżnić:

- Chemioterapie neoadjuwantową (wstępna), która jest formą leczenia uzupełniającego, mającego na celu wczesne działanie na mikroprzerzuty. Stosowana jest również u pacjentek przed zabiegiem operacyjnym w celu zmniejszenia masy guza. Ta metoda daje możliwość łatwiejszego i bezpieczniejszego przeprowadzenia radykalnego leczenia chirurgicznego.
- Chemioterapie adjuwantową (uzupełniająca)- stosowaną u pacjentów po radykalnym leczeniu chirurgicznym, u których niekorzystne rokowania sugerują zwiększone ryzyko rozsiewu choroby nowotworowej lub nawrotu choroby.
- Chemioterapie paliatywną stosowaną u chorych z przerzutami i ma na celu spowolnianie postępu choroby nowotworowej, wydłużenie oraz poprawę jakości życia.

Drogi podania chemioterapii są różne i zależą od typu nowotworu oraz rodzaju leku. Jednak zdecydowanie najczęściej stosuje się wstrzyknięcia dożylnie oraz podanie leku doustnie. Do pozostałych metod należy podanie cytostatyku dokanałowo i dootrzewnowo.

Chemioterapia wiąże się z częstym występowaniem objawów niepożądanych. Występowanie ich spowodowane jest mechanizmem działaniem cytostatyków na dzielące się komórki. Leki te powodują zniszczenie komórek nowotworowych, jak również szybko dzielących się zdrowych, często skutkując tym samym uszkodzeniem różnych narządów wewnętrznych. Najczęściej skutki uboczne stosowania leków przeciwnowotworowych dotyczą szpiku kostnego, nabłonka przewodu pokarmowego, komórek gonad oraz mieszków włosowych. Powikłania chemioterapii mogą ujawnić się w trakcie leczenia ja i zarówno po jej zakończeniu.

Objawy toksyczności w zależności od chwili wystąpienia można podzielić na:

- Toksyczność natychmiastową, która zauważalna jest podczas podania leku przeciwnowotworowego. Objawia się ona najczęściej nudnościami, wymiotami oraz biegunką, jak również może dawać objawy wynikające z wystąpienia reakcji anafilaktycznej.
- Toksyczność wczesną, dającą objawy w pierwszych 4-6 tygodniach po podaniu leku. Wynikają one z działania leku przeciwnowotworowego na komórki proliferujące. Do powikłań należy zaliczyć tu uszkodzenie szpiku kostnego, objawiające się granulocytopenią, trombocytopenią jak i niedokrwistością. Toksyczność objawia się również zapaleniem błony śluzowej przewodu pokarmowego, zmianami skórnymi w tym wypadanie włosów oraz zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

- Toksyczność opóźnioną obserwowaną w okresie od kilku tygodni do kilku miesięcy od zakończenia leczenia. Objawy wynikają z uszkodzenia narządów miękkich, takich jak wątroba, nerki oraz płuca.
- Do innych objawów toksyczności tej kategorii zaliczamy polineuropatie obwodowe (drętwienie palców, mrowienie/ pieczenie skóry rąk lub stóp), kardiomiopatie pęłkowe, których konsekwencją sę zaburzenia w układzie sercowo- naczyniowym, do których możemy zaliczyć:
 - zaburzenia rytmu serca,
 - objawy zapalenia osierdzia i mięśnia sercowego,
 - przejawy niedokrwienia,
 - ostrą niewydolność lewokomorową,
 - zespoły zakrzepowo-zatorowe.
- Toksyczność póżną ujawniającą się wiele miesięcy lub lat od zakończenia chemioterapii. Związana jest ona z pojawieniem się nowotworów wtórnych na skutek mutacji genomu komórek zdrowych spowodowanej działaniem cytostatyków.

Należy również pamiętać, że większość leków stosowanych w czasie chemioterapii obniża odporność organizmu [1].

Hormonoterapia

Zamiarem leczenia hormonalnego w przypadku nowotworu piersi jest eliminacja pobudzającego wpływu estrogenów na wzrost komórek nowotworu. Rodzaj wybranej hormonoterapii uwzględnia stan menopauzalny oraz charakterystykę kliniczną pacjenta [2].

Obecnie hormonoterapia stosowana jest tylko wtedy, gdy badając bezpośrednio po zabiegu operacyjnym tkankę nowotworową, w jej komórkach znajduję się cechę, która świadczy o jego hormonowrażliwości.

Tradycyjną metodą uzupełniającego leczenia hormonalnego stanowi tamoksyfen. Jest on stosowany zarówno przed, jak i po menopauzie [2].

Hormonoterapia, jak każde leczenie wiąże się również z wystąpieniem objawów niepożądanych. Wszystkie rodzaje leczenia hormonalnego mogą wywoływać objawy typowe dla okresu menopauzalnego, takie jak: suchość pochwy, uderzenia goręca oraz osłabienie popędu płciowego. Do innych negatywnych skutków mogących wystąpić w wyniku leczenia należy zaliczyć powikłania zakrzepowo- zatorowe, zaburzenia widzenia oraz zwiększone ryzyko zachorowania na raka trzonu macicy [11].

Radioterapia

Radioterapia jest jedną z podstawowych metod leczenia nowotworu piersi, która zmniejsza ryzyko wznowy miejscowej oraz wydłuża życie chorych. Może być stosowana we wszystkich stopniach zaawansowania oraz na większości etapów leczenia raka piersi, zaczynając od formy przedinwazyjnej, aż po paliatywne napromieniowania przerzutów [2].

Celem radioterapii w onkologii jest uzyskanie całkowitego wyleczenia (radioterapia radykalna stosowana po wstępnej chemioterapii lub leczeniu chirurgicznym), złagodzenia objawów wynikających z toczącego się procesu nowotworowego lub opóźnienie wzrostu guza (radioterapia paliatywna) [1].

Radioterapia może być stosowana sama, lecz najczęściej kojarzona jest jednak z leczeniem chirurgicznym oraz systemowym.

Jej mechanizm działania polega na oddziaływaniu promieniowania jonizującego na komórkami. Promieniowanie to uszkadza głównie DNA. Wyjątkowo podatne na efekt letalny są komórki macierzyste.

Nowotwory są wrażliwe na promieniowanie w podobnym stopniu, co tkanki z których się wywodzą. W dzisiejszych czasach radioterapia pozwala jednak na ukierunkowanie leczenia w taki sposób, aby maksymalna dawka terapeutyczna skoncentrowana była na guzie nowotworowym i w jak najmniejszym stopniu obejmowała zdrowe, sąsiadujące tkanki. Z tego względu u każdej pacjentki przed rozpoczęciem leczenia wykonuje się tomografię przewidzianego miejsca napromieniowania i na jej podstawie ustala indywidualny plan leczenia.

Do narządów szczególnie narażonych na działanie promieniowania należy mięsień sercowy i naczynia wieńcowe, płuca, tarczyca, tkanki miękkie oraz splot barkowy [2, 11].

Pacjentki z rakiem piersi lewej leczone radioterapią oraz te, które przeszły leczenie systemowe ze względu na toksyczny wpływ radioterapii i działania leków cytostatycznych na mięsień sercowy powinny być pod stałą kontrolą kardiologiczną.

Radioterapia, jak i inne metody leczenia raka piersi wiąże się z możliwością wystąpienia objawów niepożądanych, które w tym przypadku nazywa się odczynami popromiennymi. Wynikają one ze śmierci komórek oraz procesów naprawczych i dzielą się na wczesne/ późne oraz miejscowe (dotyczą obszaru, na który bezpośrednio działa promieniowanie jonizujące np. skóra) / uogólnione (np. uszkodzenie szpiku, wymioty).

W czasie radioterapii kobiety powinny chronić się przed słońcem, urazami oraz wodą. Wskazane jest noszenie ubrań z bawełny oraz dbanie o czystość i odpowiednią pielęgnację skóry.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W TRAKCIE LECZENIA

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem onkologicznym angażuje się w opiekuńcze i terapeutyczne relacje z chorym i jego rodziną, wykorzystując przy tym swoją wiedzę na temat raka, sposobach leczenia i ich skutkach ubocznych. Jest ona osobą mającą nieustanny kontakt z pacjentem, który umożliwia jej posiadanie kontroli nad stanem pacjenta i rozpoznaniem ewentualnych problemów.

Podstawą opieki jest poznanie oczekiwań pacjentki i różnorodnych problemów psychicznych oraz fizycznych, z którymi zmagają się podczas leczenia onkologicznego.

Członkowie zespołu zawsze powinni kierować się w swoich działaniach miłością bliźniego w oparciu nie tylko o rozum, ale też o serce oraz prawdę umiejętnie przekazywaną choremu stosownie do jego oczekiwań i potrzeb, lecz nigdy jednak nie odbierając mu nadziei [1].

Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjentki do chemioterapii i udział w opiece po zabiegu radykalnej mastektomii:

- Wyjaśnienie pacjentce istoty chemioterapii oraz wątpliwość
- Poinformowanie chorej o możliwości wystąpienia objawów nieposiadanych związanych z chemioterapią.
- Wzbudzanie wiary we własne siły i możliwości walki z chorobą, poprzez wsparcie emocjonalne chorego. Informuje pacjentkę o możliwości otrzymania wsparcia ze strony psychologa, osoby duchownej.
- Zapewnienie poczucia spokoju oraz bezpieczeństwa
- Ułatwienie chorej dostępu do informacji o stanie zdrowia i planowanych działaniach leczniczych, diagnostycznych i opiekuńczych
- Obserwuje ranę pooperacyjną pod kątem objawów infekcji takich jak zaczerwienienie, ból, ocieplenie jak również rozejście się jej brzegów

Rola pielęgniarki w trakcie chemioterapii

W trakcie chemioterapii pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za pielęgnowanie wkląć dożylnych. Podaje ona również leki przeciwnowotworowe na zlecenie lekarza zgodnie ze schematem leczenia systemowego. Rozpoznaje ona objawy niepożądane terapii nowotworowej i bierze udział w ich łagodzeniu współpracując jednocześnie z członkami zespołu terapeutycznego.

Pielęgniarka zachęca pacjentkę do udziału w procesie edukacji oraz poprzez kontakt oparty na zaufaniu wspiera pacjentkę [1].

Udział pielęgniarki w przygotowaniu pacjentki do samoopieki i życia codziennego po przeprowadzonym leczeniu:

- Przygotowanie rodziny oraz bliskich osób do sprawowania opieki nieprofesjonalnej
- Zachęcenie pacjentki do udziału w ćwiczeniach rehabilitacyjnych oraz przystąpienia do grup wsparcia
- Przekazuje istotne informacje dotyczące zasad postępowania mających na celu uniknięcie wystąpienia obrzęku limfatycznego
- Przekazuje informacje na temat doboru protezy oraz doboru odpowiedniej bielizny.

Wpływ choroby nowotworowej na psychikę i funkcjonowanie kobiety

Psychologiczne i społeczne skutki nowotworu piersi

Rozpoznanie choroby, zwłaszcza nowotworowej jest niewątpliwie trudnym i bolesnym przeżyciem, które niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji zwłaszcza emocjonalnych, psychicznych i społecznych.

Nowotwór piersi wiąże się z długotrwałym leczeniem, hospitalizacją i mozolną rehabilitacją. Szok, niedowierzanie i uczucie bezsilności w chwili rozpoznania choroby, występowanie lęku i silnego stresu związanego z leczeniem chirurgicznym, radioterapią i chemioterapią oraz odczuwanie obawy i niepokoju przed nawrotem choroby są charakterystyczne dla pacjentów onkologicznych [12].

Doświadczenie choroby nowotworowej obciąża nie tylko pacjenta, ale również całą jego rodzinę, a występujące negatywne emocje towarzyszące chorobie nowotworowej powodują wzrost napięcia w rodzinie oraz często przyczyniają się do odizolowania, co skutkuje pogłębieniem poczucia odrzucenia oraz powstawaniem negatywnych wizji przyszłości. Co więcej chory często obarcza się poczuciem winy, uważając się, za ciężar dla najbliższych [13].

Leczenie, w szczególności mastektomia nasila niekorzystne zmiany w sferze psychicznej. Jest ona czynnikiem predysponującym do wystąpienia depresji z powodu utraty piersi- uważanej jako symbol kobiecości, macierzyństwa i atrakcyjności.

Amputacja piersi wpływa na zmianę obrazu własnego ciała, a tym samym wiąże się z zaburzeniami funkcjonowania społecznego i seksualnego. Chora boi się odrzucenia przez społeczeństwo, co przyczynia się do poczucia osamotnienia i odręczenia. Kobiety cierpiące z powodu choroby nowotworowej piersi unikają kontaktów z innymi ludźmi, co skutkuje zaburzeniem ich życia społecznego, zacieraniem się kontaktów międzyludzkich. Często bywa

też tak, że zamykają się w sobie, izolując się i często tracąc zaufanie nawet do partnerów, rezygnując tym samym z kontaktów seksualnych [13].

Kobiety po leczeniu często doświadczają licznych powikłań, takich jak zmęczenie, zaburzenia ze strony układu oddechowego, ból okolicy operowanej, obrzęk chłonny, osłabienie siły mięśniowej kończyny oraz trudność w pełnieniu ról społecznych związany z brakiem akceptacji własnej osoby, brakiem akceptacji i obniżenia jakości życia.

Samoakceptacja jest więc bardzo ważna i staje się często wyznacznikiem przebiegu procesu leczenia, sposobu funkcjonowania i przystosowania. Charakteryzuje się ona zdrowym szacunkiem do samego siebie i jest związana z akceptacją siebie w danym momencie, pogodzeniem się ze swoją ułomnością, zmienionym wyglądem. Kobieta akceptująca siebie, zmienia tak swoje zachowanie, aby móc, pomimo wszelkich trudności funkcjonować aktywnie w środowisku [12].

W sytuacji rozpoznania choroby nowotworowej można wyzgrabić dwie skrajne postawy:

- Postawę aktywną, którą cechuje mobilizacja i chęć podjęcia trudu walki o życie i zdrowie. Choroba traktowana jest tu jako wyznacznik do wprowadzenia zmian w swoim życiu. Pacjent przyjmujący taką postawę chętnie i aktywnie współpracuje z lekarzem i czuje się odpowiedzialny za swoje życie.
- Postawę pasywną, która charakteryzuje się rezygnacją i utratą nadziei przez pacjenta w skuteczność leczenia. Pacjent godzi się ze swoim losem i nie czuje odpowiedzialności za swój stan zdrowia. Często choroba postrzegana jest tu jako niesprawiedliwa kara.

Przyjęta postawa wobec choroby niewątpliwie oddziałuje na jakość życia i może mieć wpływ na długoterminowe efekty terapii a stopień akceptacji warunkuje sposób późniejszego funkcjonowania i przystosowania [12, 13].

Rehabilitacja psychofizyczna

Ideą rehabilitacji jest zminimalizowanie ubocznych skutków leczenia. Powinna więc nie tylko uwzględniać aspekt medyczny, ale również kwestie społeczne oraz zawodowe. Rehabilitacja zmniejsza niedostosowanie fizyczne i psychiczne, umożliwia pacjentce powrót do pełnej aktywności społecznej oraz zapobiega wykluczeniu na rynku pracy. Powinna również ułatwić jej zaakceptowanie siebie i adaptację do nowej sytuacji.

Rehabilitacja onkologiczna powinna być wprowadzona jeszcze przed rozpoczęciem właściwego leczenia i trwać na wszystkich etapach choroby oraz po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego [2, 13].

Rehabilitacja psychiczna i psychospołeczna

Jej celem jest wzmocnienie chęci do życia, leczenia przez przywrócenie sprawności psychicznej często utraconej lub zaburzonej w wyniku choroby. Pomaga zaakceptować sytuację, skutki choroby oraz ukierunkować życie pacjentki po leczeniu onkologicznym.

Do najczęstszych metod wsparcia psychologicznego zalicza się:

- Doradztwo, które polega na wysłuchaniu, wspieraniu chorej w różnych okresach choroby oraz pomoc w zrozumieniu zachowań i emocji towarzyszących leczeniu.
- Psychoterapia (grupowa/ indywidualna), której pozytywne efekty zawdzięcza się powstaniu zaufania pomiędzy terapeutą a pacjentką. Dobra relacja umożliwia rzeczowe wyjaśnienie problemu, dotyczącego sfery psychicznej, jak i seksualnej. Do psychoterapii zaliczmy psychoedukację, która uczy radzenia sobie ze stresem, samoakceptacji oraz utworzenia poprawnej relacji między członkami rodziny, która często zostaje zachwiana w związku z wystąpieniem nowotworu.
- Relaksacja, którą wprowadza się, aby pokazać pacjentkom w jaki sposób mogą zminimalizować swój stres towarzyszący leczeniu. Relaksacja może występować w formie np. terapii tańcem lub muzyką, wizualizacji [2].

Rehabilitacja fizyczna- fizjoterapia

Fizjoterapia jako element rehabilitacji prowadzona jest w celu przewrócenia sprawności fizycznej poprzez stosowanie ćwiczeń opartych na dynamicznej pracy mięśni. Co więcej przeciwdziała ona powikłaniom takim jak np. obrzęki limfatyczny.

- Leczenie onkologiczne niewątpliwie wpływa na upośledzenie sprawności fizycznej. Kobiety leczone z powodu raka piersi często borykają się z takimi problemami jak:
 - zaburzenia postawy,
 - wtórny obrzęk limfatyczny kończyny górnej strony operowanej lub gruczołu piersiowego po radioterapii,
 - zmniejszenie siły mięśniowej kończyny po stronie operowanej,
 - ograniczenie zakresu ruchu w stawach obręczy barkowej,
 - zaburzenia czucia związane z uszkodzeniem nerwów,
 - zwłóknienia po chemioterapii i radioterapii,
 - dolegliwości bólowe po amputacji.

Zabiegi fizjoterapeutyczne powinny być przeprowadzane i dostosowane, aby zmniejszały lub likwidowały te skutki.

Fizjoterapia jest prowadzona w połączeniu z rehabilitacją psychiczną w trzech okresach: szpitalnym, ambulatoryjnym oraz podtrzymującym (kluby Amazonek).

Okres szpitalny

Zasadnicze usprawnianie prowadzi się już w pierwszej dobie po operacji i polega ono na ułożeniu kończyny górnej strony operowanej w odciążeniu.

Podstawowym celem w tym okresie jest poprawa przepływu chłonki oraz edukacja w zakresie profilaktyki przeciwzakrzepowej. Dlatego też w okresie szpitalnym wykonuje się masaż wspomagający przepływ chłonki oraz elewacje kończyny w przypadku osób, u których usunięto wszystkie węzły chłonne. Wykonuje się ćwiczenia dotyczące palców, nadgarstka oraz stawu ramiennego. Pacjentki uczy się automasażu, zasad kinezyterapii oraz zaleca się wykonywanie poznanych ćwiczeń aż do momentu rozpoczęcia usprawniania ambulatoryjnego.

Okres ambulatoryjny

Po opuszczeniu szpitala na wniosek onkologa pacjentka powinna uczestniczyć w programie kompleksowej rehabilitacji, na którą składa się kinezyterapii połączonej z zabiegami hydroterapii, masażu oraz fizykoterapii.

Program zawiera ćwiczenia fizyczne mające na celu odzyskanie prawidłowego zakresu ruchu po stronie operowanej w stawie obręczy barkowej. Istotą role odgrywa dynamiczna praca mięśni podczas wykonywanych ćwiczeń, która poprawia perfuzję krwi i chłonki, jak również umożliwia rozbudowę masy mięśniowej i poprawę jej siły.

Kinezyterapia obejmuje ćwiczenia czynne wolne i ćwiczenia czynne z niewielkim obciążeniem.

Usprawnianie prowadzi się w grupach ukierunkowanych, ponieważ inne zasady, techniki rehabilitacji obowiązują u pacjentek w czasie chemioterapii, radioterapii, w grupach pacjentek z obrzękiem kończyny oraz w grupach „łopatkowych”.

W okresie chemioterapii ćwiczenia fizyczne dostosowuje się do możliwości pacjentki. Istotną rolę mają w tym okresie ćwiczenia relaksacyjne i ćwiczenia oddechowe a w przypadku neuropatii wskazane jest stosowanie masażu podwodnego oraz kąpieli wirowych.

W trakcie radioterapii należy unikać manipulacji okolicy napromieniowanej a ćwiczenia powinny być dostosowane do stanu chorej. Znaczącą rolę przypisuje się w tym

okresie ćwiczaniom oddechowym, które poprawiają ruchomość klatki piersiowej, jak również uelastyczniają bliznę pooperacyjną.

W sytuacji wystąpienia problemu odstającej łopatki, która jest efektem uszkodzenia nerwu piersiowego długiego zalecane jest wykonywanie ćwiczeń, które pobudzają czynność mięśni grzbietu leżących na łopacie, by uzyskać w ten sposób poprawny stan estetyczny i zmniejszyć ewentualnie występujący ból [2, 14, 15, 16].

Znaczenie i idea organizacji wspierających leczenie raka piersi

W sytuacji rozpoznania choroby nowotworowej chory niewątpliwie potrzebuje wsparcia i informacji dotyczącej stanu zdrowia. Często w takich momentach poszukują oni różnych źródeł pomocy.

Do źródeł pomocy należy zaliczyć organizujące się grupy samopomocy, tworzone przez osoby dotknięte tą samą chorobą. Grupy te często działają na zasadzie wolontariatu i zadaniem ich jest dostarczenie:

- informacji na temat choroby, leczenia,
- wsparcia w najtrudniejszych chwilach,
- pomocy w radzeniu sobie z chorobą, codziennym problemami,
- możliwości współpracy ze specjalistami i organizacjami rehabilitacji.

Fundamentem zaufania wobec członków jest przeżywanie podobnych doświadczeń. Dzięki dyskrecji oraz intymności panującej w danych społecznościach, powstaje poczucie komfortu psychicznego i bezpieczeństwa, które sprzyjają otwarciu się chorych na otoczenie. Pacjenci zaczynają rozmawiać o swoich doświadczeniach i emocjach, co niweluje negatywne odczucia, wpływa na poszerzenie zakresu wiedzy chorego, tym samym przyczyniając się do poprawy leczenia.

Każdy członek, w tym także nowy, dzięki obecności innych osób rozumiejących się wzajemnie pozbywa się poczucia samotności, wyobcowania. Ma to znaczący wpływ na akceptację choroby, jak również samego siebie a w konsekwencji pomaga odnaleźć się na nowo w życiu społecznym oraz poprawia jakość życia podczas choroby nowotworowej.

Amazonki czyli Federacja Polskich Klubów po Mastektomii „Amazonki” tworzą wolontariuszki i jednocześnie kobiety, które przeszły mastektomie, rehabilitację i po powrocie do zdrowia postanowiły zaangażować się w pomoc innym osobom zmagającym się z chorobą nowotworową piersi. Osoby te zostają przeszkolone, aby przekazywać rzetelne informacje swoim „podopiecznym”.

Do głównych celów organizacji należy tworzenie grup wsparcia, niesienie pomocy finansowej, przekazywanie materiałów edukacyjnych oraz wspomaganie procesu adaptacji. „Amazonki” w swoich działaniach skupiają się również na rehabilitacji po mastektomii poprzez organizowanie wyjazdów i rozpowszechnienie materiałów instruktażowych.

Badania wykazały, że pacjentki uczestniczące w grupach samopomocy wykazywały większą akceptację choroby i lepiej sobie z nią radziły.

Akademia Walki z Rakiem to miejsce, które zbiera osoby chore i ich bliskich, chcące zdobyć niezbędne informacje dotyczące chorób onkologicznych. Misją organizacji jest podniesienie świadomości społeczeństwa w odwołaniu do chorób nowotworowych poprzez edukację, poprawa jakości życia osób borykających się z nowotworem oraz niesienie im pomocy. W tym celu organizowane są wszelakiego rodzaju akcje pod hasłem „Zwrotnik Raka”.

Centrum Psychoonkologii UNICORN zajmuje się poprawą komfortu emocjonalnego, rehabilitacją, jak również edukacją. Zapewnia wsparcie pacjentowi oraz jego rodzinie, poprzez umożliwienie kontaktu ze specjalistami, uczestniczeniu w terapiach grupowych oraz prowadzenie treningów psychologicznych. Wszystkie działania organizacji mają na celu uzyskanie lepszych skutków leczenia oraz poprawę jakości życia [16].

Rekonstrukcja piersi

Rekonstrukcja piersi ma na celu przywrócenie prawidłowej budowy klatki piersiowej kobiety. Najczęściej przeprowadzana jest w trybie odroczonym lub natychmiastowym, który wykonywany jest bezpośrednio po mastektomii. Należy jednak pamiętać, że czynny proces nowotworowy jest przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu.

Zaletą jednoczasowej rekonstrukcji piersi jest uniknięcie ponownego znieczulenia i zabiegu chirurgicznego. Pozwala ona na szybsze i łatwiejsze zaakceptowanie siebie po operacji, jak również zapewnia sprawniejszy powrót do zdrowia i równowagi psychicznej. Nie jest ona jednak standardowym zabiegiem i należy wykonywać ją w wyspecjalizowanych ośrodkach [2].

Zabieg odroczonej operacji odtwórczej wykonuje się po 4-6 miesiącach od zakończenia chemioterapii i 12-24 miesiącach po zakończeniu radioterapii. U pacjentów, u których nie stosuje się leczenia uzupełnianego można ją przeprowadzić wcześniej [17].

Rekonstrukcje piersi można wykonać z zastosowaniem:

- Tkanek własnych (rekonstrukcja autogenna)
- Implantów piersi- materiał sztuczny (rekonstrukcja allogenna).

Rekonstrukcja autogenna w porównaniu z allogenną z reguły pozwala na uzyskanie lepszego i trwalszego efektu estetycznego. Jednak wadą pierwszej z nich jest dłuższy czas trwania zabiegu oraz hospitalizacji. Związane to jest z możliwością wystąpienia poważniejszych powikłań, uszkodzenia miejsca dawczego.

Dostępne są również zabiegi chirurgii onkoplastycznej (BCTnew) piersi, w której można wyodrębnić dwie metody rekonstrukcji z wykorzystaniem:

- płatów utworzonych z tej samej piersi. Rekonstrukcja ta dotyczy gruczołu/ skóry, jak i obydwu tych struktur jednocześnie. Wiąże się ze zmniejszeniem piersi.
- przesuniętych płatów z tkanek spoza obszaru piersi. Używa się do tego fragmentu lub całego mięśnia najszerzego grzbietu oraz wrzeciona skóry i/lub tkanki podskórnej znajdującej się ponad tym mięśniem.

Rodzaj rekonstrukcji, która zostanie zastosowana zależy od wielkości piersi. Pierwszy sposób zaleca się w sytuacji, gdy piersi są duże, drugi natomiast w przypadku małych piersi [2].

Motywacją kobiet do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi jest chęć odzyskania poczucia kobiecości, troska o życie seksualne i jego jakość oraz uniknięcie dyskomfortu związanego z noszeniem protezy.

CEL PRACY

Celem pracy było:

- rozpoznanie problemów bio–psycho–społecznych u pacjentki z chorobą nowotworową piersi
- opracowanie indywidualnego procesu pielęgnowania dla pacjentki z chorobą nowotworową piersi

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 57 lat po zabiegu mastektomii piersi lewej oraz przyjętej ponownie w trybie planowym do Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie na ul. Ogrodowa 12 na leczenie chemioterapeutyczne.

W zbieraniu materiału o pacjentce pomocne okazały się: obserwacja, wywiad, analiza dokumentacji, pomiar oraz skale: skala Baxtera i skala NRS.

- **Obserwacja** - uważne oglądanie, dostrzeganie elementów wyglądu zewnętrznego pacjenta, obserwacja jego zachowania, funkcjonowania narządów.

- **Wywiad** - zaplanowana rozmowa z pacjentem, mająca na celu zdobycie zamierzonych informacji.
- **Analiza dokumentacji** - służy uzyskaniu informacji na temat pacjenta i jego rodziny poprzez analizę jakościową i ilościową dokumentów składających się na dokumentację pacjenta (formularz historii choroby, karta obserwacji, karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych, wyniki konsultacji).
- **Pomiar** - „stosowanie określonych sposobów i metod, z wykorzystaniem skal, tablic i przyrządów, mających na celu określenie cech badanych przedmiotów poprzez przyporządkowanie im określonej wartości liczbowej” [18].

Skala Baxter, która ma za zadanie ocenić zagrożenie i przebieg zapalenia w przebiegu kaniulacji żył.

Skala NRS (skala numeryczna) ma charakter liczbowy, pacjent wskazuje stopień nasilenia bólu, zaznaczając określoną liczbę na skali od 0 do 10. W skali NRS „0” oznacza „brak bólu”, a „10” - „największy ból, jaki można sobie wyobrazić”.

Na podstawie zebranego materiału badawczego sporządzono indywidualny plan opieki nad pacjentką z chorobą nowotworową piersi.

Proces pielęgnowania jest to opieka pielęgniarska opierająca się na świadomym rozpoznaniu stanu biologicznego, społecznego, psychicznego, duchowego jak i kulturowego. Podstawą jest podejmowanie celowych oraz planowanych działań, które mają za zadanie przyczynić się do utrzymania bądź poprawy dotychczasowego stanu, jak również oceny otrzymanych wyników biorąc pod uwagę założone cele opieki- pielęgnowania [18].

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka lat 57 trafiła do Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie na ul. Ogrodową 12 z powodu nowotworu piersi dnia 15.07.2019 r. Pacjentka została przyjęta planowo z powodu prowadzonego leczenia chemioterapeutycznego.

Chora jest wdową, ma dwie córki, mieszka sama w małej miejscowości pod Białymstokiem. Kobieta zaczęła miesiączkowanie w wieku 13 lat. Pierwsza ciąża w wieku 21 lat kolejna w wieku 27, oba porody odbyły się w terminie drogą naturalną. Matka pacjentki zmarła z powodu raka jajników. Pacjentka ma siedmioro rodzeństwa. Z przeprowadzonego wywiadu wynika, że jedna z siostr i brat kobiety chorują na nadciśnienie.

Do tej pory pacjentka prowadziła aktywny tryb życia, pracowała za granicą jako opiekunka osób starszych. Kobieta nie pali oraz nie spożywa alkoholu. Z wywiadu wynika się, że nie jest uczulona na żaden lek, nie przyjmowała również antykoncepcji hormonalnej we wcześniejszych latach.

Pacjentka w dniu 10.06.2019 r. przeszła zabieg amputacji lewej piersi sposobem Madden'a. Chora ze względu na dodatni wynik badania histopatologicznego *carcinoma ductale infiltrans GII* oraz przerzuty do węzłów chłonnych otrzymuje agresywną chemioterapię wg. programu TAC. Pacjentka ma odbyć VI kursów otrzymując w każdym Taxofen 120 mg, Doxorubicyna 80 mg, Cyklofosfamid 80 mg iv.

Po jej zakończeniu planowane jest leczenie hormonalne (hormonoterapia) z użyciem Tamoxifenu oraz radioterapia obejmująca obszar ściany klatki piersiowej po stronie lewej oraz węzłów chłonnych okolicy nadobojczykowo- pachowej, w warunkach X 6 MV oraz w dawce frakcyjnej: 2 Gy/p. ref. – w 25 frakcjach.

Pacjentka waży 65 kg przy wzroście 162 (BMI = 24,77- waga prawidłowa).

W dniu obserwacji:

Pacjentka ma zachowany kontakt słowny logiczny, jest świadoma co do czasu, miejsca i sytuacji. Kobieta wyraża obawę oraz niepokój związany z leczeniem i pobytem w szpitalu. Skarży się na nudności i wymioty. Jest wyraźnie osłabiona i zmęczona.

Jest osobą współpracującą, jednak biorąc pod uwagę aspekt psychiczny, kobieta bardzo ciężko znosi leczenie. Miewa wahania nastroju, odczuwa spadek poczucia własnej wartości, często bywa apatyczna, można zauważyć widoczną trudność z pogodzeniem się z nowo zaistniałą sytuacją i kalectwem. Obniżony poziom nastroju wynika również z faktu utraty włosów.

Na zgięciu łokciowym prawym założone wkłucie obwodowe typu wenflon (0/5 w skali Baxtera)

Pacjenta zgłasza ból w miejscu rany pooperacyjnej (5/10 w skala NRS).

W badaniu przedmiotowym stwierdzono obrzęk w okolicy blizny i dołu pachowego, ograniczenie ruchomości stawu barkowego oraz ból podczas ruchu, co przyczynia się do trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Parametry w dniu obserwacji:

RR: 119/73 mmHg,

HR: 69/min,

SpO2: 97%

Temp. ciała: 37,5°C.

PLAN OPIEKI PACJENTKI Z CHOROBAŁ NOWOTWOROWĄ PIERSI PO CHEMIOTERAPII

1. Diagnoza pielęgniarska – Nudności i wymioty jako skutek leczenia cytostatykami.

Cel opieki:

zmniejszenie dolegliwości, takich jak nudności i wymioty

Działania pielęgniarskie:

- stosowanie diety lekkostrawnej, posiłki w małej ilości, ale często
- prowadzenie bilansu płynów
- zapewnienie pacjentce miski nerkowatej/ jednorazowego użytku, ligniny, wody do płukania jamy ustnej
 - zapewnienie pacjentce wygodnej pozycji
 - podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza

Ocena działań:

Problem do dalszej pielęgnacji i obserwacji

2. Diagnoza pielęgniarska – Wystąpienie obrzęku limfatycznego w wyniku usunięcia węzłów chłonnych oraz deficyt wiedzy na temat przeciwdziałania.

Cel opieki:

Zmniejszenie obrzęku limfatycznego.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie kończyny górnej, wysoko z zastosowaniem klina
- unikać spania na stronie operowanej
- polecenie wykonywania automasażu
- edukacja pacjentki na temat czynników sprzyjających powstawaniu obrzęku limfatycznego: spanie na kończynie po stronie operowanej, szarpnięcia, dźwiganie kończyną strony operowanej, przegrzewanie np. użycie maści rozgrzewających, gorących kąpiel, nadwaga, zbyt ciasna odzież z materiałów sztucznych

Ocena działań:

Obrzęk limfatyczny zmniejszył się a pacjentka posiada wiedzę na temat profilaktyki przeciwobrzękowej

3. Diagnoza pielęgniarska – Dyskomfort pacjentki spowodowany bólem okolicy operowanej.

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Działania pielęgniarskie:

- pomiar narażenia bólu z zastosowaniem skali numerycznej
- pomiar RR, temp., ciśnienia
- rozmowa z pacjentką na temat charakteru bólu
- ułożenie pacjentki w pozycji wygodniej, dostosowanej do potrzeb pacjentki
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza

Ocena działań:

Dolegliwości bólowe pacjentki zmniejszyły się (NRS 2/10). Problem wymaga dalszej obserwacji.

4. Diagnoza pielęgniarska – Ograniczenie aktywności pacjentki związane z uszkodzeniem mięśni, nerwów w wyniku zabiegu mastektomii.

Cel opieki:

Poprawa aktywności pacjentki poprzez jej aktywny udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych, pomoc w czynnościach samoobsługowych

Działania pielęgniarskie:

- włączenie rodziny i bliskich do pomocy w czynnościach samoobsługowych
- zachęcenie do udziału w ćwiczeniach rehabilitacyjnych

Ocena działań:

Zwiększenie aktywności i mobilności pacjentki

5. Diagnoza pielęgniarska – Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodnoelektrolitowych w wyniku wymiotów.

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń wodno-elektorlitowych

Działania pielęgniarskie:

- codzienna ocena stopnia nawodnienia przez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, stopnia wypełnienia żył
- pomiar RR, RH

- prowadzenie bilansu płynów
- zachęcenie pacjentki, aby wypijał minimum 1,5 l wody dziennie

Ocena działań:

Problem do dalszej pielęgnacji i obserwacji

6. Diagnoza pielęgnarska – Ryzyko wystąpienia infekcji w wyniku zmniejszonej odporności po podaniu chemioterapii.

Cel opieki:

Redukcja ryzyka wystąpienia infekcji

Działania pielęgnarskie:

- przestrzeganie zasad antyseptyki i aseptyki podczas wykonywania zabiegów i czynności pielęgnacyjnych
- edukacja w zakresie utrzymania wysokiego poziomu higieny ciała i otoczenia
- przestrzeganie przed kontaktem z osobami chorymi, przebywaniem w dużych skupiskach ludzi

Ocena działań:

Infekcja nie wystąpiła. Problem do dalszej obserwacji.

7. Diagnoza pielęgnarska – Ryzyko wystąpienia uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej na skutek chemioterapii.

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej

Działania pielęgnarskie:

- ocena stanu błony jamy ustnej przynajmniej raz dziennie
- przekazanie informacji na temat zasad prawidłowej higieny jamy ustnej, delikatnego szczotkowania po posiłku, posługiwanie się szczoteczką o miękkim włosiu
- dbanie o prawidłowe nawilżenie błony śluzowej przy użyciu np. kostek lodu, gumy bezcukrowej

Ocena działań:

Problem wymaga dalszej pielęgnacji i obserwacji

8. Diagnoza pielęgnarska – Dyskomfort pacjentki związany ze zwiększonym wypadaniem włosów po chemioterapii.

Cel opieki:

Poprawa samopoczucia pacjentki i podjęcie działań mających na celu zapobieganie nadmiernemu wypadaniu włosów

Działania pielęgniarские:

- zalecenie używania łagodnych szamponów/ kosmetyków dedykowanych pacjentkom onkologicznym
- używanie miękkiej szczotki
- używanie peruki
- poinformowanie pacjentki o możliwości zakupu chust, apaszek na głowę

Ocena działań:

Samopoczucie pacjentki uległo poprawie

9. Diagnoza pielęgniarская – Możliwość wystąpienia biegunki spowodowanej chemioterapią.

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu biegunki

Działania pielęgniarские:

- wprowadzenie odpowiednio dostosowanej diety bazującej na owocach i warzywach, wysokiej jakości białku, rybach oraz węglowodanach pod różnymi postaciami np. kasze.
- obserwacja pacjentki, jej rytmu wypróżnień

Ocena działań:

Biegunka nie wystąpiła.

10. Diagnoza pielęgniarская – Deficyt wiedzy na temat chemioterapii oraz jej skutków ubocznych.

Cel opieki:

Zwiększenie świadomości pacjentki na temat leczenia chemioterapeutycznego

Działania pielęgniarские:

- wyjaśnienie celu leczenia oraz wątpliwości
- poinformowanie o możliwych skutkach ubocznych chemioterapii: nudności, wymioty, alergia (świąd, zmiany skórne), wstrząs anafilaktyczny (duszność, zaburzenia świadomości), wynaczynienie leku (zaczerwienienie, ból, obrzęk okolicy wkłucia)

Ocena działań:

Nastąpił wzrost świadomości odnośnie chemioterapii

11. Diagnoza pielęgniarska – Niepokój pacjentki związany z koniecznością dalszego leczenia.

Cel opieki:

Zmniejszenie niepokoju

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie kontaktu z psychologiem
- edukacja pacjentki na temat leczenia, przebiegu choroby
- rozmowa o lękach i obawach pacjentki,
- stworzenie życzliwej atmosfery
- umożliwienie pacjentce rozmowy z innymi pacjentkami, osobami, które przeszły leczenie, „amazonkami”
- zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa i spokoju

Ocena działań:

Niepokój pacjentki zmniejszył się

12. Diagnoza pielęgniarska – Deficyt wiedzy oraz niepokój pacjentki na temat samoopieki oraz zachowania się po zakończonej chemioterapii.

Cel opieki:

Zmniejszenie deficytu wiedzy i niepokoju pacjentki na temat samoopieki oraz zachowania się po zakończonej chemioterapii

Działania pielęgniarskie:

- zalecenie pacjentce spokojnego trybu życia z umiarkowaną aktywnością fizyczną,
- unikanie czynników mogących wywołać infekcje np. kontakt z osobami przeziębionymi
- przekazanie informacji o możliwości skorzystania z pomocy psychologa
- edukacja chorej oraz rodziny w zakresie zapobiegania powstania obrzęku limfatycznego

Ocena działań:

Lęk zmniejszył się. Pacjentka posiada wiedzę na temat samoopieki.

13. Diagnoza pielęgniarska – Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane założonym wkłuciem obwodowym typu wenflon

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpieniu powikłania

Działania pielęgniarские:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
- obserwacja oraz badanie wzrokowe miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia stanu zapalnego (zaczerwienienie, zgrubienie, ból w miejscu wkłucia)
- sprawdzanie drożności wkłucia przed każdorazowym podaniem leku
- zmiana opatrunku w razie konieczności

Ocena działań:

Brak objawów mogących świadczyć o powstaniu zakażenia.

Problem wymaga i pielęgnacji dalszej obserwacji.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

- Problemy pielęgnacyjne na podstawie obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, wykorzystanej skali oraz pomiaru były następujące:
 - Nudności i wymioty jako skutek leczenia cytostatykami,
 - Wystąpienie obrzęku limfatycznego w wyniku usunięcia węzłów chłonnych oraz deficyt wiedzy na temat przeciwdziałania,
 - Dyskomfort pacjentki spowodowany bólem okolicy operowanej,
 - Ograniczenie aktywności pacjentki związane z uszkodzeniem mięśni, nerwów w wyniku zabiegu mastektomii,
 - Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodnoelektrolitowych w wyniku wymiotów,
 - Ryzyko wystąpienia infekcji w wyniku zmniejszonej odporności po podaniu chemioterapii,
 - Ryzyko wystąpienia uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej na skutek chemioterapii,
 - Dyskomfort pacjentki związany ze zwiększonym wypadaniem włosów po chemioterapii,
 - Możliwość wystąpienia biegunki spowodowanej chemioterapią,
 - Deficyt wiedzy na temat chemioterapii oraz jej skutków ubocznych,
 - Niepokój pacjentki związany z koniecznością dalszego leczenia,
 - Deficyt wiedzy oraz niepokój pacjentki na temat samoopieki oraz zachowania się po zakończonej chemioterapii.

- Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane założonym wkłuciem obwodowym typu wenflon.
- Działania podjęte wobec pacjentki, które opisane zostały w procesie pielęgnowania, umożliwiły zapewnienie opieki dostosowanej do indywidualnych potrzeb chorej.
- Dzięki realizacji określonych działań problemy pielęgnacyjne nie pojawiły się, zostały zmniejszone lub całkowicie zniknęły.
- Pacjentka otrzymała odpowiedni zakres informacji, który umożliwi jej na prowadzenie odpowiedniej samoopieki.

PIŚMIENNICTWO

1. Łuczyk M., Szadowska- Szlachetka Z., Ślusarska B. (red. nauk.): Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
2. Jassem J., Krzakowski M. (red.): Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy, wydanie II. Wydawnictwo VIA MEDICA, Gdańsk 2014.
3. Skomudek A., Szczegielniak J., Bogacz K., Krajczy M., Łuniewski J.: Postępowanie w przypadku raka piersi. Rehabilitacja w praktyce 2019, 2, 11-12.
4. Pacian A. Kulik T.B. Chruściel P.: Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi. Przegląd menopauzalny 2012, 5, 423-427.
5. Skorupka M., Wolska-Adamczyk A., Malicka M., Homola I., Tarkowska T.: Zdrowe piersi są OK! Wojewódzki program edukacyjny dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w zakresie profilaktyki raka piersi, Wydanie I, Warszawa 2012.
6. Murawa D., Sroka A., Kycler W. i wsp.: ABC Raka Piersi, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2010.
7. <https://edrnona.pl/mity-na-temat-raka-piersi/> (Dostęp 10.11.2019)
8. Cabot S., Jasińska M.: Jak zapobiegać rakowi piersi. Warszawa 2011.
9. Bobek-Billewicz B., Jurkowski M. K.: Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego; Nowotwory 2017, 2(3), 235-242.
10. Nowecki Z. I., Jeziorski A.: Chirurgiczne leczenie zmian nowotworowych piersi; Via Medica, Gdańsk 2016.
11. Rolski J., Sas- Korczyńska B.: Diagnostyka i leczenie raka piersi informator dla chorych, Poradnik przygotowany przez pracowników Centrum Onkologii Kraków, Łódź 2011.

12. Ogińska- Bulik N.: Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011, 1, 1-10.
13. Lachowicz M., Etowska M.: Poziom jakości życia kobiet po przebytych zabiegu mastektomii [w:] *Choroby XXI wieku: wyzwania w pracy fizjoterapeuty*. Podgórska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017, 211- 212.
14. Kosowicz M., Bogusław Lindner B., Janusz Meder J., Tomasz Szafrński T., Tchórzewska-Korba H., Wysocka-Bobryk T.: *Rehabilitacja Chorych na Nowotwory z Elementami Psychoonkologii*, Wydawnictwo: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 51-68.
15. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek. *Medycyna Ogólna i nauk o zdrowiu*, 2012, 4, 291-296.
16. Szukiewicz D., *Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie*, wydawnictwo PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2012.
17. Opuchnik A.: Informator dla kobiet po leczeniu raka piersi, Świętokrzyskie Centrum Onkologii Zakład Rehabilitacji, 2016, 4, 27-28.
18. Marć M.: Gromadzenie informacji o pacjencie i jego rodzinie [w:] *Podstawy Pielęgniarstwa*, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, 240-259.

OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO DOTYCZĄCA PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO

PAULINA BARANOWSKA¹, KRYSTYNA KLIMASZEWSKA²

¹ Absolwentka pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Epidemiologia

W ostatnich latach zachorowalność na nowotwór jelita grubego kształtuje się szczytową dynamiką wzrostu. Widoczny wzrost zapadalności nastąpił w 1980 roku. Obecnie największy odsetek zachorowań przypada na okres po 50 roku życia. Niebezpieczeństwo wystąpienia choroby zwiększa się z wiekiem i uzależnione jest od płci. Mężczyźni 1,5-2 krotnie częściej zapadają na opisywaną jednostkę chorobową niż kobiety. Osoby po 80 roku życia są w największej grupie ryzyka zgonu związanego z rakiem jelita grubego. Ponadto Polska znajduje się na jednym z końcowych miejsc w całej Europie w odniesieniu do wskaźnika 5 letniego przeżycia chorego na nowotwór jelita grubego. W przypadku utrzymywania się stałej zapadalności szacuję się dalszy postęp tendencji wzrostowej. W 2025 roku prawdopodobnie zapadalność będzie wynosiła ok. 9 100 kobiet oraz 15 000 mężczyzn. Stanowi to grupę aż 24 000 nowych zachorowań [1].

Czynniki ryzyka raka jelita grubego

Istnieje wiele czynników zwiększających ryzyko wystąpienia raka jelita grubego. Jednym z istotniejszych czynników podlegających modyfikacji jest nieodpowiednia dieta. Częste spożywanie dużej ilości czerwonego mięsa, tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów ma ścisły związek ze zwiększeniem zachorowań. Rak jelita grubego występuje częściej w krajach rozwiniętych. Według badaczy ma to ścisły związek z dietą, ponieważ 40% pokarmów stanowią tłuszcze. Natomiast w krajach mniej rozwiniętych konsumpcja tłuszczu zwierzęcych jest 3-4 krotnie mniejsza. Tłuszcze zwierzęce pobudzają proces karcynogenezy. Ponadto wykazują właściwości cytotoksyczne poprzez niszczenie aparatu genetycznego i pobudzanie proliferacji związanej ze stymulacją kolonocytów. W związku z powyższym występowanie otyłości wpływa na tworzenie komórek nowotworowych. Tkanka tłuszczowa człowieka syntezuje swoje hormony np.: leptyna. Leptyna zalicza się do hormonów

działających mitogennie w odniesieniu do komórek nabłonka zawartych w przewodzie pokarmowym. Stężenie jej oraz innych czynników wzrostowych (np.: hepatocytów) wzrasta u osób z nadmiarem tkanki tłuszczowej. Co więcej, otyłość świadczy o rozwiniętym procesie zapalnym powodującym zwiększenie stężenia cytokin. Cytokiny wpływają na modulację układu immunologicznego, pobudzają wzrost i zwiększają szanse przeżycia komórek nowotworowych. Nowotwory przewodu pokarmowego są powiązane z nieprawidłową mikroflorą jelitową. Doprowadza to do insulinooporności i przewlekłego zapalenia zwłaszcza obejmującego jelito grube i tkankę tłuszczową trzewną. Choroby zapalne jelit przyczyniają się do ryzyka rozwoju nowotworu w zależności od czasu ich trwania. Przykładem jest wrzodziejące zapalenie jelita grubego u osoby chorującej około 20 lat zwiększa się o 5%. Natomiast u chorego powyżej 25 lat ryzyko wystąpienia nowotworu wzrasta o 12%. Inne choroby zapalne jelit to przede wszystkim: zapalenie całego jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna. Prowadzenie nieprawidłowego stylu życia tzn. narażenie na częste reakcje stresowe, palenie tytoniu oraz spożywanie etanolu także doprowadzają do zwiększenia ryzyka zachorowalności. Ponadto dodatni wywiad rodzinny jest jednym z najważniejszych czynników niemodyfikowalnych wystąpienia raka jelita grubego [2, 3, 4].

Objawy

Rak jelita grubego zazwyczaj pogłębia się powoli. Występujące objawy częściowo uzależnione są od lokalizacji nowotworu. W przypadku raka zlokalizowanego w odbytnicy oraz lewej połowie okrężnicy symptomami charakterystycznymi są: krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, częste w małych ilościach wypróżnienia, bóle brzucha. Sygnalizowane przez chorego tzw. ołówkowate stolce świadczą o patologii nowotworowej odbytu lub odbytnicy. Naciek rozrostowy doprowadza do stopniowego zmniejszania światła jelita i niedrożności. Położenie raka w prawej połowie okrężnicy wykazuje objawy późno.

Przy zaawansowanym stadium nowotworu występują często takie objawy jak: brak apetytu oraz ogólne wyniszczenie. Najczęściej chorzy nie potrafią ściśle zlokalizować dolegliwości bólowych. Mechanizm ich występowania polega na zablokowaniu przewodu pokarmowego, nieumiarkowanym rozdęciu jelit oraz naciekiem blisko położonych organów [5].

Często występują objawy mogące świadczyć o dalszym rozsiewie procesu nowotworowego m.in. ból po prawej stronie jamy brzusznej, uczucie zbyt szybkiego zaspokajania głodu, wyczuwalne palpacyjnie powiększone węzły chłonne nadobojczykowe

i pępkowe. Organem, który najczęściej ulega przerzutom to wątroba. Związane jest to z odpływem krwi z jelit do układu wrotnego [5].

Najczęstsze symptomy nietypowe mogące występować w przypadku raka jelita grubego to:

- zmiana umiejscowienia guza z powstaniem przetoki np.: do pętki jelita cienkiego,
- gorączka bez ustalonej etiologii,
- bakteriemia lub/i sepsa [5].

Profilaktyka pierwotna

Zbilansowana dieta

Nowotwory przewodu pokarmowego często powstają poprzez niezbilansowaną dietę. Według niektórych źródeł w przypadku raka jelita grubego nieprawidłowe odżywianie odpowiada aż za 90 % zachorowań. Istnieje wiele pokarmów chroniących człowieka przed wystąpieniem nowotworu.

Błonnik pokarmowy wykazuje właściwości przywracające odpowiednią perystaltykę jelit. Frakcje nierozpuszczalne powodują skrócenie czasu pasaży jelitowego. Natomiast frakcje rozpuszczalne poprzez tworzenie żelu doprowadzają do wolniejszego przechodzenia pokarmu z żołądka do jelit. Zawiera pektyny charakteryzujące się właściwościami odtruwającymi. Ponadto wspomaga pobudzanie mikroflory jelitowej poprzez usuwanie bakterii gnilnych. Błonnik wykazuje właściwości buforujące poprzez wiązanie w żołądku nadmiernej ilości kwasu solnego i wydzielanie gastryny. Odpowiada za zmniejszenie łaknienia co jest pomocne w utrzymaniu prawidłowej masy ciała [6].

Czosnek swoją właściwości przeciwnowotworowe zawdzięcza przede wszystkim zawartością alicjenu. Przedstawiony związek chemiczny indukuje apoptozę i doprowadza do zatrzymania rozrostu komórek nowotworowych. Działa także bakteriobójczo [6].

Mleko jest produktem zawierającym wapń zapobiegający rakotwórczym właściwościom kwasów żółciowych. Przyjmowanie wapnia w postaci tabletek (suplementów diety) nie ma udowodnionego działania przeciw nowotworowego [6].

Owoce i warzywa z małą ilością skrobi zawierają dużą ilość przeciwutleniaczy, witamin, fenoli oraz flawonoidów, które wychwytyją i doprowadzają do neutralizacji wolnych rodników. Ważny jest sposób przetwarzania, ponieważ niektóre sposoby obróbki mogą wpływać na zmniejszenie walorów prozdrowotnych [6].

Selen jest bardzo cennym mikroelementem odpowiedzialnym za ochronę przed stresem oksydacyjnym. Niedobór tego pierwiastka doprowadza do zmniejszenia działania enzymów związanych z procesem detoksykacji [6].

Zalecane jest zmniejszenie konsumpcji produktów o dużej zawartości energii np.: alkoholu, ponieważ doprowadza do otyłości. Ponadto należy unikać czerwonego mięsa. W przypadku amatorów mięsa wskazane jest spożywanie ryb zawierających dużą ilość selenu [6].

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna to istotny czynnik zmniejszający ryzyko rozwoju chorób nowotworowych. Często nazywany jest lekiem XXI wieku. Większość społeczeństwa nie docenia jego właściwości i niechętnie bierze udział w jakichkolwiek jego formach. Wysiłek fizyczny może mieć wpływ na ekspresję genów komórek błony śluzowej jelita grubego. Ponadto regularne wykonywanie ćwiczeń wpływa na redukcję tkanki tłuszczowej. Wiąże się to ze zmniejszeniem adipocytów oraz doprowadza do lepszego ukrwienia tkanek. Zasadniczą rolę spełniają miokiny – SPARC. Ich rola polega na zaprzestaniu proliferacji i zwiększeniu apoptozy. Ponadto aktywność ruchowa wpływa na zmniejszenie poziomu insuliny, która powoduje wzrost stężenia IGF-1 w surowicy. Prowadzi to do zaprzestania usuwania z organizmu zmutowanych komórek. Wysiłek fizyczny powinien być uprawiany regularnie, ponieważ jedynie wtedy zmniejsza ryzyko zachorowalności na nowotwory [7].

Profilaktyka wtórna

Rodzaje i przygotowanie do badań przesiewowych

Wczesny okres rozwoju nowotworu zazwyczaj nie wiąże się z występowaniem charakterystycznych objawów. Istotne znaczenie mają badania przesiewowe pozwalające wykryć nieprawidłowości już na wczesnych etapach rozwoju. WHO od 1968 roku prowadzi różnego rodzaju programy badań skriningowych.

Badania skriningowe dotyczące raka jelita grubego można podzielić na dwie grupy. Jedną z nich dotyczy analizy próbki krwi lub kału oraz badanie per rectum, natomiast drugą grupę stanowią badania obrazowe i endoskopowe [8].

Badanie per rectum jest najprostszą metodą. Polega na wprowadzeniu przez lekarza palca do odbytnicy i sprawdzenia czy nie występują nieprawidłowości. Przetawione nieinwazyjne badanie wykrywa aż 30% nowotworów jelita grubego [8].

Badanie krwi utajonej w kale jest najtańszą metodą diagnostyczną. Nie wykrywa jednak wczesnych ognisk raka jelita grubego. Ponadto występowanie krwi w kale może

świadczą o innych chorobach takich jak: choroba zapalna jelit. Osoby zdrowe mogą wydalać 1,5 ml na dzień krwi podczas defekacji. Może to wpływać na fałszywe odczytywanie dodatnich wyników badania co nie ma powiązania z chorobą [9].

Test wykrywający metylacje DNA w pobliżu genu septyny 9. Osoby chore na raka jelita grubego wykazują pozytywne wyniki przedstawionego testu. Przedstawiany produkt reakcji nie występuje we krwi żyłnej u osób zdrowych [9].

Kolonografia jest badaniem nieinwazyjnym pozwalającym zdiagnozować wczesne etapy nowotworu. Wykrycie zmian > 6 mm jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii. Za pośrednictwem kolonografii nie istnieje możliwość pobrania próbek materiału do diagnostyki histopatologicznej [9].

Jednym z badań obrazowych jelita grubego jest wlew doodbytniczy z barytem. Wykazuje się niską czułością i nie zawsze pokazuje zmiany w odbytnicy. Z tego względu należy wykonywać badania endoskopowe takie jak sigmoidoskopia oraz kolonoskopia [9].

Sigmoidoskopia pozwala ocenić błonę śluzową odbytnicy oraz część okrężnicy do zagięcia śledzionowego. Pomimo inwazyjności badania powikłania z nim związane występują rzadko. Zaletą sigmoidoskopii jest mniejszy dyskomfort związany z bólem i krótszy okres badania. Badanie nie jest najlepszym skriningiem w rozpoznawaniu raka jelita grubego, ponieważ nie ukazuje proksymalnej części okrężnicy [10].

Kolonoskopia jest złotym standardem w rozpoznawaniu raka jelita grubego. Umożliwia wizualizację całej błony śluzowej odbytnicy oraz okrężnicy. Jest to jednak badanie inwazyjne. W przypadku badań przesiewowych związanych z rozpoznawaniem raka jelita grubego jest obciążone możliwością wystąpienia najgroźniejszych powikłań. Do najbardziej niebezpiecznych należą: pęknięcie jelita grubego, krwawienia oraz zaburzenia pracy serca. Jednak jej zalety przeważają nad wadami [10].

Skuteczność badań zależy w głównej mierze od dobrego przygotowania. W przypadku wlewu doodbytniczego z barytem chory powinien przebywać na diecie płynnej przez 3 dni przed badaniem. Pacjent zgłasza się na badanie z aktualnym skierowaniem i dokumentami potwierdzającymi tożsamość. W dniu wykonywanej diagnostyki chory pozostaje na czczo, musi wypić środek przeczyszczający dostępny na receptę np.: FORTRANS. Preparat należy przygotować według ulotki producenta leku. Chory do badania powinien wypić 4 l preparatu w ciągu 5-6 godzin. Pacjenci przyjmujący stałe leki powinni je zażyć. Ponadto personel medyczny powinien poinformować chorego o dyskomforcie związanym z uczuciem defekacji podczas badania. Ważne jest, aby chory po badaniu wypił dużą ilość płynów, aby wydalić kontrast wraz z moczem [11].

Wykonanie kolonoskopii wiąże się z podpisaniem przez pacjenta zgody oraz przygotowaniem do badania według zasad obowiązujących w danej placówce medycznej. Istnieją potwierdzone fakty, że chorzy otrzymujący dodatkowo zalecenia ustne i kolorowe broszury częściej dostosowują się do zaleceń. Właściwe oczyszczenie jelita ma kluczowe znaczenie dla odpowiedniego przeprowadzenia badania. Ponadto zmniejsza koszty związane z ponownym przeprowadzaniem kolonoskopii oraz dyskomfort i lęk chorego. ESGE zaleca dzień przed badaniem dietę niskoresztkową, ponieważ pasaż jelitowych niektórych ludzi jest niewystarczająco szybki. Pacjent powinien przyjmować lek z grupy simetikonów, ponieważ doprowadzają do pękania pęcherzyków gazu. Bańki gazu w jelicie przeszkadzają w diagnostyce błony śluzowej jelita grubego. Chory powinien dostać simetikon wieczorem i rano przed badaniem [11].

Preparat przeczyszczający glikolu polietylenowego pacjent otrzymuje w 2 dawkach podzielonych. W warunkach domowych chory powinien przyjąć 4 l płynu, natomiast w szpitalnych wystarczy 2 l. Według przeprowadzonych badań zwiększa to liczbę osób z prawidłowym oczyszczeniem jelita. Ostatnia porcja płynów przeczyszczających powinna być przyjęta 4 godziny przed badaniem. Jednak chorzy często nie stosują się do wskazówek [11].

Nie zalecane jest stosowanie głębokiej sedacji chorego. Taki stan może doprowadzić do aspiracji treści żołądkowej do układu oddechowego. Ponadto w przypadku, gdy sedacja jest konieczna należy pamiętać, że czas pomiędzy konsumpcją płynu a sedacją nie może być krótszy niż 2 godziny.

Stadium zaawansowania nowotworu

Klasyfikacja TNM stworzona przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC) ma zastosowanie w ocenie raka jelita grubego. TNM obejmuje 3 składowe: T – rozległość procesu nowotworowego, N – brak lub widoczność i rozmiar przerzutów do pobliskich węzłów chłonnych, M – obecność lub niewystępowanie przerzutów odległych [12].

Powierzchnia procesu nowotworowego:

- pTX Brak możliwości oceny guza
- pT0 Niewystępowanie utkania raka
- pTis Rak przenikający do blaszki właściwej
- pT1 Rak wczesny – naciekający do błony podśluzowej
- pT2 Występowanie nacieku w warstwie mięśniowej

- pT3 Naciekanie tkanki tłuszczowej
- pT4a Naciek surowicówki
- pT4b Naciek narządów położonych w pobliżu [12].

Przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych oraz ich rozmiar:

- pNX Brak kryteriów diagnostycznych
- pN0 Niewystępowanie przerzutów w węzłach chłonnych
- pN1a Przerzuty obejmują 1 węzeł chłonny
- pN1b Przerzuty występują w 2-3 węzłach chłonnych
- pN1c Komórki raka w tkance tłuszczowej około jelita
- pN2a Przerzuty w 4-6 węzłach chłonnych
- pN2b Przerzuty ≥ 7 węzłów chłonnych [12].

Obecność przerzutów odległych:

- pM0 Brak przerzutów
- pM1 Przerzuty do narządów dalekich
- pM1a Przerzuty w jednym narządzie
- pM1b Przerzuty > 1 narządu, otrzewnej [12].

Podejmowane działania uzależnione są dodatkowo od stopnia zaawansowania nowotworu. Odnosnie raka jelita grubego wyznacza się 4 stopnie zaawansowania. I stopień świadczy o wczesnej fazie choroby i największym stopniu przeżywalności. II stopień to średnie zaawansowanie nowotworu. III stopień dotyczy zaawansowanego raka, natomiast IV stopień wiąże się z najmniejszym przeżyciem pacjentów [12].

Metody leczenia

Chirurgiczne

Umieszczenie guza nowotworowego oraz stopień zaawansowania choroby decyduje o sposobie leczenia. Celem leczenia chirurgicznego jest jak najmniej radykalne wycięcie jelita grubego i zachowanie maksymalnej ciągłości układu pokarmowego. Ponadto uniknięcie poważnych powikłań po zabiegu. Zakres resekcji uzależniony jest od położenia nowotworu. Co więcej, stopień 0 nowotworu nie podlega leczeniu operacyjnemu.

Nowotwór typu I bez nacieków w zwieraczach może być usunięty miejscowo przez odbyt [13].

Nowotwór w stadium II i III podlega leczeniu operacyjnemu i zależy od umiejscowienia i rozległości guza. Wyłącznie rak okrężnicy może zostać leczony techniką laparoskopową [13].

W przypadku ciężkiego zaawansowania nowotworu typu IV nie istnieją standardy postępowania. Chirurg określa cel jaki jest możliwy do uzyskania. Może to dotyczyć jedynie uwolnienia od niedrożności poprzez zastosowanie zespolenia omijającego lub wyłonienie stomii. W niektórych przypadkach lekarz dokonuje próby leczenia radykalnego. Polega ono na usunięciu guza pierwotnego i przerzutów. Taki typ zabiegu musi być skojarzony z chemioterapią, aby osiągnąć jak najlepsze efekty. U chorych z występującym zrakowaceniem otrzewnej możliwe jest zastosowanie chemioterapii śródtrzewnowej. Szanse na powodzenie ma tylko gdy połączona jest z operacją cytoredukcyjną, która ma na celu usunięcie wszelkich zmian nowotworowych o średnicy $> 0,5\text{-}1\text{ cm}$. Ponadto podczas takiego zabiegu, aby skończył się powodzeniem nie powinny występować przerzuty do narządów miękkich [13].

Warunki anatomiczne także wpływają na długość resekcji fragmentu jelita. Hemilektomię prawostronną wykonuje się w przypadku, gdy guz umiejscowiony jest w kątnicy, wstępnicy, zagięciu wątrobowym czy odcinku poprzecznicy. Objęty wycięciem odcinek jest zazwyczaj dłuższy niż obszar zajęty nowotworem. Godnym uwagi jest fakt, że zmierzony odcinek usuniętego jelita w preparacie przez patomorfologa jest inna niż faktyczna długość. Dzieje się tak z powodu zamknięcia przepływu krwi i obkurczenia jelita. Długość jelita zostaje skrócona o 30-40%. Jednym ze wskaźników efektywności zabiegu chirurgicznego jest liczba usuniętych węzłów chłonnych. Minimum 12 węzłów chłonnych pacjent powinien mieć usunięte w przypadku raka okrężnicy [13].

TME jest jedna z nowszych technik operacyjnych. Polega na doszczętnym pozbyciu się krezki odbytnicy w wyniku zabiegu operacyjnego. Takie postępowanie przyczynia się do zachowania odpowiedniego marginesu okrężnego dookoła guza. Nie istnieją dokładne wytyczne, ile powinien wynosić margines. Wiadome jest, że długość do 1 mm wpływa niekorzystnie na czynnik rokowniczy [12, 13].

Przeciwskazaniem bezwzględnym do usunięcia przerzutów jest nie zostanie po resekcji odpowiedniej części narządu do zaspokajania funkcji fizjologicznych. W przypadku wątroby stanowi to $\frac{1}{4}$ jej części [13].

Leczenie operacyjne niesie ryzyko powikłań pooperacyjnych. Najczęstszymi są: zakażenia układu moczowego, rany pooperacyjnej, niedrożność lub nieszczelność zespolenia. Część z nich wymaga ponownej interwencji chirurgicznej np.: nieszczelność zespolenia. Chirurg ponownie wykonuje operację, często dochodzi do rozłączenia zespolenia i kolostomii. Czasem tworzy się stomię zabezpieczającą, która w większości przypadków zostaje stomią na stałe. Dzieje się tak ze względu dalszej nieszczelności zespolenia [13].

Chemioterapia

Chemioterapia to jedna z istotniejszych metod leczenia nowotworów. Często jest skojarzona z innymi technikami np.: operacyjnymi. Istnieje wiele czynników decydujących o dopuszczeniu pacjenta do zastosowania chemioterapii. Należą do nich m.in. wiek, stan sprawności pacjenta zgodnie z wytycznymi WHO (PS 0,1 > 2), stan narządów wewnętrznych np.: wątroby, nerek, serca itp., ilość chorób przewlekłych, kacheksja lub jej brak, stan psychiczny. Główny cel chemioterapii to: usunięcie powierzchni nowotworu do maksymalnej możliwości oraz kontrola i zapobieganie postępowaniu nowotworu. Onkolog po przeanalizowaniu stanu chorego wybiera najodpowiedniejszą koncepcję powodu zastosowania chemioterapii z 3 dostępnych:

- do postępowania raka (CTR)
- podtrzymywanie odpowiedzi (MTR)
- czasowe zaprzestanie (ITR).

W przerzutowym nowotworze jelita grubego zazwyczaj stosuje się cytostatyki np.: fluoropirymidyna [14].

Terapia obejmująca cele molekularne znalazła zastosowanie w leczeniu niektórych nowotworów jelita grubego. Nie stosuje się w niej cytostatyków. Mechanizm tych leków opiera się na wykorzystaniu mechanizmów komórkowych. Zastosowanie w danej terapii mają np.: przeciwciała przeciwko EGFR stosowane przy pomocy chemioterapii paliatywnej oraz gdy cytostatyki I i II stopnia nie przyniosły oczekiwanego efektu. Guz nowotworowy wytwarza dodatkowo nową własną sieć naczyń krwionośnych na drodze angiogenezy. Ponadto w niektórych przypadkach rak potrafi rozbić większą sieć naczyń na mniejszą. Pacjenci w IV stadium nowotworu mają aż o 70% więcej naczyń krwionośnych. Ponadto guz nowotworowy tak samo jak prawidłowa tkanka potrzebuje tlenu i składników odżywczych do dalszego rozwoju. Terapia molekularna działa cytostatycznie. Dprowadza to do zahamowania wzrostu guza nowotworowego poprzez niedostateczną podaż tlenu i innych wartości odżywczych [15].

Skutki uboczne terapii molekularnej są inne niż tradycyjnej chemioterapii. Dotyczą one najczęściej powstawania wykwitów skórnych. Chorzy przyjmujący inhibitory EGFR są szczególnie narażeni na ich działanie. Atrofia skórna występuje u 70% przypadków. Polega na występowaniu takich skutków ubocznych jak: wysypka, świąd, suchość naskórka, zapalenie mieszków włosowych, patologiczne zmiany płytki paznokcia [15].

Jakość funkcjonowania osób przyjmujących chemioterapeutyki ulega znacznemu pogorszeniu. Życie tych ludzi we wszystkich sferach zmienia się diametralnie. Pacjenci mają wiele problemów związanych z kosztem leczenia, niedostatecznym spełnianiu swoich ról społecznych, lęku przed skutkami leczenia, braku siły i energii życiowej. Ponadto chemioterapeutyki zmieniają wygląd chorego, ponieważ powodują utratę włosów, wagi ciała ze względu uporczywych wymiotów oraz nie chęci spożywania posiłków itp. Większość pacjentów nie akceptuje takiej sytuacji i nie potrafi sobie z nią poradzić. Chorzy zamykają się w czterech ścianach i nie chcą nawiązywać bliższych kontaktów. Działa to niekorzystnie na chęć walki z chorobą. Istnieją jednak przypadki, gdy wsparcie najbliższego otoczenia motywuje pacjenta do dalszego leczenia i pozwala uzyskać zamierzone efekty terapeutyczne [15].

Radioterapia

Zastosowanie radykalnej terapii nie jest standardem w leczeniu raka okrężnicy. W przypadku operacji nie radykalnej chirurg decyduje zazwyczaj o napromieniowaniu przedoperacyjnym. Natomiast w przebiegu operacji raka odbytnicy zastosowanie radioterapii ma większy zakres, ponieważ jest prawdopodobieństwo remisji. Decyzję o zastosowaniu danej metody lub ich połączeniu powinna zapadać na spotkaniach zespołu wielodyscyplinarnego. W skład takiej grupy wchodzi: chirurg, radiolog, chemioterapeuta, patolog. Zwiększenie powierzchni nowotworu powoduje udowodnione zmniejszenie korzystnych efektów napromieniowania. Radioterapia zazwyczaj jest połączona z innymi technikami leczenia nowotworów. Rak odbytnicy ma właściwości promieniooporne, dlatego też podstawowym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny, natomiast wspomagającym radioterapia. Korzystne jej działanie w tym przypadku polega na wysterylizowaniu mikroognisk guza, gdzie chirurg nie ma możliwości usunięcia techniką cięcia operacyjnego [16].

Napromieniowanie przedoperacyjne niesie większe korzyści niż pooperacyjne. Do głównych zalet zaliczane jest zmniejszenie liczby nawrotów, toksyczności wczesnej i późnej. Napromieniowanie pooperacyjne charakteryzuje się zwiększoną dawką promieni, co powoduje większy efekt uboczny dla zdrowia niż napromieniowanie przedoperacyjne. W Polsce najbardziej preferowaną metodą napromieniowania jest zastosowanie 5 frakcji po 5 Gy. Powoduje to zmniejszenie wczesnych skutków ubocznych, większy komfort i poniesienie mniejszych kosztów finansowych niż w przypadku długiej radiochemioterapii.

Pomimo wielu zalet występują także wady napromieniowania przedoperacyjnego. Zaliczamy do nich: częstą defekację, nietrzymanie stolca oraz zaburzenia seksualne [17].

W przypadku raka nieresekcyjnego stosuje się radiochemioterapie przedoperacyjną, która ma miejsce 6-8 tygodni przed zabiegiem. Celem głównym jest zmniejszenie powierzchni nowotworu oraz wyjałowienia najmniejszych nacieków. Zazwyczaj stosowane jest promieniowanie 5 razy 5 Gy lub 1,8 Gy. W przypadku pacjentów z chorobami internistycznymi stosuje się napromieniowanie 5 frakcjami po 5 Gy. Celem tego działania jest stworzenie pewnej szansy na radykalniejszą operację [16].

Pomimo zastosowania leczenia operacyjnego każdy rak daje możliwość nawrotu. W takich sytuacjach stosuje się promieniowanie w dawce 30,6 Gy i frakcją 1,8 Gy przez okres 6 tygodni. Ze względu na zwiększoną dawkę promieni chory jest narażony na poważniejsze powikłania [17].

Zastosowanie radioterapii jako jedynej formy leczenia wskazane jest przy braku możliwości wykonania zabiegu operacyjnego. Dzieje się tak ze względu na brak zgody chorego lub innych chorób współistniejących. Pacjent musi być w dobrej kondycji zdrowotnej, ponieważ dawka promieniowania jest duża. Około 20-40% osób za pomocą jedynie radioterapii przeżywa i cieszy się życiem następne kilkanaście lat [16].

Techniki endoskopowe

Leczenie endoskopowe jest wskazane u chorych na raka jelita grubego w których przypadku możliwość przerzutów jest bardzo niska lub równa zero. Występują 3 techniki leczenia: klasyczna polipektomia, wycięcie błony śluzowej, dysekcja podśluzówkowa. Istotne jest w jakim miejscu znajduje się zmiana do usunięcia. Miejscami o utrudnionym dostępie są: zagięcia jelita, fałdy. Ogromne znaczenie ma także powierzchnia zmiany oraz jej wygląd [18].

Polipektomia jest metodą, która jest wskazaniem w przypadku zmian wypukłych oraz płasko-wypukłych. Ponadto ich powierzchnia powinna pozwalać na uchwycenie zmiany pętlą diatermiczną i wycięcie jej w jednym fragmencie (< 20 mm). Niektóre zmiany z powodu swojej powierzchni nie mogą być wycięte metodą polipektomii. W takich sytuacjach ma zastosowanie resekcja śluzówkowa. Technika opiera się na wstrzyknięciu 0,9% NaCl z barwnikiem (zazwyczaj kwasem hialuronowym) do błony podśluzówkowej jelita. Skutkuje to wytworzeniem tzw. pseudopolipa. Część lub cała zmiana zostaje wychwytna pętlą diatermiczną, która zawiera generator prądu i odcina zmianę w całości lub kawałku. Resekcja kęsowa jest to usunięcie powierzchni w kawałkach. Istotną zasadą jest usuwanie najpierw

zmian podejrzanych o inwazyjność podśluzówki. Ponadto usuwane są w jednym kawałku tak aby patomorfolog nie miał problemu z prawidłową oceną [18].

Ostatnią metodą endoskopową jest dyssekcja podśluzówkowa polegająca na okrężnym nacięciu błony śluzowej nie zmienionej chorobotwórczo wokół zmiany przy zachowaniu bocznych odstępów. Zmiana zostaje preparowana poprzez nacięcie od mięśniówki błony śluzowej przez włókna warstwy podśluzówkowej. Procedura wykonywana jest przy użyciu specjalistycznego sprzętu, który ma na celu zmniejszenie ryzyka perforacji. Przewagą tej techniki nad pozostałymi jest możliwość usunięcia całej zmiany bez przywiązywania uwagi na jej wielkość [18].

Każda technika leczenia niesie ze sobą pewnego rodzaju powikłania. W przypadku technik endoskopowych do najgroźniejszych zaliczamy: perforacje i krwawienia odroczone. Krwawienie podczas zabiegu endoskopowego jest sytuacją normalną. Natomiast krwawienie występujące po zabiegu w czasie 1-30 dni z obniżeniem poziomu hemoglobiny do wartości 2 g/dl jest bardzo niebezpieczne. Zapobieganie wystąpieniu krwawienia odroczonego polega na wykorzystaniu podczas technik endoskopowych specjalnych zacisków i użyciu adrenaliny [18].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie poziomu wiedzy mieszkańców województwa podlaskiego w zakresie profilaktyki raka jelita grubego.
2. Sprawdzenie ogólnej wiedzy grupy badawczej na temat raka jelita grubego.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Ankietowanymi były przypadkowe osoby po 18 roku życia zamieszkałe na terenie województwa podlaskiego. Ankieterzy wyrazili dobrowolną chęć wzięcia udziału w badaniu. Grupa badawcza składała się ze 109 osób. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Natomiast narzędziem badawczym niniejszej pracy był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań otwartych i półotwartych jednokrotnego wyboru. Przeważały pytania typu półotwartego z możliwością wyboru jednej odpowiedzi. Ankietowani odpowiadali na zagadnienia z zakresu ogólnej wiedzy o raku jelita grubego oraz profilaktyki. Badanie przeprowadzono w dniach od 12.12.2019 r. do 31.01.2020 r. Wyniki zostały przedstawione w formie wykresów.

WYNIKI

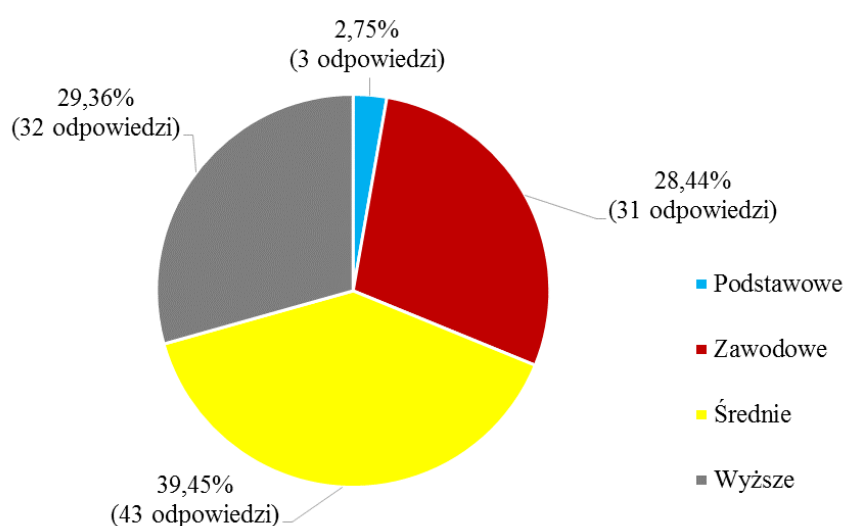
Przedstawiane badanie ogólnospołeczne objęło 109 dorosłych osób zamieszkujących województwo podlaskie. Badanie wykonano na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety.

W badaniu uczestniczyli zarówno mężczyźni jak i kobiety. Więcej osób poddanych badaniu to mężczyźni. Stanowili grupę 60 osób. Ponadto w ankiecie brało udział 49 kobiet.

Ankietowanymi były osoby zamieszkałe województwo podlaskie. Najwięcej respondentów pochodzi z miasta < 50 tysięcy. Stanowią grupę 68 osób (62,39% wszystkich odpowiedzi). Drugą najczęściej wybieraną opcją jest miasto > 50 tysięcy. Dana opcja została wybrana przez 35 osób (32,11% odpowiedzi). Najmniejsza liczba ankietowanych mieszka na wsi – 6 osób, co stanowi 5,50% odpowiedzi.

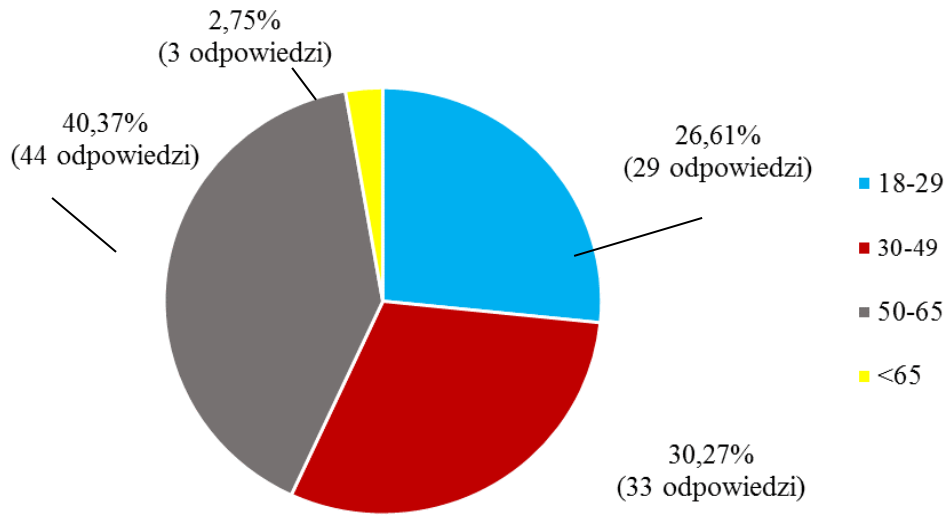
Wyróżniono cztery zakresy wykształcenia: podstawowe, zawodowe, średnie oraz wyższe.

Najwięcej osób przystępujących do badania posiada wykształcenie średnie. Stanowią grupę 43 osób (39,45% odpowiedzi). 32 ankietowanych posiada wykształcenie wyższe (29,36% odpowiedzi). Ponadto 31 ankietowanych zadeklarowało posiadanie wykształcenia zawodowego (28,44% odpowiedzi). Najmniejszą grupę stanowili respondenci z wykształceniem podstawowym – 3 osoby (2,75% wszystkich odpowiedzi). Szczegółowe przedstawienie danych zawiera Rycina 1.



Rycina 1. Wykształcenie

W badaniu brały udział tylko osoby dorosłe (powyżej 18 roku życia). W przedziale wiekowym 18-29 lat było 29 ankietowanych (26,61% odpowiedzi). Najwięcej uczestniczących w badaniu to osoby w wieku 50-65 lat, stanowiły 40,37% odpowiedzi. 33 osoby w grupie badanych znajdowały się w przedziale wiekowym 30-49 lat (30,27% odpowiedzi). Najmniej ankietowanych była w wieku <65 lat – 3 osoby (2,75%). Szczegółowe dane przedstawia Rycina 2.



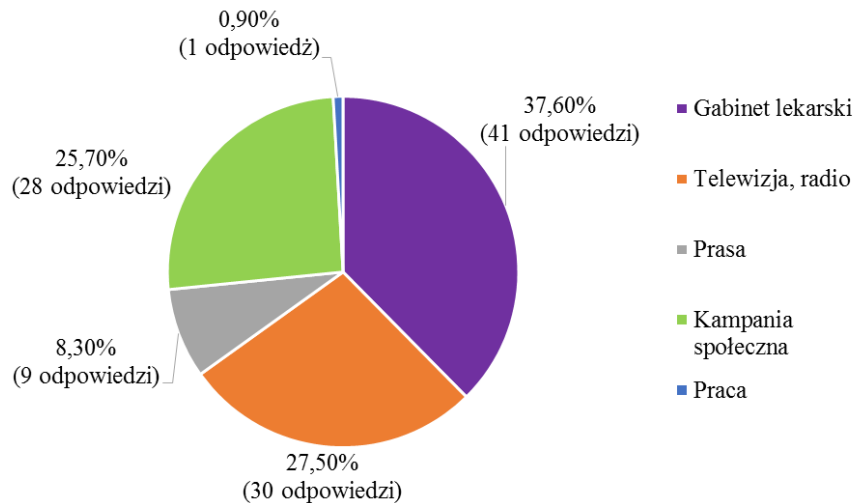
Rycina 2. Wiek

Wśród respondentów aż w 60 przypadkach (55% odpowiedzi) w rodzinie występował rak jelita grubego. Natomiast 49 osób udzieliło odpowiedzi, że w ich rodzinie nie występował rak jelita grubego co stanowiło 45% wszystkich odpowiedzi.

Większość badanych nie słyszała o Programie Badań Przesiewowych (PBP). Przetawioną grupę stanowiły 63 osoby (57,80% wszystkich odpowiedzi). 46 ankietowanych spotkała się z pojęciem Programu Badań Przesiewowych co stanowiło 42,2% wszystkich uzyskanych odpowiedzi.

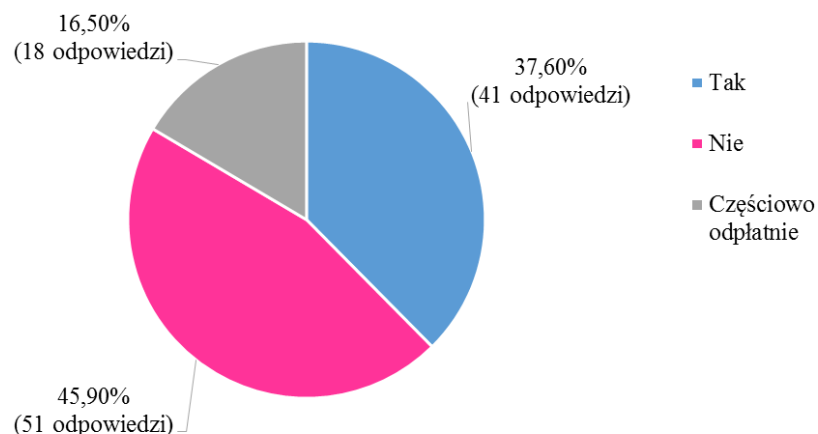
Najpopularniejsze źródło informacji dotyczących Programu Badań Przesiewowych ankietarzy uzyskali w Gabinetce lekarskim. Stanowiło to 41 osób (37,60% odpowiedzi). Telewizja, radio było drugim najczęstszym źródłem wiedzy o PBP. 30 ankietarów udzieliło takiej odpowiedzi (27,5% wszystkich odpowiedzi). 28 ankietowanych (25,70% odpowiedzi) czerpało wiedzę PBP z prowadzonych Kampanii Społecznych. Prasę jako źródło informacji o PBP wybrało 9 osób (8,30% wszystkich odpowiedzi). Natomiast 1 osoba (0,90% odpowiedzi) uzyskała wiedzę o PBP w miejscu wykonywania swojej pracy (Rycina 3).

OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NOWOTWOROW



Rycina 3. Źródło pozyskiwania wiedzy o PBP

Większość ankietowanych udzieliła błędnej odpowiedzi dotyczącej finansowania Programu Badań Przesiewowych. Nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 69 osób co stanowiło 62,40% wszystkich odpowiedzi. W tym 18 osób (16,50% odpowiedzi) uważało, że PBP jest częściowo odpłatny. Błędnej odpowiedzi o niefinansowaniu PBP udzieliło 51 osób (45,90% wszystkich odpowiedzi). Natomiast 41 osób (37,60% odpowiedzi) udzieliło prawidłowej odpowiedzi dotyczącej finansowania PBP przez państwo (Rycina 4).



Rycina 4. Finansowanie PBP przez Państwo

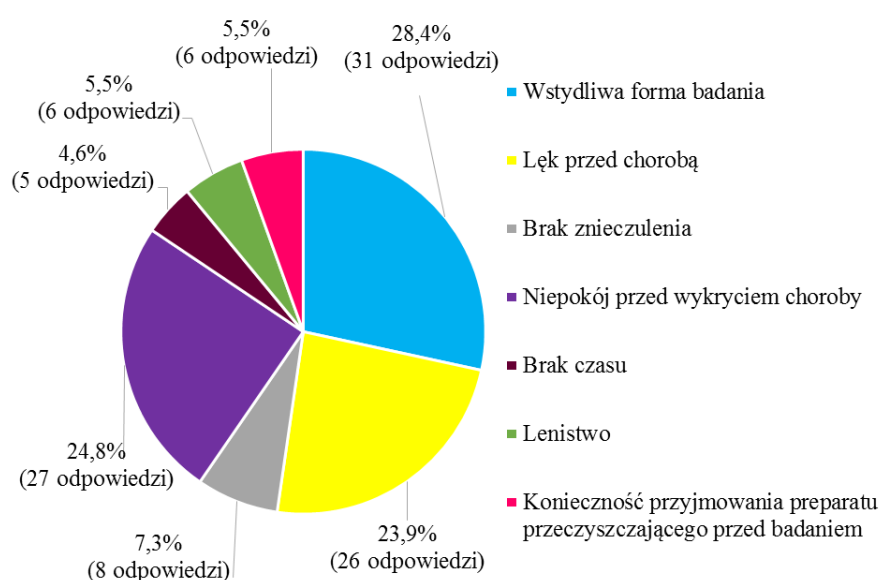
85 osób badanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi dotyczącej osób mogących brać udział w Programie Badań Przesiewowych. Stanowiło to 78% wszystkich odpowiedzi. Ponadto tylko 8 osób (7,30% odpowiedzi) uważa, że „osoby po 40 roku życia u których w rodzinie nie występował rak jelita grubego” mogą korzystać z PBP. Wśród ankietowanych

występowały osoby udzielające odpowiedzi, że nie wiedzą kto może uczestniczyć w PBP.

Według 85 osób badanych informacja o PBP nie jest odpowiednio nagłośniona. Stanowi to aż 78% wszystkich odpowiedzi. Tylko 24 osoby (22% odpowiedzi) uważa, że informacja o PBP jest dobrze nagłośniona.

Większość ankietowanych nie brała udziału w Programie Badań Przesiewowych. Danej odpowiedzi udzieliło 68 ankietowanych (62,39% wszystkich odpowiedzi). Natomiast 41 osób (37,61% odpowiedzi) brało udział w PBP.

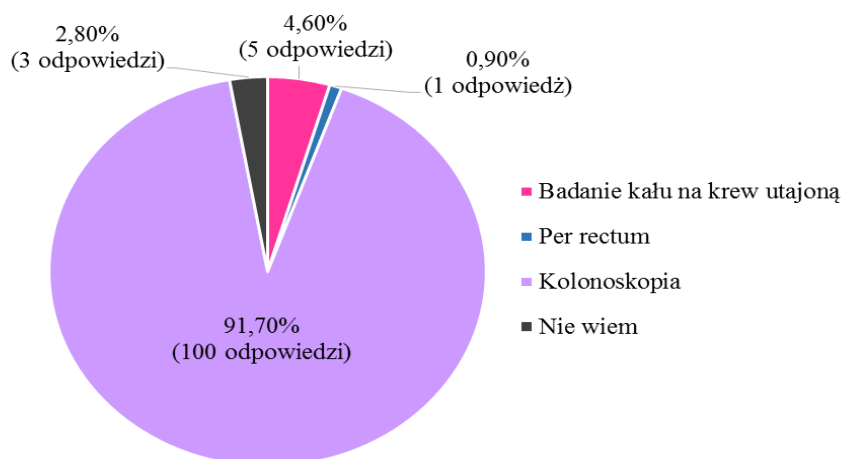
Ankietowanych zapytano o najważniejszy powód niewykonywania kolonoskopii w ramach PBP. Najwięcej 31 uczestników udzieliło odpowiedzi, że społeczeństwo nie wykonuje kolonoskopii ze względu wstydlivej formy badania. Stanowiło to 28,4% wszystkich uzyskanych odpowiedzi. 27 osób (24,8%) udzieliło odpowiedzi dotyczącej niewykonywania badania ze względu niepokoju przed wykryciem choroby. 26 ankietowanych (23,9% wszystkich odpowiedzi) zaznaczyło opcję związaną z lękiem przed chorobą. 8 ankietowanych (7,3%) osób udzieliło odpowiedzi brak znieczulenia. Wśród respondentów 6 osób (5,5% odpowiedzi) sądzi, że niewykonywanie badań kolonoskopowych związane jest z „koniecznością przyjmowania preparatu przeczyszczającego”. Odpowiedź związaną z niewykonywaniem kolonoskopii z powodu lenistwa udzieliło 6 respondentów, co stanowiło 5,5% wszystkich odpowiedzi. 5 ankietowanych (4,6% odpowiedzi) utrzymywało stanowisko związane z brakiem czasu (Rycina 5).



Rycina 5. Najważniejsza przyczyna niewykonywania kolonoskopii w ramach PBP

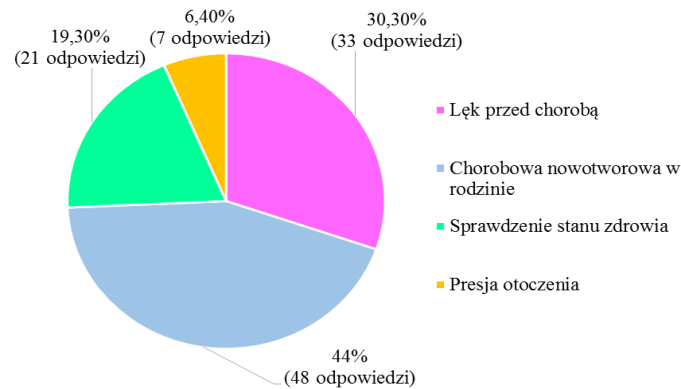
69 osób badanych udzieliło odpowiedzi, że badania kolonoskopowe są trudno dostępne. Stanowiło to 63,9% wszystkich ankietowanych. Tylko 28 osób (25,9%) udzieliło odpowiedzi o łatwym dostępie do badań kolonoskopowych. 11 osób (10,2%) utrzymywało stanowisko, że nie wie jaki jest dostęp do kolonoskopii.

Większość ankietowanych jest świadoma, że kolonoskopia to najistotniejsze badanie przesiewowe. Prawidłową odpowiedź udzieliło 100 ankietowanych, stanowiło to aż 91,70% wszystkich odpowiedzi. 5 osób (4,6%) utrzymywało stanowisko, że badanie na krew utajoną jest najistotniejsze. 3 ankietowanych (2,8%) zaznaczyło, że nie wie jakie jest najistotniejsze badanie przesiewowe. Natomiast 1 osoba (0,9%) udzieliła odpowiedzi „per rectum” (Rycina 6).



Rycina 6. Najważniejsze badanie przesiewowe dotyczące raka jelita grubego

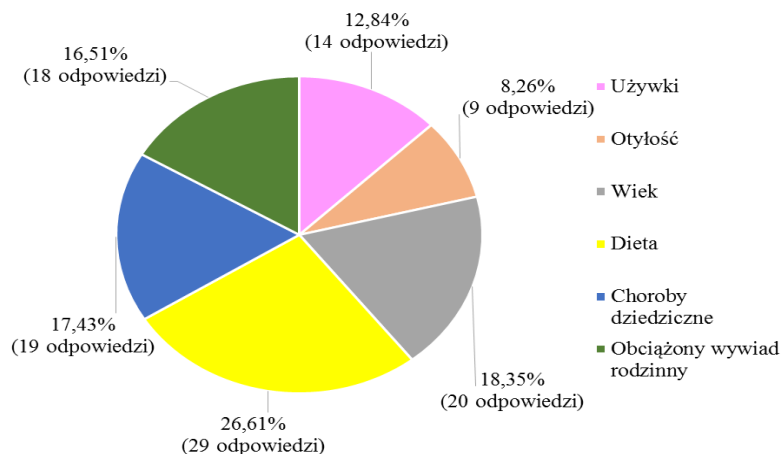
48 ankietowanych (44% wszystkich odpowiedzi) uważa, że najważniejszym czynnikiem wykonywania kolonoskopii jest „występowanie choroby nowotworowej w rodzinie”. 33 osoby (30,3% odpowiedzi) wybrały opcję przyczyny wykonywania badania jako lęku przed chorobą. Wśród respondentów 21 osób (19,3% odpowiedzi) zaznaczyło jako czynnik wykonania badania przesiewowego „sprawdzenie stanu zdrowia”. Najmniej ankietowanych wybrało opcję wpływu otoczenia. Stanowiło ją 7 osób (6,4% wszystkich odpowiedzi). Szczegółowe informacje zawarte są w Rycinie 7.



Rycina 7. Najistotniejsza przyczyna wykonywania kolonoskopii

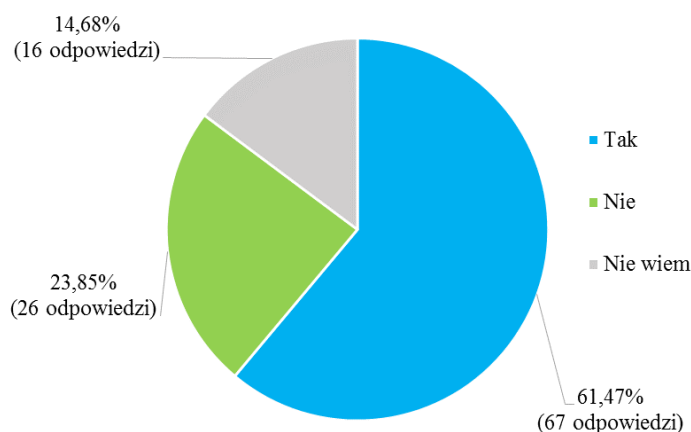
Respondentom zadano pytanie dotyczące wpływu szybkiego wykrycia nowotworu na wyleczenie. Większość osób poddanych badaniu trafnie udzieliło odpowiedzi. Stanowiło to grupę 86 ludzi (78,90% wszystkich ankietowanych). Ponadto tylko 23 osoby (21,10% odpowiedzi) uważa, że wczesne wykrycie nowotworu nie wpływa na jego wyleczalność.

Osoby poddane badaniu poproszono o wybranie wg. nich najistotniejszego czynnika wpływającego na powstanie raka jelita grubego. Najwięcej – 29 ankietowanych (26,61% wszystkich odpowiedzi) uważa, że to dieta ma największy wpływ na raka jelita grubego. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią był wiek. Stanowiło to 18,35% wszystkich odpowiedzi, czyli 20 ankietowanych. Ponadto 19 osób (17,43% odpowiedzi) wybrało choroby dziedziczne. 18 osób (16,51% wszystkich odpowiedzi) zaznaczyło opcję „obciążonego wywiadu rodzinnego”. Użytki jako najważniejszy czynnik wybrało 14 ankietowanych co stanowiło 12,84% wszystkich odpowiedzi. Najmniej wybierana odpowiedź jako stanowiła „otyłość”. Udzieliło jej 9 osób (8,26% wszystkich ankietowanych). Łącznie na zadane pytanie odpowiedziało 109 ankietowanych (Rycina 8).



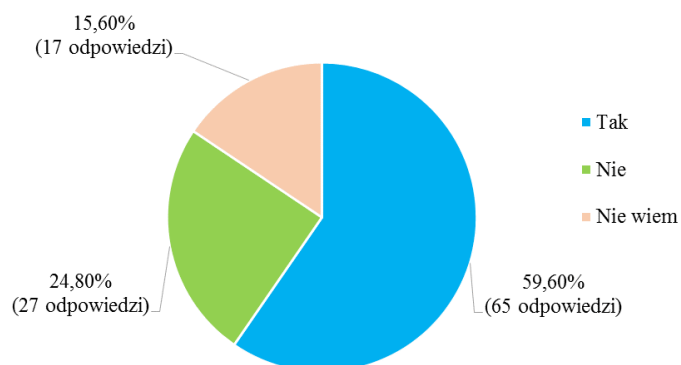
Rycina 8. Najważniejszy czynnik przyczyniający się do wystąpienia raka jelita grubego

Większość ankietowanych posiada wiedzę, że raka jelita grubego można dziedziczyć. Jest to grupa 66 osób poddanych badaniu, co stanowi 61,10% wszystkich odpowiedzi. 26 ankietowanych (24,10 % odpowiedzi) uważa, że rak jelita grubego nie podlega dziedziczeniu. Niepewnych osób na uzyskane pytanie było 16 (14,80% odpowiedzi). Szczegółowe dane zawarte są w Rycinie 9.



Rycina 9. Dziedziczenie raka jelita grubego

109 ankietowanych poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytanie „Czy według Pani/Pana palenie papierosów ma wpływ na powstawanie raka jelita grubego?”. Większość osób poddanych badaniu prawidłowo odpowiedziało, że palenie papierosów przyczynia się do powstania raka jelita grubego. Stanowili grupę 65 ankietowanych (59,60% wszystkich odpowiedzi). 27 osób (24,80% odpowiedzi) udzieliło odpowiedzi „Nie”. Natomiast niepewnych osób w przedstawianej kwestii było 17, co stanowiło 15,50% wszystkich odpowiedzi (Rycina 10).

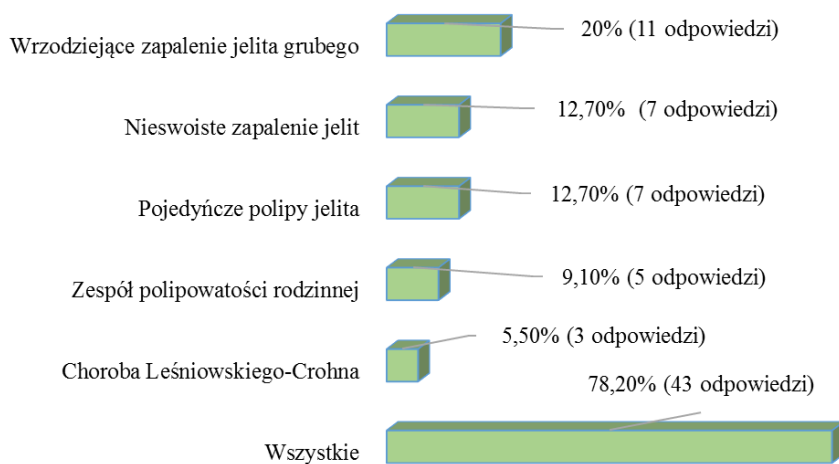


Rycina 10. Wpływ palenia papierosów na wystąpienie raka jelita grubego

Większość ankietowanych deklarowała znajomość pojęcia stanu przedrakowego. Stanowili grupę 63 osób (57,8% wszystkich badanych). Wśród ankietowanych mniejsza połowa nie spotkała się z pojęciem stanu przedrakowego. W danej grupie było 46 osób, co stanowiło 42,20 % wszystkich odpowiedzi.

55 ankietowanych odpowiedziało na pytanie dotyczące chorób związanych ze stanem przedrakowym. Większość badanych zaznaczyło prawidłową odpowiedź. Stanowili grupę 43 osób (78,20 %). Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było „wrzodziejące zapalenie jelita grubego”. Udzieliło jej 11 osób (20%). Natomiast taka sama liczba ankietowanych zaznaczyła odpowiedź związaną z „nieswoistym zapaleniem jelit” oraz „pojedynczymi polipami jelita” – 7 osób (12,70 %). W niewielkim stopniu osoby odpowiadające zaznaczyły opcję: „zespół polipowatości rodzinnej” – 5 osób (9,10%). Najmniej wybieraną opcją dotyczyła: choroby Leśniowskiego-Crohna – 3 odpowiedzi (5,50%).

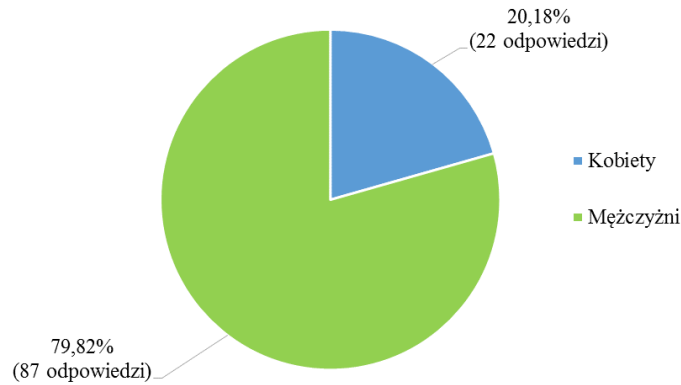
Ponadto w poprzednim pytaniu tylko 46 osób zaznaczyło opcję, że znają pojęcie stanu przedrakowego. Na pytanie odnośnie znajomości chorób z nim związanych odpowiedzi udzieliło więcej osób – 55 (Rycina 11).



* Uzyskane wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ pytanie nie dotyczyło wszystkich osób biorących udział w badaniu

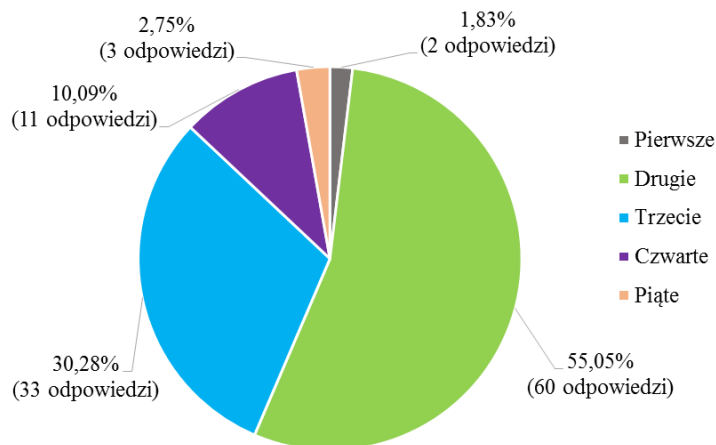
Rycina 11. Jednostki chorobowe związane ze stanem przedrakowym

Większość ankietowanych odpowiedziało prawidłową, że częściej na raka jelita grubego zapadają mężczyźni. Przedstawianą grupę stanowi 87 osób (79,82% wszystkich odpowiedzi). Niewiele ankietowanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi – 22 osoby (20,18% odpowiedzi). Informację w przedstawieniu graficznym zawarte są w Rycinie 12.



Rycina 12. Częstsza zapadalność na raka jelita grubego

Większość respondentów odpowiedziało prawidłowo, że rak jelita grubego zajmuje drugie miejsce co do częstości zachorowania w naszym kraju – 60 osób, co stanowi 55,05% wszystkich odpowiedzi. Ponadto 33 osoby wybrały, że zajmuje trzecie miejsce. Następną najczęściej wybieraną opcją było czwarte miejsce – 11 osób. Natomiast w niewielkim stopniu wybrano opcję o zajęciu piątego miejsca (3 odpowiedzi) oraz pierwszego (2 odpowiedzi). Szczegółowo graficznie dane przedstawia Rycina 13.



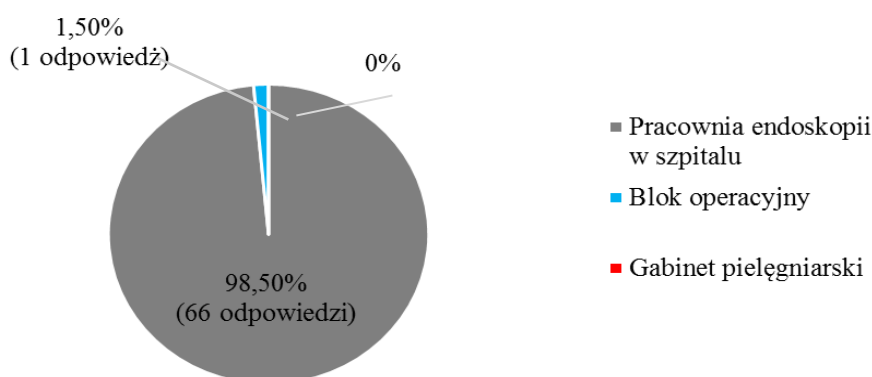
Rycina 13. Miejsce zachorowalności na nowotwór jelita grubego w Polsce ze względu częstotliwości

Ankietowanych poproszono o udzielenie odpowiedzi w kwestii potrzeby wykonywania kolonoskopii. Większość osób wypowiedziało się za potrzebą wykonywania przedstawionego rodzaju badania. Stanowili grupę 74 osób (67,89% wszystkich odpowiedzi). Ponadto tylko 35 osób udzieliło odpowiedzi „Nie”.

Większość poddanych badaniu poleciłaby wykonanie kolonoskopii innym osobom. Grupa ta składała się z 71 osób, co stanowiło 65,14% wszystkich odpowiedzi. Mniejsza połowa osób stwierdziła, że nie poleciłabym wykonania opisywanego badania. Stanowili grupę 38 osób – 34,86% odpowiedzi.

67 osób zadeklarowała w badaniu, że zna miejsce wykonywania kolonoskopii, co stanowiło 61,47% wszystkich odpowiedzi. Natomiast 43 osoby zaznaczyły, że nie znają miejsce wykonywania badania (38,53%).

63 osoby udzieliło odpowiedzi dotyczącej „miejsca wykonywania kolonoskopii”. Prawidłową odpowiedź dotyczącą pracowni endoskopii w szpitalu zaznaczyła większość badanych. Stanowili grupę 66 osób (98,50% wszystkich poddanych odpowiedzi na pytanie). Ponadto tylko 1 osoba udzieliła odpowiedzi: „Blok operacyjny” (1,50% odpowiedzi). Żadna osoba nie zaznaczyła odpowiedzi, Gabinet pielęgniarstwa” (Rycina 14).



Rycina 14. Miejsce wykonywania kolonoskopii

DYSKUSJA

Rak jelita grubego stanowi ogromne zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. Związane jest to z jego częstością występowania (II miejsce względem innych nowotworów). Większość ludzi jest nieświadomych powagi sytuacji oraz płynącego niebezpieczeństwa. Świadomość społeczeństwa powinna ulegać zwiększeniu. Prowadzone kampanie społeczne przyczyniają się do zwiększenia świadomości ludzi. Jednak dzieje się to w bardzo powolnym tempie. Polskie społeczeństwo nie jest odpowiednio uświadomione co do informacji dotyczących raka jelita grubego i profilaktyki. Dostęp do Programów Badań Przesiewowych jest nadal niski. Większość człowieczeństwa zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji dopiero

gdy zachoruje ktoś z kręgu bliskich znajomych. Wykonywanie przesiewowych badań przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zachorowania. Ze względu niskiej wiedzy dotyczącej raka jelita grubego i związanej z nim profilaktyki większości społeczeństwa oraz ograniczonego dostępu do badań choroba nadal się rozpowszechnia. Wysoka śmiertelność jest skutkiem późnego rozpoznawania. W Polsce około połowa wszystkich przypadków raka jelita grubego diagnozowana jest w zaawansowanej fazie choroby. Powoduje to mniejsze możliwości wyleczenia.

Kuprewicz Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta oraz Trochimowicz Lech [19] przeprowadzili jedno z większych i istotniejszych badań związanych ze świadomością mieszkańców zarówno miast jak i wsi o raku jelita grubego i zachowań zdrowotnych. Z przedstawionego raportu wynika, że o raku jelita grubego słyszało 88,7% ankietowanych. Jednak analiza statystyczna ukazała, że niski poziom wiedzy posiadało aż 58,9% badanych. Co stanowi większą połowę grupy poddanej badaniu oraz świadczy o niskiej świadomości. 48,8% badanych uważa, że w polskiej populacji CRC występuje często. Pomimo tego większość ludzi nie wykonuje badań przesiewowych. 49,6 % ankietowanych uważa, że częstsza zachorowalność dotyka mężczyzn. Większość poddanych badaniu (76,2%) sądziło, że raka jelita grubego można dziedziczyć. Dym tytoniowy zawiera związki kancerogenne, które dostają się do światła w jelicie grubym. Aż 41,5 % respondentów wyraziło opinie, że palenie papierosów nie wpływa na powstanie CRC. Odmiennie zdanie miało tylko 21% badanych. Inni nie wyrazili swojej opinii na ten temat. 56% ankietowanych spotkała się z rodzajem badań wykonywanych przy podejrzeniu i profilaktyce wystąpienia CRC. Jednak duża grupa osób o nich nie słyszała (44% odpowiedzi). Większość osób poddanych badaniu (46,8%) popiera tezę, że kolonoskopia jest najważniejszym badaniem w wykrywaniu CRC. Duża grupa osób jednak udzieliła innych odpowiedzi. Większość ankietowanych (53,6%) poddałaby się wykonaniu kolonoskopii pomimo krępującej formy badania. W danej grupie znajdowało się: 63,7% kobiet i 41,6% mężczyzn. Niewykonywanie kolonoskopii może wynikać z wielu czynników. Według badanych najważniejsze przyczyny rezygnacji z badania to: lęk przed zdiagnozowaniem choroby, ból związany z badaniem oraz trudna dostępność. Dostępność do badań przesiewowych według 78,2% badanych jest trudna. Tylko 21,8% osób ma odmienną opinie. Wiedza dotycząca tematyki CRC najczęściej respondentów czerpało z telewizji (20,9%), stron internetowych (19,6%) oraz osób z bliskiego kontaktu (18,3%). Pozostałe osoby wybrały opcję zdobywania informacji z prasy, od lekarza, szkół, radia, podręczników oraz od pielęgniarki. Upowszechnianie dostępu do badań skriningowych ma istotne znaczenia, ponieważ doprowadza do zmniejszenia śmiertelności. Przedstawiane

badania ukazały, że prawie połowa ankietowanych nawet nie słyszała o istnieniu badań przesiewowych. Większość ankietowanych zgadza się, że wczesne wykrycie nowotworu ma wpływ na jego wyleczenie. Badanie przeprowadzono w 2015 roku [19].

W badaniach własnych ukazano odmienną opinię w niektórych kwestiach niż wyżej wymienieni autorzy. Ankietowani w większości byli świadomi, że palenie papierosów działa kancerogennie. Prawie wszyscy (79,82 %) ankietowani prawidłowo stwierdzili, że bardziej narażona jest płeć męska. Uczestniczący w badaniu wiedzę o PBP uzyskiwali najczęściej od lekarza rodzinnego. Podobny wynik uzyskano natomiast odnośnie słabej wiedzy i powszechności informacji o PBP. Większość badanych słusznie twierdzi, że CRC można dziedziczyć. Ponad połowa badanych nie miała o ich istnieniu pojęcia. W badaniach autorskich większość ankietowanych jednogłośnie stwierdziła, że informacja o PBP jest słabo nagłośniona - 78% odpowiedzi. Wpływa to negatywnie na rozpowszechnienie informacji o PBP. Według badań własnych aż 67,89% wykazuje potrzebę wykonania badania przesiewowego, co więcej 65,14% rekomenduje wykonanie kolonoskopii innym osobom. Ankieterzy jako najważniejsze czynniki niewykonywania badania podali wstydlivą formę badania (28,4%), obawę przed rozpoznaniem choroby (24,8%), lęk związany z leczeniem i przebiegiem choroby (23,9%). Najmniej wybierana opcja dotyczyła lenistwa (5,5%) oraz przyjmowania preparatu powodującego przeczyszczenie (5,5%).

Chrobak-Bień Joanna, Gawor Anna oraz Gąsiorowska Aneta [4] w swojej pracy przeprowadziły badania na grupie 200 osób (121 kobiet i 79 mężczyzn). Według badań wyżej wymienionych autorów większość respondentów ma świadomość o szkodliwości dymu nikotynowego, stanowili grupę 142 osób. Ponadto 180 osób uważa, że czynniki genetyczne są jednym z najistotniejszych przyczyn powstania raka. 177 osób (88,5%) było zdeklarowanych o znajomości określenia stanu przedrakowego. Jednak tylko 31 osób (17,5%) potrafiło sprecyzować jakie choroby związane są z tym pojęciem. Aż 73,5% chorych pozytywnie wskazała na częstszą zachorowalność wśród płci męskiej. Świadomość osób poddanych badaniu o najskuteczniejsze badanie przesiewowe w podejrzeniu raka jelita grubego także była wysoka. Respondenci mogli wybrać 3 najważniejsze według nich badania przesiewowe. 92,5% (185 osób) uznało słusznie, że kolonoskopia to najważniejsze badanie przesiewowe. 150 osób zaznaczyło tomografię komputerową, 51,5% wybrało USG j. brzusznej. Znacznie mniej wybierane opcje dotyczyły badania kału, per rectum oraz badań analitycznych krwi. Pomimo w większości poprawnych odpowiedzi zgłaszalność na badania w ramach PBP jest niska. Ankietowani mogli wybrać dwie opcje najczęstszego uzyskiwania informacji w danym temacie. Najwięcej osób czerpało wiedzę o PBP z telewizji – 24,4% (93 osoby) oraz internetu

– 24% (90 badanych). Mniej wybierana opcja dotyczyła lekarza POZ – 80 osób, zdobywania informacji od osób z bliskiego środowiska – 12,3% (47 ankietowanych). Z gazet czerpało wiedzę tylko 18 osób, co stanowiło najmniej wiarygodne i rozpowszechnione źródło wiedzy. W przedstawionym badaniu brało udział 102 osoby w grupie ryzyka rozwoju opisywanej jednostki chorobowej. Tylko 62,7% z nich skorzystało z imiennego zaproszenia na badanie. Świadczy to o niezadowalającej wiedzy i motywacji osób w średnim oraz starszym wieku [4].

Badania własne przedstawiają podobne wyniki jak uzyskane przez Chrobak-Bień Joannę, Gawor Annę, Gąsiorowska Anetę. W badaniach własnych respondenci w większości słusznie potwierdzali o wpływie palenia papierosów na wystąpienie raka (59,60% odpowiedzi). Większość ankietowanych potwierdzało o trudności w dostępie do wykonania kolonoskopii (63,90% odpowiedzi). $\frac{3}{4}$ respondentów jest świadoma, że mężczyźni chorują częściej. Jednak aż 91,7% osób uważa, że kolonoskopia stanowi najważniejsze badanie przesiewowe. Odmienne zdanie uzyskana w związku z znajomością terminu stan przedrakowy. Mniej niż połowa zadeklarowała znajomość przedstawionego pojęcia. Ponadto niektóre osoby, które zadeklarowały jego znajomość zaznaczyły złe jednostki chorobowe powiązane z pojęciem. Najczęściej wiedzę o kolonoskopii czerpano od lekarza pierwszego kontaktu.

Kolejne istotne badanie dotyczące tematu raka jelita grubego przeprowadzili Grys Angelika Anita, Czarnecka Józefa, Sienkiewicz Zofia, Krupienicz Andrzej [20]. Ankietowani stanowili grupę 40 osób zamieszkujących województwo świętokrzyskiego. Znajdowali się wśród nich mieszkańcy miasta i wsi. Przeanalizowane wyniki badań ukazały średni poziom wiedzy (61%) wszystkich ankietowanych. Wśród badanych wykazano rozbieżność w poziomie wiedzy a miejscem zamieszkania. Pojęcie stanu przedrakowego było znane dla 25 ankietowanych, co stanowiło 62,5% wszystkich odpowiedzi. Mieszkańcy wsi stanowili grupę 11 osób udzielających prawidłowe odpowiedzi. Natomiast 14 osób zamieszkujących w mieście wskazało odpowiednia odpowiedź. Ponadto tylko 7 mieszkańców wsi wskazywało prawidłowe jednostki chorobowe związane z wyżej wymienionym pojęciem. Osoby mieszkające w mieście udzieliły 13 poprawnych odpowiedzi. Z wyżej wymienionych danych wynika, że ponad połowa osób biorących udział w badaniu posiada wiedzę o stanach przedrakowych. Grupę badawczą stanowiły osoby po 50 roku życia. Tylko 16 osób (10 osób z miasta i 6 ze wsi) była świadomych, że ich wiek zobowiązuje do wykonywania badań przesiewowych. Ukazuje to istotny problem związany z nieposiadaniem wystarczającej wiedzy dotyczącej przedstawianej jednostki chorobowej. Wpływa to negatywnie na rozpowszechnienie prawidłowych zachowań zdrowotnych oraz zwiększa liczbę zachorowań.

Według autorów jedynie dzięki wzrostowi świadomości społeczeństwa statystyki zachorowalności i umieralności mogą ulec zmniejszeniu. Mężczyźni są bardziej narażeni na wystąpienie CRC. Świadomość przedstawianej tezy posiadało mniej niż połowa respondentów. Stanowili grupę 18 osób [20].

W badaniach autorskich pokazano odmienne tezy niż uzyskali Grys Angelika Anita, Czarnecka Józefa, Sienkiewicz Zofia, Krupienicz Andrzej. W badaniach własnych aż 87 osób wiedziało, że rak jelita grubego częściej dotyczy mężczyzn. Wiedzę o terminie stanu przedrakowego zadeklarowało mniej niż połowa badanych. Jednak w zadeklarowanej grupie znalazły się osoby, które udzieliły pomimo znajomości pojęcia nieprawidłowej informacji o dotyczących jednostkach chorobowych (33 osoby). Co świadczy o jeszcze mniejszej grupie posiadających wiedzę. Poziom wiedzy ankietowanych był na niskim poziomie.

Stefanowicz Agata, Kulik Teresa, Skórzyńska Hanna oraz Środa Mariusz [21] przeprowadzili badanie sprawdzające wiedzę osób w przedziale wiekowym 50-65 lat na temat prewencji raka jelita grubego. W badaniu wzięło udział 200 osób. Przeprowadzone zostało w 2017 roku. Miejsce zamieszkania nie miało znaczącego wpływu na poziom wiedzy. Ponad połowa ankietowanych była zdania, że opisywana jednostka chorobowa występuje rzadko w populacji. Utrzymywanie takiego stwierdzenia powoduje brak potrzeby osób z grupy ryzyka do brania udziału w PBP. Niespełna połowa ankietowanych posiada wiedzę na temat kolonoskopii jako najważniejszego badania w profilaktyce CRC (41,5% wszystkich odpowiedzi). Pozostali wskazywali odpowiedź związaną z badaniem kału na krew utajoną (16,5% wszystkich odpowiedzi), oraz per rectum (aż 42% wszystkich odpowiedzi). Zdecydowana większość osób (71,5%) ma świadomość, że osoby w wieku 50-65 lat mogą wykonać kolonoskopie bez podawania jakichkolwiek powodów. 82% ankietowanych odpowiedziało, że kolonoskopia jest bezpłatna. Tylko 7,5% wszystkich odpowiedzi dotyczyła ponoszenia 100% kosztu za badanie. Zdaniem 10,5% badanych są częściowo odpłatne. Pomimo świadomości większości ankietowanych o bezpłatności badań w ramach kwalifikacji do PBP i tak do nich nie przystępują. 171 ankieterów, co stanowiło większość poddanych badaniu nigdy nie skorzystała z badań skriningowych pomimo uzyskania imiennego zaproszenia [21].

Przeprowadzone badania potwierdzają podobne wyniki do uzyskanych przez Stefanowicz Agatę, Kulik Teresę, Skórzyńską Hannę oraz Środę Mariusza. Tylko 42,40% spotkało się z Programem Badań Przesiewowych. Ankieterzy w większości wiedzieli, że osoby w przedziale wiekowym 50-65 lat mogą brać udział w PBP, co stanowiło 78% wszystkich odpowiedzi. Odminną opinię uzyskaną w kwestii występowania CRC.

Ankietowani w większości stwierdzili, że występuję często. Większość ankietowanych uznawało kolonoskopię za najistotniejsze badanie prewencyjne (91,70%). Ponadto z badań wynika, że większość poddanych badaniu nie jest świadoma o finansowaniu w całości badań w ramach PBP. Może to przyczyniać się do mniejszej ilości osób biorących udział w badaniu. Odpowiedzi poprawnej o bezpłatności badań udzieliło tylko 37,60% (41 osób). Stanowi to grupę mniejszą niż połowa poddanych badaniu.

Janiak Maria, Głowacka Paulina, Kopeć Anna, Staśkiewicz Aleksandra [22] przeprowadzili badanie odnośnie czynników wpływających na zgłaszalność do wykonania kolonoskopii w ramach PBP. Badaniem objęto 505 osób w wieku 50-65 lat. Spośród osób poddanych badaniu tylko 9% z nich zgłosiło się na wykonanie kolonoskopii. Ankietowani uznali jako najpowszechniejsze źródło wiedzy o PBP gabinet lekarza rodzinnego (47,5%), druga najczęściej wybierana opcja to środki masowego przekazu (31,9%). Chęć uczestnictwa w przyszłości w badaniu zgłaszało tylko 51% ankietowanych. Tak niski wskaźnik związany jest z występowaniem wielu czynników zniechęcających do wykonania kolonoskopii. Ankietowani wybierali następujące opcję: wstydlivą formę badania (21%), obawy przed bólem (17%), brak uzasadnienia wykonania badania ze względu niewystępowania objawów chorobowych (16%), brak znieczulenia (15%). Kwestia bólu przeważała wśród odpowiedzi ankietowanych (32%), ponieważ dotyczyła braku znieczulenia oraz bezpośrednich zmartwień przed jego wystąpieniem. Człowiek obawia się nawet chwilowego bólu nie zdając sobie sprawy, że niewykonywanie badań profilaktycznych może doprowadzić do zbyt późnego rozpoznania nowotworu. Ponadto wśród osób biorących w badaniu było 65 ankietowanych z dodatnim wywiadem rodzinnym. Niepokojący jest fakt, że 37% osób z tej grupy nie spotkało się nigdy z pojęciem Programu Badań Przesiewowych. Pomimo przeprowadzanych rozmów dotyczących ważności zapobiegania wystąpieniu raka jelita grubego oraz jego niebezpiecznego wpływu na życie tylko 58% osób z grupy ryzyka zdecydowało o chęci wzięcia udziału w badaniu [22].

Badanie własne ukazują zgodność w wielu kwestiach uzyskanych przez Janiak Marię, Głowacką Paulinę, Kopeć Annę, Staśkiewicz Aleksandrę. Największa ilość osób przystępujących do badania była w wieku 50-65 lat. Osoby czerpały wiedzę o PBP w największym stopniu z gabinetu lekarskiego (37,60%), co świadczy o dużym zaufaniu i przekonaniu o dużej wiedzy lekarza. W najmniejszym stopniu z prasy i pracy. Odmienne zdanie uzyskano w kwestii udziału ilości osób z predyspozycjami genetycznymi. Spośród badanych aż 55% wykazywało dodatni wywiad rodzinny, co wiąże się z większym ryzykiem zachorowalności. Ponadto pomimo udziału większości osób z grupy ryzyka w ankiecie mała

liczba osób miała wykonane badania kolonoskopowe. Najważniejszą przyczyną niepoddawania się wykonaniu kolonoskopii dotyczyła wstydliwej postaci badania oraz niepokoju związanego z chorobą i jej przebiegiem. Najmniej wybierana opcja dotyczyła deficytu czasu.

WNIOSKI

Interpretacja uzyskanego materiału badawczego ukazuje następujące wnioski:

1. Osoby biorące udział w badaniu wykazywały zbyt niski poziom wiedzy o raku jelita grubego, tak aby skutecznie jemu zapobiegać.
2. Prawie połowa badanych to osoby stanowiące grupę ryzyka wystąpienia nowotworu.
3. Kobiety posiadały większy poziom wiedzy o CRC pomimo, że to mężczyźni stanowią grupę ryzyka.
4. Ponad połowa uczestniczących w badaniu wykazywała dodatni wywiad rodzinny.
5. Większość respondentów nigdy nie słyszała o PBP, co zmniejsza jego skuteczność.
6. Osoby poddane badaniu wykazują największe zaufanie do lekarza pierwszego kontaktu w kontekście uzyskiwania rzetelnych informacji o raku jelita grubego.
7. Najczęstszy czynnik przyczyniający się do rezygnacji z kolonoskopii stanowiła krępująca postać badania.
8. Respondenci w badaniu wykazywali w większości słabe nagłośnienie PBP oraz utrudnioną dostępność do kolonoskopii.
9. Choroba nowotworowa bliskiej osoby większość poddanych badaniu skłaniała do refleksji i podjęcia się wykonania kolonoskopii.
10. Ponad połowa ankietowanych chciałaby i poleciłaby wykonanie kolonoskopii po uświadomieniu o wpływie tego badania na sprawdzenie stanu zdrowia.

Postulaty

1. Należy zwiększyć zaangażowanie lekarzy rodzinnych w kierowanie i nakłanianie osób z grup ryzyka na badania profilaktycznie m.in. kolonoskopię.
2. Należy doprowadzić do zwiększenia powszechności kampanii społecznej, tak aby informacja o raku jelita grubego, wpływie jego wczesnej diagnostyki na wyleczalność dotarła do jak najliczniejszej rzeszy ludzi.

PIŚMIENNICTWO

1. Deptała A.: Epidemiologia, wskaźniki przeżycia, środowiskowe uwarunkowania rozwoju raka jelita grubego [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 43-55.
2. Patryka R., Łobejko L., Uttecht-Pudęłko A. i wsp.: Rak jelita grubego – główne czynniki indukujące karcynogenezę. Chirurgia Polska, 2010, 2, 85-88.
3. Stefanowicz A., Kulik T. B., Środa M. i wsp.: Ocena wiedzy i świadomości osób po 50 roku życia w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego. Family Medicine&Primary Care Review, 2015, 3, 210-214.
4. Chrobak-Bień J., Gawor A., Gąsiorowska A.: Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2016, 3, 187-195.
5. Powalski G., Rydzewska G.: Objawy podmiotowe, przedmiotowe oraz standardy rozpoznania raka jelita grubego [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 67-79.
6. Kałędkiewicz E., Doboszyńska A.: Dietoprofilaktyka raka jelita grubego. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2012, 5, 171-177.
7. Reguła J., Chaber-Ciopińska A.: Profilaktyka pierwotna i wtórna raka jelita grubego [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 43-55.
8. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J. i wsp.: Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. Medycyna Rodzinna, 2018, 3, 232-244.
9. Bazaliński D., Kaczmarek D., Chmiel Z. i wsp.: Determinanty warunkujące satysfakcję z profilaktycznej endoskopii jelita grubego. Nowa Medycyna, 2011, 2, 42-50.
10. Wójcik K., Chodacka-Tukiendorf J., Marczewski K.: Kolonoskopia po 80 roku życia – z perspektywy szpitala wojewódzkiego. Gerontologia Polska, 2014, 4, 155-158.
11. Dołoto K., Antos E., Wojciechowska M.: Kolonoskopia w profilaktyce raka jelita grubego – działania pielęgniarskie w przygotowaniu do badania. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 50, 102-106.
12. Walecki J., Bulski T., Furmanek M.: Diagnostyka obrazowa w raku jelita grubego [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 79-95.

13. Słódkowski M.: Chirurgiczne leczenie chorych na raka jelita grubego zlokalizowanego w okręznicy [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 121-135.
14. Kapela L., Bąk E., Krzemińska S. i wsp.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 1, 53-61.
15. Deptała A., Mieczkowska A.: Chemioterapia przerzutowego raka jelita grubego [w:] Rak jelita grubego pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 275-295.
16. Bujko K.: Rola radioterapii o założeniu radykalnym u chorych na raka jelita grubego [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 233-239.
17. Bujko K.: Radioterapia paliatywna [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 239-243.
18. Starzyńska T., Białek A.: Leczenie raka jelita grubego za pomocą technik endoskopowych [w:] Rak jelita grubego, pod red. Deptały A., Wojtukiewicza M. Z. Termedia, Poznań 2018, 111-121.
19. Kuprewicz A., Krajewska-Kulał E., Trochimowicz L.: Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2016, 2, 74-83.
20. Grys A. A., Czarnecka J., Sienkiewicz Z. i wsp.: Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat raka jelita grubego. Pielęgniarstwo Polskie, 2013, 1, 23-27.
21. Stefanowicz A., Kulik T., Skórzyńska H. i wsp.: Wiedza o programie profilaktyki raka jelita grubego wśród osób w wieku 50-65 lat. Geriatria, 2017, 11, 259-264.
22. Janiak M., Głowacka P., Kopeć A. i wsp.: Czynniki determinujące zgłaszalność na badania kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. Gastroenterologia Kliniczna, 2016, 4, 142-151.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z RAKIEM JELITA GRUBEGO Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

KLAUDIA BOGUSKA¹, KRYSTYNA KLIMASZEWSKA²

¹ Absolwentka licencjat Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Definicja nowotworów, w tym nowotworu jelita grubego

„Nowotwór jest to choroba związana z zaburzeniami w obrębie materiału genetycznego, które prowadzą do przekształcenia komórek prawidłowych w nieprawidłowe o pewnych charakterystycznych cechach” [1].

Nowotwory można podzielić na 3 typy:

- nowotwory niezłośliwe – nie różnią się od komórek i tkanek macierzystych, nie są groźne dla życia i dość łatwo można je leczyć. W momencie usunięcia nie dają odległych przerzutów ani nie pojawiają się w tym samym miejscu.
- nowotwory o miejscowej złośliwości – rosną wolno i systematycznie, po zabiegu chirurgicznym wracają zazwyczaj w te same miejsca, rzadko rzutują odległe.
- nowotwory złośliwe – są zbudowane z nietypowych komórek i tkanek, rosną szybko, niszczą okoliczne narządy, mogą dawać przerzuty do dalszych narządów – im wcześniej wykryty tym większe są szanse na wyleczenie.

Nowotwory można również podzielić w zależności od tkanek ustrojowych:

- nowotwory pochodzenia nabłonkowego:
 - a) łagodne – gruczolak, brodawczak, torbielak,
 - b) złośliwe – rak,
- nowotwory pochodzenia nie nabłonkowego:
 - a) łagodne – tłuszczak, mięśniak, naczyński, nerwiak,
 - b) złośliwe – mięsak.

Rak jelita grubego rozwija się bardzo często bezobjawowo – nawet do 10 lat, z tego powodu jest uważany za jeden z najbardziej podstępnych nowotworów. Rozwija się na skutek

mimowolnego rozrostu komórek w jednej z części jelita grubego, w obrębie kątnicy, odbytnicy lub zstępnicy. Najczęstszym jest gruczolakorak jelita grubego [1].

Epidemiologia nowotworu jelita grubego

Epidemiologia to nauka, która bada przyczyny rozwoju i rozprzestrzeniania się chorób w danej populacji, celem jest zapobieganie i zwalczanie chorób. Do podstawowych czynników epidemiologicznych należy współczynnik zachorowalności, współczynnik umieralności, wskaźnik struktury zachorowań lub zgonów, współczynnik chorobowości oraz współczynnik śmiertelności. Wśród mężczyzn zapadalność i śmiertelność jest wyższa niż u kobiet, częściej u mężczyzn występuje nowotwór odbytnicy zaś u kobiet guzy okrężnicy występują nieznacznie częściej. Zdecydowana większość, bo około 90% przypadków są to ludzie w wieku powyżej 50 r.ż. Rasa też odgrywa swoją rolę, jeśli chodzi o zapadalność i śmiertelność, ponieważ najwyższy wskaźnik jest u Afroamerykanów niż u rasy białej, zaś jeszcze niższe wskaźniki notuje się wśród Amerykanów pochodzenia azjatyckiego, Hiszpanów czy mieszkańców Alaski. W roku 1991 w Polsce było 7849 nowych zachorowań na raka jelita grubego, natomiast w roku 1996 wynosiła 10455 przypadków, wzrost zachorowań w latach 1991 – 1996 wynosiła około 35%, a liczba zgonów w 1996 r. wynosiła prawie tyle co liczba zachorowań w roku 1991 [1, 2].

Występowanie oraz przeżywalność ludzi chorych na raka jelita grubego w Polsce

Od roku 1980 nastąpił wzrost liczby zachorowań na raka jelita grubego, u kobiet 3 – krotnie, u mężczyzn aż 4 - krotnie. Większość zachorowań występuje po 50 roku życia, w latach 1999-2010 najniższy współczynnik zachorowalności zarejestrowano w województwie łódzkim 24,1/100000, a najwyższy w dolnośląskim 32,9/100000. Liczba zgonów z powodu raka jelita grubego od 1980 wzrosła u kobiet 4 – krotnie, u mężczyzn 6 – krotnie. W latach 1999 – 2010 najniższy współczynnik zgonów był w województwie łódzkim – 14,5/100000 najwyższy w wielkopolskim – 19,5/100000 [9].

W roku 2011 zarejestrowano 16126 chorych, w tym 8880 mężczyzn i 7246 kobiet, liczba zgonów wyniosła 10663, w tym 5876 mężczyzn i 4787 kobiet [3].

W roku 2012 w województwie Podlaskim na raka jelita grubego zachorowało 14,1% mężczyzn i 11,2% kobiet, zmarło 11,6% mężczyzn, 14,2% kobiet [3].

W roku 2014 zarejestrowano w Polsce 159208 zachorowań i 95 565 zgonów z powodu wszystkich nowotworów. Na raka jelita grubego zachorowało 17742 osoby w tym

9861 mężczyzn i 7881 kobiet. Zgony w 2014 wyniosły 11165, w tym 6299 mężczyzn i 4866 kobiet [4].

Patrząc na ilość zachorowań w Polsce można stwierdzić, iż rak jelita grubego jest 3 co do częstości występowania nowotworem u mężczyzn zaraz po raku płuca i prostaty, zaś u kobiet jest na drugim miejscu zaraz po raku piersi. Jeśli chodzi o zgony z powodu nowotworów, rak jelita grubego jest na drugim miejscu zaraz po raku płuca u mężczyzn, u kobiet jest na trzecim miejscu po raku piersi i płuca. Od kilku lat zachorowalność i umieralność na raka jelita grubego zarówno u mężczyzn jak i u kobiet rośnie dość szybko, szacuje się że w roku 2025 na raka jelita grubego zachoruje około 15 tysięcy mężczyzn i 9 tysięcy kobiet. Z danych z roku 2010 odsetek 5 – letnich przeżyć w przypadku raka jelita grubego wynosił około 44% (bez podziału na płeć) [4].

Występowanie oraz przeżywalność ludzi chorych na raka jelita grubego na świecie

W 2002 roku na całym świecie zachorowalność na wszystkie rodzaje nowotworów wyniosła 10,9 miliona, zgony 6,7 miliona. Rak jelita grubego najczęściej występuje w Ameryce Północnej, Australii oraz Europie, najniższy współczynnik zachorowalności jest w Afryce i Azji [5].

W 2008 roku na całym świecie wystąpiło około 12,7 miliona zachorowań i 7,6 miliona zgonów z powodu raka. Jeśli chodzi o raka jelita grubego w 2008 roku odnotowano ponad 1,2 miliona chorych oraz 608700 zgonów, najwyższa zapadalność była w Australii, Nowej Zelandii, Europie i Ameryce Północnej, a najniższe w Afryce i Azji Południowo – Środkowej [5].

W roku 2012 na całym świecie odnotowano 14,1 miliona przypadków zachorowań na nowotwory, zgonów było 8,2 miliona. Na raka jelita grubego zachorowało 1,4 miliona osób, zmarło z tego powodu 693 900, zapadalność na raka jelita grubego jest taka sama jak w roku 2008 roku [6].

Czynniki ryzyka i czynniki genetyczne

Czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego można podzielić na: Środowiskowe:

- wysokokaloryczna dieta, bogatotłuszczowa, wysokie spożycie czerwonego mięsa, spożywanie pokarmów wysoko przetworzonych,
- otyłość (BMI powyżej 25) i brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia,
- dieta uboga w warzywa, owoce, witaminy, błonnik, kwas foliowy, wapń,

- palenie papierosów, wdychanie dymu tytoniowego, spożywanie w nadmiarze alkoholu etylowego,
- wiek powyżej 40 roku życia,
- zachorowanie rodzinne na nowotwory złośliwe.

Wewnętrzne:

- gruczolaki (zwłaszcza o typie kosmkowym),
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego (ok. 20 – krotny wzrost ryzyka zachorowania),
- zespół Crohna (5-6 krotne wyższe ryzyko),
- zachorowanie na raka jelita grubego w przeszłości,
- polipy hiperplastyczne,
- polipy płaskie ząbkowane,
- tradycyjny gruczolak ząbkowany.

Genetyczne:

- wrodzony niepolipowaty rak jelita grubego – zespół Lyncha I oraz II,
- występowanie 2 lub więcej przypadków raka wśród krewnych I stopnia,
- występowanie choroby w następujących po sobie pokoleniach w rodzinie,
- gruczolakowa polipowatość rodzinna,
- polipowatość recesywna,
- zespół Peutza–Jeghersa,
- zespół młodzieńczej polipowatości,
- zespół Li – Fraumeni [1, 7].

Objawy nowotworu jelita grubego

Około 1/3 nowotworów jelita grubego występuje w odbytnicy, natomiast 2/3 są to guzy o lokalizacji lewostronnej. Rak esicy stanowi około 25%, rak zstępnicy około 5-10% wszystkich raków jelita grubego. Większa część raków – 75% stanowią tzw. Raki sporadyczne które powstają bez udziału czynników genetycznych, 20% to raki występujące rodzinie, 5% raków jest uwarunkowanych określonymi mutacjami genetycznymi [1].

Objawy raka prawej połowy okrężnicy:

- ból po prawej stronie brzucha, w okolicy pępka, w podbrzuszu lub nadbrzuszu,
- ciemne zabarwienie stolca, domieszka krwi w stolcu,
- niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza,

- zmiana rytmu wypróźnień,
- wyczuwalny przez powłoki patologiczny opór po prawej stronie brzucha.

Objawy raka lewej połowy okrężnicy to:

- objawy ograniczonej drożności jelita (wzdęcia, bóle kolkowe),
- krew w stolcu i na stolcu,
- zmiana rytmu wypróźnień.

Objawy raka odbytnicy:

- świeża krew w stolcu,
- uczucie niepełnego wypróżnienia,
- objawy niedrożności jelita (bóle kolkowe), nudności, wymioty,
- bolesne parcia na stolec, stolce ołówkowe (bóle w okolicy krocza) [7].

Diagnostyka nowotworu jelita grubego

Jednym z wodzących problemów zdrowotnych na świecie jest rak jelita grubego, dlatego ważna jest precyzyjna diagnostyka, która pomoże w skutecznym leczeniu [1].

- Wywiad, w którym lekarz/pielęgniarka powinni dowiedzieć się na temat zaburzeń bieżących np. zmiana charakteru wypróźnień, przebytych chorób, obciążenia rodzinnego a także o warunkach socjalnych, m.in. nawyki żywieniowe, spożywanie alkoholu i palenie tytoniu,
- Badania fizykalne – oglądanie, obmacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie,
- Badanie przedmiotowe – badanie per rectum jest obowiązkowe przy wszelkich objawach ze strony odbytnicy, ujemny wynik nie zwalnia z dalszej diagnostyki,
- Testy na krew utajoną w stolcu,
- Badanie endoskopowe (anoskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia, endoskopia kapsułkowa) które pozwalają na bezpośrednią ocenę wnętrza jelita grubego oraz pobranie wycinków do badania histologicznego,
- Badanie radiologiczne metodą podwójnego kontrastu (baryt z insuflacją powietrza),
- Ultrasonografia przez odbytniczą (ocena stopnia zaawansowania nowotworów położonych około 15 cm odo odbytu), przez powłoki jamy brzusznej, przez kroczo,
- Tomografia komputerowa,
- Rezonans magnetyczny miednicy – najdokładniejsza metoda oceny stopnia zaawansowania miejscowo – regionalnego raka odbytnicy, niezbędna w planowaniu leczenia,

- oznaczenie stężenia antygenu rakowo – zarodkowego stosowane w monitorowaniu przebiegu leczenia (konieczne jest pierwsze oznaczenie przed rozpoczęciem leczenia),
- kolonografia rezonansu magnetycznego [1, 7].

W Polsce od roku 2000 funkcjonuje Program Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, polega na wykonaniu jednorazowej kolonoskopii u osób w wieku od 50 do 65 lat oraz 40-65 lat, z osobami które miały przypadki tego nowotworu w rodzinie.

Do klasyfikowania stopnia zaawansowania raka jelita grubego wykorzystuje się system TNM UICC z roku 2016. Oznaczenie T – oznacza guz pierwotny, kolejne cyfry przy literze T znaczą, czy guz nacieka czy nie, a jeśli tak to gdzie, N – to regionalne węzły chłonne, tu ocenia się czy w okolicach powstałego nowotworu są gdzieś przerzuty do węzłów chłonnych, M – to przerzuty odległe, w zależności czy są obecny czy nie, czy dotyczą jednego innego narządu czy kilku. Do rozpoznania wczesnego raka jelita grubego wykorzystuje się też klasyfikację Haggita. Istnieją jeszcze systemy według Duke'a i Astlera – Collera, ale nie powinno się ich używać, ponieważ mają znaczenie historyczne [1. 7. 8].

Leczenie

Podstawą leczenia raka jelita grubego jest zabieg operacyjny.

- leczenie radykalne „to wycięcie zajętego naciekiem nowotworowym odcinka przewodu pokarmowego z okolicznymi węzłami chłonnymi i obszarem splotu chłoni” [7].
- w zależności od umiejscowienia guza można też wykonać hemikolektomię prawo - lub lewostronną, lub subtotalną kolektomię,
- resekcja esicy,
- chirurgiczne leczenie paliatywne – ma na celu przywrócenie drożności jelita grubego lub zmniejszenie ryzyka krwotoku z nowotworu.

Leczenie chirurgiczne obejmuje np. paliatywną resekcję guza, wyłonienie przetoki jelitowej.

- przedoperacyjna radioterapia lub radiochemioterapia – są stosowane jako składowe leczenia radykalnego u chorych na raka odbytnicy który jest położony od 10 do 12 cm od brzegu odbytu, są też wykonywane z wysokim ryzykiem nawrotu, u których nie zastosowano przedoperacyjnej terapii,

Wskazania do radiochemioterapii:

- naciekanie warstwy podsurowiczej lub tkanek około odbytniczych,
- występowanie przerzutów do około odbytniczych węzłów chłonnych,

- miejscowo zaawansowany guz odbytniczy o granicznej resekcyjności.

Chemioterapia jest standardowym leczeniem uzupełniającym po zabiegu operacyjnym w stopniu III wg TNM.

W rozsiańym raku jelita grubego stosuje się chemioterapię i leczenie celowane [1, 7, 8].

Wylonienie stomii

Stomia „to chirurgiczne wytworzenie nowego ujścia jelita w celu wydalania kału, w sytuacji, gdy zmiany chorobowe w jelicie cienkim lub grubym uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego” [9]. Stomię wytwarza się najczęściej podczas zabiegu chirurgicznego leczenia raka jelita grubego. Są też inne choroby w których wylonienie stomii jest potrzebne, np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna czy powikłania pooperacyjne. Może być przetoka na kątnicy – cecostomia – na okrężnicy poprzecznej – transversostomia – lub na okrężnicy esowatej – sigmoidostomia, ogólna nazwa przetoki wytworzonej w obrębie jelita grubego nazywamy kolostomią. Stomię dzieli się również na kryterium czasowe, są stomie czasowe które są na nieokreślony czas oraz stałe które zostają na zawsze oraz jedno- i dwulufowa. W Polsce wytwarza się chirurgicznie około 7000 tysięcy stomii rocznie, z czego 80% z powodu raka jelita grubego. Pomimo tego, iż stomia pozwala na przetrwanie choroby doprowadza do upośledzenia jakości życia i aktywności człowieka, dochodzi do utraty lub zmniejszenia zdolności przewodu pokarmowego do magazynowania pokarmów oraz nie jest możliwa kontrola wydalania. Przed operacją ważne jest, aby przygotować pacjenta psychicznie oraz równie ważna jest edukacja pacjenta oraz jego rodziny, po operacji ważna jest obserwacja miejsca wylonienia stomii oraz jej profilaktyczna pielęgnacja.

Prawidłowa błona śluzowa stomii powinna mieć kolor różowy lub różowoczerwony, a jej powierzchnia delikatnie wilgotna, kształt okrągły (owalny), zewnętrzna średnica powinna wynosić od 2,5 do 5 cm (kolostomia może być nieco większa), wysokość 1-2 cm, powinna być wypukła, wydzielina półpłynna lub stały stolec, skóra wokół stomii powinna być normalna, wilgotna, bez podrażnień, zaczerwienień, owrzodzeń [10, 11, 12].



Ryc. 1. Kolostomia w obrębie esicy [13].



Ryc. 2. Kolostomia w obrębie okrężnic zstępującej [13].



Ryc. 3. Kolostomia w obrębie okrężnicy wstępującej [13].



Ryc. 4. Kolostomia w obrębie okrężnicy poprzecznej [13].

CELE PRACY

1. Opracowanie arkusza do zbierania danych o pacjencie z rakiem jelita grubego i wylonioną stomią.
2. Wylonienie problemów bio-psycho-społecznych pacjenta z nowotworem jelita grubego i wylonioną stomią.

3. Opracowanie procesu pielęgnowania dla pacjenta z nowotworem jelita grubego i wylonioną stomią.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto 75-letniego pacjenta z rozpoznaniem raka jelita grubego oraz z wylonioną stomią hospitalizowanego w Oddziale Wewnętrznym oraz Onkologicznym w Szpitalu Wojewódzkim im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Łomży, w okresie od 17.02.2020 – 21.02.2020 r.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania.

W celu zebrania odpowiednich materiałów badawczych wykorzystano:

- Obserwację pacjenta w oddziale szpitalnym,
- Arkusz do zbierania danych wykorzystany podczas wywiadu z pacjentem i jego najbliższą rodziną,
- Pomiar parametrów życiowych,
- Analizę dokumentacji medycznej (Karta Gorączkowa, Historia Choroby Pacjenta oraz Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich).

Narzędzia badawcze wykorzystane w pracy do prawidłowego zebrania potrzebnych informacji na temat pacjenta:

Arkusz do zbierania danych o pacjencie został opracowany na potrzeby niniejszej pracy. Wzór arkusza znajduje się w Aneksie na stronie 45.

Skala Barthel – skala służąca do oceny sprawności pacjenta oraz jego zapotrzebowania do pomocy przy codziennych czynnościach. Oceniane jest 10 podstawowych parametrów, tj. spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na wózek i z powrotem, siadanie, kontrolowanie wydalania stolca i moczu, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel i mycie całego ciała, poruszanie się po płaskich powierzchniach, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się a także sznurowanie obuwia. Punktacja od 100 do 85 oznacza, że stan funkcjonalny jest dobry, jeśli wynik będzie poniżej 20 punktów wtedy stwierdza się ciężką niepełnosprawność.

Skala Baxter – służy do oceny zagrożenia i przebiegu zapalenia żył związanego z założonym wenflonem. Miejsce wkłucia ocenia się w punktacji od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak zmian zapalnych, natomiast 5 oznacza zaawansowany stan zapalny.

Skala Glasgow – oceniana jest świadomość pacjenta, ocenie podlega otwieranie oczu, kontakt słowny i reakcja ruchowa. Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich kategorii były poszczególne punkty. Stosując tą skalę zaburzenia dzielimy na: łagodne, umiarkowane, brak przytomności, odkorowanie, odmóżdzenie, śmierć mózgowa. Maksymalna ilość punktów to 15 – wskazuje, że chory jest przytomny i zorientowany co miejsca i czasu. Minimalna ilość to 3 punkty – oznacza głęboką śpiączkę.

Skala Waterlow – jest rozwinięciem skali Norton, służy do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn, biorąc pod uwagę budowę, masę i wzrost ciała, stan skóry, płeć, wiek, trzymanie moczu i stolca, ruchliwość, łaknienie, odżywianie komórkowe, choroby neurologiczne i inne, urazy i zabiegi oraz przyjmowane leki. Maksymalnie można przyznać 47 punktów, powyżej 21 jest bardzo wysokie ryzyko odleżyn, poniżej 10 niskie ryzyko odleżyn.

Skala Depresji Hamiltona – jest najczęściej używaną skalą na depresję, odpowiedzi są punktowane od 0 do 4, wynik poniżej 7 sugeruje brak zaburzeń, do 12 – depresję łagodną, do 17 umiarkowaną, 18-29 sugeruje ciężkie stadium depresji, 30-52 – ciężką depresję.

Klasyfikacja odleżyn. Podział odleżyn wg. Torrance’a – to 5-stopniowa skala, która służy do klasyfikacji stopnia odleżyn oraz ich zaawansowania. Dokonana przy jej wykorzystaniu analiza stanowi podstawę dla opracowania strategii postępowania z chorym a także weryfikacji skuteczności podjętego leczenia.

Skala numeryczna bólu NRS – łatwa do zastosowania, skala zawiera 11 stopni nasilenia bólu, od 0 do 10, gdzie 0 to całkowity brak bólu, zaś 10 to najgorszy wyobrażalny ból.

Proces pielęgnowania – to specjalna metoda opieki pielęgniarskiej która w sposób zasadniczy i logiczny określa stan chorego w różnych sferach: biologicznej, społecznej i duchowej. Zadaniem tego procesu jest doprowadzenie do poprawy stanu pacjenta lub utrzymanie już istniejącej równowagi. Proces pielęgnowania składa się z czterech etapów oddziałujących na siebie.

I ETAP – poznawanie stanu bio-psycho-społecznego pacjenta.

- Zebranie informacji,
- Analiza zebranych informacji,
- Postawienie diagnozy pielęgniarskiej.

II ETAP – zaplanowanie opieki pielęgniarskiej nad chorym.

- Ustalenie celu opieki,

- Wybranie osób i sprzętu do realizacji działań,
- Stworzenie planu opieki pielęgniarzkiej.

III ETAP – realizacja planu przedstawionej opieki.

- Zastosowanie w praktyce ustalonego planu.

IV ETAP – Szczegółowa ocena wyników wykonanej opieki pielęgniarzkiej.

- Analiza wyników opieki pielęgniarzkiej,
- Porównanie uzyskanych wyników z założonymi celami,
- Formułowanie oceny [14].

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentem jest 75-letni mieszkaniec Łomży. Dnia 03.02.2020 r. został planowo przyjęty do Szpitala Wojewódzkiego w Łomży na Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy, po otrzymaniu skierowania od lekarza pierwszego kontaktu z podejrzeniem zapalenia płuc. Pacjent przy przyjęciu był przytomny, logiczny, zorientowany co czasu i miejsca. Był chętny do współpracy z personelem, lecz bardzo osłabiony, odwodniony i nie miał ochoty na jedzenie. RR 168/94 HR 108, temperatura ciała 36,9°C, waga 90 kg, wzrost 165 cm, BMI – 33,06 – I stopień otyłości. Dodatkowym problemem jest nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz nałogowe palenie papierosów. Chory został zakwalifikowany do III kategorii opieki. 3 punkty w skali NRS, 12 punktów w skali Waterlow – średnie ryzyko odleżyn, 55 punktów skali Barthel – pacjent „średnio ciężki”, w skali Glasgow 15 punktów – brak zaburzeń przytomności. Mieszka razem z żoną w bloku, warunki bytowe dobre. Następnego dnia, tj. 04.02.2020 r. pacjent został przeniesiony na Oddział Chorób Wewnętrznych, gdzie po wykonaniu badań lekarz stwierdził, iż jest to nowotwór okrężnicy wstępującej (C.18.6.). Dnia 07.02.2020 r. odbyła się operacja – resekcja części jelita grubego i wyłonienie stomii jelitowej. Po operacji pacjent został przewieziony na Oddział Chirurgii. Kilka dni po zabiegu stan pacjenta pogorszył się, był bardzo osłabiony, nadal nie chciał jeść ani pić, przesypiał większą część dnia oraz całą noc, czuł ból w całym ciele, często odczuwał duszność, przejawiały się początki depresji oraz zaprzeczania na temat stanu swojego zdrowia. Pacjent miał założony cewnik oraz wkłucie obwodowe typu wenflon bez widocznych zmian, oraz miał założony pampers. Stomia miała prawidłowy wygląd bez zmian patologicznych.

Obserwacja pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu

Pacjent obserwowany od 17.02.2020 r. do 21.02.2020 r. na Oddziale Chirurgicznym. Pacjent nadal jest w złym stanie, jest osłabiony, ale lepiej nawodniony, pomimo dalszej niechęci do jedzenia i picia. RR 159/86, HR 103, temperatura 36,7°C, chory nadal zostaje w III kategorii opieki. Pojawiły się obrzęki kończyn górnych i dolnych, chory zgłaszał ból głowy, ból w okolicy podbrzusza oraz rzadziej już występującą duszność. Pacjent nadal nie przyjmuje do wiadomości powagi swojej choroby oraz przejawia nastrój depresyjny. Bez widocznych zmian pozostaje wkłucie obwodowe i cewnik. W miejscu założonego pampersa pojawiły się odparzenia, a na kości ogonowej widoczne odleżyny II stopnia. Wyłonią stomia oraz skóra wokół wygląda prawidłowo, bez widocznych zmian zapalnych. W skali NRS – 2 punkty, w skali Glasgow – 15 punktów – brak zaburzeń przytomności. W skali Baxter – 0 punktów – wkłucie bez widocznych zmian zapalnych. W skali Barthel – 0 punktów – stan pacjenta „bardzo ciężki”. W skali Waterlow – 21 punktów – bardzo wysokie ryzyko odleżyn. W skali Torrance’a – II stopień odleżyn. Dnia 21.02.2020 r. lekarz prowadzący zdecydował o dalszym leczeniu w Hospicjum, ponieważ lekarze zrobili wszystko co było możliwe, aby poprawić stan zdrowia pacjenta. Po rozmowie z rodziną została podjęta decyzja o przewiezieniu w tym dniu chorego do domu, gdzie będzie miał zapewnioną opiekę lekarza i pielęgniarki hospicyjnych oraz rodziny.

PLAN OPIEKI WOBEC PACJENTA Z RAKIEM JELITA GRUBEGO Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

1. Diagnoza pielęgnarska: Ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego oraz układu krążenia z powodu występującej duszności.

Cel:

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań oraz ułatwienie oddychania.

Interwencje pielęgnarskie:

- Zastosowanie półwysokiej lub wysokiej pozycji,
- Wilgotność powietrza powinna być około 60-70%,
- Temperatura pomieszczenia powinna wynosić około 20-23 °C,
- Zalecenie picia około 2 litrów wody dziennie,
- Kontrola ciśnienia tętniczego, tętna i liczby oddechów 2 razy dziennie oraz odnotowywanie tego w dokumentacji medycznej,
- Zapewnienie świeżego powietrza poprzez wietrzenie sali,

- Wykonanie tlenoterapii,
- Zastosowanie biernych i czynnych ćwiczeń oddechowych,
- Wykonanie inhalacji na zlecenie lekarza.

Ocena:

Pacjent starał się wykonywać ćwiczenia, zapewniono odpowiedni mikroklimat w sali, oddychanie dla pacjenta stało się łatwiejsze. Zaleca się dalszą interwencję oraz obserwację.

2. Diagnoza pielęgniariska: Dyskomfort z powodu bólu nowotworowego.

Cel:

Złagodzenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniariskie:

- Rozmowa z pacjentem na temat lokalizacji i charakteru bólu,
- Pomiar natężenia bólu z użyciem skali VAS,
- Rozpoznanie czynników które mogą wzmacniać dolegliwości bólowe,
- Pomiar ciśnienia tętniczego, tętna i temperatury ciała 2-3 razy dziennie,
- Zmiana pozycji pacjenta na taką, która niweluje ból,
- Odwrócenie uwagi od bólu poprzez rozmowę lub włączenie TV,
- Podaż leków na zlecenie lekarza,
- Obserwacja pacjenta po podaniu leków, po ok. 30 minutach ponowny pomiar natężenia bólu.

Ocena:

Ból nadal się utrzymuje, w skali VAS – 2 punkty. Zalecana dalsza interwencja pielęgniariska i obserwacja.

3. Diagnoza pielęgniariska: Niechęć do jedzenia i picia.

Cel:

Zachęcenie do jedzenia i picia, aby zachować podstawowe funkcje życiowe oraz zapobiec dużemu spadkowi masy ciała.

Interwencje pielęgniariskie:

- Rozmowa z pacjentem,
- Zalecenie rozmowy z psychologiem lub dietetykiem,
- Zmiana diety na niskokaloryczną,

- Obserwacja stanu zdrowia,
- Prowadzenie bilansu płynów,
- Zalecenie picia około 2 litrów wody dziennie,
- Pomoc w spożywaniu posiłków, niepoganianie pacjenta,
- Zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości posiłków,
- Konsystencja posiłków powinna być dostosowana do możliwości chorego.

Ocena:

Pacjent nadal nie chce przyjmować pokarmów, lecz stara się wypijać około 2 litrów wody w ciągu dnia, zalecane dalsze interwencje.

4. Diagnoza pielęgnarska: Obrzęk kończyn górnych.

Cel:

Zmniejszenie obrzęku, poprawienie stanu zdrowia pacjenta.

Interwencje pielęgnarskie:

- Zapewnienie czystej, luźnej i bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej,
- Dokładna higiena kończyn objętych obrzękiem,
- Nawilżanie i natłuszczanie kończyn,
- Elewacja kończyn poprzez zastosowanie udogodnień np. wałków,
- Ograniczenie spożywania soli,
- Obserwacja i pomiar obrzęków,
- Współudział w farmakoterapii,
- W przypadku pojawienia się pęknięć zastosowanie opatrunków aseptycznych.

Ocena:

Obrzęki zmniejszyły się nieznacznie, zalecana dalsza obserwacja oraz interwencja.

5. Diagnoza pielęgnarska: Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego z powodu pobytu w szpitalu.

Cel:

Utrzymywanie ciśnienia tętniczego w granicach normy.

Interwencje pielęgnarskie:

- Mierzenie ciśnienia co 2 godziny oraz zapisywanie tego w dokumentacji medycznej,

- Rozmowa z pacjentem na temat konieczności pobytu w szpitalu,
- Umożliwienie pacjentowi rozmowy z bliskimi, lekarzem, psychologiem,
- Wręczenie pacjentowi oraz rodzinie broszur na temat choroby,
- Unikanie stresu,
- Podanie leków na zlecenie lekarza.

Ocena:

Ciśnienie tętnicze utrzymuje się w normie, 148/80 mmHg, zalecane dalsze interwencje.

6. Diagnoza pielęgniarska: Obniżony nastrój w związku z postawioną diagnozą oraz lękiem przed śmiercią.

Cel:

Zminimalizowanie lęku, wyjaśnienie wątpliwości dotyczących rokowań oraz stanu pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentem, próba odpowiedzi na nurtujące go pytania,
- Umożliwienie rozmowy z rodziną, lekarzem, psychologiem, księdzem,
- Zapewnienie prywatności i intymności przy rozmowach,
- Zaoferowanie swojej obecności jednak nienarzucanie się pacjentowi,
- Nieocenianie pacjenta,
- Zachowanie spokoju i cierpliwości,
- Zapewnienie pacjentowi odpoczynku w ciszy i spokoju.

Ocena:

Stan pacjenta polepszył się po kontakcie z rodziną, lecz nadal jest bardzo przygnębiony stanem swojego zdrowia.

7. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia późnych powikłań cukrzycowych (np. stopa cukrzycowa) oraz hipoglikemii i hiperglikemii.

Cel:

Zapobieganie powikłaniom, próba utrzymania poziomu cukru w granicach normy.

Interwencje pielęgniarskie:

- Odpowiednia dieta – cukrzycowa, regularne posiłki,
- Regularny pomiar poziomu glukozy we krwi,

- Edukacja pacjenta na temat diety oraz powikłań jakie mogą wystąpić,
- Obserwacja stóp, nawilżanie ich oraz edukacja rodziny pacjenta na ten temat,
- Polecenie spożywania około 2 litrów wody w ciągu dnia,
- Ograniczenie słodczy i słodkich napojów,
- Edukacja pacjenta i rodziny na temat objawów występujących przy hipoglikemii i Hiperglikemii
- Poinformowanie o działaniach w wypadku wystąpienia objawów.

Ocena:

Powikłania nie wystąpiły. Hipoglikemia ani hiperglikemia nie pojawiły się.

8. Diagnoza pielęgniarska: Edukacja pacjenta oraz rodziny na temat pielęgnacji stomii oraz wymiany worka stomijnego

Cel:

Przekazanie pacjentowi oraz jego rodzinie informacje na temat pielęgnacji stomii oraz wymiany worka stomijnego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie funkcji i istoty stomii,
- Pokazanie i wytłumaczenie kolejności wykonywanych czynności pielęgnacyjnych,
- Pomoc i asystowanie pacjentowi i rodzinie przy opróżnianiu worka i jego wymianie oraz pokazanie zasad doboru odpowiedniego rozmiaru worka stomijnego,
- Edukacja na temat prawidłowego wyglądu stomii, aby pacjent i rodzina mogli zauważyć i poinformować o nieprawidłowościach w wyglądzie stomii,
- Poinformowanie o możliwych objawach wczesnych – obrzęk, niedokrwienie, krwawienie – oraz późnych – wypadanie, zwężenie, przepuklina,
- Zalecenie unikania ciężkich przedmiotów,
- Rozmowa na temat odpowiedniej diety,
- Poinformowanie pacjenta i rodzinę o niestosowanie środków wysuszających skórę a także maści i kremów, gdyż zmniejszają one właściwości przylepne worków.

Ocena:

Pacjent i rodzina zostali poinformowani na temat mogących pojawić się objawów oraz jak opróżniać i wymieniać worek stomijny.

9. Diagnoza pielęgniarska: Wystąpienie dyskomfortu poprzez możliwość wystąpienia nieprzyjemnego zapachu, głośnego odchodzenia gazów.

Cel:

Zmniejszenie ryzyka nieprzyjemnego zapachu i głośnego odchodzenia gazów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Włączenie do diety gruboziarnistego pieczywa, płatków kukurydzianych, chudego nabiału, ryb, mięsa, ryżu, kaszy, owoców i warzyw,
- Zalecenie picia 2 litrów wody dziennie,
- Stopniowe wprowadzanie nowych produktów,
- Wolne spożywanie posiłków, dokładne przeżuwanie,
- Unikanie jaj, cebuli, czosnku, kalafiora, kapusty, ostrych przypraw, napojów gazowanych – sprzyja to wytwarzaniu nadmiernej ilości gazów,
- Spożywanie herbaty z miętą – zapobiega to gromadzeniu się gazów,
- Unikanie produktów które zawierają dużą ilość konserwantów oraz sztucznych barwników,
- Wkładanie tabletek węgla lekarskiego do worka stomijnego który może posłużyć jako „filtr” który pochłania przykry zapach.

Ocena:

Ilość wydalanych gazów zmniejszyła się dzięki wykonanym interwencjom. Nieprzyjemny zapach nie pojawił się.

10. Diagnoza pielęgniarska: Odleżyny II stopnia na kości ogonowej.

Cel:

Likwidacja odleżyn oraz zapobieganie powstawaniu nowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego,
- Zmiana pozycji ułożeniowej co 2 godziny,
- Stosowanie maści, oliwki lub talku na miejsca zagrożone powstaniem odleżyn,
- Na obecne odleżyny zastosowanie maści argosulfan lub maść ze srebrem,
- Zastosowanie udogodnień np. wałki,
- Podczas ułożenia pacjenta w pozycji bocznej należy pamiętać o położeniu pomiędzy nogi np. poduszki,

- Podczas czynności higienicznych naleŹy pamiętać o dokładnym osuszaniu skóry, przede wszystkim przy fałdach skóry oraz miejscach naraŹonych na ucisk,
- Obserwacja skóry, w miejscach które sĄ podatne na tworzenie siĄ odleŹyn.

Ocena:

Na obecne odleŹyny zastosowano maść argosulfan, naleŹy dalej obserwować skórę oraz stosować siĄ do interwencji.

11. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko powstania odparzeń od załóŹonego pampersa.

Cel:

Niwelowanie ryzyka powstania odparzeń.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zmiana pampersa 3 razy dziennie lub w razie potrzeby,
- Dokładne osuszanie skóry w miejscu załóŹonego pampersa,
- Ubieranie pacjenta zgodnie z temperaturĄ pomieszczenia,
- Stosowanie oliwki lub talku w miejscu załóŹonego pampersa,
- Dobranie odpowiedniego rozmiaru pampersa oraz dokładne zapięcie go aby nie był zbyt mocno zapięty ani zbyt luźno.

Ocena:

Odparzenia nie pojawiły siĄ. Zaleca siĄ dalsze interwencje oraz obserwację skóry.

12. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko zakaŹenia w miejscu załóŹonego wkłucia doŹylnego.

Cel:

Zapobieganie zakaŹeniom oraz utrzymanie droŹności wenflonu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Dokładne załóŹenie oraz zabezpieczenie wenflonu przed wyjęciem go,
- Sprawdzanie droŹności wenflonu,
- Wymiana zgodnie z zaleceniami producenta – co 72 godziny,
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- Mycie rĄk i dezynfekcja przed przystĄpieniem do czynnořci zwiĄzanej z wenflonem,
- Obserwacja miejsca wkłucia przed, podczas i po podaniu leku,
- Dokonywanie obserwacji miejsca wkłucia pod kątem ewentualnego stanu zapalnego,

- Utrzymanie stałej jałowości kaniuli,
- Zakładanie rękawiczek przed każdą czynnością.

Ocena:

Zakażenie nie wystąpiło, wenflon drożny. 0 punktów w skali Baxter.

13. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia infekcji wynikającej z założenia cewnika Foley'a do pęcherza moczowego.

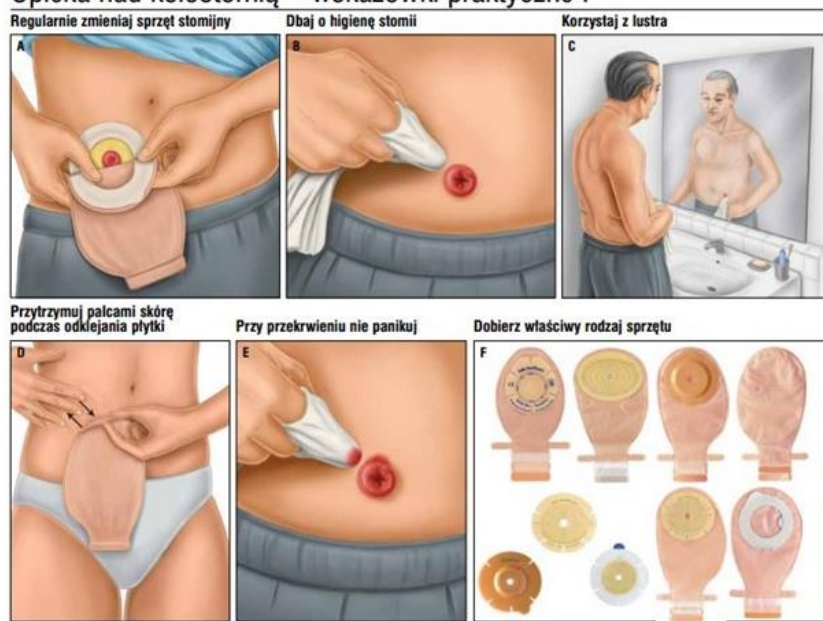
Cel:

Zapobieganie zakażeniom oraz utrzymanie drożności cewnika.

Interwencje pielęgniarskie:

- Codzienna toaleta krocza,
- Wykonywanie minimalnych ruchów przy cewniku,
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki,
- Obserwacja koloru moczu w drenie i w worku,
- Dopilnowanie, aby worek na mocz był regularnie opróżniany,
- Worek powinien być zawieszony poniżej pęcherza moczowego, nie może leżeć na ziemi,
- Po każdej czynności wykonanej u pacjenta sprawdzenie drożności cewnika,
- Systematyczna wymiana cewnika – według zaleceń producenta – lateksowego co 7-10 dni.

Opieka nad kolostomią – wskazówki praktyczne I



Ocena:

Zakażenie n
v

IE

Ryc. 5. Wymiana worka stomijnego [15]

O stomię należy dbać codziennie, pacjentowi na pewno przyda się pomoc bliskich w pierwszych dniach, ponieważ wykonanie samemu zmiany czy opróżnienia woreczka może okazać się zbyt trudne. Do pierwszych czynności należy przygotowanie sobie odpowiedniego sprzętu, aby zmiana woreczka poszła sprawnie i szybko. Warto przy zmianie woreczka postawić lustro tak, aby pacjent widział w jakiej kolejności należy wykonywać odpowiednie czynności. Na początek delikatnie należy odkleić worek zaczynając od góry i oczywiście wyrzucić go do kosza, resztę kału która znajduje się na stomii oraz wokół niej należy dokładnie zmyć ciepłą wodą (lub specjalnymi środkami do tego przeznaczonymi) oraz dokładnie osuszyć. Należy wyciąć otwór w płycie stomijnej, do tego przyda się miarka oraz nożyczki. Warto przed przyklejeniem worka ogrzać w dłoniach nakładkę z klejem. Potem należy zdjąć folię zabezpieczającą powierzchnię przylepca, zgiąć worek na pół i zaczynając od dołu stomii przykleić go do lekko naciągniętej skóry. Potem należy przytwierdzić przylepiec w całości do powierzchni skóry i upewnić się, iż jest on w całości przyklejony oraz sprawdzić szczelność worka.

W razie występujących zaparć:

- - Podać do wypicia szklankę wody przegotowanej na czczo,
- - Podać do spożycia produktów świeżo fermentowanych: maślanka, jogurty,
- - Eliminacja produktów tłustych oraz wzdymających,
- - Wprowadzenie do diety suszonych owoców (śliwki), otręby pszenne, siemę lniane,
- - Stosowanie trudno wchłanianych cukrów (laktuloza), środków torujących (płynna parafina), środków zmiękczających (powidła śliwkowe)
- - Profilaktyczne stosowanie diety bogato resztkowej (ciemne pieczywo), płatki owsiane, kasze) i bogate w błonnik (owoce, pieczywo gruboziarniste, warzywa,
- - Picie około 2 litrów wody dziennie.

W razie występujących biegunk:

- - 1 dzień dieta kleikowa,
- - 2-3 dzień marchwianka 1 kg dziennie, w porcjach po około 20 dag, gorzka herbata, napar z mięty, wywar z jagód,

- - 4-5 dzień chude, dobrze rozdrobnioue mięso, białe czerstwe pieczywo, gotowana ryba

Po tygodniu można zastosować dietę lekkostrawną z 5-6 posiłkami w ciągu dnia. W przypadku obfitych stolców oraz długo utrzymującej się biegunki pomimo powyższych zaleceń - kontakt z lekarzem prowadzącym.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

W roku 2013 Herman i wsp. [16] uważali, iż rak jelita grubego znajduje się w Polsce na 2 miejscu pod względem częstości zachorowań u obu płci z widocznym systematycznym wzrostem zachorowań.

Zaś według Deptały [1] już w roku 2014 rak jelita grubego „przeskoczył” w Polsce na 3 miejsce co do zachorowań u mężczyzn, a u kobiet pozostał na 2 miejscu.

Rak jelita grubego należy do jednego z najbardziej podstępnych nowotworów. Objawy które wskazują na ten nowotwór według Dzika [17] oraz Bernera i wsp. [7], zależą również od tego, w którym dokładnie odcinku jest on zlokalizowany, np. jeśli znajduje się po prawej stronie ciała, występują wtedy bóle po tej stronie brzucha, ciemne zabarwienie stolca, niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza, które dodatkowo może objawiać się osłabieniem, sennością, szybką męczliwością się. Jeśli zaś występuje z lewej strony ciała to głównymi objawami są bóle kolkowe, wzdęcia, krew w stolcu, zmiana rytmu wypróżnień.

Częstą przyczyną pojawienia się tego nowotworu jest otyłość, nieodpowiednia dieta wraz z niedoborem warzyw i owoców oraz palenie papierosów i nadmierne spożywanie alkoholu. WHO uważa, że palenie papierosów jest najważniejszym czynnikiem ryzyka zdrowotnego oraz przyczyną przedwczesnych zgonów na świecie [18]. Kułak-Bejda i wsp. [19] uważają, że palenie ma negatywne skutki, jeśli chodzi o zachowanie odporności i wydolności fizycznej. W konsekwencji czego zwiększa ryzyko pojawienia się chorób serca, układu oddechowego a nawet układu pokarmowego. Höckel [20] uważa, że do objawów dochodzi w momencie, gdy nowotwór jest już zaawansowany, a rokowanie w bardzo dużym stopniu zależy od tego w jakim stadium nowotwór został wykryty.

Przedstawione powyżej objawy wskazują, iż bardzo ważne jest, aby wykonywać odpowiednie badania, które mogą wykryć nowotwór oraz pomóc w jego leczeniu. Osoby po 40 roku życia powinny profilaktycznie raz w roku wykonać badanie kontrolne na obecność nowotworu, zaś osoby u których w rodzinie wystąpił rak jelita grubego mogą nawet w młodszym wieku zacząć wykonywać badania profilaktyczne, ponieważ ryzyko wystąpienia raka jelita grubego u nich jest znacznie wyższe. Wg Cegielnego i wsp. [21] podstawową metodą, którą wykorzystuje się w diagnostyce jest kolonoskopia – polega ona na

wprowadzeniu giętkiego wziernika z kamerką przez odbyt na długość 130-200 cm, więc na całą długość jelita grubego co pozwala dokładnie sprawdzić jelito grube i znaleźć miejsce występowania zmiany nowotworowej.

Z przeprowadzonego wywiadu pielęgniarskiego, z pacjentem oraz rodziną wynika, iż pacjent nałogowo pali papierosy. Oprócz raka jelita grubego posiada również choroby współistniejące tj. nadciśnienie tętnicze i cukrzyca. Podjęto działania, które miały na celu zmniejszenie ilości wypalanych papierosów oraz unormowanie wartości ciśnienia tętniczego. Ważnym elementem było przekazanie pacjentowi wiedzy o szkodliwym działaniu dymu tytoniowego dla całego organizmu oraz przekazaniu informacji na temat zalet wynikających z rzucenia palenia. Chory po rozmowie wykazał chęć zrezygnowania z nałogu, ponieważ zrozumiał, że to zmniejszy ataki duszności.

W badaniach własnych pacjent jest po zabiegu resekcji części jelita grubego oraz wylonionej stomii. W związku ze wszystkimi swoimi chorobami pacjent musi przestrzegać pewnych zasad. Bardzo pomocna na tym etapie życia jest rodzina, która zapewnia swoją obecność, wsparcie i pomoc dla chorego. Jednakże okazało się, że stomia jelitowa, która została wyloniona, aby zwiększyć komfort leczenia jest nowym problemem dla pacjenta i rodziny, dlatego bardzo ważna jest edukacja na temat wypróżniania i zmiany woreczka stomijnego.

Pacjent, w badaniach własnych, w pierwszych dniach był bardzo przygnębiony swoim stanem zdrowia, przejawiał zachowania depresyjne, przez co utrudniona była edukacja. Natomiast rodzina, szczególnie żona, chętnie uczyła się zmiany worka oraz próbowała edukować swojego męża i pomagać mu. Priorytetem było wypracowanie nowych nawyków higienicznych oraz poznanie sprzętu stomijnego przez rodzinę. „Głównym celem opieki pielęgniarskiej ze stomią jelitową [...] jest poprawa jakości życia pacjentów, skrócenie czasu ich pobytu w szpitalu, zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych [...] ograniczenie zużycia i lepsze wykorzystanie przez pacjentów sprzętu stomijnego” [22].

U pacjenta ze względu na występujące duszności, została podjęta próba ćwiczeń oddechowych oraz wysoka pozycja ciała, które dały pozytywne efekty.

Kolejnym wiodącym problemem był ból nowotworowy, na który zastosowano wlew dożylny z lekiem przeciwbólowym – na zlecenie lekarza – co poprawiło samopoczucie pacjenta.

W wyniku działań, które zostały przeprowadzone, trudność w oddychaniu i ból zmniejszyły się nieznacznie. Pacjent odczuwa większy komfort, jego samopoczucie polepszyło. Rodzina została dokładnie wyedukowana na temat opróżniania i wymiany worka

stomijnego, aby nie doprowadzić do zakażeń oraz kolejnych wizyt pacjenta w szpitalu które mogą być dla niego stresujące.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Bazując na wykorzystanych metodach badawczych tj. obserwacja, wywiad z pacjentem i jego rodziną oraz analizą dokumentacji medycznej postawiono cele opieki pielęgniarskiej.
2. Dzięki zebranych informacjom przygotowano plan opieki pielęgniarskiej.
3. Najpoważniejszym problemem, który wystąpił u pacjenta była duszność, której ryzyko mogło wywołać powikłania w obrębie układu oddechowego oraz układu krążenia.
4. Pacjent wykazywał również problemy w sferze psychicznej, miał często stany depresyjne spowodowane postawioną diagnozą oraz lękiem przed śmiercią, w związku z czym udzielono pacjentowi wsparcia psychicznego poprzez rozmowę z nim oraz wysłuchanie.
5. Przekazano pacjentowi oraz rodzinie wiedzę, która jest niezbędna do opróżniania oraz wymiany worka stomijnego, a także pielęgnacji stomii oraz skóry wokół, aby uniknąć zakażeń oraz kolejnych wizyt w szpitalu, które mogą być stresujące dla pacjenta.
6. Podjęto kroki w edukacji pacjenta oraz rodziny na temat ćwiczeń oddechowych, które należy wykonywać w razie pojawienia się duszności; diety, która powinna być stosowana przy wyłoniętej stomii, cukrzycy oraz nadciśnieniu tętniczym oraz aby leki były przyjmowane regularnie by zapobiec wahaniom wartości ciśnienia tętniczego.
7. Została podjęta edukacja na temat obecnej odleżyny II stopnia na kości ogonowej, jak należy ją pielęgnować oraz niedopuszczyć do powstania nowych odleżyn.
8. Zrealizowane działania pielęgniarskie, które zostały zaplanowane oraz zastosowano opisane wskazówki do dalszego postępowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Deptała A., Wojtukiewicz M.: Rak jelita grubego. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2018.
2. Alberts S. R., Citrin D., Rodriguez-Bigas M.: Nowotwory okrężnicy, odbytnicy i odbytu [w:] Podstawy pielęgniarstwa repetytorium przedegzaminacyjne, pod red. Krupienicz A. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, 243-262.

3. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Wydawnictwo Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014, 36-96.
4. Kubiak A., Kycler W., Trojanowski M.: Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014, 95(3), 636-642.
5. Jemal L., Bray F., Forman D. i wsp.: Globalne statystyki dotyczące raka. American Cancer Society, New York, 2011, 61.
6. Torre L., Bray F., Siegel R. i wsp.: Globalne statystyki dotyczące raka. American Cancer Society, New York, 2015, 61.
7. Berner A., Piekarski J.: Rak jelita grubego i rak odbytu [w:] Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, pod red. Jassem J., Kordek R. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2019, 186-191.
8. Reguła J.: Badania przesiewowe (skiring) raka jelita grubego [w:] Nowotwory układu pokarmowego. Praktyczny przewodnik dla lekarzy, pod red. Jassem J., Krzakowski M., Potemski P. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2019, 26-31.
9. Tatur G., Książek J.: Pielęgowanie pacjentów z zaburzeniami funkcjonowania przewodu pokarmowego [w:] Podstawy pielęgniarstwa, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 475-476.
10. Bazaliński D., Binkowska-Bury M.: Standard opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem z wylonioną stomią jelitową w przebiegu chirurgicznego leczenia raka jelita grubego [w:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, pod red. Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 349-364.
11. Noszczyk W.: Chirurgia. Repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, 367-369.
12. Drews M., Kościński T.: Wskazania do wylonienia stomii [w:] Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja, pod red. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2014, 33-38.
13. <https://www.convatec.pl/stomia/przed-operacj%C4%85/operacja-podstawowe-informacje/operacja-wy%C5%82onienia-kolostomii/#> [dostęp 01/04/2020].
14. Marć M.: Gromadzenie informacji o pacjencie i jego rodzinie [w:] Podstawy pielęgniarstwa, pod red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 222-259.
15. https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/132730,stomia [dostęp 15/04/2020]

16. Herman R., Reguła J., Pałucki J. i wsp.: Rak okrężnicy [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013 r. pod red. Krzakowski M., Warzocha K. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk, 2013, 179-194.
17. Dzik A.: Nowotwory Jelita Grubego [w:] Chirurgia onkologiczna 3, pod red. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, 1144-1179.
18. Ponczek D., Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012, 93, 2, 260-268.
19. Kułak-Bejda A., Bejda G., Wojtulewska-Supron A. i wsp.: Wpływ papierosów na procesy nowotworowe [w:] Nowotwory i ich profilaktyka pod red. Szajda S. D., Kuroczycki-Saniutycz S., Wojtukiewicz M.Z. i wsp. Wydawca Wyższa Szkoła Zawodowa Ochrony Zdrowia, Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Łomży, Łomża 2017, wyd. I, 117-127.
20. Höckel M.: Rak jelita grubego [w:] Pacjent z chorobą nowotworową pod red. Höckel M., Heckl U., Nagel A. G. Wydawnictwo MedPharm, Wrocław 2010, 60-61.
21. Cegielny T., Gwóźdź P., Herman M.R. i wsp.: Chirurgia jelita grubego [w:] Podstawy chirurgii T. I, pod red. Kuźdżał J., Szmidt J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Warszawa 2014, 777-862.
22. Cierzniańska K., Szewczyk M. T., Banaszkiewicz Z i wsp.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2010, 2, 35-39.

BADANIA INWAZYJNE W DIAGNOSTYCE CHORYCH NA RAKA PŁUC

AGNIESZKA KOŚKO¹, KATARZYNA KRYSTYNA SNARSKA², CECYLIA DOLIŃSKA³,
BEATA JANINA OLEJNIK⁴

¹ Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku w Białymstoku

² Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁴ Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Klatka piersiowa była niedostępna chirurgom właściwie przez całe tysiąclecia. Doświadczenie uczyło, że operacja na otwartej klatce piersiowej skutkuje poważnymi konsekwencjami i zbyt dużym ryzykiem [1]. Jeszcze 100 lat temu rak płuca był rzadkością, natomiast w chwili obecnej jest pierwszym zabójcą spośród wszystkich nowotworów. Pierwsze opisy nowotworów znajdujemy w znaleziskach starożytnego Egiptu 5000 lat p.n.e. Najwięcej do wiedzy medycznej wniosły starożytne epoki - grecka oraz rzymska. Hipokrates ok. 400 r. p.n.e. nazwał raka "karkina" lub "karkinoma", natomiast nazwę łacińską „cancer” zawdzięczamy Celsusowi 53 r. p.n.e. XX wiek jest uznawany za czas powstania i rozwoju nowoczesnej chirurgii klatki piersiowej [Kołodziej, 2010]. Gustav Killian wykonał pierwszą bronchoskopię w 1897 r. W 1966 r. Shigeto Ikeda wprowadził badanie bronchofiberoskopii do rutynowej praktyki klinicznej. Rozwój endoskopii medycznej w XVIII – XIX wieku bez postępu techniki i nauki byłby niemożliwy. Obecnie badanie to należy do najważniejszych narzędzi diagnostyki i terapii płuc [2]. Bronchoskopowe sondy radialne USG zostały wprowadzone do nowoczesnej inwazyjnej pulmonologii w latach 90 XX wieku [3].

Biopsja z greckiego /bios/ - biologiczne życie, /opsis/ - patrzenie, obserwowanie. To specjalny rodzaj zabiegu diagnostycznego, polegający na pobraniu tkanek z organizmu żywego. Jest inwazyjną metodą pobrania biologicznego materiału z tkanek zmienionych chorobowo. Dermatolog Ernest H. Besnier wprowadził nazwę biopsja w 1879 roku. W połowie XIX została wprowadzona jako zabieg diagnostyczny [4].

Rak płuca jest złośliwym nowotworem pochodzenia nabłonkowego, rozwija się w obrębie struktur układu oddechowego, regionalnych węzłów chłonnych oraz w formie przerzutów do narządów odległych. Nowotwory nienabłonkowe, chłoniaki zaliczamy do rzadszych nowotworów płuc i stanowią ok. 1% [5]. Przerzuty pojawiają się najczęściej

w węzłach chłonnych, drugim płucu, wątrobie szpiku kostnym, mózgu [6]. W Polsce w pierwszej dekadzie XXI w. rozpoznawano co roku u około 14,5 tys. mężczyzn i ponad 6200 kobiet nowotwór płuc [7].

Rak płuc nadal stanowi ogromne wyzwanie dla współczesnej medycyny, rozwija się podstępnie, przez długi czas nie dając żadnych objawów ani dolegliwości. W Polsce jest uznawany jako najczęstszy nowotwór złośliwy. Mężczyźni chorują częściej niż kobiety [8]. Rak płuca jest główną przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych. Proces diagnostyczny jest skomplikowany [9]. Zachorowalność i zgony z powodu nowotworów złośliwych w XXI wieku, a szczególnie w przedziale wiekowym 40 - 60 lat, w pełni aktywności zawodowej są jednym z najpoważniejszych zdrowotnych wyzwań [3]. Diagnostyka nowotworów płuca jest najważniejszym celem badań cytologicznych układu oddechowego. Obecnie dzięki rozwojowi technik endoskopowych, biopsyjnych oraz metod obrazowania, możliwości pobrania materiału do badań w kierunku guzów płuca są niemal nieograniczone [10].

Etiologia raka płuc

Rak płuca jest nowotworem o częściowo poznanym czynniku etiologicznym. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania jest aktywne palenie tytoniu. W znacznym stopniu zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwory układu oddechowego, szczególnie na raka płuc. Ryzyko zachorowania jest proporcjonalne do ilości wypalanych papierosów, okresu palenia tytoniu oraz wieku rozpoczęcia palenia. Dym tytoniowy zawiera kilkadziesiąt substancji o udowodnionym silnym działaniu rakotwórczym. Biernie palenie tytoniu także wiąże się z ryzykiem zachorowania. Szacuje się, że ok. 20 - 50% osób niepalących, to bierni palacze tytoniu [11]. Kolejnym czynnikiem mającym zdecydowanie mniejsze znaczenie są czynniki środowiskowe takie jak: dymy, metale ciężkie (chrom, kobalt, kadm, nikiel, azbest, arsen) oraz promieniowanie jonizujące, a także promieniotwórczy gaz (radon). Dlatego ważnym elementem jest dbanie o środowisko [12]. Udowodniono także wzrost ryzyka zachorowania przy długotrwałej ekspozycji na spaliny węgla i płynnych paliw [13]. Czynniki genetyczne są słabo poznane i obecnie nie ma testów wiarygodnych pozwalających określić wysokie ryzyko zachorowania. Dotychczas nie wykazano pomimo prób, żadnego testu ani badania pozwalającego na wczesne wykrycie i zmniejszenie śmiertelności z powodu raka płuc. Prawdopodobieństwo śmierci powinno się zmniejszyć, jeśli nowotwór zostanie wykryty wystarczająco wcześnie. Wpływ na to mają badania przesiewowe [14].

Histologiczna klasyfikacja raka płuc

Rak płuca jest nowotworem wywodzącym się z komórek nabłonka dróg oddechowych, rozpoznaje się go na podstawie materiału biologicznego i cytologicznego, gdzie nie zawsze uda się odnaleźć cechy histologiczne pozwalające określić typ nowotworu [15]. Najczęściej leczony chirurgicznie jest rak płuca pośród nowotworów klatki piersiowej. Klasyfikacja histologiczna Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyróżnia wiele postaci histologicznych. Głównie rozwija się w okolicy wnęki w pobliżu dużych oskrzeli, również lokalizuje się obwodowo oraz rozprzestrzenia się poprzez miejscowe naciekanie otaczających tkanek, tj; struktur śródpiersia, opłucnej, worka osierdziowego oraz ściany klatki piersiowej. Chorobę nowotworową diagnozuje się najczęściej w zaawansowanym stadium rozwoju, co powoduje znaczne obniżenie szans na całkowite wyleczenie [8].

Do oceny stopnia zaawansowania raka obecnie służy klasyfikacja TNM przygotowana przez

Międzynarodowe Stowarzyszenie do Badań nad Rakiem Płuca (International Association for the Study of Lung Cancer)

- cecha T- wielkość guza (guz pierwotny)
- cecha N - zakres zajęcia węzłów chłonnych (regionalne węzły chłonne)
- cecha M - obecność lub brak przerzutów odległych.

Opis cechy T i N w znacznym stopniu zależy od bronchoskopii i tomografii komputerowej.

W zależności od poszczególnych cech wyróżnia się 4 stopnie zaawansowania klinicznego raka płuca, który w przybliżeniu pozwala na oszacowanie szans na wyleczenie.

- I^o - nowotwór ograniczony do jednego narządu, nowotwór zlokalizowany w obrębie mięszu płuca, nie nacieka na śródpiersie, nie zajmuje regionalnych węzłów chłonnych
- wyleczenie ok. 90% chorych
- II^o - nowotwór daje przerzuty do okolicznych narządów, zlokalizowany w obrębie mięszu płuca, zajmuje węzły chłonne wnęki płuca - wyleczenie ok. 50% chorych
- III^o - rozległe zajęcie regionalnych węzłów chłonnych, naciekający na ważne struktury śródpiersia (duże naczynia, śródpiersie, przełyk) oraz ścianę klatki piersiowej, kręgosłup, węzły chłonne śródpiersia lub nadobojczykowe – wyleczenie ok. 20% chorych

IV^o - zaawansowany nowotwór z odległymi przerzutami (drugie płuco, wątroba, ośn, kości, nadnercza) nowotworowy wysięk opłucnowy lub osierdziowy –wyleczenie ok. 5% chorych [7], [<https://www.boehringer-ingelheim.pl/rak-pluca/diagnostyka>].

Kryteria klasyfikacji to: wywiad, badanie kliniczne, wyniki badań obrazowych, endoskopii oraz innych badań, za pomocą których można określić stopień zaawansowania miejscowego nowotworu oraz obecność zmian przerzutowych [16].

Około 95% wszystkich raków płuca stanowią 4 typy histologiczne:

1. rak płaskonabłonkowy - w przybliżeniu stanowi ok. 30%. Nowotwór ten wywodzi się z nabłonka wyścielającego oskrzela, w którym to dochodzi do serii narastających zmian histologicznych w wyniku przewlekłego lub powtarzającego się uszkodzenia spowodowanego dymem tytoniowym.
2. rak drobnokomórkowy - kliniczny przebieg tego typu nowotworu jest bardzo agresywny, tworzy często przerzuty odległe i charakteryzuje go wysoka wrażliwość na chemioterapię. Stanowi około 20% wszystkich rozpoznań raków płuca
3. rak gruczołakorak (brodawczakowaty, oskrzelikowo - pęcherzykowaty, zrazikowy)
4. rak wielokomórkowy - zlokalizowany może być obwodowo oraz centralnie i stanowi około 5 - 10% mikroskopowych rozpoznań

Każdy z 4 głównych rodzajów raka płuca ma związek z paleniem papierosów.

W każdej z tych kategorii znajduje się kilka podkategorii:

- rak gruczołowo - płaskonabłonkowy
- rakowiak [11].

Własności biologiczne guza oraz kliniczny przebieg choroby w dużym stopniu odzwierciedlają podział histopatologiczny na raka drobnokomórkowego (DRP) oraz raka niedrobnokomórkowego (NDRP) [10]. Rodzaj tego nowotworu stanowi 80% wszystkich rozpoznanych przypadków raka płuca. W skład, którego wchodzi: rak płaskonabłonkowy, wielkomórkowy i gruczołowy. Podział ten jest uzasadniony poszczególnymi typami raka i odmiennym sposobem leczenia [8].

Objawy raka płuca

W Polsce ok. 75% pacjentów ma zdiagnozowanego raka płuca w zaawansowanym stadium [16].

Wczesny stopień zaawansowania choroby u niektórych chorych występuje w formie mało charakterystycznych objawów klinicznych. Często objawy te lekceważone są przez lekarzy oraz pacjentów.

Objawami charakterystycznymi są:

- kaszel lub zmiana jego rodzaju (u palaczy objaw ten często występuje z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc),
- krwioplucie, występuje rzadko (jest bezwzględnym wskazaniem do diagnostyki, gdy pojawi się bez żadnej przyczyny),
- zakażenia miąższu płucnego (nawracające),
- u osób o zwiększonej ryzyku zachorowania na raka płuca – płatowe zapalenie płuc.

Objawy wynikające z miejscowego wzrostu guza sygnalizują zazwyczaj, że nowotwór jest juź nieoperacyjny.

Najczęściej spotykane objawy to:

- bóle zlokalizowane w klatce piersiowej (naciekanie ściany klatki piersiowej),
- duszność (obecność wysięku nowotworowego w osierdziu lub opłucnej, niedodma),
- chrypka (porażenie nerwu krtaniowego),
- utrudnione połykanie wynikające z ucisku na przewód pokarmowy poprzez rozrastający się guz,
- objawy zespołu żyły głównej górnej tj: obrzęk szyi, twarzy, poszerzenie powierzchownych naczyń krwionośnych szyi i klatki piersiowej, ponadto mogą wystąpić: chrypka, duszność, zaburzenia przełykania.
- zespół Pancoasta – charakteryzuje się bólami o cechach neuralgii ramiennej (dotyczy barku i łopatki), promieniuje do ramienia, przedramienia a także 4 i 5 palca. Pojawia się w przebiegu raka szczytu płuca.

W raku płuca mogą też wystąpić inne objawy zwane paraneoplastycznymi które, są charakterystyczne dla innych chorób nowotworowych. Wyrzniamy: osłabienie, jadłowstręt, ubytek masy ciła, hiperkalcemia, hipokalcemia, małopłytkowość, zespół Cushinga, niedokrwistość, biegunka, objawy zakrzepowego zapalenia żył, podwyższona ciepłota ciła [11]

- objawy pozapłucne: objawy skórne i ze strony tkanki łącznej, objawy ze strony układu krwiotwórczego (zaburzenia krzepnięcia krwi, zakrzepica żylna), zespoły endokrynologiczne, neurologiczne [8].

Metody leczenia raka płuc

Skoordynowane działania w celu poprawy wyników leczenia polegają na jak najszybszym ustaleniu rozpoznania i skutecznym leczeniu.

Najczęściej stosowaną metodą leczenia nowotworów jest obecnie leczenie chirurgiczne. Chirurgiczne usunięcie nowotworu w większości przypadków zapewnia wyleczenie, warunkiem jest brak przerzutów odległych [16]. Podstawowe znaczenie w diagnostyce raka płuc oprócz wywiadu i oceny klinicznej mają badania sonograficzne i radiologiczne. Diagnoza ostatecznie opiera się na badaniach mikrobiologicznych i histopatologicznych, a skuteczność i dobór metod diagnostycznych zależą od lokalizacji i wielkości zmian. Diagnostyka endoskopowa zyskuje największe znaczenie i powinna być priorytetem. Pobranie komórek z płuc za pomocą pobrania płwociny jest jedną z najprostszych metod pod kątem wykrywania niektórych typów nowotworów szczególnie guzów znajdujących się w okolicy oskrzeli [13].

Metody nieinwazyjne

Podstawowym założeniem i celem diagnostyki jest ocena zaawansowania choroby oraz histologiczne rozróżnienie niedrobno i drobnokomórkowego raka płuc.

Do nieinwazyjnych podstawowych badań obrazowych mających zastosowanie na etapie diagnostyki raka płuca należą:

- RTG klatki piersiowej - pozwala na wykrycie radiologicznych zmian spowodowanych przez guza np.; powiększenie węzłów chłonnych śródpiersia, okrągły cień w miąższu śródpiersia, niedodma, płyn w jamie opłucnowej, porażenie nerwu przeponowego związane z guzem przepony.
- tomografia klatki piersiowej - rodzaje: komputerowa, spiralna tomografia, wielorzędowa, sekwencyjna (wykorzystywana w ocenie śródmiąższu płuc) [16].
- pozytronowa tomografia emisyjna z tomografią komputerową (PET/CT) - Polega na analizie obrazowej gromadzącego się radioizotopu w organizmie, a szczególnie w guzie. Jest metodą wartościową określającą stopień zaawansowania choroby, ocenę chorych poddawanych radioterapii, chemioterapii, napromieniania. [Krzakowski., 2012]. Skanowanie MRI w szczególności dostarczyć może informacji dodatkowych dotyczących obrazowania CT lub PET w przypadku guzów ściany klatki piersiowej [17].
- MRI badanie z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego - pozwala na określenie stanu okolicznych struktur tj; ściany klatki piersiowej, przepony, szczytu płuca, dużych naczyń [18].

Badania małoinwazyjne, stosowane są przede wszystkim w etapie rozpoznania raka płuc, chociaż ich wyniki mogą mieć znaczenie w ustaleniu zaawansowania choroby.

Metody inwazyjne

Stopnie i rodzaje badań inwazyjnych:

Bronchoskopia → EBUS → Biopsja przezskórna (BAC) → Mediastinoskopia

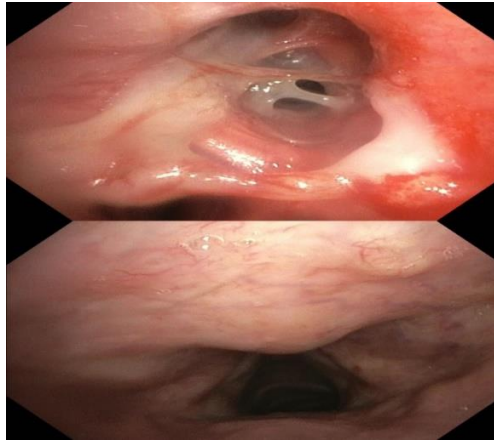
Badania endoskopowe oraz biopsje przezskórne wykonywane powinny być w pierwszej kolejności, ostatecznie często decydują o dalszym losie chorego, umożliwiając ocenę regionalnego zasięgu choroby, co wiąże się z podjęciem decyzji co do wyboru metod leczenia. Rozpoznanie ciężkich, często śmiertelnych chorób umożliwia diagnostyka inwazyjna [13].

Endoskopia w torakochirurgii i pulmonologii jest bardzo ważną i często wykonywaną procedurą [16]. Zabiegi bronchoskopowe stanowią przeważającą część o charakterze diagnostycznym. Przedoperacyjna bronchoskopia jest ważnym badaniem dla wykluczenia guza w oskrzelach, a przerzuty wyznaczają dostęp operacyjny i zakres resekcji [19].

BRONCHOSKOPIA

Polega na wziernikowaniu giętym fiberoskopem górnych i dolnych dróg oddechowych. Jest badaniem mało inwazyjnym, przebiegającym w znieczuleniu miejscowym oraz jest uważana za jedną z najważniejszych metod w diagnostyce w obrębie klatki piersiowej [18]. Dostarcza ważne informacje dotyczące zaawansowania i umiejscowienia choroby. Jest badaniem służącym do diagnostyki oraz terapii chorób układu oddechowego, jest także ważnym badaniem przedoperacyjnym. Bronchofiberoskop można wprowadzać przez nos, usta, otwór tracheotomijny, rurkę intubacyjną, zapewniają one doskonały dostęp do dolnych dróg oddechowych. Badanie górnych dróg oddechowych dostarcza wiele istotnych informacji klinicznych. U wszystkich chorych z podejrzeniem raka płuc należy wykonać bronchoskopię. Zmiany nowotworowe u większości chorych poddanych wstępnej diagnozie są widoczne w obrazie endoskopowym [12]. Wskazaniem do bronchoskopii w ramach diagnostyki ze zmian rozpoznanych radiologicznie są: obecność płynu w jamie opłucnej, niedodma (płata lub segmentu), cień okrągły, zmiany mięszone płuca, zmiany rozsiane w płucach, powiększone węzły chłonne śródpiersia i wnęk, zniekształcenie przebiegu oskrzeli i tchawicy. Inne wskazaniem do bronchoskopii: krwioplucie, nawracające zapalenia dróg oddechowych lub zapalenie płuc, nieznana przyczyna napadowego lub przewlekłego kaszlu, duża ilość produkowanej wydzieliny śluzowo-ropnej, porażenie jednostronne strun głosowych lub przepony oraz zespół żyły głównej górnej o przyczynie niewyjaśnionej, podejrzenie

uszkodzenia tchawicy lub oskrzela w wyniku urazu, aspiracja treści żołądkowej lub żrącej, przedoperacyjna ocena stopnia zaawansowania nowotworu, tamowanie krwawień z dróg oddechowych. Podczas badania pacjent leży na plecach, a aparat wprowadza się przez nos lub usta. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu miejscowym. Znieczula się tylną ścianę gardła. W trakcie zabiegu pacjent otrzymuje tlen przez cewnik donosowy oraz u wszystkich pacjentów monitorowane są wskaźniki hemodynamiczne: tętno, ciśnienie tętnicze, SaO₂ [8].



Fot. 1. Obraz z badania bronchofiberoskopowego [źródło własne].



Fot. 2. Bronchfiberoskop [źródło własne].



Fot. 3. Kolumna do badań endoskopowych – tor wizyjny [źródło własne]



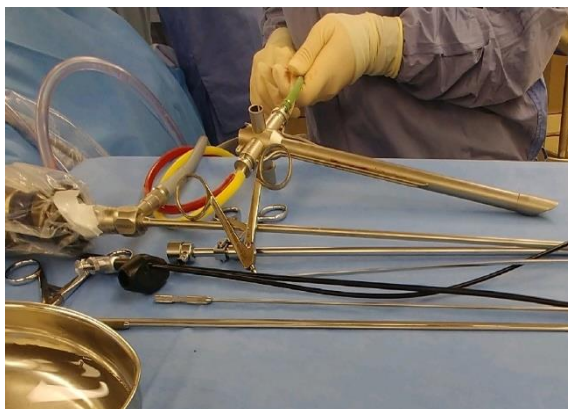
Fot. 4. Szafa do przechowywania endoskopów [źródło własne]

Bronchofiberoskopia wykonywana w znieczuleniu miejscowym jest bezpieczniejsza od bronchoskopii klasycznej (sztywnej) [10].

Bronchoskopia sztywna

Wykonywana głównie ze względów terapeutycznych, wymaga odpowiedniego znieczulenia i wentylacji, przeprowadzana przy pomocy metalowej sztywnej rury w ogólnym znieczuleniu. Najbezpieczniej wykonywać ją przy asyście anestezjologa, na bloku operacyjnym, zapewniając choremu odpowiednią wentylację typu „jet” (jet ventilation) [12]. Odpowiedni układ optyczny w bronchoskopie sztywnym dociera najdalej do segmentarnych

oskrzeli, natomiast największą jego zaletą jest stosunkowo szerokie światło, przez które wprowadzane są odpowiednie narzędzia [10].



Fot 5. Bronchoskop sztywny [źródło własne].

Bronchoskopia autofluorescencyjna (autofluorescence bronchoscopy - AFB)

Pozwala na wykrycie zmian przednowotworowych i przedinwazyjnego raka płuc. Wskazaniami do wykonania są: nieprawidłowy wynik badania cytologicznego płwociny, wykluczenie synchronicznego guza, badanie przesiewowe w grupach podwyższonego ryzyka, monitorowanie obrazu dróg oddechowych po usunięciu raka płuc. Uraz mechaniczny śluzówki dokonany końcówką bronchoskopu podczas badania zaburza obraz autofluorescencji, wycinki powinny być pobierane po zakończeniu oglądania drzewa oskrzelowego.

Bronchoskopia wirtualna (virtual bronchoscopy - VB)

Jest nową techniką, obraz do badania jest uzyskiwany z trzech przekrojów: poprzecznego, czołowego, strzałkowego, spiralnej CT. Przekształcany jest komputerowo i przedstawia rekonstrukcję drzewa oskrzelowego [19].

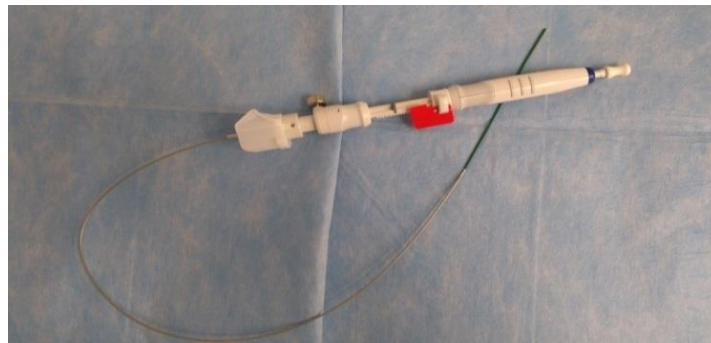
Żadne inne diagnostyczne badanie nie zrewolucjonizowało obrazu klatki piersiowej jak bronchofiberoskopia, zaś oglądanie zmian w drogach oddechowych znacznie się rozszerzyło [20].

EBUS - TBNA - (endobronchial ultrasonography)

Przezoskrzelowa aspiracyjna biopsja igłowa wykonywana pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej w czasie rzeczywistym. Jest metodą małoinwazyjną, bardzo czułą, tanią i bezpieczną w porównaniu z mediastinoskopią. Pozwala uniknąć mediastinoskopii 50% pacjentów zdolnych do resekcji mięszu płucnego [10]. Badanie to jest najnowszą techniką wykonywania biopsji i stanowi prawdziwy przełom w diagnostyce zajęcia i powiększenia

węzłów chłóнных śródpierśia oraz węzłów międzyplátowych płuca. Można metodę tą także zastosować w wybranych przypadkach w diagnostyce nienowotworowych schorzeń klatki piersiowej i śródpierśia. EBUS pozwala na bardzo dokładną lokalizację struktur zewnątrz oskrzelowych, naczyń (zastosowanie funkcji power doppler), mięźszu płucnego, a w szczególności węzłów chłóнных [8].

Sonda z głównicą radialną skutecznie lokalizuje obwodowe guzy płuc. Za pomocą tej metody uzyskujemy dostęp większości węzłów chłóнных śródpierśia i obu wnęk płucnych. W połączeniu z ultrasonografią wewnątrzprzełykową (EUS) możliwy jest dostęp do przytchawicznych węzłów chłóнных, podostrogowych a także proksymalnych wnękowych [12].



Fot. 6. Igła biopsyjna do aparatu EBUS [źródło własne].



Fot. 7. Aparat Ebus [źródło własne].

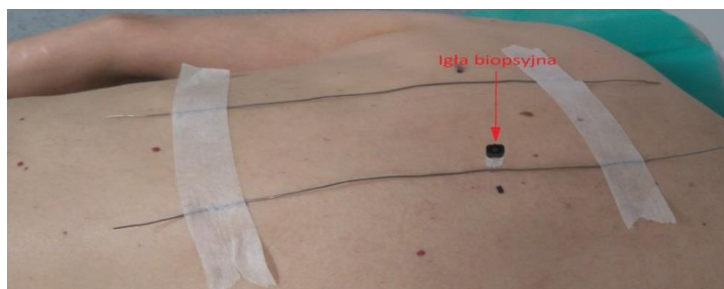
BAC - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (oligobiopsja)

Jest najczęściej wykonywanym rodzajem biopsji. Wykonywana jest głównie w celu potwierdzenia choroby nowotworowej, wykonanie biopsji powinno odbyć się każdorazowo

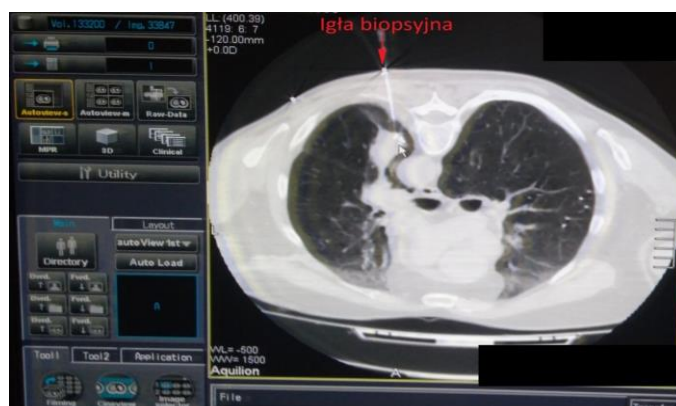
przy podejrzeniu nowotworu płuc, w celu określenia rodzaju guza. Umieszczone obwodowo guzy stanowią wskazanie do BAC. Wykonywana może być pod kontrolą RTG, CT, USG a także z badaniami endoskopowymi umożliwia pobranie materiału w dowolnej tkance lub narządzie [17]. 90% wynosi skuteczność tej metody w uzyskaniu rozpoznania, a u 30% występuje powikłanie pod postacią odmy opłucnowej [12]. Badanie mikroskopowe materiału pobrane z podejrzanego ogniska jest decydującym badaniem jednej z technik inwazyjnej diagnostyki nowotworów. W przypadku braku pobrania wycinka bronchoskopową metodą, rozważa się wykonanie biopsji guza. Igła biopsyjna jest niewielkich rozmiarów i mała jest ilość pobranego materiału, mimo to najczęściej pozwala ustalić rozpoznanie i zakwalifikować do leczenia operacyjnego [7].



Fot. 8. Zestaw do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) [źródło własne].



Fot. 9. Ułożenie pacjenta do badania z założoną igłą biopsyjną [źródło własne]



Fot. 10. Obraz Tk podczas badania oligobiopsji (BAC) [źródło własne]



Fot. 11. Pobranie materiału histopatologicznego w czasie badania BAC [źródło własne]

BAG - biopsja aspiracyjna gruboigłowa

Pozwala na uzyskanie dokładniejszego rozpoznania histopatologicznego. Polega na wprowadzeniu grubej igły (jak sama nazwa wskazuje) i uzyskuje się w wyniku pobrania cylindrycznego wycinka kawałek tkanki lub narządu. Badanie to najczęściej jest wykonywane w przypadku guzów ściany klatki piersiowej, a także guzów płuca do niej przylegających. Badanie wykonywane w miejscowym znieczuleniu [6].

W przypadku obu tych biopsji po badaniu należy pacjenta skierować na RTG klatki piersiowej w celu wykluczenia powikłania jakim jest odma opłucnowa [15].

Mediastinoskopia (endoskopia śródpiersia)

W ocenie węzłów chłonnych nazywana „złotym standardem”, ze względu na dokładność zabiegu, wysoką swoistość i czułość. Ocenia wzniernikowanie, zobrazowanie śródpiersia i należy do technik umożliwiających ocenę środkowej (szyjne wzniernikowanie śródpiersia) i przedniej części śródpiersia w przypadku naciekania lub bezpośrednio zajęcia węzłów chłonnych przez przerzuty. Mediastinoskopia jest inwazyjną, bezpieczną metodą, która ma szerokie wskazania dotyczące diagnostyki w obrębie płuc i śródpiersia np.; powiększone węzły chłonne w TK, w badaniu z PET dodatnia choroba śródpiersia, guz centralnie umiejscowiony, schorzenia ziarnicze (sarkoidoza), podejrzenie zmian

gruźliczych [11]. Za pomocą wżernikowania śródpierśia można pobrać cały węzeł chłonny, uzyskać informacje o ilości zajętych grup węzłowych, o umiejscowieniu tych grup oraz liczby węzłów chłonnych z przerzutami. Zabieg wykonywany jest, gdy nie uzyskano rozpoznania z biopsji wewnątrzoskrzelowej (EBUS). Szacunkowo czułość mediastinoskopii określono między 85 – 92%, specyficzność 100%, wyniki fałszywie ujemne 3-10%. Wprowadzenie mediastinoskopii zmniejszyło odsetek torakotomii. O nieoperacyjności raka świadczy zazwyczaj obecność przerzutów do węzłów chłonnych górnego śródpierśia. Tor wizyjny oraz udoskonalenia techniczne mediastinoskopu poprawiły dostępność węzłów chłonnych i wizualizację śródpierśia [12].



Fot. 12. Cięcie 3-5cm nad wcięciem szyjnym mostka [źródło własne]



Fot. 13. Przecięcie mięśnia szerokiego szyi w linii pośrodkowej wzdłuż osi podłużnej [źródło własne]



Fot. 14. Wprowadzenie mediastinoskopu do śródpiersia [źródło własne]



Fot. 15. Wprowadzenie mediastinoskopu do śródpiersia - etapy [źródło własne]

Mediastinotomia parasteralna (przymostkowa)

Wykorzystywana w diagnostyce zmian położonych w przednim śródpiersiu., głównie są to: rakowiaki, guzy grasicy, torbiele, ziarnica złośliwa, chłoniaki, guzy przerzutowe [15].

PIŚMIENNICTWO

1. Burakowska B., Przeszkórna biopsja cienkoigłowa pod kontrolą tomografii komputerowej. *Advances In respiratory Medicine* 2018, 4, 1-27.
2. Dzidkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w 2025 roku. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów, 2009, 35-39.
3. Chazan R.: Standardy diagnostyczno – terapeutyczne w chorobach układu oddechowego – wskazówki praktyczne. Wydawnictwo α -medica press, Bielsko Biała 2018, 330 – 339.

4. De Ruyscher D i wsp.: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) recommendations for planning and delivery of high – dose, high precision radiotherapy for lung cancer. *Radiotherapy and Oncology* 2017, 124, 1-10.
5. Gawrychowski J.: Guzy Śródpiercia. Diagnostyka I Leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
6. Gąsiorowski Ł., Zieliński P.: Zastosowanie symulatorów wirtualnej rzeczywistości w nauczaniu bronchoskopii i EBUS – doświadczenia własne. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, Warszawa 2016, 13 (supl.1), 21.
7. Głuszek S.: Chirurgia podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
8. Grylewski R., Historia Kardio - i Torakochirurgii, *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2012, 9 (4), 497 – 501.
9. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.: Chirurgia onkologiczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
10. Kołodziej J.: Instrumentarium i podstawowe zabiegi w chirurgii klatki piersiowej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2015.
11. Koper. A.: Pielęgniarstwo Onkologiczne Podręcznik Dla Studiów Medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011.
12. Krawczyk P., Węsierska K., Szulbowski A.: Inwazyjna czy mało inwazyjna diagnostyka raka płuca? *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, Warszawa 2019, 16, 19 -30.
13. Krzakowski M., Kawecki A.: Nowotwory Złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Wydawnictwo Czelej., Lublin 2012, 58 – 63.
14. Łuczyk M., Szadowska – Szlachetka Z., Ślusarska B.: Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
15. Marjański T., Dziejczak R., Davoodi D., Josefsson S., Rzymian W.: Młodzi pacjenci operowani z powodu raka mają lepsze rokowanie. *Advances In Respiratory Medicine* 2018, 4, 1-27.
16. Pawlicka M., Mroczek A., Bałabuszek K., Radzka A., Fałkowska U.: Rak Płuc: Epidemiologia, Profilaktyka i Leczenie. *Nauki przyrodnicze i Medyczne; Postępy w Farmakologii i Onkologii*. Pod redakcją Bednarski J., Bajda M. Wydawca Instytut Promocji Kultury i Nauki, Lublin 2018, 97 – 106.
17. Pirożyński M.: Bronchofiberoskopia. Wydawnictwo α-medica press, Warszawa 2011.
18. Radwan – Rohrenscheff P.: Diagnostyka Inwazyjna Śródmiąższowych Chorób Płuc. Wydawnictwo Termedia. Warszawa 2017

19. Rzechonek A., Basiak P., Kacprzak G., Kołodziej J.: Przydatność badań inwazyjnych w chorobach płuc. *Family Medicine & Primary Care Review* 2013, 15 (2), 251 -256.
20. Szlubowski A., Kuźdżał J., Pankowski J., Obrochta A., Soja J., Hauer J., Kołodziej M., Zieliński M.: Przezoskrzelowa biopsja węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk płuca pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzoskrzelowej w czasie rzeczywistym w diagnostyce raka płuca i sarkoidozy. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2008, 229-230.

ZNACZENIE BADAŃ INWAZYJNYCH W DIAGNOSTYCE CHORYCH NA RAKA PŁUC

AGNIESZKA KOŚKO¹, KATARZYNA KRYSTYNA SNARSKA², CECYLIA DOLIŃSKA³, HANNA ROLKA⁴

¹ Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

² Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁴ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej w Białymstoku Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Jeszcze 100 lat temu rak płuca był rzadkością, natomiast w chwili obecnej jest pierwszym zabójcą spośród wszystkich nowotworów. Pierwsze opisy nowotworów znajdujemy w znaleziskach starożytnego Egiptu 5000 lat p.n.e. Najwięcej do wiedzy medycznej wniosły starożytne epoki - grecka oraz rzymska. Hipokrates ok. 400 r. p.n.e. nazwał raka "karkina" lub "karkinoma", natomiast nazwę łacińską „cancer” zawdzięczamy Celsusowi 53 r. p.n.e. XX wiek jest uznawany za czas powstania i rozwoju nowoczesnej chirurgii klatki piersiowej [1]. Gustav Killian wykonał pierwszą bronchoskopię w 1897 r. W 1966 r. Shigeto Ikeda wprowadził badanie bronchofiberoskopii do rutynowej praktyki klinicznej. Rozwój endoskopii medycznej w XVIII – XIX wieku bez postępu techniki i nauki byłby niemożliwy. Obecnie badanie to należy do najważniejszych narzędzi diagnostyki i terapii płuc [2]. Bronchoskopowe sondy radialne USG zostały wprowadzone do nowoczesnej inwazyjnej pulmonologii w latach 90 XX wieku [3].

Biopsja z greckiego /bios/ - biologiczne życie, /opsis/ - patrzenie, obserwowanie. To specjalny rodzaj zabiegu diagnostycznego, polegający na pobraniu tkanek z organizmu żywego. Jest inwazyjną metodą pobrania biologicznego materiału z tkanek zmienionych chorobowo. Dermatolog Ernest H. Besnier wprowadził nazwę biopsja w 1879 roku. W połowie XIX została wprowadzona jako zabieg diagnostyczny [4].

Rak płuca jest złośliwym nowotworem pochodzenia nabłonkowego, rozwija się w obrębie struktur układu oddechowego, regionalnych węzłów chłonnych oraz w formie przerzutów do narządów odległych. Nowotwory nienabłonkowe, chłoniaki zaliczamy do rzadszych nowotworów płuc i stanowią ok. 1% [5]. Przerzuty pojawiają się najczęściej

w węzłach chłonnych, drugim płucu, wątrobie szpiku kostnym, mózgu [6]. W Polsce w pierwszej dekadzie XXI w. rozpoznawano co roku u około 14,5 tys. mężczyzn i ponad 6200 kobiet nowotwór płuc [7].

CEL PRACY

Przedstawienie oraz ocena stopnia wykrywalności nowotworów podczas wykonywanych badań inwazyjnych wykorzystywanych w diagnostyce raka płuc.

Sposoby ich wykonywania oraz ocena ich znaczenia w postępowaniu terapeutycznym.

Wiedza ankietowanych dotycząca wykonywanych badań inwazyjnych w przebiegu diagnostyki raka płuc.

MATERIAŁY I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w okresie od sierpnia 2019 do maja 2020 roku na Oddziale Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.

Badaniem objęto grupę 100 hospitalizowanych pacjentów po wykonanych inwazyjnych badaniach diagnostycznych.

Samodzielnie przygotowana ankieta składająca się z 37 pytań była narzędziem badawczym. Ankietę przeprowadzono anonimowo.

W przeprowadzonej ankiecie udział wzięło 60 mężczyzn oraz 40 kobiet, w wieku od 18 do 70 i więcej lat, u których przed zakwalifikowaniem do zabiegu operacyjnego wykonano diagnostyczne badania inwazyjne. Uwzględnione metody diagnostyczne wykonane w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej to: bronchoskopia, EBUS, BAC, mediastinoskopia. Jako metodę badawczą w pracy wykorzystano przeprowadzoneankiety, fachową literaturę medyczną, oraz zdobytą wiedzę teoretyczną. Zrobione zdjęcia podczas wykonywanych badań diagnostycznych również zostały wykorzystane w pracy. Za pomocą wykresów zostały przedstawione wyniki badań w sposób graficzny i w strukturze procentowej.

Wykresy i obliczenia opracowano przy pomocy programu Microsoft Office Excel.

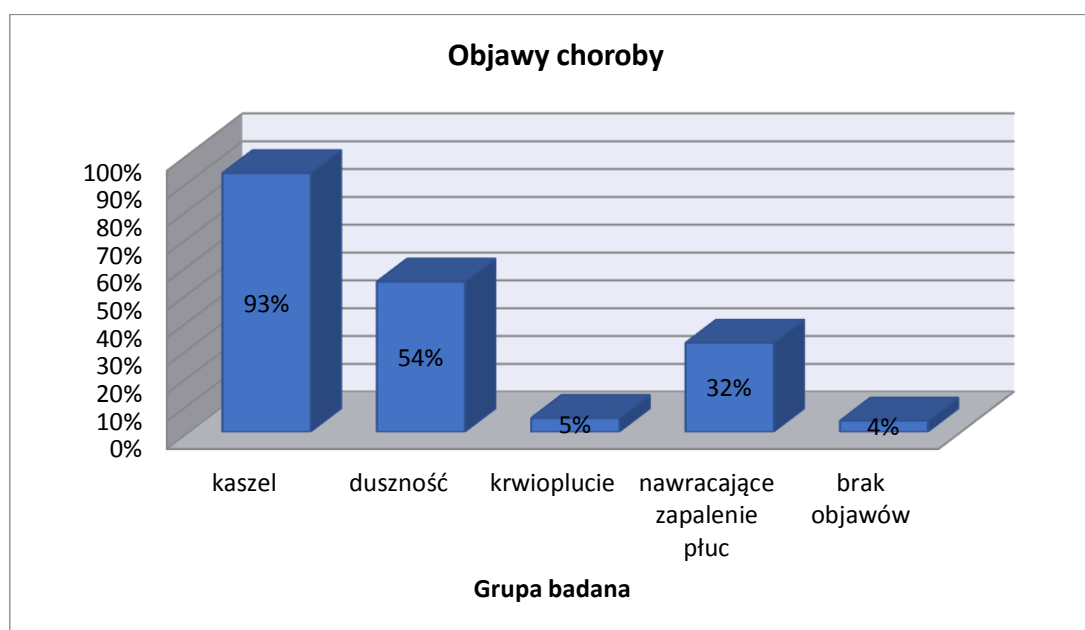
WYNIKI

Przeprowadzone badania służyły do diagnostyki chorób układu oddechowego i śródpiersia.

Wykres 1. Dane demograficzne

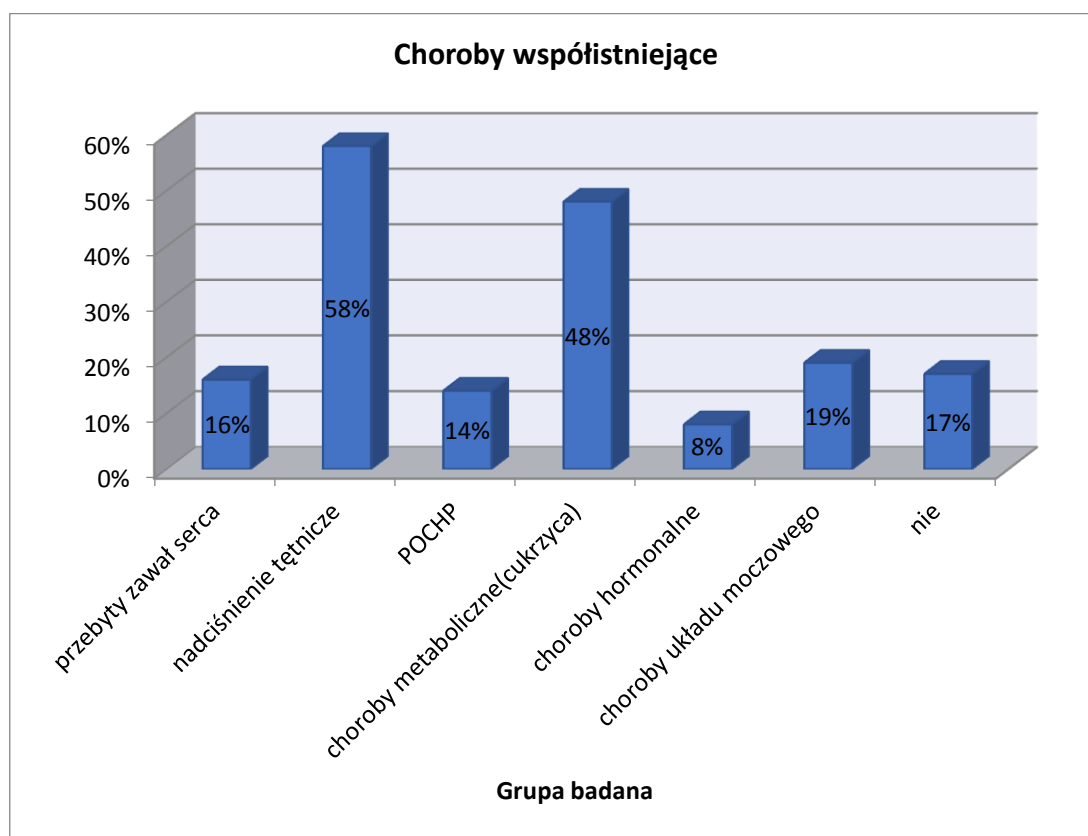
Płeć	Kobieta		Męczyzna	
	40%		60%	
Wiek w latach	18-25	13-49	50-69	70 i więcej
	1%	8%	9%	31%
Wykształcenie	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
	1%	29%	42%	28%
Miejsce zamieszkania	Miasto		Wieś	
	68%		32%	
Sytuacja zawodowa	Czynny/a zawodowo	Renta	Emerytura	Bezrobotny/a
	28%	11%	49%	2%

Najmłodszy pacjent poddany badaniom inwazyjnym mieścił się w przedziale wiekowym 18-25 lat, najstarszy 70 i więcej. Najwięcej badanych osób było w przedziale wiekowym 70 i więcej (31% badanych). Mężczyźni stanowili przeważającą grupę ankietowanych (60%). W badaniach dominowało wykształcenie średnie (42%), miejsce zamieszkania miasto (68%), natomiast emeryci (49%) stanowili znaczną część ankietowanych.



Wykres 2. Występujące objawy choroby

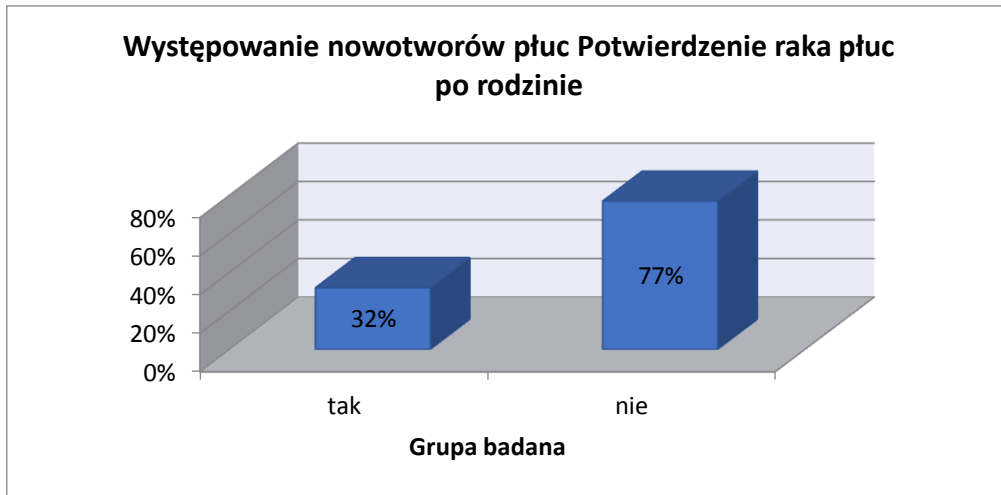
Najczęściej występujący jako objaw choroby jest kaszel, często związany z paleniem papierosów, pod wpływem choroby zmieniający charakter - stanowiący 93% ankietowanych. Dusznosc, która skutkuje uczuciem przewlekłego zmęczenia, oraz ciężkim oddechem, wynosiła 54%. Nawracające zapalenie płuc, które jest kolejnym często występującym objawem, szczególnie u osób w grupach ryzyka, wynosi 32%. Krwioplucie – często wskazuje na rozwój nowotworu złośliwego w obrębie klatki - stanowiło 5% objawów chorobowych, natomiast 4% ankietowanych stwierdziło brak objawów.



Wykres 3. Choroby współistniejące

Choroba współistniejąca oraz choroby przewlekłe towarzyszą często chorobie podstawowej. Palenie papierosów, wiek, schorzenia układu sercowo – naczyniowego oraz innych układów mają wpływ na rokowanie raka płuc, a tym samym mogą utrudniać leczenie.

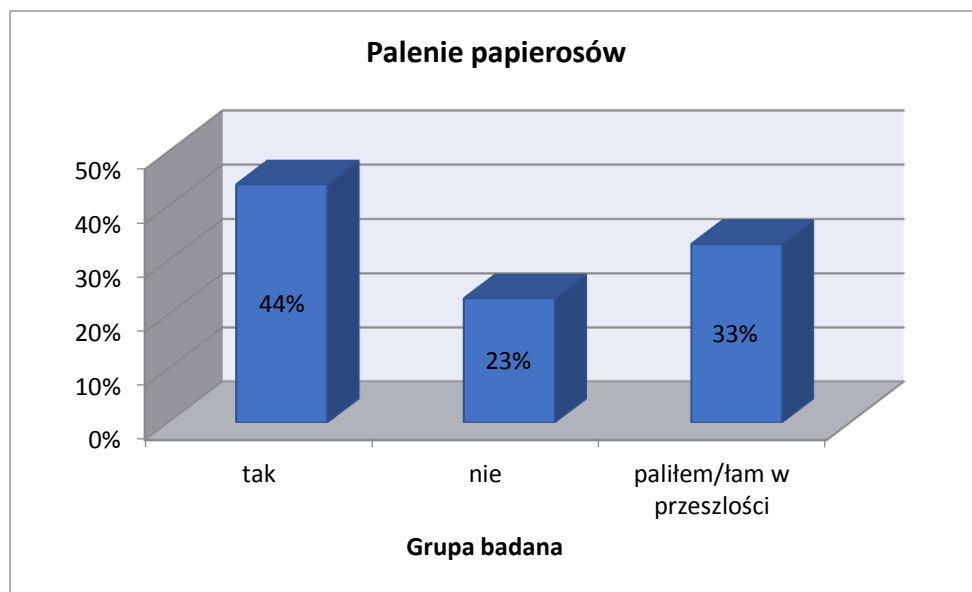
W przypadku osób ankietowanych najpoważniejszą chorobą dodatkową jest nadciśnienie tętnicze – 58%, drugą istotną chorobą współistniejącą jest cukrzyca – 48%, choroby układu moczowego wyniosły – 19%, przebyty zawał serca – 16%, POCHP – 14%, choroby hormonalne (nadczynność/ niedoczynność tarczycy) – 8%, natomiast 17% ankietowanych nie zadeklarowało dodatkowych chorób.



Wykres 4. Występowanie nowotworów płuc w rodzinie

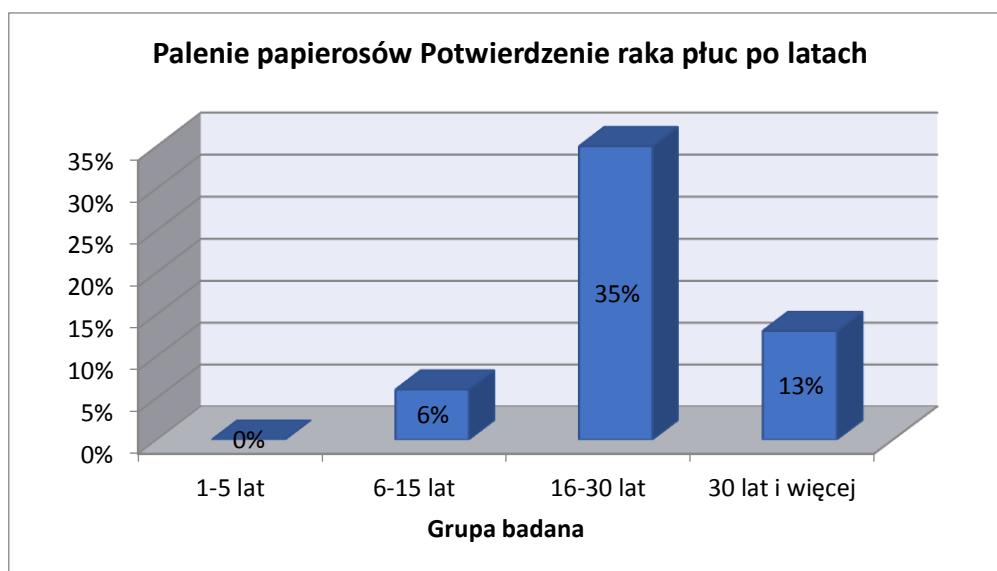
Nowotwory w większości przypadków mają podłoże genowe. Nieprawidłowe geny nie znajdują się tylko po przodkach w genetycznym materiale. Na skutek czynników środowiskowych, czy palenia tytoniu, może dojść do ich uszkodzenia.

Większa część ankietowanych, bo aż 77% stwierdza, iż nowotwór płuc nie występował w rodzinie, 32% respondentów dało odpowiedź pozytywną.



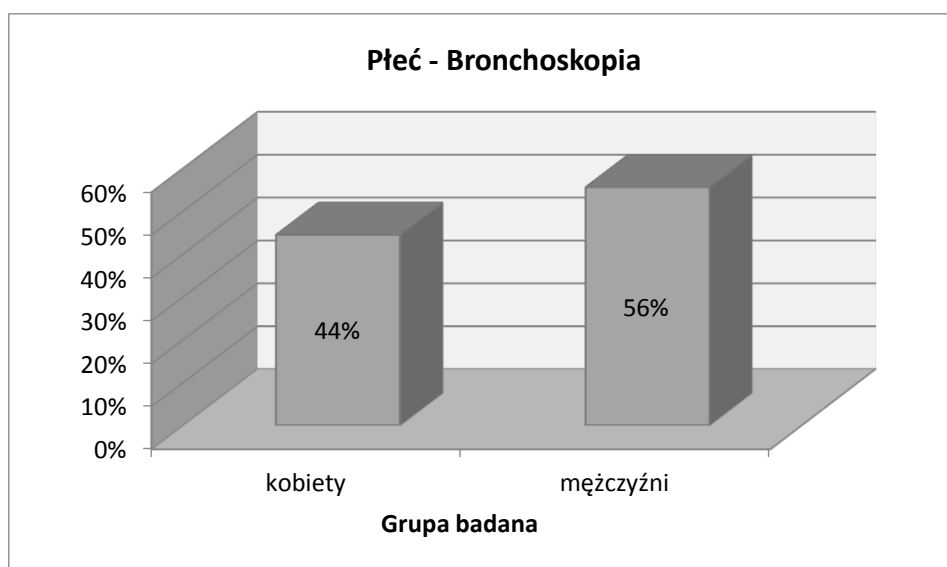
Wykres 5. Palenie papierosów

Palenie papierosów jest czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka płuc. Jest najgroźniejszym a zarazem możliwym do wyeliminowania czynnikiem rakotwórczym. 23% ankietowanych nigdy nie paliło, 33% paliło w przeszłości, natomiast 44% chorych przyznało się do palenia czynnego mimo objawów stwierdzających raka płuc.

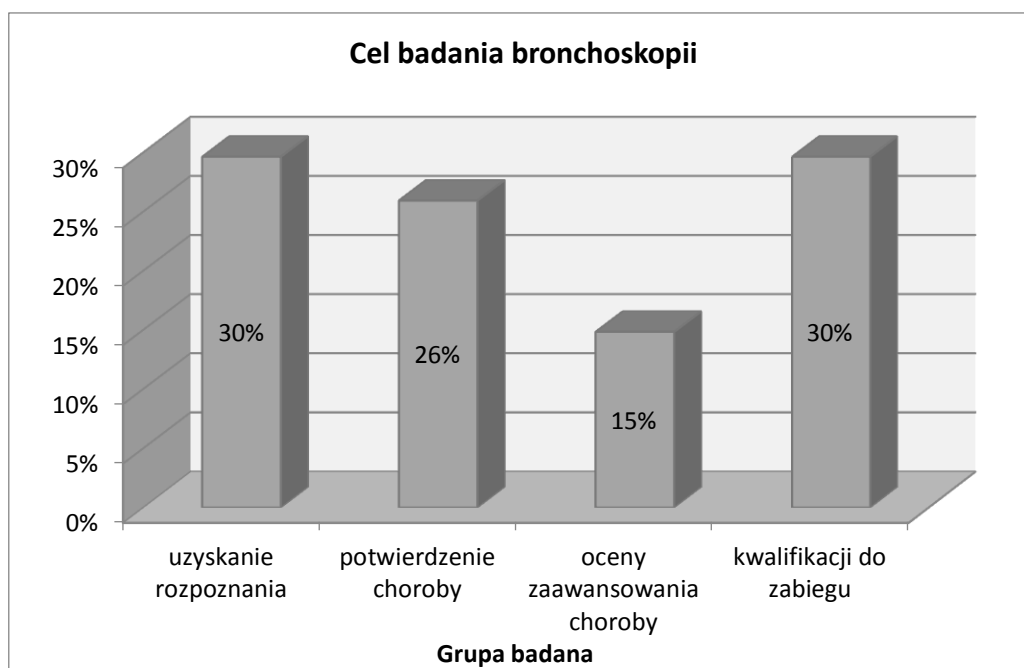


Wykres 6. Palenie papierosów w latach

Długotrwałe palenie oraz ilość wypalanych papierosów zwiększa ryzyko zachorowania na raka płuc. Najliczniejsza grupa osób ankietowanych palących przez okres 16 – 30 lat wyniosła 35% ankietowanych, osoby palące 30 i więcej lat stanowili 13%, 6% wyniosła grupa badana paląca przez okres 6-15 lat.

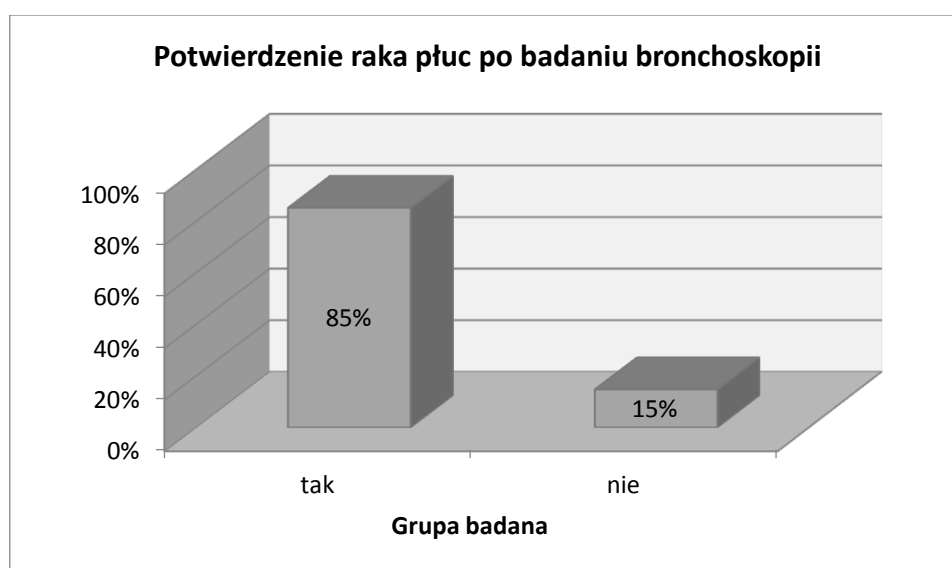


Wykres 7. Płeć – grupa badana bronchoskopii



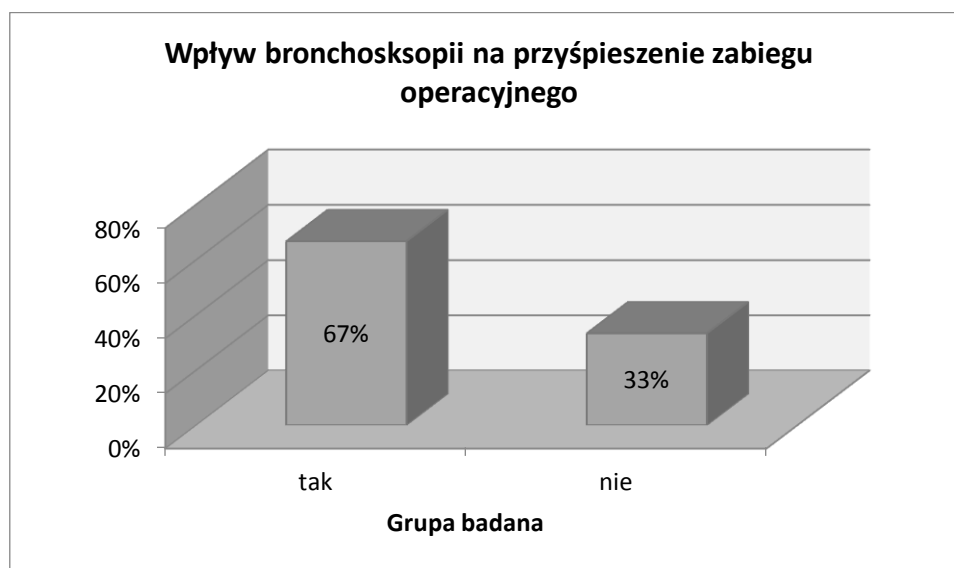
Wykres 8. Cel wykonania badania bronchoskopii

Bronchoskopia jest badaniem, poprzez które można obejrzeć wnętrze oskrzeli, odnaleźć nieprawidłowe zmiany oraz guzy. Po wykonanym badaniu 30% ankietowanych uzyskało rozpoznanie choroby i tyle samo zostało zakwalifikowanych do zabiegu. 26% respondentów po badaniu otrzymało potwierdzenie choroby, 15% chorych badanie miało wykonane w celu oceny zaawansowania choroby.



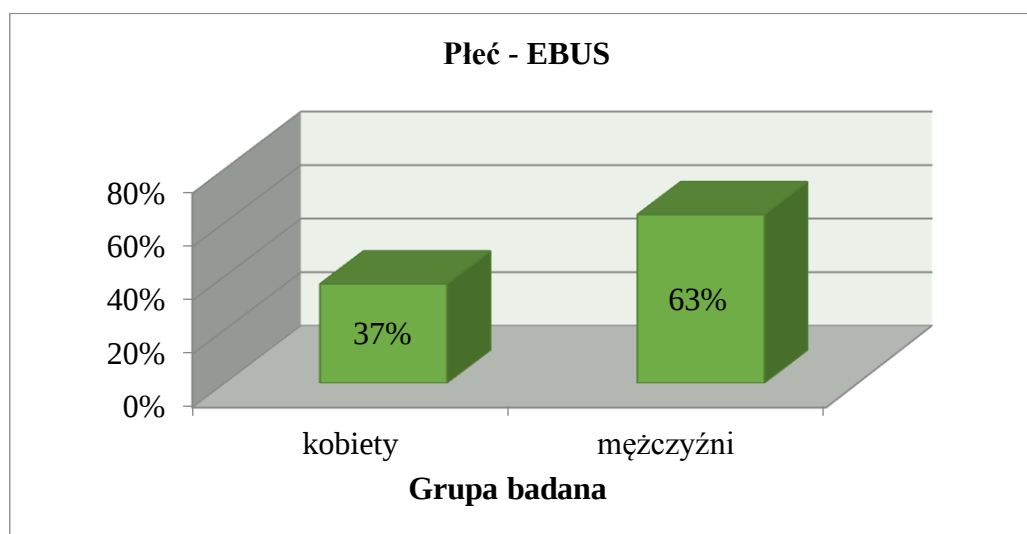
Wykres 9. Potwierdzenie raka płuc po wykonanych badaniach bronchoskopii

Potwierdzenie raka płuc po badaniu bronchoskopii zostało potwierdzone w 85%, 15% ankietowanych nie miało potwierdzenia choroby.



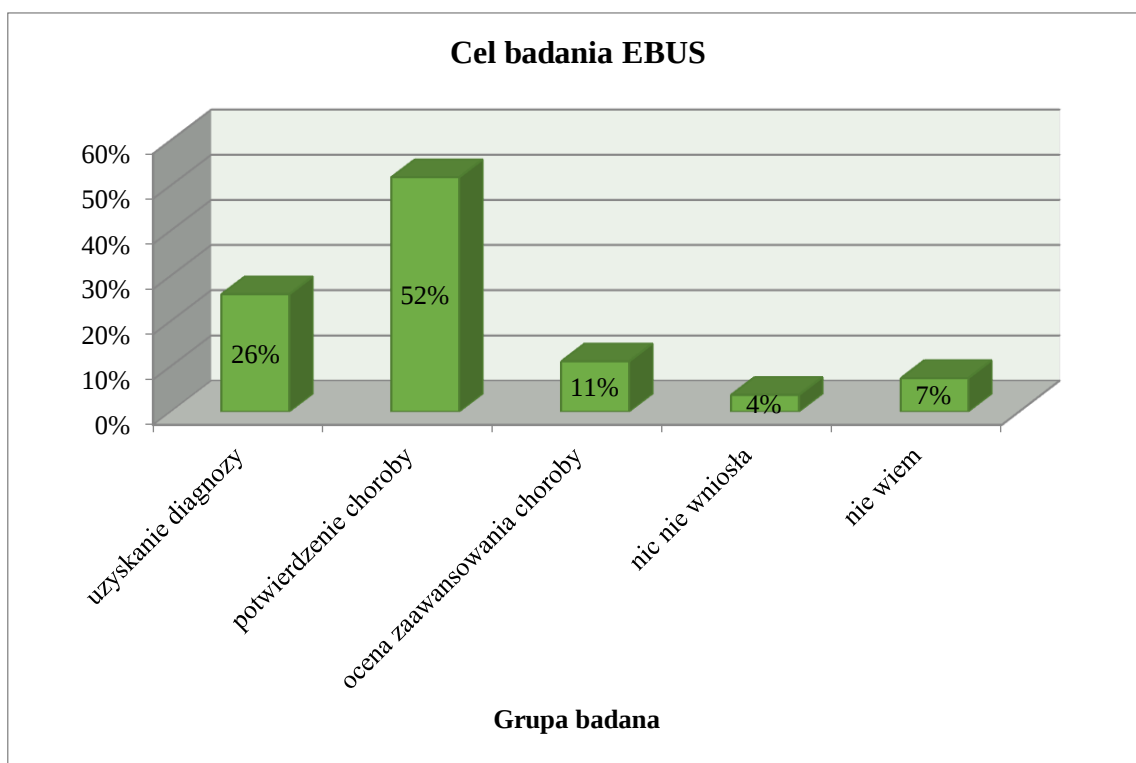
Wykres 10. Wpływ bronchoskopii na przyspieszenie zabiegu operacyjnego

Wczesna diagnostyka i szybkie wykrycie objawów umożliwia wykonanie zabiegu operacyjnego. Badanie bronchoskopii przyspieszyło zabieg operacyjny u 67% ankietowanych, w przypadku 33% zabiegu operacyjnego nie przyspieszono. Pacjenci tacy podlegać będą dodatkowym badaniom diagnostycznym.



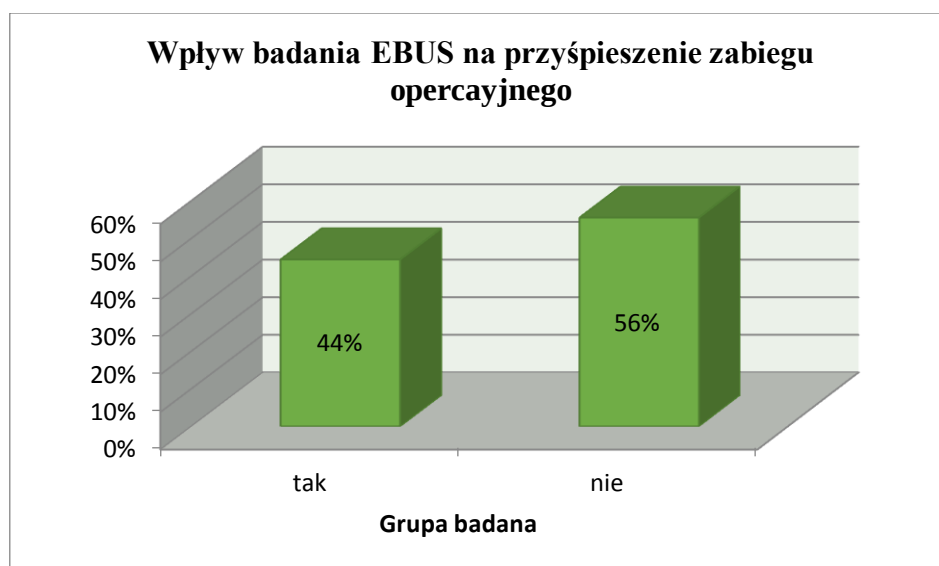
Wykres 11. Płeć – grupa badana EBUS

Mężczyźni stanowią 63% badanych w grupie badanej EBUS, kobiety 37%



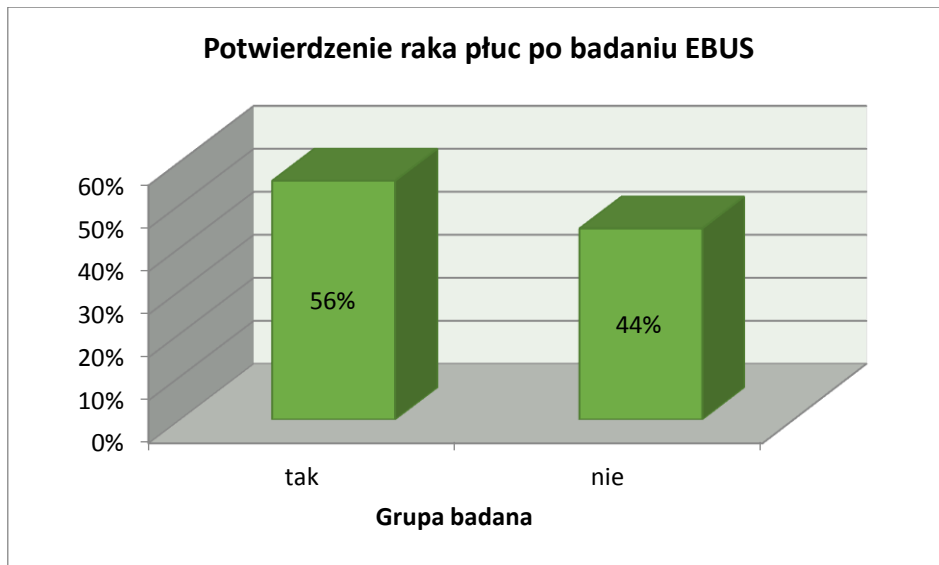
Wykres 12. Cel badania EBUS

Badanie pozwalające na ocenę węzłów chłonnych i zmian śródpiersiowych. Celem badania było potwierdzenie choroby u 52% ankietowanych, uzyskanie diagnozy u 26%, 11% miało określoną ocenę zaawansowania choroby. W przypadku 4% ankietowanych nic nie wniosła, 7% respondentów nie wie w jakim celu było przeprowadzone badanie EBUS.



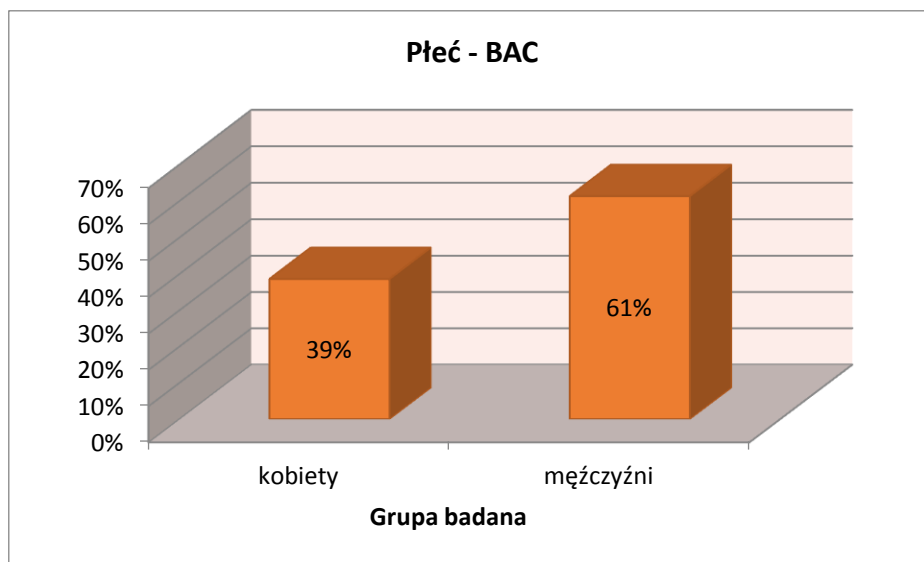
Wykres 13. Wpływ badania EBUS na przyspieszenie zabiegu operacyjnego

W przypadku chorych na raka płuca ustalenie śródoperacyjne choroby, stanowi część każdej operacji. Badanie EBUS przyspieszyło wykonanie zabiegu operacyjnego u 44% ankietowanych, natomiast 56% będzie musiała mieć wykonane dodatkowe badania diagnostyczne.

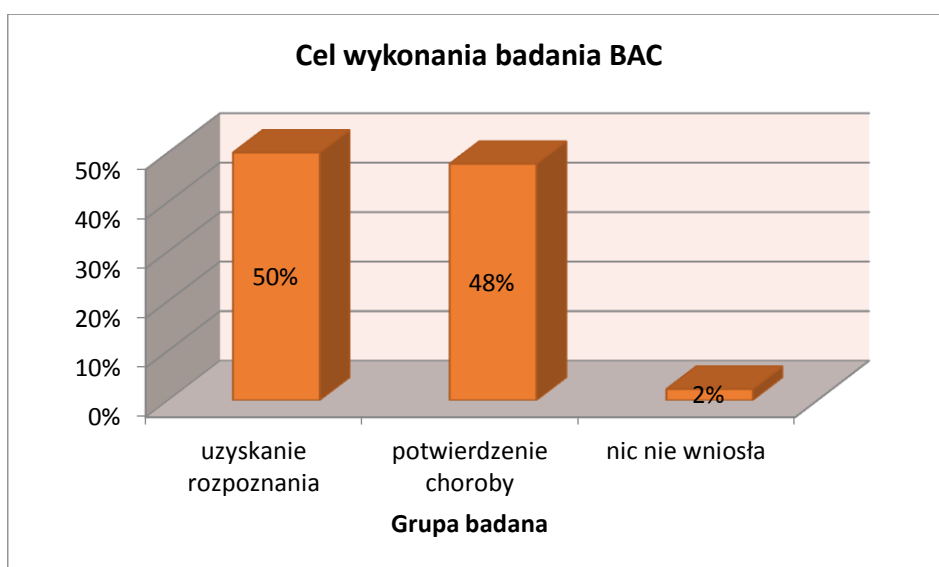


Wykres 14. Potwierdzenie raka płuc po badaniu EBUS

Swoistość i czułość badania występująca przy nowotworowych zmianach płuc pozwala na potwierdzenie raka płuc 56% respondentów, u 44% ankietowanych wynik potwierdzający raka płuc był ujemny.

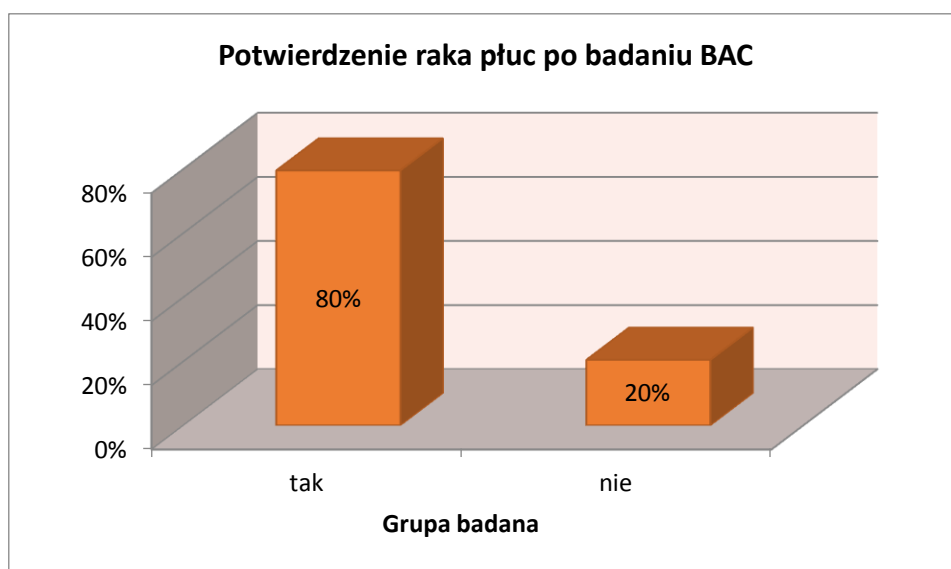


Wykres 15. Płeć – grupa badana BAC



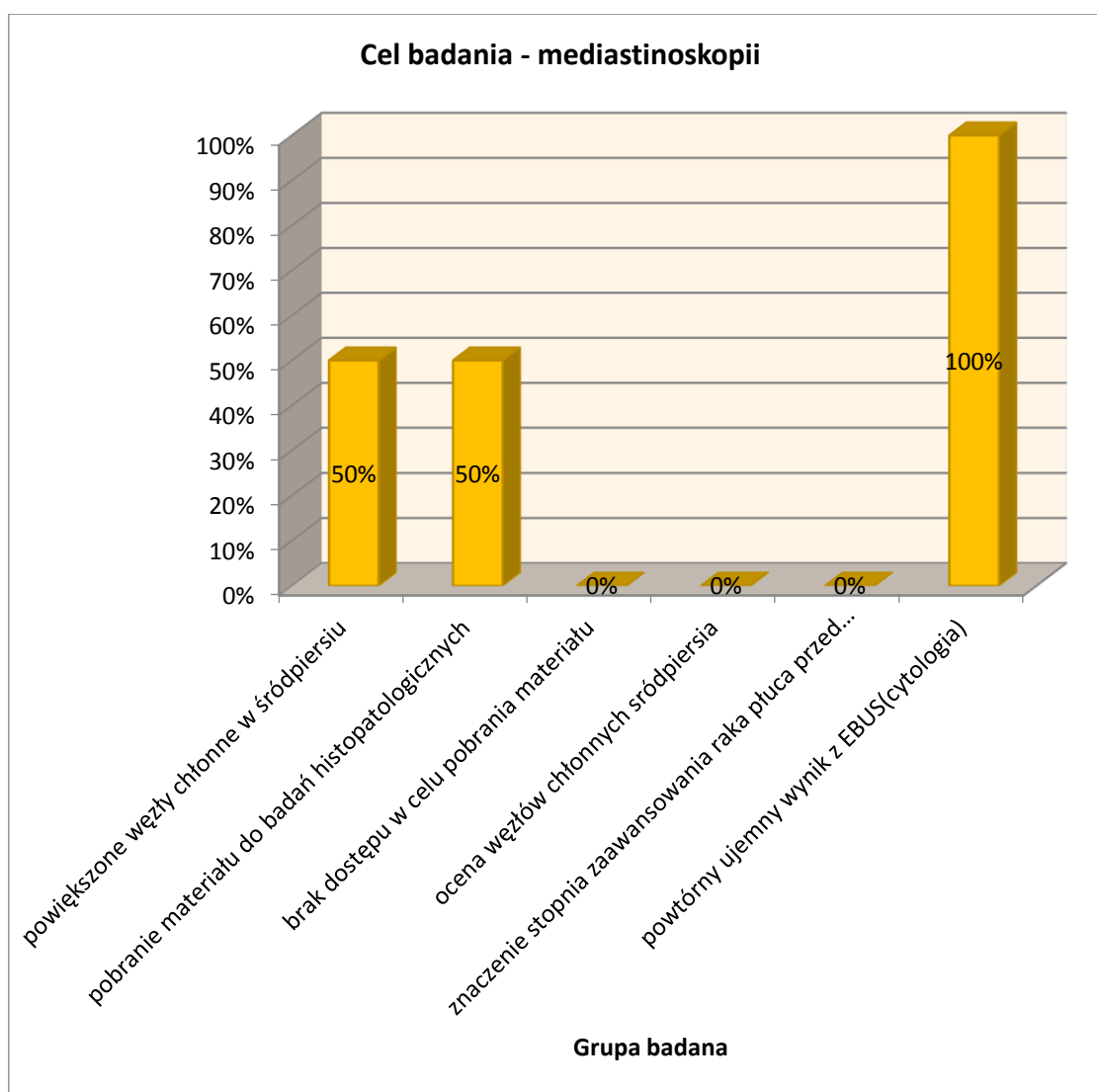
Wykres 16. Cel wykonania badania BAC

Celem wykonania badania BAC było pobieranie próbki tkanki guza, z czego 50% respondentów uzyskało rozpoznanie po badaniu, w przypadku 48% ankietowanych wystąpiło potwierdzenie choroby, u 2% badanie nic nie wniosło.



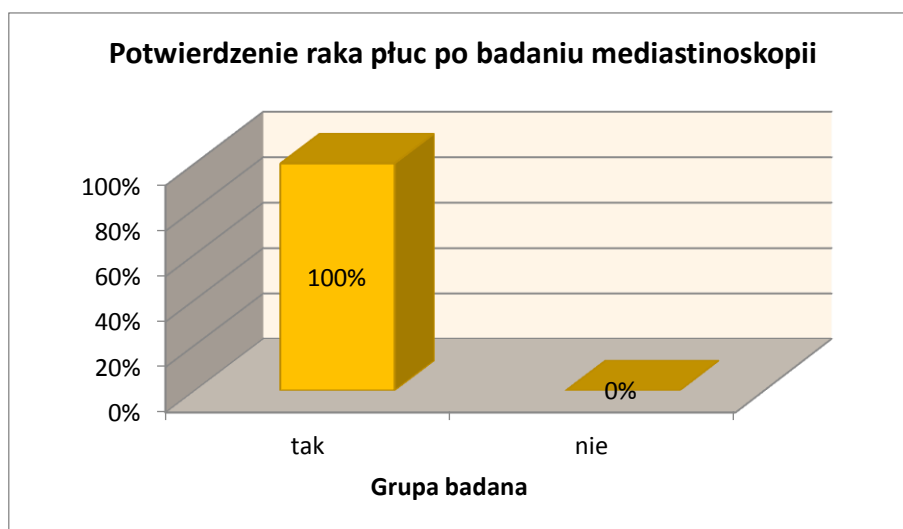
Wykres 17. Badanie BAC, potwierdzenie raka płuc

Rak płuc po badaniu BAC został potwierdzony w 80% przypadkach, natomiast 20% nie miało potwierdzenia po badaniu.



Wykres 18. Cel badania – mediastinoskopii

Badanie polegające na wziernikowaniu, zobrazowaniu zawartości śródpiersia. Celem badania 100% ankietowanych był powtórny ujemny wynik z badania EBUS (cytologia). Po 50%, powiększone węzły chłonne w śródpiersiu, natomiast brak dostępu w celu pobrania materiału, oceny węzłów chłonnych śródpiersia oraz znaczenie stopnia zaawansowania raka płuca przed leczeniem wyniosła 0%.



Wykres 19. Potwierdzenie raka płuc po badaniu mediastinoskopii

Oglądając śródpiersie przy mediastinoskopii, pobiera się całość lub część węzłów chłonnych do oceny mikrobiologicznej oraz histopatologicznej.

Rak płuc został potwierdzony u 100% ankietowanych po wykonanej mediastinoskopii.

DYSKUSJA

W okresie od sierpnia 2019 roku do maja 2020 roku w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej w Białymstoku przeprowadzono 100 ankiet dotyczących badań inwazyjnych. Ankietowani wykazali, iż najczęściej wykonywanym badaniem był BAC - 44 osoby ankietowane, następnie na równi bronchoskopia i badanie EBUS po - 27 osób, natomiast najmniejszą liczbę stanowili pacjenci, u których wykonano mediastinoskopię - 2 osoby.

Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowili mężczyźni - 60% respondentów, kobiety - 40%, z czego 31% była w przedziale wiekowym 70 lat i więcej. Według [8] ryzyko nowotworu wzrasta z wiekiem, szczególnie po 50 roku życia, natomiast po 70 roku życia osiąga najwyższe wartości w przypadku obu płci [9] opisuje natomiast, iż u młodszych pacjentów przed 50 rokiem życia częściej stwierdzano rakowiaka, u starszych raka płaskonabłonkowego [10] zwraca również uwagę, iż współczynnik dotyczący umieralności wzrośnie do 2025 roku u kobiet we wszystkich wiekowych grupach.

W biopsji cienkoigłowej (BAC) przeważającą grupą respondentów byli mężczyźni stanowiący 61% badanych, kobiety stanowiły 31%. Podstawowym celem badania było uzyskanie rozpoznania (50%) oraz potwierdzenie choroby (48%), w przypadku 2% badanie nic nie wniosło, u 80% rak płuc został potwierdzony.

[11] zwraca uwagę na fakt, iż w przezskórnej biopsji cienkoigłowej trafność w przypadku rozpoznania zmian złośliwych szacuje się w granicach 64 - 97%, natomiast w przypadku zmian łagodnych 10 - 40%. 6 - 54% to wyniki ujemne.

W wyniku przeprowadzonych badań bronchoskopowych uzyskano potwierdzenie raka płuc u 85% respondentów, co skutkowało przyspieszeniem zabiegu operacyjnego u 67% ankietowanych. Udział w badaniu brało 44% kobiet, 56% mężczyzn. 30% ankietowanych w celu badania bronchoskopii uzyskało rozpoznanie oraz tyle samo osób uzyskało kwalifikację do zabiegu po przeprowadzonym badaniu. Materiał pobierany podczas badań bronchofiberoskopowych, stanowi największą grupę badań wysyłanych na histopatologię. Podsumowując bronchoskopię i jej techniki biopsyjne zauważyć można jak ważną i znaczącą rolę odgrywają w diagnostyce chorób śródmiąższowych.

W przypadku badania EBUS rak płuc został potwierdzony u 56%, gdzie kobiety stanowiły 37%, mężczyźni 63%. Przyspieszenie zabiegu operacyjnego było na poziomie 44%. Celem badania było uzyskanie diagnozy 26%, potwierdzenie choroby 52%, ocena zaawansowania choroby wyniosła 11%, w przypadku 4% respondentów badanie EBUS nie wniosło, natomiast 7% ankietowanych nie wiedziało w jakim celu badanie zostało wykonane. W Badaniach Radwan [12] stwierdza, iż czułość w diagnostyce chorób śródmiąższowych według różnych autorów wynosi 85 - 93%. Natomiast według [8] wynosi 85,7%. Uważa się obecnie, że EBUS ze wszystkich biopsyjnych technik endoskopowych ma największy odsetek prawidłowych rozpoznań.

Mediastinoskopia należy do metod polegających na ocenie węzłów chłonnych śródpiersia. Według respondentów celem przeprowadzonych badań w 100% był podwójny ujemny wynik z badania EBUS (cytologia), powiększone węzły chłonne w śródpiersiu (50%), oraz pobranie materiału do badań histopatologicznych (50%). Rak płuc został potwierdzony u 100% ankietowanych po wykonanej mediastinoskopii.

Oceniając pacjenta z chorobą płuc należy uwzględnić dane z chorobowego wywiadu precyzyjnie zebranego oraz z badania przedmiotowego. Na podstawie zebranych informacji często wynika potrzeba dalszych badań [2]. Duże znaczenie ma także przy wyborze leczenia sprawność chorego, zaawansowanie choroby, patomorfologiczne rozpoznanie. Sprawność oraz choroby współistniejące często przesądzają o możliwości leczenia. Nadciśnienie tętnicze w przypadku ankietowanych było najliczniejszą występującą chorobą dodatkową - wynosiła 58%, druga co do występowania w przypadku respondentów były choroby metaboliczne (cukrzyca) 48%. Szulbowski i wsp. [13] wykazali, że współwystępowanie chorób obrazuje terapeutyczne i diagnostyczne wyzwania.

Jednym z czynników zawartych w pracy jest występowanie nowotworów płuc w rodzinie. 32% odpowiedziało na tak, 77% respondentów stwierdziło, iż nowotwór płuc nie występował. Inne odniesienia [14] zwracają uwagę, że czynniki genetyczne zwiększają ryzyko raka przy jednoczesnej ekspozycji działania czynnika rakotwórczego. Na potwierdzenie hipotezy przedstawiają zwiększenie zachorowania wśród krewnych pierwszego stopnia chorujących na raka płuc. Do typowych czynników genetycznych zaliczają określone enzymy, które odgrywają dużą rolę w dymie papierosowym do substancji rakotwórczych. Poznanie czynników genetycznych pozwoli na działania prewencyjne unikając ekspozycji na rakotwórcze czynniki środowiskowe oraz działania przesiewowe dotyczące grupy populacji zwiększonego ryzyka.

Do czynnego palenia mimo stwierdzonego nowotworu płuc przyznało się 44% ankietowanych, gdzie największą grupę badaną stanowili pacjenci, którzy palili przez okres 16 - 30 lat, wynosili 35%. Dylewska i wsp. [15] stwierdza, iż świadomość szkodliwości oraz udowodniony wpływ palenia nadal pozostaje wśród kobiet i mężczyzn jako główny czynnik prowadzący do zachorowania na raka płuc. W Polsce co 3 osoba jest palaczem nałogowym. Przełom kliniczny nastąpiłby podczas zaprzestania palenia, a profilaktyka powinna głównie przebiegać na zwalczaniu palenia, ponieważ odpowiada w 90% na wystąpienie raka płuc, według [16].

Olbrzymi postęp medycyny sprawił, że z choroby śmiertelnej rak płuca coraz częściej zaliczany jest jako choroba przewlekła. Diagnostyka inwazyjna u większości chorych aktualnie jest wystarczająca. Niestety w niektórych przypadkach metody inwazyjne są niewystarczającym badaniem i prowadzi to do wdrożenia metod chirurgicznych [17].

WNIOSKI

1. Badania diagnostyczne małoinwazyjne wykorzystywane w chirurgii klatki piersiowej, mają szerokie zastosowanie w ocenie zaawansowania raka płuc z powodu swoistości inwazyjnych badań oraz wysokiej dokładności.
2. Diagnostyka badań inwazyjnych w różnych etapach chorób układu oddechowego, przyspiesza często ustalenie rozpoznania oraz decyduje o wyborze odpowiedniego leczenia.
3. Praca jest oparta na fachowej literaturze oraz przeprowadzonych ankietach ukazujących znaczenie wybranych badań, rozpoznania i dalszego postępowania w przypadku stwierdzenia raka płuc.

PIŚMIENNICTWO

1. Barinow – Wojewódzki A., Bryl M., Nowak – Glanc M., Załęcka M.: Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuc 2017, 5 – 10.
2. Domagała – Kulawik J.: Standardy diagnostyczno – terapeutyczne w chorobach układu oddechowego – wskazówki praktyczne. Wydawnictwo α -medica press. 2018, 330 – 339.
3. Gryglewski R.: Historia Kardio - i Torakochirurgii. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2012 ,4, 497 – 501.
4. Kołodziej J.: Instrumentarium i podstawowe zabiegi w chirurgii klatki piersiowej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2015.
5. Rzechonek A., Basiak P., Kacprzak G., Kołodziej J.: Przydatność badań inwazyjnych w chorobach płuc. Family Medicine & Primary Care Review 2013, 2, 251 -256.
6. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce w 2025 roku. Warszawa: Krajowy Rejestr Nowotworów, 2009, 35-39.
7. Krzakowski M., Jassema J.: Nowotwory płuca i opłucnej. Wydawnictwo Via Medica., Gdańsk 2009.
8. Pirożyński M.: Bronchofiberoskopia. Wydawnictwo Alfa Medica Press, Warszawa 2011.
9. Burakowska B.: Przezskórna biopsja cienkoigłowa pod kontrolą tomografii komputerowej. Advances in Respiratory Medicine 2018, 4, 1-27.
10. Murray W., Nadel B.: Diagnostyka w chorobach płuc. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2013.
11. Głuszek S.: Chirurgia podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
12. Radwan – Rohrenscheff P.: Diagnostyka Inwazyjna Śródmiąższowych Chorób Płuc. Wydawnictwo Termedia. Warszawa 2017
13. Szlubowski A., Kuźdżał J., Pankowski J., Obrochta A., Soja J., Hauer J., Kołodziej M., Zieliński M.: Przewodnikowa biopsja węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk płuca pod kontrolą ultrasonografii wewnątrzopłucnej w czasie rzeczywistym w diagnostyce raka płuca i sarkoidozy. Pneumonologia i Alergologia Polska 2008, 4, 229-230.
14. Dylewska M., Mikułowska M., Nowak S., Falkiewicz B.: Ogólne informacje o Raku Płuca – Najczęstszym Nowotworze Na Świecie i W Polsce. [w:] Rak Płuca w Polsce – perspektywa społeczna i medyczna. Krzakowski M.(red) Warszawa 2016, 7 -11.

15. Krzakowski M., Kawecki A.: Nowotwory Złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2012, 58 – 63.
16. De Ruyscher D. i wsp.: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) recommendations for planning and delivery of high – dose, high precision radiotherapy for lung cancer. Radiotherapy and Oncology 2017, 124, 1-10.
17. Marjański T., Dziedzic R., Davoodi D., Josefsson S., Rzymian W.: Młodzi pacjenci operowani z powodu raka mają lepsze rokowanie. Advances In Respiratory Medicine 2018, 4, 1-27.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM Z NOWOTWOREM PŁUC - STUDIUM PRZYPADKU

BEATA KROPORNICKA¹, IGA GRYGIEL², BOŻENA BACZEWSKA¹, EWA KRZYŻANOWSKA¹,
AGNIESZKA WAWRYNIUK¹, ELŻBIETA NOWICKA¹, BOŻENA MURACZYŃSKA³, ELŻBIETA
PRZYCHODZKA⁴

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Rak płuc jest obecnie najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce i stanowi pierwszą przyczynę zgonów w onkologii. Jest to nowotwór, który ciężko rozpoznać w początkowych stadiach, często jest diagnozowany przypadkowo. Niestety bardzo duży odsetek ludzi nie bada się regularnie, więc nowotwór jest wykrywany w zaawansowanym stadium choroby, co zmniejsza szanse przeżycia. Choroba ta wymaga najczęściej intensywnego leczenia, długotrwałej hospitalizacji, a czasem opieki paliatywnej. W każdej sytuacji niezmiernie ważna jest profesjonalna opieka i wsparcie personelu medycznego. Ogromną rolę odgrywa tu pielęgniarka, gdyż to ona towarzyszy pacjentowi już od momentu diagnozowania choroby, przez wszystkie etapy leczenia, aż do uzyskania remisji bądź śmierci pacjenta [1, 2, 3].

Rozwinięcie

Każdy pacjent posiada zróżnicowane zapotrzebowanie na opiekę. Choroby nowotworowe są jednymi z bardziej wymagających chorób w tej kwestii, gdyż często wiążą się z dużym bólem i terapią paliatywną. Nad pacjentami onkologicznymi czuwa cały zespół terapeutyczny. Jednak to pielęgniarka towarzyszy pacjentowi przez najdłuższy czas na każdym etapie leczenia. Profesjonalna opieka pielęgniarska cechuje się między innymi tym, że jest holistyczna, czyli całościowa. Oznacza to, że nie postrzega się pacjenta tylko w kontekście jego choroby, lecz dba o jego ogólny komfort i zwraca uwagę na inne problemy. Istotne jest zarówno zdrowie fizyczne pacjenta jak i psychiczne [2, 3, 4].

Nowotwór wiąże się zwykle z coraz większym bólem, zabiegami chirurgicznymi, leczeniem, które niesie za sobą duże ryzyko lub ma liczne skutki uboczne. W bardziej zaawansowanym stadium choroby stosuje się leczenie paliatywne, które ma na celu zapewnienie pacjentowi jak największego komfortu życia i łagodzenie objawów. Pacjenci onkologiczni są często pacjentami leżącymi, co skutkuje kolejnymi powikłaniami, takimi jak np.: odleżyny. Z tymi wszystkimi sytuacjami musi radzić sobie pielęgniarka [1, 5, 6].

Z tego względu zakres pracy pielęgniarki jest szeroki i różni się od siebie na każdym z etapów. W czasie badań diagnostycznych pielęgniarka przygotowuje pacjenta do badania – informuje, co należy zrobić przed badaniem, jak zachowywać się w trakcie badania oraz jak chory może się czuć po badaniu, tłumaczy, na czym ono polega, a także uprzedza o zjawiskach i sytuacjach, z którymi można się spotkać w czasie badania, jak np. hałas czy ograniczona przestrzeń. W ten sposób minimalizuje lęk i niepokój pacjenta. Podczas leczenia, zadaniem pielęgniarki jest wyjaśnienie pacjentowi, na czym polega dana metoda leczenia, poinformowanie o możliwych skutkach ubocznych, pomoc w przygotowaniu czy to do chemioterapii, radioterapii, immunoterapii, czy zabiegu operacyjnego – podanie premedykacji, nauka ćwiczeń oddechowych. Pielęgniarka powinna cały czas obserwować pacjenta pod kątem skutków ubocznych leczenia czy pogorszenia stanu ogólnego pacjenta. Ważnym elementem pracy pielęgniarki jest edukacja pacjenta dotycząca samoopieki w trakcie i po chemioterapii, radioterapii czy zabiegu operacyjnym – higiena ciała, dobór odpowiedniej odzieży i właściwych kosmetyków do ciała, specjalna dieta, unikanie kontaktu z osobami chorymi i zwierzętami w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia. Do zadań pielęgniarki należy także: ocena natężenia bólu i jego niwelowanie, ocena stanu odżywienia, edukacja w zakresie dalszej profilaktyki i zaleceń zdrowotnych, łagodzenie objawów związanych z nowotworem, jak np.: duszność, uświadomienie konieczności zgłaszania wszystkich niepokojących symptomów po każdej dawce leku, profilaktyka przeciwoleżynowa i leczenie powstałych już odleżyn. W zakres zadań pielęgniarki wchodzi również pomoc pacjentowi w czynnościach samoobsługowych i zaspokojenie potrzeb fizjologicznych oraz utrzymanie higieny [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Ogromnym wsparciem i pomocą dla pacjenta są jego najbliżsi. Dlatego istotną rolę pielęgniarki jest też wsparcie i edukacja jego rodziny, dzięki czemu staje się ona partnerem w leczeniu [9, 12].

Nowotwór płuc, jak każda choroba onkologiczna, jest bardzo obciążającą jednostką chorobową. Często u chorego pojawiają się zaburzenia psychiczne, zespoły depresyjne, u palaczy pojawia się poczucie winy, że przyczynili się do powstania choroby, a osoby

niepalące lub bierni palacze mają poczucie niesprawiedliwości. Duża część osób reaguje agresją i złością. Mimo to reakcje chorych zwykle bywają zaskakująco dobre. Istnieje prawdopodobieństwo, że pokłady nadziei i optymizmu, to sposób radzenia sobie ze strachem związanym z chorobą jak i możliwością śmierci [3]. Rolą pielęgniarki jest tu okazanie wsparcia, uspokojenie pacjenta i jego rodziny, dostarczenie broszur informacyjnych dotyczących istoty choroby i sposobów radzenia sobie z nią. Należy obserwować zachowanie chorego, jego nastrój i kondycję psychiczną na każdym etapie choroby i dostosować rodzaj pomocy do indywidualnych potrzeb. Jedni potrzebują zapewnienia wsparcia, drudzy ogromu wiedzy teoretycznej, by samemu poradzić sobie z problemem. Niektórym będzie potrzebna pomoc duchownego a innym psychologa lub terapeuty. Najczęściej jednak wystarczającą pomocą i wsparciem jest personel pielęgniarski gotowy wysłuchać pacjenta, okazać zrozumienie i odpowiedzieć na pytania. Bardzo ważna dla chorego jest postawa personelu medycznego – otwartość na pacjenta, wyrozumiałość, cierpliwość, okazanie zainteresowania i chęci rozmowy, a przede wszystkim zwykły uśmiech. Pielęgniarka jest nie tylko wsparciem dla chorego, ale także dla jego rodziny, dla której choroba bliskiej osoby jest szokiem i wiąże się ze strachem – głównie przed śmiercią członka rodziny. Zadaniem pielęgniarki jest wytłumaczenie rodzinie, na czym polega choroba, leczenie, jakie mogą być jego skutki uboczne, a przede wszystkim uświadomienie, że nie należy się bać rozmowy z pacjentem na temat jego choroby czy śmierci. To rodzina, znacznie częściej niż pacjent, boi się takich rozmów, a to właśnie możliwość rozmowy z najbliższymi o swojej chorobie najbardziej pomaga pacjentowi w zaakceptowaniu nowego stanu [2, 3].

CEL PRACY

Celem tej pracy jest określenie zakresu opieki pielęgniarskiej, jakiej wymaga pacjent z nowotworem płuc.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W badaniach zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Dane o pacjencie zgromadzono wykorzystując obserwację, wywiad, analizę dokumentów i pomiar. Przeanalizowano dokumentację pacjenta: kartę obserwacji, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, historię choroby. Dokonano pomiaru parametrów, takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, tętno, liczba oddechów, wzrost, masa ciała. Do narzędzi badawczych, wykorzystanych w pracy, należały: zmodyfikowany przewodnik do gromadzenia danych

o pacjencie, skala do oceny kaszlu VCD – Daytime i VCD – Nighttime, skala nasilenia duszności mMRC, skala do oceny wskaźnika masy ciała BMI, skala do oceny ryzyka rozwoju odleżyn Dutch, skala oceny jamy ustnej Becka, skala oceny wydolności samoobsługowej Barthel, skala depresji Becka – BDI. Do oceny umiejętności przyjmowania leków wziewnych wykorzystano autorską check-listę, a do oceny przygotowania chorego do życia z chorobą autorski test wiadomości.

Badanie zostało przeprowadzone w maju 2019 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, w Klinice Pulmonologii, Onkologii i Alergologii. Badany to mężczyzna w wieku 68 lat z rozpoznaniem nowotworem złośliwym płuca, który wyraził zgodę na badanie. Chory został poinformowany o anonimowości badania.

WYNIKI

Opis przypadku

Przeszłość chorobowa badanego

Pacjent choruje na raka płaskonabłonkowego płuc, który został zdiagnozowany we wrześniu 2018 roku. Przyjął dwa cykle chemioterapii, która została zakończona z powodu złej tolerancji. W grudniu 2018 roku rozpoczął leczenie immunologiczne. Pacjent zgłosił się na kontynuację leczenia w marcu 2019 roku. Niestety leku nie podano ze względu na silne dolegliwości bólowe i obrzęki stawów kończyn górnych i dolnych, biegunkę oraz nieprawidłowe wyniki badań krwi – hiponatremię oraz wysoki poziom TSH. Ostatnia wizyta pacjenta w szpitalu odbyła się w maju 2019 roku w celu oceny klinicznej i ewentualnej kontynuacji leczenia immunologicznego. Lek został podany, ponieważ nie było nawrotów objawów ubocznych zgłaszanych podczas poprzedniej wizyty, a wyniki badań krwi były akceptowalne. Wczesna tolerancja po podaniu leku była dobra, więc pacjent w stanie ogólnym stabilnym został wypisany do domu.

Chory oprócz nowotworu płuc posiada jeszcze wiele innych chorób współistniejących. Od wielu lat leczy się na POCHP, chorobę wrzodową oraz niedoczynność tarczycy. W grudniu 2015 roku pacjent przeżył zawał serca i miał wykonaną przezskórną angioplastykę wieńcową.

Chory został przyjęty do Kliniki Pulmonologii, Onkologii i Alergologii SPSK nr 4 w Lublinie w trybie nagłym dnia 11 maja 2019 roku ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Zgłosił się na SOR z powodu pogorszenia stanu ogólnego, osłabienia, stanów podgorączkowych i uczucia pieczenia w nadbrzuszu prawym oraz szyi. Objawy te były prawdopodobnie skutkiem ubocznym immunoterapii.

Pacjent nie zgłaszał uczuleń. Palił papierosy około 40 lat, do 20 sztuk dziennie, aż do września 2018 roku, kiedy dowiedział się o nowotworze.

Obecnie przyjmuje następujące leki: Incruse 1x1 wdech, Neoparin 60 mg s.c., Thiocodin 1x2 tabl. p.o. na noc, IPP 20 mg 2x1 p.o., Alugastrin 3x1 miarka p.o., No-Spa 3x1 p.o., Atarax 1x1 p.o., Beto ZK 25 mg 1x1 p.o., Euthyrox 88 mcg 1x1 p.o., Heparegen 3x1 p.o., Poltram 100 mg 2x1 i.v., Vigantoletten 1000 j.m. 1x1 p.o., Ketonal 50 mg 2x1 i.v.

PROCES PIELEGNOWANIA CHOREGO Z NOWOTWOREM PŁUC

Opis stanu pacjenta

Pacjent był przytomny, z pełną orientacją auto i allopsychiczną, w logicznym kontakcie słownym. Chory miał lekko obniżony nastrój, na rozpoznanie zareagował źle, choroba była dla niego szokiem i nadal się z nią nie pogodził. Do hospitalizacji i leczenia miał sceptyczne nastawienie, reagował złością i uważał, że lekarze nie opiekują się nim wystarczająco dobrze. W skali nasilenia depresji Becka – BDI uzyskał 11 pkt., co oznacza brak depresji, ale jest to wynik graniczny.

Ciśnienie tętnicze u pacjenta wynosiło 104/87 mmHg, tętno – 96 uderzeń/minutę. Nie zaobserwowano sinicy skóry ani obrzęków.

Częstość oddechów wynosiła 17 na minutę, oddech był miarowy, płytki. Chory oddychał przez nos torem piersiowym. U badanego występował kaszel wilgotny i napadowy, który w skali VCD – Daytime, do opisu kaszlu dziennego, był na poziomie 3, a w skali VCD – Nighttime, przeznaczonej do opisu kaszlu nocnego, na poziomie 2. W skali mMRC nasilenie duszności u pacjenta oceniono na 3 stopień. Występującą duszność wysiłkową łagodził odpoczynek w pozycji siedzącej a nasilał marsz poza domem, czy wykonywanie nawet lekkich prac fizycznych. U chorego występował także katar, który pojawiał się rano, tuż po przebudzeniu oraz zaleganie białej, gęstej wydzieliny.

Skóra pacjenta była bladoróżowa o prawidłowym napięciu, włosy, paznokcie i skóra - czyste. Temperatura ciała wynosiła 36,5°C. Badany zgłaszał okresowe swędzenie skóry, pojawiające się z różną częstotliwością na różnych częściach ciała.

Chory zwykle budził się dwa razy w nocy, żeby skorzystać z toalety i coś zjeść. Wciąż nocy pacjent przesypiał łącznie około 10 godzin, zasypiał około godziny 20:30.

U badanego nie występowały niedowłady. Nie stwierdzono zaburzeń w funkcjonowaniu zmysłu węchu, czucia dotyku i temperatury. Badany korzystał jedynie z okularów do czytania. Miał niedosłuch, jednak nie korzystał z aparatu słuchowego.

Nie zgłaszał bólu. Ze strony układu moczowo-płciowego u badanego występował częstomocz oraz nykturia. W dzień oddawał mocz od 8 do 10 razy, a w nocy 2-3 razy.

Chory miał prawidłowe pragnienie i lekko zmniejszone łaknienie, barwa śluzówek oraz języka była prawidłowa a stan jamy ustnej w skali Becka oceniono na 13 pkt. Badany nosił protezy zębowe. Nie miał trudności z wydalaniem, natomiast zgłaszał częste odbijanie, nudności oraz wymioty.

Badany mierzył 174 cm i ważył 76 kg a jego BMI wynosił 25,1. W skali ryzyka rozwoju odleżyn Dutch uzyskał 5 pkt.

Sprawność ruchowa pacjenta była dobra, chód prawidłowy. Badany nie wymagał pomocy w poruszaniu się, a wydolność samoobsługową w skali Barthel oszacowano na 100 pkt.

Chory nie podejmował żadnej aktywności fizycznej, nie stosował też żadnej specjalnej diety, ale jadł dużo owoców i warzyw, natomiast nie miał apetytu na potrawy mięsne.

Badany posiada wykształcenie techniczne. Był pracownikiem umysłowym, a obecnie przebywa na emeryturze. Swoją sytuację materialną uważa za dobrą.

Posiada mieszkanie w Lublinie na czwartym piętrze w bloku bez windy oraz wielokondygnacyjny dom pod Lublinem, w którym poruszając się, musiał pokonywać wiele schodów. Mieszkania są suche, ogrzewane centralnie. Chory nie posiadał w domu żadnych zwierząt.

Pacjent był rozwodnikiem i miał kilka partnerek życiowych, które odwiedzały go w szpitalu. Opiekę nad chorym sprawowali syn i córka, z którymi utrzymywał dobre relacje. Dzieci codziennie odwiedzały go w szpitalu i pomagały mu w domu.

Ocena przygotowanie do życia z chorobą

W teście wiadomości pacjent uzyskał 12 na 17 możliwych punktów. Badany otrzymał maksymalną liczbę punktów w takich obszarach oceny, jak: leczenie immunologiczne, jego działanie i możliwe skutki uboczne, zalecana w trakcie leczenia dieta. W zakresie – przyczyny, objawy i rozpoznanie choroby uzyskał 3 pkt./4 pkt., czynniki ryzyka – 0 pkt./1 pkt., ochrona przed zakażeniami – 0 pkt./1 pkt., aktywność fizyczna – 0 pkt./1 pkt., wsparcia psychicznego podczas choroby – 2 pkt./3 pkt.

U pacjenta dokonano przy użyciu check-listy oceny umiejętności zażywania leków wziewnych. Chory w prawidłowy sposób przyjmował leki wziewne. Omijał jedynie końcową czynność, jaką jest wypłukanie jamy ustnej po zażyciu dawki leku.

Diagnozy pielęgniarские

Opierając się na zgromadzonych danych sformułowano diagnozy pielęgniarские. Do diagnoz negatywnych należały:

- duszność wysiłkowa trzeciego stopnia w przebiegu POCHP oraz nowotworu płuc, ryzyko niedotlenienia organizmu
- zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym powodujące dyskomfort,
- ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych z powodu utrzymujących się nudności i wymiotów podczas immunoterapii,
- dyskomfort spowodowany odbijaniem,
- ryzyko wystąpienia powikłań w wyniku niedoboru hormonów tarczycy,
- ryzyko infekcji spowodowane zmniejszoną odpornością w wyniku leczenia immunologicznego i deficytu wiedzy na temat ochrony przed zakażeniami, ryzyko zakażenia miejsca wkłucia obwodowego,
- ryzyko wystąpienia powikłań spowodowane przebytym zawałem,
- dyskomfort spowodowany częstym oddawaniem moczu w dzień oraz w nocy,
- dyskomfort wynikający z okresowego swędzenia skóry spowodowanego leczeniem,
- obniżony nastrój wynikający z rozpoznania choroby i leczenia, które ma liczne skutki uboczne,
- sceptyczne nastawienie pacjenta do leczenia i hospitalizacji,
- dyskomfort w kontaktach interpersonalnych spowodowany niedosłuchem,
- deficyt wiedzy na temat czynników ryzyka rozwoju choroby oraz aktywności fizycznej,
- ryzyko wystąpienia objawów ubocznych leków wziewnych spowodowane brakiem nawyku płukania ust po zażyciu leku.

Plan opieki i zadania pielęgniarки

W oparciu o ustalone diagnozy opracowano plan opieki pielęgniarskiej, w którym, do każdej z diagnoz negatywnych, sformułowano konkretny cel i działania pielęgniarские.

Jednym z problemów chorego była duszność wysiłkowa trzeciego stopnia w przebiegu POCHP oraz nowotworu płuc i ryzyko niedotlenienia organizmu. Celem opieki stało się ograniczenie duszności i zminimalizowanie ryzyka niedotlenienia organizmu. W planie opieki znalazły się takie działania pielęgniarские, jak: eliminacja czynników nasilających duszność, dobór najbardziej komfortowej dla pacjenta pozycji, utrzymanie w sali temperatury około 20°C i wysokiej wilgotności powietrza, motywowanie do wykonywania ćwiczeń

oddechowych, systematyczny pomiar SpO₂ oraz dodatkowo podczas nasilenia duszności, podanie tlenu i leków na zlecenie lekarza.

Dyskomfort chorego spowodowany zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym planowano zmniejszyć poprzez rozrzedzenie zalegającej wydzieliny i zmniejszenie jej ilości.

W tym celu zalecono choremu przyjmowanie odpowiedniej pozycji ciała w łóżku, ułatwiającej odkrztuszanie i ewakuację wydzieliny, przyjmowanie ciepłego płynu do wypicia na czczo, wypijanie około 2 litrów płynów na dobę, wykonywanie inhalacji nawilżających drogi oddechowe. Prowadzono edukację pacjenta odnośnie gimnastyki oddechowej, podano leki wykrztuśne na zlecenie lekarza i prowadzono obserwację wydzieliny w kierunku krwawienia.

U chorego występowało ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych z powodu utrzymujących się nudności i wymiotów podczas immunoterapii. W celu zmniejszenia nudności i utrzymania równowagi wodno-elektrolitowej, zaplanowano: unikanie podawania choremu posiłków bezpośrednio przed podaniem leków, podawanie posiłków w mniejszych ilościach a częściej, podawanie lekkich przekąsek (np. krakersów) między posiłkami i rano na czczo, przed wstaniem z łóżka, eliminacja zapachów w otoczeniu chorego, które nasilają nudności, częste podawanie kilku łyków schłodzonych napojów, dbanie o estetykę podawanych pokarmów, podawanie leków przeciwwymiotnych i/lub płynu wieloelektrolitowego na zlecenie lekarza, układanie chorego w pozycji półwysokiej, co zmniejsza ryzyko zachłyśnięcia i dbanie o higienę jamy ustnej.

W celu poprawy komfortu pacjenta, zaburzonego występowaniem odbijania pokarmów, do planu opieki włączono następujące działania: zalecenie dokładnego przeżuwania każdego kęsa pokarmu, poinformowanie o konieczności powolnego i spokojnego spożywania posiłków, podawanie umiarkowanej ilości pokarmów, eliminację z diety napojów gazowanych, zalecenie picia herbat ziołowych, np. miętowej, zalecenie dokładnej pielęgnacji jamy ustnej, oczyszczania zębów, dziąseł i języka po każdym posiłku, a w razie potrzeby podanie leków wspomagających trawienie na zlecenie lekarza.

Stwierdzone u pacjenta ryzyko wystąpienia powikłań, wynikało z dużego niedoboru hormonów tarczycy. Celem opieki stało się wyrównanie niedoborów i wczesne uchwycenie niepokojących objawów zaburzeń funkcji życiowych. Planowano: regularne podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza, pomiar parametrów życiowych pacjenta – ciśnienia krwi, tętna, temperatury ciała, liczby oddechów 4 razy na dobę, obserwację pacjenta pod kątem objawów przełomu hipometabolicznego i zgłaszanie lekarzowi niepokojących zmian natychmiast po ich wystąpieniu.

U pacjenta zdiagnozowano ryzyko infekcji spowodowane zmniejszoną odpornością w wyniku leczenia immunologicznego i deficytem wiedzy na temat ochrony przed zakażeniami. W celu jego zminimalizowania, podjęto działania, takie, jak: rygorystyczne przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie, przestrzeganie zasad higieny podczas posiłków. Wyeliminowano inne źródła zakażenia, np. osoby chore, zwierzęta. Zalecono utrzymywanie prawidłowej diurezy. Poinformowano chorego o konieczności zachowania ostrożności podczas czynności higienicznych, aby nie doszło do przerwania ciągłości skóry i uszkodzenia błon śluzowych – używanie golarki elektrycznej, nożyczek do paznokci, delikatnej szczoteczki do zębów. Prowadzono obserwację parametrów pod kątem cech infekcji.

Z prowadzonym leczeniem wiązała się konieczność utrzymania wkłucia obwodowego i związany z tym problem potencjalny - ryzyko zakażenia. Zminimalizowanie ryzyka zakażenia miejsca wkłucia obwodowego można było osiągnąć poprzez: obserwowanie miejsca wkłucia pod kątem uchwycenia początkowych objawów zakażenia – wzrostu ucieplenia, zaczerwienienia, obrzęku, bólesności, przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, przepłukiwanie wenflonu 0,9% roztworem NaCl, przed i po każdym podaniu leków, regularną zmianę okleiny i wymianę wkłucia wg procedur.

Kolejnym problemem potencjalnym było ryzyko wystąpienia powikłań, spowodowane przebytym zawałem. Dla zmniejszenia ryzyka powikłań podjęto następujące działania: obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia niepokojących objawów, poinformowanie o konieczności spożywania większej ilości płynów – około 2 litry dziennie, zalecenie przestrzegania odpowiedniej diety – ubogo tłuszczowej, zalecenie wykonywania dozwolonej aktywności fizycznej, podawanie leków przeciwkrzepliowych na zlecenie lekarza, wykonywanie kontrolnych badań EKG, pobranie krwi na badania diagnostyczne, poinstruowanie pacjenta o konieczności zgłaszania wszystkich niepokojących objawów.

Chory odczuwał dyskomfort spowodowany częstym oddawaniem moczu w dzień oraz w nocy. Aby go zmniejszyć, zaplanowano: obserwację pacjenta pod kątem wystąpienia cech infekcji dróg moczowych, zalecono ćwiczenia pęcherza poprzez oddawanie moczu w określonych godzinach, zachęcano do aktywności fizycznej i przestrzegania odpowiedniej diety. Poinformowano pacjenta o konieczności i sposobach dbania o higienę stref intymnych. Podano leki na zlecenie lekarza.

Dążono do zmniejszenia dyskomfortu badanego, wynikającego z okresowego swędzenia skóry spowodowanego leczeniem. Realizacji tego celu miały służyć: zalecenie nawilżania skóry poprzez smarowanie jej balsamami, stosowanie maści i kremów o działaniu

łagodzącym, zalecenie unikania drapania, a w razie potrzeby podanie leków przeciwswiądowych na zlecenie lekarza.

Bardzo istotnym problemem był u chorego obniżony nastrój wynikający z rozpoznania choroby i leczenia, które ma liczne skutki uboczne. Podjęte działania miały na celu poprawę nastroju chorego i podtrzymanie nadziei. Obejmowały minimalizowanie skutków ubocznych leczenia, zachęcanie pacjenta do wyrażania uczuć, słuchanie chorego, wyrażanie zrozumienia i okazywanie cierpliwości oraz wsparcia, zaproponowanie rozmowy z psychologiem, umożliwienie kontaktu z duchownym i systematyczną ocenę nastroju pacjenta.

Planowano zmienić sceptyczne nastawienie pacjenta do leczenia i hospitalizacji. Mogły temu służyć: wyjaśnienie sposobu działania leków, ukazanie konieczności leczenia i hospitalizacji, okazanie pacjentowi wsparcia i zrozumienia, zaproponowanie rozmowy z psychologiem.

Trudności w kontaktach interpersonalnych spowodowane niedosłuchem, planowano zminimalizować poprzez: mówienie do pacjenta głośno i powoli, utrzymywanie kontaktu wzrokowego podczas rozmowy, kilkukrotne powtarzanie informacji, okazanie otwartości na pacjenta, empatii, upewnianie się, czy pacjent zrozumiał dokładnie to, co mówiliśmy.

Przedstawiono możliwości zaopatrzenia chorego w aparat słuchowy.

Problemy edukacyjne obejmowały deficyty wiedzy na temat czynników ryzyka rozwoju choroby oraz aktywności fizycznej i możliwości uzyskania wsparcia. Celem zwiększenia poziomu wiedzy pacjenta, podjęto następujące kroki: dostarczenie broszur na temat czynników ryzyka rozwoju choroby, poinformowanie o pozytywnym wpływie aktywności fizycznej na organizm, uświadomienie pacjentowi, że aktywność fizyczna odpowiednio dawkowana nie jest szkodliwa w czasie choroby, zaproponowanie kilku rodzajów aktywności fizycznej, którą pacjent mógłby wykonywać.

Celem pielęgniarstwa było również zmniejszenie ryzyka wystąpienia objawów ubocznych leków wziewnych. Problem ten wynikał z braku nawyku płukania ust po zażyciu leku. Stąd poinformowano chorego o działaniu leków i możliwych skutkach ubocznych. Wyjaśniono możliwości zminimalizowania ich wystąpienia oraz zmotywowano do płukania jamy ustnej po każdorazowym przyjęciu leków. Planowano codzienną, systematyczną kontrolę i ocenę stanu jamy ustnej.

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wynika, że:

1. Choroba wpłynęła negatywnie na stan psychiczny pacjenta, który odczuwał lęk przed śmiercią i często martwił się o przyszłość swojej rodziny. Wymagał wsparcia psychicznego w zakresie akceptacji choroby i konieczności leczenia.
2. Większość zaburzeń występujących u pacjenta była skutkiem ubocznym stosowanego leczenia lub choroby. Problemy dotyczyły głównie układu oddechowego, pokarmowego, układu moczowo – płciowego i narządów zmysłu. W tym obszarze chory wymagał ze strony pielęgniarki podejmowania głównie działań o charakterze pielęgnacyjnym, leczniczym i profilaktycznym.
3. Badany miał deficyty w zakresie przygotowania do życia z chorobą. Wymagał edukacji na temat zalecanej aktywności fizycznej, czynników ryzyka rozwoju choroby, sposobów ochrony przed zakażeniami oraz możliwości uzyskania wsparcia psychicznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzakowski M., Jassem J., Antczak A. et al.: Cancer of the lung, pleura and mediastinum, *Oncol Clin Pract*, 2019, 15, 22-53.
2. Stępień R., Zdziebło K., Wiraszka G.: Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej, *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis* 2013, 1, 27 – 36.
3. Dubrowska H., Wońska E., Preder M.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Śliwa E.: Jakość życia chorych z rozpoznaniem nowotworem płuc leczonych chemicznie [w:] *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*. M. Pasek, G. Dębska (red.), Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, 2010, 57- 68.
5. Madajewska E., Rębacz I.: Opieka w terapii raka płuc [w:] *Pielęgniarstwo Onkologiczne*. A. Koper (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 176- 187.
6. Małecka-Dubiela A., Wierzbicka A.: Pielęgnowanie chorych z rakiem płuc [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*. D. Talarska, D. Zozulińska-Żiółkiewicz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2017, 157- 161.

7. Gajewska E.: Całościowa ocena geriatryczna pacjentów z chorobą nowotworową płuc, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2017.
8. Kwaśniewska M., Kaleta D., Drygas W.: Modyfikacja stylu życia w profilaktyce raka płuc, Polski Merkuriusz Lekarski, 2003, 15, 559-562.
9. Guðbjartsson T.: Rak płuc – informacja dla pacjentów i krewnych, Wydawca Tómas Guðbjartsson, Reykjavik 2016.
10. Koper A., Wrońska I.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. Materiały pomocnicze dla pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
11. Mraz M., Woźniewski M.: Fizjoterapia pacjentów z zaburzeniami czynności układu oddechowego po leczeniu nowotworów złośliwych [w:] Fizjoterapia w onkologii. M. Woźniewski (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012, 82- 89.
12. Krajewski M.: Pacjent, pielęgniarka onkologiczna, rodzina – jako partnerzy w walce z chorobą nowotworową, Pielęgniarka i Położna, 2005, 101- 104.

**WIEDZA I ZACHOWANIA ZDROWOTNE KOBIET W ZAKRESIE
PROFILAKTYKI RAKA PIERSI**

**KATARZYNA PIASECKA¹, ANNA WEREDA², JOLANTA CELEJ-SZUSTER³, ANNA IRZMAŃSKA-
HUDZIAK¹**

¹ Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Rak piersi w dzisiejszych czasach stanowi coraz poważniejszy problem nie tylko zdrowotny, ale także społeczny i ekonomiczny. Jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród populacji żeńskiej w Polsce oraz w większości krajów na świecie. Wśród czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia tego nowotworu wymienia się starszy wiek, czynniki genetyczne, obciążenie rodzinne, promieniowanie jonizujące, spożywanie alkoholu i palenie tytoniu, stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej, a także otyłość, stres, nieprawidłową dietę, małą aktywność fizyczną oraz czynniki reprodukcyjne. Znajomość objawów wskazujących na pojawienie się raka piersi jest istotna dla jego wczesnego wykrycia. Samobadanie piersi jest mniej precyzyjne niż mammografia, USG czy rezonans piersi, jednak dzięki regularnemu prowadzeniu obserwacji można wykryć nawet niewielkie zmiany. Działania profilaktyczne dotyczące raka piersi mają na celu redukcję czynników ryzyka oraz wykrywanie choroby we wczesnym stadium. Dzięki temu zmniejsza się zachorowalność, ale także umieralność z powodu tej choroby.

Rak piersi spowodowany jest nieprawidłowym rozrostem komórek gruczołowych lub komórek przewodników. Rozwój raka piersi związany jest z pojawieniem się w genie mutacji, która może być odziedziczona bądź wystąpić samoistnie. Powoduje ona rozrost komórek o nieprawidłowej strukturze genetycznej, które z czasem tworzą guz. Z czasem tworzą się również przerzuty, które rozprzestrzeniają się drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych do różnych narządów [1,2].

Rak piersi stanowi poważny problem onkologiczny zarówno w krajach rozwiniętych, jak i w krajach rozwijających się [3]. Dawniej nowotwór ten występował głównie u zamożnych kobiet rasy białej zamieszkujących przemysłowe tereny Europy Zachodniej

i Ameryki Północnej. Obecnie choroba ta dotyka kobiet na całym świecie [4]. Wzrost liczby zachorowań na nowotwór gruczołu piersiowego w Polsce jest szybszy niż śmiertelność spowodowana tym nowotworem. Wynika to z wprowadzania coraz lepszych i nowocześniejszych metod diagnozowania i leczenia, choć i tak umieralność w Polsce na ten rodzaj raka jest nadal bardzo duża [5,6,7].

Zmiany pojawiające się w piersiach w przypadku rozwoju raka sutka zależą od stopnia zaawansowania choroby. Nowotwór ten w początkowym okresie nie daje żadnych objawów lub są one bardzo skąpe. Zwykle pierwszą zauważalną zmianą jest guzek w piersi dający się wyczuć dotykiem. W większości przypadków jest to pojedynczy, twardy guz o nieregularnych kształtach, nieruchomy względem skóry, który nie powoduje żadnych dolegliwości bólowych. Najczęściej zlokalizowany jest w górnym zewnętrznym kwadrancie piersi, natomiast najrzadziej w części przyśrodkowej dolnej [1,8]. Nowotworowi piersi mogą dodatkowo towarzyszyć takie objawy jak wciągnięcie brodawki, którego nie można odprowadzić; wyciek z brodawki, szczególnie o charakterze krwistym; asymetria w ustawieniu brodawek; nietypowe poboilewanie lub ból w jednej piersi; wysypka na brodawce lub wokół niej; powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym po stronie guza; owrzodzenie brodawki; obrzęk piersi; zmiana wielkości piersi; zmiana kształtu piersi zwłaszcza przy podnoszeniu ramion lub unoszeniu piersi; poszerzenie żył skóry piersi; zmiana koloru skóry piersi, otoczki i brodawki; guz w dole pachowym; objaw “skórki pomarańczowej” czyli zaczerwienienie i zgrubienie skóry piersi; zmarszczenie lub wciągnięcie skóry piersi [9,10].

Znajomość objawów sugerujących rozwój nowotworu gruczołu piersiowego jest istotnym elementem decydującym o wczesnym wykryciu choroby i wdrożeniu odpowiedniego leczenia [11]. Comiesięczne samobadanie piersi pomaga zaobserwować pojawienia się niepokojących zmian i podjęcie działania zmierzającego do określenia ich charakteru. Jest badaniem mniej precyzyjnym niż mammografia, lecz w przypadku regularnego samobadania możliwe jest wykrycie nawet niewielkich patologii [12].

Do aktualnie poznanych czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia raka piersi zalicza się: wiek (jest jednym z najistotniejszych czynników predysponujących do wystąpienia nowotworu piersi [13]. Wyodrębniono grupę, w której jest ono największe, czyli przedział wiekowy 50-69 lat [14]); płeć żeńską (nowotwór ten występujący w populacji mężczyzn stanowi zaledwie 1% wszystkich przypadków tej choroby [15].); czynniki genetyczne (u kobiet, które posiadają zmutowany gen BRCA1 ryzyko zachorowania waha się od 70 do 80%, natomiast w przypadku mutacji genu BRCA2 predyspozycja ta jest

nieznacznie mniejsza i wynosi około 60% [4]. Wśród młodych osób chorujących na ten rodzaj nowotworu bardzo często w badaniach stwierdza się obecność właśnie tych mutacji genowych [16].); spożywanie alkoholu (zwiększa on ryzyko zachorowania na ten nowotwór [17] nawet o 40-50% u kobiet spożywających regularnie trzy bądź więcej dawek alkoholu w ciągu dnia [18]. Alkohol posiada w swoim składzie karcynogenne substancje, a jego metabolizm generuje związki, które zmniejszają immunologiczną odpowiedź organizmu na inne czynniki rakotwórcze obecne w środowisku [19,20].); promieniowanie jonizujące (szczególnie narażone są tu osoby poddane nadmiernej ekspozycji na promieniowanie jonizujące w czasie dojrzewania i rozwoju gruczołu piersiowego, ale również te, które znajdują się tuż przed tym okresem [4,13]. Wśród tych osób ryzyko zachorowania wzrasta aż dwukrotnie [21]); doustne środki antykoncepcyjne (wśród kobiet, które stosują hormonalne środki antykoncepcyjne ryzyko zachorowania wzrasta o 20% w porównaniu do grupy kobiet, które nigdy jej nie używały. Jednakże odstawienie antykoncepcji po krótkim czasie jej stosowania powoduje szybkie zmniejszanie ryzyka raka piersi wywołanego tym czynnikiem [22]. Natomiast w przypadku, gdy środki te były przyjmowane przez dłuższy okres czasu tj. powyżej 5 lat podwyższone ryzyko może utrzymywać się co najmniej 5 lat po odstawieniu. W przypadku przyjmowania ich przez okres krótszy niż rok wynosi ono 9%, lecz przy korzystaniu z nich przez ponad 10 lat wzrasta aż do 38% [23]. Rozpoczęcie stosowania doustnej antykoncepcji przed 20. rokiem życia może także powodować większe ryzyko [24].); hormonalną terapię zastępczą (w przypadku przyjmowania hormonów przez okres 5 lat ryzyko wystąpienia choroby wynosi ono 15%, natomiast podczas stosowaniu przez 10 lat podnosi się aż do 34% [25]. Po upływie 5 lat od zaprzestania terapii ryzyko zachorowania na nowotwór gruczołu piersiowego spada do poziomu jakim odznaczają się kobiety, które nigdy nie przyjmowały hormonów [13]. Stosowanie preparatów złożonych zawierających zarówno estrogen jak i progesteron utrudnia rozpoznanie choroby co skutkuje wykrywaniem zmian dopiero w zaawansowanym stadium [26]. Powinno się unikać stosowania tego rodzaju terapii u kobiet z mutacją w genie BRCA 1 lub BRCA 2 bądź w przypadku, gdy u ich krewnych pierwszego stopnia zdiagnozowano raka piersi [27].); otyłość (zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi, zwłaszcza u kobiet po menopauzie [24, 17]. Kobiety z otyłością charakteryzują się zwiększoną syntezą estrogenów. Źródło tych hormonów w okresie przedmenopauzalnym stanowią jajniki, natomiast po menopauzie nadmierna ich produkcja zachodzi w tkance tłuszczowej [17,28]. Każdy przyrost masy ciała o kolejne 5 kg u kobiet w okresie klimakterium podnosi ryzyko o 5% [17].); obciążenie rodzinne (największym ryzykiem obciążone są kobiety, których krewnie pierwszego stopnia,

czyli matka bądź siostra, chorowały na nowotwór sutka [21,29]. Poziom ryzyka jest u nich aż dwukrotnie większy niż w grupie kobiet nie obarczonych dodatnim wywiadem rodzinnym [13,30]. Dodatkowo u 80% kobiet, których bliscy krewni zachorowali w młodym wieku stwierdza się obecność mutacji w genach BRCA1 i BRCA2 [14]. Zwiększone ryzyko odnotowuje się również w przypadku, gdy w rodzinie kobiety zdiagnozowano obustronnego raka piersi przed menopauzą [21]); dietę (niewłaściwe nawyki żywieniowe bogate w tłuszcze zwierzęce i nasycone, o wysokiej zawartości cholesterolu, ale także cukry i produkty przetworzone, które w swoim składzie zawierają liczne substancje chemiczne używane dla wzmocnienia smaku bądź przedłużenia świeżości wyrobów [13,26,31]. Dieta obfitująca w takie składniki może spowodować aż trzykrotny wzrost ryzyka rozwoju raka piersi u kobiet, które ją stosują [24]. Nasycone kwasy tłuszczowe zawarte między innymi w czerwonym mięsie powodują zwiększenie stężenia cholesterolu w organizmie. Ten natomiast wpływa na podniesienie poziomu estrogenu we krwi, który stanowi czynnik predysponujący do rozwoju nowotworu piersi [11]. W diecie należy uwzględnić jednak odpowiednią podaż kwasów tłuszczowych n-3, które znajdują się w rybach morskich [11]. Liczne badania wskazują również na korzystny wpływ spożywania warzyw i owoców [13]. Uwzględnienie w diecie przynajmniej 3 porcji warzyw w ciągu tygodnia przyczynia się do zmniejszenia prawdopodobieństwa rozwoju raka piersi [21]. Szacuje się także, że u osób stosujących dietę wegetariańską ryzyko zachorowania maleje o 10-12%. Spowodowane jest to dużą zawartością w jadłospisie wegetarian przeciwnowotworowych składników odżywczych i całkowitą eliminacją czerwonego mięsa [32]); aktywność fizyczną (kobiety mało aktywne fizycznie i prowadzące siedzący tryb życia obciążone są większym ryzykiem zachorowania na raka piersi niż kobiety regularnie ćwiczące [13,24]. Zwiększony wysiłek fizyczny u młodych dziewcząt odzwierciedla się późniejszym wystąpieniem pierwszej miesiączki, natomiast u pozostałych kobiet wpływa na uregulowanie cyklu miesięczkowego [21, 24]. Regularne ćwiczenia wykonywane od 3 do 5 razy w ciągu tygodnia przyczyniają się do zmniejszenia prawdopodobieństwa rozwoju nowotworu sutka o 20-40%, ale również pomagają utrzymać dobrą kondycję i pozytywnie wpływają na ogólną jakość życia [26].); czynniki reprodukcyjne (wiek pierwszej i ostatniej miesiączki, brak potomstwa, wiek pierwszej ciąży, a także długość karmienia piersią [33]. Kobiety, u których miesiączkowanie rozpoczyna się przed 12 rokiem życia i kończy po 55 roku życia odznaczają się większym prawdopodobieństwem zachorowania ze względu na wydłużony czas narażenia na działanie estrogenów [1,24,31]. Opóźnienie w wystąpieniu pierwszej miesiączki o każde 2 lata zmniejsza ryzyko o 10%, zaś w przypadku później menopauzy, każdy kolejny rok menstruacji

podnosi je o 3% [26]. Kobiety, które urodziły pierwsze dziecko po 30 roku życia są dwukrotnie bardziej narażone na zachorowanie niż te, które zaszły w ciążę przed 20 rokiem życia. Kobiety, które nigdy nie rodziły wykazują nawet od 2 do 5 razy wyższy poziom ryzyka rozwoju nowotworu sutka w porównaniu do wieloródek [34]. Jednakże największe zagrożenie tą chorobą odnotowuje się u matek, które urodziły pierwsze dziecko dopiero po ukończeniu 35 lat [21]. Obecne badania zwracają również uwagę na korzyści płynące z karmienia piersią. Zaobserwowano, że karmienie przez rok bądź dłużej przyczynia się do spadku zagrożenia rozwoju raka piersi. Im dłuższy czas tym większa redukcja ryzyka. Ustalono, że każde 12 miesięcy karmienia piersią zmniejsza u danej kobiety narażenie na zachorowanie o 4% [25,26,31.]); aborcję i poronienia (przerwanie ciąży jest czynnikiem ryzyka raka piersi, natomiast ciąża donoszona posiada ochronne działanie przed tego rodzaju nowotworem. Ryzyko zachorowania na nowotwór piersi jest wyższe u kobiet zarówno przed i po menopauzie, które przeżyły aborcję w porównaniu do tych, które nigdy jej nie miały [13,34.]); stres (progresja raka piersi związana jest z układem immunologicznym oraz neurohormonalnym co sprawia, że jest on bardzo wrażliwy na działanie stresu. Stresujące sytuacje mogą przyczynić się także do szybszego rozprzestrzeniania się przerzutów nowotworu piersi [30.]); palenie papierosów (wysokie ryzyko odnotowuje się w przypadku rozpoczęciem palenia w okresie dojrzewania bądź we wczesnej dorosłości [35]. Kobiety, które rozpoczęły palenie przed narodzinami pierwszego dziecka wykazują nawet o 21% większą predyspozycję do rozwoju raka piersi niż te, które nigdy nie paliły [31]. Badania sugerują także, że bierne palenie może mieć związek ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi [31.]); używanie antyperspirantu (stosowanie antyperspirantów może wpłynąć na rozwój nowotworu piersi ze względu na obecne w nich ksenoestrogeny. Zwolennicy tej teorii podkreślają fakt, że duża część wykrywanych nowotworów sutka zlokalizowana jest w górnym, zewnętrznym kwadrancie piersi, czyli w okolicy aplikowania tych kosmetyków. Dodatkowo karcynogeny charakter antyperspirantów ma uwiarygodnić informacja, że nowotwór rozwija się częściej w lewej piersi, czyli w miejscu, gdzie kosmetyk ten stosowany jest z większą siłą. Jednakże nadal prowadzone są liczne badania zmierzające do określenia rakotwórczości i skali zagrożenia jakie niesie za sobą stosowanie kosmetyków zawierających ksenoestrogeny [36].)

Wśród czynników ryzyka predysponujących do rozwoju raka piersi wyróżnia się takie, na które nie mamy wpływu, czyli wiek, płeć bądź czynniki genetyczne oraz te, które mogą podlegać modyfikacjom. Dlatego bardzo ważną rolę w życiu kobiety odgrywa poznanie tych

czynników oraz działań profilaktycznych jakie można zastosować, by zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór gruczołu piersiowego [24].

Profilaktyka to wszystkie działania podejmowane na rzecz zapobiegania chorobom. Zalicza się do nich rozpowszechnianie wiedzy na temat czynników ryzyka rozwoju danego schorzenia oraz ograniczenie ich wpływu poprzez prowadzenia zdrowego stylu życia i podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Są to również działania zmierzające do wczesnego wykrycia choroby, takie jak poddawanie się systematycznym badaniom i poszerzanie wiedzy na temat objawów mogących świadczyć o jej wystąpieniu. Pozwala to na szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia w przypadku zdiagnozowania choroby, a także zapobiegania jej niekorzystnym skutkom [37]. W ujęciu profilaktycznym raka piersi zachowania zdrowotne odnoszą się do ochrony zdrowia i podejmowania przez kobiety działań na rzecz zapobiegnięcia wystąpieniu nowotworu [38]. Przestrzeganie tych zachowań wiąże się ściśle ze świadomością kobiet na temat zdrowia, czynników ryzyka i sposobów przeciwdziałania rozwojowi raka sutka [10]. Dużą rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych kobiet odnośnie do raka piersi odgrywają również media oraz instytucje i organizacje zajmujące się profilaktyką tego nowotworu. W Polsce najbardziej znanymi grupami są [9,35]: Polski Komitet Zwalczania Raka, Polska Unia Onkologii, Amazonki, Avon Kontra Rak Piersi. Kampanie te mają również na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka sutka [9,35]. Prowadzenie kampanii społecznych, programów badań przesiewowych, odpowiednie przygotowanie personelu medycznego do prowadzenia edukacji na temat raka piersi to działania profilaktyczne, które pomagają wpływać na świadomość kobiet odnośnie do tej choroby, a tym samym przyczyniają się do poprawy jej wykrywalności [39].

Diagnostyka raka piersi u kobiet z objawami klinicznymi obejmuje: badanie kliniczne (wywiad, palpacja gruczołu sutkowego); mammografię (główne badanie we wczesnej diagnostyce raka piersi u kobiet powyżej 40 roku życia [1]); badanie ultrasonograficzne (główne badanie u kobiet młodych przed 35 rokiem życia ze względu na to, że ich tkanka gruczołowa jest zbyt gęsta, aby badanie mammograficzne mogło dać czytelny obraz[1]); rezonans magnetyczny (u kobiet posiadających mutację w genie BRCA1 rezonans magnetyczny stanowi badanie przesiewowe, które powinno być wykonywane co 12 miesięcy [40] badania patomorfologiczne (histopatologiczne, cytologiczne); badania dodatkowe[40].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest okreœlenie poziomu wiedzy oraz ocena zachowań zdrowotnych kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. W sondażu diagnostycznym posłuŹono się techniką ankiety i wywiadu. Wykorzystany został kwestionariusz ankiety stanowiący narzêdzie autorskie. Badania przeprowadzono w grupie 321 kobiet. Materiał do badaŃ zbierano przy pomocy ankiety internetowej udostępnianej kobietom w róŹnych przedziałach wiekowych. Udział w badaniu był całkowicie anonimowy i dobrowolny, a ankietowane zostały poinformowane o jego celu oraz wyraziły na niego zgodę.

Otrzymane w przebiegu badaŃ wyniki poddano analizie statystycznej. Obliczenia statystyczne wykonano przy pomocy arkusza kalkulacyjnego Excel.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyły kobiety z róŹnych grup wiekowych. Respondentki w wieku 18-25 lat stanowiły 20,9% badanych tak samo jak kobiety z przedziału wiekowego 46-55 lat, których równieŹ było 20,9%. Ankietowane pomiędzy 26–35 i powyŹej 55 roku Źycia stanowiły po 19,6%, natomiast 19% badanych było w wieku 36- 45 lat. Kolejne pytanie dotyczyło miejsca zamieszkania respondentek. 48,6% badanych zadeklarowało, Źe mieszka w duŹym mieœcie liczącym powyŹej 100 tys. mieszkaŃców, natomiast 30,2% respondentek mieszkało w małym mieœcie liczącym poniŹej 100 tys. mieszkaŃców. Najmniejszą grupę stanowiły mieszkanki wsi, które stanowiły 21,2% ankietowanych. Następane pytanie dotyczyło wykształcenia badanych kobiet. AŹ 67,3% zadeklarowało wykształcenie wyŹsze, a 25,5% œrednie zawodowe bądŹ œrednie ogólnokształcące. Badane z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowiły 5%, natomiast z podstawowym jedynie 2,2%. Wœród badanych kobiet 92,8% (298 osób) odpowiedziało, Źe nie choruje na raka piersi, natomiast 2,8% (9 osób) chorowało na ten nowotwór w przeszłości. Niepokojące zmiany w piersiach obserwuje aktualnie 1,6% (5 osób) badanych, natomiast 2,5% (8 osób) jest w trakcie diagnostyki z powodu niepokojących objawów. Jedna osoba spoœród ankietowanych zadeklarowało, Źe obecnie choruje na raka piersi.

Z przeprowadzonych badaŃ wynika, Źe aŹ 43,6% respondentek okreœla swój stan wiedzy na temat profilaktyki raka piersi jako dobry, 27,4% jako œredni, a 21,8% jako bardzo

dobry. Wiedzę na poziomie słabym deklaruje 4,7% kobiet, natomiast na bardzo słabym zaledwie 1,2%. Ankietowane nie będące w stanie określić poziomu swojej wiedzy stanowią 1,2%.

Wśród czynników ryzyka raka piersi wymienionych w ankiecie kobiety najczęściej, bo aż w 96,6%, wybierały predyspozycje genetyczne. Kolejnymi istotnymi czynnikami według respondentek była hormonalna terapia zastępcza oraz wcześniejszy guz piersi, które wyróżniło po 35,5% osób. Doustne środki antykoncepcyjne wybrało 36,4% badanych, palenie papierosów – 35,8%, a stres – 34%. Najmniejszą liczbę głosów otrzymała odpowiedź dotycząca przebywania w towarzystwie chorej na raka, którą wybrało 0,6% ankietowanych. Natomiast na czynniki, takie jak małe piersi czy dieta bogata w oleje roślinne, warzywa, owoce i białe mięso, nie oddano żadnego głosu. Dane zawiera tabela I.

Tabela I. Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi w opinii badanych

Odpowiedzi	n	%
czynniki genetyczne	310	96,6%
spożywanie alkoholu	39	12,1%
palenie papierosów	115	35,8%
hormonalna terapia zastępcza	158	49,2%
karmienie piersią	3	0,9%
pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia	53	16,5%
późna menopauza po 55 roku życia	45	14%
brak potomstwa	72	22,4%
otyłość	79	24,6%
mała aktywność fizyczna	64	19,9%
stres	109	34%
ciąża w młodym wieku	7	2,2%
przebyta aborcja	20	6,2%
małe piersi	0	0%
odpowiednia masa ciała	3	0,9%
przebywanie w towarzystwie kobiety chorej na raka piersi	2	0,6%
późna pierwsza ciąża po 30 roku życia	28	8,7%
doustne środki antykoncepcyjne	117	36,4%
dieta bogata w tłuszcze zwierzęce i czerwone mięso	60	18,7%
dieta bogata w oleje roślinne, warzywa, owoce i białe mięso	0	0%
wiek	63	19,6%
płeć	76	23,7%
noszenie ciasnych biustonoszy	37	11,5%
wcześniejszy guz piersi	158	49,2%
przebyty rak trzonu macicy lub jajnika	75	23,4%

używanie antyperspirantu	21	6,5%
promieniowanie jonizujące	53	16,5%
wszystkie są prawidłowe	4	1,2%
nie wiem	7	2,2%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi
sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Najbardziej rozpoznawanym objawem mogącym świadczyć o rozwoju raka piersi jest wyciek z brodawki. Taką odpowiedź udzieliło aż 65,7% badanych. Kolejnymi objawami było powiększenie węzłów chłonnych – 62%, wciągnięcie brodawki – 52,3% oraz ból bądź pobolewanie w jednej piersi – 49,2%. Najmniej znanym objawem było poszerzenie żył skóry piersi i wysypka na brodawce lub wokół niej. Nieprawidłowe odpowiedzi, takie jak guz w okolicy pachwinowej, udzieliło aż 46,7% badanych, a powiększenie węzłów chłonnych szyi i gardła – 21,8%. Dane zawiera tabela II.

Tabela II. Objawy wskazujące na wystąpienie raka piersi w opinii badanych

Odpowiedzi	n	%
wciągnięcie brodawki	168	52,3%
wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty)	211	65,7%
asymetria w ustawieniu brodawek	104	32,4%
nietypowe pobolewanie bądź ból w jednej piersi	158	49,2%
wysypka na brodawce lub wokół niej	47	14,6%
guz w okolicy pachwinowej	150	46,7%
powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym	199	62%
owrzodzenie skóry piersi	87	27,1%
owrzodzenie brodawki	96	29,9%
zmiana kształtu piersi zwłaszcza przy podnoszeniu ramion lub unoszeniu piersi	136	42,4%
poszerzenie żył skóry piersi	51	15,9%
powiększenie węzłów chłonnych szyi i gardła	70	21,8%
zmiana koloru skóry piersi, otoczki i brodawki	124	38,6%
guz w dole pachowym	142	44,2%
niebolesny guz w obrębie gruczołu piersiowego, nieruchomy względem skóry	139	43,3%

zaczerwienienie i zgrubienie skóry piersi („skórka pomarańczowy”)	105	32,7%
zmarszczenie lub wciągnięcie skóry piersi	100	31,2%
wszystkie są prawidłowe	97	30,2%
nie wiem	18	5,6%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Większość ankietowanych prawidłowo określiła, że badaniem przesiewowym w kierunku raka piersi jest mammografia. Grupa ta stanowiła 72%. Pozostałe respondenci wymieniali USG piersi – 15%, biopsję – 7,5% lub rezonans – 0,6%. Jedynie 5% nie potrafiło udzielić odpowiedzi na to pytanie.

Ankietowane zapytano o to, skąd czerpią wiedzę z zakresu profilaktyki raka piersi. Po analizie wyników okazało się, że 68,5% kobiet jako źródło swojej wiedzy wskazało Internet, 59,2% – kampanie społeczne, 46,4% – telewizję i radio, 36,8% lekarza ginekologa, a 29% prasę. Część respondentek przyznało, że wiedzę na temat profilaktyki uzyskuje od bliskich (24,9%) bądź ktoś w rodzinie chorował na ten nowotwór (17,8%). Pielęgniarka stanowiła źródło informacji dla 18,4% ankietowanych, lekarz rodzinny dla 11,5%, natomiast położna dla 5,3%. Poniższa tabela III. przedstawia te dane.

Tabela III. Źródła zdobywania informacji na temat profilaktyki raka piersi według badanych

Odpowiedzi	n	%
telewizja, radio	149	46,4%
Internet	220	68,5%
prasa	93	29%
znajomi i bliscy	80	24,9%
ktoś w rodzinie chorował	57	17,8%
lekarz rodzinny	37	11,5%
pielęgniarka	59	18,4%
położna	17	5,3%
lekarz ginekolog	118	36,8%
kampanie społeczne	190	59,2%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Analiza wyników badań wskazuje na to, że największą popularność wśród instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi wykazują Amazonki. Aż 80,4% kobiet zna właśnie tę organizację. Nieco mniejszy rozgłos zyskał Avon kontra Rak Piersi, na który zagłosowało 59,5% ankietowanych. Natomiast 9,7% respondentek stwierdziło, że zna Polską Unię Onkologii, 9,3% – Polski Komitet Zwalczenia Raka, a 8,4% kobiet przyznało, że nie zna żadnej organizacji bądź instytucji zajmującej się tą tematyką. Ankietowane, które wybrały odpowiedź „inne” stanowiły 1,2%. Wśród odpowiedzi, które podały była fundacja Rak and Roll, OnkoCafe, Poradnia Chorób Piersi oraz Cancer Research UK. Dane obrazuje tabela IV.

Tabela IV. Znajomość instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi wśród badanych kobiet

Odpowiedzi	n	%
Amazonki	258	80,4%
Polska Unia Onkologii	31	9,7%
Avon kontra Rak Piersi	191	59,5%
Polski Komitet Zwalczenia Raka	30	9,3%
inne	4	1,2%
nie znam	27	8,4%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Większość ankietowanych (69,8%) odpowiedziała, że wykonuje samodzielne badanie piersi. Natomiast 30,2% kobiet określiło, że takiego badania nie przeprowadza.

Z badań wynika, że najczęstszym zachowaniem profilaktycznym stosowanym przez kobiety jest samobadanie piersi. Odpowiedź taką wybrało 70,1% ankietowanych. Kolejnym istotnym działaniem były regularne wizyty u ginekologa, na które wskazało 47,7% kobiet, a także systematyczne badania piersi - 39,9%. Jedynie 4,4% respondentek wskazało na wizyty u lekarza rodzinnego, a 0,3% wybrało opcję „inne”, gdzie podało odpowiedź - wizyty u lekarza genetyka. Zaś 12,8% ankietowanych przyznało, że nie stosuje żadnych zachowań profilaktycznych w kierunku raka piersi. Dane zawiera tabela V.

Tabela V. Najczęściej stosowane zachowania profilaktyczne w kierunku raka piersi przez ankietowane

Odpowiedzi	n	%
samobadanie piersi	225	70,1%
regularne wizyty u ginekologa	153	47,7%

regularne wizyty u lekarza rodzinnego	14	4,4%
regularne badania piersi (mammografia, USG, rezonans piersi)	128	39,9%
inne	1	0,3%
żadne	41	12,8%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

W przeprowadzonym badaniu, aż 71,7% ankietowanych przyznało, że położna nigdy nie rozmawiała z nimi na temat badania piersi. Jedynie 28,3% odbyło taką rozmowę. W odpowiedzi na kolejne pytanie 60,4% kobiet stwierdziło, że pielęgniarka nie przeprowadzała z nimi nigdy rozmowy na temat badania piersi, natomiast 39,6% odbyło taką rozmowę. W przypadku prowadzenia przez lekarza ginekologa edukacji w zakresie badania piersi aż 69,8% respondentek odpowiedziało, że miało przeprowadzaną taką rozmowę, natomiast 30,2% ankietowanych nie uzyskało od ginekologa żadnej informacji na temat badań piersi. Wśród ankietowanych 52,6% kobiet miało wykonywane badanie piersi podczas wizyty u lekarza ginekologa, natomiast u 47,4% takie badanie nie było przeprowadzane. Respondentki, które uzyskały od ginekologa informacje z zakresu badania piersi częściej deklarowały wykonywanie samobadania (74,1%) niż kobiety, którym lekarz nie przekazał wiedzy na ten temat (59,8%). Dane obrazuje tabela VI.

Tabela VI. Zależność pomiędzy uzyskiwaniem informacji na temat badania piersi od ginekologa a wykonywaniem przez kobiety samobadania

		Rozmowa z ginekologiem na temat badania piersi	
		Tak	Nie
Wykonywanie samobadania piersi	Tak	166 (74,1%)	58 (59,8%)
	Nie	58 (25,9%)	39 (40,2%)

Ankietowane zapytano o to, z czym kojarzy się im słowo „profilaktyka”. 89,1% osób stwierdziło, że jest to zapobieganie chorobom i ochrona zdrowia, 65,1% – systematyczne badania, 41,4% – wczesne wykrywanie chorób, 34% – wiedza na temat zdrowia i chorób, natomiast 5,3% respondentek odpowiedziało, iż jest to leczenie chorób. Dane obrazuje tabela VII.

Tabela VII. Słowo „profilaktyka” w opinii ankietowanych

Odpowiedzi	n	%
------------	---	---

zapobieganie chorobom i ochrona zdrowia	286	89,1%
wiedza na temat zdrowia i chorób	109	34%
systematyczne badania	209	65,1%
wczesne wykrycie chorób	133	41,4%
leczenie chorób	17	5,3%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Zdecydowana większość badanych (97,8%) uznała, że samobadanie, mammografia, USG i rezonans piersi przyczyniają się do wczesnego wykrywania raka piersi. Za ledwie 1,6% kobiet odpowiedziało, że nie wie, a 0,6% stwierdziło, że badania te nie umożliwiają szybszego diagnozowania nowotworu gruczołu piersiowego. Poniższy rysunek 37 przedstawia te dane.

Zebrane wyniki świadczą o tym, że większość kobiet (76%) korzysta z badań profilaktycznych, gdyż ma świadomość, że mogą one zapobiec chorobie. Natomiast duża część kobiet, bo aż 19,6%, nie korzysta z takich badań. Bezpłatność badań zachęca 18,7% respondentek do korzystania z nich, zaś po 12,8% ankietowanych odpowiedziało, że przekonują je do tego reklamy i kampanie społeczne bądź fakt, że ktoś z bliskich zmagął się z rakiem piersi. Do stosowania tego rodzaju profilaktyki kobiety (6,9%) namawia również rodzina. Tabela VIII prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela VIII. Powód korzystania z badań profilaktycznych w opinii ankietowanych

Odpowiedzi	n	%
mam świadomość, że mogą one zapobiec chorobie	244	76%
badania są bezpłatne	60	18,7%
przekonują mnie do tego reklamy, kampanie społeczne	41	12,8%
przekonuje mnie do tego rodzina i bliskie mi osoby	22	6,9%
ktoś z rodziny lub bliskich jest lub był chory na raka piersi	41	12,8%
nie korzystam z badań profilaktycznych	63	19,6%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

Ankietowane zapytano o główny powód, dla którego kobiety nie chcą korzystać z badań profilaktycznych. Duża część badanych (66%) przyznała, że przyczyną może być strach przed chorobą. Respondentki wskazywały kolejno: 59,5% – przekonanie, że problem ich nie dotyczy, 57,3% – brak wiedzy na temat raka piersi, 52,6% – mała dbałość o własne

zdrowie, 41,7% – zbyt młody lub zbyt późny wiek na badanie, 41,4% – przekonanie, że są zdrowe oraz 38,3% – brak czasu. Wśród kobiet, które zaznaczyły odpowiedź „inne” padały takie rozwiązania jak: unikanie tematu, trudności w dostaniu się na badania, brak informacji od lekarzy ginekologów. Grupa ta stanowiła 0,9% ankietowanych. Poniższa tabela IX przedstawia te dane.

Tabela IX. Główna przyczyna, dla której kobiety nie chcą poddawać się badaniom profilaktycznym w opinii respondentek

Odpowiedzi	n	%
strach przed chorobą	212	66%
brak wiedzy na temat raka piersi	184	57,3%
brak czasu	123	38,3%
mała dbałość o własne zdrowie	169	52,6%
przekonanie, że są zdrowe	133	41,4%
wiek (uważają, że są zbyt młode lub zbyt leciwe na badanie)	134	41,7%
przekonanie, że ten problem ich nie dotyczy	191	59,5%
inne	3	0,9%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi

DYSKUSJA

Wiedza z zakresu profilaktyki raka piersi oraz stosowanie zachowań zdrowotnych przez kobiety jest istotnym elementem zapobiegającym wystąpieniu tej choroby bądź wczesnym jej wykryciu i szybkim wdrożeniu odpowiedniego leczenia.

W badaniu własnym aż 96,6% respondentek jako czynnik zwiększający ryzyko zachorowania na nowotwór sutka wymieniło obciążenie genetyczne. W dalszej kolejności wskazywały one na hormonalną terapię zastępczą (49,2%), wcześniejszy guz piersi (49,2%), doustne środki antykoncepcyjne (36,4%) czy palenie papierosów (35,8%). Natomiast niewiele ankietowanych wiedziało, iż ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu wzrasta również w przypadku przebycia aborcji (6,2%) bądź zajścia w pierwszą ciążę po 30 roku życia (8,7%). W badaniach przeprowadzonych przez Ślusarską najczęściej wymienianymi czynnikami ryzyka były uwarunkowania genetyczne (88,9%), wcześniejszy nowotwór piersi (66%) oraz wiek (54,3%) [39].

Znajomość objawów mogących świadczyć o wystąpieniu raka piersi należy do istotnych elementów przyczyniających się do wczesnego wykrycia choroby i jak najszybszego wdrożenia właściwych metod leczenia. Analiza badań własnych wykazała, iż najczęściej wymienianym przez respondentki objawem nowotworu piersi był wyciek z brodawki (65,7%) bądź jej wciągnięcie (52,3%), powiększenie węzłów chłonnych w dole pachowym (62%), a także nietypowe pobołowanie lub ból jednej piersi (49,2%). Najmniej znanymi objawami było za to poszerzenie żył skóry piersi (15,9%) oraz wysypka na brodawce (14,6%). Nieco inne wyniki w swoich badaniach uzyskała Paździor, gdyż najwięcej respondentek wskazało na guz piersi jako objaw nowotworowy (73%). Kolejnymi

pod wzgłędem wymieniania przez ankietowane były wyciek wydzieliny z brodawki (40%), jak również powiększenie węzłów chłonnych znajdujących się w dole pachowym (35%) [10]. Zdecydowana większość ankietowanych w badaniu własnym wiedziała, że nie każda zmiana zaobserwowana w piersi musi świadczyć o rozwoju raka gruczołu piersiowego (98,4%). Porównywalne wyniki uzyskała Michalik, gdzie 92% respondentek udzieliło prawidłowej odpowiedzi [30].

Mammografię jako badanie przesiewowe w kierunku wykrycia raka piersi wskazało 72%. Karczmarek-Borowska na podstawie swoich badań określiła, że wiedzę w tym zakresie posiada 90% ankietowanych [41].

W dobie powszechnego dostępu do informacji kobiety mogą czerpać wiedzę na temat profilaktyki raka piersi z różnych źródeł. W badaniach własnych jako główne źródło zdobywania wiadomości ankietowane wskazały Internet (68,5%), na kolejnym miejscu znalazły się kampanie społeczne (59,2%), a następnie telewizja i radio (46,4%). Z analizy Gawrych wynika, iż na pierwszym miejscu również wybierano Internet (62%), a w dalszej kolejności telewizję (60%) [42]. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że respondentki najczęściej swoją wiedzę na temat profilaktyki nowotworu piersi oceniały na poziomie dobrym (43,6%). Natomiast wyniki uzyskane przez Lorenc i wsp. wskazują, iż 68% badanych oceniło ją jako średnią [43]. Podobne dane otrzymała Bogusz i wsp., gdzie aż 74% ankietowanych zadeklarowało średni stopień wiedzy w tym zakresie [44].

Pytanie dotyczące znajomości instytucji bądź organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi w badaniach własnych wykazało, iż największą popularnością cieszą się Amazonki (80,4%) oraz Avon kontra Rak Piersi (59,5%). Natomiast niewielka ilość respondentek kojarzyła takie organizacje jak Polska Unia Onkologii (9,7%) czy Polski Komitet Zwalczania Raka (9,3%). Podobną znajomością w tym zakresie wykazały się kobiety w badaniach przeprowadzonych przez Gawrych, gdzie najlepiej znaną organizacją były Amazonki (96%) [42].

Kobiety zapytane o wykonywanie samobadania piersi w 69,8% deklarują takie działanie. Potwierdza to badanie Paździor i wsp, w których było to 70% respondentek [10 75]. Pomimo tak dużej liczby kobiet stosujących samobadanie, jedynie 40,8% przeprowadza je regularnie raz w miesiącu. W wynikach uzyskanych przez Suszyńską i wsp. jest to tylko 32 % [45]. Ślusarska i wsp. W swoich badaniach określają, iż 62,5% kobiet wie, kiedy powinno być wykonywane samobadanie [39]. Natomiast analiza własnych wyników wskazuje, że 49,5% ankietowanych poprawnie podało, że badanie to przeprowadza się 2-3 dni po miesiączce i dodatkowo 31,2% udzieliło odpowiedzi, że w przypadku zaprzestania miesiączkowania

powinno być ono wykonywane w jednym wybranym dniu w miesiącu. Zaś 53,6% udzielających odpowiedzi wie, że samobadanie wykonuje się trzema palcami. Stanowi to zbliżony wynik do otrzymanego przez Ślusarską i wsp. w swojej analizie (59,7%) [39].

Poziom wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi ma kluczowe znaczenie dla zapobiegania tej chorobie bądź wczesnego jej wykrywania. Dużą rolę w edukacji pacjentek w tym zakresie odgrywa personel medyczny. Analiza badań własnych wykazała, iż rozmowę na temat badania piersi z położną odbyło zaledwie 28,3% ankietowanych, z pielęgniarką - 39,6%, natomiast z lekarzem ginekologiem – 69,8% kobiet. Dodatkowo 52,6% respondentek przyznało, iż miało wykonywane badanie piersi podczas wizyty ginekologicznej. Z badań przeprowadzonych przez Najdyhor wynika, że ginekolog rozmawiał o badaniach piersi jedynie z 54% ankietowanych kobiet [9].

Na pytanie dotyczące przyczyny niechęci do poddawania się badaniom profilaktycznym większość respondentek odpowiedziała, że głównym powodem jest strach przed chorobą (66%). W dalszej kolejności wymieniały przekonanie, że problem zachorowania na raka piersi ich nie dotyczy (59,5%) oraz brak wiedzy na temat tej choroby (57,3%). W badaniach Gawrych ankietowane najczęściej uznawały, że strach przed ewentualnym wykryciem nowotworu piersi jest przyczyną niekorzystania przez kobiety z badań profilaktycznych w kierunku tej choroby (71%). Kolejnym wymienianym powodem była niedostateczna wiedza (31%) oraz przekonanie o dobrym zdrowiu (23%) [42].

WNIOSKI

1. Głównym źródłem, z którego kobiety czerpią wiedzę na temat profilaktyki raka piersi jest Internet.
2. Najczęściej stosowanym przez respondentki zachowaniem profilaktycznym w kierunku raka piersi jest samobadanie piersi.
3. Przekazywanie kobietom wiedzy na temat badania piersi przez personel medyczny wpływa na wzrost wykonywania przez nie samobadania.
4. Ankietowane wykazują pozytywny stosunek do wykonywania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi, gdyż mają świadomość, że dzięki nim mogą zapobiec tej chorobie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bułatowicz B., Gomuła A.: Diagnostyka i leczenie raka piersi - opieka nad kobietą po mastektomii. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży. 2009, 43, 45-54.
2. Węgorowski P., Michalik J., Gogułka E., Rząca M., Pietraszek A.: Assessment of women's knowledge about breast cancer prevention. Journal of Education, Health and Sport. 2017, 7(8), 593-606.
3. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory piersi w Polsce i Europie - populacyjny punkt widzenia. Nowotwory Journal of Oncology. 2013, 63(2), 111-118.
4. Janssens J., Vandeloo M.: Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. Nowotwory Journal of Oncology. 2009, 59(3), 159-167.
5. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. Journal of Education, Health and Sport. 2016, 6(8), 701-710.
6. Wojciechowska U., Didkowska J.: Poprawa przeżyć chorych na nowotwory złośliwe w Polsce. Analiza przeżyć pacjentów zdiagnozowanych w latach 2003 – 2005. Nowotwory Journal of Oncology. 2013, 63(4), 279-285.
7. Zych B., Marć M., Binkowska-Bury M.: Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów 2006, 1, 27–33.
8. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
9. Najdyhor E., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. Ginekologia Polska. 2013, 84, 116 - 125.
10. Paździor A., Stachowska M., Zielińska A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Nowiny Lekarskie. 2011, 80(6), 419-422.
11. Ślusarska B., Nowicki G.J., Łachowska E., Piasecka H., Marciniak A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo- demograficznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2016, 22(1), 59- 65.
12. Cichon P., Drucis K., Magnus M.: Rola szybkiej diagnostyki w hamowaniu progresji choroby - rozważania w świetle przypadków klinicznych raka piersi i doświadczeń własnych. Forum Medycyny Rodzinnej. 2016, 10(2), 102–109.
13. Kalinowski P., Bojakowska U.: Epidemiologia i analiza czynników ryzyka raka piersi. [W:] W drodze do brzegu życia: praca zbiorowa. T. 11, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J.(red.) Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. 2013, 341-349.

14. Jokiell M., Bielska-Lasota M.: Czynniki ryzyka raka piersi - możliwości profilaktyki pierwotnej. Przegląd Epidemiologiczny. 2010, 64, 435-438.
15. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.
16. Pogoda K., Niwińska A., Jagiełło-Gruszczyk A. i wsp.: Breast cancer in young women. Oncology in Clinical Practice. 2015, 11, 276-291.
17. Malczyk E., Majkrzak Ż.: Wybrane elementy stylu życia a ryzyko rozwoju raka piersi. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2014, 95(4), 827-830.
18. Seitz H.K., Pelucchi C., Bagnardi V., Vecchia C.: Epidemiology and Pathophysiology of Alcohol and Breast Cancer. Alcohol and Alcoholism. 2012, 47(3), 204-212.
19. Coronado G.D., Beasley J., Livaudais J.: Alcohol consumption and the risk of breast cancer. Salud Pública de México. 2011, 53(5), 440-447.
20. Markowska A., Kaysiewicz J., Makówka A., Staszewski R., Markowska J., Pałowska M.: Wpływ używek na rozwój nowotworów ginekologicznych. Current Gynecologic Oncology. 2016, 14(2), 109-116.
21. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012, 18(4), 291-296.
22. Hunter D.J.: Oral Contraceptives and the Small Increased Risk of Breast Cancer. The New England Journal of Medicine. 2017, 377, 2276-2277.
23. Mørch L.S., Skovlund C.W., Hannaford P.C., Iversen L., Fielding S., Lidegaard Ø.: Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. The New England Journal of Medicine. 2017, 377, 2228-39.
24. Karczmarek-Borowska B., Walowska A.: Analiza czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet po mastektomii - badania wstępne. Problemy Nauk Stosowanych. 2017, 6, 135-146.
25. Ban K.A., Godellas V.: Epidemiology of breast cancer. Surgical Oncology Clinics of North America. 2014, 23(3), 409-422.
26. Kamińska M., Ciszewski T., Łopacka-Szatan K., Miotła P., Starosławska E.: Breast cancer risk factors. Przegląd Menopauzalny 2015, 14(3), 196-202.
27. Chlebowski R.T., Anderson G.L., Gass M.: Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. JAMA. 2010, 304(15), 1684-1692.

28. Cichon P., Drucis K., Magnus M.: Rola szybkiej diagnostyki w hamowaniu progresji choroby - rozważania w świetle przypadków klinicznych raka piersi i doświadczeń własnych. *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2016, 10(2), 102–109.
29. Smoleń E., Dobrowolska B.: Wybrane zachowania zdrowotne oraz czynniki ryzyka raka piersi w grupie pielęgniarek województwa lubelskiego i podkarpackiego. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016, 6(7), 346-358.
30. Michalik J., Denis U., Wolski D., Stanisławek A., Węgorowski P.: Analysis of knowledge on breast cancer among women living in rural and urban areas. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017, 7(8), 325-335.
31. Grodecka-Gazdecka S.L.: Związki otyłości z rakiem piersi. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2011, 4, 231-238.
32. Sawicka K., Koza J.: Impact of diet on the risk of breast cancer. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018, 8(8), 818- 830.
33. Kułakowski A.: *Onkologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014.
34. Kalinowski P., Bojakowska U., Kowalska M.: Hormonal and reproductive risk factors in patients with breast cancer. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017, 7(4), 11-20.
35. Farbicka P.E., Nowicki A., Krzemkowska E.: Wiedza o zachowaniach prozdrowotnych i chorobie kobiet operowanych z powodu raka piersi. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2016, 6(2), 119-126.
36. Forma E., Szymczyk A., Krześlak A.: Wybrane ksenoestrogeny i ich wpływ na zdrowie człowieka. *Folia Medica Lodziensia*. 2013, 40(1), 79-97.
37. Salamucha A.: Pojęcie profilaktyki (Analiza semiotyczna). *Roczniki Pedagogiczne*. 2016, 8(44), 7-48.
38. Widomska-Czekajska T., Górajek-Jóźwik J. *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*. Tom 3. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
39. Ślusarska B., Nowicki G.J., Łachowska E., Piasecka H., Marciniak A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo- demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016, 22(1), 59- 65.
40. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E.: *Chirurgia onkologiczna*. Tom 3. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
41. Karczmarek-Borowska B., Strykowska A., Grądalska-Lampart M., Grybel M.: Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. Rzeszów 2013, 3, 298-310.

42. Gawrych H., Urban J.: Wpływ świadomości kobiet na profilaktykę i leczenie raka sutka. Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży. 2013, 52, 5-18.
43. Lorenc A., Pop T., Boychuk T.: Wiedza kobiet po 40 roku życia o czynnikach ryzyka i profilaktyce raka piersi. Young Sport Science of Ukraine. 2012, 4, 59-65.
44. Bogusz R., Charzyńska-Gula M., Majewska A., Gałęziowska E.: Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2013, 19(4), 523-529.
45. Suszyńska K., Nizioł E., Borzęcki A.: Samobadanie piersi i jego znaczenie w profilaktyce raka piersi. Analiza piśmiennictwa. Higiena i środowisko a zdrowie człowieka. 2014.

WIEDZA KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI I CZYNNIKÓW RYZYKA RAKA SZYJKI MACICY

KAMIŁA WNOROWSKA¹, BEATA KOWALEWSKA²

¹ Oddział Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Prawdziwy rozwój cytodiagnostyki nastąpił w latach 80-tych XX wieku, w którym doszło do upowszechnienia systemu oceny rozmazów cytologicznych. W późniejszych latach kilkakrotnie wprowadzano poprawki i zmiany, aż do roku 2001 [1].

Na świecie rak szyjki macicy może dotyczyć 1,5 miliona kobiet. Badania przeprowadzone w 2004 roku wskazują na 34 300 tys. kobiet pochodzących z 27 krajów Unii Europejskiej, które zostały naznaczone nowotworem szyjki macicy. Z powodu nowotworu zmarło 16 300 tys. Europejek [2].

W Polsce odnotowuje się ok 3 300 tys. nowych zachorowań w terminie 12 miesięcy, z czego połowa z tych kobiet w czasie kolejnych 12 miesięcy umiera. Polska na tle całej Europy jest na średniowysokim miejscu zachorowalności o współczynniku 11,9 i o wskaźniku umieralności 5,9. Zgodnie z danymi z ostatnich lat dotyczących nowotworów rak szyjki macicy stanowi 8 % wszystkich nowotworów złośliwych występujących u kobiet. Ten sam nowotwór jest przyczyną 5% wszystkich zgonów wśród kobiet mających problemy ginekologiczne. Analiza danych dotyczących współczynnika zachorowalności w Polsce w ostatnich latach pozwoliła na sformułowanie wyników. Stwierdzono wzrost liczby zachorowań wśród kobiet będących w wieku od 35 do 44 a spadek liczby zachorowań u kobiet powyżej 45 roku życia [3].

Na raka szyjki macicy chorują kobiety niezależnie od szerokości geograficznej. W 80% przypadkach dotyczy kobiet zamieszkujących kraje wysoko rozwinięte. Wskaźnik na wysokim poziomie jest wynikiem rozwoju medycyny, zaawansowanych technik diagnostycznych i nieskutecznej profilaktyki. Najniższy współczynnik zachorowalności odnotowuje się w krajach tj. Arabia Saudyjska- 2%, Iranie- 4,4%, Turcji- 5%, Rumunii- 2,4%. Znana jest przyczyna takiego stanu – brak środków na diagnostykę, słaby sprzęt medyczny oraz niska świadomość kobiet [1, 3].

Rak szyjki macicy to cichy zabójca. Nowotwór podstępnie wzrasta latami-

bezbobjawowo. Choroba moŹe rozwijać się na przestrzeni od 3 do 10 lat co powoduje, Źe kobiety zbyt póżno poznaję diagnozę. W kręgach medycznych rak szyjki macicy uwaŹany jest za nowotwór, który cięgle rośnie w siłę, mimo postępu medycyny, dobrej wiedzy medycznej i powszechnie dostępnej diagnostyce. Rak jest silniejszy, a lekarze bezradni. Lekarze ginekolodzy i onkolodzy odnotowuję ponure statystyki wskaźników śmiertelności- 7 przypadków na 100 tys. kobiet. Przykładem doskonałej i skutecznej walki z rakiem jest Finlandia. Finlandia ma najniŹszy wskaźnik zachorowalności w Europie i wynosi 1,8 na 100 tys. kobiet [4].

Rak szyjki macicy nie ma uwarunkowania genetycznego. Jego bezpośrednią przyczyną jest zakaŹenie wirusem brodawczaka ludzkiego zwanego HPV. ZakaŹenie wirusem prowadzi do uszkodzenia nabłonka i do nieprawidłowego wzrostu i podziałów komórkowych. Odkrycie HPV pozwoliło na duŹy krok w cytodiagnostyce. Badania nad wirusem brodawczaka ludzkiego były tak cenna zdobyczą medycyny, Źe uhonorowano je nagrodą Nobla [5].

W XXI wieku wiadomo, iŹ profilaktyka raka szyjki macicy powinna obejmować juŹ młode kobiety nieaktywne seksualnie. Skuteczna profilaktyka chorób zakaźnych to szczepienie, więć podążając za tym powstała szczepionka przeciw HPV. Szczepionka kierowana jest do młodych kobiet ok 12 roku Źycia co pozwoli uchronić się przed infekcją w 75%. Do pełni prawidłowej profilaktyki konieczne jest podniesienie świadomości wśród kobiet na temat choroby i regularność badań. Połączenie wszystkich składowych pozwoli uzyskać nam doskonałe wyniki, a w przyszłości zmianę wysokiego wskaźnika zachorowalności i umieralności na niŹszy [6].

Epidemiologia

Rak szyjki macicy to trzeci co do częstości występowania nowotwór u kobiet. Rocznie na świecie na tą chorobę zapada ponad 500 tys. kobiet, a umiera przeszło 300 tys. Rak szyjki macicy na świecie stoi wysoko w rankingu zachorowalności – na drugiej pozycji nowotworów złośliwych, a na trzecim miejscu ze względu na umieralność. Regiony podwyŹszonego ryzyka szybkiego raka szyjki macicy to Afryka, Ameryka Południowa, Ameryka Środkowa, Indie oraz Europa Południowo-Wschodnia. To właśnie w Europie Południowo- Wschodniej sytuacja epidemiologiczna jest bardzo niepokojąca. Na kontynencie najczęściej choruję kobiety w grupie wiekowej 40-55 [7].

W Polsce rak szyjki macicy jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet.

Według WHO standaryzowany wiekowo współczynnik zachorowalności wynosi 18,4 na 100 000 kobiet, a współczynnik umieralności 7,8 na 100 000 [8].

Na świecie najwyższy współczynnik zachorowalności odnotowuje się m.in. na Haiti (88), Tanzanii (68,6), Kambodży (38,7). Najniższy współczynnik zachorowalności obserwuje się w Arabii Saudyjskiej (2,0), Finlandii (4,3), Iranie (4,4), Australii (7,4) oraz w Krajach Ameryki Północnej (7,7) [6].

Polska na szczęście należy do krajów o średniowysokim wskaźniku na tle całej Europy. Dane podawane przez Polskie Centrum Onkologii wskazują, iż rak szyjki macicy stanowi 8% wszystkich nowotworów i jest przyczyną 5% zgonów. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyznaczyła standaryzowany współczynnik zachorowań wśród Polek, który wynosi 18,4 oraz współczynnik umieralności -7,8 [5].

Unia Europejska po 2000 roku przyjęła nowych członków- 11 nowych państw, wśród których przeprowadzono badania dotyczące zachorowalności na raka szyjki macicy. Odkryto, iż wśród nowej grupy członkowskiej zachorowalność jest większa niż u pozostałych starych państw Unii Europejskiej. Duża zachorowalność i śmiertelność w granicach nowej europejskiej jedenastki jest wynikiem wieloletnich zaniedbań i ignorancji tego tematu [8].

Analizując dane ze świata zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy wskazuje na stopniowo i stale zmniejszającą się liczbę nowych przypadków medycznych. W najbliższej dekadzie prognozuje się tendencję spadkową. Na taki stan rzeczy zapracują profilaktyka i podniesienie świadomości wśród kobiet [8].

W Polsce w latach 2005-2006 rozpoczęto popularyzowanie programów badawczych i profilaktycznych. Niekorzystna sytuacja epidemiologiczna zaczęła się przejaśniać, za sprawą badań cytologicznych wykonywanych w ramach programów walki z rakiem. Doskonałym przykładem sukcesów profilaktyki ostatnich lat było województwo Wielkopolskie. W 2005 roku rozpoczęto systematyczne wprowadzanie programów profilaktycznych w życie. Należałoby wspomnieć, iż województwo Wielkopolskie miało jeden z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy. Profilaktyka zdziałała cuda- kobiety odkryły dobrodziejstwo programu, pokonały wstyd, i otworzyły się na darmowe badania cytologiczne. Po pierwszym roku działania profilaktycznego programu współczynnik z 12,6 spadł do 8,9 [4].

Rozliczenie programów profilaktycznych z ich skuteczności i z wykorzystania darowych badań cytologicznych miało miejsce w 2011 roku. Analiza danych wykazała, iż kobiety chętnie korzystały z badań cytologicznych w ramach umowy z NFZ [8].

Etioopatogeneza

Badania na przełomie ostatnich lat udowodniły, iż największy wpływ na rozwój raka szyjki macicy ma przewlekłe zakażenie wirusem ludzkiego brodawczaka (HPV). Czynn timer inicjuje, proces kancerogenny. Wyróżnić możemy kilkadziesiąt typów wirusa HPV, lecz najgroźniejsze są te o wysokim potencjale onkogennym t.j.: 16,18 oraz 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 [5].

Wirus brodawczaka ludzkiego jest bezwzględnym ogniwem w zapoczątkowaniu procesu zmian nowotworowych w komórkach nabłonnka szyjki macicy. Wystąpienie HPV jest kluczowe, lecz istnieją inne czynn timer ryzyka, które umożliwiają na rozwój negatywnych w skutkach przemian w obrębie szyjki macicy [7].

Znaczące dla rozwoju raka szyjki macicy są takie czynn timer jak:

- wiek
 - wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego
 - współżycie z wieloma partnerami
 - ryzykowne zachowania partnerów seksualnych
 - przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych
 - palenie tytoniu
 - zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV)
 - liczne ciąże i porody
 - brak opieki ginekologicznej, a co za tym idzie brak przesiewowych badań cytologicznych
 - niedobory wybranych składników diety
 - przewlekłe i powtarzające się zakażenia pochwy wynikające z HSV 2 (*Herpes simplex virus*), Chlamydia trachomatis, wirus Epsteina-Barra oraz innym zakażeniom bakteryjnym,
 - predyspozycje genetyczne
 - brak profilaktyki wśród dziewcząt opartej na szczepieniach przeciw wirusowi HPV HR
- [8].

Przed udowodnieniem roli HPV w procesie chorobotwórczym, znaczącą wagę przywiązywano do innych czynników ryzyka. Wcześniejsze teorie krążyły wokół stwierdzenia, iż rak szyjki macicy wynika z infekcji pochwy i częstszych kontaktów seksualnych [8].

Istnieje silny związek między zachorowalnością na raka szyjki macicy a czynnikami

socjo - ekonomicznymi kobiet. W krajach nisko rozwiniętych status kobiety i jej potrzeby są na dalszym planie. Brak profilaktyki i wiedzy pozwalają nie dostrzegać problemu jaki trapi kobiety. Niski status materialny sprawia, iż są one obciążone bardzo wysokim ryzykiem wystąpienia choroby. Ubogie regiony nie mają szans na poprawę sytuacji, tak więc umieralność w tej grupie społecznej jest na wysokim poziomie [8].

Kraje wysokorozwinięte borykają się z innym problemem jakim są zachowania seksualne kobiet. W przeciwieństwie do krajów 3-go świata, emancypacja Europejki spowodowała, iż samodzielnie decydują o własnej seksualności i zaspokajają potrzeby intymne. Wolność kobiet przyczyniła się do obniżenia wieku seksualnego kobiet- uważa się to za główny czynnik ryzyka rozwoju nowotworów. Ryzyko wzrasta dwukrotnie, gdy pierwszy stosunek płciowy odbędzie się przed 16 r.ż. W porównaniu do kobiet, które inicjację rozpoczęły po 20 r.ż [4].

Posiadanie wielu partnerów również stanowi ryzykowny czynnik. Często zmiana partnerów seksualnego może być przyczyną neoplazji szyjki macicy. Kobiety uprawiające seks z 3 partnerami zwiększyły swoje ryzyko o 4,5 raza niż kobiety mające 1 partnera. Prowadzi to do rozwoju zmian o charakterze CIN2+, CIN 3, raka przedinwazyjnego czyli zmian śródnabłonkowych o dużym stopniu inwazyjności tzw. HSIL[8].

Badania pokazują, iż kobiety pozostające w stałych związkach z obkrzezanymi partnerami 3 razy rzadziej chorują na raka szyjki macicy. Dowiedziono, iż obkrzezanie zmniejsza ryzyko infekcji HPV, nosicielstwa i transmisji tego wirusa a tym samym przyczynia się do zdrowia partnerki. Bardzo istotną rzeczą staje się przynależność kulturowa i zamieszkiwany obszar geograficzny. W grupie ortodoksyjnych Żydówek obserwuje się tendencję 3 razy rzadszej zapadalności na raka szyjki macicy niż wśród innych grup kulturowych [5].

Przeszłość położnicza rzutuje na zdrowiu kobiety, w szczególności dotyczy to wieloródek. Istnieje związek między ilością porodów a rozwojem raka. Liczne ciążę i porody mają znaczenie, gdyż im większa liczba porodów tym wyższe ryzyko zachorowania. Związek ten został dogłębnie zbadany. Wszystkie te czynniki kumulują się wywierając niekorzystny wpływ na zdrowie. Ciąża to nie tylko wzrost wagi to również huśtawka hormonalna. Zmiany hormonalne zachodzące podczas ciąży, a właściwie oddziaływanie progesteronu jest znaczące dla przetrwałej infekcji HPV. Wysoki poziom hormonu prowokuje infekcję HPV do aktywności i transformacji. Warto wspomnieć o nacisku na szyjkę macicy podczas ciąży i oczywiście podczas porodu drogami natury. Duże siły podczas parcia i narodzin dziecka prowadzą do uszkodzeń szyjki macicy -czy to mikro uszkodzeń czy poważnych pęknięć- aby

zachować odpowiednio szczelną barierę przed patogenami szyjki macicy powinna być cała i niezmiennona [3].

Antykoncepcja hormonalna wpływa na rozwój stanów przedrakowych i rakowych. Tabletki zawierające dwa składniki estrogen i progesteron powodują zwiększenie ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Zażywanie doustnej antykoncepcji przez 5 lat prowadzi do zwiększenia ryzyka zachorowania 3 krotnie. Połączenie antykoncepcji z innymi czynnikami ryzyka zwiększa ryzyko 7 krotnie. Substancje zawarte w tabletkach antykoncepcyjnych powodują wzrost tempa transkrypcji DNA wirusa HPV, ułatwiając mu prowadzenie procesów przemiany zdrowego nabłonka szyjki macicy w patologiczne zmiany chorobotwórcze. Antykoncepcja zmniejsza ryzyko niechcianej ciąży, lecz zwiększa ryzyko infekcji a tym samym zachorowania na raka szyjki macicy. Inne metody antykoncepcji prezerwatywa, kapturek naszyjkowy lub też kapturek dopochwowy chronią zarówno kobietę jak i mężczyznę przed chorobami wenerycznymi, ograniczają znacznie możliwość infekcji HPV i oczywiście zakażeniem HIV [4, 5].

Zakażenie współistniejące sprzyja wystąpieniu infekcji HPV oraz rozwojowi raka szyjki macicy. Mowa tu o czynnikach infekcyjnych przenoszonych drogą płciową. Kobieta zakażona wirusem HIV jest w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy oraz wszystkich pozostałych schorzeń na tle infekcyjnym HPV. Zakażenie HIV upośledza system odpornościowy organizmu, tak więc wszelkie ryzykowne zachowania grożą nabyciem infekcji w tym także infekcji HPV. Zakażenie HIV upośledza mechanizmy obronne komórek. Badania wykazują, iż kobiety HIV- seropozytywne są w 40-90% narażone na potencjalne infekcje HPV. Narażenie kobiet z grupy zarażonych HIV- seronegatywnych stanowi 25-55% ryzyka zachorowania. Zakażenie HPV u kobiet z HIV dodatnim zależy od stężenia limfocytów CD4. Kobiety te obciążone są 10-krotnym ryzykiem rozwoju nowotworu raka szyjki macicy. Zakażenia HIV oraz HPV działają wspólnie na niekorzyść organizmu zwielokrotniając ryzyko rozwoju CIN lub raka szyjki macicy [5].

Palenie tytoniu na negatywny wpływ na organizm ludzki jest to prawda znana nie od dziś. Uznanie tytoniu za czynnik ryzyka stanów przedrakowych i raka szyjki macicy nie był już tak oczywisty. Nałogowe palenie 10 sztuk papierosów dziennie zwiększa ryzyko zachorowania 2-krotnie. Dym z papierosa, czyli nikotyna działa kancerogennie, gdyż związek ten występuje w śluzie szyjki macicy kobiet palących, zmniejszając zdolność immunologiczną na infekcję HPV. Nikotyna blokuje naturalną barierę jaką jest nabłonek szyjki macicy i jego śluz. Ryzyko CIN oraz nowotworu inwazyjnego u kobiet palących intensywnie wzrasta wraz z czasem trwania nałogu. Wieloletnie palenie tytoniu zwiększa

ryzyko zaawansowanych stopni CIN 2 i CIN 3 jest ogromne. U kobiet palących juŹ badanie cytologiczne wychodzi nieprawidłowo [5].

Organizm człowieka definiują różne czynniki ryzyka, lecz ten najwaŹniejszy to genetyka. Geny to zapis poszczególnych cech organizmu, jego skłonności do chorób czy teŹ do pewnych schorŹeń. Biorąc pod uwagę raka szyjki macicy w wyniku zakaŹenia HPV w szczególności typu onkogennego moŹemy wysunąć stwierdzenie, iŹ waŹne są geny kobiety, gdyŹ to one będa warunkować o ryzyku zachorowalności [9].

Stan odŹywienia organizmu ma znaczący wpływ. Zdrowy organizm to organizm, który zwalcza infekcje lub teŹ nie dopuszcza do zakaŹenia, oraz który szybko zwalcza patogeny nie dopuszczając do ich namnaŹania i rozwoju. Obecnie duŹy nacisk przekłada się na znaczenie diety. Znane są składniki które przeciwdziałają rozwojowi raka m.in. Wit. A, C, E. Dieta powinna być zbilansowana bogata w owoce i warzywa tak aby z pokarmem dostarczać duŹej ilości β - karotenu witamin A, C, i E. Działanie ochronne wykazuje witamina A – zmniejsza ona ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy działając ochronnie na nabłonek wielowarstwowy płaski porywający pochwową część szyjki macicy. Witamina D równieŹ naleŹy do antyoksydantów, które wykazują działania przeciwnowotworowe. Retinoidy stanowią składnik ochronny zapobiegający patologicznym nabłonka. Retinoid sprawuje pieczę nad prawidłowym różnicowaniem się komórek oraz ich dojrzewaniem wyścielających szyjkę macicy [10].

ZakaŹenia HPV w wyniku kontaktów genitalnych naleŹą do najczęstszych zakaŹeń tym wirusem. Kontakty poza płciowe lub teŹ bez penetracji lub przeniesienie wirusa z matki na dziecko podczas porodu są niezwykle rzadkie wręcz unikatowe w skali wszystkich zakaŹeń HPV. Niepokojącym sygnałem powinny być częste nawracające zakaŹenie przed inicjacją seksualną lub teŹ zakaŹenia o gwałtownym przebiegu występujące po inicjacji [8].

CEL PRACY

1. Ocena stanu wiedzy kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka szyjki macicy
2. Ocena zachowań zdrowotnych w grupie ankietowanych

Cel ogólny został wzbogacony o cele szczegółowe:

1. Ocena wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy w zależności od zmiennych demograficznych.
2. Ocena wpływu zmiennych demograficznych na podejmowane działania profilaktyczne

w badanej grupie.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, od stycznia do końca grudnia 2019 roku. Badania przeprowadzono wśród 100 kobiet zamieszkujących województwo podlaskie. Ankieta skierowana była do kobiet w każdym wieku. Wszystkie ankiety zostały wypełnione przez kobiety po wcześniejszym wyrażeniu przez nie świadomej zgody na udział w badaniach, każda kobieta była poddawana badaniu tylko raz.

W badaniu posłużono się ankietą przygotowaną na potrzeby prezentowanego badania. Kwestionariusz ankiety składał się z 22 pytań, pierwsze 8 pytań dotyczyły wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz rodzaju wykonywanej pracy, liczby porodów oraz stosowania doustnej antykoncepcji, a pozostałe pytania dotyczyły występowania różnych odmian raka, występowania w rodzinie, jakie są formy profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy. Ankieta miała na celu określić, jaki poziom wiedzy przedstawiają kobiety na temat raka szyjki macicy, dotyczyła również czynników ryzyka zachorowalności na raka szyjki macicy a także miała zweryfikować kobiety regularnie wykonują badania kontrolne, co ma dla nich największe znaczenie w przypadku leczenia. W ankiecie znajdowały się pytania jednokrotnego wyboru. Ankieta miała charakter anonimowy.

Zebrane wyniki zostały opracowane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2016.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniach wzięło udział 100 kobiet, które na potrzeby badania podzielono na trzy grupy wiekowe (Tab. I). Pierwsza grupa wiekowa 18-25 r.ż. stanowi 37%, druga grupa wiekowa 26-50 r.ż. stanowi 46%, trzecia grupa wiekowa > 50 r.ż. stanowi 17%. Najliczniejszą grupą jest grupa wiekowa 26-50 r.ż., do której należy 46% kobiet (n=46). Druga, co do liczebności grupa, to kobiety w przedziale wiekowym 18-25 r.ż. co stanowi 37% kobiet (n=37). Najmniejsza grupa to kobiety w wieku > 50 r.ż. i stanowią 17 % respondentek (n=17).

Tab. I. Podział na grupy wiekowe

Wiek	N	Procent	Ogółem
18-25 r.ż.	37	37,00%	37

OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ NOWOTWOROW

26-50 r.ż.	46	46,00%	46
> 50 r.ż.	17	17,00%	17

W grupie respondentek 73% kobiet zamieszkuje miasto (n=73). Tereny wiejskie zamieszkuje 27% badanych kobiet (n=27). Dane przedstawia Tab. II.

Tab. II. Miejsce zamieszkania badanej grupy

Miejsce zamieszkania	N	Procent	Ogółem
Miasto	73	73,00%	73
Wieś	27	27,00%	27

Zestawiono ze sobą dane dotyczące wieku i miejsca zamieszkania respondentek. Grupa wiekowa 18—25 r.ż. pod względem zamieszkania przedstawia się następująco: 30% kobiet zamieszkuje miasto, 7% zamieszkuje wieś. Grupa wiekowa 26-50 r.ż. dzieli się na kobiety zamieszkujące miasto - 43% oraz na kobiety zamieszkujące wieś- 3%. W grupie wiekowej >50 r.ż. wszystkie respondentki w tej grupie zamieszkują wieś co stanowi 17%. W znacznej części ankietowane zamieszkują miasto co stanowi 73%, a tylko 27% kobiet deklaruje zamieszkanie na terenach wiejskich. Dane przedstawia Tab. III.

Tab. III. Podział na miejsce zamieszkania z uwzględnieniem wieku

Miejsce zamieszkania/wiek	18-25		26-50		> 50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Miasto	30	30,00%	43	43,00%	-	0,00%	73	73,00%
Wieś	7	7,00%	3	3,00%	17	17,00%	27	27,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Największa liczba badanych kobiet posiada wykształcenie wyższe - 63%, wykształcenie średnie uzyskało 27% kobiet. Pozostała część badanych uzyskała wykształcenie zawodowe co stanowi 4% i wykształcenie podstawowe 6%. Uwzględniając wykształcenie i wiek anektowanych największą grupę stanowią kobiety w przedziale wiekowym 26-50 lat z wykształceniem wyższym co stanowi 33%. Najmniej liczną grupę stanowią kobiety w wieku > 50 r.ż. z wyższym wykształceniem jedynie 2%. Respondentki w przedziale wiekowym 18-25 lat nie udzieliły żadnej odpowiedzi w rubryce wykształcenie podstawowe i zawodowe. Dane przedstawia Tab. IV.

Tab. IV. Podział wykształcenia z uwzględnieniem wieku

Wykształcenie	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Podstawowe	0	0,00%	2	2,00%	4	4,00%	6	6,00%
Zawodowe	0	0,00%	0	0,00%	4	4,00%	4	4,00%
Średnie	9	9,00%	11	11,00%	7	7,00%	27	27,00%
Wyższe	28	28,00%	33	33,00%	2	2,00%	63	63,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Badane kobiety zapytano o stan cywilny. Największą grupę stanowią mężatki - 77%, grupy ankietowanych kobiet. Drugą liczną grupę stanowią panie pozostające w stanie wolnym tj. panna 19%. Najmniej liczne grupy to kobiety rozwiedzione - 3% oraz wdowa - 1%. Uwzględniając stan cywilny i podział wiekowy najliczniejszą grupę stanowią kobiety w przedziale wiekowym 26-50 lat będące z związku małżeńskim i stanowią - 40% ankietowanych, mężatki w przedziale wiekowym 18-25 lat stanowią - 22%, a najmniej liczna grupa to kobiety >50 r.ż. pozostające w związku małżeńskim co stanowi 15%. Dane przedstawia Tab. V.

Tab. V. Podział wiekowy z uwzględnieniem stanu cywilnego

Stan cywilny	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Panna	14	14,00%	5	5,00%	0	0,00%	19	19,00%
Mężatka	22	22,00%	40	40,00%	15	15,00%	77	77,00%
Rozwódka	1	1,00%	0	0,00%	2	2,00%	3	3,00%
Wdowa	0	0,00%	1	1,00%	0	0,00%	1	1,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Analizie poddano aktywność zawodową respondentek. Większość ankietowanych jest pracownikiem umysłowym co stanowi 48%, pracownicy fizyczni stanowią 18% oraz studenci stanowią 28%. W grupie ankietowanych znalazła się emerytka co stanowi 1%. Wśród respondentek znaleźli się również rencistki 1% i bezrobotne kobiety 4%. Najliczniejszą grupę stanowią pracownicy umysłowi w przedziale wiekowym 26-50 lat co stanowi 35% kobiet. Najliczniejszą grupę stanowią studentki w przedziale wiekowym 18-25 lat – 25%. Dane przedstawia Tab. VI.

Tab. VI. Podział na grupy wiekowe z uwzględnieniem zajmowanego stanowiska.

Zajmowane stanowisko	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pracownik umysłowy	10	10,00%	35	35,00%	3	3,00%	48	48,00%
Pracownik fizyczny	0	0,00%	6	6,00%	12	12,00%	18	18,00%
Student	25	25,00%	3	3,00%	-	0,00%	28	28,00%
Emerytka	-	0,00%	-	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Rencistka	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Bezrobotna	2	2,00%	2	2,00%	0	0,00%	4	4,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Znaczna większość kobiet wśród badanej grupy była w ciąży i urodziła zdrowe dziecko. Kobiety, które nigdy nie rodziły dzieci stanowią 29%. Kobiety, które rodziły stanowią 71% respondentek. Uwzględniając liczbę porodów i przedział wiekowy kobiet najwięcej dzieci posiadają kobiety z grupy 26-50 lat co stanowi 46%. Kobiety w grupie wiekowej 18-25 lat liczba porodów n=1 stanowią 6%, liczba porodów n=2 stanowi 2%. Największa ilość przebytych porodów i posiadania dzieci widnieje w grupie wiekowej > 50 r.ż.: liczba porodów n=4 stanowi 1%, oraz liczba porodów n=5 stanowi 1%. Trzy porody deklarują kobiety w grupie wiekowej 26-50 co stanowi 3%. Dane przedstawia Tab. VII.

Tab. VII. Podział na grupy wiekowe z uwzględnieniem liczby porodów

Liczba porodów	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	6	6,00%	5	5,00%	4	4,00%	15	15,00%
2	2	2,00%	38	38,00%	11	11,00%	51	51,00%
3	0	0,00%	3	3,00%	0	0,00%	3	3,00%
4	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
5	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Nigdy nie rodziłam	29	29,00%	0	0,00%	0	0,00%	29	29,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Badane kobiety zapytano o stosowanie środków antykoncepcyjnych, a wyniki zgromadzono w Tab. X. Największa grupa respondentek deklaruje, że nie używa środków antykoncepcyjnych co stanowi 46%, wśród respondentek są kobiety, które zamierzają w najbliższym czasie rozpoczęcie stosowania środków antykoncepcyjnych 7%. Część kobiet przyznaje się do stosowania środków antykoncepcyjnych co stanowi 38%. W grupie znalazły się kobiety, które wcześniej stosowały antykoncepcję, ale obecnie zaprzestały korzystania co stanowi 9%. Kobiety, które nigdy nie przyjmowały środków antykoncepcyjnych w poszczególnych przedziałach wiekowych: w grupie wiekowej 18-25 stanowią 19%,

w grupie wiekowej 26-50 stanowią 11% a w grupie > 50 r.ż. Stanowią 16%. Dane przedstawia Tab. VIII.

Tab. VIII. Podział na grupy wiekowe z uwzględnieniem stosowania środków antykoncepcyjnych

Środki antykoncepcyjne	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	11	11,00%	27	27,00%	0	0,00%	38	38,00%
Nie	19	19,00%	11	11,00%	16	16,00%	46	46,00%
Już nie	-	0,00%	8	8,00%	1	1,00%	9	9,00%
Zamierzam	7	7,00%		7,00%	-	0,00%	7	7,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Analiza części szczegółowej ankiety

Ankietowane kobiety zapytano o częstości korzystania z porad ginekologicznych i wizyt w gabinecie ginekologa. (Tab. IX). Ponad połowa respondentek przyznaje, iż raz na rok korzysta z porad ginekologa co stanowi 27% kobiet, liczną grupę stanowią również kobiety korzystające z porad ginekologa częściej niż raz do roku 59%, a kobiety odwiedzające gabinet ginekologa nie częściej niż co 2 lata stanowią 9%. Najmniej liczną grupę stanowią kobiety nie chodzące do ginekologa - 5%.

Najliczniejszą grupę stanowią kobiety chodzące do ginekologa częściej niż raz w roku - w grupie wiekowej 18-25 lat i stanowią 35%. W drugiej grupie wiekowej 26-50 lat kobiety chodzące do ginekologa częściej niż raz w roku stanowią 23%, a kobiety z tej samej grupy wiekowej chodzące na wizytę tylko raz w roku stanowią 21%. Dane przedstawia Tab. IX.

Tab. IX. Podział na grupy wiekowe z uwzględnieniem częstości korzystania z poradni ginekologa

Pytanie 1	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Częściej niż raz w roku	35	35,00%	23	23,00%	1	1,00%	59	59,00%
Raz w roku	2	2,00%	21	21,00%	4	4,00%	27	27,00%
Co 2 lata	0	0,00%	2	2,00%	7	7,00%	9	9,00%
Nie chodzą do ginekologa	0	0,00%	0	0,00%	5	5,00%	5	5,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Większa część ankietowanych 55% jest przekonana, że na raka szyjki macicy umiera 3-4 tys. kobiet w Polsce. Takiej odpowiedzi udzieliło 34% kobiet w grupie wiekowej 26-30 lat, a w grupie wiekowej 18-25 lat uzyskano taką ilość odpowiedzi u 19% kobiet. Odpowiedzi 2 - 3 tys. kobiet umierających rocznie w Polsce udzieliło 13% kobiet. Odpowiedzi powyżej 4 tys. udzieliło 27% kobiet. Najmniejszą liczbę odpowiedzi 5% uzyskała odpowiedź -miej niż

1 tys. Dane przedstawiono w Tab. X

Tab. X. Liczba kobiet rocznie umierających na raka szyjki macicy w Polsce

Pytanie 2	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mniej niż 1 tys.	0	0,00%	3	3,00%	2	2,00%	5	5,00%
2-3 tys.	6	6,00%	7	7,00%	0	0,00%	13	13,00%
3-4 tys.	19	19,00%	34	34,00%	2	2,00%	55	55,00%
Powyżej 4 tys.	12	12,00%	2	2,00%	13	13,00%	27	27,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Największą grupę stanowią kobiety, które wykonywały badanie cytologiczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy co stanowi 51%. Taką odpowiedź uzyskano wśród kobiet w przedziale wiekowym 26-50 lat na poziomie 25%, w przedziale wiekowym 26-50 wynosi ona 26%. Znaczącą grupę tworzą kobiety, które wykonywały badanie cytologiczne w okresie powyżej 3 lata co stanowi 42% odpowiedzi. Cytologię wykonaną powyżej 3 lat deklaruje 10% kobiet w przedziale wiekowym 18-25, 17% w przedziale wiekowym 26-50 lat, oraz 15% w przedziale wiekowym > 50 r.ż. Najmniejszą część grupy zajmują kobiety z odpowiedzią - Nigdy nie wykonywały cytologii co stanowi 2% kobiet z grupy wiekowej >50 r.ż. Zanotowano również kobiety, które nie dawniej niż 3 lata temu wykonały cytologię co stanowi zaledwie 5% kobiet (Tab. XI).

Tab. XI. Ostatnie wykonane badanie cytologiczne w badanej grupie

Pytanie 3	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	N	%	n	%	n	%	n	%
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	25	25,00%	26	26,00%	0	0,00%	51	51,00%
Nie dawniej niż 3 lata temu	2	2,00%	3	3,00%	0	0,00%	5	5,00%
Ponad 3 lata temu	10	10,00%	17	17,00%	15	15,00%	42	42,00%
Nigdy nie wykonywałem	0	0,00%	0	0,00%	2	2,00%	2	2,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Grupa badanych kobiet została zapytana o znajomość pojęcia cytologia. Analizując dane sprawdzano znajomość i poziom wiedzy dotyczącej badania. Największa grupa kobiet odpowiedziała poprawnie i wskazała odpowiedź, iż cytologia to badanie polegające na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Grupa wynosiła 89% respondentek. Najczęściej udzielana odpowiedź to badanie polegające na pobraniu wymazu z szyjki macicy, której udzieliło 35% kobiet w przedziale wiekowym 18-25 lat, oraz 40 % kobiet w przedziale wiekowym 26-50

oraz 14% kobiet > 50 r.ż. Kilka kobiet wskazało, iż badanie cytologiczne jest to badanie czystości pochwy co stanowi 10%. Najmniejszą popularnością cieszyła się odpowiedź, iż cytologia jest badaniem płodności, której udzieliło jedynie 1% kobiet. Dane przedstawia Tab. XII.

Tab. XII. Cytologia to rodzaj badania

Pytanie 4	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Badanie czystości pochwy	2	2,00%	5	5,00%	3	3,00%	10	10,00%
Badanie płodności	0	0,00%	1	1,00%	0	0,00%	1	1,00%
Badanie polegające na pobraniu wymazu z szyjki macicy	35	35,00%	40	40,00%	14	14,00%	89	89,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Badaną grupę poproszono o wskazanie największego wpływu na skuteczne wyleczenie raka szyjki macicy. Najczęściej wskazywano odpowiedź - wczesne rozpoznanie choroby co uzyskało 75% odpowiedzi. Okazuje się, że odpowiednie leczenie jest również istotne i uzyskało 12% odpowiedzi. W grupie znalazły się również panie 7%, które uważają, iż szczepienie przeciw HPV ma największy wpływ na skuteczność leczenia. Najmniejszą liczbę odpowiedzi uzyskały odpowiedzi wiek chorej na poziomie 2%, terapia hormonalna na poziomie 2% oraz leczenie chirurgiczne na poziomie 2%. Dane przedstawiono w Tab. XIII.

Tab. XIII. Największy wpływ na skuteczne wyleczenie raka szyjki macicy

Pytanie 5	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Odpowiednie leczenie	3	3,00%	7	7,00%	2	2,00%	12	12,00%
Wczesne rozpoznanie choroby	34	34,00%	30	30,00%	11	11,00%	75	75,00%
Dieta	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Obecność bliskich osób	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Wiek chorej	0	0,00%	2	2,00%	0	0,00%	2	2,00%
Aktywność fizyczna	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Terapia hormonalna	0	0,00%	0	0,00%	2	2,00%	2	2,00%
Szczepienie przeciw HPV	0	0,00%	7	7,00%	0	0,00%	7	7,00%
Leczenie chirurgiczne	0	0,00%	0	0,00%	2	2,00%	2	2,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki poproszono o dokonanie samooceny wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Najczęściej wskazywano odpowiedź dobrze, która uzyskała 38%. Rozpatrując odpowiedź dobrze z podziałem na grupy wiekowe uzyskałam wyniki: przedział wiekowy 18 - 25 udzielił odpowiedzi na poziomie 14%, przedział wiekowy 26-50 uzyskał 20% odpowiedzi

oraz przedział wiekowy > 50 r.ż. Uzyskał 4%. Najmniejszą ilość odpowiedzi otrzymała odpowiedź - źle na poziomie 2%. Najwyższej samooceny dokonały kobiety w przedziale wiekowym 18-25 lat na poziomie 19% wskazując odpowiedź bardzo dobrze. Przedstawione wyniki opisuje Tab. XIV.

Tab. XIV. Samoocena respondentek na temat profilaktyki raka szyjki macicy

Pytanie 6	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobrze	19	19,00%	9	9,00%	-	0,00%	28	28,00%
Dobrze	14	14,00%	20	20,00%	4	4,00%	38	38,00%
Przeciętnie	4	4,00%	16	16,00%	12	12,00%	32	32,00%
Źle	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%	2	2,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Grupa miała za zadanie wskazanie główną przyczynę raka szyjki macicy. Najwyższą ilość odpowiedzi uzyskała odpowiedź wirus brodawczaka ludzkiego HPV co stanowi 60%. Największą świadomość tego czynnika wykazuje najmłodsza grupa wiekowa 18-25 co stanowi 30% kobiet. W grupie wiekowej 26-50 lat wirus brodawczaka ludzkiego HPV posiada liczbę odpowiedzi na poziomie 19%, a w grupie wiekowej >50 r.ż. odpowiedź ta stanowi 11%. Druga znacząca odpowiedź to liczba partnerów seksualnych, która otrzymała 18% odpowiedzi. Największą świadomość w tej tematyce wykazują kobiety w przedziale wiekowym 26-50 lat udzielając odpowiedzi na poziomie 15%. Najmniejszą ilość odpowiedzi uzyskała odpowiedź złe nawyki żywieniowe na poziomie 1%. Odpowiedź brak aktywności fizycznej nie uzyskała żadnego głosu n=0. Dane opisuje Tab. XV.

Tab. XV. Główna przyczyna raka szyjki macicy w opinii respondentek

Pytanie 7	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Czynniki genetyczne	1	1,00%	4	4,00%	3	3,00%	8	8,00%
Złe nawyki żywieniowe	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Wirus opryszczki pospolitej (HSV)	0	0,00%	0	0,00%	2	2,00%	2	2,00%
Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)	30	30,00%	19	19,00%	11	11,00%	60	60,00%
Brak aktywności fizycznej	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Liczni partnerzy seksualni	3	3,00%	15	15,00%	0	0,00%	18	18,00%
Niska higiena osobista	3	3,00%	4	4,00%	0	0,00%	7	7,00%
Stosowanie używek	0	0,00%	2	2,00%	0	0,00%	2	2,00%
Mnogie porody	0	0,00%	2	2,00%	0	0,00%	2	2,00%
Brak porodów	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Największa ilość ankietowanych opowiedziała się za tym, że rak szyjki macicy jest uleczalny, jeżeli zostanie odpowiednio wcześniej zdiagnozowany i takiej odpowiedzi udzieliło 83% kobiet. Największą świadomością w tej tematyce wykazują kobiety w przedziale wiekowym 26-50 lat co stanowi 38%. Część grupy uważa, iż rak szyjki macicy jest nieuleczalny co stanowi 5% ankietowanych. Odpowiedzi, iż rak jest dziedziczny to 12% odpowiedzi kobiet. Dane opisuje Tab. XVI.

Tab. XVI. Czym jest rak szyjki macicy

Pytanie 8	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziedziczna	8	8,00%	4	4,00%	0	0,00%	12	12,00%
Nieuleczalna	0	0,00%	4	4,00%	1	1,00%	5	5,00%
Uleczalna, jeżeli zostanie wcześniej zdiagnozowana	29	29,00%	38	38,00%	16	16,00%	83	83,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Grupa badawcza wyrażała opinię na temat bezobjawowego rozwoju raka szyjki macicy. Największa ilość ankietowanych 57% odpowiedziała, że objawy widoczne od pierwszego momentu. Duża część respondentek 20% udzieliła odpowiedzi, iż widoczne są objawy tak, ale w I stadium choroby. Najmniejsza ilość respondentek tylko 6% odpowiedziała, że objawy są niezauważalne przez pacjentki do końca. Dane przedstawia Tab. XVII

Tab. XVII. Przebieg raka szyjki macicy wg respondentów

Pytanie 9	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak, to prawda	0	0,00%	3	3,00%	14	14,00%	17	17,00%
Tak, ale tylko w I stadium	20	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	20	20,00%
Objawy widoczne od pierwszego momentu	15	15,00%	41	41,00%	1	1,00%	57	57,00%
Objawy są niezauważalne przez pacjentkę do końca	2	2,00%	2	2,00%	2	2,00%	6	6,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Kobiety poproszono o odpowiedzieć na pytanie o możliwość narażenia kobiet w okresie całego życia na zakażenia wirusem HPV. Największa ilość ankietowanych 68% wybrała odpowiedź tak wiek nie ma znaczenia. Z kolei wynik na poziomie 23% uzyskała odpowiedź tylko osoby współżyczące z wieloma partnerami. Najniższe wyniki zarejestrowano

przy odpowiedziach tylko osoby młode uzyskało wynik 4%, tylko do okresu pokwitania 4% oraz tylko do okresu przekwitania 1%. Dane przedstawia Tab. XVIII.

Tab. XVIII. Narażenie na zakażenie wirusem HPV

Pytanie 10	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak, wiek nie ma znaczenia	29	29,00%	28	28,00%	11	11,00%	68	68,00%
Tylko osoby młode	0	0,00%	2	2,00%	2	2,00%	4	4,00%
Tylko osoby, które jeszcze nie współżyły	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Tylko osoby współżyjące z wieloma partnerami	7	7,00%	16	16,00%	0	0,00%	23	23,00%
Tylko do okresu pokwitania	0	0,00%	0	0,00%	4	4,00%	4	4,00%
Tylko do okresu przekwitania	1	1,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%
Nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Opinie respondentek dotyczące najskuteczniejszego sposobu ograniczenia ryzyka rozwoju raka szyjki macicy przedstawiono w Tab. najczęściej kobiet 76% zaznaczyła regularne wykonywanie cytologii. Największą ilość głosów uzyskano w grupie wiekowej 26-50 lat, gdzie odpowiedź- regularne wykonywanie cytologii zaznaczyło 40% ankietowanych. Odpowiedź badanie USG uzyskało wynik na poziomie 12%. Najmniejszą ilość głosów uzyskała odpowiedź nie wiem na poziomie 5%. Dane przedstawia Tab. XIX.

Tab. XIX. Najskuteczniejszy sposób ograniczenia ryzyka rozwoju raka szyjki macicy

Pytanie 11	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Badanie USG	2	2,00%	6	6,00%	4	4,00%	12	12,00%
Regularne wykonanie cytologii	34	34,00%	40	40,00%	2	2,00%	76	76,00%
Tomografia komputerowa	1	1,00%	0	0,00%	6	6,00%	7	7,00%
Badanie krwi	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	5	5,00%	5	5,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki zapytano, czy poddają się badaniom profilaktycznym i spośród podanych odpowiedzi miały wybrać tą która najbardziej przybliżyła je do tematu profilaktyki. Odpowiedź przekonuje mnie do tego kampania reklamowa /media uzyskała 34%. Niewiele

mniej uzyskała odpowiedzi badania są bezpłatne 29% oraz odpowiedz dzięki temu mogę wykryć schorzenie we wczesnym stadium również 29%. Odpowiedz ktoś w rodzinie był lub jest chory nie uzyskała żadnego głosu. Dane przedstawia Tab. XX.

Tab. XX. Badania profilaktyczne

Pytanie 12	18-25		26-50		> 50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Badania są bezpłatne	8	8,00%	17	17,00%	4	4,00%	29	29,00%
Ktoś w rodzinie był lub jest chory	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Mogę zapobiec chorobie	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Przekonuje mnie do tego kampania reklamowa/ media	29	29,00%	5	5,00%	0	0,00%	34	34,00%
Dzięki temu mogę wykryć schorzenia we wczesnym stadium	0	0,00%	22	22,00%	7	7,00%	29	29,00%
Nie chcę zachorować	0	0,00%	2	2,00%	5	5,00%	7	7,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentkom zadano pytanie o występowanie raka szyjki macicy w najbliższej rodzinie. Odpowiedzi udzieliło 80% respondentek. Najmniejsza ilość głosów na poziomie 4% uzyskała odpowiedz nie wiem. Odpowiedzi tak udzieliła część ankietowanych kobiet co stanowiło 16%. Uwzględniając grupy wiekowe odpowiedzi nie udzielono: w grupie 18-25 udzielono 31% głosów, w grupie wiekowej 26-50 udzielono 35% oraz w grupie > 50 r.ż. Udzielono 14%. Dane przedstawia Tab. XXI.

Tab. XXI. Rak szyjki macicy w najbliższej rodzinie

Pytanie 13	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	4	4,00%	9	9,00%	3	3,00%	16	16,00%
Nie	31	31,00%	35	35,00%	14	14,00%	80	80,00%
Nie wiem	2	2,00%	2	2,00%	0	0,00%	4	4,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Przy wyborze odpowiedzi „tak” należało sprecyzować kto był chory na raka szyjki macicy podając stopień pokrewieństwa. Odpowiedzi „tak” udzieliło 16% kobiet. Respondentki wskazały stopień pokrewieństwa: Babka 18,75% odpowiedzi, Matka stanowi

31,25%, Ciotka stanowi 25% Siostra stanowi 25% odpowiedzi. W odpowiedziach uwzględniono stopień pokrewieństwa, który przedstawiono w poniższej Tab. XXII.

Tab. XXII. Stopień pokrewieństwa osoby chorej na raka szyjki macicy

Pytanie 13 odpowiedz: TAK”	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	N	%	N	%	n	%
Babka	1	6,25%	0	0,00%	2	12,50%	3	18,75%
Matka	1	6,25%	4	25,00%	0	0,00%	5	31,25%
Ciotka	2	12,50%	1	6,25%	1	6,25%	4	25,00%
Siostra	0	0,00%	4	25,00%	0	0,00%	4	25,00%
Razem	4	25,00%	9	56,25%	3	18,75%	16	100,00%

Grupę kobiet zapytano o wiedzę dotyczącą co jaki czas przysługuje refundowane badanie cytologiczne. Odpowiedzi co 3 lata udzieliło 79% ankietowanych, a z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe tej odpowiedzi udzieliło: dane przedstawiają się następująco w grupie wiekowej 18-25 lat na poziomie 35%, w grupie wiekowej 26-50 na poziomie 36%, w grupie wiekowej > 50 r.ż. 8% ankietowanych. Odpowiedzi co roku udzieliło tylko 8% ankietowanych. Najmniejsza ilość głosów została oddana na odpowiedz co 5 lat jedyne 3%. Dane przedstawia Tab. XXIII.

Tab. XXIII. Refundacja badań cytologicznych

Pytanie 14	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Co roku	2	2,00%	10	10,00%	6	6,00%	18	18,00%
Co 3 lata	35	35,00%	36	36,00%	8	8,00%	79	79,00%
Co 5 lat	0	0,00%	0	0,00%	3	3,00%	3	3,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki miały wytypować najbardziej prawdopodobną odpowiedz ich zdaniem dotyczącą niekorzystania przez kobiety z badań profilaktycznych. Kobiety wytypowały najbardziej prawdopodobne ich zdaniem odpowiedzi. Najwięcej głosów zebrały odpowiedzi brak czasu i stanowi to 35%, oraz z powodu lęku /strachu przed chorobą co stanowi 32%. Odpowiedzi, które uzyskały taką samą ilość głosów na poziomie 9% to uważają, że są zdrowe oraz z lęku przed diagnozą. Najmniejsza ilość głosów 1% uzyskała odpowiedz ze wstydu przed obnażaniem intymnym i odnotowano ją w grupie wiekowej > 50 r.ż. (Tab. XXIV).

Tab. XXIV. Powody niekorzystania z badań profilaktycznych

Pytanie 15	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak czasu	28	28,00%	7	7,00%	0	0,00%	35	35,00%
Z powodu lęku /strachu przed chorobą	0	0,00%	26	26,00%	6	6,00%	32	32,00%
Z braku wiedzy	0	0,00%	3	3,00%	0	0,00%	3	3,00%
Uważają, że są zdrowe	2	2,00%	2	2,00%	5	5,00%	9	9,00%
Uważają, że choroba ich nie dotyczy	5	5,00%	1	1,00%	0	0,00%	6	6,00%
Z lęku przed diagnozą	0	0,00%	4	4,00%	5	5,00%	9	9,00%
Są przekonane ze nie zachorują	2	2,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,00%
Ze wstydu przed obnażaniem intymnych okolic	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Z powodu kompleksów	0	0,00%	3	3,00%	0	0,00%	3	3,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki odpowiadały na pytanie z jakich źródeł czerpią wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Ponad połowa ankietowanych 60% odpowiedziała, iż z Internetu. Z książek/artkułów/czasopism wiedzę czerpie 19% ankietowanych. Wiedza czerpana od pielęgniarki na temat profilaktyki raka szyjki macicy stanowi 5% a wiedza na temat profilaktyki raka szyjki macicy pochodząca od lekarza stanowi 8%. Dane przedstawia Tab. XXV.

Tab. XXV. Źródła wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy

Pytanie 16	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lekarz	3	3,00%	5	5,00%	0	0,00%	8	8,00%
Pielęgniarka	0	0,00%	3	3,00%	2	2,00%	5	5,00%
Znajomi	0	0,00%	2	2,00%	0	0,00%	2	2,00%
Z Internetu	27	27,00%	33	33,00%	0	0,00%	60	60,00%
Z książek/ artykułów/czasopism	7	7,00%	0	0,00%	12	12,00%	19	19,00%
Z radia /telewizji	0	0,00%	3	3,00%	3	3,00%	6	6,00%
Inne źródła	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki miały ocenić swoją wiedzę na temat możliwości wystąpienia przerzutów do innych narządów powstałych w procesie chorobowym raka szyjki macicy. Respondentki w dużej części opowiedziały się za odpowiedzią „tak” co stanowiło 89% odpowiedz „nie” uzyskała 10%. Najmniejsza ilość głosów 1% uzyskała odpowiedz nie wiem. Dane przedstawia Tab. XXVI.

Tab. XXVI. Możliwość wystąpienia przerzutów raka szyjki macicy

Pytanie 17	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	36	36,00%	37	37,00%	16	16,00%	89	89,00%
Nie	1	1,00%	9	9,00%	0	0,00%	10	10,00%
Nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Respondentki poproszono o wskazanie najbardziej narażonej grupy wiekowej na raka szyjki macicy. Badana grupa wybierała spośród stworzonych 4 grup wiekowych i udzieliła następujących odpowiedzi: 58% uzyskała odpowiedź kobiety w wieku 45-59 lat, następnie 22% uzyskała odpowiedź kobiety powyżej 60 r.ż., następnie 19% uzyskała odpowiedź kobiety w wieku 30-45 lat. Najmniej głosów uzyskała odpowiedź kobiety poniżej 30 r.ż. co stanowiło 1%. Dane zawiera Tab. XXVII.

Tab. XXVII. Wiek kobiet chorujących na raka szyjki macicy

Pytanie 18	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kobiety poniżej 30 roku życia	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%	1	1,00%
Kobiety w wieku 30-45 lat	3	3,00%	12	12,00%	4	4,00%	19	19,00%
Kobiety w wieku 45-59 lat	34	34,00%	17	17,00%	7	7,00%	58	58,00%
Kobiety powyżej 60 roku życia	0	0,00%	17	17,00%	5	5,00%	22	22,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Grupa badawcza odpowiedziała na pytanie dotyczące znajomości programów Ministerstwa Zdrowia dotyczących wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Największa ilość odpowiedzi oddano na tak co stanowiło 81%, odpowiedź nie stanowiła 19% głosów. Dane zawiera Tab. XXVIII.

Tab. XXVIII. Znajomość programów Ministerstwa Zdrowia dotyczących wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Pytanie 19	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Tak	34	34,00%	39	39,00%	8	8,00%	81	81,00%
Nie	3	3,00%	7	7,00%	9	9,00%	19	19,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Kobiety poproszono o szczerą odpowiedź dotyczącą korzystania z zaproszeń na badania w ramach wczesnego wykrycia raka szyjki macicy. Ankietowane wypowiedziały się na temat zaproszeń a dane przedstawiają się następująco: odpowiedzi „nie” udzieliło 59%,

odpowiedzi „tak” udzieliło 36%, nie dostałam zaproszenia 5%. Uwzględniając grupy wiekowe największa część kobiet z grupy wiekowej 26-50 korzysta z zaproszeń na badanie co stanowi 24% badanych. Dane przedstawia Tab. XXIX.

Tab. XXIX. Uczestnictwo w badaniach przesiewowych w ramach zaproszenia

Pytanie 20	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	10	10,00%	24	24,00%	2	2,00%	36	36,00%
Nie	27	27,00%	22	22,00%	10	10,00%	59	59,00%
Nie dostałam zaproszenia	0	0,00%	0	0,00%	5	5,00%	5	5,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Grupę badawczą zapytano o objawy jakie mogą wystąpić w początkowych stadiach raka szyjki macicy. Odpowiedzi krwawienie samoistne z dróg rodnych z bólami w podbrzuszu, nieregularnymi miesiączkami udzieliło 76% respondentek. Odpowiedzi nieregularnymi obfitymi miesiączkami, upławy krwawienie udzieliło 14% ankietowanych. Odpowiedz nieregularne mało obfite miesiączki cuchnącym zapachem z dróg rodnych bólami podbrzusza nie uzyskała żadnego głosu. Dane przedstawia Tab. XXX.

Tab. XXX. Objawy w początkowych stadiach raka szyjki macicy

Pytanie 21	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Krwawienie samoistnymi z dróg rodnych, bólami w podbrzuszu, nieregularnymi miesiączkami	27	27,00%	43	43,00%	6	6,00%	76	76,00%
Bólami w podbrzuszu promieniującymi do odcinka krzyżowo- lędźwiowego, bóle kończyn...	5	5,00%	3	3,00%	2	2,00%	10	10,00%
Nieregularnymi obfitymi miesiączkami, upławy krwawienie	5	5,00%	0	0,00%	9	9,00%	14	14,00%
Nieregularne mało obfite miesiączki cuchnącym zapachem z dróg rodnych bólami podbrzusza	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

Ankieterki wyraziły swoją opinię na temat czynników zwiększających ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy. Najwięcej głosów uzyskała odpowiedź duża liczba partnerów płciowych co stanowi 33%. dwie grupy wiekowe wykazały się znajomością tematu i udzieliły praktycznie równych ilościowo odpowiedzi duża liczba partnerów płciowych: w grupie

wiekowej 18-25 uzyskano 17% głosów a w grupie 26-50 16% głosów. Następnie odpowiedź środki antykoncepcyjne uzyskało 20% głosów oraz palenie tytoniu 19% głosów. Zdaniem respondentek wiek nie jest najważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania i stanowi 6% głosów. Nadużycie alkoholu też jest na niższej pozycji i uzyskało tylko 8% głosów. Zmiany zapalne pochwy i sromu zdobyły 1 % głosów. Znaczna część czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy pozostała bez głosów. Dane przedstawia Tab. XXXI.

Tab. XXXI. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy

Pytanie 22	18-25		26-50		>50		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Wiek	0	0,00%	2	2,00%	4	4,00%	6	6,00%
Palenie tytoniu	7	7,00%	3	3,00%	9	9,00%	19	19,00%
Nadużywanie alkoholu /używek	2	2,00%	3	3,00%	3	3,00%	8	8,00%
Środki antykoncepcyjne	10	10,00%	9	9,00%	1	1,00%	20	20,00%
Duża liczba partnerów płciowych	17	17,00%	16	16,00%	0	0,00%	33	33,00%
Wczesne rozpoczęcie współżycia	0	0,00%	6	6,00%	0	0,00%	6	6,00%
Częste kontakty seksualne	0	0,00%	7	7,00%	0	0,00%	7	7,00%
Zmiany zapalne pochwy sromu	1	1,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,00%
Niedobory żywieniowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Zakażenia dróg moczowo-płciowych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Wszystkie wymienione	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Nie wiem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Razem	37	37,00%	46	46,00%	17	17,00%	100	100,00%

DYSKUSJA

W Polsce ponad 3 600 tys. kobiet zapada co roku na raka szyjki macicy a połowa z nich umiera. Według badań GLOBAN [cyt. 11] szacująca całą światową populację w 2008 roku zarejestrowano 530 tysięcy nowych zachorowań i 275 tysięcy zgonów z powodu raka szyjki macicy. Polska na tle całej Europy jest na średniowysokim miejscu zachorowalności o współczynniku 11,9 i o wskaźniku umieralności 5,9. Zgodnie z danymi z ostatnich lat dotyczących nowotworów rak szyjki macicy stanowi 8 % wszystkich nowotworów złośliwych występujących u kobiet. Ten sam nowotwór jest przyczyną 5% wszystkich zgonów wśród kobiet mających problemy ginekologiczne. Analiza danych dotyczących współczynnika zachorowalności w Polsce w ostatnich latach pozwoliła na sformułowanie wyników. Stwierdzono wzrost liczby zachorowań wśród kobiet będących w wieku od 35 do

44 a spadek liczby zachorowań u kobiet powyżej 45 roku życia [12, 13].

Badania przeprowadzone w Brighton pokazują, iż średnia wieku chorych na raka znacząco się obniża. W latach siedemdziesiątych średnia wieku kobiet, które zachorowały na raka szyjki macicy wynosiła 50 lat, na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wiek chorych znów uległ obniżeniu i średni wiek chorej szacowano na 35 lat. Obecnie nieprawidłowe komórki raka szyjki macicy znajduje się u młodych kobiet w wieku 24 lat, dane badaczy z Brighton pokazują, iż nawet 16-latki i 18-latki mogą posiadać nieliczne komórki nowotworowe [3].

Antykoncepcja hormonalna wpływa na rozwój stanów przedrakowych i rakowych. Tabletki zawierające dwa składniki estrogen i progesteron powodują zwiększenie ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Zażywanie doustnej antykoncepcji przez 5 lat prowadzi do zwiększenia ryzyka zachorowania 3 krotnie. Połączenie antykoncepcji z innymi czynnikami ryzyka zwiększa ryzyko 7 krotnie [14]. W badaniach własnych ankietowana grupa deklaruje, że nie używa środków antykoncepcyjnych co stanowi 46%. Wśród respondentek są kobiety, które zamierzają w najbliższym czasie rozpoczęcie stosowania środków antykoncepcyjnych 7%. Część kobiet przyznaje się do stosowania środków antykoncepcyjnych co stanowi 38%. W grupie znalazły się kobiety, które wcześniej stosowały antykoncepcję, ale obecnie zaprzestały korzystania co stanowi 9%. Kobiety, które nigdy nie przyjmowały środków antykoncepcyjnych w poszczególnych przedziałach wiekowych: w grupie wiekowej 18-25 stanowią 19%, w grupie wiekowej 26-50 stanowią 11% a w grupie > 50 r.ż. Stanowią 16%. Widoczna przewaga przeciwniczek antykoncepcji wśród ankietowanych. Zauważono również niski procent zainteresowania antykoncepcją na poziomie 7%. Można wnioskować, iż kobiety niechętnie stosują antykoncepcję hormonalną i niekiedy rezygnują z jej stosowania. Z medycznego punktu widzenia jest to dobra tendencja i zachowanie prozdrowotne, gdyż eliminowany jest czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy.

W Polsce w różnych regionach naszego kraju obserwuje się znaczne różnice w zachorowalności na raka szyjki macicy. Najwyższe wskaźniki są odnotowywane w północno- zachodnim regionie. Najniższe na wschodzie kraju, a także w województwie podlaskim. Rozbieżność między regionami kraju wynika z stylów prowadzonego życia kobiet, co wpływa na ich zdrowie [15].

Badaniami własnymi objęto 100 respondentek zamieszkujących województwo podlaskie i tu też pracują i uczą się. Większość kobiet w grupie to mężatki i stanowią 77 %pozostała część kobiet to panny i stanowią 19%. Uwzględniając stan cywilny i podział wiekowy najliczniejszą grupę stanowią kobiety w przedziale wiekowym 26-50 lat będące

z związku małżeńskim i stanowią 40% ankietowanych, mężatki w przedziale wiekowym 18 – 25 lat stanowią 22%, a najmniej liczna grupa to kobiety >50 r.ż. pozostające w związku małżeńskim co stanowi 15%. Wnioski wyciągnięte z badań własnych dotyczących stanu cywilnego kobiet w grupie 100 ankietowanych pokazują, iż większość to mężatki, mniejsza część to kobiety wolne lub też w niesformalizowanych związkach. Najmniejszą grupę stanowią panie o stanie cywilnym wdowa oraz rozwódka. Wyniki badań własnych wykazały, iż żadna z pań nigdy nie chorowała na nowotwór raka szyjki macicy. Doniesienia prasowe potwierdzają, iż tradycje regionu i teren nazywany zielonymi płucami Polski mają odzwierciedlenie w stylu życia ludności Podlasia. Badania przeprowadzane przez organizacje monitorujące choroby i ich rozprzestrzenianie się potwierdzają, iż w województwie podlaskim obserwuje się niższą liczbę chorych na raka szyjki macicy w stosunku do innych regionów kraju.

W Polsce w latach 2005-2006 rozpoczęto popularyzowanie programów badawczych i profilaktycznych. Niekorzystna sytuacja epidemiologiczna zaczęła się przejaśniać, za sprawą badań cytologicznych wykonywanych w ramach programów walki z rakiem. Doskonałym przykładem sukcesów profilaktyki ostatnich lat było województwo Wielkopolskie. W 2005 roku rozpoczęto systematyczne wprowadzanie programów profilaktycznych w życie. Należałoby wspomnieć, iż województwo Wielkopolskie miało jeden z najwyższych współczynników zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy. Profilaktyka przyniosła ogromne efekty- kobiety odkryły dobrodziejstwo programu, pokonały wstyd, i otworzyły się na darmowe badania cytologiczne. Po pierwszym roku działania profilaktycznego programu współczynnik z 12,6 spadł do 8,9 [7].

W badaniach własnych przeprowadzonych wśród 100 respondentek dotyczących wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy, ankietowane wypowiedziały się na temat znajomości Ministerialnych programów zdrowotnych dotyczących wczesnego wykrywania raka. Ankietowane w 81% słyszały o Programach Ministerstwa Zdrowia, z kolei 19% ankietowanych nigdy nie słyszała. Dodatkowo ankietowane wypowiedziały się na temat zaproszeń na badania w ramach programów wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w których dane przedstawiają się następująco: odpowiedzi nie udzieliło 59%, odpowiedzi tak udzieliło 36%, nie dostałam zaproszenia 5%. Uwzględniając grupy wiekowe największą część kobiet z grupy wiekowej 26-50 korzysta z zaproszeń na badanie co stanowi 24% badanych.

Rozliczenie programów profilaktycznych z ich skuteczności i z wykorzystania darowych badań cytologicznych miało miejsce w 2011 roku. Analiza danych wykazała, iż kobiety chętnie korzystały z badań cytologicznych w ramach umowy z NFZ [16].

W badaniach własnych przeprowadzonych na grupie kobiet uzyskano wyniki dotyczące korzystania z badań cytologicznych wynika, że największą grupę stanowią kobiety, które wykonywały badanie cytologiczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy co stanowi 51%. Taką odpowiedź uzyskaliśmy wśród kobiet w przedziale wiekowym 26-50 lat na poziomie 25%, w przedziale wiekowym 26-50 wynosi 26%. Znaczącą grupę tworzą kobiety, które wykonywały badanie cytologiczne w okresie powyżej 3 lata co stanowi 42% odpowiedzi. Cytologię wykonaną powyżej 3 lat deklaruje 10% kobiet w przedziale wiekowym 18-25, 17% w przedziale wiekowym 26-50 lat, oraz 15% w przedziale wiekowym > 50 r.ż. Najmniejszą część grupy zajmują kobiety z odpowiedzią Nigdy nie wykonywały cytologii co stanowi 2% kobiet z grupy wiekowej >50 r.ż. Zanotowano również kobiety, które nie dawniej niż 3 lata temu wykonały cytologię co stanowi zaledwie 5% kobiet

Szczepienia przeciwko HPV od jakiegoś czasu funkcjonują i zostały zaakceptowane. Skuteczność tego szczepienia jest wysoka i zmniejsza ona częstość zakażeń HPV 16 i 18 oraz HPV 6 oraz 11. Skuteczność szczepienia przynosi wymierne skutki wśród grup zaszczepionych, gdyż ta szczepionka kierowana jest do dziewcząt i do młodych kobiet, które nie podjęły jeszcze współżycia płciowego. Dostrzeżono walory szczepienia w krajach rozwijających się, aby chronić młodzież przed wpływami zachodu. Kraje Unii Europejskiej mają szczepionkę dostępną w 3 wariantach, a Polska w 2 wariantach – Gardasil 9 oraz Silgard- i są one stosowane – najczęściej prywatnie – gdyż nie jest obowiązkowym szczepieniem w karcie szczepień. Wśród zaszczepionych odnotowuje się 90 % spadek zakażeń na HPV oraz 80% zmniejszone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Wyniki badań wśród respondentek wykazują, iż nie wszystkie słyszały o tej formie zabezpieczenia się przed chorobą i nie wykazują tej odpowiedzi w pierwszej kolejności. Można wywnioskować, iż żadna kobiet nie była zaszczepiona przeciwko HPV i ta tematyka jest mniej znana [6].

Podstawową formą wykrywania stanów przedrakowych jest wykonanie cytologii. Badanie polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy za pomocą szczoteczki w celu oceny pobranego materiału przez patomorfologów. Głównym celem oglądania rozmazów cytologicznych jest wykrywanie i rozpoznawanie śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy w średnim i dużym stopniu zaawansowania. Wynik badania będzie dobry – bez zmian i komórek nowotworowych to kolejne badanie należy wykonać za 3 lata. Gdy wynik nie będzie zadowalający weryfikuje się ten wynik pogłębiając diagnostykę i powtórnie wykonuje badanie cytologiczne za 6 miesięcy. W Wielkiej Brytanii od 2008 roku padania przesiewowe – cytologiczne – opierają się na pobraniu rozmazu cytologicznego do podłoża płynnego. Technika ta posiada wiele zalet a najważniejszą z nich jest jasny i rzetelny wynik cytologii.

Wiedza kobiet na temat badań cytologicznych jest dobra, większość respondentek dobrze określiło badanie cytologiczne jako badanie z szyjki macicy [17, 18].

W Europie badania skriningowe, czyli badania przesiewowe społeczeństwa wprowadzono w latach 50 tych. Finowie jako pierwsi wprowadzili pionierski program profilaktyczny w kierunku raka szyjki macicy. W Polsce program profilaktyczny rozpoczęto w latach 70 t-ych ubiegłego stulecia na terenie Białegostoku, kilkanaście lat później doszły kolejne miasta biorące udział w programie skriningowym tj. Kraków, Kielce oraz Poznań. Pierwsze programy przesiewowe były nie do końca dopracowane działały wybiórczo i niesystematycznie. Na dzień dzisiejszy w Polsce każda kobieta w wieku 25-59 otrzyma zaproszenie na bezpłatne badanie cytologiczne. Gorzej przedstawiają się wyniki korzystania z darmowych badań cytologicznych czy też uczestnictwo w badaniach skriningowych [13, 15]. W badaniach własnych przeprowadzonych wśród kobiet zapytano o wiedzę dotyczącą co jaki czas przysługuje refundowane badanie cytologiczne. Odpowiedzi co 3 lata udzieliło 79% ankietowanych, a z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe tej odpowiedzi udzieliło: dane przedstawiają się następująco w grupie wiekowej 18-25 lat na poziomie 35%, w grupie wiekowej 26-50 na poziomie 36%, w grupie wiekowej > 50 r.ż. 8% ankietowanych. Badane posiadają wiedzę na temat korzystania z darmowych badań cytologicznych.

Jeżeli chodzi o źródła wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy, można zauważyć, że zdecydowana większość respondentek czerpie wiedzę z Internetu, w drugiej kolejności z książek artykułów i czasopism oraz z telewizji w ramach kampanii reklamowych dotyczących tematyki prozdrowotnej. Według badań Ośrodka Badań Opinii Publicznej - OBOP [11]– większość ankietowanych wskazuje Internet jako podstawowe źródło informacji w późniejszych podpunktach wymienia prasę i telewizję. Według Tomczyk i współ. Aż 88% kobiet podaje jako główne źródło informacji wskazuje na media i środki masowego przekazu. Nieliczne osoby wymieniały lekarza i pielęgniarkę jako źródło wiedzy na temat profilaktyki.

Po analizie wszystkich danych można określić poziom wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy oraz zachowań prozdrowotnych badanej grupy. Z badań wynika, iż wiedza i świadomość kobiet ciągle wzrasta, lecz wymaga doprecyzowania i uzupełnienia. Czerpanie informacji z Internetu jest prostym i szybkim sposobem uzupełnienia informacji, lecz nie zawsze rzetelnym źródłem. Uważam, iż oswojenie kobiet z zachowaniami prozdrowotnymi i zapoznanie kobiet z formami profilaktyki nowotworów dałoby odzwierciedlenie w przyszłości. Informacja zdobyta w przystępny sposób kierowana do konkretnej grupy kobiet ma szansę zaowocowania pod postacią mądrych życiowych wyborów. Dzięki wiedzy i przekazywanej informacji o korzyściach dbania o zdrowie i o promowaniu profilaktyki

można zbudować silne i świadome społeczeństwo. Świadomość z pewnością przełożyłaby się na postrzeganie profilaktyki jako coś dobrego przydatnego a nie jako szukanie dziury w całym. Wiedza pozwoli na odważniejszy udział w badaniach i na głośnym mówieniu o chorobie, gdy już taka sytuacja zaistnieje.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Najmłodsza grupa wiekowa wśród ankietowanych kobiet jest najlepiej poinformowaną grupę w tematyce nowotworów raka szyjki macicy, profilaktyki związanej z nowotworem, a także czynników zwiększających ryzyko zachorowania na tą chorobę.
2. Duża część ankietowanych czerpie wiedzę na temat raka szyjki macicy i profilaktyki z nim związanej z Internetu. Może wynikać to z dużej grupy młodych osób poddanych ankiecie które wykorzystują Internet jako pierwsze źródło informacji, zapoznania się z tematyką czy też jako jedną z możliwości weryfikacji zdobytych informacji.
3. Respondentki ze wszystkich 3 grup wiekowych poprawnie zinterpretowały określenie „profilaktyka” w raku szyjki macicy.
4. Ankietowane twierdzą, iż wczesna diagnostyka raka jest kluczowa do pełnego powrotu do zdrowia.
5. Ankietowane, wskazały jako przyczyny unikania badań profilaktycznych– lęk, strach przed diagnozą i chorobą.
6. Znaczna część ankietowanych słyszała lub posiada wiedzę na temat programów profilaktycznych z Ministerstwa Zdrowia dotyczących wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.
7. Ankietowane znają zasady korzystania z refundowanych badań cytologicznych i stanowi aż 79 %odpowiedzi.
8. Znaczna część kobiet oceniło swoją wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy na poziomie „dobrym” co stanowi 38% kobiet i na poziomie bardzo dobrym 28% ankietowanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kędzia H., Kędzia W.: Diagnostyka patomorfologiczna postępowanie kliniczne. Wyd Med Pharm Polska, Wrocław 2010,16-109.

2. Dyzmann-Skora A., Harska A. Myśliński W.: Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce. Wielkopolski Rejestr Nowotworów, Poznań 2009, Biuletyn 8.
3. Markowska J.: Rak szyjki macicy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
4. Markowska J.: Ginekologia Onkologiczna. Tom I. Wyd. Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2006.
5. Spaczyński M., Kędzia W., Nowak-Markwitz E.: Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
6. Spaczyński M., Basta A.: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciw zakażeniu HPV. Ginekologia Polska, 2007, 78, 185-190.
7. Wronowski Z., Zmierko M., Chmielarczyk W.: Epidemiologia nowotworów złośliwych miednicy. Nowotwory, 1995, 45(1), 26-32.
8. Markowska J., Mądry R.: Ginekologia Onkologiczna. Wydanie kieszonkowe, MedPharm Wrocław 2008.
9. Zalewska K., Daniec J., Borowski W.: Zmiana klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządów płciowych u kobiet – stan na 2009 rok. Ginekologia Polska, 2010, 81, 778-782.
10. Urbański K., Kornafel I., Bidziński M.: Rak szyjki macicy [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Dolińska-Zygmunt G., Polska Unia Onkologiczna, Warszawa 2009, 234-242.
11. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.: Chirurgia onkologiczna. Tom III. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 1299-1313.
12. Łuczak I., Roszak A.: Co wiedzą o swojej chorobie pacjenci leczeni w szpitalach onkologicznych. Nowotwory 1990, 40(1), 65-80.
13. Markowska J., Mądry R.: Zarys ginekologii onkologicznej. Tom I. Termedia, Poznań 2012.
14. Pertyński T., Zyssa T. Meisenbacher K.: Antykoncepcja. MedPharm Polska, Wrocław 2008, 4-13.
15. Nowak-Markwitz E., Bręborowicz G.: Sytuacje kliniczne w ginekologii, onkologii i urologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 138-145.
16. Sipiński A.: Opieka w ginekologii. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2012.
17. Majek B.M.: Podręczny atlas cytologii ginekologicznej. Urban&Partner Wrocław 2001, 13 – 24.
18. Majewski S., Pniewski T., Goyal-Stec M.: Rola wirusa brodawczaka ludzkiego w rozwoju zmian łagodnych i złośliwych narządów płciowych. Zakażenia, 2005, 6, 58-

62.

Rozdział II

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBAH UKŁADU NERWOWEGO

ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM DOTKNIĘTYM STWARDNIENIEM ROZSIANYM W OKRESIE ZAOSTRZENIA OBJAWÓW CHOROBYCH

JOLANTA CELEJ-SZUSTER¹, DOMINIKA KULEC², ELŻBIETA PRZYCHODZKA¹, KATARZYNA PIASECKA³

¹ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (SM, *multiple sclerosis*) należy do grupy przewlekłych chorób ośrodkowego układu nerwowego. Choroba ta może pojawić się w każdym wieku i prowadzić do wystąpienia niepełnosprawności. W konsekwencji wpływa na obniżenie samoakceptacji oraz występowanie depresji zwłaszcza u młodych dorosłych. Stwardnienie rozsiane to choroba ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n) mająca charakter zapalno-demielinizacyjny [1]. Jej główną cechą jest powstanie rozsianych wieloogniskowych zmian patologicznych, które doprowadzają do uszkodzenia osłonek mielinowych i w konsekwencji całych aksonów. W wyniku tego procesu tj. uszkodzenia dróg nerwowych, bodźce odbierane ze środowiska zewnętrznego, jak i wewnętrznego oraz reakcja organizmu na te bodźce przebiega nieprawidłowo [2]. Stwardnienie rozsiane uważane jest za jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności neurologicznej wśród młodych dorosłych. Szacuje się, że na całym świecie występuje około 2 miliony osób chorych na SM [3]. Z czego w Polsce jest ponad 40 000 chorych [1]. Na obszarze naszego kraju obserwuje się 3-5% przypadków zapadalności wśród dzieci przed 10 rokiem życia oraz w 1-5% u dorosłych po 50 roku życia. Średni czas przeżycia chorych ze stwardnieniem rozsianym wynosi 35-40 lat i jest uzależniony od liczby występujących rzutów czy rozpoznania choroby w późnym wieku [2].

Przyczyny, czynniki ryzyka SM

Przyczyna SM jest nie do końca poznana. Istnieje wiele hipotez tłumaczących przyczyny zachorowalności na SM, są to jednak jedynie hipotezy, a konkretnej odpowiedzi na ten temat nie znaleziono. Powszechnie uważa się, że czynniki środowiskowe,

immunologiczne i genetyczne mogą mieć istotny wpływ w patogenezie stwardnienia rozsianego [4].

Czynniki środowiskowe: infekcje bakteryjne, wirusowe, grzybicze, położenie geograficzne oraz niedobór witaminy D [5].

Bakterie. Uważa się, że bakterie i ich produkty są w stanie spowodować potencjalną odpowiedź immunologiczną organizmu tym samym nasilać progresję SM. Jedną z bakterii potencjalnie mogącą sprzyjać wystąpieniu schorzenia jest *Chlamydia pneumoniae*. Z badań wynika, że może ona wywołać infekcję układu immunologicznego o małym nasileniu, przyczyniając się do powstania chorób chronicznie zapalnych. Inną bakterią obarczaną o związek z występowaniem stwardnienia rozsianego jest gronkowiec złocisty. Może on wytwarzać superantygeny stymulujące nieswoiste komórki CD4(+) przypuszczalnie reaktywne na podstawowe białko mieliny [6].

Wirusy. Wirusy mające związek z występowaniem choroby to najczęściej: ludzki Herpes Wirus 6, wirus Epsteina-Barr, ospy wietrznej i półpaśca oraz ludzkie endogenne wirusy. Badania wielu naukowców wykazały, że pacjenci z SM po ekspozycji na wirus Epsteina-Barr mają wyższe miano przeciwciał w porównaniu do zdrowych nosicieli. Może to wynikać z nieustannie wirusowej reaktywacji. Badaniach epidemiologicznych w rejonach geograficznych, gdzie wzrosła zachorowalność na stwardnienie rozsiane zaobserwowano częste występowanie ospy wietrznej i półpaśca przed zachorowaniem na SM. W badaniach laboratoryjnych w trakcie wystąpienia rzutu stwierdzano liczne miano DNA wirusa ospy wietrznej i półpaśca w leukocytach a także płynie mózgowo-rdzeniowym [6]. Wirusy mogą odgrywać istotną rolę w indukowaniu początkowej aktywacji wrodzonych komórek odpornościowych.

Grzyby. Występowanie SM ma związek z toksynami grzybiczymi. Okazało się, że patogenne grzyby znajdujące się w innych tkankach niż nerwowa produkują toksyny, które uszkadzają astrocyty i oligodendrocyty o.u.n., co prowadzi do sukcesywnej degradacji mieliny [6].

Położenie geograficzne i witamina D. Wpływ środowiska tłumaczy się zwiększoną zachorowalnością w populacji mieszkającej w strefie umiarkowanej. W tym przypadku sugeruje się, że przyczyna może być związana z różniącą się intensywnością padających promieni słonecznych, a co za tym idzie występowanie odmiennej ilości witaminy D w organizmach ludzkich. Podejrzewa się, że wysoki poziom tej witaminy może chronić organizm przed zachorowaniem na stwardnienie rozsiane. W krajach położonych w klimacie umiarkowanym (Europa, Ameryka Północna) wskaźnik zachorowalności jest dość wysoki.

W ostatnich latach zaobserwowano, że w Polsce, która znajduje się w takim klimacie, nastąpił wzrost zapadalności na SM [5]. Witamina D ma ochronny wpływ na organizm, co potwierdzają badania, w których zdrowa grupa kontrolna miała większy poziom aktywnej formy witaminy D w surowicy krwi, niż badani z pierwotnie postępującym stwardnieniem rozsianym [7]. Porównując zawartość tej witaminy z wynikami badań rezonansu magnetycznego zauważono związek pojawienia się nowych obszarów demielinizacyjnych oraz okresów rzutów z niską ilością witaminy D. Witamina D wywiera szereg działań na przebieg procesów fizjologicznych człowieka m.in.: reguluje układ odpornościowy, wpływa na homeostazę wapnia [6]. Jej niedostatek w młodym wieku pełni znaczną funkcję we wzroście zapadalności na choroby autoimmunologiczne, w tym na SM [8].

Czynniki immunologiczne:

W stwardnieniu rozsianym obserwuje się złożony proces autoimmunologiczny, prowadzący do powstania tej choroby. Jej początek jest związany z aktywacją krążących autoreaktywnych limfocytów T, które przenikają przez barierę krew-mózg do ośrodkowego układu nerwowego [1]. W wyniku tego uwalniają cały szereg prozapalnych cytokin. Ich zwiększone nasycenie obserwuje się w płynie mózgowo-rdzeniowym lub w surowicy krwi pacjentów. Pobudzane przez cytokiny komórki makrofagów powodują powstanie defektu w osłonce mielinowej. Enzym metaloproteinaza prowadzi m.in. do uszkodzenia bariery krew-mózg, usprawnia przejście limfocytów do o.u.n. powodując powstanie ogniska demielinizacji [4].

Czynniki genetyczne:

Stwardnienie rozsiane to złożona choroba spowodowana szeregiem interakcji między środowiskiem a podatnością genetyczną [7]. Od dłuższego czasu podejrzewano związek rozwoju SM z czynnikami genetycznymi, zauważając, że może on mieć znaczny udział w powstaniu choroby. Istnieje wówczas możliwość dziedziczenia czynnika predysponującego do wystąpienia schorzenia. Uważa się, że 10-15% zachorowalności pojawia się rodzinnie [6].

Przebieg choroby jest bardzo indywidualny, zmienny, uwarunkowany częstością występujących rzutów, czyli okresami spotęgowania choroby oraz okresami **remisji** związanymi z brakiem objawów, brakiem postępu choroby. Gdy objawy trwają ponad 24 godziny i nie są związane z gorączką czy infekcją, wtedy mówimy o **rzucie choroby** [1,2].

SM zwykle rozpoczyna się bezobjawowo, u znacznej większości chorych występuje w postaci izolowanego klinicznie zespołu (CIS). Jest to incydent neurologiczny związany z uszkodzeniem w istocie białej, objawiającym się pozagałkowym zapaleniem nerwu wzrokowego, zespołem pnia mózgu. Obecność oligoklonalnych prążków IgG w płynie

mózgowo-rdzeniowym, przeciwciał klasy G przeciwko zasadowemu białku mieliny oraz liczne rozsiane ogniska demielinizacyjne mogą predysponować do przejścia CIS w SM [2].

Objawy kliniczne SM

Ze stwardnieniem rozsianym związanych jest wiele objawów, powstających na skutek uszkodzeń różnych elementów układu nerwowego [4]. Część symptomów może ustąpić sama a na ich miejsce mogą wystąpić nowe - obserwuje się to głównie w początkowych okresach choroby [1]. Początkowo chorzy mają problemy związane szczególnie z grupą mięśni kończyn górnych i dolnych. Pojawiają się: osłabienie i wzmożone napięcie mięśniowe (spastyczność), które negatywnie wpływają na wykonywanie ruchów, a niekiedy nawet je uniemożliwiają. Zdarzają się również dolegliwości związane z autonomicznym układem nerwowym [9].

Do najczęstszych objawów zaliczamy:

Zapalenie nerwu wzrokowego: powstaje na skutek występowania obszaru demielinizacji dotyczącego nerwu wzrokowego lub skrzyżowania nerwów wzrokowych. Objawy ostrego zapalenia nerwu wzrokowego rozwijają się w ciągu paru godzin do 7 dni. Następnie stopniowo zmniejszają się, aż do całkowitego zaniku. Objawy cechuje ból oka oraz brwi przy wykonywaniu ruchów gałki ocznej na boki i utrata widzenia centralnego. W późniejszym okresie może dojść do zaostrzenia zmian i wystąpienia odstępstw od prawidłowego widzenia barw i ostrości wzroku. Stan zapalny obejmuje głównie pozagałkową część nerwu wzrokowego [1,4].

Zaburzenia czuciowe są jednym z pierwszych objawów choroby, występującym u większości chorych. Mogą być związane z nieprawidłowym odczuwaniem bodźców i ubytkiem lub brakiem czucia. Mają charakter parastezji cechujących się występowaniem nieprzyjemnego odczucia klucia igłami, mrowienia, drętwienia, ściskania, zimna w okolicy kończyn i tułowia [1].

Zaburzenia mózdkowe mogą ujawniać się jako mowa skandowana związana z zaburzeniem koordynacji mięśni podniebienia a także dyzartrii (zaburzenie mowy) spowodowanej defektem dróg korowo-opuszkowych. Pojawia się ataksja (niezborność ruchów), która dotyczy kończyn dolnych i tułowia prowadząca do problemów z chodzeniem. Jednym z najczęstszych objawów, wynikających z uszkodzenia mózdku jest dysmetria, prowadząca również do zaburzeń ruchu [1]. Kolejną dolegliwością jest drżenie. Najczęściej jest to drżenie zamiarowe, charakteryzujące się powtarzalnymi, na przemian występującymi skurczami mięśni w trakcie ruchu. Dotyczy głównie mięśni kończyn górnych, rzadziej

dolnych i tułowia. Drżenie obserwuje się tylko w trakcie wykonywania ruchu dowolnego, ma charakter narastający tzn. nasila się pod koniec trwania czynności. Jednoczesne występowanie drżenia zamiarowego, oczopląsu i mowy skandowanej określa się jako **Triadę Charcota**, której występowanie dawniej było podstawą do rozpoznania SM [10].

Ból występujący u pacjentów w wyniku uszkodzenia układu nerwowego lub wraz z innymi objawami stwardnienia rozsianego. Zwykle pojawiający się z zapaleniem nerwu wzrokowego a także z objawem Lhermitte'a [11]. Objaw ten charakteryzuje się wystąpieniem odczucia przechodzącego prądu podłużnie do kręgosłupa podczas przybliżania głowy do klatki piersiowej. Jednak głównie są to: bóle pleców, głowy, spastyczne bóle kończyn, bóle związane ze skurczami mięśni. Ból, jak podaje większość pacjentów ma negatywny wpływ na ich życie społeczne, sen oraz zdrowie psychiczne [11].

Zaburzenia ruchowe są spowodowane zazwyczaj występującą u około 80 % pacjentów spastycznością, która polega na wzmożonym napięciu mięśniowym, zaburzająca zmianę pozycji ciała, chód i wykonywanie ruchów, a w konsekwencji wpływa na pogłębienie się stopnia niepełnosprawności. Objaw ten jest konsekwencją uszkodzenia ośrodkowego neuronu ruchowego. Dotyczy głównie kończyn dolnych, a jej natężenie wzrasta wraz z pogłębianiem się procesu chorobowego [11]. Obserwuje się także odruchy patologiczne m.in., odruch Babińskiego, Rossolimo i niedowład kończyn dolnych [12].

Zespół zmęczenia jest uznawany przez chorych za jeden z najbardziej uciążliwych objawów [1]. U większości pacjentów jest głównym symptomem choroby. Zmęczenie określane jest jako indywidualne wrażenie braku energii do podejmowania i kontynuowania jakiegokolwiek czynności, która nie ma związku z depresją czy ze zmniejszeniem siły mięśniowej. Zmęczenie w stwardnieniu rozsianym pojawia się już po umiarkowanym wysiłku fizycznym czy umysłowym a także pod wpływem stresu. Zespół zmęczenia jest często opisywany przez pacjentów jako odczucia braku sił, senności, osłabienia pamięci i problemu z koncentracją. Jednak sen czy odpoczynek nie powodują zmniejszenia nieprzyjemnej dolegliwości [13].

Zaburzenia oddawania moczu i stolca. Statystycznie, 20% chorych ma problem z utrzymaniem moczu [1]. U około 30-55% pacjentów występuje zaburzenie w oddawaniu moczu. Wraz ze wzrostem stopnia niesprawności zaostrzają się objawy wynikające z zaburzeń w oddawaniu moczu [11].

Zaburzenia seksualne spowodowane uszkodzeniem układu nerwowego, stosowaną farmakoterapią, często też zależą od czynników psychicznych. U mężczyzn występują pod postacią zmniejszonego libido, problemów z erekcją i wytryskiem. Kobiety także mają

zaburzenia funkcji seksualnych, które objawiają się głównie suchością pochwy oraz zmniejszonym libido [1].

Zaburzenia poznawcze to wszechobecny problem wśród chorych z SM, dotyczący około 50-70% pacjentów. Zaburzenia te, to przede wszystkim zaburzenia pamięci, uwagi i operacji myślowych. Pojawiają się problemy z zapamiętywaniem nowych informacji oraz odtworzeniem treści już utrwalonych [14].

Zaburzenia psychiatryczne wynikają głównie z reakcji chorego na proces chorobotwórczy i zmiany jakie zachodzą w organizmie, które często prowadzą do inwalidztwa [1]. Chorzy często izolują się od otoczenia, mają myśli i próby samobójcze [11]. U ponad połowy pacjentów w trakcie choroby pojawił się co najmniej jeden epizod ciężkiej depresji. Występujące przewlekłe stany obniżonego nastroju wśród chorych mogą być spowodowane przyczynami neurobiologicznymi jak i związane z psychologiczną reakcją na chorobę [1].

Diagnostyka w SM

Podstawą jest dokładnie zebrany wywiad i wynik badania neurologicznego. W diagnostyce należy wykonać następujące badania: rezonans magnetyczny, badanie potencjałów wywołanych, ocenę przebiegu choroby, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz wykonać diagnostykę różnicową.

Badanie rezonansu magnetycznego uznawane za podstawowe badanie w rozpoznaniu SM [15]. Jest nieinwazyjną metodą obrazowania umożliwiającą wyodrębnienie prawidłowej istoty białej od nieprawidłowej istoty białej podlegającej procesowi demielinizacji [16]. Obszar demielinizacyjny widziany jest jako owalny lub nieregularny, odgraniczony i głównie występujący okołokomorowo, w ciele modzelowatym, pniu mózgu, podkorowo, w mózdzku i w jego konarach [15]. Zmiany te mogą powstać w przebiegu innych chorób, dlatego obszar patologiczny należy rozpatrywać wraz z obrazem klinicznym i stosować kryteria McDonalda [1].

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ogólne i w kierunku oznaczenia stężenia immunoglobuliny G i albuminy do określenia indeksu IgG [15]. Ilość immunoglobuliny G nie powinna przekraczać 4 mg/100 ml. Wynik często jest niemiernodajny, na skutek uszkodzenia bariery krew-płyn mózgowo-rdzeniowy lub skrwawienia płynu. Nie obserwuje się zwiększonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Zazwyczaj stężenie białka jest prawidłowe lub lekko zwiększone, jednakże nieprzekraczające 1 g/l. Występowanie prążków oligoklonalnych obserwuje się u około 95% chorych na stwardnienie rozsiane [1].

Diagnostyka różnicowa polega na dokładnej ocenie pacjenta pod kątem występujących symptomów i możliwej przyczyny ich wystąpienia [15]. Pojawiające się objawy neurologiczne mogą być związane z inną chorobą i również mogą powodować charakterystyczne zmiany widoczne w badaniu MRI [2]. W diagnostyce należy wziąć pod uwagę inne stany kliniczne m.in.: chorobę Devica, guzy szczególnie rdzenia kręgowego i pnia mózgu, choroby zapalne układu nerwowego typu kiła, borelioza, czy sarkoidoza [1].

Badania elektrofizjologiczne to badanie potencjałów wywołanych wzrokowych, słuchowych, somatosensorycznych [1]. Ich nieprawidłowy wynik świadczy o procesie demielinizacyjnym występującym wieloogniskowo. Najbardziej istotne jest badanie wzrokowych potencjałów wywołanych, gdyż to głównie nerw wzrokowy jest obszarem najwcześniej objętym demielinizacją [1,2].

Leczenie SM

W leczeniu stwardnienia rozsianego wyodrębniamy kilka kierunków działania: leczenie rzutu choroby, leczenie immunomodulacyjne, leczenie objawowe. Równie ważnym elementem jest rehabilitacja [17]. Główną funkcją obecnego leczenia jest modyfikowanie naturalnego przebiegu choroby, zmniejszenie liczby nawrotów i łagodzenie ich objawów, skutków oraz poprawę jakości życia pacjenta.

Leczenie immunomodulacyjne jest oparte na koncepcji leczenia stwardnienia rozsianego jako choroby autoimmunologicznej [18]. Wykorzystywane leki wpływają na zmianę różnorodnych etapów reakcji immunologicznej [1]. Wyróżniamy leki pierwszej, drugiej i trzeciej linii.

Do leków pierwszej linii zaliczanych do programu terapeutycznego należą interferony i octan glatirameru. Interferony pobudzają układ odpornościowy [19]. Octan glatirameru (kopolimer-1) jest syntetycznym peptydem o podobnej budowie do białek mielinowych [17]. Leki te uważane są za bezpieczne z długookresową skutecznością oraz z dobrą tolerancją [19]. Preparaty te mogą być stosowane przez dzieci od 12 roku życia i u dorosłych w leczeniu ambulatoryjnym [15]. W trakcie terapii należy monitorować chorego i zwrócić szczególną uwagę na możliwość wystąpienia reakcji skórnych, z powodu licznych iniekcji [19]. U chorych raz na trzy miesiące wykonywane są badania laboratoryjne m.in. morfologia, próby wątrobowe oraz raz na rok badanie rezonansu magnetycznego [17]. Jeśli w trakcie terapii u chorego nastąpi postęp choroby, należy ją przerwać [1]. Można wówczas rozważyć zmianę sposobu leczenia lub włączenie leków drugiej linii. Kryteria, które bierze się pod uwagę przy ocenie efektywności leczenia to: ilość rzutów choroby, progresja stanu

funkcjonalnego oceniana według skali EDSS (*Expanded Disability Status Score*) oraz ilość obecnych zmian w obrazie rezonansu magnetycznego w ciągu rocznego cyklu terapii [17]. Lekiem drugiej linii jest natalizumab, który jest stosowany w monoterapii, drogą dożylną w dawce 300 mg co 4 tygodnie. W trakcie podawania tego preparatu pacjent musi być monitorowany przynajmniej przez 2 godziny, gdyż może wystąpić reakcja uczuleniowa. Lek ten stosuje się u osób pełnoletnich [15]. Jego charakterystyczną cechą jest wysoka skuteczność kliniczna, obserwuje się zmniejszenie częstości rzutów choroby o 68 % w stosunku rocznym. Odstawienie leku wiąże się z prawdopodobieństwem nawrotu aktywności choroby. Kolejnym lekiem jest fingolimod przyjmowanym doustnie w dawce 0,5 g na dobę [19]. Jest przeznaczony do stosowania w warunkach domowych, lecz przy pierwszym podaniu należy obserwować pacjenta pod kątem możliwości wystąpienia bradykardii [15].

Lekiem stosowanym w trzeciej linii u pacjentów z agresywną postacią choroby jest mitoksantron [15]. Jest podawany drogą dożylną co trzy miesiące.

Leczenie rzutu choroby najczęściej podawane są glikokortykosteroidy. Ich działanie związane jest z ograniczeniem procesu zapalnego, stabilizacji przepuszczalności bariery krew-mózg. W leczeniu stosuje się dożylnie metyloprednizolon przez 3-5 dni. Poranne podawanie leku we wlewie trwającym 30-60 minut zapobiega wystąpieniu niedoczynności kory nadnerczy. Przy braku poprawy stanu zdrowia terapię można przedłużyć do 10 dni. A jeśli objawy nadal występują, po przerwie 2 tygodniowej można kontynuować leczenie przez 5 dni. W łagodniejszych rzutach choroby podaje się prednizon doustnie przez 10 dni [19].

Leczenie objawowe polega głównie na poprawie jakości życia. Ma charakter wielospecjalistyczny obejmując psychoterapię, farmakoterapię i fizykoterapię [19].

W leczeniu spastyczności dużą rolę ma fizjoterapia i pielęgnacja. Jej głównym celem jest ograniczenie bólu, zapobieganie powikłaniom i usprawnienie ruchowe pacjenta. Do działań, które mogą zmniejszyć napięcie mięśniowe i zapobiec ich przykurczom należą m.in. prawidłowe ułożenie chorego w łóżku, usunięcie bodźców doprowadzających do spastyczności oraz ćwiczenia i stymulacja elektryczna. Leczenie farmakologiczne głównie dąży do zmniejszenia napięcia mięśniowego, powodując przy tym często obniżenie siły mięśniowej. Jednym z leków podawanych w spastyczności jest baklofen, tyzanidyna benzodiazepiny (diazepam, klonazepam). Przy występującej ataksji i zaburzeniach koordynacji zaleca się fizjoterapię, wpływającą na poprawę koordynacji ruchowej i postawę ciała. Farmakoterapia tutaj jest mało skuteczna, często jednak podaje się gabapentynę. Do

łagodzenia dolegliwości bólowych wybiera się leki przeciwpadaczkowe jak lamotryginę, gabapentynę, pregabalinę. W bólach neuropatycznych podaje się trójcykliczne leki przeciwdepresyjne, przy neuralgiach nerwu trójdzielnego preparatem z wyboru jest karbamazepina [1].

Leczenie zespołu zmęczenia opiera się głównie na zachowaniu odpowiedniego trybu życia i aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości pacjenta. Zalecane są głównie ćwiczenia aerobowe i unikanie czynników wzmagających zmęczenie np. alkoholu, wysokiej temperatury. W terapii stosuje się amantadynę, modafinil oraz pemolinę [13].

Leczenie zaburzeń w oddawaniu moczu polega na zatrzymaniu często nawracających zakażeń układu moczowego, mogących doprowadzić do posocznicy moczowej. Przy występującym zaleganiu moczu w pęcherzu nie przekraczającym 100 ml, zaleca się ograniczenie przyjmowanych płynów i regularne oddawanie moczu. Przy utrzymującym się dłużej odchyleniu podaje się leki hamujące rozwój flory bakteryjnej. Jeżeli zastosowane leczenie nie będzie przynosiło żadnego efektu, u kobiet zaleca się cewnikowanie pęcherza kilka razy dziennie zaś u mężczyzn cewnikowanie na stałe. Zaburzenia czynności pęcherza moczowego można podzielić na:

- zaburzenia z utrzymaniem moczu spowodowane nadmierną aktywnością mięśnia wypieracza pęcherza: w tym przypadku stosujemy leki cholinolityczne np. oksybutynina, tolterodyna, toksyna botulinowa wpływająca na zatrzymanie czynności skurczowej mięśnia wypieracza na 6-9 miesięcy.
- zaburzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza powodujące zatrzymanie moczu: podaje się leki cholinomimetyczne np. distygmina 5-10 mg raz na dobę.
- zaburzenia czynności zwieracza wewnętrznego pęcherza: podaje się leki α -drenolityczne np. terazosyna, doksazosyna
- zaburzenia nadmiernego napięcia mięśnia zwieracza zewnętrznego: podaje się baklofen, diazepam [19].

Kompleksowa rehabilitacja. Oprócz leczenia farmakologicznego ważnym elementem wpływającym na jakość życia pacjentów jest kompleksowa rehabilitacja. Rehabilitacja ma charakter indywidualny, jest dostosowana do stanu i możliwości chorego. Ćwiczenia ruchowe wpływają korzystnie na stan zdrowia chorego poprzez zwiększenie zakresu ruchu w stawach, zapobiegają zanikom mięśni, zmniejszają zespół zmęczenia, zapobiegają powstaniu przykurczy i wzmacniają wydolność krążeniowo-oddechową. Ich uzupełnieniem jest fizykoterapia. Jednym z zabiegów jest magnetoterapia, która w swoim

działaniu wykorzystuje pole magnetyczne. Wpływa na zwiększenie przepływu mózgowego krwi i najlepszy efekt tego zabiegu pojawia się w leczeniu spastyczności, powodując jej zmniejszenie i w nietrzymaniu moczu. Ważnym aspektem jest również leczenie uzdrowiskowe dla pacjentów z zachowaną podstawową samoobsługą. Zaleca się kąpiele lecznicze, wykonywanie ćwiczeń w wodzie oraz pływanie. W wodzie wówczas zmniejsza się ciężar ciała i chory może wykonywać swobodniej ruchy. Następuje również korzystne rozluźnienie mięśni, powodujące, że ruch jest prowadzony w sposób mniej bolesny [9].

Działania pielęgniarki wobec pacjenta z SM w okresie zaostrzenia choroby

Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym powinna być przystosowana do stopnia zaawansowania choroby i występujących objawów oraz do zakresu niepełnosprawności i stosowanego leczenia farmakologicznego. Zasadniczym działaniem w opiece pielęgniarskiej jest pomoc w czynnościach samoopiekuńczych, zapobieganie powikłaniom będących skutkiem długotrwałego unieruchomienia, współudział w leczeniu i rehabilitacji pacjenta [4].

Głównym postępowaniem pielęgniarskim nad pacjentem w okresie zaostrzenia choroby będzie:

- udzielenie pomocy w czynnościach samoopiekuńczych (asystowanie, mobilizowanie pacjenta, częściowe albo całkowite przejęcie wykonywania czynności): określenie deficytu samoopieki za pomocą skal np. Barthel oraz określenie stopnia i rodzaju opieki, której będzie potrzebował pacjent. Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem z zastosowaniem skali do oceny zmęczenia, ryzyka rozwoju odleżyn, oceny wykonywania podstawowych czynności życia codziennego;
- wykonanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperatura ciała) oraz pomiaru glikemii, wykonanie EKG;
- stosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciwzakrzepowej (przede wszystkim u pacjentów leżących): prowadzenie ćwiczeń ruchowych biernych, dostosowanych do możliwości pacjenta;
- udzielenie pomocy w poruszaniu się (asekuracja, przewożenie pacjenta), zapewnienie wymaganego sprzętu ortopedycznego np. balkonika, wózka inwalidzkiego;
- udzielenie pomocy w spożywaniu posiłków (zapewnienie odpowiedniej konsystencji pokarmów i w przypadku zaburzeń połykania karmienie pacjenta przez sondę żołądkową), ocena stanu odżywienia pacjenta (obliczenie BMI, prowadzenie kontroli masy ciała);

- zapewnienie odpowiedniego ułożenia pacjenta w łóżku (ułożenie przeciwpastyczne; leżenie na brzuchu lub na boku, gdzie znajdują się mniejsze zmiany spastyczne), zapobieganie gwałtownym ruchom w trakcie wstawania z łóżka;
- branie udziału w programie rehabilitacyjnym pacjenta, który jest indywidulanie dostosowany do jego możliwości ruchowych, stosowanie zabiegów zmniejszających napięcie mięśniowe (okłady z lodu);
- prowadzenie obserwacji pacjenta pod kątem występowania zaburzeń w oddawaniu moczu. W przypadku występowania zaburzeń w rozpoczęciu mikcji i opróżnianiu pęcherza cewnikowanie pęcherza moczowego (doraźne lub przerywane) lub stosowanie prowokacji (odkręcenie kranu z wodą), opukiwanie strefy nadłonowej. Jeżeli występuje zleganie moczu powyżej ilości 150 ml po mikcji prowadzi się działania mające na celu zapobieganie infekcjom dróg moczowych poprzez cewnikowanie, aby odprowadzić zalegającą część moczu, podawanie odpowiedniej ilości płynów pacjentowi (1,5-2l/dobę) oraz częste wykonywanie badań bakteriologicznych moczu. Jeśli występują zaburzenia związane z nietrzymaniem moczu i nagłym parciem na pęcherz moczowy zalecenie wykonywania ćwiczeń zwiększających funkcje zwieracza cewki moczowej (przerywanie strumienia moczu podczas mikcji). Zapewnienie pacjentowi w razie potrzeby szybkiego dostępu do toalety, podanie basenu czy kaczki oraz zalecenie stosowania wkładek urologicznych;
- pomoc pacjentowi w zakresie wydalania stolca (podanie basenu, zastosowanie środków wspomagających wypróżnianie tj. stosowanie czopków glicerynowych, wykonanie wlewu przeczyszczającego) [4];
- przedstawienie choremu grup wsparcia np. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego i innych pomocy społecznych;
- pobieranie materiałów (krwi żyłnej, kału, moczu) i przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych (nakłucia lędźwiowego, rezonansu magnetycznego);
- utrzymanie pacjenta i jego najbliższego otoczenia w czystości (pomoc przy wykonaniu lub wykonanie toalety ciała, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta);
- edukacja pacjenta na temat konieczności stosowania odpowiedniej diety, zrezygnowania z używek (kawa, alkohol, tytoń), niezbędnej aktywności fizycznej dostosowanej do jego możliwości, prawidłowej proporcji snu i wypoczynku, oraz wykonywania badań kontrolnych [17];

- edukacja pacjenta na temat identyfikacji objawów niepożądanych w trakcie terapii immunomodulacyjnej (obrzęk, świąd w miejscu podania leku, ból, objawy grypopodobne) [4];
- przygotowanie pacjenta do samoopieki i edukacja jego rodziny na temat sposobów realizacji opieki nad chorym w warunkach domowych [17].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w okresie zaostrzenia choroby.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Metoda indywidualnego przypadku zastosowana w tej pracy, jest jednym z rodzajów metod badawczych, gdzie materiałem badawczym jest pojedynczy przypadek jak również dana grupa społeczna [20]. W metodzie tej głównie stosowane są następujące techniki badawcze: obserwacja, wywiad oraz analiza dokumentacji.

Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie jest wzorem pozwalającym na zebranie informacji o badanym podmiocie, które są konieczne do zrealizowania opieki całościowej i profesjonalnej. Dane te uzyskiwane są dzięki obserwacji, wywiadowi, analizie dokumentacji, dokonywanych pomiarów i badaniu fizykalnemu. Zebrane informacje o pacjencie dotyczą jego danych personalnych, obecnego stanu zdrowia, funkcjonowania poszczególnych układów anatomicznych pacjenta oraz jego stanu zdrowia psychicznego i sytuacji rodzinno-społecznej. Arkusz, którym posłużono się do zebrania informacji o pacjentce składał się z 4 części. Pierwsza część odnosi się do danych personalnych pacjentki (wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie) oraz stanu zdrowia pacjentki (choroby współistniejące, przyczyna hospitalizacji, uczulenia). Druga część zawiera kryteria do oceny stanu funkcjonowania poszczególnych układów anatomicznych oraz stan emocjonalny. Trzecia część zawiera informacje na temat warunków mieszkaniowych i sytuacji rodzinnej pacjentki. Czwarta część zawiera kryteria do oceny układu nerwowego. Wykorzystano również skalę MFIS (*Modified Fatigue Impact Scale*) do oceny zespołu zmęczenia. Kolejną zastosowaną skalą była skala wzrokowo-analogowa VAS (*visual analogue scale*) do oceny bólu. Zastosowano także skalę Barthel do oceny zapotrzebowania na opiekę.

Badanie zostało przeprowadzone w dniu 18.03.2019 r. w jednym z lubelskich szpitali. Celem badania było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u osoby ze stwardnieniem rozsianym w okresie zaostrzenia choroby. Osobą badaną była pacjentka 28 letnia ze zdiagnozowanym SM w okresie rzutu choroby. Uzyskano zgodę od chorej na przeprowadzenie badania. Chora była komunikatywna i pozytywnie nastawiona do przeprowadzonego badania. Z chęcią odpowiadała na zadane jej pytania. Do zebrania informacji o pacjentce wykorzystano kwestionariusz wywiadu, analizę dokumentacji, pomiar podstawowych parametrów życiowych. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu uzyskano szczegółowe dane na temat stanu fizycznego jak i psychicznego chorej. Wykorzystano również skalę do oceny stopnia zmęczenia jak i skalę do oceny bólu.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka w wieku 28 lat, rozwiedziona, została przyjęta w celu leczniczym do Kliniki Neurologii w dniu 14.03.2019 r. z powodu rzutu w zasadniczej chorobie. Jak wynika z wywiadu pacjentka choruje na stwardnienie rozsiane od 2006 roku. W dzień przed przyjęciem do szpitala stan zdrowia pacjentki nagle się pogorszył. Chora zgłosiła się do szpitala z powodu obuocznych zaburzeń widzenia pod postacią zamazania obrazu oraz nasilenia niedowładu kończyn dolnych oraz zaburzeń chodu. W poprzednich latach chora leczona była preparatem Avonexem, następnie Betaferonem, jednak ze względu na brak skuteczności leków pierwszego rzutu zakwalifikowano ją do leczenia natalizumabem. W latach 2009-2010 otrzymywała preparat Tysabri, z dobrym efektem klinicznym. W czerwcu 2018 roku był kolejny rzut choroby, zastosowano wówczas sterydoterapię z dobrym efektem. Obecnie u pacjentki będącej na oddziale zastosowano Kalipoz, Furagin, Estazolam, Hydroxyzynę na noc, Solu-Medrol, Nexium. Po wykluczeniu przeciwwskazań podano Tysabri.

Pacjentka w przeszłości zmagала się z epizodami depresyjnymi, innych chorób współistniejących nie podaje. U chorej wystąpiły zaburzenia snu (nie przespała kilku nocy).

W trakcie hospitalizacji wykonano następujące badania: morfologie i badanie ogólne moczu oraz badanie rezonansu magnetycznego. Jak stwierdziło badanie ogólne moczu chora miała infekcję układu moczowego, objawiającą się w jej przypadku częstomoczem.

Chora nie skarżyła się na dolegliwości bólowe wg skali VAS brak bólu.

Dokonano również oceny zespołu zmęczenia w ciągu ostatnich 4 tygodni za pomocą skali MFIS. U pacjentki występuje zespół zmęczenia, według skali uzyskała 32 punkty.

Charakterystyczny objaw znużenia utrudniający życie u chorej pojawił się w umiarkowanym nasileniu i dość często w ciągu ostatnich tygodni.

Badanie MRI głowy. Na obrazie widoczne są bardzo liczne zlewające się zmiany ogniskowe.

Jak wynika z wywiadu i badania fizykalnego zaobserwowano u chorej niewielki deficyt w zakresie samoobsługi i zaburzony chód tzw. chód na szerokiej podstawie, dlatego chora sporadycznie potrzebowała balkonika do poruszania się.

W badaniu neurologicznym nie stwierdzono u pacjentki objawów oponowych, wystąpił dodatni objaw Babińskiego w obu kończynach oraz drżenie spoczynkowe głowy. Również u pacjentki zauważono osłabienie ostrości widzenia obu oczu, zwężenia pola widzenia, mowę skandowaną, ataksję kończyn górnych i dolnych oraz niedowład kończyn dolnych i lewej kończyny górnej.

Wynik badania na podstawie Skali Barthel wyniósł 80 punktów co świadczy o stanie „średnio ciężkim” pacjenta. Chora miała problemy z przygotowaniem posiłku, poruszaniem się również po schodach, ubieraniem się i kontrolowaniem pęcherza moczowego.

Brak problemów ze strony układów: oddechowego, krążenia, pokarmowego, skóra bez zmian patologicznych. Układ moczowo-płciowy: kontrola wydalania moczu i menstruacja zaburzona. Stan emocjonalny: nastrój wyrównany, pacjentka pozytywnie nastawiona do choroby i procesu leczenia, nie zaobserwowano trudności we współpracy z personelem medycznym.

Warunki mieszkaniowe i sytuacja rodzinna: pacjentka rozwiedziona, obecnie chorą zajmuje się jej partner, nie ma problemów rodzinnych, warunki mieszkaniowe dobre.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC PACJENTKI ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

W analizowanym przypadku pacjentki ze stwardnieniem rozsianym w okresie zaostrzenia choroby zostały zrealizowane następujące działania:

Diagnoza 1. Deficyt w samoopiece wywołany nasileniem objawów neurologicznych (zaburzenie widzenia, niedowład, zawroty głowy, drżenie).

Celem opieki jest

zapewnienie chorej zaspokojenia potrzeb biologicznych i skompensowanie deficytów w zakresie samoopieki.

Działania pielęgniarskie:

1. ocena intensywności występującego deficytu za pomocą skal np. skali Barthel oraz określenie stopnia wymaganej pomocy,
2. udzielenie pomocy dostosowanej do stanu zdrowia chorej podczas wykonywania podstawowych czynności (przemieszczanie się, jedzenie, korzystanie z toalety, ubieranie się),
3. przekazanie rodzinie pacjentki informacji ułatwiających pomoc chorej w wykonywaniu podstawowych czynności,
4. zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności w trakcie pobytu chorej w szpitalu i podczas wykonywania wszystkich czynności pielęgnacyjnych, leczniczych.

Diagnoza 2. Zwiększone ryzyko upadku i utrudnione poruszanie się wywołane nasileniem się objawów neurologicznych (zaburzenie chodu).

Celem opieki jest

zapewnienie bezpieczeństwa i udzielenie pomocy przy przemieszczaniu się chorej.

Działania pielęgniarские:

1. określenie przyczyn u chorej, które powodują trudności w poruszaniu się,
2. nadzór chorej w trakcie poruszania się i asekuracja w razie potrzeby
3. zapewnienie chorej w razie potrzeby sprzętu ortopedycznego ułatwiającego poruszanie się (balkonik, kule, wózek inwalidzki)
4. zachęcenie pacjentki do utrzymywania aktywności ruchowej, dostosowanej do jej możliwości.

Diagnoza 3. Infekcja dróg moczowych spowodowana zaburzeniami pęcherza moczowego.

Celem opieki jest

eliminacja infekcji i poprawa funkcjonowania pęcherza moczowego.

Działania pielęgniarские:

1. współudział w farmakoterapii mającej na celu eliminację infekcji i poprawę funkcjonowania pęcherza moczowego,
2. zastosowanie diety bogatej w produkty zakwaszające mocz,
3. pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych z zastosowaniem preparatów delikatnych do higieny intymnej,
4. zachęcenie chorej do stosowania bawełnianej nieuciskającej bielizny z wysokim stanem zapobiegającej oziębieniu okolic intymnych,

5. systematyczne opróżnianie pęcherza moczowego, unikanie przetrzymywania moczu w pęcherzu.

Diagnoza 4. Ryzyko powstania przykurczy z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego.

Celem opieki jest

zminimalizowanie ryzyka powstania przykurczy.

Działania pielęgniarские:

1. wykonywanie zabiegów np. masaży i zimnych okładów, które zmniejszają napięcie mięśni,
2. poinformowanie pacjentki, aby unikała czynników, które wzmagają spastyczność (wysoka temperatura, infekcje, stres),
3. zachęcenie pacjentki do udziału w rehabilitacji ruchowej, dostosowanej do jej możliwości.

Diagnoza 5. Ryzyko pojawienia się objawów ubocznych w wyniku sterydoterapii.

Celem opieki jest

zminimalizowanie objawów niepożądanych podczas terapii lecniczej.

Działania pielęgniarские:

1. podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim w godzinach przedpołudniowych, gdyż glikokortykosteroidy mają działanie pobudzające,
2. obserwacja chorej w trakcie trwania wlewu kroplowego,
3. regularne mierzenie ciśnienia tętniczego i glikemii u pacjentki oraz regularne ważenie chorej,
4. pobieranie materiału do badań diagnostycznych, głównie krwi w celu oznaczenia poziomu elektrolitów (zwłaszcza potasu) oraz glukozy,
5. podawanie leków zmniejszających wydzielanie kwasu solnego w żołądku na zlecenie lekarskie,
6. poinformowanie chorej o możliwości wystąpienia takich objawów ubocznych jak: wzrost masy ciała, obrzęki, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.

Diagnoza 6. Występowanie zespołu zmęczenia u pacjentki.

Celem opieki jest

zminimalizowanie pojawienia się objawu znużenia.

Działania pielęgniarские:

1. edukacja pacjentki na temat czynników, które wpływają na pogłębienie się zmęczenia: niedobór snu, stres, infekcje, przeziębienie, lęk, depresja,
2. zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń ruchowych dostosowanych do jej możliwości,
3. zalecenie stosowania drzemek w ciągu dnia, które wpływają na lepsze samopoczucie,
4. zalecenie unikania przebywania w miejscach zbyt gorących.

Diagnoza 7. Ryzyko nawrotu depresji spowodowane pogorszeniem się stanu zdrowia.

Celem opieki jest

zminimalizowanie ryzyka związanego z pojawieniem się kolejnego epizodu depresyjnego.

Działania pielęgniarские:

1. obserwacja chorej w odniesieniu do objawów (obniżony nastrój, przygnębienie), mogących świadczyć o pojawieniu się depresji,
2. zachęcenie chorej do rozmowy o swoich obawach,
3. poinformowanie chorej o sposobach walki ze stresem,
4. objaśnienie pacjentce przebiegu choroby

Diagnoza 8. Zaburzenia snu spowodowane pogorszeniem się stanu zdrowia.

Celem opieki jest

osiągnięcie normalnego rytmu dobowego.

Działania pielęgniarские:

1. zapewnienie odpowiednich warunków na sali, które korzystnie wpłyną na sen: cisza, przewietrzenie sali przed snem,
2. zaproponowanie pacjentce stosowania technik relaksacji przed snem,
3. edukacja pacjentki na temat prawidłowej higieny snu (unikanie drzemek w ciągu dnia, wstawanie o podobnych porach, unikanie spożywania zbyt dużej ilości kofeiny),
4. podanie leków nasennych na zlecenie lekarskie.

DYSKUSJA

Celem badania przeprowadzonego dla potrzeb niniejszej pracy było ukazanie zadań pielęgniarki w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta ze stwardnieniem rozsianym w okresie zaostrzenia choroby. Wystąpienie rzutu choroby często wiąże się z pojawieniem się wielu problemów pielęgnacyjnych. Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w okresie zaostrzenia choroby ma charakter wieloelementowy. Pielęgniarka na początku rozpoczynając opiekę rozpoznaje stan zdrowia pacjenta, następnie określa problemy pielęgnacyjne i stawia diagnozę pielęgniarską, opracowuje cele działań i interwencje. Kolejnym niezmiernie ważnym działaniem jest edukacja chorego, zapewnienie wsparcia pacjentowi jak i jego rodzinie. Badana pacjentka ze stwardnieniem rozsianym w czasie rzutu choroby wymagała opieki pielęgniarskiej w zakresie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych. U chorej deficyt w samoopiece dotyczył zaburzeń chodu, trudności w przygotowaniu posiłku oraz ubieraniu się w wyniku zaburzeń neurologicznych tj. występującej ataksji w kończynach górnych, spastyczności, zaburzeń widzenia, niedowładu gł. kończyn dolnych, zespołu zmęczenia, zaburzeń snu. Występująca niesprawność ruchowa utrudnia pacjentce wykonywanie pracy zawodowej (krawcowa) jak i sprawia trudności przy wykonywaniu większych prac domowych. W badaniach Michalak i in. [21] w przypadku chorej z SM pojawiło się wiele problemów pielęgnacyjnych, które wynikały z nasilenia się objawów neurologicznych. Jednym z pierwszych problemów okazało się być ograniczenie samodzielności i trudności w poruszaniu się, co wiąże się z koniecznością uzyskania pomocy ze strony innych w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Zaobserwowano również obniżone samopoczucie, lęk przed pojawieniem się kolejnego rzutu choroby [21]. W badaniach własnych, pacjentka miała wyrównany nastrój i pozytywne nastawienie co do leczenia i aktualnego stanu zdrowia, niemniej jednak zawsze istnieje możliwość nawrotu depresji, dlatego ważne było zapewnienie pacjentce poczucia bezpieczeństwa. Zwłaszcza, że pojawiły się zaburzenia snu. Najbardziej uciążliwym problemem u badanej chorej był zespół zmęczenia wpływający na obniżenie samopoczucia. Zespół zmęczenia nasilał niesprawność wynikającą z zaburzeń neurologicznych i powodował ograniczenie samodzielności. W badaniu przeprowadzonym przez Humańską i in. [22] na temat jakości życia pacjentów z SM można zaobserwować zależność między sprawnością pacjentów w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego a ich satysfakcją z życia. Jak się okazuje ograniczona sprawność ruchowa znacznie pogarsza samopoczucie pacjentów. Uczestnicy badania, którzy nie mieli wielu ograniczeń w zakresie samoobsługi dokonywali wyższej oceny własnej jakości życia [22]. Podobnie Wilczewska i in. [23] ukazali w swoim badaniu, że występująca u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym spastyczność wiąże się z licznymi

problemami pielęgnacyjnymi, które ograniczają u chorych możliwości w sferze samoobsługi a także samopielęgnacji. Spastyczność znacznie utrudnia życie pacjentów, prowadząc często do problemów z połykaniem, zaprac, przykurczu i bólu [23]. Łobuz Roszak i in. [24] w swoim badaniu wykazali, że objawy w przebiegu SM takie jak depresja i zespół zmęczenia również wpływają na jakość życia chorych. W wyniku narastającej niepełnosprawności chorzy muszą dostosować się do nowego modelu funkcjonowania w społeczeństwie oraz zaakceptować ograniczenia związane z postępem choroby. Dlatego w procesie pielęgnowania pacjenta ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi na jego stan psychiczny [24]. W zakresie ograniczeń występujących u badanej chorej ważnym aspektem jest rehabilitacja, która korzystnie wpłynie na spastyczność, zaburzenia chodu i zespół zmęczenia. Należy również kontynuować leczenie farmakologiczne zlecone przez lekarza, wyedukować chorą w zakresie możliwość pojawienia się objawów ubocznych w wyniku stosowanej sterydoterapii, terapii zwalczającej infekcję dróg moczowych oraz konieczności stosowania odpowiedniej diety.

WNIOSKI

1. Do zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentką z SM należy przeprowadzenie wywiadu i ocena stanu pacjenta oraz postawienie diagnoz pielęgniarstkich na podstawie występujących u chorej problemów i deficytów.
2. Pielęgniarka udziela pomocy w czynnościach samoopiekuńczych, w zakresie których występuje u chorej deficyt (udzielenie pomocy w poruszaniu się, wchodzeniu, schodzeniu po schodach, zapewnienie wymaganego sprzętu ortopedycznego np. balkonika, pomoc w przygotowaniu posiłku).
3. Pielęgniarka bierze współudział w farmakoterapii stosowanej w celu złagodzenia objawów zaostrzenia choroby, leczeniu choroby oraz terapii mającej na celu eliminację infekcji i poprawę funkcjonowania pęcherza moczowego.
4. Pielęgniarka wykonuje pomiar podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperatura ciała) oraz pomiaru glikemii, wykonanie EKG, pobiera materiał do badań (krew, mocz, płyn mózgowo-rdzeniowy - asystowanie przy punkcji lędźwiowej).
5. Działania edukacyjne pielęgniarki polegają na edukacji chorej w zakresie: stosowanej diety w SM, zaleceń dietetycznych oraz profilaktycznych w przypadku infekcji dróg moczowych, radzeniu sobie z objawami spastyczności i stosowanymi działaniami

rehabilitacyjnymi, zaleceń i powikłań stosowanej terapii, radzeniu sobie w przypadku występowania zespołu zmęczenia w SM.

6. Pielęgniarka zapewnienia odpowiednie warunki na sali do odpoczynku i snu chorej w okresie zaostrzenia objawów SM, zapewnia odpowiednie ułożenie pacjentki w łóżku poprzez stosowanie udogodnień (ułożenie przeciwpastyczne; leżenie na brzuchu lub na boku, gdzie znajdują się mniejsze zmiany spastyczne), utrzymuje pacjentkę i jej najbliższe otoczenie w czystości.
7. Pielęgniarka przygotowuje psycho-fizycznie chorą do badań diagnostycznych.
8. Pielęgniarka prowadzi obserwację pacjentki pod kątem występowania zaburzeń w oddawaniu moczu. W przypadku występowania zaburzeń w rozpoczęciu mikcji i opróżnianiu pęcherza cewnikowanie pęcherza moczowego. Zapewnia pacjentce w razie potrzeby szybki dostęp do toalety, basen oraz zaleca stosowania wkładek urologicznych.
9. Do działań pielęgniarki należy zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności w trakcie pobytu chorej w szpitalu i podczas wykonywania wszystkich czynności pielęgnacyjnych, leczniczych w celu zapobiegania obniżeniu nastroju chorej i zmniejszeniu ryzyka depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Kozubski W., Liberski P.P.: Neurologia. Wyd. 3, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014, 565-592.
2. Kamińska J. i wsp.: Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2017, 71, 551-563.
3. Kingwell E. (i in.): Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. BMC Neurology, 2013, 13, 128.
4. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2018, 249-264.
5. Rosiak K., Zagożdżon P.: Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. Probl. Hig. Epidemiol., 2012, 4, 627-631.
6. Zawada M.: Potencjalne czynniki patogenne w stwardnieniu rozsianym (SM), Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2012, 66, 758-770.
7. Giulia M. I wsp. The role of immune cells, glia and neurons in white and gray matter pathology in multiple sclerosis. Progress in Neurobiology, 2015, 4, 1-22.

8. Góral A. i wsp.: Wpływ witaminy D na patogenezę i przebieg stwardnienia rozsianego. *Wiad. Lek.*, 2015, 1, 58-64.
9. Pasek J. i wsp. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym – wyzwanie współczesnej medycyny. *Aktualności Neurologiczne*, 2009, 4, 272-276.
10. Broła W., Przybylski W.: Drżenie w stwardnieniu rozsianym. *Studia Medyczne*, 2012, 4, 69-75.
11. Bartosik-Psujek H. i wsp.: Nowoczesne leczenie objawowe w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2013, 4, 160-171.
12. Kucińska P.: Wybrane przyczyny dyzartrii związane z lokalizacją uszkodzenia w obrębie układu nerwowego. *Otarynolaryngologia.*, 2016, 1, 8-15.
13. Broła W., Fudala M.: Problem zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2010, 2, 237-243.
14. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo Opieki paliatywnej*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2017, 244-247.
15. Bartosik-Psujek H.: Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, 2, 76-83.
16. Fox. J. R. i wsp.: Nowe techniki MR w stwardnieniu rozsianym: obecny stan i przyszłe wyzwania. *Neurologia po Dyplomie*, 2012, 5, 45-60.
17. Wilkiewicz M. i wsp.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym w trakcie leczenia immunomodulacyjnego lekami pierwszego rzutu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2013, 5, 223-227.
18. Smelkowska A. i wsp.: Course of Care of a Multiple Sclerosis Patient in the Context of Pharmacotherapy., *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 2015, 3, 130-137.
19. Losy J. i wsp.: Leczenie stwardnienia rozsianego. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016, 2, 80-95.
20. Lesińska-Sawicka M. (red.): *Metoda case study w pielęgniarstwie*. Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa 2009, 16-35.
21. Michalak M., Hydzik P., Waliszewska D.: Opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym, *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2018, 2, 48-50.
22. Humańska M. A. i wsp.: Jakość życia a sprawność funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2013, 5, 188-194.

23. Wilczewska L., Sławek J., Skrzypek-Czerko M.: Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze spastycznością. Problemy pielęgniarstwa, 2010, 3, 363-367.
24. Łobuz-Roszak B. i wsp.: Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane – związek z cechami klinicznymi choroby, zespołem zmęczenia i objawami depresyjnymi. Psychiatria Polska, 2013, 3, 433-442.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

KLAUDIA KUCZYŃSKA¹, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA², MONIKA CHORAŻY³

¹ Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (łac. Sclerosis multiplum; SM ang. multiplesclerosis, MS) jest chorobą zapalno-demielizacyjną ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

Cechuje się wieloogniskowym i rozsianym w czasie tworzeniem się zmian zapalno-zwyrodnieniowych powodujących uszkodzenia i utratę aksonów. Mielina okalająca włókno nerwowe ulega degradacji, a zamiast jej powstają blizny, czyli stwardnienia- skąd bierze się nazwa schorzenia. Uważa się, że jest to choroba uwarunkowana wieloma wskaźnikami, której przyczyną prawdopodobnie jest szereg współistniejących ze sobą czynników pochodzenia genetycznego, autoimmunologicznego czy środowiskowego. SM jest chorobą chroniczną i najczęściej występującą spośród schorzeń ośrodkowego układu nerwowego. Nieuchronnie prowadzi do trwałego inwalidztwa. Charakterystyczne dla przebiegu choroby jest wielofazowość, z okresami zaostrzeń i remisji. W wyniku obecnych badań w dziedzinie medycyny klinicznej schorzenie jest nieuleczalne [1, 2, 3, 4].

Epidemiologia stwardnienia rozsianego

Pionierem w odkryciu i kwalifikacji stwardnienia rozsianego jako odrębną jednostkę chorobową jest francuski neurolog Jean-Martin Charcot w 1868 roku. Podsumowując swoje poprzednie doniesienia naukowe oraz indywidualne obserwacje pacjentów klinicznych nadał nazwę chorobie- *sclérose en plaques* [5].

Natomiast pierwszy raz w historii odnajdujemy doniesienia epidemiologiczne o stwardnieniu rozsianym w latach 20 XX w. kiedy to Bailey w 1922 r. zauważył, że choroba pojawia się częściej u żołnierzy ze Skandynawii. Poser natomiast pozwala sobie w swojej pracy na zasugerowanie, iż kolebką SM jest właśnie Skandynawia. Dodaje, że według niego dopiero wędrówka wikingów rozpowszechniła chorobę na dalsze tereny. Dowodzi to zależności pojawienia się SM od dryfu genetycznego [1].

W Polsce liczby mówią nam o 40 000-60 000 chorych na stwardnienie rozsiane. Każdego roku diagnozuje się 1 300-2 100 nowych zachorowań. Niestety badania epidemiologiczne są przeprowadzane tylko w pewnych regionach kraju, dlatego prawdopodobnie liczby te nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji. Na całym świecie mamy do czynienia z około 2,5 mln osób chorych na SM. W samej Europie występuje 630 000 przypadków. Dane te są jednak niedokładne i wymagają weryfikacji w postaci badań obejmujących całą populację. Obecnie dostępne dane epidemiologiczne pokazujące występowanie SM w Polsce obejmują jedynie 10% powierzchni kraju, dotyczą regionów środkowo-zachodniej, północno-zachodniej oraz wschodniej Polski (Leszno, Gniezno, Szczecin, Tczew, Szczecinek i Lublin) [1, 3, 6].

SM należy do najczęstszych chorób układu neurologicznego osób młodych, która ma swój początek zazwyczaj pomiędzy 20 a 40 rokiem życia, co oznacza, że przypada na okres największej aktywności zawodowej. Wynikiem tego jest długotrwała niezdolność do wykonywania pracy, co stanowi duży problem zarówno zdrowotny, jak i społeczny. Ponad 20% populacji polskich chorych cierpi z powodu wysokiej niepełnosprawności-6 lub więcej punktów według skali EDSS (*Expanded Disability Status Scale*). Dzieci i osoby po 70 r.ż. rzadko mają do czynienia z tą jednostką chorobową. Kiedy SM rozpoczyna się w wieku <16 r.ż., uznaje się ją jako „dziecięcą postać SM”, natomiast kiedy wystąpi >50 r.ż. nazywa się ją „późną postacią SM”, która oscyluje w granicach 10% wszystkich przypadków [3, 7].

Choroba częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Wiele źródeł podaje, że współczynnik ten w Europie wynosi 2:1, nieco różni się zależnie od położenia geograficznego. Dla wytłumaczenia tego zjawiska badacze argumentują ten fakt większą liczbą kobiet w ogólnej populacji lub częstszym występowaniem zachorowań pochodzenia wirusowego wśród płci żeńskiej [1].

SM charakteryzuje głównie rasę białą. Wśród licznych prac badawczych znajdujemy informacje, że niektóre grupy etniczne cechują się zmniejszoną częstością występowania SM, niezależnie od zamieszkiwania w państwach, gdzie choroba występuje stosunkowo często. Dobrym przykładem są tu kanadyjscy Inuici, Lapończycy zamieszkujący północny fragment

Skandynawii, czy australijscy Aborygeni, którzy chorują rzadziej porównując ich do innych obywateli zamieszkujących ten sam region [3].

Rozmieszczenie geograficzne choroby pokazuje duże zróżnicowanie. Obserwujemy wzrost liczby zachorowań wraz ze zwiększaniem się dystansu od równika. Do obszarów wysokiej chorobowości zaliczamy większą część północnej Europy, północną część USA, południową Kanadę wraz z południową Australią i Nową Zelandią. Polska należy do strefy wysokiego zagrożenia chorobą [3, 6].

Z prowadzonych badań epidemiologicznych wiemy, że na częstość pojawiania się choroby wpływają czynniki środowiska i skłonności genetyczne. SM nie jest uznane za chorobę dziedziczną, jednak trudno pominąć czynniki genetyczne w trakcie badań epidemiologicznych, gdyż prawdopodobieństwo pojawienia się SM wzrasta wśród najbliższej spokrewnionej rodziny chorego. Potwierdzenie tej tezy odnajdujemy wśród występowania dużej ilości zachorowań na tzw. postać rodzinną (10-15%). Szacuje się, iż niebezpieczeństwo wystąpienia choroby u krewnych pierwszego stopnia jest większe nawet 20-30-krotnie, a pośród drugiego stopnia niemalże 3-krotnie [1, 3].

Długość życia chorych na stwardnienie rozsiane ma znacznie osobnicze oraz kliniczne, co więcej zależy od sytuacji socjalnej i postępu terapii. O przeżyciu decyduje naturalny przebieg historii schorzenia, choroby współistniejące i sposób życia. W ciągu ostatnich 3 dekad zaobserwowaliśmy spory wzrost długości życia chorych na SM. Czas przeżycia osób cierpiących na SM wynosi przeciętnie 35-40 lat, jednak ulega wysoce skróceniu u osób, które otrzymują diagnozę w późniejszym wieku i u chorych charakteryzujących wysoki wskaźnik rzutów oraz duże zmiany demielinizacyjne na początku choroby [1, 8].

Patogeneza stwardnienia rozsianego

W immunopatogenezie SM znaczącą rolę odgrywają zarówno czynniki środowiskowe, genetyczne, jak również skomplikowana reakcja autoimmunologiczna powodująca uszkodzenia układu nerwowego [9].

Za główną przyczynę rozwoju stwardnienia rozsianego uznaje się zaburzenia kontroli oraz równowagi adaptacyjnej reakcji immunologicznej. Oczywiście jest, że w patofizjologii szeregu schorzeń neurologicznych biorą udział komórki B wytwarzając autoprzeciwciała, cytokiny bądź aktywując komórki prezentujące antygen. Działania te powodują mobilizację komórek T. I właśnie to zjawisko uważa się za decydujące w patogenezie stwardnienia rozsianego. Limfocyty T przenikają przez barierę krew-mózg (*blood-brain barrier, BBB*)

i wnikają do ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W tym miejscu są ponownie aktywowane przez komórki prezentujące antygen i ulegają klonalnej ekspansji, wyzwalając wiele cytokin. Do najistotniejszych z nich należą: TNF-alfa, IFN-gamma, IL-2, IL-12, IL-15 czy IL-18. Ich podwyższone stężenia zaobserwowano w płynie mózgowo-rdzeniowym bądź w surowicy chorych na SM. Oprócz cytokin powodujących zapalenie na terenie ognisk demielinizacji ujawnia się cytokiny antyzapalne, wyzwalane przez limfocyty Th2: IL-4 i IL-10 czy też przez makrofagi TGF-beta [7, 9, 10].

Prozapalne cytokiny pobudzają komórki mikrogleju, makrofagi i astrocyty aktywując wyzwalanie chemokin, a także ekspresję cząsteczek adhezyjnych znajdujących się na powierzchni śródbłonna. Odnosi się wrażenie, że przemieszczanie się limfocytów ma związek z komórkową ekspresją receptorów dla chemokin takich jak IP-10 lub RANTES. W zasięgu ognisk demielinizacyjnych ujawnia się również cząsteczki adhezyjne: VCAM-1 (cząsteczka adhezji komórkowej naczyń), ICAM-1 (międzykomórkowa cząsteczka adhezyjna), selektynę. Pozwalają one- poprzez integrowanie się z odpowiadającymi im ligandami- przenikanie limfocytów przez barierę naczynia krwionośnego. Rozpuszczalne cząsteczki adhezyjne ujawnia się w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz surowicy krwi osób chorych na SM. Ich stężenia odpowiadają aktywności choroby. Znaczącą rolę w procesie patogenezy SM przypisuje się również metaloproteinazom (MMP), enzymom wywołującym m.in. uszkodzenie bariery krew-mózg i sprzyjającym przeniknięciu limfocytów do OUN, co jest priorytetowe dla powstawania ognisk demielinizacji [7, 10, 11].

Metaloproteinazy uczestniczą również w rozpadzie białka zasadowego mieliny, będącego elementem osłonki mielinowej, wykazują możliwość aktywacji TNF-alfa, a także włączają się w procesie demielinizacji. Pobudzane przez cytokiny makrofagi oraz ujawniane w SM przeciwciała przeciwko antygenom istniejącym w obrębie mieliny powodują uszkodzenia osłonki mielinowej. Przeciwciała mają możliwość wywołania opsonizacji autoantygenów, pozwalając makrofagom na fagocytozę, jak też mogą budować kompleksy immunologiczne pobudzające układ dopełniacza z tworzeniem kompleksów ataku błony komórkowej [7,10,11].

W immunopatologii SM znaczącą rolę odgrywa również niewłaściwa regulacja apoptozy, powodująca zaburzenia eliminacji cytotoksycznych limfocytów T, mająca możliwość przyczynienia się do ubytku oligodendrocytów w OUN [10].

Uszkodzenie aksonów, występujące zarówno pośród aktywnych ognisk demielinizacji, jak również pomiędzy pozornie prawidłową istotą białą, jest najpewniej rezultatem działalności enzymów proteolitycznych, cytokin oraz wolnych rodników. Progresywna

degradacja aksonów obserwowana jest również w obszarze nieaktywnych ognisk demielinizacji i wpływa na kliniczną progresję choroby. Remielinizacja, zauważalna zarówno w zasięgu ostrych, jak i przewlekłych ognisk demielinizacji, w szczególności zależy od liczby zachowanych oligodendrocytów w obrębie ognisk uszkodzenia, determinując poprawę kliniczną. W ogniskach przewlekłych typowy jest rozplem komórek glejowych [7, 12].

Reasumując, obraz immunopatologiczny w SM obejmuje wiele procesów. Należą do nich: demielinizacja, utrata oligodendrocytów, destrukcje aksonalne, remielinizacja, a także astroglioza. Patologie te powstają na podłożu zapalnym przy pomocy limfocytów T, B, komórek mikrogleju i makrofagów [9,12].

Pośród przyczyn środowiskowych istotne jest zakażenie, najpewniej o charakterze wirusowym. Istnieje prawdopodobieństwo, iż wirusy biorą udział w zapoczątkowaniu choroby, współpracując z czynnikami genetycznymi. Przez długi okres czasu sugerowano uczestnictwo różnych wirusów w wywołaniu odpowiedzi immunologicznej wiodącej do powstania plak demielinizacyjnych i postępu choroby. Wśród kandydatów wirusowych, łączonych z rozwojem SM w szczególności mówi się o ludzkim herpes wirusie 6 (HHV-6), wirusie Epsteina-Barr (EBV), wirusie ospy wietrznej i półpaśca (VZV) oraz o ludzkich endogennych retrowirusach (HERV) [9].

Dopuszcza się również fakty o wpływie innych czynników decydujących o wystąpieniu choroby. Do jednego z nich, cennego w wytłumaczeniu nierównomiernego wzrostu SM w pewnych populacjach, jest niewystarczający poziom wit. D w organizmie. U populacji żyjących w obrębie obszarów, w których ekspozycja na słońce jest niska, występuje niedobór witaminy D; jednocześnie zwiększa się predyspozycja do wystąpienia SM [13].

Pomiędzy przyczynami przypuszczalnie łączonymi z rozwojem choroby wyróżnia się również warunki geologiczne, degradacje środowiska i dietę. Choć istnieją przesłanki, temat jest tak rozległy, że konieczne są wielośrodkowe, szeroko zakrojone badania, które pozwoliłyby na dokładną analizę występowania choroby i określenie czynników ryzyka [3].

Ostatnimi czasy zauważono, że elementem łączącym proces zapalny z neurodegeneracją jest możliwie stres oksydacyjny, co oznacza przewagę w tworzeniu wolnych rodników w porównaniu do jej eliminacji za pośrednictwem systemów antyoksydacyjnych komórki. Dowiedziono, iż stres oksydacyjny wpływa na patogenezę wielu chorób neurodegeneracyjnych, w tym stwardnienia rozsianego [12].

Objawy kliniczne stwardnienia rozsianego

Symptomy SM są następstwem degradacji układu nerwowego (demielinizacji różnych fragmentów mózgu i rdzenia kręgowego) i są zależne od miejsca pojawienia się ognisk choroby. Występowanie rozszanych zmian demielinizacyjnych w zakresie praktycznie całego OUN determinuje wyjątkowo bogatą symptomatologię SM. Do jednych z najbardziej charakterystycznych objawów należy tzw. triada Charcota, która obejmuje dyzartrie, ataksje i drżenie [5,14].

Objawami dotyczącymi aparatu ruchu powodującymi trudności w samodzielnym przemieszczaniu się są:

- zaburzenia czucia,
- osłabienie siły mięśniowej,
- kurcz mięśniowe,
- drżenia mięśni,
- trudności w koordynacji ruchowej (ataksja),
- zaburzenia zachowania równowagi ciała,
- zaburzenia układu kostno-stawowego,
- spastyczność,
- niedowłady [14, 15, 16].

Do objawów dotyczących zaburzeń mowy i połykania należą:

- spowolniona mowa,
- bełkotliwa mowa,
- mowa skandowana,
- zakłócenia rytmu mowy,
- dysfagia.

Mowa skandowana cechuje się brakiem płynności, dzieleniem słów na sylaby oraz tendencją do zacinania się na początku słowa lub sylaby. Świadczy również o uszkodzeniu mózdzku [17].

Zmęczenie należy do jednego z typowych objawów SM o niewyjaśnionym pochodzeniu. Osłabieniu często współtowarzyszą zawroty głowy oraz ponadnormatywna senność. Mając na uwadze patofizjologię zmęczenia, można wyodrębnić zmęczenie centralne, występujące na poziomie układu nerwowego, jak też zmęczenie obwodowe, zachodzące na poziomie transmisji nerwowo-mięśniowej oraz samych struktur mięśniowych. Pacjenci opisują je jako przytłaczające osłabienie, pozbawienie sił i energii, a wielokrotnie jako uczucie całkowitego wycieńczenia. W rozwoju stwardnienia rozszanego zmęczenie maleje

pod wpływem zimna, po przespanej nocy, drzemce lub wypoczynku. Objaw ten jest zależny od formy klinicznej choroby, natomiast nie wiąże się z wiekiem zachorowania na stwardnienie rozsiane. W przebiegu SM rozróżnia się 5 typów zmęczenia: wyczerpanie fizjologiczne, męczliwość, zmęczenie nerwowo-mięśniowe, znużenie psychogenne i przeważnie występujący- zespół zmęczenia [14, 18].

Badania obserwacyjne dowodzą, że upośledzenie funkcji wzrokowej jest jednym z istotnych czynników mających negatywny wpływ na jakość życia chorych. Szacuje się, że około 30% chorych na SM cierpi z powodu zaburzeń widzenia. Należą do nich: niewyraźne widzenie (pogorszenie ostrości widzenia), podwójne widzenie, trudności w rozróżnieniu barw, zmiany w polu widzenia (pojawienie się plamy w polu widzenia), mimowolne ruchy gałki ocznej lub całkowita utrata wzroku. Najczęściej występujące jest pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego. Diagnozuje się je u około 20% pacjentów, zajmuje więc szczególną pozycję wśród objawów początkowych [19].

Kolejną grupę symptomów stwardnienia rozsianego tworzą dysfunkcję czynności zwieraczy. Należą do nich:

- zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelit,
- nietrzymanie moczu i stolca,
- częste oddawanie moczu,
- nagłe parcie na mocz,
- zaleganie moczu,
- trudności w oddawaniu moczu,
- nawracające infekcje dróg moczowych,
- zaparcia.

Dla chorych na stwardnienie rozsiane dysfunkcje czynności pęcherza moczowego są jednym z najbardziej uciążliwych i wstydlivych objawów. W przypadku nietrzymania moczu i kału konieczne staje się korzystanie z cewnika i pieluch [5, 15, 17].

Choroba dotyczy osób młodych. Często osoby otrzymując diagnozę nie mają jeszcze dzieci, dlatego zaburzenie funkcji seksualnych są dla nich dotkliwe. Obejmują one obniżenie popędu seksualnego oraz zaburzenia erekcji [14].

Ból u osób cierpiących na stwardnienie rozsiane występuje najczęściej w wyniku uszkodzenia układu nerwowego. Z jego powodu cierpi około 29-86% chorych. Może przyjmować charakter obwodowego bądź ośrodkowego bólu neuropatycznego. Ponadto wyróżniamy ból receptorowy, idiopatyczny (inaczej funkcjonalny) oraz ból pochodzenia

jatrogennego albo mieszanego. Dolegliwości bólowe mogą występować napadowo lub przewlekłe w czasie przebiegu SM. Najczęstszymi objawami bólowymi są: toniczne skurcze mięśni, spastyczne bóle kończyn, neuralgia trójdzielna, bóle pleców i głowy. Neuralgia trójdzielna to najczęstszy nerwoból w obrębie twarzy. Polega na wystąpieniu nagłego bólu trwającego od kilku sekund do nawet dwóch minut, który lokalizuje się wokół drugiej i trzeciej gałęzi nerwu V. Wraz z bólem zwykle pojawia się miejscowa przeczulica skóry. Jeżeli chodzi o częstość występowania bólu u kobiet i mężczyzn to jest ona porównywalna, ale jego intensywność jest znacznie większa u płci żeńskiej. Częstość występowania bólu u pacjenta z SM jest zależna od: długości trwania schorzenia, wieku, wystąpienia niesprawności znacznego stopnia oraz czynników psychospołecznych. Ponadto zwiększa się ryzyko jego wystąpienia u osób z pierwotnie postępującym przebiegiem choroby. Według 32% pacjentów ból jest określany za najgorszy objaw SM [20].

Zaburzenia funkcji poznawczych występują u 40-70% osób chorych na SM. Należą do nich: dysfunkcje pamięci, zaburzenia funkcji wykonawczych oraz problemy z koncentracją. Mogą one pojawić się na każdym etapie choroby, choć częściej dotyczą postaci przewlekłe postępującej, aniżeli w postaci rzutowo-remisyjnej [14, 21].

Zaburzenia percepcji oraz zaburzenia emocjonalne tworzą kolejną grupę objawów SM. Należą do niej: trudności z oceną sytuacji, zaburzenia logicznego myślenia, nastrój obarczony poczuciem smutku, zaburzenia depresyjne oraz euforia. Patologiczny spadek nastroju jest jednym z najczęstszych psychiatrycznych zaburzeń wśród populacji chorych na SM. Wskaźnik ryzyka pojawienia się pełnoobjawowej depresji w tej grupie chorych jest zdecydowanie zwiększony [14, 19].

Przebieg oraz postacie kliniczne choroby

Naturalny przebieg kliniczny choroby jest indywidualny i trudny do przewidzenia. Ponadto jest uzależniony od częstości i nasilenia rzutów choroby, okresu czasu, w którym następuje progresja oraz stopnia niepełnosprawności pacjentów, jak też miejsc, w obrębie których występują zmiany demielinizacyjne w OUN.

Rzut choroby to pojawienie się nowych bądź znaczne pogłębienie obiektywnych symptomów neurologicznych, które trwają minimum 24 godziny, bez towarzyszącego stanu gorączkowego czy infekcji. Incydenty napadowe trwające kilka minut bądź sekund (np. nerwoból nerwu trójdzielnego), które odnawiają się w czasie przekraczającym 24 godziny, mogą być uznane za rzut. Fundamentem rozpoznania rzutu jest ocena kliniczna. Pseudo rzut to zaostrzenie stanu neurologicznego połączonego z gorączką, infekcją, stresem

bądź innymi czynnikami. W tym przypadku nie jest potrzebne leczenie kortykosteroidami [22].

Klasyfikacja postaci SM jest przeprowadzana biorąc pod uwagę dane kliniczne, badania obrazowe, aktualną ocenę stanu pacjenta i materiały zgromadzone w historii choroby. Warto jednak napomnieć, że pierwotnie postawiona diagnoza o typie SM może ulec zmianie wraz z upływem czasu, ponieważ choroba cechuje się dynamicznym przebiegiem [23].

Początek jest przeważnie bezobjawowy, a u około 85% pacjentów przyjmuje formę izolowanego klinicznie zespołu (*clinically isolated syndrome CIS*). CIS jest ostrym bądź podostрым epizodem neurologicznym, który jest następstwem pojedynczej zmiany w obszarze istoty białej, objawiającym się pozagałkowym zapaleniem nerwu wzrokowego (*optic neuritis ON*), zespołem pnia mózgu bądź częściowym zespołem rdzenia kręgowego. Dane statystyczne dowodzą, iż u 30-70% pacjentów CIS po upływie czasu przeobraża się w SM [24].

Do czynników determinujących modyfikację CIS w klinicznie pewne stwardnienie rozsiane (*clinically definite multiple sclerosis, CDMS*) zaliczamy przeciwciała w klasie G przeciwko zasadowemu białku mieliny i mielinowemu białku oligodendrocytów, pojawienie się prązków oligoklonalnych IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym (*cerebrospinal fluid, CSF*), niewłaściwy wynik wzrokowych potencjałów wywołanych, rozsiane w przestrzeni masowe ogniska demielinizacyjne, a także nieprawidłowy wynik rezonansu magnetycznego [1].

Klasyfikuje się cztery podtypy kliniczne SM

Rzutowo-remisyjne stwardnienie rozsiane (*relapsing-remitting multiple sclerosis RRMS*) – to najczęściej występujący rodzaj SM (ponad 85% chorych), cechuje się występowaniem rzutów choroby, po czym następstwem jest jej częściowe lub znaczne wyciszenie, dotyka przede wszystkim kobiet młodych. Rzuty schorzenia następują z częstością oscylującą w granicach 0,4-1,2/rok, które w początkowym etapie choroby zazwyczaj ustępują całkowicie, a wraz z jego postępem nasilają się [1].

Wtórnie postępujące stwardnienie rozsiane (*secondary progressive multiple sclerosis, SPMS*) – zazwyczaj pojawia się u chorych z RRMS, jednak nie ma obecnie bezspornych kryteriów, w przeprowadzonych badaniach neurologicznych, immunologicznych, obrazowych i in., które zaprezentowałyby i wyjaśniły proces przejścia RRMS w SPMS. Wtórnie postępujące stwardnienie rozsiane początkowo cechuje się przebiegiem rzutowo-remisyjnym, a w późniejszej fazie postępującym ze zróżnicowanym przebiegiem (rzuty choroby, remisja, stabilność) [1].

Pierwotnie postępujące stwardnienie rozsiane (*primary progressive multiple sclerosis, PPMS*) - cechuje się stałym nasileniem objawów neurologicznych, z niewielkimi okresami stabilności lub remisji, pojawia się u 15-20% pacjentów, zazwyczaj u osób, które zapadły na chorobę w późniejszym wieku. Istnieją dane, które mówią, iż PPMS jest odrębną jednostką chorobową, przy której stan zapalny nie występuje bądź odgrywa mniejszą rolę. Obecnie jednak pojawia się coraz więcej danych klinicznych, obrazowych i genetycznych, które sugerują, że PPMS jest symptomem postępującej postaci SM [1].

Postępująco-nawracające stwardnienie rozsiane (*progressive-relapsing multiple sclerosis, RPMS*) – cechuje się ciągłą progresją choroby z występującymi ostrymi rzutami, pomiędzy którymi istnieje stały postęp schorzenia, dotyka około 6-10% pacjentów [20].

Ze względu na stopień ciężkości symptomów klinicznych SM można wyróżnić:

Łagodne stwardnienie rozsiane – w około 15-letnim przebiegu choroby nie występują zaburzenia w układzie nerwowym, ten rodzaj pojawia się u 10-15% pacjentów, zazwyczaj młodych kobiet

Złośliwe stwardnienie rozsiane – przebiega gwałtownie, w konsekwencji prowadzi do zaawansowanej niepełnosprawności bądź śmierci chorego. Postać ta występuje niezwykle rzadko, możliwe jest przyjęcie przez nią jednej z trzech form: stwardnienie Marburga, koncentryczne Baló, rozlane Schildera. Sugeruje się jednak, aby posługiwać się terminami opisującymi poziom zaawansowania objawów w SM z dużą rozwagą. Należy zaznaczyć, iż niezbędne jest dalsze prowadzenie badań, które umożliwiłyby lepsze zrozumienie, konkretne opisanie naturalnego przebiegu oraz pozwoliłyby na zdefiniowanie podtypów SM [1].

Rozpoznanie i diagnostyka stwardnienia rozsianego

Standardowa diagnostyka obejmuje badanie neurologiczne, badanie rezonansu magnetycznego, kontrolę potencjałów wywołanych w nerwach wzrokowych i nakłucie lędźwiowe z pobraniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Na podstawie tych badań różnicuje się SM z innymi schorzeniami, które mogą objawiać się podobnie. Do chorób tych należy nowotwór mózgu, borelioza, udar mózgu i inne choroby degeneracyjne [1, 6].

Kryteria diagnostyczne stwardnienia rozsianego zmieniły się na przestrzeni 50 ostatnich lat. I choć kolejne ich wersje zwracały uwagę na różne aspekty choroby to wszystkie wymagały udokumentowania klinicznego, paraklinicznego bądź laboratoryjnego potwierdzenia rozsiania symptomów w przestrzeni i czasie. Poza tym kryteria diagnostyczne SM zwracały uwagę na konieczność rozważenia i wyeliminowania innych alternatywnych chorób dających wyjaśnienia objawom klinicznym. Najnowsze Kryteria McDonalda

oficjalnie włączają dane z rezonansu magnetycznego oraz skupiają uwagę na wczesnym rozpoznaniu w przypadkach pojawienia się izolowanych zespołów klinicznych wskazujących na SM. Ze względu na to, iż, u większości wśród tych pacjentów kolejny incydent objawów klinicznych wystąpi w ciągu najbliższych miesięcy lub lat, kryteria te postrzegane są w aspekcie prognozy dotyczącej przyszłej aktywności klinicznej (ryzyko wystąpienia kolejnego rzutu) niż diagnozy (różnicowanie SM od innych chorób) [6].

Badania elektrofizjologiczne służą do potwierdzenia wieloogniskowości procesu zapalno-demielinizacyjnego. Umożliwiają wskazanie dodatkowych obszarów degradacji OUN, które nie demonstrują się objawami klinicznymi. W medycynie klinicznej przede wszystkim stosowane są wzrokowe potencjały wywołane (*Visual evoked potentials, VEP*), co łączy się z najwcześniejszym objęciem nerwów wzrokowych, czasami słuchowe potencjały wywołane (*brainstem auditory evoked potentials, BAEP*), somatosensoryczne potencjały wywołane (*somatosensory evoked potentials, SEP*) czy ruchowe potencjały wywołane (*magnetically evoked motor potentials, MEP*). Badanie wzrokowych potencjałów wywołanych (VEP) opiera się na ocenie elektrycznej reakcji OUN na działanie bodźca świetlnego na swoisty receptor nerwu wzrokowego, promienistości wzrokowej, pasma wzrokowego oraz kory potylicznej. Rezultat badania jest przedstawiany w formie czasu latencji, amplitudy i kształtu odpowiedzi. Kluczowym wskaźnikiem jest latencja, która u pacjentów z SM jest opóźniona w porównaniu do czasu wystąpienia potencjału prawidłowego. Z uwagi na degradację osłonki mielinowej zauważa się dodatkowo rozszerzony kształt potencjału (poprawny zazwyczaj przypomina literę V, czasami W i jest trójfazowy) i obserwuje się także zmniejszenie amplitudy potencjału [1].

Badanie MRI to przodująca metoda umożliwiająca uwidocznienie rozpowszechnionych zmian oraz pozwalająca na zobrazowanie zmian demielinizacyjnych u ponad 90% chorych z objawami klinicznymi schorzenia. MRI usprawnia także diagnostykę różnicową oraz jest pomocne przy monitorowaniu przebiegu schorzenia. Ponadto przydaje się przy ocenie ryzyka pojawienia się SM u pacjentów z CIS. Warto jednak podkreślić, iż u niektórych pacjentów obarczonych chorobą badanie MRI nie pozwala na jednoznaczne rozpoznanie.

Warto zaznaczyć, iż obraz MRI pacjentów cierpiących z powodu stwardnienia rozsianego jest zmienny, a ilość zmian ogniskowych jest zależna od postaci choroby. Aby udokumentować pojawianie się zmian w czasie, niezbędne jest wykonanie powtórnie MRI po około 30 dniach, przeważnie w okresie 3-6 miesięcy [7].

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego jest nierozłącznym elementem procesu diagnostycznego stwardnienia rozsianego od momentu uwzględnienia oceny CSF w kryteriach diagnostycznych McDonalda. Kwalifikacje zawierają ocenę występowania prążków oligoklonalnych w CSF, które ujawniają się u około 90% pacjentów z SM i ocenę indeksu IgG. Twierdzi się, że CSF można określić jako „pozytywny” jeśli znajdują się w nim co najmniej dwa prążki oligoklonalne, a indeks IgG sięga powyżej 0,7, co świadczy o wielomiejscowej degradacji OUN. Prążki oligoklonalne ujawniają się w CSF przede wszystkim w początkowej fazie schorzenia i utrzymują się w ciągu całego jej przebiegu, niezależnie od stosowanego leczenia. Działanie bariery krew-CSF u większości pacjentów chorych na SM jest właściwe, jednakże może występować przejściowe wzmaganie przepuszczalności BBB, co dobrze obrazuje badanie MRI po naczyniowej podaży środków kontrastowych. W związku tym ważne jest, aby w trakcie ogniskowania izoelektrycznego na żelu agarozowym ułożyć w tym samym czasie zarówno CSF, jak też surowicę pacjenta. Umożliwia to prawidłową ocenę otrzymanego obrazu prążków. Należy jednak zaznaczyć, że wykrycie krążków oligoklonalnych nie świadczy o rozpoznaniu stwardnienia rozsianego, gdyż wewnątrzoponową syntezę immunoglobulin G monitoruje się także w innych schorzeniach OUN [1].

Leczenie stwardnienia rozsianego

Leczenie rzutu

Glikokortykosteroidy

Bazowymi lekami w przypadku leczenia rzutu są glikokortykosteroidy (GKS). Lekiem stosowanym dożylnie (*i.v.*, *intravenous*) jest metyloprednizolon, kiedy mamy do czynienia z łagodnym rzutem stosuje się doustnie (*p.o.*, *per os*) prednizon bądź metyloprednizolon. Metyloprednizolon podaje się *i.v.* w pojedynczej dawce zawierającej 500-1000 mg przez okres od 3 do 5 dni, we wlewie trwającym 30-60 min. W przypadku braku poprawy uzasadnione jest przedłużenie terapii maksymalnie do 10 dni, kiedy jednak symptomy dalej się utrzymują, to po odstępie trwającym 2 tyg. możliwa jest podaż dawki 2000 mg na dobę w ciągu 5 dni. Według najnowszych zaleceń prednizon należy podawać przez 10 dni w dawce 60 mg na dobę. Po czym rekomenduje się stopniową redukcję dawki o 10 mg co 3 dni [8].

Glikokortykosteroidy cechują się wszechstronnym działaniem przeciwzapalnym, mają wpływ na metabolizm i gospodarkę wodno-mineralną. Rozpatrując ryzyko działań niepożądanych, należy mieć na względzie rodzaj wybranego preparatu, czas podaży

i niebezpieczeństwo działań odległych, powiązanych z powtarzającym się leczeniem rzutów w trakcie życia chorego [9].

Plazmafereza

Kiedy mamy do czynienia z ciężkimi rzutami, a terapia glikokortykosteroidami nie daje efektów, warto rozważyć leczenie plazmaferezą. Zazwyczaj stosuje się około 5 cykli. Decyzję o przeprowadzeniu większej liczby zabiegów powinno podejmować się indywidualnie. Możliwe działania niepożądane to przeciążenie serca, symptomy ciężkości i reakcje alergiczne na albuminy [3,14].

Immunoglobuliny

Terapie immunoglobulinami w trakcie rzutu można rozpatrzeć, kiedy występują przeciwwskazania do wprowadzenia terapii konwencjonalnej takie jak: choroby współistniejące, działania niepożądane lub ciąża [2].

Rehabilitacja

Równocześnie ze stosowaną steroidoterapią, jak też zaraz po jej zakończeniu uzasadnione jest włączenie rehabilitacji ruchowej dopasowanej do potrzeb oraz możliwości chorego. Istotne jest, aby aktywność nie spowodowała bólu lub przemęczenia. Odradza się rygorystyczne trenowanie przy pomocy jednego rodzaju ćwiczeń. Zdecydowanie lepsze okazuje się urozmaicanie aktywności. Pacjent powinien samodzielnie regulować poziom obciążenia (od niewielkiego wysiłku do większego), mając na uwadze to, że nie wolno doprowadzić do przeciążenia. Niezwykle ważna jest również rehabilitacja psychologiczna. Zmiany planów życiowych, jak też zawodowych w połączeniu z niepokojem co do dalszego przebiegu schorzenia wywołują napięcia emocjonalne, co wielokrotnie doprowadza do depresji. Zaoferowanie opieki członkom rodziny odgrywa również ważną rolę, ze względu na to, że to od nich oraz ich postawy jest zależna przyszłość chorego, a okazywanie wsparcia ze strony bliskich ma ogromny wpływ na pacjenta [3].

Leczenie modyfikujące

Zalecane jest u pacjentów z aktywną postacią SM. Wiele danych mówi o tym, iż terapia jest najskuteczniejsza w trakcie pierwszych lat choroby, przed dojściem do utrwalonej niepełnosprawności. W składzie zespołu oprócz lekarzy powinni być również pielęgniarki oraz psycholog kliniczny. Pacjenta należy poinformować, iż może ono wpłynąć jedynie na częściową poprawę, jest obarczone ryzykiem objawów niepożądanych oraz niezbędne jest monitorowanie kliniczne i laboratoryjne [2].

Leczenie objawowe

Pacjenci cierpiący z powodu SM wielokrotnie potrzebują leczenia wielospecjalistycznego. Należy tu uwzględnić farmakoterapię, fizyko- oraz psychoterapię [22].

Spastyczność

Terapię rozpoczyna się od podaży miorelaksantów działających ośrodkowo, a w przypadku braku skuteczności powinno rozważyć się leczenie inwazyjne. Zaleca się: baklofen, tyzanidynę, diazepam, klonazepam, toksynę botulinową, kannabinoidy. Podczas

leczenia inwazyjnego stosuje się: baklofen i fenol (podawany dokanałowo), przecięcie korzeni przednich rdzenia kręgowego oraz fenolową lub alkoholową blokadę nerwów obwodowych [12].

Oslabienie mięśni

U pacjentów, których niedomaganie jest efektem bezczynności ruchowej, polepszenie może przynieść fizjoterapia. Czasami próbuje się stosowania famprydyny p.o. decydując się na dawkę 10 mg co 12 godzin [2].

Ból przewlekły

Do łagodzenia bólu przewlekłego używa się leków przeciwpadaczkowych takich jak: karbamazepina (400-1200 mg na dobę) i gabapentyna (1200-1800 mg na dobę). Ponadto stosuje się leki przeciwdepresyjne- imipramina (25-100 mg na dobę) oraz leki zmniejszające napięcie mięśni- baklofen (10-20 mg na dobę) [16].

Zaburzenia oddawania moczu

Jednym z priorytetów leczenia zaburzeń w oddawaniu moczu jest przeciwdziałanie nawracającym zakażeniom układu moczowego, niosącym ryzyko urosepsy.

Kiedy terapia farmakologiczna jest nieefektywna i występuje zaleganie moczu, to u kobiet zaleca się samodzielne cewnikowanie kilka razy w ciągu doby, a u mężczyzn- za cewnikowanie na stałe [23].

Zaburzenia czynności seksualnych

W terapii dyspareunii u kobiet rekomenduje się miejscowe zastosowanie maści zawierającej estrogeny bądź kremy z lubrykantami. W leczeniu trudności ze wzwodem zaleca się inhibitory fosfodiesterazy 5. Medykamenty te wydłużają relaksację mięśni gładkich i napływ krwi do ciał jamistych prącia. Alternatywne leczenie impotencji obejmuje podjęzykowe podawanie apomorfiny bądź johimbiny p.o. [2].

Zaburzenia nastroju

Do najpopularniejszych leków podawanych przy zaburzeniach depresyjnych należą: inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (*SSRI, selective serotonin reuptake inhibitors*), trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (*TCA, tricyclic antidepressants*) oraz inhibitory monoaminoooksydazy (*MAO, monoamine oxidase*) [2].

Zespół przewlekłego zmęczenia

Po wyeliminowaniu depresji i chorób ogólnoustrojowych (np. niedokrwistość) powinno rozważyć się terapię amantadyną lub modafinilem rekomendując jednocześnie rozpoczęcie aktywności ruchowej oraz psychoterapię [6].

Zabiegi wewnątrznaczyniowe w leczeniu objawów stwardnienia rozsianego

Najnowsze doniesienia poruszające temat etiologii stwardnienia rozsianego sugerują jako przyczynę zaburzenia odpływu krwi żyłnej z ośrodkowego układu nerwowego. Odkrycia te mogą wskazywać, że rekonstrukcja istniejących zmian w układzie żył drenujących ośrodkowy układ nerwowy może mieć korzystny wpływ na chorych ze stwardnieniem rozsianym [24].

Rehabilitacja — fizjoterapia

Terapię ruchową powinno rozpocząć się niedługo po postawieniu diagnozy SM bądź w sytuacji, kiedy podejrzewa się tę chorobę. Nawet jeśli po pierwszym incydencie rzutowym nie obserwuje się żadnych objawów neurologicznych, to już wtedy specjalista powinien skierować pacjenta do fizjoterapeuty doświadczonego w pracy z tą grupą pacjentów. Im wcześniej rozpocznie się indywidualne usprawnienie ruchowe w SM tym lepsza topografia i dynamika reprezentacji motorycznej w obszarze OUN. Ma to również wpływ na tworzenie się wzorców ruchowych w przyszłości. Aktywność fizyczna chorego na SM powinna być inna od aktywności osoby zdrowej. Zadanie wykonywane przez pacjenta z SM różni się bezwzględnie krótszym czasem trwania. Konsekwentne konsultacje z fizjoterapeutą zalecane są jako nierozłączna część opieki. Dzięki takiej pomocy pacjent ma możliwość radzenia sobie z bieżącymi problemami funkcjonalnymi, dawkowaniem obciążeń podczas samodzielnych treningów oraz nauką nowych ćwiczeń [8].

CELE PRACY

1. Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta objętego opieką pielęgniarską.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta i indywidualnego procesu pielęgnowania.
3. Ocena wiedzy pacjenta na temat choroby i zalecanego trybu życia.
4. Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat stwardnienia rozsianego i zalecanego stylu życia.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 62 lat, ze stwardnieniem rozsianym, która korzysta z opieki pielęgniarskiej podstawowej opieki zdrowotnej w Mońkach. Badanie zostanie przeprowadzone w okresie 2-3 wizyt domowych. Obecnie jej choroba została sklasyfikowana na podstawie objawów i przebiegu choroby jako wtórnie postępujące stwardnienie rozsiane.

Materiał zgromadzono na podstawie obserwacji i wywiadu pielęgniarskiego, pomiarów oraz analizy dokumentacji medycznej.

WYNIKI

Opis przypadku

Padaniem objęto sześćdziesięciodwuletnią kobietę: rozwiedziona, posiadającą dwoje dzieci, mieszkającą w bloku wraz z córką, od 2007 r. do 2015 r. korzystającą z renty inwalidzkiej- obecnie jest na emeryturze. Przed zachorowaniem pacjentka była aktywna zawodowo, pracowała jako księgowa. Niedługo po urodzeniu drugiego dziecka chora przeżyła rozwód, mąż nie potrafił zaakceptować jej choroby. Z zebranego wywiadu uzyskano informację, że pacjentka wcześniej nie chorowała.

Pierwsze objawy stwardnienia rozsianego pojawiły się w 1978 r. w postaci drętwienia lewego palca u ręki, które pacjentka zignorowała, nie konsultując tego z żadnym ze specjalistów. Po kilku miesiącach objaw zanikł. Rok później pojawiło się u niej zamglone widzenie obu oczu. W wyniku konsultacji okulistycznej okazało się, że jest to zapalenie nerwu wzrokowego. W 1980 r. pacjentka zaszła w pierwszą ciążę, co znacznie wyciszyło objawy choroby.

W styczniu 1983 r. po drugiej ciąży pojawiło się drętwienie lewej ręki oraz podwójne widzenie. Pacjentka została skierowana na oddział neurologii, gdzie dokonano dalszej diagnostyki. Wykonano m.in. punkcję lędźwiową oraz MRI głowy, co potwierdziło diagnozę stwardnienia rozsianego. Zastosowano leczenie przy pomocy ACTH. Objawy nie cofnęły się całkowicie, a po dwóch miesiącach nastąpiło zaostrzenie w postaci połowiczego drętwienia i mrowienia najpierw lewej strony ciała, później prawej. Po tych epizodach nastąpił czas wyciszenia. Do 2006 r. nie pojawiły się żadne nowe symptomy SM. W marcu 2006 r. pacjentka wracając z pracy autem odczuła trudności z poruszaniem kończynami dolnymi. Wystąpił niedowład lewej kończyny dolnej- poruszając się powłóczyła nogą. W efekcie rozpoczęły się również problemy z samodzielnym poruszaniem się oraz utrzymaniem równowagi całego ciała. Ponadto kobieta zmagала się z zespołem zmęczenia. Nawet przy

stosunkowo niewymagającej długiego czasu i siły czynności miała coraz większe problemy. Proste zadania dnia codziennego stanowiły dla niej wyzwanie, co w konsekwencji przyczyniło się do decyzji o rezygnacji z pracy. Przeszła na rentę inwalidzką, z której utrzymywała się do 2015 r.

W 2009 r. dołączyły kolejne objawy w postaci utraty kontroli nad zwieraczymi, zarówno moczowym, jak i odbytu. Od tego czasu chora wymaga niezbędnej pomocy przy oddawaniu stolca, poprzez rozszerzenie zwieracza odbytu. Ponadto korzysta z pieluchomajtek. Istnieje konieczność doraźnego cewnikowania celem uwolnienia zalegającego moczu. Problemem stały się również często nawracające infekcje dróg moczowych. W 2009 r. pacjentka poddała się zabiegowi angioplastyki wewnętrznych żył szyjnych. W 2010 r. chora zostaje przyjęta celem wykonania zabiegu. W skali EDSS pacjentka otrzymała 8 pkt. Zabieg przebiegł bez komplikacji. Wypisano jej leki do domu, takie jak: Polocard 75 mg 1 tab./dziennie przez okres 6 msc. oraz Clexane 60 mg 1 tab./dziennie przez okres 7 dni. Zalecono jej również kontrolne USG Doppler układu żylnego szyi za 6 miesięcy. W przypadku chorej zabieg przyniósł pożądane efekty. Odzyskała ona sprawność w lewej nodze, a jej sprawność i samopoczucie znacznie się poprawiły. Lekarze zalecili powtórne wykonanie zabiegu, jednak chorej nie było stać na powtórzenie procedury. Z upływem czasu objawy wracają do stanu sprzed zabiegu.

W maju 2011 r. chora, była hospitalizowana w Klinice Neurologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Została poddana intensywnej sterydoterapii w ciągu 7 dni. Stan pacjentki w znacznym stopniu się pogarsza. Wystąpiły powikłania w postaci dużego obrzęku kończyn dolnych, całkowita utrata czucia od pasa w dół, senność przez większą część doby oraz niedowład kończyn dolnych.

Obecnie chora jest objęta długoterminową opieką domową pielęgniarki POZ. Pielęgniarka odwiedza chorą 4 razy w tygodniu od 2 lat. Chora większość czasu leży, w ciągu dnia jest sadzana w fotelu na kilka godzin. Jest całkowicie uzależniona od pomocy osób innych. Wymaga wsparcia w większości czynności życia codziennego. Niezbędna jest także pomoc w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych. Chora zmaga się również z zastojem moczu oraz nawracającymi infekcjami dróg moczowych. Często dochodzi do zatrzymania wydalania moczu, a w momencie próby oddania moczu, czas oczekiwania na mikcję wydłuża się. Jeśli pojawia się mocz to spływa wolnym, przerywanym i słabym strumieniem. Występują również epizody częstomoczu i nietrzymania moczu z powodu stałej objętości zalegającego moczu. Kobieta wymaga doraźnego cewnikowania celem uwolnienia zalegającego moczu. Oprócz tego nie jest w stanie samodzielnie wydaląć stolca z powodu

dysfunkcji zwieracza odbytu, wymaga wsparcia poprzez rozszerzenie zwieracza odbytu. Często występują u niej zaparcia. Na stałe korzysta z pieluchomajtek. Zjada małe ilości pokarmów, czasem całkowicie odmawia spożycia posiłku. Skarży się na brak apetytu. U chorej można zauważyć zaawansowaną sztywność oraz nadmierne, wyjątkowo wzmożone napięcie mięśniowe, w szczególności kończyn dolnych. Ponadto pacjentka ma osłabioną siłę mięśniową oraz szybko się męczy. Okresowo zdarza się zasinienie oraz obrzęk lewej stopy. W okolicy szpary pośladkowej na skórze widoczne jest znaczne zaczerwienienie, obszar jest bolesny. Skóra pacjentki jest sucha z tendencją do pękania. Stwierdza się znaczne zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych, której chora nie może efektywnie wykrztusić. W sytuacjach stresowych występuje duszność spoczynkowa. Chora ma trudności z przespaniem całej nocy, często zdarzają się jej długie drzemki w ciągu dnia. Kobieta jest świadoma miejsca i czasu. Z wywiadu i obserwacji wynika znaczne obniżenie nastroju, przygnębienie i nastawienie pełne rezygnacji. Chora ma ubogi zasób wiedzy na temat stwardnienia rozsianego. Nie zna podstawowych informacji na temat schorzenia. Snuje różne teorie na temat przyczyn pojawienia się u niej choroby. Pacjentka wraz z córką nie znają szkodliwych czynników pogarszających stan zdrowia chorych na stwardnienie rozsiane.

Do tej pory nie stwierdzono u pacjentki żadnych nietolerancji pokarmowych oraz uczuleń. Nie ma żadnych nałogów.

Dodatkowo pacjentka korzysta z usług fizjoterapeuty 2 razy w tygodniu. Kobieta mieszka w bloku wraz z córką, która pełni nad nią opiekę, jednocześnie pracując. Chora utrzymuje się z emerytury.

Na stałe przyjmuje leki:

- Baklofen 25 mg/2 razy dziennie
- Tritace 2,5 mg/pół tabletki dziennie
- Agapurin 600 mg/ 1 raz dziennie
- Bisocard 5 mg/ 1 raz dziennie

Suplementacja:

- Aspargin 250 mg/ 1 raz dziennie

Pomiary:

Waga: 56 kg

Wzrost: 164 cm

BMI: 20,8

Parametry życiowe:

Tętno: 76 uderzeń/minutę

Ciepłota ciała: 36,5°C

Ciepłota ciała: 36,5°C

Skale użyte do oceny stanu pacjentki:

- **skala Barthel** oceniająca sprawność ruchową chorych. Pacjentka otrzymała 25 pkt, co świadczy o słabej wydolności ruchowej.
- **skala IADL** (według Lawtona) oceniająca wykonywanie złożonych czynności życia codziennego. Pacjentka otrzymała 14 pkt, co świadczy o średniej wydolności w zakresie wykonywania złożonych czynności.
- **skala Norton** oceniająca ryzyko rozwoju odleżyn. Pacjentka otrzymała 10 pkt, co świadczy o dużym ryzyku rozwoju odleżyn.
- **skala Mini Nutritional Assessment (MNA)** oceniająca niedożywienie seniorów. Pacjentka otrzymała 10 pkt, co świadczy o niedożywieniu.
- **skala Becka** oceniająca objawy depresji. Pacjentka otrzymała 35 pkt, co świadczy o ryzyku wystąpienia ciężkiej depresji

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Diagnoza pielęgniarska 1.

Deficyt samoopieki i samopielęgnacji spowodowany ciężkim stanem neurologicznym chorej (niedowładem i porażeniem kończyn dolnych)

Cel:

1. Zapewnienie pacjentce możliwości realizacji potrzeb fizjologicznych.
2. Utrzymanie higieny osobistej pacjentki.
3. Zapobieganie powikłaniom niewłaściwej pielęgnacji skóry (odparzenia, maceracja, zmiany patologiczne).
4. Utrzymanie czystości w otoczeniu chorej.
5. Ustalenie stopnia deficytu samoopieki chorej.

Plan działania/ Realizacja

1. Ocena poziomu ograniczenia samoopieki za pomocą skali Barthel oraz oszacowanie stopnia i rodzaju wymaganej pomocy.

2. Ocena zakresu wykonywania złożonych czynności dnia codziennego przy pomocy skali Lawtona.
3. Udzielanie pomocy dostosowanej do poziomu niesprawności pacjentki (mobilizowanie, asystowanie, częściowe lub całkowite przejęcie wykonywania danej czynności).
4. Pomoc przy ubieraniu się, przebieraniu, wymianie bielizny osobistej.
5. Zmiana pościeli oraz zapobieganie zwijaniu się i przesuwaniu pościeli w łóżku chorej.
6. Przygotowanie i podanie posiłków.
7. Pomoc przy kąpieli.
8. Zalecenie regularnej zmiany pieluch majtek tak, aby nie dopuścić do trwałego kontaktu moczu i kału ze skórą pacjenta i tym samym zmniejszenia ryzyka wystąpienia oparzenia naskórka.
9. Edukacja rodziny chorej, co do zakresu udzielenia pomocy pacjentce (ukazanie technik podnoszenia i przytrzymywania pacjentki, wykonywania toalety ciała).

Ocena

1. Dokonano oceny ograniczenia samoopieki przy pomocy skali Barthel. Chora otrzymała 25 punktów, co oznacza, że chora wymaga znacznej pomocy w życiu codziennym oraz ma prawo
2. do korzystania z usług pielęgniarki środowiskowej POZ.
3. Oceniono również możliwości chorej w zakresie wykonywania złożonych czynności dnia codziennego przy pomocy skali IADL według Lawtona. Pacjentka otrzymała 14 punktów, co oznacza, że kobieta ma problem z wykonywaniem bardziej złożonych czynności dnia codziennego.
4. Potrzeby fizjologiczne kobiety zostały zapewnione. Chora nie skarży się z powodu braku odpowiedniej opieki w tym zakresie.
5. Higiena osobista pacjentki została utrzymana. Brak cech oparzenia i dyskomfortu w postaci pieczenia.
6. Czystość w otoczeniu chorej została utrzymana

Diagnoza pielęgniarska 2.

Trudności w wydalaniu i kontrolowaniu oddawania moczu spowodowane dyssnergią zwieraczowo- wypieraczową oraz nawracającą infekcją układu moczowego

Cel

1. Uzyskanie przez chorego większej kontroli oddawania moczu oraz pomoc w radzeniu sobie z dysfunkcją w tym zakresie.
2. Zapobieganie nawracającym infekcjom dróg moczowych.

Plan działania/Realizacja

1. Doraźne lub przerywane cewnikowanie chorej. W przypadku zalegania moczu w ilości powyżej 150 ml po mikcji- zapobieganie infekcjom dróg moczowych poprzez odprowadzanie zalegającego moczu za pomocą cewnikowania (na zlecenie). W trakcie cewnikowania przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
2. Podawanie odpowiedniej ilości płynów (1,5-2 l/dobę).
3. W razie konieczności ustalenia ilości oddawanego moczu, zastosowanie dobowej zbiórki moczu.
4. Wykonywanie okresowo badań bakteriologicznych moczu.
5. Stosowanie prowokacji (odkręcanie kranu z wodą), opłukiwanie okolicy nadłonowej.
6. Dbanie o dokładną oraz prawidłowo wykonywaną toaletę okolic intymnych. Podciernie krocza od przodu do tyłu, co zapobiega przemieszczaniu bakterii z okolicy odbytu w okolice ujścia cewki moczowej.
7. Zalecenie spożywania produktów zakwaszających mocz: sok z żurawiny, produkty zawierające dużą ilość witaminy C lub suplementacja witaminy C oraz wyciągu z żurawiny w formie kapsułek.
8. W razie wystąpienia infekcji pomoc przy podaży antybiotyku oraz kontrola regularności w jego przyjmowaniu. Edukacja na temat antybiotykoterapii.
9. Codzienny pomiar temperatury ciała celem obserwacji pod kątem pojawienia się cech infekcji układu moczowego.

Ocena

1. Chora ma wciąż problemy w zakresie kontroli oddawania moczu.
2. Po doraźnym zacewnikowaniu odprowadzono znaczną część zalegającego moczu, co przyniosło chwilową ulgę pacjentce.
3. Po wdrożeniu zaplanowanych działań nad chorą nie zgłaszała ona objawów infekcji układu moczowego (ból, pieczenia, dyskomfortu w trakcie oddawania moczu).
4. W trakcie pomiarów temperatury ciała nie zaobserwowano jej wzrostu ponad normę.
5. Stosowanie prowokacji oddawania moczu często przynosiło zamierzony efekt.

Diagnoza pielęgniarska 3.

Trudność w wydaleniu stolca spowodowana dysfunkcją zwieracza odbytu oraz pojawiającymi się zaparciami

Cel

1. Pomoc przy wydaleniu stolca.
2. Uzyskanie większej regularności wydalania stolca.
3. Zapobieganie zaparciom.
4. Zapewnienie potrzeb fizjologicznych.

Plan działania/Realizacja

1. W razie konieczności manualne rozwarcie zwieracza odbytu po zgłoszeniu przez chorą parcia na stolec.
2. Podawanie środków zmiękczających stolec np. laktuloza.
3. Działania wspomagające wypróżnianie (stosowanie czopków glicerynowych, enemy lub wykonanie wlewu przeczyszczającego).
4. Wykonanie masażu brzucha w celu pobudzenia perystaltyki jelit.
5. Zalecenie stosowania diety bogatej w błonnik, zwiększenie podaży płynów oraz spożywanie na czczo jogurtu naturalnego lub kefiru.

Ocena

1. Potrzeby fizjologiczne chorej w postaci opróżnienia się zostały zapewnione.
2. Wciąż występują problemy z kontrolą zwieracza odbytu i zaparcia.

Diagnoza pielęgniarska 4.

Możliwość powstania przykurczów w wyniku wzmożonego napięcia mięśni

Cel

Zapobieganie powstawaniu przykurczów.

Plan działania/ Realizacja

1. Zastosowanie ułożenia przeciwpastycznego:
 - najlepiej na boku, w obrębie którego zmiany spastyczne są mniej zaznaczone,
 - ułożenie na brzuchu- długotrwałe leżenie na plecach nasila spastyczność mięśni grzbietowych,
 - mieszczące pomiędzy kolanami poduszki, wałka lub zwiniętego koca, ze względu na tendencje chorej do rotacji wewnętrznej stawów kolanowych i biodrowych.
 - Nie należy natomiast podkładać wałków pod kolana, gdyż wzmacnia to spastyczne zgięcie kończyn.
 - podłożenie wałeczków w celu wyeliminowania opadania stóp (kąt między stopą a łydką powinien wynosić 90°)
2. Unikanie gwałtownych ruchów przy wstawaniu- nasilają one spastyczność.
3. Zaproponowanie zamontowania przy łóżku uchwytów, drabinki i poręczy, umożliwiających unoszenie się i ułatwiających przemieszczenie chorej na wózek bez wywoływania niepotrzebnych, nagłych skurczów mięśni.

4. Wykonanie zaleconych zabiegów zmniejszających napięcie mięśni (np. masaże, okłady z lodu)
5. Eliminowanie dodatkowych czynników wzmagających spastyczność: zaleganie moczu, infekcje układu moczowego, odleżyny i stres.
6. Współudział w indywidualnie dobranym programie rehabilitacji ruchowej pacjenta oraz podawanie zleconych leków przeciwsbastycznych.

Ocena

1. Działanie profilaktyczne są skuteczne.
2. Przykurcze nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgnarska 5.

Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia

Cel

1. Rozpoznanie ryzyka rozwoju odleżyn.
2. Zapobieganie rozwojowi odleżyn.
3. Wdrożenie działań profilaktycznych.

Plan działania/Realizacja

1. Ocena ryzyka rozwoju odleżyn według skali Norton.
2. Zaproponowanie zakupu materaca przeciwoleżynowego.
3. Stosowanie zmiany pozycji ciała co 2 godziny.
4. Pielęgnacja skóry poprzez delikatne mycie i kąpiel z zastosowaniem środków o pH 5,5 oraz aplikowanie na skórę preparatów ochronnych (np. Sudocrem lub PC 30V).
5. Po kąpeli dokładne, delikatne osuszanie skóry całego ciała, a w szczególności w okolicach fałdów i miejsc narażonych na ucisk.
6. Natłuszczenie umytej i osuszonej skóry, co pozwoli utrzymać jej nawilżenie. Do tego celu można stosować oliwkę, 0,5% Krem propolisowy, Linomag, Alantan.
7. Zabezpieczenie zmian skórnych przed wilgocią, wydzielinami i wydaliniami.
8. Kontrola stanu skóry, zwracając szczególną uwagę na miejsca nad wyniosłościami kostnymi przy każdej zmianie pozycji ciała biorąc pod uwagę: zabarwienie, temperaturę, napięcie, wilgotność oraz zmiany patologiczne.
9. Zastosowanie różnych udogodnień w łóżku (wałki, krążki, podpórki, kliny).
10. Wyeliminowanie lub ograniczenie dodatkowych czynników ryzyka rozwoju odleżyn, m.in. niedożywienia, hipotermii, hipotensji i niedokrwistości.

11. Zastosowanie diety wysokobiałkowej (chude mięso, jaja, mleko, biały ser).

Ocena

1. Dokonano oceny ryzyka wystąpienia odleżyn przy pomocy skali Norton. Chora otrzymała 10 punktów, co świadczy o dużym ryzyku pojawienia się odleżyn.
2. W okolicy szpary pośladkowej wciąż występuje bolesność, choć zmiana nieznacznie zbladła.
3. Nie zaobserwowano żadnych nowych, niepokojących zmian skórnych.

Diagnoza pielęgniarska 6.

Brak apetytu prowadzący do niedożywienia pacjentki

Cel

1. Poprawa apetytu pacjentki.
2. Ustalenie stanu odżywienia chorej.
3. Przeciwdziałanie niedożywieniu organizmu.
4. Edukacja chorej i jej córki na temat diety poprawiającej łaknienie.

Plan działania/ Realizacja

1. Ocena stanu odżywienia chorej za pomocą skali MNA.
2. Zaproponowanie stosowania syropów (np. syrop Apetizer Senior), herbatek oraz mieszanek ziołowych poprawiających apetyt (herbatki i napary z dziurawca, rumianku, kopru włoskiego, mniszka lekarskiego, krwawnika).
3. Zalecenie regularnego spożywania posiłków co 2-3 godziny; minimum 5 posiłków dziennie.
4. Wprowadzenie do diety soków owocowych (minimum 1 szklanka dziennie). Warto wspomnieć o sięganiu po różne rodzaje soków, aby uniknąć znudzenia jednym smakiem.
5. Edukacja chorej i jej córki na temat urozmaicania diety, próbowania nowych dań celem pobudzenia kubek smakowych.
6. Zapoznanie chorej i jej córki z piramidą żywieniową.
7. Dostarczenie ulotek i broszur na temat racjonalnego i zdrowego odżywiania.
8. Stosowanie nadzoru obserwacyjnego nad spożywanymi posiłkami.

Ocena

1. Oceniono stan odżywienia chorej za pomocą skali MNA. Pacjentka otrzymała 10 punktów, co wskazuje na niedożywienie.
2. Chora i jej córka chętnie przyjęły przekazaną wiedzę na temat zdrowego i racjonalnego żywienia, wprowadziły zalecane zmiany w odżywianiu oraz stosują się do wskazówek.
3. Pacjentka chętniej spożywa przygotowane jej posiłki.

Diagnoza pielęgnarska 7.

Znaczne obniżenie nastroju spowodowane stanem zdrowia pacjentki

Cel

1. Poprawa nastroju pacjentki.
2. Ocena chorej pod kątem depresji.

Plan działania/ Realizacja

1. Ocena stanu psychicznego chorej przy pomocy skali Becka.
2. Zalecenie konsultacji psychiatrycznej.
3. Przeprowadzenie rozmowy terapeutycznej celem poprawy nastroju pacjentki.
4. Poinformowanie o istniejących stowarzyszeniach SM oraz grupach wsparcia.

Ocena

1. Dokonano oceny skalą Becka. Kobieta otrzymała 35 punktów, co wskazuje na poważny stan zdrowia psychicznego.
2. Chora została umówiona na wizytę domową psychiatry.
3. Po przeprowadzonej rozmowie terapeutycznej nastrój chorej uległ poprawie.

Diagnoza pielęgnarska 8.

Deficyt wiedzy chorej na temat stwardnienia rozsianego

Cel

1. Podwyższenie poziomu wiedzy chorej na temat stwardnienia rozsianego.
2. Wyeliminowanie mylnych teorii na temat choroby.

Plan działania/Realizacja

1. Przekazanie chorej i jej córce najważniejszych informacji na temat choroby (etiologia, przebieg choroby, postaci, ważne terminy charakterystyczne dla SM).

2. Edukacja chorej i jej rodziny na temat czynników mogących powodować nasilenie się objawów choroby: infekcje, przegrzanie organizmu, nadmierny wysiłek fizyczny, stres.
3. Poinformowanie rodziny pacjentki o tzw. niewidocznych objawach SM (zmęczenie, ból, parestezję, niewyraźne widzenie, trudności w kontrolowaniu emocji, okresy gorszej sprawności umysłowej), które mogą powodować uzasadnione złe samopoczucie pacjenta przy braku zewnętrznych przejawów choroby.
4. Przedstawienie aktualnej literatury (broszury, ulotki, czasopisma, książki) i stron internetowych na temat SM.

Ocena

1. Pacjentka wraz z córką chętnie przyjęły przekazaną im wiedzę na temat SM.
2. Chora zrozumiała, że jej dotychczasowe przemyślenia na temat choroby były mylne.

Diagnoza pielęgnarska 9.

Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc spowodowane zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym

Cel

1. Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zapalenia płuc.
2. Ewakuacja zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego.

Plan działania/ Realizacja

1. Oklepywanie klatki piersiowej zgodnie z zalecaną techniką.
2. Nauka efektywnego odkrztuszania.
3. Zastosowanie inhalacji z soli fizjologicznej (3x dziennie).

Ocena

1. Chora nauczyła się efektywnego odkrztuszania zalegającej wydzieliny.
2. Ilość odkrztuszanej wydzieliny zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgnarska 10.

Dyskomfort spowodowany suchą, łuszczącą się skórą z tendencją do pęknięcia

Cel

1. Zmniejszenie dyskomfortu wywołanego suchą, łuszczącą się skórą z tendencją do pęknięcia.
2. Nawilżenie i natłuszczenie skóry.

Plan działania/ Realizacja

1. Smarowanie całego ciała balsamami nawilżającymi każdorazowo po kąpielach oraz doraźnie.
2. Natłuszczanie ciała oliwką.
3. Kąpiel z dodatkiem emolientu.
4. Stosowanie środków o pH zbliżonym do skóry, unikanie mydła.
5. Zalecenie picia dużej ilości wody (ok. 1,5 l) na dobę.
6. Unikanie środków do pielęgnacji skóry na bazie alkoholu.

Ocena

1. Skóra chorej po wdrożonych działaniach uległa znacznej poprawie- przestała się łuszczyć.
2. Dyskomfort wywołany złą kondycją skóry zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 11.

Dyskomfort spowodowany zasinieniem i obrzękiem lewej stopy

Cel

Zmniejszenie zasinienia i obrzęku lewej stopy.

Plan działania/ Realizacja

1. Ułożenie obrzękniętej kończyny powyżej poziomu serca.
2. Prowadzenie bilansu płynów.
3. Obserwacja i pomiar obrzęku.
4. Ograniczenie podaży soli w diecie.
5. Zapewnienie luźnej i bawełnianej bielizny.
6. Dokładna higiena oraz natłuszczanie skóry dotkniętej obrzękiem.
7. Podanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza

Ocena

1. Ułożono kończyny powyżej poziomu serca.
2. Skóra chorego w miejscu obrzęku jest czysta i nawilżona.
3. Pacjent w ciągu doby przyjął 2400 ml płynów, a wydzielił 2200 ml.
4. Ograniczono ilość soli w diecie poniżej 5g na dobę.
5. Obrzęk wokół kostki utrzymuje się. Problem wymaga dalszej realizacji.

Diagnoza pielęgniarska 12.

Złe samopoczucie pacjentki spowodowane zaburzeniami snu

Cel

1. Poprawa samopoczucia chorego.
2. Ułatwienie zasypiania oraz zapewnienie efektywnego snu do rana

Plan działania/ Realizacja

1. Zalecenie unikania drzemek w ciągu dnia, kładzenie się spać oraz wstawanie o regularnych porach.
2. Podanie lekkostrawnej kolacji przed snem.
3. Zapewnienie ciszy i spokoju.
4. Ustalenie przyczyn zaburzeń snu.
5. Poinformowanie o unikaniu spożycia kawy i mocnej herbaty w godzinach popołudniowych.
7. Wietrzenie pokoju przed spaniem oraz zapewnienie właściwej temperatury pomieszczenia.
8. Zastosowanie technik relaksacji (wygodne ułożenie, liczenie w myślach, muzykoterapia, rozmowa, picie ciepłych i nie pobudzających napojów).
9. Farmakoterapia na zlecenie lekarza.

Ocena

1. Chora stosuje się do zaleceń pielęgniarskich dążących do uregulowania zaburzeń snu.
2. Po interwencji pielęgniarskiej chora czuje się lepiej oraz łatwiej zasypia, przesypiając całą noc.

Zalecenia do dalszej pielęgnacji

Pacjentce oraz jego rodzinie przekazano wskazówki do dalszej pielęgnacji.

1. Zalecono stosowanie profilaktyki przeciwoodleżynowej. Wprowadzenie regularnej obserwacji skóry pod kątem wystąpienia odleżyn oraz częsta zmiana pozycji u chorej (co 2-godziny).
3. Stosowanie środków zapobiegawczych (poduszki, kliny piankowe, materac przeciwoodleżynowy, opatrunki łagodzące ucisk. Poinformowano o środkach przeznaczonych do pielęgnacji skóry narażonej na odleżyny (środki o pH 5,5, PCW 30, Linomag, 0,5% Krem Propolisowy, Alantan, Sudocrem).

4. Poinformowano o wysokobiałkowej diecie wskazanej przy niedożywieniu i ryzyku wystąpienia odleżyn.
5. Powiadomiono o właściwym postępowaniu w przypadku nawracającego zakażenia dróg moczowych. Zalecenie przyjmowania odpowiedniej ilości płynów celem ciągłego płukania pęcherza moczowego (około 2 litrów/ dobę).
6. Poinformowano o objawach zaostrzenia choroby, a w razie ich wystąpienia o bezzwłocznym zgłoszeniu się do lekarza.
7. W przypadku obniżonego nastroju u pacjenta stosownie technik relaksacyjnych, częste przebywanie z chorym, a w razie konieczności skontaktowanie się z psychoterapeutą.
8. Unormowanie codziennego trybu życia w celu uniknięcia problemów z zasypianiem.
9. Powiadomiono o istniejących grupach wsparcia i stowarzyszeń osób chorych na stwardnienie rozsiane.
10. Poinformowano o działaniach w przypadku wystąpienia zaparć i trudności z oddaniem stolca.

WNIOSKI

1. Po zastosowaniu metod badawczych takich jak wywiad pielęgniarski, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji medycznej wyszczególniono problemy pielęgnacyjne pacjenta z SM:
2. Poddano ocenie stan chorej przy pomocy skali Barthel, IADL (według Lawtona), Norton, MNA oraz skalą Becka.
3. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej oraz zaproponowano działania pielęgnacyjno-lecznicze dążące do osiągnięcia postawionych celów.
4. Oceniono skutki podjętych działań.
5. Wyedukowano pacjenta i jego rodzinę na temat stwardnienia rozsianego.

PIŚMIENNICTWO

1. Kamińska J., Koper O. M., Piechal K., Kemona H.: Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2017, (71), 551-563.
2. Humańska M. A., Śnieg P., Rezmerska L., Haor B., Głowacka M., Felsmann M., Ponczek D., Kurowska K., Pluta A., Czarnecki D.: Jakość życia a sprawność

- funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013, 2, (5), 188-194.
3. Guzik A., Kwolek A.: Częstość występowania i rozmieszczenie stwardnienia rozsianego w Polsce i na świecie. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2015, (1), 55–62.
4. Serzysko B., Sieczka W., Świerczek J.: Ocena jakości życia pacjentów przed i po zachorowaniu na stwardnienie rozsiane. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016, (1), 4-14.
5. Broła W., Fudala M., Flaga S., Ryglewicz D., Potemkowski A.: Polski rejestr chorych na stwardnienie rozsiane – stan obecny, perspektywy i problemy. *Aktualności Neurologiczne* 2015, 15, (2), 68–73.
6. Zawada M.: Potencjalne czynniki patogenne w stwardnieniu rozsianym (SM). *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2012, 66, 758-770.
7. Bartosik-Psujek H.: Aktualny model immunopatogenezy stwardnienia rozsianego – nowe możliwości terapeutyczne. *Aktualności Neurologiczne* 2014, 14, (2), 117-123.
8. Zarobkiewicz M. K., Bojarska-Junak A., Kowalska W., Roliński J.: Limfocyty Th22, Th17.1, Tc17, Tfh i NKTfh w patogenezie stwardnienia rozsianego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2019, 73, 19–24.
9. Świątek M.: Stwardnienie rozsiane – przyczyny, rodzaje, objawy i leczenie. *Gazeta Farmaceutyczna* styczeń 2016, 1, 24-26.
10. Bartosik-Psujek H., Malec-Milewska M., Berkowicz T., Jędrzejewski B., Radziszewski P., Selmaj K.: Nowoczesne leczenie objawowe w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2013, 9, (4), 160-171.
11. Łabuz-Roszak B., Niewiadomska E., Kubicka-Bączyk K., Skrzypek M., Tyrpień-Golder K., Majewska A., Matejczyk A., Dobrakowski P., Pierzchała K.: Występowanie bólu u chorych na stwardnienie rozsiane i jego związek z objawami depresyjnymi, lękiem i jakością życia. *Psychiatria Polska* 2019, 53, (2), 475–486.
12. Dymecka J., Bidzan M., Rautszko R., Bidzan-Bluma I., Atroszko P.: Skala Niesprawności Neurologicznej Szpitala Guy jako istotne narzędzie do oceny objawów występujących u osób z SM. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2017, 1, (22), 85-106.
13. Garczyński W., Lubkowska A.: Ocena poziomu zmęczenia u chorych na stwardnienie rozsiane w zależności od formy klinicznej choroby. *Family Medicine&Primary Care Review* 2015, 17, (1), 11–14.

14. Malec-Milewska M.: Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014, 8, (1), 29-40.
15. Guenter W., Jabłońska J., Bieliński M., Borkowska A.: Neuroobrazowe i genetyczne korelaty zaburzeń funkcji poznawczych w przebiegu stwardnienia rozsianego. *Psychiatria Polska* 2015; 49, (5): 897–910
16. Losy J., Bartosik-Psujek H., Członkowska A., Kurowska K., Maciejek Z., Mirowska-Guzel D., Potemkowski A., Ryglewicz D., Stępień A.: Leczenie stwardnienia rozsianego Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016, 12, (2), 80-95.
17. Lublin F.D., Reingold S.C., Cohen J.A., Cutter G.R., Sørensen P.S., Thompson A.J., Wolinsky J.S., Balcer L.J., Banwell B., Barkhof F., Bebo B. Jr., Calabresi P.A., Clanet M., Comi G., Fox R.J. i wsp.: Defining the clinical course of multiplesclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*, 2014, (83), 278-286.
18. Potemkowski A.: Zespół klinicznie izolowany a stwardnienie rozsiane - podstawy komunikacji z pacjentem. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2015, 11, (1), 1-6.
19. Bartosik-Psujek H.: Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, 8, (2), 76-83.
20. Bartosik-Psujek H., Członkowska A., Drozdowski W., Kozubski W., Kułakowska A., Kurowska K., Losy J., Maciejek Z., Mirowska-Guzel D., Potemkowski A., Ryglewicz D., Selmaj K., Stępień A.: Propozycje modyfikacji programów lekowych dotyczących stwardnienia rozsianego. Stanowisko Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2014, 10, (2), 71–82.
21. Mirowska-Guzel D.: Rola rzutów oraz zasady stosowania glikokortykosteroidów w stwardnieniu rozsianym. *Aktualności Neurologiczne* 2016, 16, (3), 131–135.
22. Potemkowski A., Opara J.: Potrzeby i możliwości rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane w Polsce. *Aktualności Neurologiczne* 2015, 15, (2), 74–79.
23. Maciejowski M.: Przeciwciało monoklonalne przeciw CD20 w terapii postaci rzutowej i pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego – wyniki badań klinicznych III faz. *Aktualności Neurologiczne* 2015, 15, (3), 150–154.
24. Krajewski S., Dobek A., Zawadka-Kunikowska M., Kowalewski M., Jakimiec R., Kunikowski K.: Zespół przewlekłego zmęczenia problem osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Hygeia Public Health* 2014, 49, (3), 519-525.

OPIEKA NAD PACJENTEM Z UDAREM NIEDOKRWIENNYM MÓZGU PODDANEGO LECZENIU TROMBOLITYCZNEMU

SYLWIA ZIENKIEWICZ¹, KATARZYNA KRYSZYNA SNARSKA²

¹ Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Udar mózgu jest znany już od 460-370 r p.n.e., kiedy to Hipokrates, po raz pierwszy opisał objawy udaru, nazywając go apopleksją, czyli uderzeniem pioruna. Przedstawił także symptomy przejściowego niedokrwienia mózgu.

W XVII w. szwajcarski medyk, Johann Jakub Wepfer, na podstawie sekcji zwłok, odkrył właściwą przyczynę udaru mózgu. Stwierdził, że wynika ona z zaburzeń jego ukrwienia. Thomas Willis zdefiniował krążenie mózgowe i uznał, że przyczyną porażenia połowicznego jest uszkodzenie przeciwstronnej torebki wewnętrznej.

Od starożytności do XX wieku, jedną z głównych metod stosowanych w leczeniu udaru mózgu były upusty krwi. Twierdzono, że krew zużywa się i przekształca w truciznę. Jednym ze zwolenników tej teorii w tamtych czasach był Galen, który ustalił dokładne reguły upustu krwi jak i jego miejsca. Kolejną metodą stosowaną w starożytności była akupunktura, wykorzystywana głównie w krajach azjatyckich, z którą do dzisiaj można się spotkać. Pomaga ona w powrocie do zdrowia pacjenta. Następną metodą była elektroterapia, stosowana do leczenia niedowładów kończyn. Próbowano też innych sposobów takich jak pijawki czy strychniny [1].

Definicja i podział udarów mózgu

Udar mózgu jest chorobą naczyniową ośrodkowego układu nerwowego. Najbardziej powszechną i stosowaną od 1980 roku jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „*Udar mózgu jest to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa.*” [2].

Udar mózgu dzieli się na:

- **Udar niedokrwienny** (około 80% przypadków): powoduje zaburzenia czynności mózgu, które są spowodowane nieprawidłowym funkcjonowaniem naczyń, doprowadzających krew do mózgu. Dochodzi do niedokrwienia struktur mózgowia, wywołanych złym działaniem dużych naczyń wewnątrzczaszkowych i zewnątrzczaszkowych, zatorowo-podobnym, uszkodzeniem małych naczyń, bądź rzadszymi przyczynami.

Istnieje również przemijający napad niedokrwienny (TIA), który pojawia się nagle i trwa do 24 godzin.

- **Krwotok śródmózgowy** (około 15% przypadków): powstaje wówczas, gdy nastąpi rozerwanie naczynia mózgowego, a następnie do wynaczynienia krwi w mózgu. Powoduje go najczęściej nadciśnienie tętnicze, a przebieg udaru jest bardzo gwałtowny.
- **Krwawienie podpajęczynówkowe** (około 5% przypadków): dochodzi do niego wskutek wynaczynienia krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej, co często jest spowodowane pęknięciem tętniaka [3].

Epidemiologia udarów mózgu

Udar mózgu stanowi drugą najczęstszą przyczynę umieralności na świecie. Szczególnie dotyczy osób po 40 roku życia. Możliwość wystąpienia udaru rośnie wraz z wiekiem. Po 55 roku życia zwiększa się zapadalność, aż dwukrotnie co 10 lat [3].

Dotyczy on 25,7 mln ludzi całej populacji. W 2013 r. udar mózgu spowodował zgon około 6,5 mln osób na świecie. W tym samym roku odnotowano 10,3 mln nowych zachorowań, a w ciągu trzech lat liczba ta wzrosła do 16,9 mln.

Odsetek zapadalności na udar mózgu zależy od regionu świata, wieku chorego oraz przebytych wcześniej udarach mózgu. WHO odnotowało, że najwięcej zgonów występuje w krajach o średniowysokich (126/100 tys.) i o wysokich dochodach (95/100 tys.). Udar mózgu doprowadził też do trwałej niepełnosprawności, aż 33 mln chorych (2010 r.).

W Polsce w 2013 r. przez choroby naczyń mózgowych (w tym udar mózgu) zmarło 33 tys. osób, co stanowi około 8,5% zgonów w całym kraju, przez co tworzymy najwyższy odsetek zgonów w Europie, utrzymując swoją pozycję przez ostatnie kilka lat na tym samym poziomie. W Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej odsetek zgonów jest o połowę mniejszy [4, 5].

Co szósty chory umiera na udar mózgu w pierwszym miesiącu od jego wystąpienia, a połowa osób zostaje najczęściej inwalidami [6]. Na udar mózgu częściej chorują mężczyźni (177/100 tys.), niż kobiety (125/100 tys.). Udar mózgu jest chorobą cywilizacyjną. Z powodu starzejącego się społeczeństwa wzrośnie liczba chorych. Na świecie co szósta osoba dorosła, zachoruje na udar mózgu podaje Światowa Organizacja Udarowa (WSO-World Stroke Organization) [7]. Szacuję się, że do roku 2025 zwiększy się liczba nowych zachorowań nawet o 37- 38% [8].

Udar niedokrwienny

Udar niedokrwienny jest najczęściej występującym udarem. Z reguły nie prowadzi on do śmierci, lecz do trwałego inwalidztwa. Do udaru niedokrwiennego mózgu dochodzi poprzez zwężenie tętnicy, a w rezultacie do mózgu nie dociera tyle krwi co powinno i następuje obumarcie pewnej jej części [9]. Przyczyną może być proces miażdżycowy bądź patologia małych naczyń, prowadząca do udaru lakunarnego, który jest najlepiej rokującym udarem. Krew, która nie dopływa do mózgu może spowodować poważne patologiczne procesy. Tkanka nerwowa zostaje uszkodzona, na skutek braku dostarczenia energii, nieprawidłowej homeostazy jonów wapnia, stresu oksydacyjnego, ekscytotoksyczności oraz początkującym w tym miejscu procesie zapalnym. Brak tlenu i glukozy powoduje uszkodzenie neuronów [10].

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu

- **Wiek** jest jedynym z głównych czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu, dotyka najczęściej osoby po 55 roku życia.
- **Migotanie przedsionków** jest przyczyną zaburzenia rytmu serca, u tych osób, u których występuje, ryzyko jest od 3-5% większe. Przebieg choroby jest znacznie cięższy, a śmiertelność jest dwukrotnie większa [3].
- **Nadciśnienie tętnicze** 140/90 mm Hg, może zwiększyć ryzyko wystąpienia udaru nawet pięciokrotnie. Istotne jest stosowanie farmakoterapii, ponieważ właściwie dobrana, zmniejszy ryzyko o 30-40%. Należy również monitorować parametry, aby nie dopuścić do podwyższenia ciśnienia [4].
- **Płeć męska** o 7-10% częściej chorują na udar, niż płeć żeńska 5-7% [5].
- **Palenie tytoniu** zwłaszcza u intensywnie palących jest dwukrotnie większe niż u osoby niepalącej. W przeciągu dwóch lat od zaprzestania palenia, ryzyko udaru się zmniejsza, a po pięciu latach wynosi tyle samo co u osoby nie palącej [6].

- **Miażdżyca** stanowi poważne zagrożenie dla życia. Dochodzi do zatkania naczynia, które przestaje prawidłowo funkcjonować, przez co do mózgu nie dociera odpowiednia ilość substancji odżywczych i tlenu. Może też dojść do oderwania kawałka blaszki miażdżycowej, która jest niestabilna, a dostanie się jej do tętnic mózgu spowoduje udar lakunarny.
- Kobiety stosujące **antykontracepcje** są bardziej narażone, dodatkowo, jeśli nakładają się inne czynniki jak np. palenie tytoniu, menopauza, hormonalna terapia zastępcza, ciąża i połóg [7].
- **Kolor skóry** ma duży wpływ na wystąpienie udaru, dotyczy najczęściej rasy czarnej i Latynosów.
- **Brak aktywności fizycznej**, dlatego zaleca się jej regularne uprawianie, poprzez np. spacerowanie na świeżym powietrzu.
- **Choroba wieńcowa i podwyższony poziom cholesterolu i trójglicerydów**, należy zastosować właściwą kontrolę i farmakoterapię w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia [8].
- **Migrena**, w szczególności z aurą, występująca raz w tygodniu bądź częściej.
- **Otyłość**, którego wskaźnik BMI jest wyższy, niż 30. Powinno się dążyć do zredukowania tkanki tłuszczowej [11].
- **Dieta** bogata w tłuszcze, przyczynia się do powstawania wielu chorób, przez które może dojść do udaru. W celu zminimalizowania czynników ryzyka stosuje się dietę śródziemnomorską, która bogata jest w warzywa, owoce, produkty pełnoziarniste, ryby, rośliny strączkowe. Warto zmniejszyć spożywanie soli kuchennej do 2,4 g dziennie.
- **Cukrzyca**, która zwiększa możliwość zachorowania na udar mózgu, oraz przyczynia się do powstawania chorób z nią związanych np. otyłość, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca.
- **Uwarunkowania genetyczne**, które mają duże znaczenie na wystąpienie choroby w rodzinie, szczególnie, gdy wystąpi pozytywny wywiad u rodziców. Wtedy potomstwo jest narażone na wystąpienie udaru [12]. U osób, które zachorowały na udar mózgu, może dojść do kolejnego incydentu chorobowego, należy stosować się do zaleceń lekarza i stosować profilaktykę.

Objawy udaru niedokrwinnego mózgu

Objawy udaru w głównym stopniu zależą od tego, który obszar mózgu został uszkodzony. Ważne jest szybkie zareagowanie i rozpoznanie objawów choroby, aby pacjent mógł trafić do oddziału udarowego w szpitalu. Szanse na przeżycie są znacznie większe, a dojście do sprawności fizycznej się poszerzają.

Tabela I. Objawy udaru mózgu [opracowanie własne]

Objawy	Cechy charakterystyczne
Asymetria twarzy	– Opadający kącik ust – Opadanie powieki – Uczucie drętwienia bądź mrowienia twarzy
Zaburzenia mowy	– Niewyraźna mowa o typie afazji – Problemy ze zrozumieniem danego słowa – Ciężka komunikacja
Zawroty głowy i zaburzenia równowagi	– Towarzyszące nudności i wymioty – Zaburzenia równowagi – Słabe widzenie
Zaburzenia siły mięśniowej oraz czucia kończyn tułowia	– Nagłe osłabienie siły mięśniowej – Brak czucia połowicznego – Porażenie kończyn albo połowy ciała – Pogorszenie sprawności ruchowej – Zaburzenie chodu
Objawy ogólne	– Silny ból głowy, który wystąpił nagle z wymiotami – Wrażliwość na światło, hałas – Napady padaczkowe – Zaburzenia świadomości, senność, osłabienie, utrata przytomności, śpiączka

Rozpoznanie udaru niedokrwiennego mózgu

Udar niedokrwienny mózgu stanowi wyzwanie dla dzisiejszej medycyny. Istotne jest wczesne rozpoznanie objawów, aby można było wdrożyć właściwe leczenie.

Dokładne zbadanie chorego jest bardzo czasochłonne, dlatego stosowane są skale, które pozwalają na szybsze postawienie diagnozy. Standardowe testy, które powinny być przeprowadzone to skala: NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*), SSS (*Scandinavian Stroke Scale*), GCS (*Glasgow Coma Scale*).

Ważne jest także wykonanie elektrokardiografii (EKG) oraz wyników krwi, a szczególnie parametrów krzepnięcia. Powinno się też zlecić wykonanie badania klatki piersiowej RTG. Badania radiologiczne są obowiązkowe w dokładnej ocenie udaru mózgu [13].

Należy wykonać następujące badania dla chorego z podejrzeniem udaru:

- Tomografia komputerowa (TK)
- Angiografia tomografii komputerowej
- Rezonans magnetyczny (MRI) [14].

- Przechcaskkowa ultrasonografia dopplerowska,
- Dyfuzja MRI
- Angiografia rezonansu magnetycznego
- Perfuzja rezonansu magnetycznego [15].

Szybkim testem, który umożliwia w łatwy sposób zdiagnozować podejrzenie udaru mózgu, bądź TIA, nie tylko przez personel medyczny jest test FAST (*Face Arm and Speech Test*). Gdy wystąpi którykolwiek z objawów należy niezwłocznie wezwać karetkę, ponieważ czas jest bardzo ograniczony [16].

Leczenie udaru niedokrwienneo mózgu

Leczenie udaru niedokrwienneo mózgu opiera się na jak najszybszym przywróceniu przepływu krwi, poprzez jego udroźnienie. Znaczący jest czas, ponieważ daje on szanse na lepsze przeżycie dla chorego, jak i późniejsze funkcjonowanie. Leczenie na oddziale udarowym poprawia rokowania pacjenta niż gdyby miał być on hospitalizowany na oddziale ogólnym [17].

Do głównych zasad leczenia udaru niedokrwienneo mózgu po wykonaniu podstawowych badań należą:

- Unormowanie zaburzeń układu oddechowego
- Unormowanie zaburzeń układu krążenia
- Wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej
- Wyrównanie zaburzeń metabolicznych
- Kontrola wartości ciśnienia tętniczego krwi
- Wdrażenie leczenia farmakologicznego (ogólne i swoiste)
- Jak najszybsze wdrażenie rehabilitacji i zapobieganie powikłaniom (odleżyny, żylniej choroby zatorowo-zakrzepowej i infekcji)
- Profilaktyka i edukacja rodziny chorego i samego chorego [18].

Leczenie trombolityczne

Najbardziej efektywnym rodzajem leczenia w ostrym udarze niedokrwienneo mózgu jest leczenie trombolityczne. Tromboliza dożylna z wykorzystaniem rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (rt-PA).

Terapia polega na udroźnieniu materiału zakrzepowo-zatorowego, na skutek działania fibrynogenu rt-PA w obszarze penumbry. Na początku podawania dożylnie rekomendowanego tkankowego czynnika plazminogenu, alteplaza jest nieaktywna w układzie krążenia, aktywacja następuje po połączeniu z włóknikiem, gdzie następuje przemiana

plazminogen w skrzeplinę. Ma na celu zminimalizowanie uszkodzenia, na skutek przywrócenia krążenia w zamkniętym albo zwężonym naczyniu [19].

Leczenie w Polsce stosuje się od 2003 roku. Przez Narodowy Fundusz Zdrowia leczenie finansowane jest od 2009 roku. Można je zastosować do 4,5 godzin od wystąpienia objawów. W innych krajach okno terapeutyczne jest krótsze, a leczenie podejmują się do 3 godzin od ich wystąpienia. Leczenie trombolityczne daje szansę na zminimalizowanie stopnia niesprawności wywołanych udarem nawet do 30%, a także przywrócenie chorego do prawidłowego funkcjonowania w przeciągu 3 miesięcy, od zastosowania leku o 13%.

Co roku zwiększa się liczba osób leczonych, jednak wciąż nie wszędzie jest ona stosowana. Pacjenci często przyjeżdżają za późno, przez co nie mogą być leczeni tą metodą, co zmniejsza ich szanse na przeżycie. Czas w jakim pacjenta należy przewieźć do szpitala i wdrożyć leczenie powinien wynosić do 45 minut.

Jeśli nie można ustalić czasu rozpoczęcia udaru, przyjmuje się, że jest to moment, w którym chory był widziany po raz ostatni. Najwięcej udarów niedokrwiennych mózgu występuję po przebudzeniu, określa się, że od 14,3 do 29,6% opierając się o wyniki badań populacji [20].

Przed zastosowaniem czynnika rt-PA pacjent powinien zostać przebadany neurologicznie, przez lekarza z wykorzystaniem skali NIHSS oraz konieczne jest wykonanie TK, w celu wykluczenia krwawienia.

Aby wdrożyć leczenie trombolityczne pacjent powinien spełniać pewne kryteria [21].

Głównym **powikłaniem** leczenia trombolitycznego jest krwawienie śródczaszkowe np. ponowne ukrwotoczenie udaru, wstrząs krwotoczny, krwawienie do mózgu, krwiaki śródczaszkowe, krwawienie podpajęczynówkowe. Wystąpić może też obrzęk naczynioruchowy twarzy, szyi, języka i warg. Bardzo często dochodzi do krwawienia z naczyń krwionośnych, które zostały uszkodzone podczas np. wkłuć, bądź cewnikowania. Może nastąpić też krwawienie: do dróg oddechowych, do przewodu pokarmowego, do odbytnicy, do dróg moczowo- pęciowych. Dochodzi również do zaburzeń ze strony układów: nerwowego, immunologicznego, sercowo-naczyniowego, oraz gorączki [8, 9].

Działania pielęgniarские przy zastosowaniu leczenia trombolitycznego.

Aby zastosować leczenie potrzebna jest sprawna praca zespołu medycznego. Pielęgniarka ma za zadanie wykonanie wszystkich czynności zaleconych przez lekarza, aby możliwe było jak najszybsze włączenie leczenia trombolitycznego [12].

Przed i podczas wdrażenia leczenia pielęgniarstwa:

- Zakłada dwa wkłucia obwodowe, na tej samej kończynie, aby możliwa była podaż leków.
- Wykonuję badania laboratoryjne moczu i krwi, a szczególnie stężenia glukozy, liczbę płytek oraz czasu protrombinowego.
- Kontroluję podstawowe czynności życiowe pacjenta oraz wspiera go przez cały przebieg choroby.
- Podaję leki na wcześniejsze zlecenie lekarza, w dawce 0,9 mg/kg/mc., 10% w bolusie do 2 minut, a resztę we wlewie dożylnym w przeciągu godziny.

Jeśli podczas podawania leku wystąpią wymioty, nudności, silny ból głowy bądź zaobserwuję się wzrost ciśnienia, należy przerwać podaż, oraz zgłosić objawy lekarzowi.

Po zastosowaniu leczenia pielęgniarstwa:

- Kontynuuję monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta
- Kontroluję parametry tętna i ciśnienia; mierzy je, co 15 minut, przez 2 godziny od jego rozpoczęcia. Dodatkowo stan chorego obserwuję co 4 godziny, w pierwszych 24 godzinach, przez 7 dni.
- Ocenia świadomość pacjenta
- Kontroluję objawy związane z postępowaniem procesu leczenia
- Prowadzi bilans płynów
- Dbam o nawodnienie i odżywienie pacjenta
- Dbam o prawidłową wentylację chorego, a w razie potrzeby podaję tlen na maskę bądź przez węż tlenowy o przepływie od 2 do 4 l/min.
- Zapobiegam obrzękowi mózgu, unosząc bezgłowie o 30 stopni
- Stosuję wszelkie udogodnienia w celu zminimalizowania ryzyka odleżyn, poprzez zmianę pozycji oraz prawidłowe ułożenie kończyn objętych niedowładem, aby nie doszło do przykurczy.
- Prowadzi profilaktykę zatorowości płucnej i zakrzepicy żył głębokich.
- Podaję i przygotowuję leki na zlecenie lekarza oraz prowadzę dokumentację medyczną chorego
- Edukuję pacjenta i rodzinę chorego, aby zminimalizować ryzyko ponownego udaru mózgu [9,13].

Nie należy zakładać sond żołądkowych, cewnikować pacjenta i zakładać wkłuć, bądź wykonywać iniekcji, po zakończeniu leczenia, aby zapobiec możliwości krwawienia.

CEL PRACY

Celem pracy było:

- Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu poddanego leczeniu trombolitycznemu.
- Wyodrębnienie celu zaplanowanych działań pielęgnarskich.
- Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgnarskiej dla pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu poddanego leczeniu trombolitycznemu.
- Sporządzenie oceny podjętych działań pielęgnarskich.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat choroby.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem został objęty pacjent w wieku 74 lat, hospitalizowany od 16.02.2020 r. do 31.02.2020 r. w Klinice Neurologii z Oddziałem Udarowym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. W oddział pacjent został przyjęty z powodu udaru niedokrwiennego mózgu, a wobec niego zostało wdrożone leczenie trombolityczne.

Materiał do badań został zgromadzony na podstawie zebranego wywiadu od rodziny jak i chorego, obserwacji pacjenta, dokładnej analizie dokumentacji medycznej opartej o historię choroby, wyników laboratoryjnych, indywidualnej karty zleceń lekarskich i karty gorączkowej. Dokonano również pomiarów: masy ciała i wzrostu pacjenta, oraz na podstawie tych danych obliczono wskaźnika BMI, temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna i liczby oddechów na minutę.

Zastosowane skale:

- **Skala Barthel** – określa stopień niepełnosprawności osoby chorej. Ocenia czynności dnia codziennego, które chory potrafi wykonać sama, do których potrzebują pomocy, bądź nie jest w stanie samodzielnie wykonać. Przedstawia 10 pytań związanych ze spożywaniem posiłków, przemieszczaniem się i siadaniem, higieną osobistą, korzystanie z WC, myciem się, ubieraniem się oraz umiejętnością kontroli zwieraczy. Do każdej czynności przypisana jest odpowiednia ilość punktów. Gdy pacjent uzyska od 86-100 punktów, jego stan ocenia się na lekki. Uzyskanie 21-85 punktów określa

jego stan jako średnio ciężki, a 0-20 punktów oznacza całkowitą niesprawność (stan bardzo ciężki).

- **Geriatryczna Skala Oceny Depresji wg Yesavage’a** – ocenia stan emocjonalny pacjenta w przeciągu 2 tygodni w 15 punktach. Pacjent odpowiada słowem „TAK” albo „NIE”, uzyskując za nią 1 punkt. Gdy otrzyma ich od 0-5 punktów, uważa się, że nie ma zaburzeń depresyjnych, od 6-10 punktów oznacza depresję umiarkowaną, a od 11-15 punktów silną depresję.
- **Skala Glasgow** - określa poziom przytomności chorego. Ocenie podlegają 3 kategorie: otwieranie oczu, kontakt słowny i odpowiedź ruchowa. Uzyskać można od 3-15 punktów, z czego od 13-15 punktów określa się jako łagodne zaburzenie przytomności, od 9-12 umiarkowane, 6-8 brak przytomności, 5 punktów odkorowanie, 4 punkty odmóżdzenie, 3 punkty śmierć mózgu.
- **Skala Norton** – ocenia ryzyko odleżyn. Jej ocenie podlega 5 kategorii: stan fizyczny, stan świadomości, aktywność, ruchliwość, czynność zwieraczy, a suma punktów jakie można otrzymać maksymalnie to 20. Uzyskując 14, bądź mniej świadczy o zwiększonym albo dużym ryzyku ich powstawania.

Na podstawie arkusza danych o pacjencie, zostały zebrane informacje w zakresie biologicznym, psychicznym i społecznym. Arkusz został utworzony na potrzeby pracy.

Do oceny stanu zdrowia pacjenta po przebytym udarze została zastosowana metoda procesu pielęgnowania, z wykorzystaniem dokumentacji medycznej pacjenta, dzięki której można było wyłonić problemy pielęgnacyjne i postawić diagnozę pielęgnarską.

WYNIKI

Opis przypadku pacjenta po przebytym udarze mózgu z zastosowanym leczeniem trombolitycznym.

Pacjent w wieku 74 lat, w dniu badania w 4 dobie po udarze niedokrwiennym został przywieziony w trybie pilnym do Kliniki Neurologii z pododdziałem udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, dnia 16.01.2020 r, o godzinie 7:05. Rozpoznany został udar niedokrwienny mózgu.

Pierwsze objawy choroby wystąpiły około 5 nad ranem, po czym ustąpiły samoistnie, drugi epizod miał miejsce o 6:15 w dniu przyjęcia do szpitala. Chory skarżył się na osłabienie siły mięśniowej po stronie lewej oraz silny ból głowy. Po przeprowadzeniu wszelkich badań i uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań, pacjentowi zastosowano leczenie

trombolityczne. Pacjentowi został założony cewnik Foley'a i dwa wkłucia do żyły obwodowej na prawej ręce.

Z zawodu emerytowany kierowca pojazdów ciężarowych, zamieszkały w domu jednorodzinnym w Białymstoku z żoną. W wywiadzie chorobowym leczone nadciśnienie tętnicze. Chory o masie ciała 80 kg, przy wzroście 172 cm, BMI wynosi: 27 kg/m². W dniu wykonywania pomiaru ciśnienie tętnicze krwi 162/76 mmHg, a tętno 79 uderzeń na minutę, temperatura 36,8°C, liczba oddechów 19 na minutę. Pacjent skarży się na bezsenność i przewlekły kaszel. Nie występuje biegunka, wymioty i nudności. Skóra jest czysta, sucha bez widocznych zmian i zaczerwień. Występuje obrzęk na lewej dłoni. Pacjent nosi okulary i posiada aparat słuchowy na lewym uchu. Nie ma uczulenia na leki i alergię pokarmowe. U chorego można zaobserwować obniżony nastrój, a sam ocenia go jako średni. Dobrze orientuje się o swoim stanie zdrowia. Nie występują zaburzenia mowy oraz nie ma problemu z połykaniem posiłków. Od 40 lat pali papierosy, do tej pory 1 paczkę dziennie, pije kawę 3 razy dziennie, a alkohol spożywa tylko okazjonalnie, nie uprawia sportu, a jego aktywność fizyczna jest znikoma. Chory martwi się o swoje zdrowie i odczuwa lęk z obawy o swoją niesprawność ruchową. Nie stwarza problemów i współpracuje z personelem medycznym.

Pacjent całkowicie jest zależny od personelu w czynnościach dnia codziennego, z powodu niedowładu kończyn lewych. Ze względu na towarzyszącą nadwagę i długotrwałe leżenie występuje ryzyko odleżyn.

Przyjmowane leki:

- Zaranta 20 mg, 1x dziennie
- Prenome 20 mg, 1x dziennie
- Proaxon 10 ml, 2x dziennie
- Acard 150 mg, 1x dziennie
- Tritace 2,5 mg, 1x dziennie
- Vinpoven 5 mg, 3x dziennie
- Aciprex 10 mg, 1x dziennie
- Cipronex 500 mg, 1x dziennie
- Prenome 20 mg, 1x dziennie
- Magnesii Sulfurici 20% 10 ml + 0,9% Sodium Chloride 250 ml
- Lignocain 2% 20 ml + 0,9% Sodium Chloride 250 ml

Wobec pacjenta zostały zastosowane kolejno skale:

- Skala Barthel, w której otrzymał 10 punktów, co świadczy o ciężkim stanie chorego

- Geriatryczna Skala Oceny Depresji według Yesavage'a, otrzymał 6 punktów świadczące o umiarkowanej depresji
- Skala Glasgow, 15 punktów oznacza łagodne zaburzenia
- Skala Norton, w której otrzymał 12 punktów oznaczająca zwiększone ryzyko powstawania odleżyn.

PLAN OPIEKI WOBEC PACJENTA PO UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU Z ZASTOSOWANYM LECZENIEM TROMBOLITYCZNYM

1. Diagnoza pielęgniarska

Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z zastosowanym leczeniem trombolitycznym (krwawienia z przewodu pokarmowego, układu moczowego, wkląć obwodowych, wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, obrzęk mózgu).

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpienia powikłań spowodowanych leczeniem trombolitycznym.

Podjęte działania pielęgniarskie:

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, oddechów
- Obserwacja stanu źrenic i świadomości pacjenta
- Podniesienie bezgłowa łóżka pod kątem 30 stopni, aby nie dopuścić do obrzęku mózgu
- Nawodnienie i prowadzenie bilansu płynów
- Obserwacja pacjenta pod kątem krwawień
- Zastosowanie tlenoterapii o przepływie 2-4 l/min, w razie problemów z oddychaniem
- Zastosowanie profilaktyki zatorowości płucnej
- Profilaktyka zakrzepicy żył głębokich
- Podanie leków na zlecenie lekarza
- Pobieranie materiału do badań na zlecenie lekarza
- Prowadzenie dokumentacji medycznej wykonanych działań

Ocena wykonanych działań:

U pacjenta nie doszło do wystąpienia powikłań i krwawień.

2. Diagnoza pielęgnarska

Niedowład połowiczny ciała utrudniający możliwość wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, związanych z poruszaniem się, wydalaniem, spożywaniem posiłków i pielęgnacją ciała.

Cel opieki:

Zapobieganie długotrwałemu unieruchomieniu i wdrażanie rehabilitacji całego ciała pacjenta.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Zmiana pozycji ciała co 2-3 godziny, aby nie dopuścić do powstawania odleżyn
- Dobry dostęp z każdej strony łóżka pacjenta
- Wykonywanie ruchów po stronie niedowładnej pacjenta i umiejscowienie stolika po tej samej stronie
- Zastosowanie wszelkich udogodnień pod niedowładne kończyny np. wałków
- Dbanie o prawidłowe ułożenie kończyn, aby nie dopuścić do przykurczy, stosując wzorzec antyskurczowy
- Zastosowanie ćwiczeń czynnych i biernych
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń biernych
- Edukacja chorego i jego rodziny odnośnie rehabilitacji
- Udzielenie pomocy związanej z czynnościami fizjologicznymi i pielęgnacyjnymi oraz pomoc w karmieniu pacjenta
- Wsparcie chorego na każdym etapie choroby
- Dokumentowanie podjętych działań pielęgnarskich

Ocena wykonanych działań:

Pacjent angażuje się w swoją rehabilitację, widoczna jest poprawa w zakresie ruchowym pacjenta. Rodzina została wyedukowana odnośnie rehabilitacji pacjenta.

3. Diagnoza pielęgnarska

Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane niedowładem połowicznym ciała i unieruchomieniem pacjenta.

Cel opieki:

Zapobieganie wystąpienia odleżyn.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Ocena ryzyka odleżyn na podstawie skali Norton i prowadzenie karty pielęgnacji odleżyn
- Zmiana pozycji ciała co 2-3 godziny
- Unikanie zagięć w łóżku, wilgotności skóry, ciągłego ucisku
- Obserwacja skóry pod kątem zaczerwienień, odparzeń, otarć
- Zastosowanie wszelkich udogodnień np. materaca przeciwoodleżynowego, wałków
- Właściwa pielęgnacja miejsc narażonych na powstawanie odleżyn stosując np.: PC 30 V, oliwki, kremów mających właściwości pielęgnacyjno-ochronne
- Oklepywanie pacjenta i zastosowanie technik masażu
- Zastosowanie diety wysokobiałkowej
- Dbanie o nawodnienie i odżywianie pacjenta
- Zmiana pampersów oraz wykonywanie toalety miejsc intymnych
- Dbanie o higienę chorego i dokładne osuszanie ręcznikiem
- Dokumentowanie podjętych działań pielęgniarских

Ocena podjętych działań:

W wyniku właściwej pielęgnacji skóry chorego, nie doszło do ich powstawania.

4. Diagnoza pielęgniarська

Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc spowodowanego ciągłym kaszlem, obniżoną odpornością i unieruchomieniem pacjenta.

Cel opieki:

Zapobieganie możliwości wystąpienia zapalenia płuc.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Zapewnienie odpowiedniej temperatury powietrza i wietrzenie sali
- Nauka ćwiczeń oddechowych i efektywnego kaszlu
- Wykonywanie inhalacji i nebulizacji na ówczesne zlecenie lekarza
- Oklepywanie i nacieranie klatki piersiowej
- Zmniejszenie możliwości przenoszenia patogenów poprzez eliminację chorych osób w zasięgu pacjenta
- Niedopuszczenie do przebiegu na sali

- Właściwa dezynfekcja rąk przed i po kontakcie z pacjentem
- Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza
- Dokumentowanie podjętych działań pielęgniarских

Ocena podjętych działań:

Nie wystąpiły oznaki zapalenia płuc, chory czuje się dobrze i wykonuje ćwiczenia oddechowe.

5. Diagnoza pielęgniarська

Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane założonym cewnikiem Foleya.

Cel opieki:

Ograniczenie możliwości wystąpienia zakażenia układu moczowego.

Podjęte działania pielęgnacyjne:

- Utrzymanie prawidłowej higieny całego ciała i miejsca intymnego pacjenta
- Używanie środków antyseptycznych w miejscu wprowadzonego cewnika
- Częsta kontrola i zmiana pampersów, zawsze przy zabrudzeniu wykonanie toalety krocza
- Zmiana bielizny osobistej i pościeli
- Wymiana worka na mocz oraz niedopuszczenie do przepełnienia worka
- Obserwowanie koloru moczu i ilości
- Dbanie o prawidłowe nawodnienie pacjenta
- Pobranie materiału do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza
- Regularna wymiana cewnika z zastosowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- Rozmowa z pacjentem pod kątem swędzenia, pieczenia, bólu w okolicach intymnych
- Dokumentowanie podjętych działań

Ocena podjętych działań:

Nie doszło do zakażenia układu moczowego, pielęgniarka zastosowała wszelkie działania pielęgnacyjne.

6. Diagnoza pielęgnarska

Ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia wkłucia obwodowego

Podjęte działania pielęgnacyjne:

- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegu
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia zaczerwienienia, obrzęku, bólu, zasinienia, ocieplenia
- Obserwacja i wymiana opatrunku co 24 godziny, bądź częściej w razie zabrudzeń
- Kontrola drożności kaniuli
- Dbanie o czystość skóry, szczególnie wokół wkłucia obwodowego
- Usunięcie kaniuli, gdy zostanie za obserwowany stan zapalny albo przekroczy 72 godziny
- Stosowanie przezroczystych opatrunków i hipoalergicznym
- Rozmowa z pacjentką i obserwacja miejsca podczas podaży leków
- Dokumentowanie podjętych działań pielęgnarskich oraz prowadzenie karty obserwacji wkłuc obwodowych

Ocena podjętych działań:

Zostały zastosowane zasady prawidłowej pielęgnacji miejsca wkłucia. Nie doszło do zakażenia.

7. Diagnoza pielęgnarska

Obrzęk lewej dłoni pacjenta spowodowany niedowładem tej kończyny i zaburzeniem gospodarki wodno-elektrolitowej.

Cel opieki:

Zmniejszenie obrzęku.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Regularna kontrola i mierzenie obwodu obrzęku
- Prowadzenie bilansu płynów i nawadnianie pacjenta

- Smarowanie miejsca obrzękniętego i stosowanie kompresów chłodzących np. z altacetu
- Nakładanie odpowiedniej bielizny, bez uciśnień
- Ułożenie dłoni wyżej np. na poduszce
- Kontrola diurezy dobowej pacjenta
- Podanie leków na zlecenie lekarza
- Dokumentowanie podjętych działań pielęgniarских

Ocena podjętych działań:

Obrzęk się zmniejszył.

8. Diagnoza pielęgniarська

Możliwość wystąpienia przykurczy spowodowany unieruchomieniem pacjenta.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka powstania przykurczy.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Układanie pacjenta w pozycji przeciwskurczowej
- Wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych
- Zachęcanie pacjenta do samodzielnego wykonywania ćwiczeń dostosowanych do jego możliwości i zakresu ruchu
- Stosowanie udogodnień pod kończyny niedowładne np. wałków
- Udostępnienie kontaktu z rehabilitantem albo fizjoterapeutą
- Zastosowanie diety z wysoką zawartością białka
- Wykonywanie czynności po stronie niedowładnej pacjenta i dostosowanie pod nią szafki
- W miarę możliwości stopniowe uruchamianie pacjenta
- Edukacja rodziny odnośnie rehabilitacji po udarze mózgu
- Podanie leków na zlecenie lekarza w razie bólu
- Dokumentowanie podjętych działań

Ocena podjętych działań:

Zauważalna jest poprawa pacjenta w wykonywanych czynnościach, chętnie ćwiczy, dzięki czemu nie doszło do powstania przykurczy.

9. Diagnoza pielęgnarska

Możliwość wystąpienia innych chorób wywołanych nadciśnieniem tętniczym.

Cel opieki:

Kontrolowanie prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi i obserwacja pacjenta.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Monitorowanie parametrów ciśnienia tętniczego krwi przed i po podaniu leków
- Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat nadciśnienia tętniczego krwi
- Zachęcanie do zmiany stylu życia, ograniczenie kawy, zaprzestanie palenia papierosów i podjęcia aktywności fizycznej (w miarę możliwości) po wyjściu ze szpitala
- Zmiana diety na niskokaloryczną z ograniczoną podażą soli
- Nauka prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i prowadzenie zapisów w domu
- Zapisywanie pomiarów ciśnień pacjenta w danym czasie
- Podanie leków na zlecenie lekarza

Ocena podjętych działań:

Pacjent i jego rodzina została nauczona właściwej techniki pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, znają skutki wysokiego ciśnienia i możliwość wystąpienia chorób z tym związanych. Parametry ciśnienia utrzymywały się w zalecanych normach.

10. Diagnoza pielęgnarska

Bezsennosć spowodowana nową sytuacją w życiu oraz długim pobytem w szpitalu.

Cel opieki:

Uspokojenia pacjenta i zapewnienie komfortu snu pacjenta.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Rozmowa z pacjentem i stworzenie przyjaznej atmosfery
- Zapewnienie rozmowy z psychologiem albo rodziną pacjenta
- Zapewnienie odpowiedniego komfortu podczas zasypiania (wietrzenie pomieszczenia, cisza, spokój na korytarzu, zgaszenie światła)
- Zapewnienie zajęcia czasu w ciągu dnia
- Nauka ćwiczeń relaksacyjnych przez zaśnięciem

- Farmakoterapia na zlecenie lekarza

Ocena podjętych działań:

Pacjent zaczął przesypiać noce, jest wypoczęty co można zauważyć po jego lepszym samopoczuciu.

11. Diagnoza pielęgnarska

Nadwaga będąca skutkiem małej aktywności fizycznej i nieodpowiednią dietą.

Cel opieki:

Zredukowanie masy ciała poprzez odpowiednią dietę i zastosowanie ćwiczeń.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Zastosowanie diety niskokalorycznej
- Kontrola masy ciała pacjenta
- Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat złego stylu życia i chorób z tym związanych
- Nauka dokonywania pomiarów (np. raz w tygodniu rano) obwodów, BMI
- Zaproponowanie rozmowy z dietetyczką
- Zaproponowanie rozmowy z fizjoterapeutą w celu doboru właściwych ćwiczeń

Ocena podjętych działań:

Pacjent i jego rodzina zostali nauczeni prawidłowych technik pomiaru masy ciała. Znają konsekwencje związane z nadwagą. Wymaga dalszych obserwacji.

12. Diagnoza pielęgnarska

Nikotynizm będący czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego

Cel opieki:

Przekonanie chorego o konieczności zrezygnowania z palenia papierosów.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Edukacja chorego na temat złego wpływu palenia papierosów na organizm człowieka i chorób, które mogą być przez nie wywołane
- Przedstawienie środków farmaceutycznych, dzięki którym można zaprzestać palenia papierosów
- Udostępnienie broszur, ulotek, gazet mówiących o szkodliwości papierosów

- Pokazanie korzyści rzucenia palenia takich jak: mniejszy wydatek, zmniejszenie ryzyka zachorowania na wiele chorób np. rak płuc
- Zapewnienie pacjentowi wsparcia i rozmowy na ten temat
- Zaproponowanie rozmowy z psychologiem

Ocena podjętych działań:

Pacjent wyraża chęć związaną z zaprzestaniem palenia. Wymaga dalszej obserwacji.

13. Diagnoza pielęgnarska

Ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju spowodowanych niepokojem i obawą o swoje zdrowie oraz obniżonym nastrojem.

Cel opieki:

Poprawa nastroju pacjenta poprzez uspokojenie go rozmową na temat choroby.

Podjęte działania pielęgnarskie:

- Rozmowa z pacjentem na temat jego znaczenia dla najbliższych i poprawa samooceny
- Wykonanie 15 punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage’a
- Pokazanie postępu leczenia i rehabilitacji
- Zachęcenie pacjenta do dalszego leczenia
- Zapewnienie rozmowy z psychologiem
- Zachęcenie rodziny do rozmów z pacjentem i częstsze odwiedzanie chorego
- Obserwacja zachowania pacjenta
- Zastosowanie leków przeciwdepresyjnych na zlecenie lekarza

Ocena podjętych działań:

Pacjent ma lepszy nastrój, widzi postęp w leczeniu.

Zalecenia dla pacjenta po wyjściu ze szpitala.

Pacjent po wyjściu ze szpitala powinien przyjmować leki systematycznie, zgodnie ze zleceniem lekarza. Prowadzić zdrowy tryb życia bez spożywania alkoholu i palenia papierosów. Warto też odstawić picie kawy oraz mocnej herbaty. Dieta śródziemnomorska jest wskazana w profilaktyce udaru mózgu. W jej składzie powinny być produkty takie jak: warzywa, owoce, produkty zbożowe, orzechy, wszelkie pestki np. ze słonecznika, rośliny strączkowe, orzechy, mięso chude oraz oczywiście ryby. Taka zbilansowana dieta dostarcza

dla organizmu zdrowe kwasy tłuszczowe, mnóstwo witamin, błonnika pokarmowego oraz przeciwutleniaczy. Powinien także kontrolować parametry ciśnienia tętniczego krwi i BMI. Ważne jest także aby został objęty opieką rehabilitacyjną/fizjoterapeutyczną w celu kontynuacji ćwiczeń rozpoczętych w szpitalu i powrotu do pełnej sprawności kończyn objętych niedowładem. Konieczna jest także wizyta w poradni neurologicznej. Rodzina jak i sam pacjent powinien zwracać uwagę na każde objawy, aby zapobiec kolejnemu udarowi mózgu.

WNIOSKI

1. Na podstawie zastosowanego arkusza do zbierania danych o pacjencie, skali, pomiarów i obserwacji zostały wyłonione problemy pielęgnacyjne.
2. Wobec pacjenta zostały wyodrębnione konkretne cele zaplanowanych działań, które posłużyły do utworzenia indywidualnego procesu pielęgnowania.
3. Na potrzeby pielęgniarstwa został sformułowany indywidualny plan opieki pielęgniarstwa. Zawarte są w nim problemy pielęgnacyjne pacjenta, cele opieki oraz zaplanowane działania i ich ocena.
4. Pacjentowi z udarem niedokrwinnym mózgu z zastosowanym leczeniem trombolitycznym i jego rodziny została przekazana wiedza na temat systematycznego przyjmowania leków w domu, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz zmiany dotychczasowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem diety.

PIŚMIENNICTWO

1. Starostka-Tatar A., Łabuz-Roszak B., Skrzypek M., Gąsior M., Gierlotka M.: Definicja i leczenie udaru niedokrwinnego mózgu na przestrzeni wieków. *Wiadomości Lekarskie* 2017,70 (5), 982-987.
2. Sobkowicz B.: Sercowo-naczyniowe czynniki ryzyka udaru mózgu. *Kardiologia po Dyplomie* 2012,11 (5), 41-52.
3. Łabuz-Roszak B., Otocka D., Bryk R., Szczeponek P., Tomczyk K.: Wiedza na temat czynników ryzyka chorób naczyniowo-mózgowych oraz objawów udaru mózgu wśród mieszkańców gminy wiejskiej. *Wiadomości Lekarskie* 2018,71 (7), 1214-1221.
4. Kozera G., Nyka W.M., Siebert J.: Aktualne zasady ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011,5 (2), 147-155.

5. Kaźmierski R.: Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwinnego mózgu. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014, (8), 62-75.
6. Jaszak J., Ogrodnik J., Burak-Czapiuk B., Kukowska D.: Rola pielęgniarki we wczesnej rehabilitacji pacjenta po udarze mózgu. [w:] *Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjenta w zależności od jednostki chorobowej*. Pawłowski M., Borusiewicz A., Łodzińska J., Ponichtera P., Zabielska P. (red.). WSA, Łomża 2013, 34.
7. Siebert J., Nyka W., Trzeciak B., Gutknecht P., Molisz A., Świerkocka M., Siebert B., Wierzba T.: Udar mózgu- możliwość efektywnego monitorowania. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011,5 (2), 87-107.
8. Zajkowska A.: Co to jest udar? *Neurologia po dyplomie* 2017,12 (1), 15-16.
9. Syta-Krzyżanowska A., Chorąży M., Drozdowski W.: Charakterystyka etiologiczna udarów mózgu leczonych w Klinice Neurologii UM w Białymstoku z analizą czynników ryzyka. *Aktualności Neurologiczne* 2010,10 (1), 26-30.
10. Kustra J., Kalisz M.Z., Szczepańska- Szerej A.M.: Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2014,20 (49), 17-20.
11. Starostka M., Redlicka J., Brzeziński M., Niwald M., Miller E.: Udar mózgu- ryzyko niepełnosprawności oraz możliwość poprawy funkcji motorycznych i poznawczych. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2016,41 (241), 51-54.
12. Strożyńska E., Ryglewicz D.: Czynniki ryzyka udaru mózgu u kobiet. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2013,9 (4), 135-140.
13. Członkowska A.: Czynniki ryzyka wystąpienia niedokrwinnego i krwotocznego udaru mózgu- badania INTERSTROKE. *Medycyna po dyplomie* 2010,19 (10), 32-35.
14. Siminska J., Pietkun K., Porzych P., Głowacka I., Grzyb S., Hagner W., Grobelska K., Nowacka K.: Udar niedokrwieny mózgu – postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne. *Journal of Education, Health and Sport* 2016, 6 (8), 439-453.
15. Wójcik G., Piskorz J., Bulikowski W.: Klinimetryczne metody oceny chorych po udarach mózgu w planowaniu rehabilitacji w populacji osób dorosłych. *Hygeia Public Health* 2015, 50 (1), 54-58.
16. Walecki J.: Diagnostyka obrazowa wczesnego udaru mózgu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2010,6 (1), 1-16.
17. Anteck J., Brelak E., Sobolewski P., Kozera G.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018,12 (3), 89-98.

18. Członkowska A.: Leczenie trombolityczne udaru niedokrwiennego mózgu-rozszerzenie wskazań. Neurologia po dyplomie 2013, 8 (5), 6-13.
19. Jaracz K.: Rola pielęgniarki w leczeniu trombolitycznym chorych z ostrym niedokrwiennym udarem mózgu. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009, 3 (1), 1-4.
20. Lawrence R., Wechsler M.D.: Dożylne leczenie trombolityczne w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. Kardiologia po dyplomie 2011, 10 (11), 12-25.
21. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu. Skrót Wytycznych Grup Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. Polski Przegląd Neurologiczny 2012, 8 (4), 161-175.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA PO EMBOLIZACJI TĘTNIKA NACZYŃ MÓZGOWYCH

JOLANTA CELEJ-SZUSTER¹, KLEMENTYNA KUKIELKA², ELŻBIETA PRZYCHODZKA¹,
KATARZYNA PIASECKA³

¹ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Naczynia krwionośne tworzą sieć przebiegającą przez organizm, umożliwiając dotarcie krwi do wszystkich jego komórek. Od serca odchodzą tętnice przechodzące w tętniczki łączące się z układem żylnym poprzez naczynia włosowate (kapilary). Z włosniczek krew zbierana jest przez żyłki łączące się w coraz większe żyły, które transportują odtlenowaną krew z powrotem do serca. Tętnice oraz żyły są bardzo zróżnicowane pod względem anatomicznym [1].

Ściana tętnicy składa się z trzech warstw:

- błony wewnętrznej - przydanki, którą stanowi tkanka włóknista;
- błony środkowej, zbudowanej z tkanki sprężystej i mięśniówki gładkiej;
- błony zewnętrznej, czyli zbudowanego z nabłonka płaskiego- śródbłonka.

Ściany naczyń żylnych budują te same warstwy co tętnice, jednak są one dużo cieńsze ze względu na fakt, że transportują krew pod niższym ciśnieniem [1].

Warto tutaj wspomnieć o szczególnym rodzaju tętnic, to jest anastomozach. Są to zespolenia między większymi tętnicami dostarczającymi krew do konkretnej partii ciała, np. mózgu. Jeśli dojdzie do zatkania jednej z tętnic, jest wtedy możliwe utrzymanie stałego dopływu krwi dzięki krążeniu obocznemu, z wykorzystaniem innych tętnic anastomozy, co w przypadku tkanki mózgowej, bardzo wrażliwej na niedotlenienie jest niezwykle istotne [1].

Włosniczki są najmniejszymi ze wszystkich naczyń krwionośnych, a ich ściany mają niewielką grubość. Pośredniczą w wymianie substancji pomiędzy tętnicami i żyłami, a także

komórkami organizmu. Rolą układu krwionośnego jest przede wszystkim dostarczenie tlenu i substancji odżywczych do wszystkich tkanek oraz odebranie z nich produktów przemiany materii [2].

Pojęcie tętniaka

Tętniak, z łaciny *aneurysma* to patologiczne uwypuklenie światła naczynia tętniczego, które może dotyczyć wszystkich tętnic oraz mieć różną wielkość. Tętniak naczyń mózgowych to ograniczone rozszerzenie umiejscowione w tętnicy mózgowej [3]. Najczęściej występują w przedniej części koła tętniczego mózgu, zwanego również kołem Willisa. Znajduje się ono u podstawy mózgowia, jest połączeniem gałęzi tętnic przednich mózgu poprzez tętnicę łączącą przednią z tętnicą łączącą tylną, która jednoczy tętnicę szyjną wewnętrzną z tętnicą tylną mózgu [4]. Ze względu na typ klasyfikacji dokonuje się podziału na: tętniaki workowate, wrzecionowate i rozwarstwiające. Ilość zmian pozwala na rozróżnienie tętniaków pojedynczych i mnogich. Obserwując wielkość zmian można scharakteryzować tętniaki bardzo małe- mniejsze niż 3 mm (ryzyko ich pęknięcia jest bardzo niewielkie), tętniaki małe, tj. 3-5 mm oraz tętniaki olbrzymie, które osiągają wymiary ponad 25 mm i są obarczone dużym ryzykiem rozerwania. Natomiast ze względu na patologię dokonano podziału na tętniaki prawdziwe i rzekome [5].

Objawy tętniaka

Na ogół tętniaki pozostają bezobjawowe do czasu ich pęknięcia, co jest najczęstszą przyczyną krwawienia podpajęczynówkowego (SAH- *subarachnoid hemorrhage*). Warto jednak pamiętać, że mogą one powodować porażenia sąsiadujących nerwów czaszkowych, zawroty głowy, napady padaczkowe oraz zaburzenia widzenia, deficyt ruchowy, nawracające bóle głowy i karku [5,6,7].

Czynniki ryzyka powstania tętniaka

Do czynników predysponujących do rozwoju tętniaka naczyń mózgowych zalicza się: miażdżycę, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu - prowadzą do miejscowego pogrubienia ściany naczyń i zmniejszenia jej elastyczności; starszy wiek, płeć kobieca, a także dodatni wywiad rodzinny dotyczący tętniaka wewnątrzczaszkowego lub przebytego krwawienia podpajęczynówkowego. Ponadto pewne jednostki chorobowe zwiększają ryzyko rozwoju tętniaka:

- Wielotorbielowatość nerek - u chorych występują również anomalie układu krążenia, a wśród objawów pozanerkowych wymienia się m.in. nadciśnienie tętnicze [8].

- Zespół Marfana- jest chorobą genetyczną tkanki łącznej. Nieprawidłowa fibrylina, która powstaje w jej wyniku uniemożliwia tworzenie należytych włókien elastycznych [9].
- Powikłaniem koarktacji aorty (zwężenie cieśni tętnicy głównej) mogą być właśnie tętniaki w kole tętniczym Willisa [10].
- W przebiegu stwardnienia guzowego często występują tętniaki [5].
- Guz chromochłonny nadnercza jest wtórną przyczyną nadciśnienia tętniczego [11].

Do czynników mających nieco mniejsze znaczenie zalicza się: palenie tytoniu i przyjmowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej lub zażywanie kokainy [1,6,12].

Epidemiologia tętniaków naczyń mózgowych

Najczęściej występującą postacią tętniaków są zmiany workowate, pojedyncze. Jak twierdzi Kozubski [6] częstotliwość występowania niepękniętych tętniaków mózgowych wśród populacji dorosłej wynosi 3,2%. Według innych źródeł [5] średnia wynosi 2,3%. Szczyt zachorowania przypada na 5. i 6. dekadę życia. Jak wskazują badania, tętniaki mają większą tendencję do powstawania i pęknięcia u kobiet, niż u mężczyzn [5, 13]. Oprócz tego, niemałym znaczeniem obarczona jest też wielkość zmiany, gdyż większe rozmiary oznaczają podwyższone ryzyko pęknięcia. Częstość krwotoku podpajęczynówkowego spowodowanego pęknięciem tętniaka wynosi od 2 do 16 przypadków na 100000 os. na rok.

Diagnostyka tętniaków naczyń mózgowych.

Cyfrowa angiografia subtrakcyjna (z ang. DSA- *Digital Subtraction Angiography*), należy do pakietu podstawowych badań w obrazowaniu tętniaków. Jest najczulszą metodą. Pozwala na wykrycie zmian wielkości nawet poniżej 3 mm, jednak nie ma tutaj możliwości obserwacji ewentualnych zmian wewnątrz tętniaka, takich jak zakrzepy czy zwapnienia. Jest rekomendowana również jako metoda służąca planowaniu leczenia operacyjnego i kontroli jego efektów [5,6].

Badaniem umożliwiającym wykrycie tętniaka jest również angio-TK (tomografia komputerowa angio) ze względu na dużą dokładność i czułość, a także możliwość unaocznienia zwapnień lub zakrzepów w jego świetle. Polega na obrazowaniu naczyń krwionośnych mózgu po podaniu środka kontrastującego. Pozwala na wykrycie większości zmian naczyniowych, jednak w przypadku mniejszych niż 2 mm jest nieco mniej skuteczna. Nie wymaga cewnikowania tętnicy, gdyż środek kontrastowy podawany jest dożylnie, co klasyfikuje to badanie jako bezpieczniejsze niż klasyczna angiografia. Badanie trwa bardzo

krótko, a obrazy można rekonstruować 3D (grafika komputerowa), co jest dodatkowym plusem [5,6,12].

Angio rezonans magnetyczny wykazuje ponad 90% skuteczność w wykrywaniu tętniaków większych niż 6 mm. Jest zalecana dla osób szczególnie wrażliwych na promieniowanie jonizujące, jak dzieci i kobiety w ciąży oraz dla pacjentów, u których podejrzewa się tętniaka po badaniu TK lub MR. Ograniczeniem jest tutaj jednak ruch pacjenta, więc badanie to nie może być wykonane u osób niewspółpracujących i pobudzonych [5,12].

Powikłania tętniaków naczyń mózgowych

Najczęstszym powikłaniem tętniaków mózgowych jest SAH, jako ostateczna manifestacja tętniaka. Jest to wynaczynienie krwi do przestrzeni między oponą miękką i pajęczą. Do krwotoku najczęściej dochodzi bez czynników wywołujących, jednak może zawiązać się podczas wysiłku fizycznego lub stresu. Najczęściej objawia się to piorunującym, straszącym bólem głowy o nagłym początku, określanym przez pacjentów jako najgorszy w życiu. U części pacjentów kilka tygodni przed krwawieniem pojawia się "zwiastujący" ból głowy. Pozostałe objawy, które się pojawiają, nie są specyficzne dla SAH. Mogą to być nudności, wymioty, nadwrażliwość słuchowa i na światło. Część pacjentów traci przytomność, jednak napady padaczkowe zdarzają się tylko u około 10%. Objawy ogniskowe dotyczą afazji (utrata zdolności mowy) lub niedowładów zależnie od miejsca wystąpienia krwotoku. W badaniu neurologicznym można stwierdzić objawy oponowe takie jak sztywność karku. Bardzo rzadko obserwuje się krwawienie do ciała szklanego gałki ocznej. W początkowej fazie krwotoku może występować wysokie ciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, co może być widoczne w zapisie EKG (elektrokardiografii) jako wysokie załamki T. SAH bardzo często kończy się śmiercią pacjenta [6,12].

Kolejne powikłania wiążą się bezpośrednio z krwotokiem podpajęczynówkowym i są niejako jego następstwami. Najgroźniejszym jest powtórne krwawienie, gdyż znacząco zwiększa ryzyko zgonu - nawet do 80%. Ryzyko wystąpienia krwawienia jest największe w ciągu pierwszych 24 godzin po SAH, później maleje. Warto wiedzieć, że ryzyko to jest wyższe w przypadku dużych tętniaków, a także jeśli SAH przebiegało z nieprzytomnością chorego. Najważniejsze w tym przypadku jest właściwe wyeliminowanie tętniaka [6].

Po SAH często obserwuje się wodogłowie, które może pojawić się zarówno w pierwszej dobie od pojawienia się krwawienia - klasyfikowane wtedy jako ostre lub nawet do kilku tygodni po - późne/przewlekłe. Świadczą o tym: zaburzenia pamięci świeżej,

pogarszanie się stanu świadomości chorego, problemy ze skierowaniem gałek ocznych w górę, zaburzeniami w zakresie psychoruchowym. Wodogłowie ostre dotyczy nawet do 80% pacjentów. W takiej sytuacji stosuje się drenaż komorowy, który ma na celu opróżnienie komór z zalegającej krwi i umożliwienie swobodnego przepływu płynu mózgowo-rdzeniowego [5,6,14].

Do skurczu naczyń mózgowych dochodzi najczęściej w pierwszym lub drugim tygodniu po wystąpieniu SAH [12]. Jest to reakcja na wynaczynioną krew, która drażni ściany naczyń [15]. Objawami są m.in.: zaburzenia świadomości lub niedowład. W konsekwencji skurcz może prowadzić do niedokrwiennego udaru mózgu ze względu na niedostateczny napływ krwi. Jako metodę leczenia stosuje się indukowanie nadciśnienia tętniczego (wyklucza to już podniesione ciśnienie lub zły stan serca) lub angioplastykę tętnic mózgowych [16]. Wg Osborn [17] wskazane jest też utrzymanie hiperwolemii i rozrzedzenie krwi.

Wśród powikłań ogólnomedycznych SAH wyróżnia się hiponatremia (u około 10-30% pacjentów) spowodowana mózgową utratą soli. W leczeniu podaje się dożylnie hipertoniczną sól fizjologiczną, wskazane może być też podanie krystaloidów lub koloidów [6, 17].

Leczenie tętniaków naczyń mózgowych.

Celem leczenia tętniaka jest jak najszybsze wyłączenie go z krążenia. Metody leczenia tętniaków naczyń mózgowych dzielą się zasadniczo na dwie grupy: techniki endowaskularne i klasyczną neurochirurgię.

Z użyciem metod wewnątrznacyniowych przeprowadza się embolizacje oraz wszczepienia stentów:

- Embolizacja ma na celu zamknięcie światła tętniaka za pomocą specjalnych środków płynnych bądź stałych. Wykorzystywane są tu: spirale, balony, granulowany alkohol poliwinylowy, kleje cyjanoakrylowe lub 95% roztwór alkoholu etylowego.
- Stent to gęsto tkana proteza naczyniowa, która blokuje napływ krwi do tętniaka [12,18].
- Leczenie neurochirurgiczne obejmuje: clipping- klipsowanie, wrapping i trapping.
- Najczęściej stosowane klipsowanie polega na założeniu specjalnych klipsów na szyję tętniaka.
- Wrapping to inaczej obłożenie tętniaka masą plastyczną bądź mięśniami i zaciśnięcie całości.

- Trapping to zamknięcie bliższego i dalszego końca tętniaka z utworzeniem zespolenia omijającego [12].

Wybór metody zamknięcia tętniaka zależy od charakterystyki pacjenta i tętniaka. Embolizacja to z reguły zabieg bezpieczniejszy, jest polecany zwłaszcza dla pacjentów starszych i takich, których stan jest cięższy. Znajduje zastosowanie w leczeniu tętniaków mnogich i można wykonać go nawet w okresie skurczu naczyniowego. Zabiegi mikrochirurgiczne są wykorzystywane przy leczeniu tętniaków wrzecionowatych, olbrzymich. Jeśli mogą być użyte obie metody, preferuje się embolizację [6].

Zadania pielęgniarki nad pacjentem leczonym przy użyciu technik endowaskularnych.

Zadania profilaktyczne. Pielęgniarka ocenia stan zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej z użyciem dostępnych środków, przeprowadza wywiad pielęgniarski, zbiera dane o pacjencie. Dokonuje pomiarów: temperatury ciała, oddechu, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, glukozy we krwi, wykonuje EKG. Pobiera materiał do badań diagnostycznych: mocz, krew żylną. Przygotowuje pacjenta psychicznie i fizycznie do badań diagnostycznych takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, cyfrowa angiografia subtrakcyjna oraz do zabiegu embolizacji tętniaka. Bierze udział w badaniach diagnostycznych. Asystuje przy zabiegu nakłucia tętnicy udowej w przebiegu angio-TK.

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. Pielęgniarka wyjaśnia pacjentowi istotę jego choroby, mechanizm powstawania tętniaków, ich czynniki ryzyka, odpowiada na pytania dotyczące jednostki chorobowej. Zwraca uwagę pacjenta na metody ograniczające możliwość pojawienia się tętniaka takie jak: odpowiednio zbilansowana dieta (z ograniczeniem soli), badania kontrolne.

Zadania opiekuńcze. Pielęgniarka zapewnia poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia, empatii, słucha pacjenta i jego rodziny w zakresie ich obaw dotyczących stanu pacjenta, udziela im wsparcia psychicznego, jest życzliwa i serdeczna w kontaktach. Towarzyszy pacjentowi w badaniach diagnostycznych. Kompensuje deficyty w zakresie samoopieki wynikające ze stanu zdrowia chorego. Zapewnia pacjentowi higienę osobistą i otoczenia (zmiana bielizny pościelowej i osobistej, wykonywanie lub pomoc w wykonywaniu toalety ciała, pomoc w utrzymaniu w czystości otoczenia chorego). Pomaga pacjentowi w spożywaniu posiłków (karmienie doustne, przez zgłębnik, parenteralne).

Zadania terapeutyczne. Pielęgniarka realizuje rolę członka zespołu terapeutycznego poprzez udział w farmakoterapii, podaje leki zaordynowane przez lekarza różnymi drogami (doustnie, domięśniowo, dożylnie, doodbytniczo). Zapewnia pacjentowi opiekę po zabiegu embolizacji tętniaka (zmiana opatrunków na ranie). Pielęgniarka bierze udział w leczeniu chirurgicznym.

Rehabilitacja. Pielęgniarka uruchamia pacjenta po zabiegu. Instruuje na temat wykonywania ćwiczeń oddechowych. Wykonuje zmiany pozycji ułożeniowych. Jeśli stan pacjenta tego wymaga (w wyniku pęknięcia tętniaka doszło do udaru krwotocznego) stosuje ćwiczenia bierne i czynne, bierze udział w pionizacji pacjenta, nauce chodzenia, wykonywaniu czynności samoobsługowych [4].

Zadania wychowawcze. Pielęgniarka motywuje pacjenta do zdobywania wiedzy na temat jego jednostki chorobowej, udziela mu informacji na temat metod leczenia tętniaków, ich diagnostyki. Przygotowuje pacjenta do samoopieki. Udziela informacji na temat choroby pacjenta jego rodzinie, przygotowuje ich do podjęcia opieki nad nim.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po embolizacji tętniaka naczyń mózgowych, a także możliwości ich rozwiązania.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Metoda badań, którą zastosowano w pracy, to metoda indywidualnego przypadku. Charakter gromadzonych informacji pozwala określić funkcjonowanie pacjenta w zakresie psychicznym, fizycznym i społecznym. Są one niezbędne do zaplanowania profesjonalnej, holistycznej opieki pielęgniarskiej. Do zebrania odpowiednich danych posłużono się technikami badawczymi typu: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji, pomiar. Źródłem danych o pacjencie może być on sam lub w sytuacji, gdy nie może on udzielić odpowiedzi (ze względu na wiek, stan śpiączki) rodzina, najbliżsi. Ponadto pielęgniarka może posłużyć się obserwacją pacjenta, dokonać odpowiednich pomiarów. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz wywiadu stworzony na potrzeby badania, skala Barthel do oceny stanu funkcjonalnego osoby chorej oraz skala ryzyka odleżyn wg Norton.

Kwestionariusz wywiadu, który wykorzystałam do zebrania informacji o pacjencie składał się z 5 części:

- część pierwsza dotyczyła danych personalnych pacjenta, takich jak płeć, wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, miejsce zamieszkania
- część druga miała na celu wyłonienie danych o stanie zdrowotnym pacjenta, tryb przyjęcia do szpitala, rozpoznanie lekarskie, przebyte przez niego choroby/zakażenia, choroby współistniejące, alergie,
- część trzecia pozwoliła zgromadzić informacje o poszczególnych układach: krążenia, pokarmowy, oddechowy, moczowo-płciowy, kostno-stawowo- mięśniowy, nerwowy, a także narządy zmysłów oraz powłoki skórne
- część czwarta dotyczyła stanu psychicznego pacjenta
- część piąta obejmowała informacje o sytuacji rodzinno-społecznej pacjenta.

WYNIKI

Opis przypadku

Badanie przeprowadzono dnia 06.05.2019 r. w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr. 4 w Lublinie. Badaniu poddano 71-letnią pacjentkę, u której zdiagnozowano krwotok podpajęczynówkowy, czego bezpośrednią przyczyną było pęknięcie tętniaka tętnicy podstawnej mózgu. Zabieg wykonano zaraz po przyjęciu do szpitala w trybie nagłym wskutek utraty przytomności na ulicy. Embolizacji dokonano z dostępu przez prawą tętnicę udową z wykorzystaniem spiral. Po zabezpieczeniu tętniaka wykonano kontrolnie DSA, które potwierdziło, że zabieg przebiegł bez powikłań.

Pacjentka w momencie przeprowadzania wywiadu przebywała na oddziale 5 dobowym. Zebrane informacje pozwoliły na ocenę bio-psycho-społeczną pacjentki. Badana posiada wykształcenie zawodowe, była fryzjerką, obecnie przebywa na emeryturze. W styczniu bieżącego roku przebyła operację usunięcia pęcherzyka żółciowego. Pacjentka od około 20 lat choruje na nadciśnienie tętnicze, w związku z czym przyjmuje Presartan 50 mg raz dziennie. Nie zgłaszała żadnych alergii, nie ma nałogów.

Układ krążenia: ciśnienie tętnicze 120/70 mmHg, tętno miarowe, napięcie prawidłowe. Obrzęki, sinica nie występowały. Omdlenia- utrata przytomności była przyczyną przyjęcia do szpitala dnia 01.05.2019 r.

Stan odżywienia: masa ciała wynosiła 75 kg, wzrost to 158 cm, BMI (Body Mass Index) 29,3 wskazywał na nadwagę. Chora żywiona doustnie. Brak dolegliwości ze strony układu pokarmowego, oddechowego.

Układ moczowo-płciowy: pacjentka zacewnikiwana na okres pobytu w szpitalu, bez objawów uszkodzenia układu moczowego. Chora 20 lat po menopauzie.

Temperatura ciała 36.5 stopnia Celsjusza. Niewielka rana po nacięciu w prawej pachwinie, czysta, zabezpieczona opatrunkiem samoprzylepnym. Odleżyn brak, ryzyko wystąpienia niemal zerowe, wg skali Norton 19/20 pkt.

Sprawność ruchowa oceniona za pomocą skali Barthel 90/100 pkt- stan pacjentki lekki. Dysfunkcje jak porażenia, niedowłady nie występowały, brak ubytków neurologicznych. Stan świadomości pełny, pacjentka nie zgłaszała bólu, komunikowała się werbalnie, logicznie, swój nastrój określała jako wyrównany, ale pojawił się niepokój o pogorszenie stanu zdrowia. Odkąd chora znalazła się w szpitalu ma zburzony sen.

Sytuacja rodzinno-społeczna: pacjentka mieszka sama, jednak w tym samym mieście znajdują się jej najbliżsi: syn i córka, którzy mają własne rodziny. Wydolność opiekuńcza rodziny, czasowo-finansowa dobra. Pacjentka jest często odwiedzana przez rodzinę, jest bardzo zadowolona z kontaktu zwłaszcza z synem. Dodatni wywiad rodzinny w kierunku występowania tętniaków wewnątrzczaszkowych- matka pacjentki zmarła w wyniku pęknięcia tętniaka naczyń mózgowych. Brak chorób przewlekłych w rodzinie.

U poddanej badaniu pacjentki po zabiegu embolizacji tętniaka naczyń mózgowych w piątą dobę po zabiegu wyodrębniono następujące diagnozy pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniarская 1. Ryzyko wystąpienia skurczu naczyniowego jako powikłania po zabiegu.

Cel opieki: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia skurczu naczyniowego.

Działania pielęgniarские:

1. Wyjaśnienie pacjentce przyczyn i objawów skurczu naczyniowego.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
3. Edukacja pacjentki na temat kontroli ciśnienia tętniczego.
4. Edukacja pacjentki na temat konieczności wykonywania badań kontrolnych.
5. Poinformowanie pacjentki o istotności przestrzegania zaleceń lekarskich.

Diagnoza pielęgniarская 2. Ryzyko wystąpienia ponownego krwawienia lub udaru niedokrwienego na skutek ingerencji naczyniowej podczas embolizacji tętniaka.

1. Wyjaśnienie pacjentce przyczyn i objawów mogącego wystąpić ponownego incydentu naczyniowego.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena badaniem fizykalnym stanu pacjenta, ocena stanu świadomości, ocena pod kątem mogących się pojawić objawów ponownego incydentu mózgowo-naczyniowego.
3. Współudział w terapii nadciśnieniowej.
4. Pomoc w wykonywaniu cięższych czynności dnia codziennego.
5. Zalecenie unikania nadmiernego wysiłku.
6. Edukacja pacjentki na temat kontroli ciśnienia tętniczego.
7. Edukacja pacjentki na temat konieczności wykonywania badań kontrolnych.
8. Poinformowanie pacjentki o istotności przestrzegania zaleceń lekarskich.

Diagnoza pielęgniarska 3. Ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z obecnością kaniuli obwodowej.

Cel opieki: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Działania pielęgniarskie:

1. Dokładna obserwacja miejsca wkłucia i prowadzenie karty monitorowania stanu kaniuli dożylniej.
2. Edukacja pacjentki na temat postępowania z wkłuciem obwodowym, poinformowanie o konieczności utrzymania miejsca wkłucia w czystości.
3. Pielęgnowanie miejsca wkłucia oraz podawanie leków z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
4. Dbanie o czystość opatrunku, wymiana w zależności od potrzeb.
5. Wymiana wkłucia w razie wystąpienia objawów zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska 4. Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia i usunięcia dostępu do tętnicy udowej celem wykonania embolizacji.

Cel opieki: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Działania pielęgniarskie:

1. Dokładna obserwacja miejsca po wkłuciu dotętnicznym.
2. Edukacja pacjentki na temat postępowania z raną po wkłuciu dotętnicznym, poinformowanie o konieczności utrzymania miejsca wkłucia w czystości.
3. Dbanie o czystość opatrunku, wymiana w zależności od potrzeb.

Diagnoza pielęgniarska 5. Ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowane cewnikiem założonym do pęcherza moczowego pacjentki.

Cel opieki: zminimalizowanie ryzyka zakażenia.

Działania pielęgniarskie:

1. Kontrola ilości i jakości moczu, odnotowywanie w dokumentacji pielęgniarskiej.
2. Kontrola skóry wokół cewnika.
3. Dbanie o wymianę worka na mocz w zależności od potrzeb (worek nie powinien być przepełniony w więcej niż 75%).
4. Edukacja pacjentki nt. właściwego umiejscowienia worka na mocz (nie może znajdować się wyżej niż pęcherz moczowy ze względu na możliwość cofania się

moczu do pęcherza; nie powinien leżeć na podłodze), edukacja pacjentki nt. utrzymania czystości skóry w okolicy krocza.

5. Prawidłowe zabezpieczenie cewnika.

Diagnoza pielęgniarska 6. Niepokój spowodowany pogorszeniem stanu zdrowia.

Cel opieki: zmniejszenie niepokoju.

Działania pielęgniarskie:

1. Rozmowa z pacjentką na temat jej obaw związanych z chorobą, oczekiwań wobec personelu medycznego.
2. Wyjaśnienie istoty tętniaków naczyń mózgowych, czynników ryzyka choroby, objawów i powikłań.
3. Poinformowanie pacjentki o konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu embolizacji.

Diagnoza pielęgniarska 7. Zaburzenia snu związane z pobytem pacjentki w szpitalu.

Cel opieki: ułatwienie zasypiania, poprawa samopoczucia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

1. Zapewnienie właściwych warunków do zasypiania w sali pacjentki (cisza, zaciemnienie w porach nocnych, wietrzenie w trakcie dnia, temperatura 18-20 stopni Celsjusza).
2. Edukacja pacjentki nt. metod relaksacyjnych, jakie może zastosować (ćwiczenia oddechowe, medytacja, muzyka relaksacyjna).
3. Rozmowa z pacjentką nt. jej oczekiwań wobec personelu, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.
4. Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.

Diagnoza pielęgniarska 8. Nadwaga spowodowana nieodpowiednią dietą, brakiem znajomości zasad żywienia w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki: zmniejszenie masy ciała.

Działania pielęgniarskie:

1. Edukacja pacjentki w zakresie konsekwencji nadwagi.
2. Przedstawienie pacjentce zasad właściwego odżywiania w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

3. Zapoznanie pacjentki z korzystnym wpływem aktywności fizycznej.

DYSKUSJA

U pacjentki poddanej badaniu zdiagnozowano krwawienie podpajęczynówkowe spowodowane pęknięciem tętniaka tętnicy podstawnej mózgu. Głównymi czynnikami predysponującymi do jego wystąpienia w tym przypadku były: nadciśnienie tętnicze, starszy wiek, płeć kobieca, a także dodatni wywiad rodzinny dotyczący tętniaka naczyń mózgowych. Tętniak okazał się bezobjawowy do czasu jego pęknięcia, co doprowadziło do utraty przytomności przez pacjentkę w przebiegu krwawienia podpajęczynówkowego. W przypadku pacjenta przytomnego, który oczekuje na zabieg pojawia się lęk i poczucie zagrożenia, co wynika z trudności adaptacyjnych w środowisku szpitalnym. Wyrazem tego może być utrudniony kontakt z personelem, przygnębienie, agresja. Pacjent boi się okaleczenia, śmierci, jest niepewny wyniku operacji. Szczególnie dotyczy to pacjentów starszych. Pielęgniarka poprzez rozmowę z pacjentem, okazanie mu wsparcia i troski zwiększa jego zaufanie do personelu szpitalnego i przyczynia się do zminimalizowania strachu [19]. W badaniach własnych pacjentka poddana badaniu w dniu przyjęcia była nieprzytomna, dlatego też problem lęku o życie i zdrowie chorej dotyczył głównie jej rodziny. Pacjent hospitalizowany w oddziale intensywnej terapii po zabiegu embolizacji tętniaka wewnątrzczaszkowego ma całkowity deficyt w zakresie samoopieki w pierwszych dobach po zabiegu. Opieka pielęgniarska prowadzona wobec takiego chorego skupia się na skompensowaniu istniejących deficytów i zapewnieniu pomocy podczas wykonywania czynności związanych z codziennym życiem oraz zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych [20]. W przypadku leczenia operacyjnego lub wewnątrznaczyniowego jakim jest embolizacja, jeżeli zabieg przyniósł oczekiwaną korzyść, nie jest konieczne podejmowanie kontynuacji leczenia, ani kontrolowanie badaniami obrazowymi. Jeżeli jednak lekarz podejmie decyzję o konieczności obserwacji, należy okresowo wykonać zlecone badania np. angio-TK, aby upewnić się, że średnica tętniaka się nie powiększa. Jak wskazują badania [21], czas hospitalizacji po zabiegu wyłączenia tętniaka jest znacząco dłuższy w przypadku operacji wykonywanej przezczaszkowo, w porównaniu do embolizacji. Badaczki zaobserwowały również, że pacjenci z nadciśnieniem tętniczym oraz palący tytoń po zabiegu mieli wyższe tętno oraz ciśnienie tętnicze skurczowe. Pacjenci, u których objawem tętniaka był ból głowy, byli hospitalizowani dłużej [21]. Najczęstszym problemem pacjentów z tętniakiem mózgowia jest ból głowy, dotyczy to zarówno okresu przed jak i po operacji. Według Dopierały pacjenci, u których zabieg przeprowadzono metodą wewnątrznaczyniową uzyskiwali niższe wyniki w ocenie skal, co oznacza mniejszy deficyt

samoopieki [13]. W badaniach własnych w piątej dobie po zabiegu chora nie odczuwała bólu. Problemy pielęgnacyjne, jakie zaobserwowano u pacjentki to ryzyko wystąpienia skurczu naczyniowego jako powikłania po zabiegu i związane z nim ryzyko wystąpienia ponownego krwawienia lub udaru niedokrwinnego. Ponadto ryzyko wystąpienia zakażenia: w miejscu założenia i usunięcia dostępu do tętnicy udowej, wklucia dożylnego obwodowego i zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika. U chorej zdiagnozowano również nadwagę, problemy ze snem oraz niepokój o własne zdrowie.

W celu eliminacji wyżej wymienionych problemów należy skupić się na przestrzeganiu zaleceń lekarskich, dotyczących zarówno farmakoterapii, jak i ogólnego postępowania po zabiegu embolizacji. Należy kontrolować wartości ciśnienia tętniczego, aby nie dopuścić do niekontrolowanego wzrostu i edukować pacjentkę na temat wpływu systematycznego przyjmowania leków na stan zdrowia. Szczególną uwagę należy też poświęcić zapobieganiu rozwojowi zakażeń związanych z obecnością cewnika i kaniuli dożylnych. Ponadto, niemałe znaczenie ma tu rola edukacyjna pielęgniarki, aby wyjaśnić pacjentce negatywny wpływ nadmiernej masy ciała na stan zdrowia i zachęcić do zmian w diecie i przyjęcia prozdrowotnego stylu życia. Badana w piątej dobie po zabiegu embolizacji tętniaka naczyń mózgowych pacjentka czuła się dobrze, starała się mobilizować do podejmowania aktywności związanej z najprostszymi i nieobciążającymi czynnościami. Badania [13] potwierdzają, że pacjenci operowani metodą embolizacji uzyskiwali w ocenie mniejszy deficyt samoopieki zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie, w porównaniu do innych metod leczenia.

WNIOSKI

1. Do zagrażających problemów pielęgnacyjnych pacjentki w piątej dobie po embolizacji tętniaka naczyń mózgowych należy ryzyko wystąpienia skurczu naczyniowego jako powikłania po zabiegu oraz ryzyko wystąpienia ponownego krwawienia lub udaru niedokrwinnego na skutek ingerencji naczyniowej podczas embolizacji tętniaka i skurczu naczyń.
2. Wśród problemów pielęgnacyjnych u badanej chorej zdiagnozowano ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu: założenia i usunięcia dostępu do tętnicy udowej, wklucia dożylnego obwodowego oraz zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika.

3. Pacjentka wymaga wsparcia emocjonalnego oraz zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w związku z zaburzeniami snu oraz niepokojem o własne zdrowie.
4. Chora wymagała działań edukacyjnych w zakresie zaleceń dietetycznych oraz aktywności po zabiegu embolizacji tętniaka.
5. Głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia tętniaka w przypadku badanej chorej były: nadciśnienie tętnicze, starszy wiek, płeć kobieca, a także dodatni wywiad rodzinny dotyczący tętniaka naczyń mózgowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Waugh A., Grant A.: Anatomia i fizjologia człowieka w warunkach zdrowia i choroby. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, 80-123.
2. Górski J.: Fizjologia człowieka. PZWL, Warszawa 2012, 120.
3. Widomska- Czekajka T., Górajek- Jóźwik J.: Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. PZWL, Warszawa 2010, 939.
4. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2012, 152-158.
5. Walecki J.: Diagnostyka obrazowa. Układ nerwowy ośrodkowy. PZWL, Warszawa 2013, 587-591.
6. Kozubski W.: Terapia w chorobach układu nerwowego, PZWL, Warszawa 2016, 109-124.
7. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. PZWL, Warszawa 2015, 225.
8. Ciechanowicz A., Kokot F.: Genetyka molekularna w chorobach wewnętrznych, zagadnienia wybrane. PZWL, Warszawa 2009, 109.
9. Maśliński S., Ryżewski J.: Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2012, 852.
10. Laflamme D., Dorian P.: Kardiologia, kompendium. PZWL, Warszawa 2016, 254.
11. Otto M.: Diagnostyka i leczenie chorób nadnerczy. PZWL, Warszawa 2013, 296.
12. Chraślowska S., Gwarek K., Koźmińska E.: Neurologia. Medical Tribune Polska, Warszawa 2014, 232-241.
13. Dopierała L.: Problemy pielęgnacyjne u chorych z krwawieniem podpajęczynówkowym z pękniętego tętniaka leczonych operacyjnie. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2008, 2, 44-50.
14. Kozubski W.: Neurologia, kompendium. PZWL, Warszawa 2014, 345-346.

15. Manno E., Gross R., Mink J.: Stany nagłe w intensywnej opiece neurologicznej. Neurologia w praktyce klinicznej. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, 94.
16. Kilańska D.: Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej. ICNP w praktyce pielęgniarskiej. PZWL, Warszawa 2014, 24.
17. Osborn A., Salzman K., Barkovich J.: Diagnostyka obrazowa mózgowia. MediPage, Warszawa 2012, 132-136.
18. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium. PZWL, Warszawa 2012, 570-571.
19. Niechwiadowicz- Czapka T.: Wybrane zagadnienia opieki pielęgniarskiej w aspekcie przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu chirurgicznego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014, 4, 158-160.
20. Jeł A., Baszkiewicz I., Ramuś T.: Zastosowanie międzynarodowej klasyfikacji praktyki pielęgniarskiej [ICNP] w opiece nad pacjentem po embolizacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej przedniej. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2017, 2, 53-55.
21. Piętkowska B., Snarska K.K., Dziekońska M.: Ocena stanu zdrowia pacjentów z niepękniętymi tętniakami mózgu po zastosowaniu terapii interwencyjnej. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2014, 1, 15-24.

Rozdział III

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI

STOSOWANIE ŻYWIENIA DOJELITOWEGO U PACJENTÓW OAIIT

EWA DĄBKOWSKA¹, BEATA KOWALEWSKA²

¹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Wojewódzki w Łomży

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Podstawowe zasady żywienia

W ostatnich latach bardzo zmienił się profil pacjentów leczonych w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT). Są to pacjenci z wieloma chorobami przewlekłymi, starsi. Dzięki osiągnięciu większej wiedzy, zaangażowaniu w proces leczenia programów komputerowych, zaawansowanej technologii poprawiamy wyniki leczenia. Bardzo duży postęp dotyczy leczenia żywieniowego. Terapia żywieniowa zmieniła się w odrębną dyscyplinę medyczną, która ma na celu rozumienie mechanizmów związanych z metabolizmem człowieka oraz wiedzy o różnych postaciach leczenia żywieniowego [1, 2, 3].

W OAIIT największy odsetek pacjentów trafia z powodu niewydolności układu oddechowego oraz chorób innych układów i narządów, dlatego prawidłowe żywienie ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie organizmu. Żywienie dojelitowe przynosi najlepsze efekty terapeutyczne i jest stosowane w głównej mierze u pacjentów przebywających w OAIIT, zaś żywienie dożylne stosowane jest u tych pacjentów, u których tylko w ten sposób można dostarczyć odpowiednią ilość kalorii [1, 2].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku, każdy pacjent hospitalizowany poddany jest przesiewowej ocenie stanu odżywienia. Pozwala to na identyfikację osób niedożywionych lub takich u których istnieje ryzyko niedożywienia, a także możliwość dokonania pogłębionej oceny stanu odżywienia. W OAIIT prowadzona jest następująca dokumentacja: Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia, Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego, Karta leczenia żywieniowego dorosłych.

Podaż białka u dorosłego człowieka wynosi 1,3-1,5 g/kg/dobę, a podaż energii 25-35 kcal/kg/dobę. Leczenie żywieniowe będzie skuteczne, jeżeli będą dostarczone wszystkie niezbędne składniki takie jak aminokwasy, węglowodany, tłuszcze, witaminy, elektrolity, pierwiastki śladowe i woda [3].

Żywnienie dojelitowe

Żywnienie dojelitowe jest postrzegane jako postępowanie z wyboru u pacjentów OAiIT, stanowi integralną częścią postępowania z krytycznie chorym. Leczenie żywieniowe powinna być wdrożona po ustabilizowaniu krążenia, zapewnieniu wymiany gazowej i wyrównaniu gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo- zasadowej [3].

Każdy szpital zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2012, znowelizowanym 22 listopada 2013, ocenia stan odżywienia pacjenta we wszystkich oddziałach oprócz SOR, Używa się skali niedożywienia (w Polsce najpopularniejsze jest NSR 2002). Jednak kluczowe znaczenie ma dobór składników odżywczych u pacjentów niedożywionych. Pacjenci niedożywieni są narażeni na wystąpienie powikłań metabolicznych. Zazwyczaj żywienie enteralne wprowadza się po 24-48 godz. przyjęcia pacjenta w oddział.

Zdaniem Europejskiego Towarzystwa Żywnienia Klinicznego i Metabolizmu (*ESPEN, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) leczenie rozpoczynamy również w takich sytuacjach, gdzie pacjent jest niedożywiony, lub w ciągu 7 dni nie będzie miał możliwości przyjmowania pokarmów doustnie. Żywnienie dojelitowe stosujemy również u pacjentów, którzy nie mogą utrzymać normy spożycia pokarmów > 60% przez okres 10 dni oraz u pacjentów przed dużymi zabiegami chirurgiczno-onkologicznymi w zakresie jamy brzusznej. Zanim rozpoczniemy żywienie enteralne, należy się upewnić czy pacjent nie ma niedrożności mechanicznej lub porażennej przewodu pokarmowego, objawów ostrego brzucha oraz czy nie znajduje się we wstrząsie [3, 4].

Żywnienie enteralne wspomaga strukturalną i funkcjonalną integralność jelit, zapobiegając zwiększonej przepuszczalności ściany jelit, co wiąże się z migracją bakterii. Zapobiega ono również atrofii kosmków jelitowych, pobudza kompensacyjną hipertrofię w jelicie cienkim, polepsza tolerancję glukozy, sprzyja gojeniu ran.

Przeciwwskazaniem do żywienia dojelitowego jest niedrożność mechaniczna lub porażenna, rozlane zapalenie otrzewnej, ciężka biegunka, zaburzenia czynności jelit, przetoki przewodu pokarmowego z dużą utratą płynów, wstrząs, gdzie zaburzenia perfuzji komórki uniemożliwia dostarczenie substratów do cytoplazmy, i ich dalszy metabolizm. U pacjentów leczonych w OAiIT istnieje również przeciwwskazanie do żywienia w przypadku braku możliwości zmetabolizowania podanego substratu.

Przed rozpoczęciem żywienia dojelitowego należy sprawdzić motorykę jelit. Pacjenci odżywiani enteralnie muszą być kontrolowani pod kątem nietolerancji przyjmowanych produktów żywieniowych, wymiotów, bólów brzucha, pasażu przewodu pokarmowego.

Należy pamiętać o ryzyku aspiracji treści pokarmowej do drzewa oskrzelowego. W tym celu zalecane jest układanie pacjentów pod kątem 30-45 stopni. Żywnienie podajemy we wlewie ciągłym [5, 6, 7].

Żywnienie dojelitowe jest postępowaniem z wyboru w leczeniu pacjentów OAiT, pomaga w utrzymaniu czynności przewodu pokarmowego. Planując wprowadzenie żywienia dojelitowego należy określić zapotrzebowanie białkowo-energetyczne, drogę podaży, czas rozpoczęcia żywienia i jak najbardziej odpowiedni preparat. Dostępny jest szeroki wybór preparatów odżywczych do żywienia dojelitowego. Dietę dobieramy indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta. Bardzo korzystny wpływ ma stosowanie wielu dostępnych preparatów, wzbogaconych o takie składniki jak arginina, glutamina, olej rybi, przeciwutleniacze [1].

Zazwyczaj żywnienie dojelitowe wprowadzamy w okresie 24-48 godzin od wyprowadzenia pacjenta ze stanu bezpośredniego zagrożenia życia, zwłaszcza pacjenci po urazach, przebytych operacjach i oparzeniach. Odpowiednie dobranie mieszaniny odżywczej ma pozytywny wpływ na wynik leczenia. Zalecane jest podawanie diety do jak najwyższego odcinka przewodu pokarmowego w celu jak najlepszego wchłaniania. U pacjentów głodzonych początkowa dawka żywieniowa powinna być tym mniejsza im dłużej pacjent był głodzony. Prowadzenie karty zleceń, która zawiera badania początkowe, dawkę, rodzaj diety, godz. podania, ilość zalegania, płyny podawane dożylnie i do sondy zapewnia prawidłowy nadzór żywieniowy [1, 5].

Preparaty używane do żywienia dojelitowego, rodzaje diet

Po podjęciu decyzji o wprowadzeniu żywienia dojelitowego i ustaleniu celów żywienia należy dobrać najbardziej odpowiedni preparat żywieniowy dla danego pacjenta. Diety przemysłowe są wytwarzane z zachowaniem zasad aseptyki. Zawierają odpowiednie proporcje wszystkich składników odżywczych, mają określony skład. Preparaty do żywienia dojelitowego są szeroko dostępne. Możemy je podzielić na dwie kategorie; preparaty standardowe i specyficzne w danej jednostce chorobowej. Większość preparatów standardowych zawiera cząstki białka, tłuszczu w postaci długołańcuchowych trójglicerydów, błonnika. Stosowane są również preparaty, które nie zawierają błonnika są o podobnym składzie [3], specyficzne preparaty do żywienia dojelitowego zawierają określony skład makro i mikroelementów przeznaczonej na potrzeby konkretnej choroby lub zaburzeń metabolicznych czy trawiennych. Niektóre z roztworów uzupełniają się o składniki

farmakologiczne, które mają korzystny wpływ na stres, minimalizują stan zapalny, pomagają w zmniejszeniu uszkodzeń oksydacyjnych komórek i tkanek [3].

Przed zastosowaniem odpowiedniego preparatu należy najpierw ocenić stan odżywienia pacjenta, a następnie dostosować odpowiedni preparat, określając, czy pacjent odniesie korzyści z zastosowanych specjalistycznych preparatów immunomodulujących. Należy pamiętać, iż w preparatach tych znajdują się różnorodne produkty, które różnią się składem i działaniem fizjologicznym. Makroskładniki zawierają glutaminę, argininę, kwasy tłuszczowe omega-3, nukleotydy oraz przeciwutleniacze (witaminy, minerały: cynk, selen, witaminy A, C, E) [3, 8, 9, 10].

Diety przemysłowe przygotowywane są z naturalnych produktów. W swoim składzie posiadają wszystkie składniki pokarmowe, które są zbilansowane w zaznaczonych porcjach i ilościach. Są to gotowe do podania mieszaniny składników odżywczych, które dostarczamy w formie o różnej lepkości płynu lub proszku [11].

Wyróżniamy następujące rodzaje diet przemysłowych: diety polimeryczne, diety oligo- i monomeryczne, diety specjalne (dostosowane do schorzenia lub narządu), diety modułarne.

Diety polimeryczne zawierają w swoim składzie podstawowe zapotrzebowanie na makro i mikro składniki. Są kompletne i wyprodukowane z nieprzetworzonych składników odżywczych. Można je stosować u większości pacjentów, zarówno w szpitalu jak i w domu pacjenta, są dobrze tolerowane. W skład diety polimerycznej wchodzi:

- pełne białko jako źródło azotu, które dostarcza 15-20% całkowitej energii. Źródłem białka są białko jaja kurzego, mleko (kazeina, pozbawiona laktozy) oraz wyciąg z naturalnych produktów.
- węglowodany, które pokrywają 46-60% zapotrzebowania energetycznego. Głównym źródłem węglowodanów są maltodekstryny, które charakteryzują się lepszą od skrobi rozpuszczalnością, mniejszym ładunkiem osmotycznym i szybszej hydrolizie w jelicie.
- tłuszcze, ich zawartość w diecie może wynosić 20-40% całkowitej podaży energii. Największym źródłem tłuszczu jest kukurydza i soja, oraz olej rzepakowy i kokosowy.
- składniki mineralne, witaminy oraz pierwiastki śladowe są przeważnie uzupełniane w 100% dobowego zapotrzebowania. W przypadku zwiększonego zapotrzebowania czy utraty niektórych składników należy monitorować pacjent oraz wdrożyć suplementację.

- gęstość kaloryczna diety jest uzależniona od zawartości wody. Preparaty o mniejszej gęstości 1 kcal/ml zawierają około 85%, zaś w preparatach o dużej gęstości energetycznej 2 kcal/ml, jest 70% wody.
- błonnik, w skład którego wchodzi węglowodany niestrawione w jelicie cienkim które transportowane są do jelita grubego. Niektóre diety dojelitowe posiadają w swoim składzie błonnik w ilości 5-15 g/l [6, 7].

Cechą charakterystyczną diet polimerycznych jest to, że w swoim składzie nie zawierają laktozy oraz glutenu. Osmolarność przybliżona jest do norm fizjologicznych i wynosi 300 mOsm/l, natomiast gęstość kaloryczna od 0,5-2 kcal/ml. Dietę tę możemy dostosować do potrzeb indywidualnych pacjenta. Zaliczamy do nich:

- dietę standardową, która w swoim składzie posiada składniki pokarmowe normalnej diety
- wysokobiałkowa, gdzie białko stanowi 20% całkowitej energii
- niskokaloryczna, poniżej 0,9 kcal/ml
- normokaloryczna, od 0,9-1,2 kcal/ml
- wysokokaloryczna, powyżej 1,2 kcal/ml
- wzbogacona w błonnik, znajduje się 5-15 g błonnika w diecie [3].

Diety oligomeryczne są kompletne, zawierają wszystkie składniki odżywcze, posiadają mniejszą osmolarność, są łatwo przyswajalne. Źródłem azotu w diecie są dipeptydy i tripeptydy ze zmienną ilością wolnych aminokwasów. Węglowodany występują pod postacią dwucukrów i maltodekstryn. Tłuszcze stanowią triglicerydy długołańcuchowe. Diety te mają zastosowanie u pacjentów z zaburzeniami trawienia i wchłaniania, są dobrze tolerowane u pacjentów onkologicznych lub z chorobami jelit [2, 3,10].

Diety monomeryczne cechuje się niską zawartością sodu, dużą osmolarnością oraz zawartością witamin, soli mineralnych i niezbędnych pierwiastków. Ma zastosowanie w zaburzeniach wchłaniania, jest to dieta elementarna, a jej składniki poddane są hydrolizie enzymatycznej [3].

Diety specjalne to takie, które ułatwiają i przyspieszają leczenie wielu chorób oraz poprzez jej zastosowanie likwidują wiele dolegliwości. Wyróżniamy diety w chorobach wątroby, nerek, niewydolności oddechowej, krążenia, cukrzycy, czy też zaburzeń przewodu pokarmowego, jak również w sytuacji stresu metabolicznego. Mieszanki te są droższe od standardowego żywienia dojelitowego, zaś w przypadku niewłaściwego zastosowania mogą wystąpić powikłania [3, 9, 12].

Diety używane w chorobach wątroby posiadają zwiększoną ilość aminokwasów rozgałęzionych, zaś zmniejszoną ilość aminokwasów aromatycznych i metioniny. W związku z zastojem żółci występują problemy z wchłanianiem, aby temu zapobiec w diecie znajduje się duża ilość MCT we frakcji lipidowej. Dieta ta jest przeznaczona dla pacjentów z niewydolnością wątroby oraz encefalopatią wątrobową [3].

Poprzez stosowanie diet w chorobach nerek zmniejsza się ilości mocznika we krwi oraz produktów toksycznych przy zachowaniu prawidłowego stanu odżywienia i utrzymaniu bilansu wodno-elektrolitowego. Diety te mają dużą gęstość energetyczną, przez co ułatwiają kontrolę równowagi płynowej [3, 12].

Diety stosowane w chorobach płuc- Pacjenci z niewydolnością oddechową zatrzymują dwutlenek węgla, przez co mają niedobór tlenu. Stosując żywienie dojelitowe należy kontrolować, aby nadmiar pożywienia nie powodował jeszcze bardziej wzrostu dwutlenku węgla i uzależnienia od respiratora. Aby zapobiec pogłębianiu się problemów oddechowych trzeba zmniejszyć dawkę pożywienia lub zastosować dietę, w której jest wyższy stosunek tłuszczów do węglowodanów [3, 13].

Diety stosowane w cukrzycy- u tych możemy dozować diety standardowe stosowane w cukrzycy pod warunkiem odpowiedniego dawkowania leków i prowadzenia kontroli glikemii. W skład diety cukrzycowej wchodzi jednonienasycone kwasy tłuszczowe, które wpływają pozytywnie na pacjenta w długotrwałej terapii żywieniowej [3].

Diety immunostymulujące- diety te zwiększają odporność na zakażenia oraz wywierają wpływ na odpowiedź zapalną organizmu. Produkty z tej diety zawierają glutaminę, argininę, kwasy tłuszczowe oraz nukleotydy [3, 12, 14].

Diety modularne, to diety, które stosuje się jako uzupełnienie diet podstawowych. Zawierają jeden składnik, węglowodany, białko lub tłuszcze, są bezresztkowe [3, 8].

Każdy pacjent przebywający w OAiIT powinien być odżywiany we właściwy sposób. Zaniechanie żywienia lub niedostateczna podaż produktów żywieniowych wydłuża pobyt pacjenta w OAiIT, zwiększa śmiertelność i liczbę powikłań septycznych. W ostatnim czasie doszło do dynamicznego rozwoju diet dojelitowych, które mają ogromne znaczenie w leczeniu żywieniowym. Diety są dostosowane do choroby i stanu klinicznego pacjenta, dostosowują ilość i różnorodność składników. Najbezpieczniejszym schematem podaży żywienia dojelitowego jest stopniowe zwiększanie dawki substratów, aż do osiągnięcia limitu metabolicznego indywidualnie dla każdego pacjenta. Żywienie dojelitowe jest preferowane ze względu na zapewnienie dostępności mikroskładników odżywczych, występuje mniejsza ilość powikłań i większy margines błędu [4].

CELE PRACY

Celem głównym pracy było:

Zbadanie częstości stosowania żywienia dojelitowego u pacjentów OAiIT Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w latach 2016-2018.

Cel główny wzbogacono o cele szczegółowe:

- Zbadanie w której dobie hospitalizacji pacjentów w OAiIT wprowadzano żywienie dojelitowe.
- Określenie czasu przez jaki prowadzono żywienie dojelitowe.
- Zbadanie jakie preparaty były preferowane w żywieniu dojelitowym.

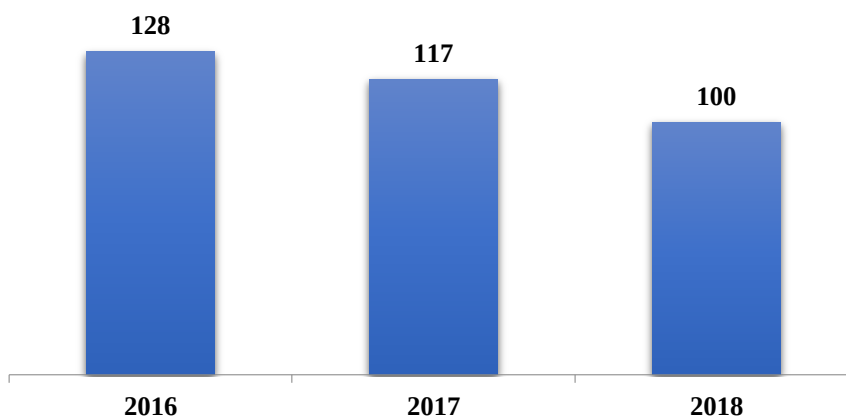
MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem zostali objęci pacjenci hospitalizowani w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w latach 2016-2018. Badania zostały przeprowadzone za pisemną zgodą Dyrekcji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

W pracy posłużono się metodą retrospektywną. Materiał zebrany został poprzez analizę dokumentacji medycznej (historie chorób, Księgi ruchu chorych) pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w omawianym okresie. Uzyskane dane uogólniono i przedstawiono w sposób graficzny i opisowy. W badanym okresie w oddziale leczonych było 676 pacjentów, u których stosowano enteralną lub parenteralną podaż żywienia. Na potrzeby badań wyselekcjonowano 345 historii chorób pacjentów leczonych enteralnie.

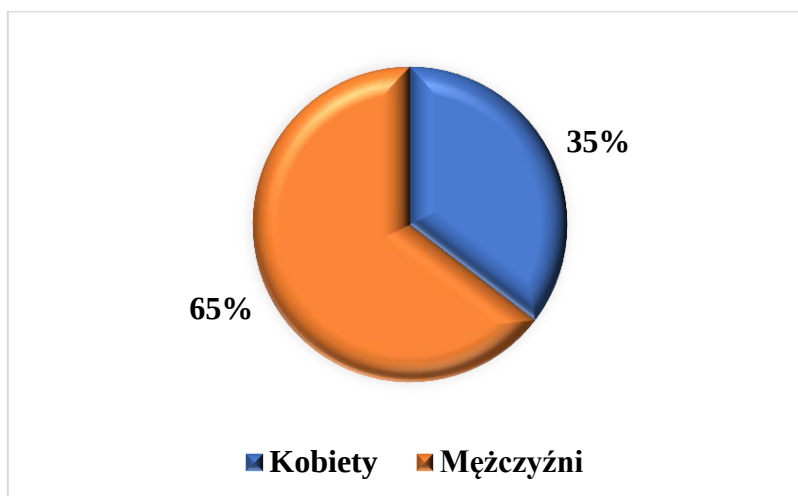
WYNIKI

Na potrzeby niniejszej pracy badaniem objęto grupę pacjentów hospitalizowanych w latach 2016-2018 w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, u których stosowane było żywienie dojelitowe. Spośród wszystkich pacjentów, którzy w tym okresie leczenia byli w OAiIT, u 345 stosowano enteralną podaż pożywienia. W 2016 roku pacjentów tych było 128 (37%), w roku 2017 – 117 (34%) , a w roku 2018 – 100 (29%) (Rycina 1).



Rycina 1. Ilościowy rozkład badanych w poszczególnych latach

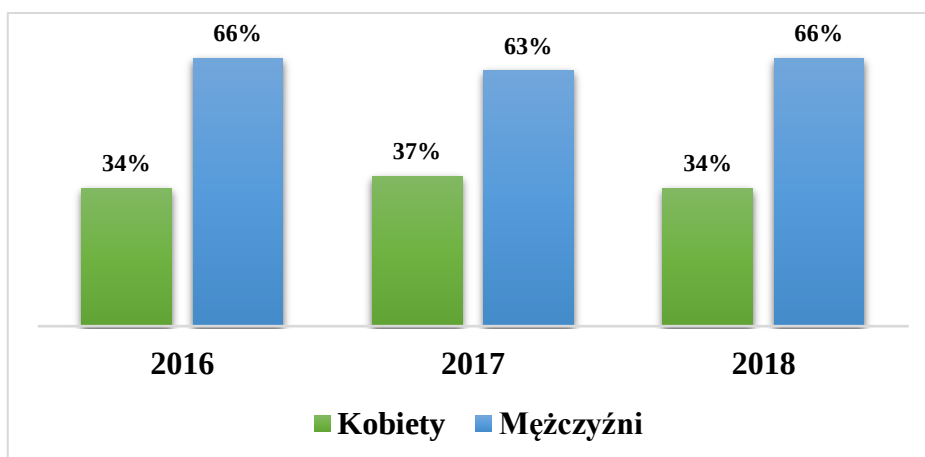
Wśród osób objętych badaniem znacząca różnica dotyczyła płci. Aż 65% badanych byli to mężczyźni, z kolei tylko 35% obejmowały kobiety (Rycina 2).



Rycina 2. Płeć badanych

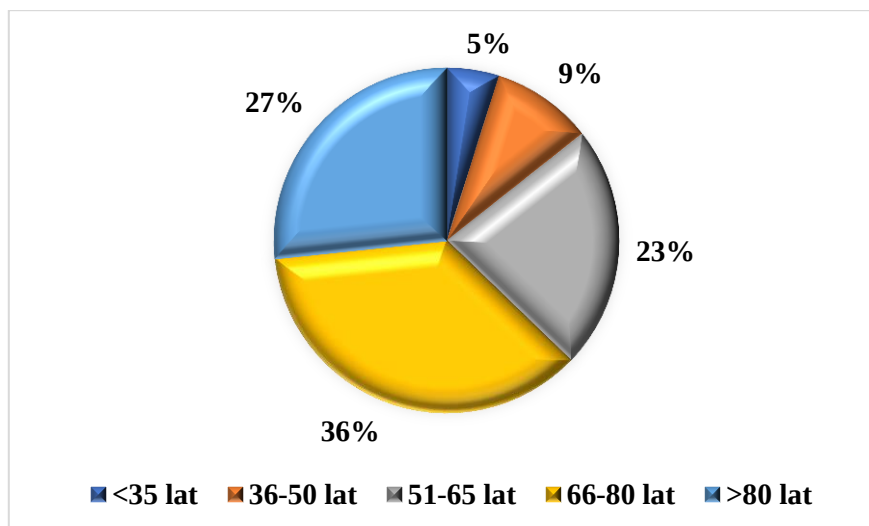
Biorąc pod uwagę płeć ankietowanych w poszczególnych latach, zarówno w roku 2016, 2017, jak i 2018 przewagę nad kobietami posiadali mężczyźni. W 2016 odsetek mężczyzn wynosił 66%, podczas gdy kobiety stanowiły 34%. W 2017 roku mężczyzn było nieco mniej niż w roku poprzednim – 63%, a odsetek kobiet uległ tym samym zwiększeniu – 37%. W 2018 sytuacja przedstawiała się tak samo jak w roku 2016 (Rycina 3).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



Rycina 3. Płeć z podziałem na lata

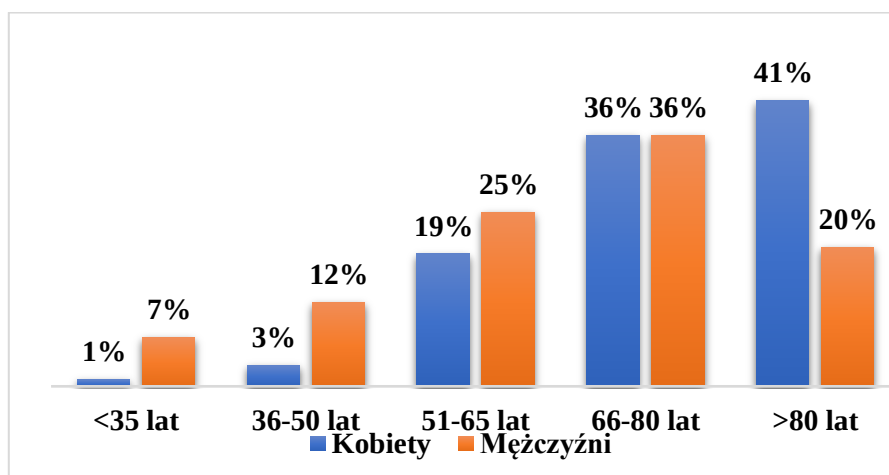
Wśród ogółu hospitalizowanych pacjentów najstarszy miał 94 lata, natomiast najmłodszy 24 lata. Średnia wieku badanych wynosiła 68 lat. Biorąc pod uwagę przedziały wiekowe, najwięcej badanych było w wieku 66-80 lat – 36%. Drugą pod względem liczności grupą byli pacjenci powyżej 80 roku życia – 27%. 23% stanowili badani w przedziale wiekowym 51-56 lat. Najmniej liczną grupą wiekową były osoby najmłodsze, w wieku poniżej 35 roku życia (Rycina 4).



Rycina 4. Wiek badanych w przedziałach wiekowych

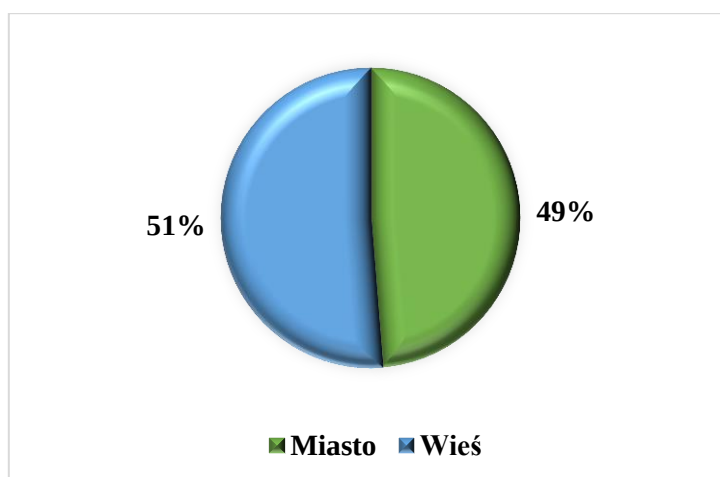
Analizując wiek ankietowanych z uwzględnieniem płci, na uwagę zasługuje fakt, że największy odsetek – 41% - wśród kobiet stanowiła grupa najstarsza - >80 roku życia. Panie między 66 a 80 rokiem życia stanowiły 36%, co odpowiadało odsetkowi mężczyzn będących w tym samym wieku. Kobiety w wieku 51-65 lat stanowiły 19% ogółu pacjentek a te w wieku 36-50 lat – 3%. Najmniejszy odsetek – 1% - stanowiły kobiety najmłodsze, poniżej 35 roku życia. Z kolei wśród mężczyzn, najstarsza grupa, czyli pacjenci powyżej 80 roku życia,

obejmowała 20% ogółu mężczyzn objętych badaniem. Mężczyźni w wieku 51-65 lat stanowili 25% badanych, natomiast najmłodsi panowie – w wieku poniżej 35 roku życia – obejmowali 7%. Szczegółowo zagadnienie to przedstawia (Rycina 5).



Rycina 5. Wiek badanych w przedziałach wiekowych z podziałem na płeć

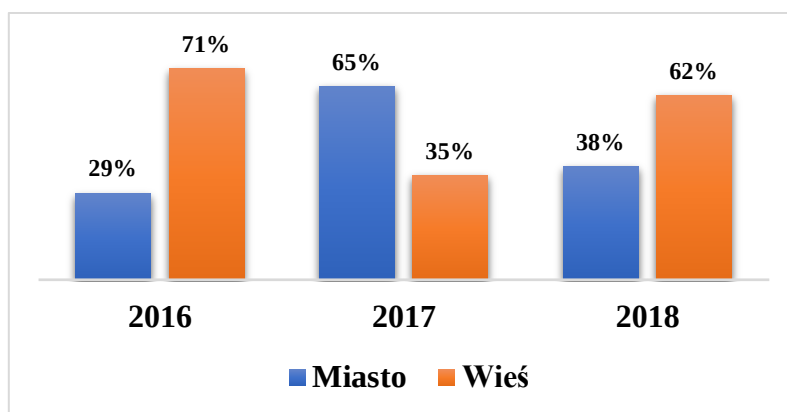
Analizując miejsce zamieszkania badanych, 51% pochodziło ze wsi. Pozostałe 49% było mieszkańcami miast (Ryc. 6).



Rycina 6. Miejsce zamieszkania badanych

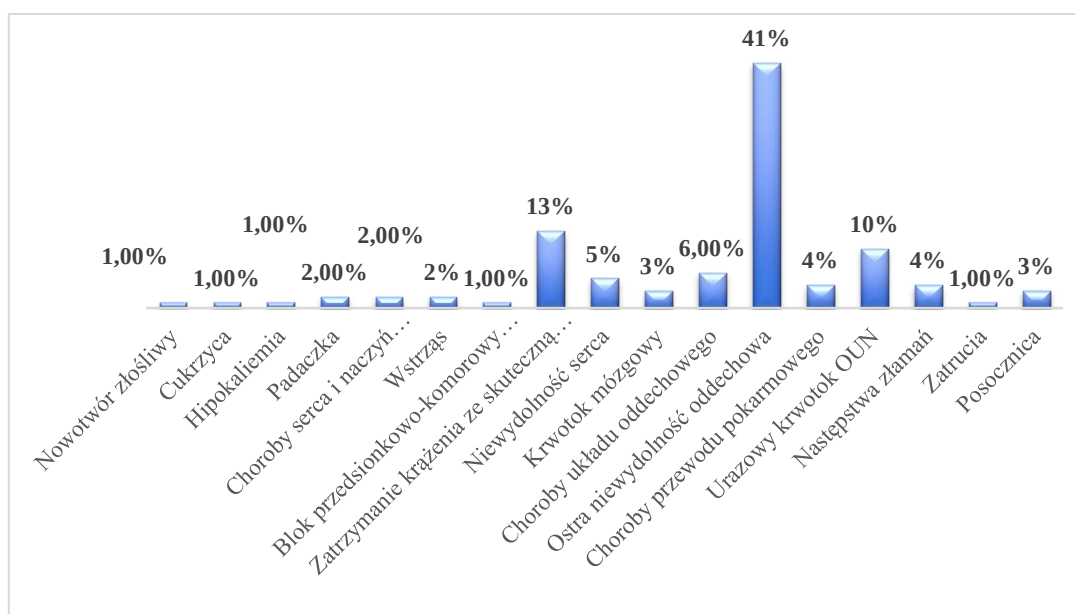
Analizując miejsce zamieszkania ankietowanych w poszczególnych latach, największy odsetek – 65% - mieszkańców miast hospitalizowanych było w 2017 roku. W 2016 roku mieszkańcy wsi stanowili 71% pacjentów, podczas gdy odsetek mieszkańców miast stanowił jedynie 29%. W 2018 roku mieszkańcy miast stanowili 38% a pozostali badani, czyli 62% - byli mieszkańcami wsi (Rycina 7).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



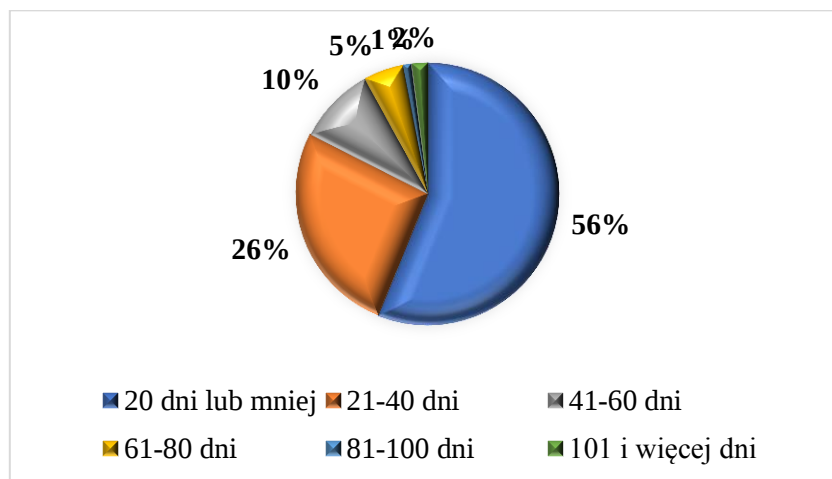
Rycina 7. Miejsce zamieszkania badanych w poszczególnych latach objętych badaniem

Wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii najczęściej występującym rozpoznaniem będącym przyczyną hospitalizacji była ostra niewydolność oddechowa – 41% pacjentów. Drugą co do częstości przyczyną hospitalizacji było zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją – 13% badanych. 10% pacjentów trafiło do OAiIT w wyniku urazowego krwotoku OUN. Niemal taki sam odsetek pacjentów hospitalizowany był w wyniku niewydolności serca – 5%, jak też chorób układu oddechowego – 6%. 4% pacjentów OAiIT w latach 2016-2018 wymagało leczenia żywieniowego z powodu następstw licznych złamań i 4% - chorób przewodu pokarmowego. Najmniejsza liczba pacjentów leczona była w OAiIT w wyniku nowotworu złośliwego – 1%, hipokaliemii – 1%, chorób serca i naczyń krwionośnych będących wynikiem miażdżycy – 2% oraz cukrzycy – 1%. Szczegółowo zagadnienie to przedstawia (Rycina 8).



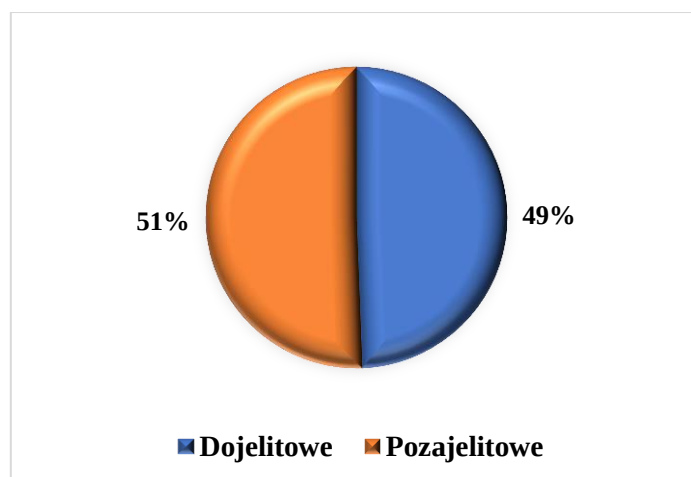
Rycina 8. Dolegliwości będące przyczyną hospitalizacji badanych

Rozpatrując długość hospitalizacji badanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, najkrótszy pobyt trwał 1 dzień a najdłuższy 169 dni. Średnio hospitalizacja trwała 23 dni. Największy odsetek pacjentów hospitalizowany był 20 dni lub mniej – 56%. 26% badanych przebywało w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii od 21-40 dni. 101 dni lub dłużej w OAiIT przebywało jedynie 2% pacjentów leczonych enteralnie. Najmniej chorych – 1%- przebywało w OAiIT od 81 do 100 dni (Rycina 9).



Rycina 9. Długość hospitalizacji pacjentów objętych badaniem

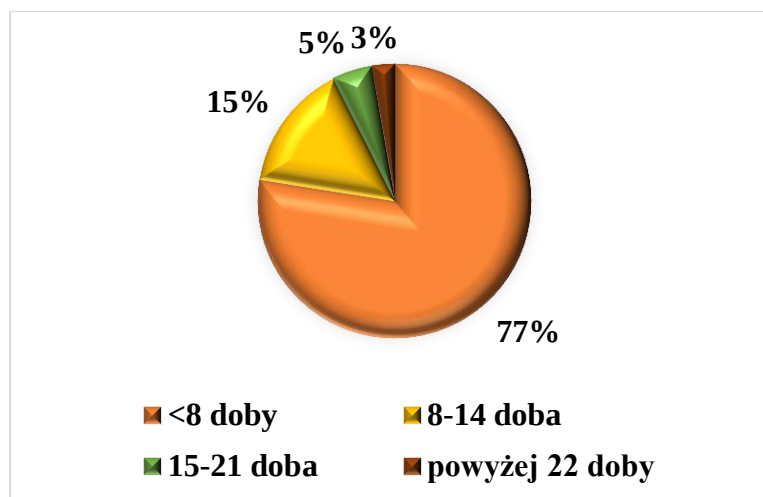
Rozpatrując zebrane wyniki dotyczące rodzaju żywienia stosowanego u pacjentów OAiIT w okresie objętym badaniem, na uwagę zasługuje fakt, że odsetek chorych żywionych pozajelitowo – 49% (331), był zbliżony do odsetka chorych żywionych dojelitowo – 51% (Rycina 10).



Rycina 10. Rodzaj żywienia stosowany u pacjentów hospitalizowanych

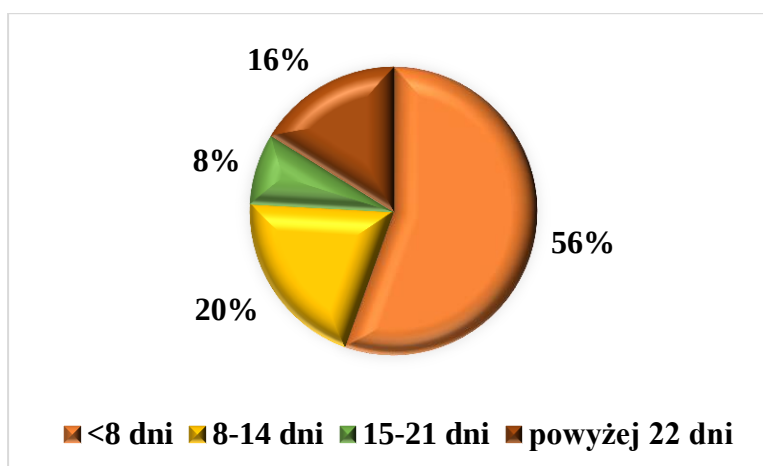
Najwcześniej leczenie żywieniowe dojelitowe u hospitalizowanych włączone było w 1 dobie pobytu w Oddziale, najpóźniej z kolei w dobie 95. Średni czas wprowadzenia

żywienia to 5 doba. Zdecydowana większość pacjentów miała włączone leczenie żywieniowe w pierwszym tygodniu hospitalizacji – 77%. W drugim tygodniu pobytu w OAiIT 15% pacjentów rozpoczęło przyjmowanie pokarmu enteralnie. W trzecim tygodniu hospitalizacji jedynie 5% pacjentów miało włączone żywienie dojelitowe. Najczęściej leczenie żywieniowe rozpoczynane było w trzecim tygodniu hospitalizacji lub później (Rycina 11).



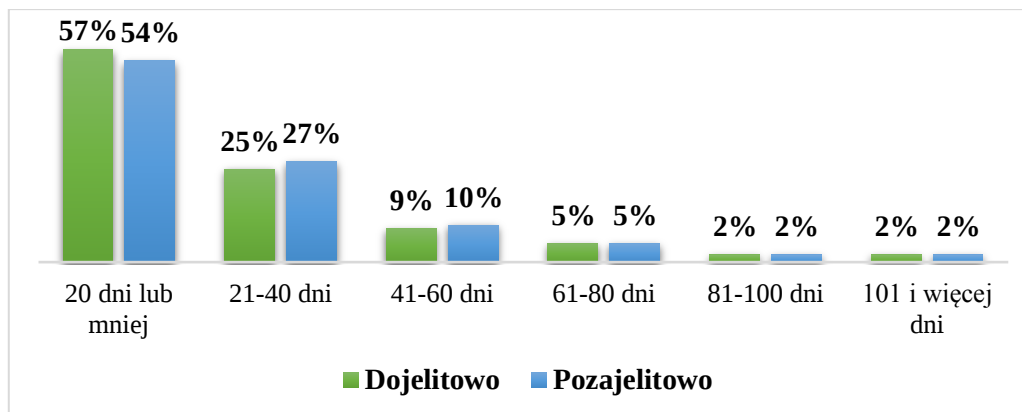
Rycina 11. Czas wprowadzenia żywienia

Najkrócej żywienie prowadzone było 1 dzień, natomiast najdłużej 164 dni. Średni czas podaży żywienia wynosił 12 dni bez względu na jego rodzaj. Najczęściej leczenie żywieniowe prowadzone było poniżej tygodnia pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 56% ogółu. Dwa tygodnie żywienie prowadzono u 20% hospitalizowanych. 8% badanych żywiona była dojelitowo do trzech tygodni od początku hospitalizacji. Najdłużej, czyli więcej niż trzy tygodnie żywienie prowadzono u 16% hospitalizowanych (Rycina 12).



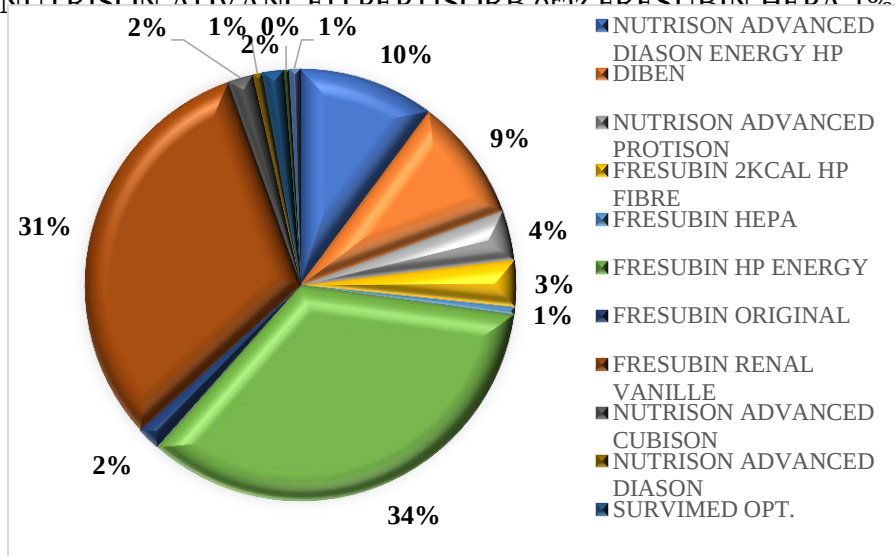
Rycina 12. Długość prowadzenia żywienia

Najwięcej pacjentów żywionych dojelitowo było hospitalizowanych mniej niż 20 dni – 57%. Od 21 do 40 dni żywionych było dojelitowo 25% pacjentów a pozajelitowo 27%. Od 41 do 60 dni pozajelitowo pożywienie otrzymywało 10% pacjentów, podczas gdy dojelitowo – 9%. Powyżej 60 dni hospitalizacji żywienie dojelitowe stosowane było w 5% przypadków (Rycina 13).



Rycina 13. Długość hospitalizacji w zależności od rodzaju żywienia.

Z analizy rodzajów diet podawanych pacjentom hospitalizowanym w OAiT w latach 2016-2018 wynika, że najczęściej pacjenci przyjmowali FRESUBIN HP ENERGY – 34% oraz FRESUBIN RENAL VANILLE – 31%. 10% badanych otrzymywało NUTRISON ADVANCED DIASON ENERGY HP, a 9% badanych otrzymywało DIBEN. 4% pacjentów preparatem wzbogaconym w białko – NUTRISON ADVANCED PROTISON. 2% chorych otrzymywało FRESUBIN ORIGINAL, NUTRISON ADVANCED CUBISON oraz SURVIMED OPT. Najmniejszy odsetek chory otrzymywał NUTRISON ADVANCED DIASON, NUTRISON ADVANCED DEPTISON oraz FRESUBIN HEDA 10% (Rycina 14).



Rycin 14. Rodzaje żywienia stosowane u badanych.

DYSKUSJA

Leczenie dojelitowe jest dedykowane osobom z zachowanymi funkcjami przewodu pokarmowego, które jednak w przebiegu aktualnego schorzenia nie są w stanie samodzielnie przyjąć posiłku a tym samym dostarczyć odpowiedniej ilości energii i substancji odżywczych. Jest ono integralną częścią leczenia żywieniowego u pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Według zaleceń *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) wskazaniem do żywienia dojelitowego jest nieskuteczność suplementacji doustnej lub jej niedostateczność oraz szybko rozwijający się katabolizm [14, 15, 16]. Wprowadzając żywienie dojelitowe minimalizujemy ryzyko wystąpienia powikłań septycznych, wspomagamy funkcjonalną integralność jelit oraz obniżamy ryzyko wystąpienia dysfunkcji przewodu pokarmowego [17, 18].

W niniejszej pracy przeanalizowano żywienie dojelitowe pacjentów OAiIT. Poddano analizie dokumentację medyczną pacjentów przebywających w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w latach 2016-2018. Spośród wszystkich pacjentów, którzy w tym okresie leczenia byli w OAiIT u 345 stosowano enteralną podaż żywienia. Wśród osób objętych badaniem aż 65% to mężczyźni, zaś 35% kobiety. Wśród ogółu hospitalizowanych pacjentów średnia wieku to 68 lat. Najwięcej badanych było w przedziale 66-80 lat (36%), drugą grupę stanowili pacjenci powyżej 80 roku życia (27%), (23%) pacjenci w przedziale 51-56 lat, zaś najmniej liczną grupą byli pacjenci poniżej 35 roku życia, tylko (5%). Uzyskane wyniki badań są potwierdzone w dostępnej literaturze [15, 16].

WHO (*World Health Organization*) określa, iż osoby starsze, to te, które ukończyły już 60 rok życia. Wraz z wiekiem w organizmie człowieka zwalnia przemiana materii oraz zmienia się skład ciała, obniża się zawartość składników mineralnych następuje spadek wydolności narządowej [9]. Wzrost hospitalizacji pacjentów starszych w oddziałach szpitalnych, jak również w OAiIT spowodowany jest pogłębiającą się niepełnosprawnością Różewicz i wsp. [15], ukazując, iż w OAiIT leczeni są pacjenci, u których ze względu na toczący się ostry proces chorobowy należy zapewnić wspomaganie podstawowych funkcji życiowych. Dlatego ważne znaczenie ma prowadzenie żywienia bądź poprawa stanu odżywienia. Według Kuszy [16] u pacjentów w stanie ciężkim postępowanie terapeutyczne polega na zapewnieniu bezpieczeństwa, podtrzymywaniu podstawowych funkcji organizmu. Działania te doprowadzą do utrzymania prawidłowego stanu odżywienia, funkcjonowania organizmu oraz możliwości wykonania rehabilitacji i w konsekwencji poprawy jakości życia. Wytyczne z ESPEN wykazują, iż żywienie enteralne zalecane jest u pacjentów starszych, gdy

niekontrolowana utrata masy ciała w ciągu 3 miesięcy jest większa niż 5% albo większa niż 10% w czasie 6 miesięcy, gdzie wskaźnik masy ciała BMI (*body mass index*) jest powyżej 20 kg/m². Niekontrolowaną utratę masy ciała u ludzi starszych ukazują też Rasińska i Nowakowska [19] oraz Ignasik i wsp. [20]. Wprowadzając żywienie dojelitowe u osób starszych hospitalizowanych w OAiT należy je dostosować do przebiegu choroby i tolerancji ze strony układu pokarmowego. Chorem tym nie może towarzyszyć ból lub dyskomfort [11, 21].

Zanim wprowadzimy leczenie żywieniowe pacjentów przyjętych w oddział w stanie ciężkim wymagane jest ustabilizowanie podstawowych funkcji układów i narządów [22].

W odniesieniu do badań własnych zanotowano, iż wśród pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii najczęściej występującym rozpoznaniem była niewydolność oddechowa- 41% pacjentów, drugą przyczyną przyjęcia było zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją-13% badanych. 10% pacjentów trafiło w wyniku urazowego krwotoku OUN, niemal taka sama ilość pacjentów była hospitalizowana w wyniku niewydolności serca. 4% pacjentów przebywających w OAiIT wymagało leczenia żywieniowego z powodu następstw licznych złamań oraz chorób przewodu pokarmowego.

Aby prawidłowo organizm wykorzystał składniki odżywcze musi być przywrócony przepływ krwi przez narządy i tkanki. Powstają optymalne warunki dowozu tlenu i substratów odżywczych do tkanek, udział w procesach metabolicznych oraz eliminację dwutlenku węgla [11]. Przed wprowadzeniem żywienia dojelitowego należy ustabilizować układ oddechowy, krążenia, wydalinowy, a także wyrównać gospodarkę wodno-elektrolitową oraz ograniczyć zakażenia. Należy ocenić wydolność narządów na podstawie badań laboratoryjnych [11].

Wytyczne Towarzystwa Intensywnej Opieki Medycznej i Amerykańskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego z 2016 roku wskazują, iż żywienie jest jedną z najważniejszych metod terapii chorych w OAiIT [18]. Według wytycznych ESPEN zaleca się, aby u pacjentów hospitalizowanych w OAiIT, u których nie ma możliwości stosowania pełnego żywienia doustnego w ciągu pierwszych trzech dni, rozpocząć żywienie dojelitowe. Natomiast jeżeli nie ma przeciwwskazań u pacjentów z dobrze pracującym przewodem pokarmowym zacząć żywienie w pierwszej dobie pobytu pacjenta w oddziale. Eksperti z *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) zwracają uwagę, aby pacjenci z zaburzeniami metabolicznymi lub też ze zwiększonym katabolizmem karmienie otrzymali najpóźniej ciągu 24-48 godzin [21].

W grupie analizowanych pacjentów najczęściej leczenie żywieniowe dojelitowe wprowadzone było w pierwszej dobie pobytu pacjenta w oddziale. Średni czas wprowadzenia żywienia to piąta doba. Biorąc pod uwagę przedziały czasowe (tygodniowe), w pierwszym tygodniu hospitalizacji żywienie rozpoczęło u 77% badanych, w drugim tygodniu pobytu tylko 15% rozpoczęło przyjmowanie pokarmów enteralnie, zaś w trzecim tygodniu jedynie 5% hospitalizowanych pacjentów miała wprowadzone żywienie dojelitowe. Średnia hospitalizacja w oddziale trwała 23 dni.

Według Czuczvara i Potręć [18] wczesne wdrożenie żywienia wpływa korzystnie na rokowanie pacjenta, a także skraca czas hospitalizacji w oddziale. Żywienie dojelitowe preparatami przemysłowymi oraz specjalistyczne suplementy pokarmowe mają korzystny wpływ na stan kliniczny, stan odżywienia i jakość życia pacjentów. Różewicz i wsp. [23], Kusza [16], Karwowska i wsp. [11] wskazują, iż prawidłowy stan odżywienia w następstwie długotrwałego leczenia w oddziale znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia odleżyn. Szczygieł i wsp. [14] podkreślają, jeżeli żywienie enteralne nie pokrywa 60% zapotrzebowania, należy zastosować żywienie pozajelitowe.

W badaniach własnych zaobserwowano, iż żywienie dojelitowe było stosowane u 51% pacjentów, zaś pozajelitowe u 49% chorych.

Realizacja wytycznych ESPEN i ASPEN w oddziale intensywnej terapii jest utrudniona ze względu na często zmieniający się stan kliniczny chorych. Stopniowe wdrażanie diet przemysłowych jest dobrze tolerowane. Występujące czasami powikłania wymagają modyfikacji diety, a nie konieczności odstawienia jej [9,15]. Żywienie enteralne niesie za sobą ryzyko powikłań. Sokołowska i wsp [23] nadmieniają, iż u 60% pacjentów może wystąpić biegunka, podczas gdy Jakubczyk i wsp. [21] oraz Karwowski i wsp. [11] zwracają uwagę na intensywne zalegania i wymioty. Aby uniknąć wystąpienia powikłań wymienionych powyżej, leczenie żywieniowe musi być dokładnie przeanalizowane, aby przyniosło dla pacjenta jak największe korzyści. Bardzo ważne znaczenie ma odpowiedni dobór preparatu przemysłowego do prowadzenia żywienia dojelitowego. Dobierając odpowiedni preparat bierzemy pod uwagę chorobę podstawową analizujemy dysfunkcję poszczególnych układów i narządów. Ważne jest zapotrzebowanie energetyczne oraz kondycja przewodu pokarmowego [24, 25].

Z badań własnych wynika, iż w latach 2016-2018 najczęściej spośród preparatów żywieniowych, pacjenci OAiT przyjmowali *Fresubin HP Energy*- 34% oraz *Fresubin Renal Vanille*- 31%. 10% badanych otrzymało *Nutrison Advanced Diason Energy HP*, zaś 9% *Diben*, 4% pacjentów żywionych było *Nutrison Advanced Protison*, 2% *Survimed OPT*.

Najmniej *Nutrison Advanced Diason*, *Nutrison Advanced Peptisorb* oraz *Fresubin Hepa*-1%. Średni czas podaży żywienia wynosił 12 dni. Żywienie wprowadzone, było zróżnicowane w zależności od jednostki chorobowej i chorób współistniejących. Najwięcej hospitalizowanych było pacjentów z niewydolnością oddechową- 41%, zaś dietą najczęściej podawaną był *Fresubin HP Energy*-34%. Z analizowanych badań wynika, że im dłużej żywienie było prowadzone, tym więcej było podaży dojelitowej. Czas hospitalizacji w żywieniu dojelitowym i pozajelitowym przedstawia się bardzo podobnie. Najwięcej pacjentów żywionych dojelitowo było hospitalizowanych mniej niż 20 dni - 57%. Od 21-40 dni dojelitowo żywionych było 25% pacjentów. Na podstawie przeprowadzonych badań zauważono, że zastosowane preparaty wpłynęły pozytywnie na rokowanie pacjenta, jak również skróciły czas hospitalizacji.

Podsumowując, żywienie dojelitowe stanowi bardzo ważną część terapii w OAiIT. Umiejętne prowadzenie żywienia wspomaga podstawowe funkcje życiowe zaburzone procesem chorobowym. Odpowiednio dobrana dieta, szybkość podaży zminimalizuje ryzyko wystąpienia powikłań. Żywienie wspomaga organizm, przyspiesza proces leczenia i rekonwalescencji.

W badaniach własnych osoby żywione dojelitowo stanowiły 51% przypadków hospitalizowanych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w latach 2016-2018, z czego 51% pacjentów pochodziło ze wsi, zaś 49% było mieszkańcami miast. Analizując czas wprowadzenia żywienia dojelitowego, najwcześniej wdrożono żywienie w 1 dobie pobytu pacjenta w oddziale, najpóźniej w 95 dobie. Średni czas podaży żywienia trwał 12 dni. Preferowanym produktem był *Fresubin HP Energy*-34% oraz *Fresubin Renal Vanille*-31%. Stosowano go w przypadku niewydolności oddechowej, gdzie przebywało 41% pacjentów i zatrzymania krążenia ze skuteczną resuscytacją - 13% hospitalizowanych przypadków.

WNIOSKI

Weryfikacja nagromadzonego materiału badawczego pozwoliła na wyłonienie następujących wniosków:

1. Żywienie dojelitowe było zastosowane u 51% pacjentów hospitalizowanych w OAiIT Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.
2. Zdecydowana większość pacjentów 77% miała włączone leczenie dojelitowe w pierwszym tygodniu hospitalizacji.

3. Średni czas podaży żywienia u pacjentów w OAiIT wynosił 12 dni.
4. Wśród preparatów najczęściej stosowanych w żywieniu enteralnym znalazły się: *Fresubin HP Energy*- 34%, *Fresubin Renal Vanille*-31%, *Nutrison Advanced diason Energy HP*- 10%.

PIŚMIENNICTWO

1. Kłęk S.: Żywnienie na oddziałach Intensywnej Terapii. Edra, Wrocław, 2018, 45-51.
2. Sobotka L.: Podstawy żywienia klinicznego. Scientifica, Kraków 2013, 265-289.
3. Rybicki Z.: Intensywna terapia dorosłych. Makmed, Lublin 2009, 284-317.
4. Zielińska-Borkowska U., Malec-Milewska M., Woron J.: Chory chirurgiczny na OAiT. Makmed, Lublin 2017, 227-247.
5. Wołowicka L., Dyk D.; Anestezjologia i Intensywna Opieka. PZWL, Warszawa 2008, 532-542.
6. Gawęcki J., Hryniewiecki L.: Żywnienie człowieka. PWN, Warszawa 008, 138-241.
7. Hasik J., Gawęcki J.: Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. PWN, Warszawa 2009, 261-317.
8. Kulig J., Powikłania w chirurgii jamy brzusznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 85-90.
9. Różowicz A., Rzepka A., Jakubczyk M. i wsp.: Tolerancje żywienia dojelitowego wśród pacjentów w starszym wieku na oddziale intensywnej terapii. Gastroenterologia Polska, 2013, 21, 83-87.
10. Karwowska K., Mańkowska-Wierzbicka D., Hertman-Sobczyńska R.: Powikłania pokarmowe w oddziale intensywnej terapii. Farmacja Współczesna, 2011, 4, 80.
11. Szczygieł B.: Niedożywienie związane z chorobą. PZWL. Warszawa 2017, 115-128.
12. Kłęk S.: Leczenie żywieniowe w chirurgii. Żywnienie immunomodulujące w praktyce chirurgicznej. Medycyna Praktyczna Chirurgia, 2010, 4, 50-58.
13. Szczygieł B.: Diety do żywienia dojelitowego zarejestrowane w Polsce. Terapia i Leki, 2000, 28, 34-36.
14. Szczygieł B., Ukleja A.: Wytyczne ESPEN i Rady Europy dotyczące leczenia żywieniowego i żywienia w szpitalach. Żywnienie Człowieka i Metabolizm, 2013, 40, 291-296.
15. Różewicz A., Jakubczyk M., Kusza K. i wsp.: Czynniki wpływające na występowanie działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego podczas prowadzenia żywienia dojelitowego u pacjentów w Oddziale Intensywnej Terapii. Przegląd Gastroenterologiczny, 2013, 8, 63-65.
16. Kusza K.: Co nowego w intensywnej terapii- standardy, protokoły, aspekty prawne prowadzenia uporczywej terapii. Przewodnik Lekarski, 2019, 1, 240-241.

17. Kłęk S., Mańkowska-Wierzbicka D., Kimber-Dziwisz L. i wsp.: Rozwiązywanie problemów żywienia dojelitowego. Sesja Złotego Sponsora XV Jubileuszowego Zjazdu Żywienia Klinicznego, Warszawa, wrzesień 2013, 3, 12-15.
18. Czuczwar M., Potręć B., Interwencja żywieniowa na oddziałach intensywnej terapii. Via Medica, Lublin 2018, 3-7.
19. Rasińska R., Nowakowska I.: Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach. Nowiny Lekarskie, 2012, 81, 84-87.
20. Ignasik Z., Skrzek A., Sławińska T. i wsp.: Wstępna ocena kondycji biologicznej wrocławskich seniorek. Gerontologia polska, 2011, 40, 93-98.
21. Jakubczyk M., Kusza K., Różowicz A. i wsp.: Objawy uboczne ze strony przewodu pokarmowego podczas wdrażania żywienia dojelitowego dietami przemysłowymi. Anestezjologia i Intensywna Terapia, 2012, 2, 90-94.
22. Mayzner- Zawadzka E. (red.): Anestezjologia kliniczna z elementami intensywnej terapii i leczenia bólu. PZWL, Warszawa 2019, 1280-1290.
23. Skokowska B., Bączyk G., Gcek L., Bielawska A.: Powikłania żywienia dojelitowego jako problem leczniczy i pielęgnacyjny. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2012, 1, 1-4.
24. Korta T.: Powikłania metaboliczne żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Postępy w Żywieniu Klinicznym, 2008, 2, 20-24.
25. Bodoky G., Kent-Smith I.: Powikłania żywienia drogą przewodu pokarmowego [w:] Podstawy żywienia klinicznego, Sobotka L.(red.). PZWL, Warszawa 2007, 227-232.

ZNAJOMOŚĆ ZASAD UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEZ ŻOŁNIERZY WOJSK OBRONY TERYTORIALNEJ

DOMINIK ZARZECKI¹, BEATA KOWALEWSKA²

¹ Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku oraz Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Każda osoba udzielająca pomocy osobie potrzebującej jest ratownikiem. Ratownik na miejscu zdarzenia jest odpowiedzialny za zapewnienie bezpieczeństwa w pierwszej kolejności sobie, innym ratownikom udzielającym pomocy, osobie poszkodowanej oraz świadkom. W naturze udzielania pierwszej pomocy jest, niesienie jej jak najszybciej. Jednak najważniejsze jest, aby najpierw podjąć wszelkie niezbędne środki ostrożności, aby sam ratownik nie doznał szkody. W sytuacji, gdy ratownik dozna obrażeń nie jest w stanie nieść pomocy innym, ale również sam będzie jej potrzebował. W ten sposób zabiera pomoc, która mogłaby zostać udzielana poszkodowanemu [1, 2].

Poszkodowany nieprzytomny

Istotną częścią oceny stanu pacjenta są parametry życiowe. Ocenia się: oddech; tętno; ciśnienie tętnicze; temperatura, barwa i wygląd skóry oraz rozmiar, symetria i reakcje źrenic [3].

Ocena oddechu odbywa się poprzez obserwowanie ruchów klatki piersiowej. Na jeden oddech składa się wdech i wydech. Ocenia się liczbę oddechów oraz ich rodzaj- jakość. Na częstość oddechów mają wpływ emocje, waga, wiek. Oddech zazwyczaj przyspiesza u osób w stanie wzburzenia emocjonalnego, po urazie, cierpiących. Normą u osoby dorosłej jest 12-20 oddechów na minutę. Dzieci w wieku 5-10 lat: 20-25 oddechów na minutę. Niemowlęta (dzieci od miesiąca do 1 roku): 30-40 oddechów na minutę. Noworodek (dziecko od narodzenia do 30 dnia życia): 40-60 oddechów na minutę. Prawidłowy oddech jest regularny, nie wymaga wysiłku. Wysiłek oddechowy objawia się poruszaniem skrzydełkami nosa, uruchomieniem dodatkowych (poza przeponą) mięśni oddechowych są nimi: mięśnie brzucha, ramion i szyi oraz mięśnie międzyżebrowe. Przy płytkim oddechu obserwuje się niewielkie ruchy klatki piersiowej lub brzucha, świadczące, że poszkodowany zasysa małą objętość powietrza- co może być niewystarczające dla zaspokojenia potrzeb organizmu. Wysiłek oddechowy może

objawiać się stękaniem. Świadczy to o zwężeniu lub zamknięciu szpary nagłośni, utrudniającym wydech powietrza. Stridor jest świszczący dźwiękiem o wysokiej częstotliwości, pojawia się w czasie wdechu. Objawia się w przypadkach zwężenia górnych dróg oddechowych na poziomie gardła, krtani, górnej części tchawicy [3].

Tętno jest falą napierającą na ściany naczyń tętniczych, wywołaną skurczem serca. Ocenia się je pod kontem: częstości, napięcia (czy jest dobrze wyczuwalne), miarowości. Częstość tętna to ilość uderzeń serca przez minutę. Na częstość pracy serca ma wpływ stan fizyczny, ból, utrata krwi, podwyższona temperatura ciała, lęk, wiek. Prawidłowy zakres wartości tętna u osoby w spoczynku mieści się w przedziale od 60- 100 uderzeń na minutę.

Tętno w czasie badania palpacyjnego powinno być dobrze wyczuwalne. Jeśli jest słabe świadczyć to może o nieskutecznej pracy serca lub spadku objętości krwi. Słabo wyczuwalny puls może świadczyć o rozwijającym się wstrząsie [3].

Skóra powinna być oceniana pod kontem barwy, wyglądu oraz temperatury. Dobrze jest ocenić błony śluzowe jamy ustnej, spojówek- na wewnętrznej części dolnej powieki. Łóżysko naczyniowe znajduje się blisko skóry, co ułatwia ocenę okolic dobrze odzwierciedlających stopień utlenowania krwi. Prawidłowa barwa błon śluzowych powinna być różowa, nieprawidłowa natomiast to sina, biała, zaczerwieniona lub zażółcona. U dzieci i niemowląt ocenia się wewnętrzną stronę dłoni i stóp. Skóra biała świadczy o zaburzeniach perfuzji tkankowej, czyli o zmniejszonym przepływie krwi. Skóra sina wskazuje na mierne utlenowanie krwi lub słabą perfuzję. Zaczerwienienie skóry pojawia się przy zatruciu tlenkiem węgla oraz na skutek kontaktu z wysoką temperaturą. Barwa żółta skóry świadczy o nieprawidłowej funkcji wątroby.

Ciśnienie tętnicze krwi jest to siła, z jaką krew napiera na ściany tętnic w czasie skurczu i rozkurczu serca. Spadek ciśnienia może powodować bóle i zawroty głowy, osłabienie, mroczki przed oczami, aż do utraty przytomności włącznie. Wysokie ciśnienie również bóle i zawroty głowy, nudności, zaburzenia widzenia. Skoki wysokiego ciśnienia są niebezpieczne, gdyż w efekcie zaniechania leczenia, mogą doprowadzić do uszkodzenia nerek, jak również spowodować wystąpienie udaru mózgu [3].

Resuscytacja

Sprawdzanie pulsu na tętnicy szyjnej lub innej okolicy, okazuje się być nieskutecznym sposobem potwierdzania obecności bądź braku akcji serca. Podejrzenie zatrzymania krążenia przez świadków zdarzenia powinno opierać się na stwierdzeniu, że poszkodowany jest nieprzytomny i nie oddycha prawidłowo. Występujące u poszkodowanych oddechy agonalne

spowodowane są aktywnością pnia mózgu, który zachowuje funkcje, mimo kilkuminutowego niedotlenienia. Stąd wynikać może mylne wrażenie o zachowanej akcji serca i oddechu.

Sekwencja postępowania w przypadku osoby leżącej bez kontaktu jest następująca:

1. Zapewnienie bezpieczeństwa sobie, poszkodowanemu i świadkom zdarzenia.
2. Sprawdzenie, czy poszkodowany jest przytomny, czy reaguje. Poprzez delikatne potrząsanie za ramię i pytanie się „czy Pan/ Pani mnie słyszy, czy wszystko w porządku? Jeśli reaguje pozostawienie w zastanej pozycji. Wezwanie pomocy.
3. Udrożnienie dróg oddechowych, poprzez ułożenie poszkodowanego na plecach, odchylenie głowy ku tyłowi: jedna ręka na czole poszkodowanego, a druga pod żuchwę.
4. Sprawdzenie oddechu poprzez: patrzenie, słuchanie i wyczucie.
5. W przypadku braku reakcji wezwanie zespołu ratownictwa medycznego- wykonanie 30 uciśnięć klatki piersiowej- wykonanie 2 oddechów ratowniczych- kontynuowanie resuscytacji krążeniowo- oddechowej w stosunku 30:2- gdy dostępne AED- włączenie i wykonywanie poleceń płynących z urządzenia. Kontynuowanie czynności do czasu przybycia ZRM [3].

Zadławienie

Zadławienie jest to niedrożność dróg oddechowych, wywołana ciałem obcym. Najczęściej do zadławienia dochodzi w trakcie jedzenia. W grupie zwiększonego ryzyka są osoby z zaburzeniami świadomości, pod wpływem alkoholu lub leków, z zaburzeniami połykania, chorobami neurologicznymi, upośledzonym odruchem kaszlu, u osób z chorobami układu oddechowego, demencją, chorobą Parkinsona, z ubytkami uzębienia [3, 4].

Wstrząs

Wstrząs jest to stan kliniczny, w którym dochodzi do spadku przepływu krwi, substancje odżywcze dostarczane do tkanek, nie zaspokajają potrzeb metabolicznych organizmu. Wydajny przepływ tkankowy potrzebuje: zachowanej ciągłości naczyń krwionośnych, prawidłowej objętości krwi i osocza, odpowiedniej wymiany gazowej i pracy serca.

Rodzaje wstrząsów: kardiogeny, mechaniczny, rozkojarzeniowy. dystrybucyjny, hipowolemiczny [5].

Drgawki

Drgawki są mimowolnymi skurczami mięśni, występującymi nagle, towarzyszy im utrata przytomności, są wynikiem zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego. Przyczynami

drgawek są: padaczka, gorączka, urazy lub niedotlenienie mózgu, zatrucia, niski poziom cukru we krwi, stres [6, 7].

Cukrzyca

Cukrzyca jest grupą chorób metabolicznych przejawiających się hiperglikemią (wysokim stężeniem glukozy we krwi), będącą skutkiem zaburzeń wydzielania lub działania insuliny. Nie wykryta lub źle leczona cukrzyca powodować może uszkodzenia, niewydolność, zaburzenia czynności wielu narządów: oczu, naczyń krwionośnych, nerek, serca, nerwów [8].

Zawał serca

Zawał serca jest zagrażającym życiu stanem, w którym dochodzi do martwicy części mięśnia sercowego, na skutek zamknięcia światła tętnicy wieńcowej, która doprowadza krew do danej okolicy serca [9].

Udar mózgu

Udar mózgu jest to stan zagrożenia życia, w którym dochodzi do martwicy części mózgu, w wyniku zatrzymania dopływu krwi. Rozróżnia się 2 typy udaru: krwotoczny oraz niedokrwieny [10].

Zatrucia

U dorosłych najczęściej dochodzi do umyślnego przedawkowania leków oraz alkoholu czy narkotyków. U dzieci zdarzają się zatrucia przypadkowe. Najważniejszym zadaniem w przypadku zatrucia, jest zabezpieczenie drożności dróg oddechowych, zachowanie oddechu i krążenia, do czasu eliminacji toksycznych substancji z organizmu [11, 12].

Podtopienie

Podtopienie jest to sytuacja, w której usta i nos znajdują się pod wodą, dochodzi do niedrożności dróg oddechowych, co prowadzi do hipoksji (niebezpiecznie niski stężenie tlenu) oraz hiperkapnii (podwyższony poziom dwutlenku węgla).

W momencie zanurzenia pod wodą odruchowo wstrzymywany jest oddech. Dochodzi do narastania hipoksji. Nadmierna ilość dwutlenku węgla powoduje pobudzenie ośrodka oddechowego i mimowolne oddychanie. Włączają się odruchy obronne zapobiegające dostaniu się wody do płuc, dochodzi do skurczu krtani i zaciśnięcia nagłośni, a osoba tonąca łyka wodę. Pogłębiające się niedotlenienie mózgu doprowadza do utraty przytomności, krtani się rozkurcza i woda zostaje zaaspirowana do płuc [13].

Złamania, skręcenia, zwichnięcia

Złamanie jest to przerwanie ciągłości kości, występujące w wyniku zadziałania zewnętrznej siły- urazu. Skręcenie jest to uraz, w wyniku którego doszło do wykonania ruchu w stawie znacznie przekraczającego jego fizjologiczny zakres. W wyniku tegoż urazu dochodzi do obrażeń torebki stawowej, ścięgien, więzadeł, chrząstki stawowej. Zwichnięcie jest to utrata łączności powierzchni stawowych kości w obrębie jednej torebki stawowej. Zwichnięciu towarzyszą obrażenia sąsiadujących struktur: łękotek, więzadeł, chrząstek. W przypadku destabilizacji stawu może dojść do ucisku na nerwy i naczynia krwionośne [14].

Urazy klatki piersiowej

Do urazów klatki piersiowej dochodzi na skutek wypadków komunikacyjnych, ciosów ostrym narzędziem, upadku z wysokości, postrzału, zmiżdżenia.

Obrażenia klatki piersiowej prowadzą do niedotlenienia, na skutek niedrożności dróg oddechowych, zaburzeń mechaniki wentylacji, uszkodzenia tkanki płucnej, uszkodzenia mięśnia sercowego, krwotoku [15].

Urazy brzucha

Urazy brzucha powstają w wyniku urazów tępych i przenikających. Obrażeniami powstałymi w wyniku urazów przenikających są rany kłute bądź postrzałowe. Najczęstszymi przyczynami obrażeń tępych są urazy o mechanizmie zgniecenia, powodujące pęknięcie narządów mięszzowych lub dochodzi do rozerwania narządów jamistych [16].

Urazy kręgosłupa

Obrażenia kręgosłupa najczęściej są spowodowane urazami: zdarzenia drogowe ze znacznymi prędkościami, upadki z wysokości, skoki na główkę do wody, rzadziej na nogi, pobicia, uderzenie nożem, postrzały, wybuchy [17].

Oparzenia

Oparzenie jest to uszkodzenie skóry oraz w zależności od stopnia oparzenia innych głębiej położonych tkanek i narządów, do którego dochodzi na skutek zadziałania:

czynnika termicznego: ogień, gorąca para wodna, gorący płyn, prąd elektryczny, czynnik chemiczny, czynnik promieniotwórczy.

W wyniku oparzenia dochodzi do zwiększenia przepuszczalności naczyń krwionośnych, co prowadzić może do wstrząsu hipowolemicznego.

Stopnie oparzenia

I° uszkodzenie naskórka, zaczerwienienie, bolesność, po zagojeniu nie ma blizn

II° (II A) uszkodzenie naskórka, części skóry właściwej, obecność pęcherzy z płynem surowiczym, po zagojeniu nie ma blizn

II° (II B) uszkodzenie naskórka i całej grubości skóry właściwej, cebulek włosów, zakończeń nerwowych, po zagojeniu pozostają blizny

III° dochodzi do martwicy całej grubości skóry właściwej, nerwy, naczynia krwionośne, tkankę tłuszczową, gojenie trwa bardzo długo, niezbędny jest przeszczep skóry, pozostają blizny [18, 19].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy żołnierzy służących w Wojskach Obrony Terytorialnej, na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w różnego rodzaju zdarzeniach nagłych.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie przeprowadzono w okresie od 2 stycznia do 16 stycznia 2020, po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, wśród 124 żołnierzy 11 Batalionu Lekkiej Piechoty 1 Podlaskiej Brygady Obrony Terytorialnej im. Gen. Bryg. Władysława Liniarskiego, ps. „Mścisław” (1PBOT) służących w Białymstoku.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego jako narzędzia użyto kwestionariusza własnego autorstwa. Formularz miał charakter anonimowy, a zebrane w czasie badania informacje posłużyły do zbiorczych opracowań naukowych. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne. Respondenci zostali poinformowani, że na każdym etapie mogą zrezygnować z uczestnictwa. Każda osoba, która przystąpiła do badania, tym samym wyraziła na nie zgodę.

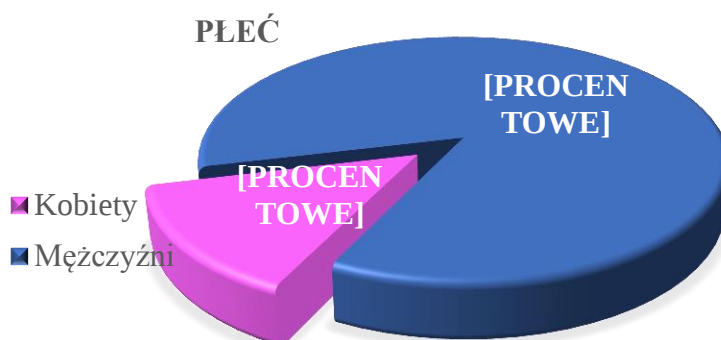
Ankieta składała się z 34 pytań w tym 6 pytań metryczkowych zawierających dane socjodemograficzne i 28 pytań części szczegółowej które dotyczyły postępowania w stanach nagłych.

Zebrane wyniki zostały przedstawione w formie uogólnionej statystyki, w formie opisowej i graficznej pod postacią tabel i rycin. Opracowanie danych statystycznych wykonano przy użyciu programu Statistica.

WYNIKI

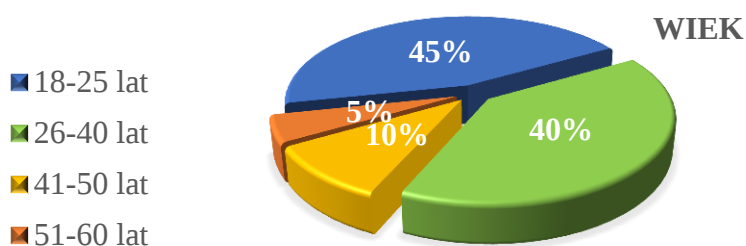
Charakterystyka ogólna badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 124 żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej (100%). Grupa badana składała się większości z mężczyzn (n=107), co stanowi 86% oraz kobiet (n=17) 14%. Dane obrazuje Rycina 1.



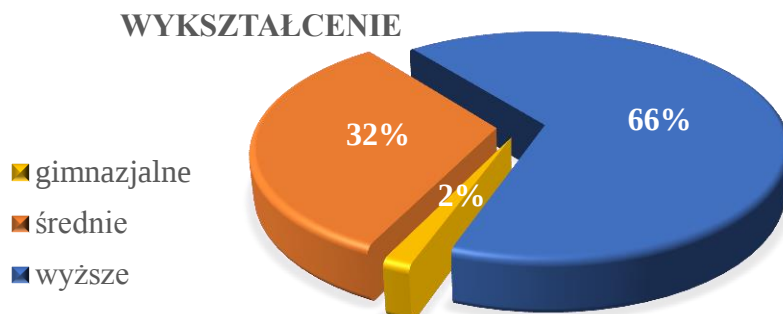
Rycina 1. Podział grupy badanej według płci.

Badaniem zostali objęci żołnierze w wieku od 18 do 60 lat. Do najliczniejszej grupy (45%) należały osoby w przedziale wiekowym 18-25 lat (n=56), do najmniej licznej grupy (5%) należeli żołnierze w wieku 51-60 lat (n=6). Badani w wieku 26-40 lat stanowili 40% ich liczba wynosiła 50 osób, grupa w przedziale wiekowym 41-50 lat liczyła 12 osób i stanowiła 10% (Rycina 2).



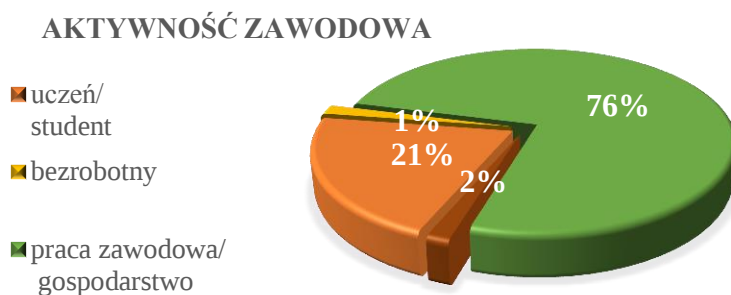
Rycina 2. Podział badanych osób na grupy wiekowe.

Respondenci w większości legitymowali się przygotowaniem zawodowym wyższym (n=82) 66%, wykształceniem średnim deklarowało się 40 osób, co stanowi 32% badanej grupy. Z wykształceniem gimnazjalnym były 2 osoby co stanowi 2% (Rycina 3).



Rycina 3. Podział osób badanych pod względem wykształcenia.

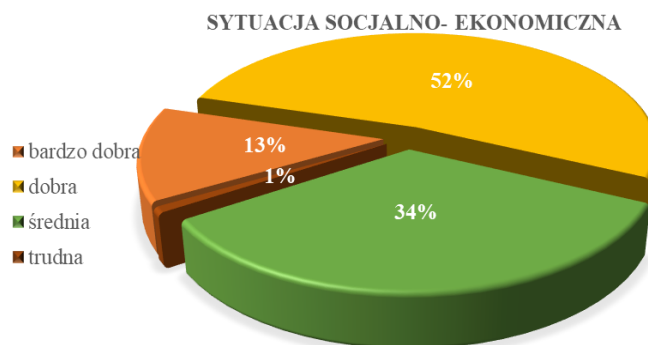
W grupie badanych żołnierzy większość to osoby pracujące zawodowo lub prowadzące własne gospodarstwo rolne (n=94) stanowiąc 76%. Osób studiujących bądź uczących się było 26, co stanowi 21% całości. W grupie emerytów lub rencistów znalazły się 2 osoby oraz 2 osoby deklarujące się jako bezrobotne (Rycina 4).



Rycina 4. Podział respondentów ze względu na rodzaj aktywności zawodowej.

Spośród respondentów 52% określało swoją sytuację socjalno- ekonomiczną jako dobrą (n=65). 34% osób określało ją jako średnią (n=42). Jako bardzo dobrą oceniali 13% osób (n=16). Natomiast jako trudną 2 osoby - 1% (Rycina 5).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBIE



Rycina 5. Podział badanych ze względu na sytuację socjalno- ekonomiczną.

W grupie badanych osób było 90 żołnierzy szeregowych (73%), 16 starszych szeregowych (13%), 10 w stopniu plutonowego (8%) oraz 8 kaprali (%) (Rycina 6).



Rycina 6. Podział badanych ze względu na posiadany stopień wojskowy

Analiza wiedzy żołnierzy na temat zasad udzielania pomocy poszkodowanym.

Na czym polega ułożenie pacjenta w pozycji przeciwwstrząsowej

Spośród wszystkich ankietowanych 66 żołnierzy (co stanowi 53% ankietowanych) prawidłowo wskazało, że odpowiedź d tj. pozycja przeciwwstrząsowa polega na ułożeniu poszkodowanego na plecach i uniesieniu nóg na wysokość ok. 30 cm. 52 osoby zaznaczyły, że pozycją przeciwwstrząsową jest pozycja boczna ustalona, natomiast 6 osób, że jest to pozycja na wznak z uniesioną głową. Szczegółowe dane przedstawia poniższa (Tabela I).

Tabela I. Postępowanie z poszkodowanym we wstrząsie

Płeć	Pozycja przeciwwstrząsowa polega na ułożeniu pacjenta			
	(a) na wznak z uniesioną głową	(c) w pozycji bocznej ustalonej	(d) na wznak z uniesionymi nogami 30 cm nad ziemią	Wiersz Razem
Mężczyzna	4	44	59	107
% kolumny	67%	85%	89%	
% ogółu	3%	35%	48%	86%
Kobieta	2	8	7	17

% kolumny	33%	15%	11%	
% ogółu	2%	6%	6%	14%
Ogół	6	52	66	124
% ogółu	5%	42%	53%	100%

Postępowanie w czasie napadu drgawkowego u poszkodowanego

Poprawnej odpowiedzi udzieliło 90% ankietowanych (n=112) wskazując, że należy b) ochronić głowę przed urazami i utrzymać drożność dróg oddechowych. Cztery osoby uznały za stosowne pozostawić poszkodowanego do momentu, aż napad minie, również cztery osoby zaznaczyły, że należy wezwać pogotowie ratunkowe. Cztery następne uznały, że należy za wszelką cenę otworzyć poszkodowanemu usta, aby nie doszło do przygryzienia języka. Podział ze względu na płeć przedstawia poniższa tabela (Tabela II).

Tabela II. Postępowanie w trakcie napadu drgawkowego.

Płeć	W trakcie napadu drgawkowego u poszkodowanego należy:				
	(a) Pozostawić go w spokoju, aż napad minie	(b) ochronić głowę przed urazami i utrzymać drożność dróg oddechowych	(c) wezwać Zespół Ratownictwa medycznego	(d) za wszelką cenę otworzyć usta, aby nie doszło do przygryzienia języka	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	4	99	2	2	107
% kolumny	100%	88%	50%	50%	
% ogółu	3%	80%	2%	2%	86%
Kobieta	0	13	2	2	17
% kolumny	0%	12%	50%	50%	
% ogółu	0%	10%	2%	2%	14%
Ogół	4	112	4	4	124
% ogółu	3%	90%	3%	3%	100%

Przyczyny śpiączki cukrzycowej

Należało zaznaczyć odpowiedź d, ponieważ wszystkie odpowiedzi były prawidłowe. Na to pytanie prawidłowej odpowiedzi udzieliło 60% żołnierzy (n=74). Trzydzieści cztery osoby zaznaczyły, że tylko znaczny niedobór insuliny może powodować śpiączkę cukrzycową. 14 osób zaznaczyło przedawkowanie insuliny. 2 zaznaczyły, że występują zaburzenia świadomości, aż do jej utraty (Tabela III).

Tabela III. Przyczyny śpiączki cukrzycowej

Płeć	Śpiączka cukrzycowa może być powodem:				
	(a) znacznego niedoboru insuliny	(b) przedawkowania insuliny	(c) występują zaburzenia świadomości, aż	(d) odpowiedzi prawidłowe A,B,C	Wiersz (Razem)

			do jej utraty		
Mężczyzna	27	11	2	67	107
% kolumny	79%	79%	100%	91%	
% ogółu	22%	9%	2%	54%	86%
Kobieta	7	3	0	7	17
% kolumny	21%	21%	0%	9%	
% ogółu	6%	2%	0%	6%	14%
Ogół	34	14	2	74	124
% ogółu	27%	11%	2%	60%	100%

Postępowanie w sytuacji: Widzisz mężczyznę ok. 50 lat leżącego na chodniku na brzuchu. Co robisz?

Prawidłowym w tej sytuacji postępowaniem jest odwrócenie poszkodowanego na plecy i sprawdzenie, czy oddycha. Dokładnie takiej odpowiedzi udzieliło 92% respondentów (n=114). 8 żołnierzy zaznaczyło, że należy ułożyć poszkodowanego w pozycji przeciwwstrząsowej i wezwać policję. 2 żołnierzy zaznaczyło, że należy wezwać policję zakładając z góry, że osoba jest pijana (Tabela IV).

Tabela IV. Postępowanie z osobą nieprzytomną leżącą na chodniku w pozycji na brzuchu

Płeć	Widzisz mężczyznę ok. 50 lat leżącego na chodniku na brzuchu. Co robisz?			
	(a) zakładasz, że jest pijany i wzywasz policję	(b) układasz go w pozycji przeciwwstrząsowej i wzywasz policję	(d) przewracasz go na plecy i sprawdzasz, czy oddycha	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	2	8	97	107
%kolumny	100%	100%	85%	
%ogółu	2%	6%	78%	86%
Kobieta	0	0	17	17
%kolumny	0%	0%	15%	
%ogółu	0%	0%	14%	14%
Ogół	2	8	114	124
%ogółu	2%	6%	92%	100%

Postępowanie w sytuacji: Na przystanku autobusowym siedzi mężczyzna, który uskarża się na piekący ból w klatce piersiowej, szybko oddychający, jego skóra jest spocona i biała. Co robisz?

Prawidłową odpowiedzią, jaką należało w tym wypadku zaznaczyć była odpowiedź b) zabraniasz wykonywania najdrobniejszego wysiłku, rozpinasz koszulę pod szyją, pytasz, czy choruje na serce, wzywasz pomoc, rozważasz ułożenie w pozycji przeciwwstrząsowej. Takiej odpowiedzi udzieliło 97% osób (n=120). Dwie osoby odpowiedziały, że dzwonią po taksówkę w celu szybkiego przewiezienia poszkodowanego do szpitala. Dwie zaznaczyły odpowiedź o podaniu kwasu acetylosalicylowego, jeśli poszkodowany posiada go przy sobie i przyjmuje na stałe (Tabela V).

Tabela V. Postępowanie z poszkodowanym z bólem w klatce piersiowej.

Płeć	Na przystanku autobusowym siedzi mężczyzna, który uskarża się na piekący ból w klatce piersiowej, szybko oddychający, jego skóra jest spocona i biała. Co robisz?			
	(a) dzwonisz po taksówkę, w celu szybkiego przewiezienia do szpitala	(b) zabraniasz wykonywania najdrobniejszego wysiłku, rozpinasz koszulę pod szyją, pytasz, czy choruje na serce, wzywasz pomoc, rozważasz ułożenie w pozycji przeciwwstrząsowej	(c) podajesz mu kwas acetylosalicylowy, jeśli go przy sobie posiada i na stałe przyjmuje	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	2	103	2	107
% kolumny	100%	86%	100%	
% ogółu	2%	83%	2%	86%
Kobieta	0	17	0	17
% kolumny	0%	14%	0%	
% ogółu	0%	14%	0%	14%
Ogół	2	120	2	124
% ogółu	2%	97%	2%	100%

Schemat postępowania u dorosłego nieprzytomnego, u którego stwierdzono brak oddechu

Prawidłowym tokiem postępowania jest przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo oddechowej u osoby dorosłej w schemacie 30 uciśnień klatki piersiowej na 2 wdechy. Wiedziały o tym 84 osoby (68%). 36 żołnierzy uznało za prawidłową odpowiedź schemat postępowania polegający na wykonaniu w pierwszej kolejności dwóch wdechów, a następnie wykonanie 30 uciśnień klatki piersiowej. 4 żołnierzy zaznaczyło odpowiedź ze schematem 15 uciśnień klatki piersiowej oraz 2 wdechów (Tabela VI).

Tabela VI. Schemat postępowania w czasie resuscytacji krążeniowo oddechowej

Płeć	U dorosłego nieprzytomnego, u którego stwierdzasz brak oddechu, wykonasz schemat			
	(d) 30 uciśnień klatki piersiowej oraz 2 wdechy	(b) 2 wdechy oraz 30 uciśnień klatki piersiowej	(a) 15 uciśnień klatki piersiowej oraz 2 wdechy	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	73	32	2	107
% kolumny	87%	89%	50%	
% ogółu	59%	26%	2%	86%
Kobieta	11	4	2	17
% kolumny	13%	11%	50%	
% ogółu	9%	3%	2%	14%
Ogół	84	36	4	124
% ogółu	68%	29%	3%	100%

Objawy zawału mięśnia sercowego

Pytanie o objawy zawału mięśnia sercowego, nie sprawiło żołnierzom żadnego problemu- wszyscy odpowiedzieli prawidłowo (100%) (Tabela VII).

Tabela VII. Objawy zawału mięśnia sercowego

Płeć	Do najczęstszych objawów zawału mięśnia sercowego należą:	
	(a) ból w klatce piersiowej o charakterze pieczenia	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	107	107
% kolumny	86%	
% ogółu	86%	86%
Kobieta	17	17
% kolumny	14%	
% ogółu	14%	14%
Ogół	124	124
% ogółu	100%	100%

Przyczyny odstąpienia od sztucznej wentylacji metodą usta- usta

Postępowanie w takim przypadku zastanawia wiele osób. Poniższa tabela przedstawia zarówno podział ze względu na płeć jak również zróżnicowane podejście do resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 102 osoby (82%) gdyby znalazły się w takiej sytuacji wiedziałyby, że nie należy przystąpić do wentylacji metodą usta-usta, gdy c) poszkodowany połknął pestycydy. 20 osób wstrzymałoby się od wentylacji metodą usta- usta w przypadku, gdy poszkodowany znajdowałby się pod wpływem alkoholu. 2 osoby unikałoby tej czynności w przypadku poszkodowanego z krótką szyją (Tabela VIII).

Tabela VIII. Odstąpienie od wykonywania sztucznej wentylacji metodą usta-usta

Płeć	Sztucznej wentylacji metodą usta- usta nie powinno się wykonywać, gdy:			
	(c) poszkodowany połknął pestycydy)	(d) poszkodowany ma krótką szyję)	(a) poszkodowany jest pod wpływem alkoholu)	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	87	2	18	107
% kolumny	85%	100%	90%	
% ogółu	70%	2%	15%	86%
Kobieta	15	0	2	17
% kolumny	15%	0%	10%	
% ogółu	12%	0%	2%	14%
Ogół	102	2	20	124
% ogółu	82%	2%	16%	100%

Postępowanie u osoby, która straciła przytomność na skutek zatrucia

Postępowanie wobec osoby, która straciła przytomność na skutek zatrucia? Należało odpowiedzieć, że d) osobę samodzielnie oddychającą, ułożysz w pozycji bocznej ustalonej i udasz się po pomoc. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 65% ankietowanych (n=80). 22 osoby uznało, że w takiej sytuacji należy zabrać substancję trującą i udać się po pomoc. 18 osób zaznaczyło za właściwą odpowiedź mówiącą o wywołaniu wymiotów u osoby poszkodowanej i wezwaniu pomocy. 4 osoby uznało, że należy wezwać pomoc i jako odtrutkę podać węgiel aktywowany (Tabela IX).

Tabela IX. Postępowanie z osobą nieprzytomną na skutek zatrucia

Płeć	U osoby, która straciła przytomność na skutek zatrucia, wykonasz:				
	(d) osobę samodzielnie oddychającą, ułożysz w pozycji bocznej ustalonej i udasz się po pomoc	(b) wywołasz wymioty i wezwiesz pomoc	(c) weźmiesz substancję, którą osoba się zatrula i udasz się po pomoc	(a) wezwiesz pomoc i jako odtrutkę podasz węgiel aktywowany	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	69	15	19	4	107
% kolumny	86%	83%	86%	100%	
% ogółu	56%	12%	15%	3%	86%
Kobieta	11	3	3	0	17
% kolumny	14%	17%	14%	0%	
% ogółu	9%	2%	2%	0%	14%
Ogół	80	18	22	4	124
% ogółu	65%	15%	18%	3%	100%

Charakterystyka tlenku węgla

Fałszywą odpowiedzią, jaką należało zaznaczyć to odpowiedź c) charakterystycznie pachnie. Dokładnie tak zrobiło 86 osób (69%). 16 osób (13%) błędnie zaznaczyło, że fałszywą jest potoczna nazwa czad. 10 osób (8%) uznało za fałszywe stwierdzenie, że tlenek węgla jest lżejszy niż powietrze. 12 osób (10%) uznało za fałszywe stwierdzenie, że tlenek węgla wiąże się z hemoglobina o 300 razy silniej niż tlen (Tabela X).

Tabela X. Cechy charakterystyczne tlenku węgla

Płeć	Zaznacz fałszywe stwierdzenie na temat tlenku węgla:				
	(c) charakterystycznie pachnie	(b) lżejszy niż powietrze	(d) potoczna nazwa to czad	(a) z hemoglobina łączy się ok. 300 razy silniej niż tlen	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	74	6	15	12	107
% kolumny	86%	60%	94%	100%	
% ogółu	60%	5%	12%	10%	86%
Kobieta	12	4	1	0	17
% kolumny	14%	40%	6%	0%	
% ogółu	10%	3%	1%	0%	14%
Ogół	86	10	16	12	124
% ogółu	69%	8%	13%	10%	100%

Pierwszy objaw zatrucia tlenkiem węgla

Prawidłowa odpowiedź to zawroty głowy. Wiedziały o tym 102 osoby (82%). 14 żołnierzy (11%) uznało drapanie w gardle pierwszym objawem zatrucia tlenkiem węgla. 6 żołnierzy (5%) pieczenie oczu, 2 żołnierzy (2%) uznało, iż jest to swędzenie skóry (Tabela XI).

Tabela XI. Pierwszy objaw zatrucia tlenkiem węgla

Płeć	Pierwszym objawem zatrucia tlenkiem węgla jest:				
	d) zawroty głowy	b) pieczenie oczu	c) drapanie w gardle	a) swędzenie skóry	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	87	6	12	2	107
% kolumny	85%	100%	86%	100%	
% ogółu	70%	5%	10%	2%	86%
Kobieta	15	0	2	0	17
% kolumny	15%	0%	14%	0%	
% ogółu	12%	0%	2%	0%	14%
Ogół	102	6	14	2	124
% ogółu	82%	5%	11%	2%	100%

Postępowanie z poszkodowanym podtopionym

Poprawną odpowiedzią jest b) udrożnić drogi oddechowe i wykonać 5 sztucznych wdechów, gdy poszkodowany nie oddycha. Tak odpowiedziało 98 osób (79%). 14 żołnierzy (11%) uznało za wskazane ewakuowanie wody z dróg oddechowych przez ułożenie na boku. Po 6 osób (5%) wskazało stabilizację kręgosłupa oraz okrycie folią życia w celu zapobiegnięcia wychłodzeniu organizmu. (Tabela XII).

Tabela XII. Postępowanie z poszkodowanym podtopionym

Płeć	Poszkodowanemu podtopionemu należy:				
	(b) udrożnić drogi oddechowe i wykonać 5 sztucznych wdechów, gdy poszkodowany nie oddycha	a) ewakuować wodę z dróg oddechowych, przez ułożenie na boku	c) stabilizować kręgosłup, gdyż najczęstszym powodem utonięcia jest uraz odcinka szyjnego kręgosłupa	d) natychmiast po wyciągnięciu z wody okryć folią życia w celu zapobiegnięcia wychłodzeniu organizmu	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	85	11	6	5	107
% kolumny	87%	79%	100%	83%	
% ogółu	69%	9%	5%	4%	86%
Kobieta	13	3	0	1	17
% kolumny	13%	21%	0%	17%	
% ogółu	10%	2%	0%	1%	14%
Ogół	98	14	6	6	124
% ogółu	79%	11%	5%	5%	100%

Sztuczne oddychanie u osoby podtopionej

Należało zaznaczyć odpowiedź: natychmiast, najlepiej jeszcze w wodzie. Wiedziało o tym 32% żołnierzy (n=40). Najliczniej błędnie wybieraną odpowiedzią, była: natychmiast po wylaniu wody z płuc 45% żołnierzy, tak właśnie odpowiedziało (n=56). 23% żołnierzy również błędnie zaznaczyło odpowiedź: po ustabilizowaniu kręgosłupa (n=28). (Tabela XIII).

Tabela XIII. Prowadzenie sztucznego oddychania u osoby podtopionej

Płeć	Sztuczne oddychanie u osoby podtopionej rozpoczynasz			
	b) po ustabilizowaniu szyjnego odcinka kręgosłupa	d) natychmiast po wylaniu wody z płuc	(a) natychmiast najlepiej jeszcze w wodzi	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	26	49	32	107
% kolumny	93%	88%	80%	
% ogółu	21%	40%	26%	86%
Kobieta	2	7	8	17
% kolumny	7%	13%	20%	
% ogółu	2%	6%	6%	14%
Ogół	28	56	40	124
% ogółu	23%	45%	32%	100%

Określanie poparzonej powierzchni ciała według reguły „9”

Prawidłowa odpowiedź to 36%. Tak odpowiedziało 47% respondentów (n=58). 27% żołnierzy (n=34) odpowiedziało, że 18%. 15% żołnierzy (n=18) odpowiedziało, że 45%. Natomiast odpowiedź 27% powierzchni ciała wybrało 11% żołnierzy (n=14) (Tabela XIV).

Tabela XIV. Określanie oparzonej powierzchni ciała według reguły „9”

Płeć	U osoby dorosłej z poparzonymi obiema nogami, według reguły „9” procent poparzonej powierzchni ciała wynosi:				Wiersz (Razem)
	(a) 45%	d) 18%	b) 27%	c) 36%	
Mężczyzna	16	28	12	51	107
% kolumny	89%	82%	86%	88%	
% ogółu	13%	23%	10%	41%	86%
Kobieta	2	6	2	7	17
% kolumny	11%	18%	14%	12%	
% ogółu	2%	5%	2%	6%	14%
Ogół	18	34	14	58	124
% ogółu	15%	27%	11%	47%	100%

Najgroźniejsze powikłanie porażenia zmiennym prądem elektrycznym

Najgroźniejszym powikłaniem porażenia prądem są zaburzenia rytmu serca. Prawidłową odpowiedź zaznaczyło 86 osób (69%). 20 osób zaznaczyło wstrząs hipowolemiczny (16%). 18 osób zaznaczyło poparzenie skóry, mięśni, tkanek (15%) (Tabela XV).

Tabela XV. Najgroźniejsze powikłanie porażenia prądem elektrycznym zmiennym

Płeć	Jakie jest najgroźniejsze powikłanie porażenia zmiennym prądem elektrycznym?			
	a) poparzenie skóry, mięśni, tkanek	d) wstrząs hipowolemiczny	c) zaburzenia rytmu serca	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	17	17	73	107
% kolumny	94%	85%	85%	
% ogółu	14%	14%	59%	86%
Kobieta	1	3	13	17
% kolumny	6%	15%	15%	
% ogółu	1%	2%	10%	14%
Ogół	18	20	86	124
% ogółu	15%	16%	69%	100%

Postępowanie z osobą w stanie upojenia alkoholowego

Prawidłowym postępowaniem jest ułożenie w pozycji bocznej ustalonej, gdy brak kontaktu. Tak odpowiedziało 78 osób (63%). Ochrona przed upadkiem oraz wychłodzeniem była priorytetem dla 28 osób (23%). 12 osób (10%) odpowiedziało, że należy podawać duże ilości płynów do picia. Natomiast 6 osób (5%) odpowiedziało, że należy spowodować wymioty, tak by zmniejszyć wchłanianie wypitego alkoholu. (Tabela XVI).

Tabela XVI. Postępowanie z osobą w stanie upojenia alkoholowego

Płeć	Osobę w stanie upojenia alkoholowego należy:				
	d) podać duże ilości płynów do picia	b) ułożyć w pozycji bocznej ustalonej, gdy brak kontaktu	a) ochronić przed wychłodzeniem oraz upadkiem	c) spowodować wymioty, by zmniejszyć wchłanianie wypitego alkoholu	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	12	69	20	6	107
%kolumny	100%	88%	71%	100%	
%ogółu	10%	56%	16%	5%	86%
Kobieta	0	9	8	0	17
%kolumny	0%	12%	29%	0%	
%ogółu	0%	7%	6%	0%	14%
Ogół	12	78	28	6	124
%ogółu	10%	63%	23%	5%	100%

Postępowanie z poszkodowanym ukąszonym przez żmiję

Zaopatrzyć ranę jałowym opatrunkiem, unieruchomić nogę, przewieźć do szpitala. Wiedziało o tym 70 osób (56%). 44 osoby (35%) uważało, że należy założyć opatrunek uciskowy powyżej miejsca ukąszenia. 6 osób (5%) zaznaczyło odpowiedź, że należy ranę rozciąć nożem i wyssać krew. 4 osoby (3%) zaznaczyło wyciskanie jadu razem z krwią (Tabela XVII).

Tabela XVII. Postępowanie z poszkodowanym ugryzionym przez żmiję

Płeć	Na spacerze w lesie doszło do ugryzienia przez żmiję, poszkodowanemu należy:				
	b) ranę rozciąć nożem i wysysać krew	d) założyć opatrunek uciskowy powyżej miejsca ukąszenia	c) zaopatrzyć ranę jałowym opatrunkiem, unieruchomić nogę, przewieźć do szpitala	a) wyciskać jad razem z krwią	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	6	41	56	4	107
%kolumny	100%	93%	80%	100%	
%ogółu	5%	33%	45%	3%	86%
Kobieta	0	3	14	0	17
%kolumny	0%	7%	20%	0%	
%ogółu	0%	2%	11%	0%	14%
Ogół	6	44	70	4	124
%ogółu	5%	35%	56%	3%	100%

Postępowanie w przypadku ukąszenia dziecka przez pszczoły

Ewakuację dziecka w bezpieczne miejsce, wyjęcie tkwiące w ciele żądła, robienie zimnych okładów oraz uspokojenie dziecka, ocena oddechu, wezwanie pomocy. Takiej odpowiedzi udzieliły 104 osoby (84%). Ewakuację dziecka w bezpieczne miejsce, wyjęcie tkwiących w ciele żądeł, robienie zimnych okładów uznało za wystarczające na miejscu zdarzenia czynności do podjęcia 12 osób (10%). 6 osób (5%) zaznaczyło uspokojenie dziecka i pod żadnym pozorem niewyciągania żądeł. 2 osoby (2%) ograniczyło się tylko do wezwania pomocy (Tabela XVIII).

Tabela XVIII. Postępowanie w przypadku ukąszenia dziecka przez pszczoły

Płeć	Postępowanie w przypadku ukąszenia dziecka przez pszczoły obejmuje:				
	d) odpowiedź „c” oraz uspokojenie dziecka, ocena oddechu, wezwanie pomocy	b) uspokojenie dziecka i pod żadnym pozorem niewyciągania żądeł	c) ewakuację dziecka w bezpieczne miejsce, wyjęcie tkwiące w ciele żądła, robienie zimnych okładów	a) tylko na wezwaniu pomocy	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	91	6	8	2	107
% kolumny	88%	100%	67%	100%	
% ogółu	73%	5%	6%	2%	86%
Kobieta	13	0	4	0	17
% kolumny	13%	0%	33%	0%	
% ogółu	10%	0%	3%	0%	14%

Ogół	104	6	12	2	124
% ogółu	84%	5%	10%	2%	100%

Postępowanie z poszkodowanym z raną kłutą klatki piersiowej

Opatrunek zastawkowy. 38 osób znało odpowiedź na to pytanie (31%). 34 osoby (27%) wybrało opatrunek foliowy zakrywający szczelnie ranę. 28 osób (23%) opatrunek jałowy z opaski dzianej. 24 osoby (19%) uznało, że takich ran się nie zabezpiecza, z powodu możliwości zablokowania przepływu powietrza w drogach oddechowych (Tabela XIX).

Tabela XIX. Postępowanie w przypadku poszkodowanego z raną kłutą klatki piersiowej

Płeć	W przypadku rany kłutej klatki piersiowej na miejscu zdarzenia zastosowanie znajdzie:				Wiersz (Razem)
	a) opatrunek zastawkowy	d) opatrunek jałowy z opaski dzianej	(b) opatrunek foliowy zakrywający szczelnie ranę	c) takich ran się nie zabezpiecza, z powodu możliwości zablokowania przepływu powietrza w drogach oddechowych	
Mężczyzna	32	26	27	22	107
% kolumny	84%	93%	79%	92%	
% ogółu	26%	21%	22%	18%	86%
Kobieta	6	2	7	2	17
% kolumny	16%	7%	21%	8%	
% ogółu	5%	2%	6%	2%	14%
Ogół	38	28	34	24	124
% ogółu	31%	23%	27%	19%	100%

Postępowanie w przypadku rozległej rany powłok brzusznych z uszkodzeniem narządów wewnętrznych

Prawidłowym postępowaniem jest założenie osłaniającego opatrunku oraz przykrycie go termoizolacyjną folią. 45% żołnierzy tak odpowiedziało (n=56). 31% respondentów (n=38) zaznaczyło odpowiedź z postępowaniem polegającym na wezwaniu specjalistycznej pomocy i obserwacji poszkodowanego do czasu przybycia służb ratowniczych. 18% osób (n=22) wybrało założenie uciskowego opatrunku oraz zakrycie go termoizolacyjną folią. 6% żołnierzy (n=8) wybrało okrycie chorego folią termiczną i przetransportowanie do szpitala (Tabela XX).

Tabela XX. Postępowanie z poszkodowanym z rozległą raną powłok brzusznych i uszkodzeniem narządów wewnętrznych

Płeć	W przypadku rozległej rany powłok brzusznych z uszkodzeniem narządów wewnętrznych, postępowanie polega na:				Wiersz (Razem)
	(b) założeniu osłaniającego opatrunku oraz przykrycie go termoizolacyjną folią)	d) okryciu chorego folią termiczną i przetransportowanie do szpitala)	a) założeniu uciskowego opatrunku oraz zakrycie go termoizolacyjną folią)	c) wezwaniu specjalistycznej pomocy i obserwacji poszkodowanego do czasu przybycia służb ratowniczych)	
Mężczyzna	47	8	19	33	107
% kolumny	84%	100%	86%	87%	
% ogółu	38%	6%	15%	27%	86%
Kobieta	9	0	3	5	17
% kolumny	16%	0%	14%	13%	

% ogółu	7%	0%	2%	4%	14%
Ogół	56	8	22	38	124
% ogółu	45%	6%	18%	31%	100%

Zasady ewakuacji poszkodowanego na desce ortopedycznej

Należało zaznaczyć odpowiedź: w celu unieruchomienia głowy na czas ewakuacji wystarczy kołnierz ortopedyczny. Tak zaznaczyły 32 osoby (26%). 50% żołnierzy błędnie zaznaczyło, wskazane jest przenoszenie poszkodowanego nogami w stronę marszu (n=62). 13% żołnierzy zaznaczyło wskazane jest przymocowanie rąk poszkodowanego pasami (n=13). 11% osób zaznaczyło odpowiedź o treści: przed każdym przenoszeniem poszkodowanego na desce, powinno się zapiąć 4 pasy zabezpieczające (n=14) (Tabela XXI).

Tabela XXI. Ewakuowanie poszkodowanego na desce ortopedycznej

Płeć	Wskaż błędne stwierdzenie dotyczące ewakuowania poszkodowanego na desce ortopedycznej.				Wiersz (Razem)
	a) przed każdym przenoszeniem poszkodowanego na desce, powinno się zapiąć 4 pasy zabezpieczające	d) wskazane jest przymocowanie rąk poszkodowanego pasami	c) w celu unieruchomienia głowy na czas ewakuacji wystarczy kołnierz ortopedyczny)	b) wskazane jest przenoszenie poszkodowanych nogami w stronę marszu)	
Mężczyzna	13	15	25	54	107
% kolumny	93%	94%	78%	87%	
% ogółu	10%	12%	20%	44%	86%
Kobieta	1	1	7	8	17
% kolumny	7%	6%	22%	13%	
% ogółu	1%	1%	6%	6%	14%
Ogół	14	16	32	62	124
% ogółu	11%	13%	26%	50%	100%

Postępowanie w przypadku oparzenia dłoni wrzątkiem

Prawidłową odpowiedzią jest: obfite schładzanie wodą dłoni, wezwanie pomocy. 110 osób znało odpowiedź na to pytanie (89%). 8 osób uznało szybkie wezwanie pomocy i podanie środków przeciwbólowych za właściwe postępowanie (6%). 4 osoby zaznaczyło: założenie jałowego, suchego opatrunku (3%). 2 osoby wybrało odpowiedź: natłuszczenie lub polanie alkoholem, gdyż dobrze absorbują ciepło (2%) (Tabela XXII).

Tabela XXII. Postępowanie w przypadku oparzenia dłoni wrzątkiem

Płeć	Jakie postępowanie wdrożysz w przypadku oparzenia dłoni wrzątkiem:				Wiersz (Razem)
	c) założenie jałowego, suchego opatrunku	b) obfite schładzanie wodą dłoni, wezwanie pomocy	d) natłuszczenie lub polanie alkoholem, gdyż dobrze absorbują ciepło	a) szybkie wezwanie pomocy i podanie środków przeciwbólowych	
Mężczyzna	2	97	2	6	107
% kolumny	50%	88%	100%	75%	
% ogółu	2%	78%	2%	5%	86%
Kobieta	2	13	0	2	17
% kolumny	50%	12%	0%	25%	

% ogółu	2%	10%	0%	2%	14%
Ogół	4	110	2	8	124
% ogółu	3%	89%	2%	6%	100%

Postępowanie w przypadku krwotoku tętniczego

Prawidłowa odpowiedź to założenie opatrunku uciskowego na ranę. 44 żołnierzy tak zaznaczyło (35%). 72 żołnierzy (58%) uznało założenie opaski uciskowej nad miejscem zranienia za właściwe. 6 żołnierzy (5%) wybrało założenie szczelnego opatrunku osłaniającego, natomiast 2 (2%) uznało, że należy założyć opaskę uciskową pod miejscem zranienia (Tabela XXIII).

Tabela XXIII. Postępowanie w przypadku krwotoku tętniczego

Płeć	Pierwszą czynnością w przypadku krwotoku tętniczego jest:				
	c) założenie opatrunku uciskowego na ranę	a) założenie szczelnego opatrunku osłaniającego	d) założenie opaski uciskowej nad miejscem zranienia	b) założenie opaski uciskowej pod miejscem zranienia	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	42	3	60	2	107
% kolumny	95%	50%	83%	100%	
% ogółu	34%	2%	48%	2%	86%
Kobieta	2	3	12	0	17
% kolumny	5%	50%	17%	0%	
% ogółu	2%	2%	10%	0%	14%
Wszystkie	44	6	72	2	124
%ogółu	35%	5%	58%	2%	100%

Postępowanie w zakrzuszeniu:

Zachęcanie do kaszlu i naprzemiennie stosując uderzenia w okolicę międzyłatkową oraz uciśnięcia nadbrzusza, 76% osób poprawnie odpowiedziało na to pytanie (n=94). 19% żołnierzy (n=24) odpowiedziało, że stosuje się tylko uderzenia w okolicę międzyłatkową, gdyż uciśnięcia nadbrzusza mogą spowodować uszkodzenie narządów wewnętrznych. 3% żołnierzy (n=4) odpowiedziało, że należy podać niegazowaną wodę do picia. 2% żołnierzy (n=2) odpowiedziało, że nie robi nic, czekając na rozwój zdarzeń (Tabela XXIV).

Tabela XXIV. Postępowanie w zadławieniu osoby dorosłej

Płeć	W twojej obecności osoba dorosła zaczyna się krztusić, co robisz:				
	d) podaję niegazowaną wodę do picia	c) nic nie robię, czekając na rozwój zdarzeń	a) zachęcam do kaszlu i naprzemiennie stosuję uderzenia w okolicę międzyłatkową oraz uciśnięcia nadbrzusza	b) stosuję tylko uderzenia w okolicę międzyłatkową, gdyż uciśnięcia nadbrzusza mogą spowodować uszkodzenie narządów wewnętrznych	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	4	2	80	21	107
% kolumny	100%	100%	85%	88%	
% ogółu	3%	2%	65%	17%	86%
Kobieta	0	0	14	3	17
% kolumny	0%	0%	15%	13%	

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBIE

% ogółu	0%	0%	11%	2%	14%
Ogół	4	2	94	24	124
% ogółu	3%	2%	76%	19%	100%

Kolejność działań udzielania pomocy osobie wychłodzonej

Prawidłową odpowiedzią jest: kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych, ewakuowanie poszkodowanego do ciepłego pomieszczenia i rozebranie ze zbędnych ubrań, ułożenie w pozycji poziomej, ogrzewanie bierne i ograniczenie poruszania. 44% osób (n=46) takiej udzieliło odpowiedzi. Większość respondentów 47% (n=58) odpowiedziało, że należy ewakuować poszkodowanego do ciepłego miejsca, rozcierać wychłodzone miejsca, ułożyć w pozycji bezpiecznej oraz podawać ciepłe napoje. 6% respondentów (n=8) wskazało intensywne rozcieranie wychłodzonych miejsc, zalecenie gimnastyki, podawanie ciepłych płynów, ułożenie w pozycji siedzącej jako odpowiedź prawidłową. 3% respondentów (n=4) zaznaczyło ewakuowanie poszkodowanego do ciepłego miejsca, kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych, podawanie ciepłych płynów, najlepiej z alkoholem, gdyż lepiej rozgrzewają organizm (Tabela XXV).

Tabela XXV. Postępowanie w przypadku udzielania pomocy osobie wychłodzonej

	Wybierz prawidłową kolejność działań w przypadku udzielania pomocy osobie wychłodzonej:				
	a) ewakuowanie poszkodowanego do ciepłego pomieszczenia, rozcieranie miejsc wychłodzonych, ułożenie w pozycji bezpiecznej, podawanie ciepłych napojów	c) kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych, ewakuowanie poszkodowanego do ciepłego pomieszczenia i rozebranie ze zbędnych ubrań, ułożenie w pozycji poziomej, ogrzewanie bierne i ograniczenie poruszania	d) intensywne rozcieranie wychłodzonych miejsc, zalecenie gimnastyki, podawanie ciepłych płynów, ułożenie w pozycji siedzącej	b) ewakuowanie poszkodowanego do ciepłego pomieszczenia, kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych, podawanie ciepłych płynów, najlepiej z alkoholem, gdyż lepiej rozgrzewają organizm	Wiersz (Razem)
Płeć					
Mężczyzna	52	46	7	2	107
% kolumny	90%	85%	88%	50%	
% ogółu	42%	37%	6%	2%	86%
Kobieta	6	8	1	2	17
% kolumny	10%	15%	13%	50%	
% ogółu	5%	6%	1%	2%	14%
Ogół	58	54	8	4	124
% ogółu	47%	44%	6%	3%	100%

Postępowanie z osobą zatrutą środkami chemicznymi żrącymi

Osobie zatrutej środkami chemicznymi nie należy: prowokować wymiotów. Wiedziało o tym 70 żołnierzy (56%). 26 żołnierzy (21%) odpowiedziało, że w przypadku prowadzenia

resuscytacji należy ograniczyć się jedynie do uciśnięć klatki piersiowej. 10 osób (8%) uznali, że nie powinni kazać poszkodowanemu wyplukać kilkakrotnie jamę ustną letnią wodą. 18 osób (15%) zabroniłoby, podawania poszkodowanemu wody do picia małymi łykami (Tabela XXVI).

Tabela XXVI. Postępowanie z poszkodowanym zatrutym żrącymi środkami chemicznymi

Płeć	Czego nie powinieneś robić w przypadku udzielania pomocy osobie zatrutej środkami chemicznymi żrącymi:				Wiersz (Razem)
	d) w przypadku prowadzenia resuscytacji ograniczyć się jedynie do uciśnięć klatki piersiowej	a) prowokować wymiotów	b) kazać poszkodowanemu wyplukać kilkakrotnie jamę ustną letnią wodą	c) podawać poszkodowanemu wodę do picia małymi łykami	
Mężczyzna	20	63	9	15	107
% kolumny	77%	90%	90%	83%	
% ogółu	16%	51%	7%	12%	86%
Kobieta	6	7	1	3	17
% kolumny	23%	10%	10%	17%	
% ogółu	5%	6%	1%	2%	14%
Ogół	26	70	10	18	124
% ogółu	21%	56%	8%	15%	100%

Objawy mogące świadczyć o możliwości zatrucia lekami

Należało wybrać wszystkie z powyższych: spowolnienie umysłowe i fizyczne, senność, aż do śpiączki, osłabienie, nudności wymioty, bóle brzucha, zwolnienie lub przyspieszenie bicia serca. Tak odpowiedziało 110 żołnierzy (89%). 8 żołnierzy (6%) uznało, że tylko spowolnienie umysłowe i fizyczne, senność, aż do śpiączki. 6 żołnierzy (5%) uznało, że objawami zatrucia lekami są tylko osłabienie, nudności i wymioty, bóle brzucha (Tabela XXVII).

Tabela XXVII. Objawy zatrucia lekami

Płeć	Wystąpienie jakich objawów u poszkodowanego może świadczyć o możliwości zatrucia lekami:			Wiersz (Razem)
	d) wszystkie z powyższych odpowiedzi są prawidłowe	a) spowolnienie umysłowe i fizyczne, senność, aż do śpiączki	b) osłabienie, nudności i wymioty, bóle brzucha	
Mężczyzna	97	8	2	107
% kolumny	88%	100%	33%	
% ogółu	78%	6%	2%	86%
Kobieta	13	0	4	17
% kolumny	12%	0%	67%	
% ogółu	10%	0%	3%	14%

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI

Ogół	110	8	6	124
% ogółu	89%	6%	5%	100%

Kluczowe postępowanie w czasie udzielania pierwszej pomocy osobie z objawami zatrucia grzybami

Prowokowanie wymiotów. Prawidłowo odpowiedziało 84 żołnierzy (68%). 16 żołnierzy (13%) za kluczowe uważa podawanie dużej ilości wody do picia w celu rozcieńczenia toksyn zawartych w grzybach. 10 osób (8%) uważa za kluczowe podawanie mleka do picia w celu neutralizacji toksyn. 14 osób (11%) uważa, że dopóki poszkodowany jest przytomny nic nie może zrobić (Tabela XXVIII).

Tabela XXVII. Postępowanie z poszkodowanym bez zaburzeń świadomości z objawami zatrucia grzybami.

Płeć	Jakie postępowanie jest kluczowe w czasie udzielania pierwszej pomocy osobie przytomnej bez zaburzeń świadomości z objawami zatrucia grzybami:				
	a) podawanie dużej ilości wody do picia w celu rozcieńczenia toksyn zawartych w grzybach	b) prowokowanie wymiotów	c) podawanie mleka do picia w celu neutralizacji toksyn	d) dopóki poszkodowany jest przytomny nic nie możemy zrobić	Wiersz (Razem)
Mężczyzna	13	73	10	11	107
% kolumny	81%	87%	100%	79%	
% ogółu	10%	59%	8%	9%	86%
Kobieta	3	11	0	3	17
% kolumny	19%	13%	0%	21%	
% ogółu	2%	9%	0%	2%	14%
Ogół	16	84	10	14	124
% ogółu	13%	68%	8%	11%	100%

DYSKUSJA

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że wszyscy ankietowani żołnierze są w stanie prawidłowo wskazać najczęstsze objawy zawału mięśnia sercowego. Większość tj. 90% respondentów wskazało prawidłowe postępowanie podczas napadu drgawkowego. 92% pytanym żołnierzom znana jest prawidłowa postępowanie w przypadku osoby nieprzytomnej, znajdującej się w pozycji na brzuchu. Zadowalająca również jest znajomość postępowania z poszkodowanym z bólem w klatce piersiowej, kształtująca się w badanej grupie na poziomie 97%. Wiedza żołnierzy na temat schematu postępowania w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest niesatysfakcjonująca. Jedynie 68% osób zaznaczyło właściwy algorytm działań przy NZK (nagłym zatrzymaniu krążenia). W porównaniu z wynikami badań przeprowadzonych przez Pilipa i wsp. [20], w 2012 roku, wynik żołnierzy WOT daje im 3 miejsce za Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym 86%, Państwową Strażą Pożarną 70%, przed Ochotniczą Strażą Pożarną 65%, Policją 60%. W pytaniu o postępowanie z poszkodowanym nieprzytomnym z zachowanym oddechem wszyscy pracownicy WOPR

w 100% udzielili prawidłowej odpowiedzi, żołnierze WOT oraz OSP 65% prawidłowych odpowiedzi, Policja 60%, PSP 35%.

Wyniki badań „Stan wiedzy studentów o zasadach udzielania pierwszej pomocy i systemie państwowego ratownictwa medycznego w Polsce” autorstwa Seweryn, Spodaryka i Ziarko [21], przeprowadzonych od maja do czerwca 2015 r. wśród studentów III roku Krakowskiej uczelni na kierunkach: bezpieczeństwo wewnętrzne, prawo, fizjoterapia, kosmetologia, pedagogika w porównaniu z wynikami żołnierzy WOT przedstawiają się następująco. W pytaniu o uciśnięcia klatki piersiowej w czasie prowadzenia resuscytacji krążeniowo - oddechowej prawidłowej odpowiedzi udzieliło 67% studentów, 68% żołnierzy WOT. Tak słaby wynik jest zaskoczeniem szczególnie, że Komitet Wykonawczy Europejskiej Rady Resuscytacji od lat wydaje rekomendacje i algorytmy postępowania, w których kładzie nacisk, na prawidłowe wykonywanie uciśnień klatki piersiowej w czasie RKO jako najistotniejszego elementu. Następne pytanie dotyczyło sposobu zabezpieczenia krwotoku tętniczego. 42% studentów prawidłowo odpowiedziało, podczas gdy żołnierzy tylko 35%. Prawidłowym postępowaniem jest założenie opatrunku uciskowego bezpośrednio na ranę. Najczęściej błędnie wybieraną odpowiedzią w obu badanych grupach było założenie opaski uciskowej powyżej bądź, co gorsza, poniżej miejsca zdarzenia. Bez gruntowej wiedzy o celowości oraz zasadach takiego postępowania jako elementu pierwszej pomocy działanie takie przynosi więcej szkody niż korzyści poszkodowanemu. Na pytanie o sposób postępowania w przypadku oparzenia dłoni wrzątkiem, w przypadku studentów uzyskano 78% poprawnych odpowiedzi, wśród żołnierzy było ich 89%. Pozycję przeciwwstrząsową prawidłowo określił co 2 żołnierz (53%) oraz co 2 student (57%). Najczęstszym błędem w obu grupach badanych było mylne utożsamianie pozycji przeciwwstrząsowej z pozycją boczną ustaloną.

Tylko co 3 żołnierz z badania własnego znał prawidłowe postępowanie dotyczące prowadzenia sztucznego oddychania u osoby podtopionej. Najważniejszym jest, aby rozpocząć oddechy ratownicze jak najszybciej, natychmiast, najlepiej jeszcze w wodzie. Prawie połowa ankietowanych odpowiedziała, że należy wcześniej wylać wodę z płuc, jest to błędne przeświadczenie.

Mniej jak połowa osób (47%) z badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy umiała prawidłowo odpowiedzieć na pytanie dotyczące określania oparzonej powierzchni ciała według reguły 9. 38% żołnierzy zaniżyło procent oparzonej powierzchni ciała, natomiast 15% zawyżyło go.

Co drugi żołnierz odpowiedział prawidłowo na pytanie związane z postępowaniem zaopatrzenia rany powstałej w wyniku ugryzienia przez żmiję. 56% słusznie zaznaczyło, że należy zaopatrzyć ranę jałowym opatrunkiem, unieruchomić nogę oraz przewieźć do szpitala. Nie brakowało odpowiedzi rodem z filmów akcji, gdzie bohater rozcina nożem ranę i wysysa krew.

Niemalym problemem okazało się pytanie o postępowanie w przypadku rany klutej klatki piersiowej. Jedynie co trzecia osoba prawidłowo odpowiedziała (31%), iż zastosowanie znajdzie opatrunek zastawkowy. Istotnym bowiem jest, aby opatrunek zapobiegał przed przedostawaniem się powietrza atmosferycznego przez ranę w ścianie klatki piersiowej, a jednocześnie umożliwiał wydostanie się na zewnątrz powietrza gromadzącego się w uszkodzonej opłucnej.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że nie ma istotnej statystycznie różnicy między odpowiedziami kobiet i mężczyzn. Wyniki ukazują, że częściej prawidłowych odpowiedzi udzielają osoby młodsze w przedziale wieku 18-25 lat oraz 26-40 lat, pracujące zawodowo, z wykształceniem wyższym oraz średnim. Wyniki badań ukazują jedynie teoretyczną wiedzę żołnierzy. Pytania, które zostały postawione, sprawdzały wiedzę z zakresu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy dla osób bez wykształcenia medycznego. Ankietowani nie wykazali się należyty poziomem wiedzy w wyżej wymienionym zakresie. Zapewne należałoby ocenić program szkoleń pod kątem treści materiału dydaktycznego. Istotnym jest również forma przekazu, liczebność grup, ćwiczenia praktyczne oraz sprawdzenie zdobytej na kursie wiedzy. Ważnym jest również ustawiczne odświeżanie i powtarzanie zdobytej wiedzy, według rekomendacji Europejskiej Rady Resuscytacji podstawowe zabiegi ratujące życie nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy badanych żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej nie jest wystarczający.
2. Nie ma istotnej statystycznie różnicy między wiedzą na temat zasad udzielania pierwszej pomocy kobiet a mężczyzn.
3. Istnieje korelacja pomiędzy poziomem wykształcenia, a ilością poprawnych odpowiedzi na korzyść osób z wykształceniem średnim oraz wyższym.

4. Żołnierze powinni mieć obowiązek uczestniczenia w rzetelnie prowadzonych zajęciach pierwszej pomocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410).
2. Campbell J.E. (red.): International Trauma Life Support. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.
3. Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji.
4. Węgielnik J., Basiński A.: Resuscytacja krążeniowo- oddechowa u dorosłych. Postępowanie w zadławieniu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2008, 2, 187-195.
5. Jakubaszko J.: Medycyna ratunkowa -Nagłe stany zagrożenia zdrowotnego pochodzenia wewnętrznego. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2014.
6. Kózka M., Rumian B., Maślanka M.: Pielęgniarstwo Ratunkowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2013.
7. Szczudlik A., Jędrzejczak J., Mazurkiewicz- Beldzińska T.: Padaczka. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
8. Wierusz-Wysocka B., Zozulińska -Ziółkiewicz D.: Postępowanie w stanach nagłych i szczególnych u chorych na cukrzycę. Via Medica, Gdańsk 2010.
9. Gajewski P.: Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
10. Gumprecht J.: Diabetologia praktyczna. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, 2017, 3, suplement A, 36-37.
11. Łukasik- Głębocka M.: Ostre zatrucia w praktyce ratownika medycznego. PZWL, Warszawa 2018.
12. Piotrowski J.K.: Podstawy toksykologii. Wydawnictwo Naukowo- Techniczne, Warszawa 2008.
13. Aleksandrowicz D., Gaszyński W., Gaszyński T.: Udrażnianie dróg oddechowych u pacjentów urazowych w warunkach pozaszpitalnych. Anestezjologia i Ratownictwo, 2013, 7, 233-243.
14. Szpringer M., Wybraniec-Lewicka B., Czerwiak G., Michalska M., Krawczyńska J.: Upadki i urazy wieku geriatrycznego. Studia Medyczne, 2008, 9, 77-81.
15. Gnojek K., Kopański Z., Gajdosz R.: Urazy klatki piersiowej w materiale Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Journal of Clinical Healthcare, 2015, 2, 11-20.
16. Janczewska E., Truszewski Z., Olański W.: Urazy jako najczęstsza przyczyna zgłaszania się małoletnich pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego. Pediatra Polska, 2015, 90 (3), 196-203.

17. Czaja E., Kózka M., Burda A.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2012, 1, 3, 92 - 96.
18. Matuszczak E., Dębek W., Chomicz A., Dzienis- Koronkiewicz M., Hermanowicz A.: Analiza etiologii i epidemiologii oraz ocena wyników leczenia oparzeń u dzieci. *Pediatrics Polska*, 2011, 86(3), 254-259.
19. Nabzdyk A.: Postępowanie w oparzeniach [w:] Postępowanie przedszpitalne w obrażeniach ciała. Guła P. i Machała W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 303 - 321.
20. Pilip S., Wójcik A., Michalak G.: Wiedza w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach z systemu państwowego ratownictwa medycznego. *Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwpowodziowej*, 2015, 38(2), 133 - 140.
21. Seweryn B., Sporadyk M., Ziarko A.: Stan wiedzy studentów o zasadach udzielania pierwszej pomocy i systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce. *Państwo i Społeczeństwo*, 2016, 4, 69-86.

PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI PACJENTÓW W II KLINICE CHIRURGII OGÓLNEJ I GASTROENTEROLOGICZNEJ USK W BIAŁYMSTOKU W LATACH 2016-2018

BARBARA DRUGOW¹, BEATA KOWALEWSKA²

¹ Absolwentka Wydziału Medycznego, Wyższej szkoły Agrobiznesu

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak trzustki jest na 5-6 miejscu jako przyczyna zgonów w Polsce. Rak trzustki występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, przy czym u mężczyzn guz częściej jest zlokalizowany w głowie trzustki 60-70%, zaś u kobiet w trzonie i ogonie trzustki 18-20% [1]. Występują również zmiany wieloogniskowe, rozsiane naciekające całą trzustkę 20%. Przyczyną pojawienia się raka trzustki jest genetyczna predyspozycja, która jest powiązana z nabytą mutacją genów [2, 3].

Zapadalność wynosi od 8-12 osób/100 000/rok. Stanowi około 3% nowotworów. Częstość zachorowania zwiększa się wraz z wiekiem, występuje najczęściej po 50 roku życia około 80% hospitalizacji. U chorych zgłaszający się do lekarza 75-90% rozpoznawane jest już późne stadium choroby nowotworowej, często już z przerzutami. Pacjenci nie są kwalifikowani do operacji, gdyż nie da to większej szansy na przeżycie [4, 5]. Zgon następuje przeważnie po 3-6 miesiącach od chwili rozpoznania choroby nowotworowej trzustki. 80% pacjentów umiera w ciągu 1-2 lat, 5-letnie przeżycie po zabiegach ma szanse od 17-24% operowanych pacjentów. Wielka umieralność pacjentów jest spowodowana późnym rozpoznaniem oraz braku skutecznego leczenia powodują, że liczba zgonów jest bliska częstości występowania danego nowotworu [1, 2].

Rak trzustki częściej występuje w krajach rozwiniętych, uprzemysłowionych. Rak trzustki jest nowotworem o wzrastającej częstości występowania w świecie. W Stanach Zjednoczonych nowotwór ten jest przyczyną 25 tysięcy zgonów z powodu raka [4, 6, 7].

Polska należy do krajów, w których zapadalność na raka żołądka jest bardzo wysoka. Zajmuje drugie miejsce co do częstości przyczyny zgonów. Zachorowalność w Polsce wynoszą około 5% u mężczyzn, 2,5% u kobiet. Rak żołądka stanowi trzecią przyczynę zgonów mężczyzn, zaś ósmą u kobiet [8]. Nowotwór złośliwy żołądka występuje u ponad 95% przypadków. Pozostałe 5% stanowią chłoniaki, mięsaki, guzy neuroendokrynne, guzy

podścieliskowe [9]. W Polsce na raka żołądka rocznie umiera około 5500 osób. Średnia wieku zachorowania na raka żołądka to 50 a 60 rok życia [1].

W Polsce zapadalność na raka żołądka maleje jednak w krajach Azjatyckich Japonii, Korei w Chinach jego występowanie nadal utrzymuje się na wysokim poziomie [4, 5].

Najmniejsza zachorowalność można zaobserwować w Ameryce Północnej, w państwach Europy Zachodniej, Indiach, Australii i większości krajów Afryki [7].

Kamica pęcherzyka żółciowego należy do najczęściej występujących chorób przewodu pokarmowego. Uważa się, że choroba ta dotyczy 10-15% populacji. W Polsce występuje u około 20% ludzi - 18% u kobiet, 8% u mężczyzn, zaś w Europie sięga 30% i Stanach Zjednoczonych Ameryki u kobiet przed 50 rokiem życia wynosi 5-15%, a po 50 roku życia 25%, zaś u mężczyzn przed 50 rokiem życia 4-10%, po 50 roku życia 10-15% [6, 7, 10].

Kamica pęcherzyka żółciowego predysponowana jest wiekiem wzrasta znacznie w 50 - 60 roku życia. Można powiedzieć, że „Reguła 5 x F czynniki ryzyka kamicy żółciowej: female (kobieta), fair (jasnowłosa), fat (otyła), forty (czterdziestoletnia), fertile (płodna).” Kamienie żółciowe możemy podzielić na cholesterolowe, barwnikowe, mieszane [11].

Przyczyny raka trzustki nie jest znana do dziś, natomiast poznanych jest wiele czynników mających wpływ na powstanie tego zachorowania, takie jak palenie papierosów, spożywanie czerwonego mięsa, nieprzestrzeganie diety. Częstość zachorowania na raka trzustki wzrasta wraz z wiekiem [1].

Rak żołądka może nie dawać żadnych objawów lub są one niecharakterystyczne i na tym etapie zazwyczaj jest rozpoznawany przypadkowo, jednak większość przypadków raka żołądka rozpoznawana jest w zaawansowanym stadium choroby [12]. Leczenie chirurgiczne jest najskuteczniejszą metodą stosowaną we wczesnym i zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [13]. W stadium zaawansowanym paliatywne leczenie chirurgiczne stosowane jest w przypadkach braku możliwości wykonania zabiegu chirurgicznego.

Osoby chorujące na kamice pęcherzyka żółciowego i o tym nie wiedzą, gdyż przebiega ona bezobjawowo. Najważniejszym objawem jest wystąpienie kolki żółciowej [6]. Sposobem leczenia kamicy żółciowej jest zabieg operacyjny cholecystektomia, polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz ze złogami.

CEL PRACY

Celem pracy było: określenie przyczyn hospitalizacji pacjentów w II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w Białymstoku w latach 2016-2018.

MATERIAŁY I METODYKA

Badania przeprowadzono na przełomie od września 2019 do marca 2020 roku po uzyskaniu zgody Dyrekcji Uniwersytetu. Materiał do pracy zebrano na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku z lat 2016-2018. Na potrzeby badań wyselekcjonowano 766 egzemplarzy dokumentacji medycznej dotyczącej schorzeń najczęściej leczonych pacjentów w Klinice.

Do obliczenia wyników wykorzystany został arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel. Uzyskane wyniki poddane zostały analizie, a następnie przedstawione w formie opisowej i graficznej.

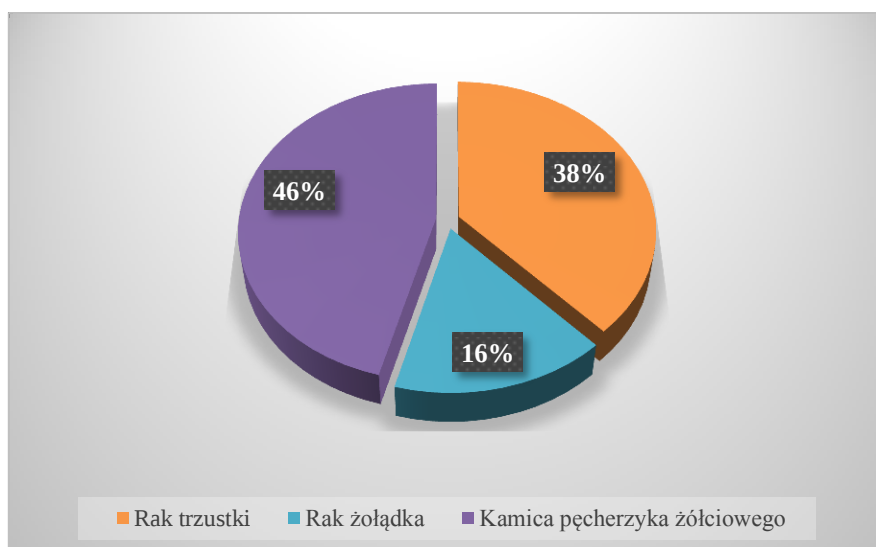
WYNIKI

Analizie poddano dokumentację pacjentów Kliniki II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku z lat 2016-2018 za zgodą Dyrekcji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

Na potrzeby badań wyselekcjonowano 766 egzemplarzy dokumentacji medycznej dotyczącej schorzeń najczęściej leczonych pacjentów w Klinice. Do analizy zakwalifikowano 291 historii chorób pacjentów leczonych z powodu raka trzustki (w 2016 roku wybrano 124 (42,61%) historii chorób pacjentów, w 2017 wybrano 95 (32,65%) historii chorób i 72 (24,74%) historie chorób w roku 2018), 124 historii chorób pacjentów chorych na raka żołądka (w 2016 roku wybrano 42 (33,87%) historii chorób, w 2017 wybrano 50 (40,32%) historii chorób i 32 (25,81%) historie chorób w roku 2018) i 351 historii chorób pacjentów leczonych z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego (w 2016 roku wybrano 148 (42,17%) historii chorób pacjentów, w 2017 wybrano 85 (24,22%) historii chorób, zaś w 2018 roku 118 (33,62%) historii chorób).

Kamica pęcherzyka żółciowego w porównaniu z rakiem żołądka i rakiem trzustki była najczęstszą przyczyną hospitalizacji w omawianym okresie - 46%. Rak trzustki występował u 38% osób objętych badaniem (Rycina 1).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBIĘ



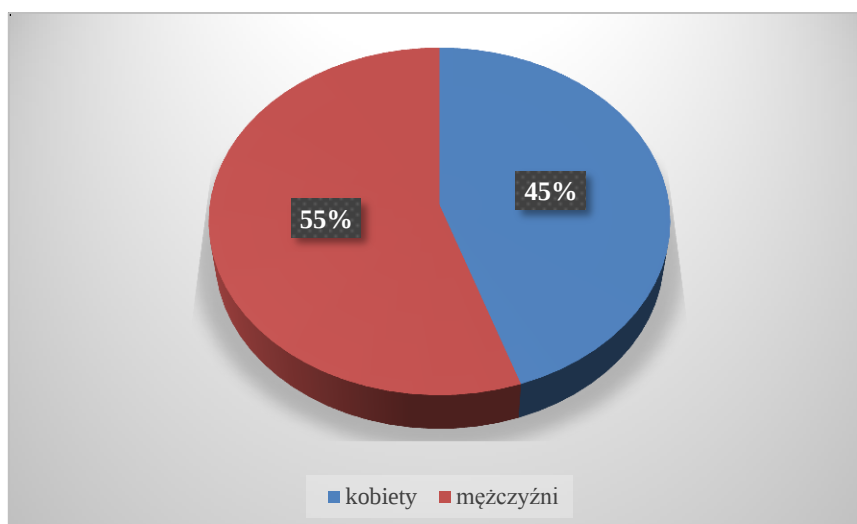
Rycina 1. Ilość zachorowań

W okresie poszczególnych objętych badaniem lat można zauważyć, że najwięcej pacjentów hospitalizowano z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego (odpowiednio w 2016 - 42%, 2017- 24%, 2018-34%). W raku trzustki z każdym rokiem zauważono malejącą tendencję (Tabela I).

Tabela I. Występowanie chorób w poszczególnych latach

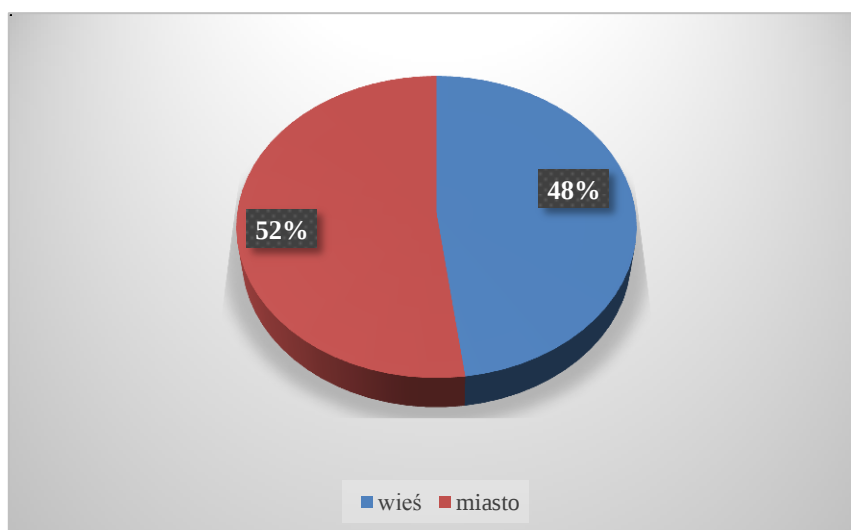
	rak trzustki		rak żołądka		kamica pęcherzyka żółciowego	
	N	%	N	%	N	%
2016	124	42,61	42	33,87	148	42,17
2017	95	32,65	50	40,32	85	24,22
2018	72	24,74	32	25,81	118	33,62
Suma	291	100,00	124	100,00	351	100,00

Wśród hospitalizowanych w omawianym okresie przeważali mężczyźni, którzy stanowili 55% (Rycina 2).



Rycina 2. Płeć hospitalizowanych

Wśród hospitalizowanych przeważali również mieszkańcy miast 52% (Rycina 3).

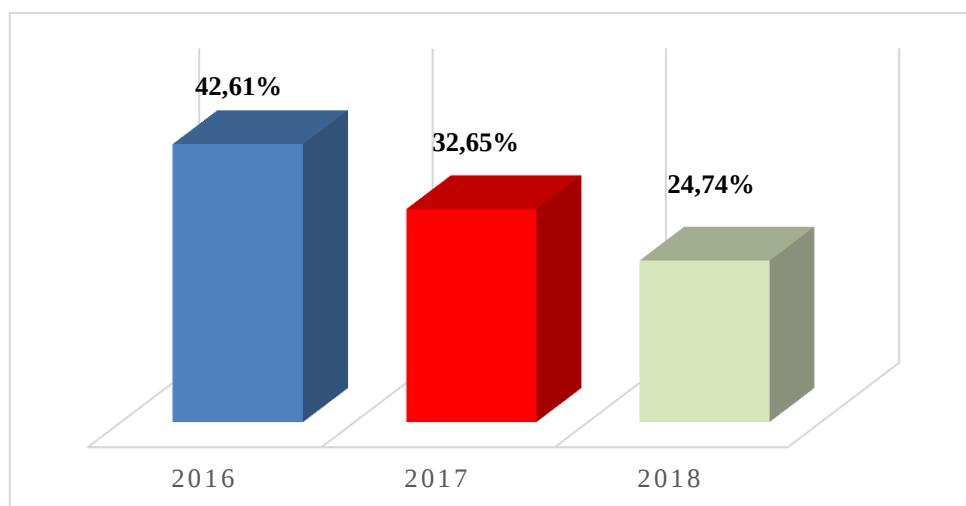


Rycina 3. Miejsce zamieszkania hospitalizowanych

Rak trzustki

W II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku w latach 2016-2018 z powodu raka trzustki hospitalizowanych pacjentów było 291 osób w tym, w roku 2016 - 42,61%, w roku 2017 - 32,65% i w roku 2018 - 24,74% (Rycina 4) .

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



Rycina 4. Występowanie raka trzustki u pacjentów hospitalizowanych

Rak trzustki w analizowanym okresie 2016-2018, częściej występował u mężczyzn. Daje się również zauważyć tendencja spadkowa pod względem ilości hospitalizacji zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet na przestrzeni kolejnych lat (Tabela II).

Tabela II. Hospitalizacja z powodu raka trzustki pod względem płci

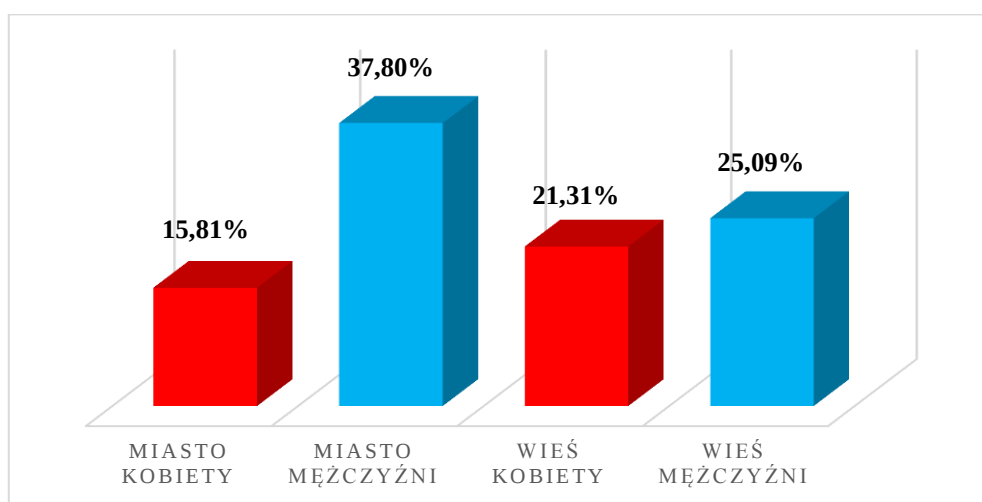
	kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%
2016	49	45,37	75	40,98
2017	32	29,63	63	34,43
2018	27	25,00	45	24,59
Suma	108	100,00	183	100,00

Rak trzustki występował najczęściej w przedziale wiekowym 50-59 u płci męskiej – 25,81%. W latach 2016-2018 w przedziale wiekowym 20-29 nie wystąpiło żadne zachorowanie na raka trzustki u obu płci. Choroba występowała częściej u mężczyzn niż u kobiet w każdym roku hospitalizacji, w tym w 2016 – 60,48% populacji męskiej, w roku 2017 – 66,32%, zaś w roku 2018 – 62,50% (Tabela III).

Tabela III. Występowanie raka trzustki ze względu na wiek wg płci

wiek	2016				2017				2018			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30-39	4	3,23	15	12,10	0	0,00	0	0,00	1	1,39	4	5,56
40-49	15	12,10	10	8,06	2	2,11	3	3,16	7	9,72	3	4,17
50-59	18	14,52	32	25,81	5	5,26	18	18,95	7	9,72	18	25,00
60-69	8	6,45	8	6,45	8	8,42	18	18,95	6	8,33	10	13,89
70-79	4	3,23	4	3,23	14	14,74	17	17,89	6	8,33	4	5,56
80-89	0	0,00	6	4,84	3	3,16	7	7,37	0	0,00	6	8,33
Suma	49	39,52	75	60,48	32	33,68	63	66,32	27	37,50	45	62,50

Wśród hospitalizowanych w omawianym okresie przeważali mężczyźni mieszkający w mieście, którzy stanowili 37,80%, zaś najmniejszą liczbę leczonych można zaobserwować u kobiet zamieszkałych w mieście 15,81% (Rycina 5).



Rycina 5. Zachorowanie na raka trzustki ze względu na miejsce zamieszkania i płeć

We wszystkich latach, z których zostały zebrane badania wynika, że najczęściej hospitalizowani byli pacjenci latem w 2016 roku - 28,23%, w 2017 roku - 26,32%, zaś w 2018 roku - 37,50%. Najmniejsza ilość osób leczonych na raka trzustki była zimą w 2016 roku - 18,55% i w 2017 roku - 23,16%, natomiast w 2018 roku - 16,67% (Tabela IV).

Tabela IV. Hospitalizacja pacjentów ze względu na porę roku

	wiosna		lato		jesień		zima	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2016	34	27,42	35	28,23	32	25,81	23	18,55
2017	24	25,26	25	26,32	24	25,26	22	23,16
2018	12	16,67	27	37,50	20	27,78	13	18,06
Suma	70		87		76		58	

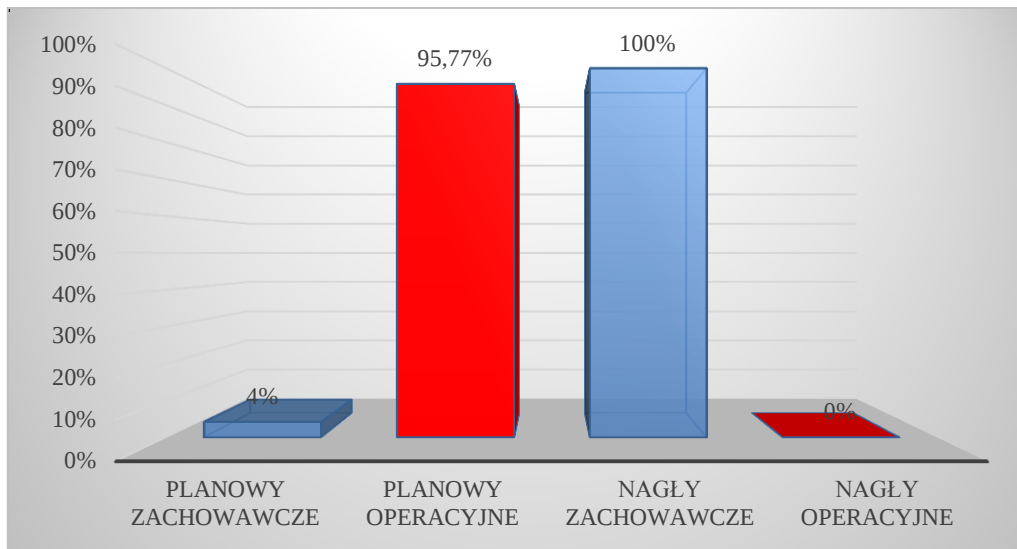
Z analizy można zaobserwować w roku 2016 największą liczbę hospitalizacji, zaś z każdym kolejnym rokiem liczba hospitalizacji spadała. W marcu i w sierpniu zarejestrowano największą liczbę osób hospitalizowanych 10,48%, a w grudniu było najmniej pacjentów 4,06% (Tabela V).

Tabela V. Hospitalizacja pacjentów w poszczególnych miesiącach

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
styczeń	8	6,45	6	6,32	4	5,56
luty	10	8,06	7	7,37	3	4,17
marzec	13	10,48	8	8,42	2	2,78
kwiecień	12	9,68	10	10,53	5	6,94
maj	9	7,26	6	6,32	5	6,94
czerwiec	10	8,06	9	9,47	10	13,89
lipiec	12	9,68	7	7,37	9	12,50
sierpień	13	10,48	9	9,47	8	11,11
wrzesień	11	8,87	9	9,47	6	8,33
październik	11	8,87	10	10,53	7	9,72
listopad	10	8,06	5	5,26	7	9,72
grudzień	5	4,06	9	9,47	6	8,33
Suma	124	100,00	95	100,00	72	100,00

W grupie pacjentów przyjętych planowo 95,77% było leczonych operacyjnie, a 4 % zachowawczo, natomiast w grupie osób hospitalizowanych w sposób nagły 100% było leczonych zachowawczo (Rycina 6).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



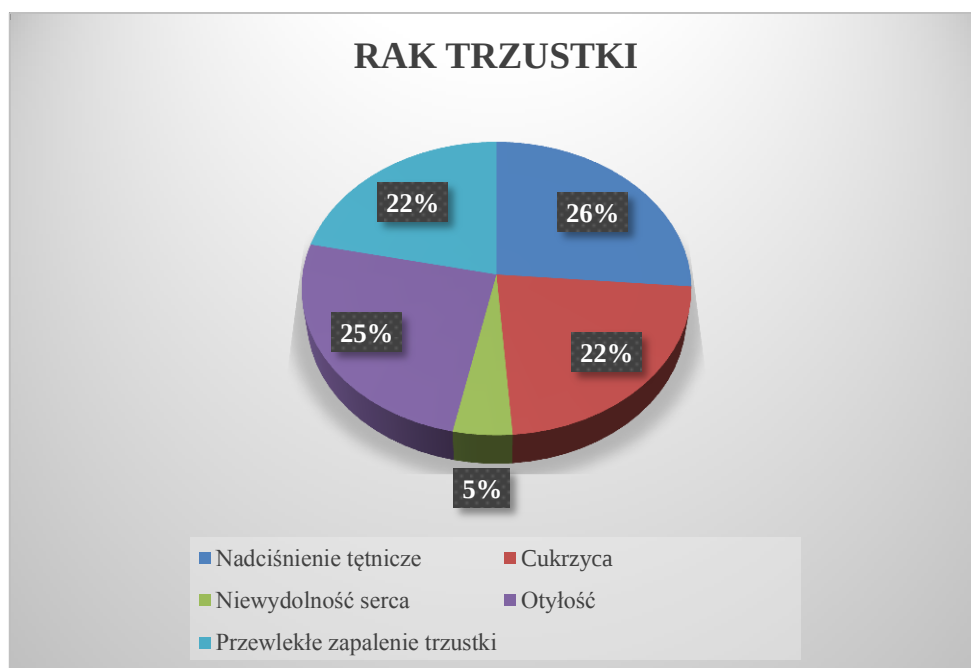
Rycina 6. Tryb hospitalizacji a metoda leczenia

Palaczami było 36% pacjentów z rakiem trzustki. Alkohol spożywało 7% spośród pacjentów, których dokumentację medyczną poddano analizie, zaś 24% spośród nich zarówno spożywało alkohol obecnie lub w przeszłości i paliło papierosy (Rycina 7).



Rycina 7. Używki stosowane przez pacjentów

Wśród schorzeń współistniejących u pacjentów leczonych z powodu raka trzustki przeważały nadciśnienie tętnicze - 26% przypadków i otyłość – 25% (Rycina 8).



Rycina 8. Choroby współistniejące u pacjentów z rakiem trzustki

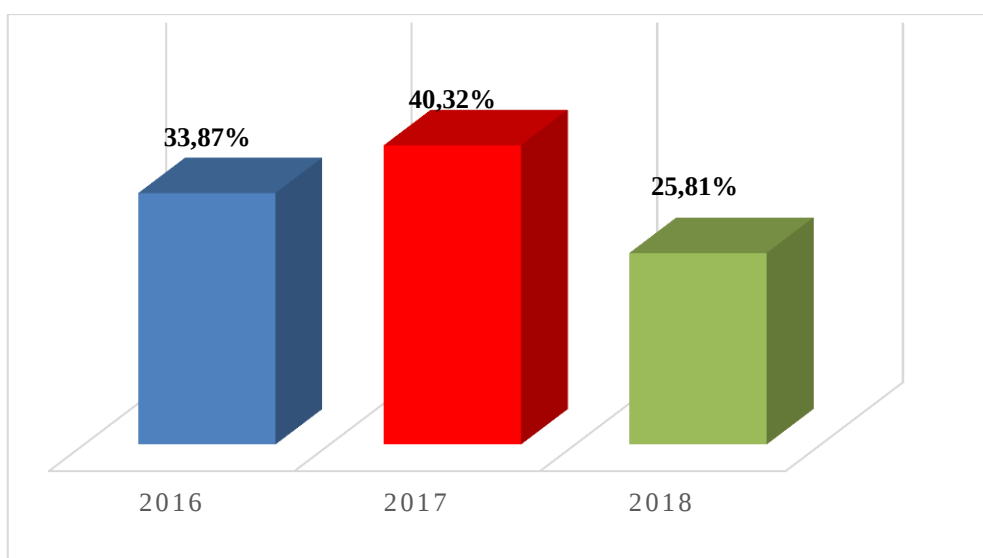
Pacjenci leczeni zachowawczo 28,18% jak i operacyjnie 22,10% byli hospitalizowani najczęściej osiem dni (Tabela VI).

Tabela VI. Okres hospitalizacji pacjentów

liczba dni hospitalizacji	zachowawcze		operacyjne	
	N	%	N	%
5	18	16,36	4	2,21
6	22	20,00	12	6,63
7	13	11,82	33	18,23
8	31	28,18	40	22,10
9	2	1,82	20	11,05
10	16	14,55	33	18,23
11	0	0,00	14	7,73
12	4	3,64	7	3,87
13	2	1,82	0	0,00
14	2	1,82	18	9,94
Suma	110	100,00	181	100,00

Rak żołądka

W II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku w latach 2016-2018 z powodu raka trzustki było hospitalizowanych 124 osób w tym: w roku 2016 - 33,87%, w roku 2017 – 40,32% i w roku 2018 – 25,81% (Rycina 9).



Rycina 9. Występowanie raka żołądka u pacjentów hospitalizowanych

Na raka żołądka w analizowanym okresie zdecydowanie częściej chorują mężczyźni w 2016 - 28,77%, w 2017 - 41,10%, zaś w 2018 - 30,14%. U kobiet można zaobserwować znaczący spadek hospitalizacji z każdym kolejnym rokiem (Tabela VII).

Tabela VII. Hospitalizacja z powodu raka żołądka pod względem płci

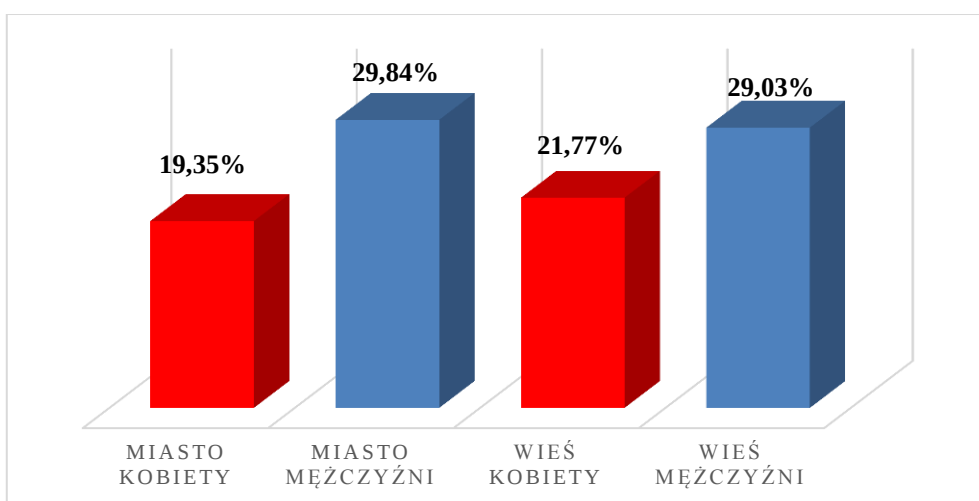
	kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%
2016	21	41,18	21	28,77
2017	20	39,22	30	41,10
2018	10	19,61	22	30,14
Suma	51	100,00	73	100,00

Zachorowanie na raka żołądka występowało częściej u mężczyzn w każdym kolejnym roku 2016 - 50,00%, w 2017 - 60,00%, natomiast w 2018 roku - 68,75%. Najliczniej chorowali mężczyźni w roku 2017 w przedziale wiekowym 70-79 – 28,00% (Tabela VIII).

Tabela VIII. Występowanie raka żołądka ze względu na wiek wg płci

	2016				2017				2018			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
30-39	1	2,38	5	11,90	0	0,00	1	2,00	2	6,25	2	6,25
40-49	3	7,14	3	7,14	3	6,00	2	4,00	2	6,25	4	12,50
50-59	6	14,29	6	14,29	3	6,00	4	8,00	1	3,13	6	18,75
60-69	7	16,67	4	9,52	11	22,00	5	10,00	2	6,25	4	12,50
70-79	1	2,38	0	0,00	3	6,00	14	28,00	1	3,13	6	18,75
80-89	3	7,14	3	7,14	0	0,00	4	8,00	2	6,25	0	0,00
Suma	21	50,00	21	50,00	20	40,00	30	60,00	10	31,25	22	68,75

Wśród hospitalizowanych w omawianym okresie przeważali mężczyźni mieszkający w mieście, którzy stanowili 29,84%, zaś najmniejszą liczbę hospitalizacji można było zaobserwować u kobiet zamieszkałych w mieście 19,35% (Rycina 10).



Rycina 10. Zachorowanie na raka żołądka ze względu na miejsce zamieszkania i płeć

We wszystkich latach, z których zostały zebrane badania wynika, że najczęściej hospitalizowani byli pacjenci jesienią 32,00%. Najmniejsza ilość osób leczonych na raka żołądka była wiosną 18,00% (Tabela IX).

Tabela IX. Hospitalizacja pacjentów ze względu na porę roku

	wiosna		lato		jesień		zima	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2016	12	28,57	11	26,19	10	23,81	9	21,43
2017	9	18,00	13	26,00	16	32,00	12	24,00
2018	10	31,25	7	21,88	8	25,00	7	21,88
Suma	31		31		34		28	

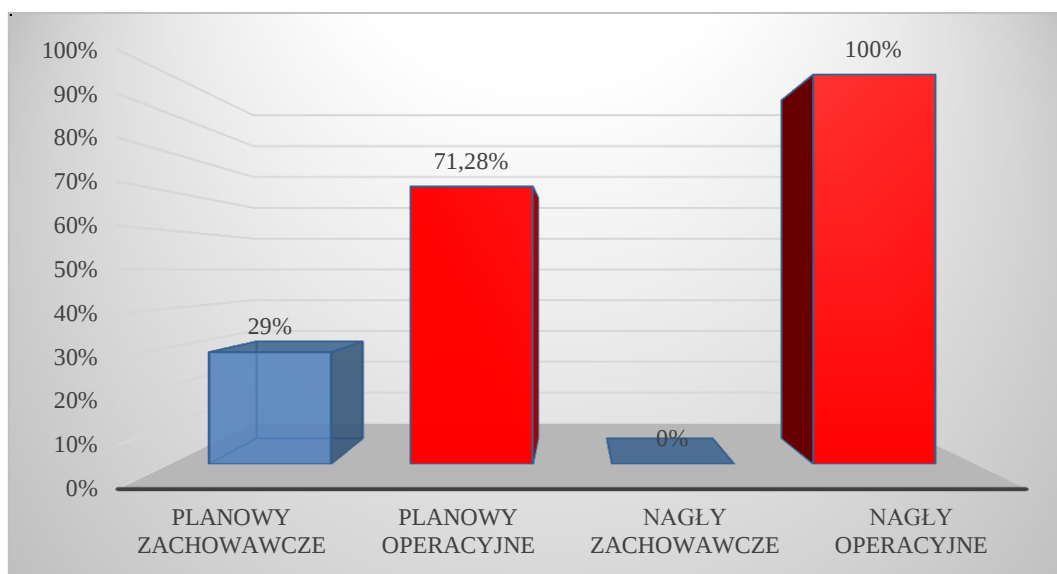
Z wykonanej analizy można zaobserwować, że w 2017 roku hospitalizowanych pacjentów na raka żołądka było najwięcej, we wrześniu było najwięcej chorych 16,00%, natomiast w kwietniu nie było żadnego zgłoszonego pacjenta na raka żołądka (Tabela X).

Tabela X. Hospitalizacja pacjentów w poszczególnych miesiącach

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
styczeń	3	7,14	3	6,00	3	9,38
luty	4	9,52	4	8,00	2	6,25
marzec	5	11,90	4	8,00	4	12,50
kwiecień	3	7,14	0	0,00	4	12,50
maj	4	9,52	5	10,00	2	6,25
czerwiec	4	9,52	5	10,00	3	9,38
lipiec	3	7,14	4	8,00	3	9,38
sierpień	4	9,52	4	8,00	1	3,13
wrzesień	4	9,52	8	16,00	3	9,38
październik	3	7,14	4	8,00	2	6,25
listopad	3	7,14	4	8,00	3	9,38
grudzień	2	4,76	5	10,00	2	6,25
Suma	42	100,00	50	100,00	32	100,00

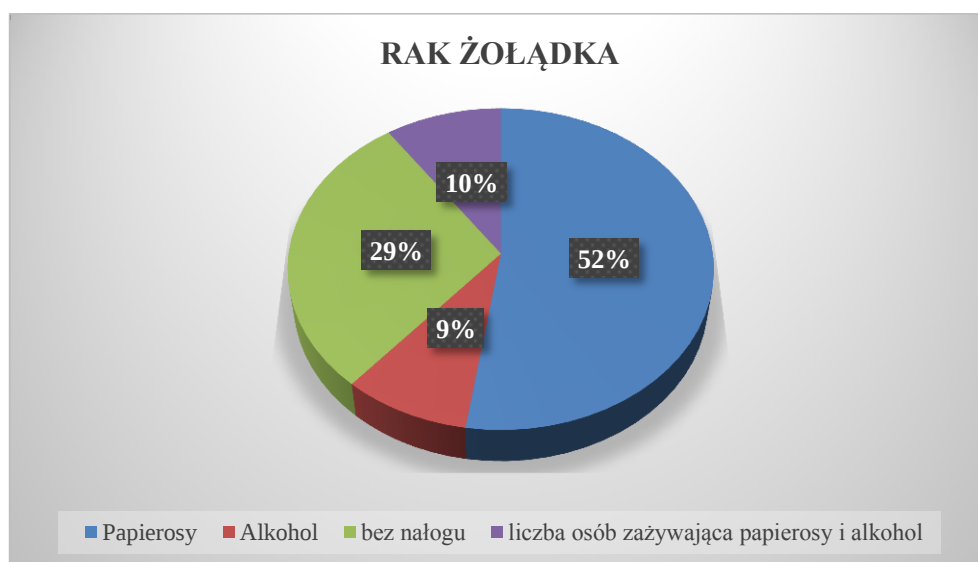
W grupie pacjentów przyjętych planowo 71,28% było leczonych operacyjnie, a 29% zachowawczo, natomiast w grupie osób hospitalizowanych w sposób nagły 100% było leczonych operacyjnie (Rycina 11).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



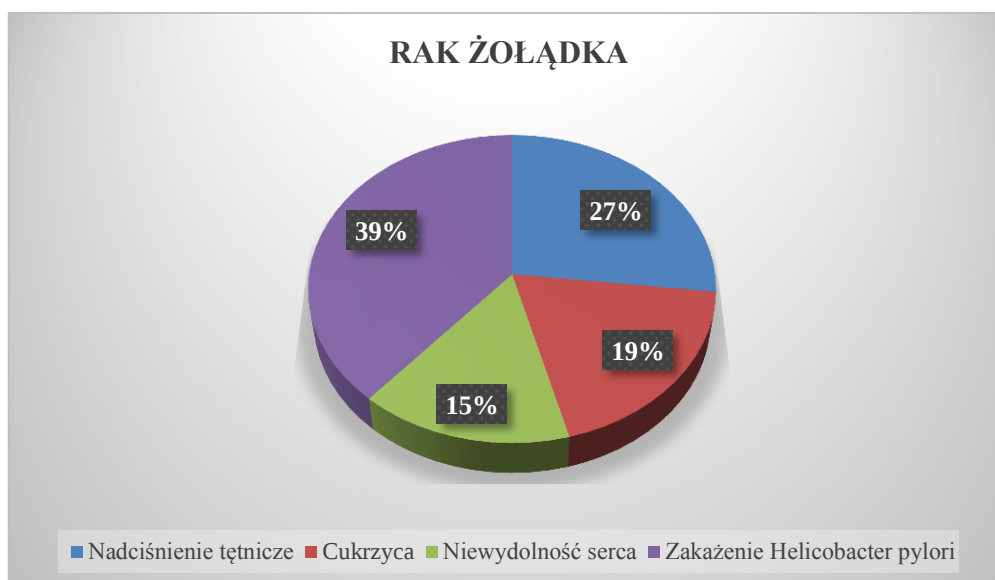
Rycina 11. Tryb hospitalizacji a metoda leczenia

Palaczami było 52% pacjentów z rakiem żołądka. Alkohol spożywało 9% spośród pacjentów, których dokumentację medyczną poddano analizie, zaś 10% spośród nich zarówno spożywało alkohol obecnie lub w przeszłości i paliło papierosy (Rycina 12).



Rycina 12. Używki stosowane przez pacjentów

W raku żołądka można było zaobserwować wystąpienie zakażenia *Helicobacter pylori* u 39% osób chorych przebywających w klinice. Kolejnym istotnym czynnikiem było występowanie u pacjentów nadciśnienie tętnicze, które było zgłaszane przez 27% chorych. Na poziomie 19% utrzymuje się zachorowanie na cukrzycę (Rycina 13).



Rycina 13. Choroby współistniejące u pacjentów z rakiem żołądka

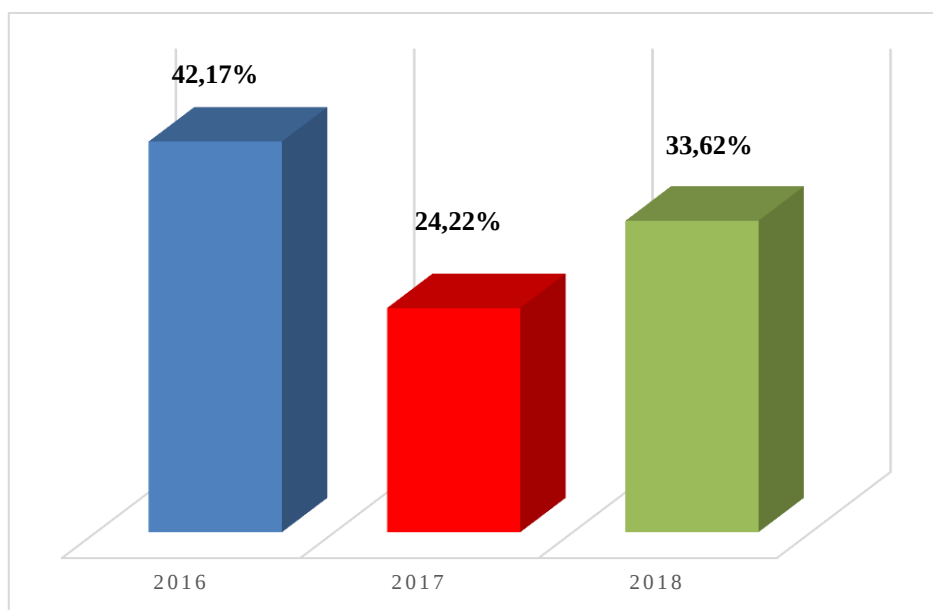
Pacjenci leczeni zachowawczo według analizowanej dokumentacji przebywali w szpitalu najczęściej 5 dni 55,56%, natomiast chorzy, którzy byli leczeni operacyjnie znajdowali się w szpitalu po 7 dni 24,74% (Tabela XI).

Tabela XI. Okres hospitalizacji pacjentów

liczba dni hospitalizacji	zachowawcze		operacyjne	
	N	%	N	%
5	15	55,56	0	0,00
6	12	44,44	3	3,09
7	0	0,00	24	24,74
8	0	0,00	23	23,71
9	0	0,00	20	20,62
10	0	0,00	22	22,68
11	0	0,00	5	5,15
Suma	27	100,00	97	100,00

Kamica pęcherzyka żółciowego

W II Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej USK w Białymstoku w latach 2016-2018 z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego hospitalizowanych pacjentów było 351 w roku 2016 – 42,17%, w roku 2017 – 24,22% i w roku 2018 – 33,62% (Rycina 14).



Rycina 14. Występowanie kamicy pęcherzyka żółciowego u pacjentów hospitalizowanych

Na kamicę pęcherzyka żółciowego w 2016 roku chorowali najczęściej mężczyźni 53,29%, zaś w kolejnych latach utrzymywał się na takim samym poziomie po 23,35%. Kobiety natomiast chorowały najczęściej w 2018 roku – 42,93% (Tabela XII).

Tabela XII. Hospitalizacja z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego pod względem płci

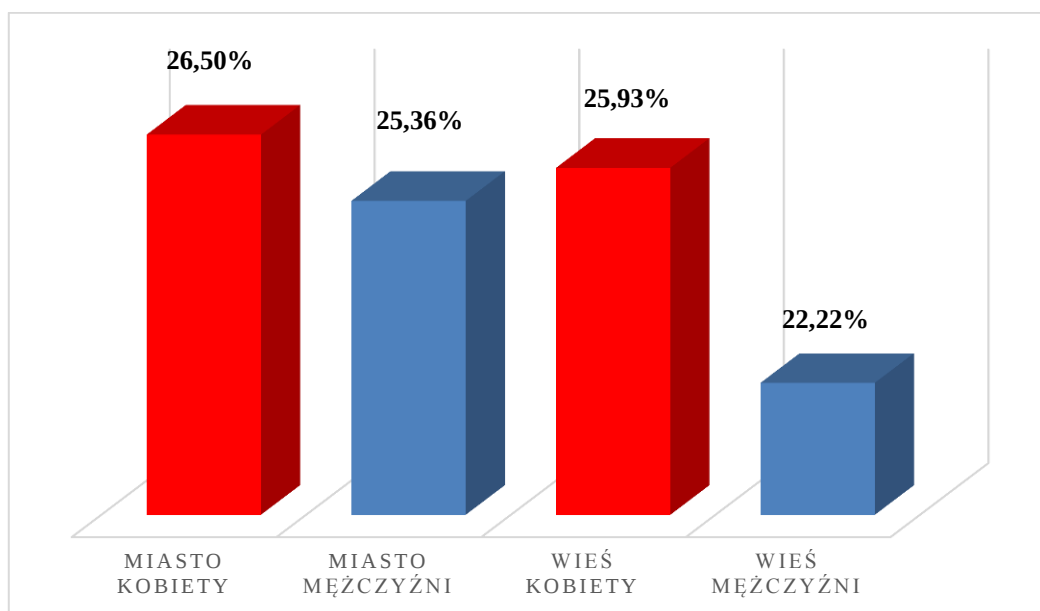
	kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%
2016	59	32,07	89	53,29
2017	46	25,00	39	23,35
2018	79	42,93	39	23,35
Suma	184	100,00	167	100,00

Z analizowanej dokumentacji wynika, że w 2016 roku najwięcej osób hospitalizowanych na kamicę pęcherzyka żółciowego było zdiagnozowanych u mężczyzn 60,14%. Natomiast w roku 2018 najliczniejszą liczbą osób hospitalizowanych były kobiety 66,95%. Największa liczba hospitalizacji występowała u mężczyzn w przedziale wiekowym 50-59 w wymiarze 24,32% (Tabela XIII).

Tabela XIII. Występowanie kamicy pęcherzyka żółciowego ze względu na wiek wg płci

	2016				2017				2018			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,85
30-39	2	1,35	8	5,41	2	2,35	2	2,35	4	3,39	6	5,08
40-49	14	9,46	6	4,05	4	4,71	7	8,24	9	7,63	9	7,63
50-59	15	10,14	36	24,32	11	12,94	7	8,24	27	22,88	12	10,17
60-69	14	9,46	23	15,54	14	16,47	9	10,59	14	11,86	4	3,39
70-79	14	9,46	7	4,73	6	7,06	3	3,53	7	5,93	1	0,85
80-89	0	0,00	9	6,08	9	10,59	11	12,94	18	15,25	6	5,08
Suma	59	39,86	89	60,14	46	54,12	39	45,88	79	66,95	39	33,05

Wśród hospitalizowanych w omawianym okresie przeważały kobiety mieszkające w mieście 26,50%, zaś najmniejszą liczbę zachorowań można zaobserwować u mężczyzn mieszkających na wsi 22,22% (Rycina 15).



Rycina 15. Zachorowanie na kamice pęcherzyka żółciowego ze względu na miejsce zamieszkania i płeć

We wszystkich latach, z których zostały zebrane badania wynika, że najczęściej hospitalizowani byli pacjenci wiosną 2017 roku 30,59%. Najmniejsza ilość osób leczonych na kamice pęcherzyka żółciowego była jesienią 2018 roku 16,95% (Tabela XIV).

Tabela XIV. Hospitalizacja pacjentów ze względu na porę roku

	wiosna		lato		jesień		zima	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2016	43	29,05	33	22,30	32	21,62	40	27,03
2017	26	30,59	16	18,82	23	27,06	20	23,53
2018	33	27,97	30	25,42	20	16,95	35	29,66
Suma	102		79		75		95	

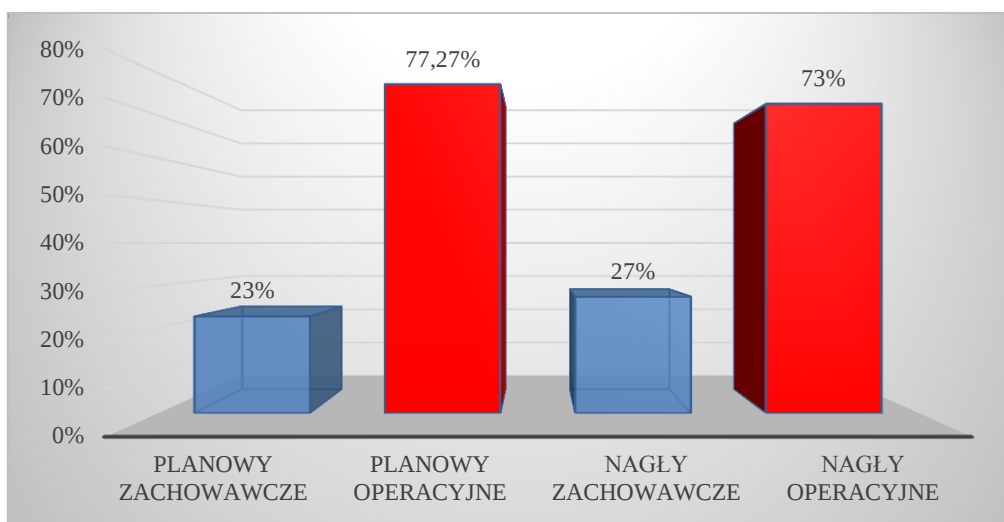
Z wykonanej analizy można zaobserwować, że w 2017 roku w kwietniu było najwięcej pacjentów hospitalizowanych – 12,94%, natomiast we wrześniu i październiku 2018 roku obserwuje się spadek leczonych pacjentów po 4,24% (Tabela XV).

Tabela XV. Hospitalizacja pacjentów w poszczególnych miesiącach

	2016		2017		2018	
	N	%	N	%	N	%
styczeń	11	7,43	7	8,24	14	11,86
luty	14	9,46	8	9,41	11	9,32
marzec	14	9,46	9	10,59	11	9,32
kwiecień	18	12,16	11	12,94	11	9,32
maj	11	7,43	6	7,06	11	9,32
czerwiec	12	8,11	5	5,88	12	10,17
lipiec	10	6,76	6	7,06	11	9,32
sierpień	11	7,43	5	5,88	7	5,93
wrzesień	9	6,08	8	9,41	5	4,24
październik	12	8,11	9	10,59	5	4,24
listopad	11	7,43	6	7,06	10	8,47
grudzień	15	10,14	5	5,88	10	8,47
Suma	148	100,00	85	100,00	118	100,00

W grupie pacjentów przyjętych planowo 77,27% było leczonych operacyjnie, a 23% zachowawczo, natomiast w grupie osób hospitalizowanych w sposób nagły 73% było leczonych operacyjnie, zaś 27% zachowawczo (Rycina 16).

OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI



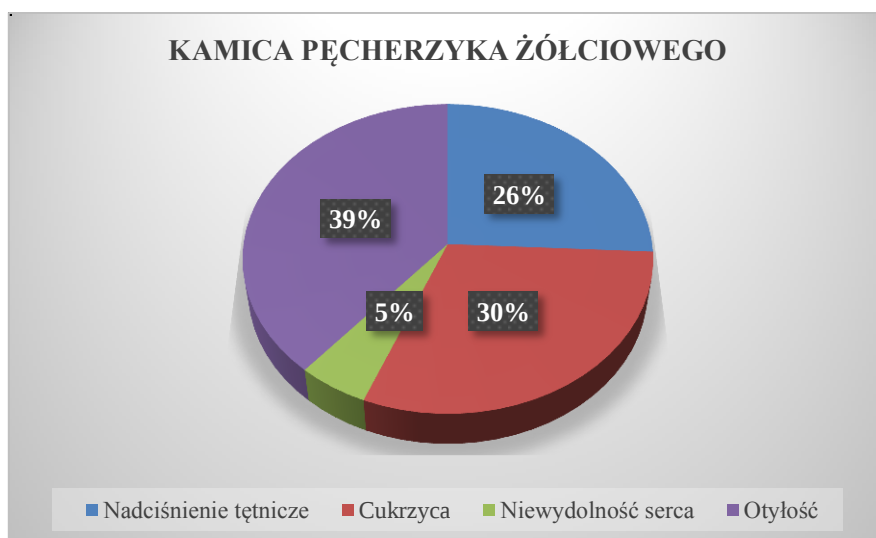
Rycina 16. Tryb hospitalizacji a metoda leczenia

Liczba osób niepalących i niespożywających alkoholu była najliczniejsza i wynosiła 47%. Palaczami było 42% pacjentów z kamica pęcherzyka żółciowego. Alkohol spożywało 9% spośród pacjentów, których dokumentację medyczną poddano analizie, zaś 2% spośród nich zarówno spożywało alkohol obecnie lub w przeszłości i paliło papierosy (Rycina 17).



Rycina 17. Używki stosowane przez pacjentów

Najczęstszym czynnikiem było występowanie otyłości, która była zgłoszona przez 39% chorych. U chorych z kamica pęcherzyka żółciowego można było zaobserwować występowanie nadciśnienia tętniczego u 26% chorych przebywających w klinice. Na poziomie 30% utrzymywało się zachorowanie na cukrzycę (Rycina 18).



Rycina 18. Choroby współistniejące u pacjentów z kamicią pęcherzyka żółciowego

Pacjenci leczeni operacyjnie byli hospitalizowani najczęściej 3 dni – 65,76%, zaś pacjenci leczeni zachowawczo również przebywali w szpitalu 3 dni - 44,68% (Tabela XVI).

Tabela XVI. Okres hospitalizacji pacjentów

liczba dni hospitalizacji	zachowawcze		operacyjne	
	N	%	N	%
3	42	44,68	169	65,76
4	20	21,28	76	29,57
5	20	21,28	6	2,33
6	6	6,38	0	0,00
7	6	6,38	6	2,33
Suma	94	100,00	257	100,00

DYSKUSJA

W Polsce nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów wśród obywateli. Pomimo postępu diagnostyki i leczenia raka umieralność chorych jest nadal bardzo wysoka. Szczególnie widoczną przyczyną takiego stanu rzeczy jest niski odsetek wykrywania nowotworu we wczesnym stadium zachorowania. Objawy też nie zawsze występują identyczne u każdego chorego i diagnoza może być utrudniona, a wiadomo, że długi czas nie sprzyja wyzdrowieniu [14, 15, 16].

Jak mówi Łuniewska-Bury, specjalista onkolog „*Nie mamy wiedzy u kogo może on wystąpić i jakie są przyczyny powstania. Dodatkowo co roku liczba chorych rośnie.*”

W porównaniu do wyników pracy można powiedzieć, że przytoczone słowa są trafione w punkt. Jednak rak trzustki jest diagnozowany zdecydowanie za późno co jest wynikiem dużej śmiertelności [cyt. za 17]. Rak trzustki daje nie charakterystyczne objawy, które można przypisać innym mniej śmiertelnym chorobom. Jednak w przypadku raka trzustki najczęściej chorują mężczyźni, którzy w porównaniu do kobiet rzadziej zgłaszają się do lekarza i korzystają z badań profilaktycznych.

Szwalski uważa, że *”Niepokojącym objawem jest również cukrzyca, co jest wynikiem endokrynologicznej dysfunkcji trzustki. Wszystkie te symptomy są również charakterystyczne dla przewlekłego zapalenia trzustki i najczęściej z nim są mylone.”* Opinia Szwalskiego zgadza się z badaniami naukowymi jak i analizowaną dokumentacją medyczną [cyt. za 17]. Zaobserwowałam, że uzyskanych wynikach badań rak trzustki był diagnozowany dopiero wtedy, gdy pacjent zgłaszał się z innymi dolegliwościami. Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną i spustoszenie jakie czyni w organizmie chorego człowieka jest tragiczne w skutkach. Status życiowy ludzi polepszył się zdecydowanie, spożywanie niezdrowego jedzenia, brak aktywności fizycznej predysponuje do pogłębienia inwazji choroby, czego skutkiem jest rak trzustki.

W artykule „Epidemiologia i patogeneza raka żołądka” Malinowska i Nasierowska-Guttmejer przytoczyły badania Marshall i Warren i ich wyniki, które mówiły, że *„Wyhodowaną bakterię zaliczyli do rodzaju Campylobacter pylori, jednak na podstawie cech morfologicznych zakwalifikowano ją do rodzaju H. pylori.”* Wystąpienie bakterii Helicobacter pylori w bardzo wielkiej mierze warunkuje zachorowanie na raka żołądka [18]. W wynikach moich badań to właśnie występowanie tej bakterii warunkowało wystąpienie raka żołądka u większości chorych z analizy badanej dokumentacji medycznej.

Obecnie zabieg chirurgii pęcherzyka żółciowego jest jednym z najczęstszych wykonywanych w Polsce. Leczenie operacyjne, czyli cholecystektomia jest jedyną docenianą i uważaną za najlepszą, mimo dużej ingerencji w ciało człowieka [19]. W artykule „Kamień na kamieniu” Romaszkan mówi, że *„Zdarza się, że chory jest kwalifikowany do operacji laparoskopowej, a w trakcie zabiegu przechodzi się do operacji klasycznej, gdyż np. nie można zidentyfikować dróg żółciowych.”* [20]. Zabiegi w dzisiejszej dobie wykonywane są najczęściej w systemie planowych operacji jak i nagłych przyjęć na oddział.

Dzisiejszy świat opiera się na dobrobycie, pędzie za pieniądzem, posiadaniem wszystkiego, aby się pokazać, czuć się lepiej chociaż w swojej głowie. Jednak zadbanie o swoje zdrowie nie jest już takie ważne nadużywanie alkoholu, nikotyny czy jedzenie rzeczy

przetworzonych jest dla naszego społeczeństwa staje się szybszym krokiem do zachorowania na raka i śmierci w cierpieniu.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. W badanym okresie wśród hospitalizowanych przeważali mężczyźni oraz osoby zamieszkujące w mieście.
2. W analizowanym okresie hospitalizacja pacjentów i rodzaj przyjęcia najczęściej występował planowy i leczeniem operacyjnym.
3. W analizowanym okresie we wszystkich jednostkach chorobowych można było zaobserwować znaczącą ilość osób, które nadużywały nikotyny.

PIŚMIENNICTWO

1. Daniluk J., Jurkowska G.: Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
2. Ceranowicz P., Gorczyca J., Skawina A.: Anatomia prawidłowa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
3. Floch M.H., Paradowski L.(red.): Gastroenterologia Nettera. Tom 2. Elsevier URBAN & PARTNER, Wrocław, 2010.
4. Dzieniszewski J., Jarosz M.: Choroby trzustki. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2019.
5. Fibak J.: Chirurgia repetytorium. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2006.
6. Jassem J, Kordek R.: Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2019.
7. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E.: Chirurgia Onkologiczna. Tom 4. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
8. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
9. Skandalakis J.E., Skandalakis L. J., Skandalakis P. N.: Anatomia chirurgiczna i technika zabiegów operacyjnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
10. Michajlik A., Ramotowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
11. Kokot F.: Choroby wewnętrzne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2006.

12. Layer P., Rosien U., Paradowski L.(red.): Gastroenterologia praktyczna. Tom 1. Elsevier URBAN & PARTNER, Wrocław 2013.
13. Głuszek S: Chirurgia podstawy. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.
14. Olesiński T.: Chirurgiczne leczenie raka żołądka dawniej i dziś.
https://journals.viamedica.pl/biuletyn_pto/article/view/51198/37900/data
pobrania:30.09.2019.
15. Dzieniszewski J., Jarosz M.: Kamica żółciowa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2018.
16. <https://www.termedia.pl/gastroenterologia/Rosnie-czestosc-zachorowan-i-liczba-zgonow-z-powodu-raka-trzustki,35922.html> data pobrania: 15.04.2020.
17. <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/rak-trzustki-cichy-zabojca,14618/data> pobrania 12.05.2020.
18. <https://www.termedia.pl/Epidemiologia-i-patogeneza-raka-zoladka,60,23611,0,0.html> /data pobrania 12.05.2020.
19. Piątek M., Nawrocki S.: Miejscowo zaawansowany rak trzustki - nowe wyzwania terapeutyczne. https://journals.viamedica.pl/biuletyn_pto/article/view/50081/36980 /data pobrania: 30.09.2019.
20. <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,kamien-na-kamieniu,artykul,1662742.html> data pobrania 12.05.2020.

Ogólne zasady przygotowania do zabiegu operacyjnego i opieki po jego wykonaniu na przykładzie pacjenta z przepukliną brzuszną

Bożena Muraczyńska¹, Paulina Grochowska², Beata Kropornicka³, Bożena Baczewska³, Anna Mróz⁴

¹ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Instytutu Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, UPH Siedlce

³ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Przygotowanie pacjenta do operacji jest zadaniem wymagającym kompleksowego podejścia zespołu terapeutycznego a pielęgniarka jest osobą, spośród członków zespołu terapeutycznego, której, jak pisze Niechwiadowicz - Czapka T. [1], „postawa, zachowanie, sposób, w jaki porozumiewa się z pacjentem, poszanowanie jego praw są istotnymi elementami przygotowania chorego do interwencji chirurgicznej”. Pielęgniarstwo jest nauką praktyczną z uzasadnioną wiedzą naukową a z uwagi na opiekuńczą rolę jest przypisywane do grupy zawodów opiekuńczych. Należy też do grupy nauk o zdrowiu ze względu na cele działań w odniesieniu do podmiotu opieki [2, 3]. Funkcje pielęgniarki pochodzą z istoty i misji pielęgniarstwa w społeczeństwie. Funkcje zawodowe pielęgniarki to zbiór zadań zawodowych i precyzyjnych czynności, które są wykonywane w stosunku do jasno określonego celu. Czynności zawodowe są częściami zadania, realizowanymi po to, by wykonać zadanie i osiągnąć cel [2]. Każda funkcja jest inna, ale musi być dopełniona przez pozostałe, by mówić o zawodzie pielęgniarki [2].

Przygotowanie do zabiegu przepukliny brzusznej nie różni się zasadniczo od przygotowania do innych zabiegów, tzn. uwzględnia działania, które obejmują zarówno przygotowanie psychiczne, jak i fizyczne oraz dalsze i bliższe. W każdym z tych etapów na szczególną uwagę zasługuje ścisła współpraca pacjenta z personelem pielęgniarskim.

CEL PRACY

Celem pracy jest omówienie ogólnych zasad przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego oraz opieki po jego wykonaniu na przykładzie pacjenta z przepukliną brzuszną

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto pacjenta z przepukliną pachwinową prawostronną. Jako metodę badań zastosowano analizę dokumentów. Metoda ta bazuje na gromadzeniu, selekcji, opisie i naukowej interpretacji zawartych w nich ważnych informacji. Jest to analiza polegająca na wyodrębnieniu, a następnie rozłożeniu i interpretacji elementów składowych konkretnego zjawiska lub procesu rzeczywistego działania [4, 5]. Dokumenty, które zostały poddane analizie to: historia choroby pacjenta, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich, karta obserwacji miejsca operowanego, karta indywidualnej pielęgnacji, karta informacji z leczenia szpitalnego, badania przedmiotowe, protokół znieczulenia, protokół zabiegu operacyjnego, karta nadzoru w sali pooperacyjnej, protokół przekazania pacjenta, okołooperacyjna karta kontrolna, karta monitorowania natężenia bólu, dokumentacja opieki pielęgniarskiej, plan opieki pielęgniarskiej, karta obserwacji miejsca wklucia, wypis pielęgniarski i wypis lekarski. Przeanalizowano także wyniki badań laboratoryjnych pacjenta.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent, lat 23, z rozpoznaniem przepukliny pachwinowej prawostronnej, został przyjęty do oddziału Chirurgii w trybie planowym. Masa ciała pacjenta wynosiła 73 kg, wzrost 188 cm. Wskaźnik BMI wynosił 20,65, co oznaczało, że był w normie (18.5 - 25 - wartość prawidłowa). U pacjenta zastosowano leczenie operacyjne metodą Lichtensteina. Podobny zabieg pacjent przeszedł w 2019 roku. Metoda Lichtensteina polega na wzmocnieniu tylnej ściany kanału pachwinowego płaską siatką, ramiona siatki obejmują powrózek nasienny i tworzą nowy wąski pierścień pachwinowy głęboki [6]. Operacja odbyła się w znieczuleniu ogólnym złożonym. U pacjenta zastosowano przed operacją leczenie farmakologiczne. Z leków, które zastosowano były to: Biofazolin 1 g, Dormicum 7,5 mg, Pyralgin 3x1,5 g, Dexak 2x50 mg, Oxynorm 4x5 mg. Pacjent nie gorączkował, ciśnienie tętnicze krwi (RR) wynosiło 132/86 mm Hg a tętno 71 uderzeń na minutę. Mężczyźnie założono venflon 1.1 na lewym przedramieniu oraz opatrzono opatrunkiem włóknistym. Fakt ten odnotowano w karcie obserwacyjnej wklucia. Pacjent był sprawny ruchowo, samodzielny,

logiczny w kontakcie i był pozytywnie nastawiony do leczenia. Pacjent został zakwalifikowany do pierwszej kategorii opieki, a w dobie zabiegu operacyjnego został zakwalifikowany do trzeciej kategorii. Po zabiegu operacyjnym pacjent miał dietę normalną.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego nie różniło się zasadniczo od przygotowania do innych zabiegów operacyjnych. Są dwie możliwości przyjęcia do szpitala tj.: przyjęcie planowane oraz pilne/nagłe. Pacjent był przyjęty w trybie planowym. Pacjenci planowi zgłaszają się na izbę Przyjęć ze skierowaniem od lekarza specjalisty z danej dziedziny. Tacy pacjenci mają często wyniki badań lub konsultacji specjalistycznych, co ułatwia dalszą diagnostykę. Pacjenci przyjmowani w trybie nagłym są przywożeni do szpitala karetką lub przychodzą na szpitalny oddział ratunkowy (SOR). Często znajdują się w stanie ciężkim lub bezpośrednio zagrażającym życiu i zazwyczaj są przewożeni na Oddział Intensywnej Terapii [7, 8]. Przyjęcie do szpitala jest zawsze dla pacjenta mocno stresujące. Bezpośrednio ma to związek z niepewnością i strachem o własne życie. Często pacjent odczuwa lęk o swoją przyszłość. Należy pamiętać, iż pacjent wymagający interwencji chirurgicznej boi się operacji oraz bólu pooperacyjnego. Na przyjęcie do szpitala, pacjent może różnie reagować. Może być smutny i przygnębiony, zrezygnowany, bierny lub niezadowolony lub nawet agresywny. Bezpośrednio ma to związek z osobowością pacjenta, jego sposobem radzenia sobie z trudną sytuacją, stanem zdrowia oraz wcześniejszymi doświadczeniami ze służbą zdrowia. Zachowanie chorego jest też częściowo uzależnione od okoliczności związanych z przybyciem do oddziału. Inaczej zareaguje osoba, która jest skierowana na zabieg np. przez lekarza specjalistę, który uzasadnia konieczność zabiegu i tłumaczy, na czym zabieg może polegać. W inny sposób będzie zachowywał się pacjent, który zostaje przewieziony do szpitala nieoczekiwanie, oderwany od swojej codzienności [7, 8].

Pierwszy kontakt pacjenta z personelem, szczególnie z pielęgniarką z Izby Przyjęć, ma duże znaczenie w procesie adaptacji pacjenta do warunków szpitalnych, jak i dla całego procesu leczenia, przełamuje opory i otwiera pacjenta na współpracę z personelem Izby Przyjęć a potem oddziału. Pielęgniarka z Izby Przyjęć powinna wykazać się zrozumieniem, życzliwością oraz troską o jego zdrowie a także starać się łagodzić niepokój [7, 8].

W izbie przyjęć pielęgniarka rozpoznaje stan zdrowia pacjenta i powiadamia lekarza. Obserwuje pacjenta, uważnie słucha jego wypowiedzi i gromadzi informacje, które pozwolą rozpoznać pierwsze ważne problemy pacjenta. Lekarz bada pacjenta i zleca wykonanie dodatkowych badań np. morfologia, grupa krwi, EKG, czy zabiegów np. pomiar ciśnienia i saturacji, które pielęgniarka wykonuje zgodnie z odpowiednią procedurą. Po zakwalifikowaniu chorego do przyjęcia, do szpitala, wpisuje się go do komputerowego

systemu przyjęć i zakłada się dokumentację szpitalną standardową dla danego szpitala. Znajduje się w niej historia choroby, karta gorączkowa oraz karta zleceń lekarskich, do której lekarze wpisują zlecone leki i badania diagnostyczne [7, 8].

Pacjent wymagający leczenia chirurgicznego po rozmowie z lekarzem oraz wytłumaczeniu mu, na czym polega zabieg operacyjny, podpisuje zgodę na operację w obecności lekarza. W razie potrzeby na izbie przyjęć pacjent może wziąć kąpiel oraz przebrać się w bieliznę własną lub szpitalną. Ubrania i rzeczy osobiste zabiera rodzina lub zostają umieszczone w magazynie depozytów przedmiotów osobistych. Spis rzeczy robi się w dwóch egzemplarzach. Pacjent dostaje potwierdzenie oddanych rzeczy z podpisem własnym oraz osoby, która je odbiera. Jeden egzemplarz otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy. Ubranie zostaje w depozycie do momentu, w którym pacjent nie zostanie wypisany ze szpitala. Po załatwieniu formalności w Izbie Przyjęć pielęgniarka/sanitariuszka przeprowadza lub przewozi pacjenta wraz z jego dokumentacją na oddział szpitalny. Rodzina pacjenta zawsze może towarzyszyć pacjentowi w drodze do oddziału [7, 8].

Przyjęcie pacjenta w stanie nagłym jest szokiem i wielkim przeżyciem dla każdego człowieka. Zawsze jest związane z strachem. Życzliwe i spokojne nastawienie pielęgniarki wpływa na psychikę pacjenta, pomaga w nawiązaniu kontaktu i uspokojeniu oraz zbudowaniu poczucia zaufania do personelu. Przyjęcie do szpitala w stanie nagłym wymusza szybkie wykonywanie dodatkowych czynności w jak najkrótszym czasie, tak aby szybko przetransportować chorego na oddział [7, 8]. Podobnie, jak w sytuacji przyjęcia planowanego, pielęgniarka musi dokonać oceny wstępnej stanu pacjenta. Nawiązuje kontakt, ocenia świadomość pacjenta, mierzy ciśnienie, tętno i oddech. Pacjentowi zakłada się wkucie dożylnie i zabezpiecza się je przez podłączenie płynów fizjologicznych. Pielęgniarka pomaga lekarzowi przy badaniu pacjenta oraz wykonuje zlecenia (np. wykonuje EKG, pobiera krew, zakłada cewnik do pęcherza moczowego). Zakłada dokumentację oraz dba się o to, aby pacjent podpisał zgodę na zabieg operacyjny. Jeżeli pacjent jest przywieziony z wypadku, personel medyczny ma obowiązek zawiadomić policję. Na tym etapie ocenia się także stan higieniczny, ewentualnie wykonuje się niezbędne zabiegi higieniczne, pomaga w przebraniu się pacjenta. Spisuje się i zabezpiecza ubranie i inne rzeczy osobiste pacjenta, które zabiera rodzina lub trafiają do magazynu depozytowego. Pielęgniarka musi zawiadomić telefonicznie oddział o przyjęciu pacjenta, transportuje go na oddział i przekazuje pielęgniarce dyżurującej. Jeśli choremu towarzyszy rodzina, pielęgniarką powinna poinformować o możliwości odwiedzenia chorego, uspokajać rodzinę oraz odpowiadać na ich pytania [7, 8]. Pielęgniarka, która przyjmuje pacjenta, powinna umieć wczuć się w jego sytuację, rozładować napięcie

miłym słowem lub gestem, okazać mu zainteresowanie i wsparcie. W rozmowie z chorym pielęgniarka przedstawia się i przekazuje informacje o personelu medycznym. Następnie wpisuje pacjenta do ruchu chorych, ocenia stan biologiczny i psychiczny pacjenta, zbiera informacje potrzebne do postawienia diagnoz pielęgniarskich. Zakłada dokumentację obowiązującą w danym oddziale np.: karta indywidualnej pielęgnacji pacjenta, karta wkuć obwodowych. Są jeszcze inne karty dla pacjentów z dodatkowymi problemami np. z cukrzycą, z odleżynami itp. między innymi: karta wkucia centralnego, karta poziomu glikemii we krwi, bilans płynów, dobowy zbiórka moczu, protokół leczenia odleżyn [7, 8]. W karcie indywidualnej pielęgnacji pacjenta zapisuje się dane ogólne pacjenta, dane o stanie biologicznym i higienicznym pacjenta, diagnozę pielęgniarską, inaczej rozpoznane problemy pielęgnacyjne pacjenta wraz z opisem działań pielęgniarskich i oceną zapotrzebowania na tę opiekę oraz wskazówki pielęgniarskie udzielane przy wypisie ze szpitala. Należy pamiętać, że dane o chorym zgromadzone bezpośrednio po przyjęciu pacjenta na oddział są punktem wyjścia dla rozpoznania problemów pielęgnacyjnych i dalszych etapów procesu pielęgnowania [7, 8]. Po założeniu dokumentacji, pielęgniarka waży pacjenta oraz mierzy podstawowe parametry życiowe. Zapoznaje chorego z Kartą Praw Pacjenta, topografią oddziału, regulaminem i wynikającą z niego organizacją dnia. W sposób prosty i zrozumiały udziela informacji i odpowiada na pytania. Zaprowadza pacjenta do sali, wskazuje łóżko i zapoznaje z przebywającymi tam pacjentami. Pielęgniarka informuje lekarza o przyjściu nowego pacjenta. Zakłada wkłucie, jeśli wcześniej nie miał założonego, pobiera krew do badań diagnostycznych zleconych przez lekarza. O wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych czy diagnostycznych informuje i uprzedza pacjenta. Wszelkie zabiegi zawsze wykonuje po uzyskaniu zgody pacjenta [7,8]. W sytuacji przyjęcia pacjenta w trybie pilnym, który wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej, pielęgniarka od razu powiadamia lekarza dyżurnego, który wydaje właściwe zlecenia. Działanie lekarza i pielęgniarki musi być szybkie. Pielęgniarka wykonuje podstawowe parametry życiowe chorego, wykonuje tylko niezbędne czynności konieczne do przeprowadzenia operacji [7, 8].

Przygotowanie do operacji dzieli się na bliższe i dalsze. Aby dobrze przygotować pacjenta należy wziąć pod uwagę sferę fizyczną, jak i psychiczną. W właściwym przygotowaniu do zabiegu operacyjnego bierze udział cały zespół terapeutyczny, od anestezjologa i chirurga po pielęgniarkę, rehabilitanta, dietetyka, czy nawet psychologa. Każdy przygotowuje pacjenta według swojej kompetencji. Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym trwa od jednego do paru dni, w zależności od stanu pacjenta. Przygotowanie dalsze uwzględnia okres od przyjęcia pacjenta na oddział do dnia

poprzedzającego zabieg operacyjny. Dotyczy głównie chorych, u których wykonuje się różne, często skomplikowane, badania diagnostyczne oraz wydłużające czas przygotowania chorego do zabiegu i chorych, którzy wymagają poprawy stanu zdrowia na tyle aby bezpiecznie wykonać operację. Przygotowanie bliższe opiera się na czynnościach wykonywanych przed dzień zabiegu i w dniu zabiegu do momentu przywiezienia na salę operacyjną [9].

Przygotowanie psychiczne jest po to, aby zmniejszyć poziom leku, uzyskać atmosferę zaufania do personelu leczącego, namówić chorego do współpracy. Pielęgniarka zawsze powinna znaleźć czas na rozmowę z pacjentem. Rozmowa na temat, jak wygląda opieka po zabiegu operacyjnym bardzo wpływa na jego nastawienie i zmniejsza wątpliwości oraz lęk [9]. Ważnym elementem przygotowania psychicznego pacjenta jest rozmowa z anestezjologiem, chorzy częściej boją się znieczulania niż samej operacji. Dla niektórych rozmowa z anestezjologiem jest ważniejsza niż rozmowa z chirurgiem. Anestezjolog omawia znieczulenie, możliwe powikłania oraz przebieg okresu pooperacyjnego. Przyjazne nastawienie lekarza oraz szczerą rozmowę i zdobyte informacje od anestezjologa uspokajają pacjenta i poprawiają jego nastawienie na zabieg operacyjny oraz stan emocjonalny. W tych trudnych chwilach dla pacjenta nie wolno zapominać o rodzinie pacjenta, która będzie chciała go wspierać i pocieszać. Na życzenie pacjenta powinno się umożliwić mu kontakt z księdzem oraz w miarę możliwości zagwarantować minimum prywatności i spokoju. Dzień przed i w dzień operacji pacjent jest przepełniony emocjami, dodatkowo na reakcję chorego wpływają czynniki związane zabiegami i czynnościami przygotowującymi pacjenta do operacji np. golenie pola operacyjnego. Podczas wykonywania tych czynności pielęgniarka powinna tłumaczyć cel postępowania i odpowiadać na pytania pacjenta oraz uspokajać [7, 9].

Przygotowanie fizyczne dalsze składa się z postępowania diagnostycznego, usprawniającego, farmakologicznego oraz dietetycznego. Postępowanie diagnostyczne bazuje na prowadzeniu badań koniecznych do określenia stanu ogólnego i zmian patologicznych w danym narządzie czy układzie. Są to wszelkiego rodzaju badania laboratoryjne np. badanie morfologiczne krwi, EKG, prześwietlenie klatki piersiowej, liczba płytek, czas krwawienia itp., badania diagnostyczne specjalne np. badania endoskopowe, ultrasonografia, tomografia, punkcja i pobieranie wycinka do badania histopatologicznego itp. oraz konsultacje specjalistyczne np. ginekologiczna, neurologiczna, kardiologiczna itp. Pacjent może wykonać badania ambulatoryjnie przed przyjęciem do szpitala, jeśli ma wyniki przy sobie, lekarz może zlecić powtórzenie badań w przypadku nieprawidłowych wyników [7, 9].

Postępowanie usprawniające przed zabiegiem operacyjnym polega na zwiększeniu sprawności ruchu i układu oddechowego. Usprawnienie ruchu bazuje na wykonywaniu

ćwiczeń napinania i rozluźniania mięśni głównie nóg, rąk i brzucha, prostowanie i zginanie kończyn w stawach, obroty stóp na boki i zginanie palców u stóp. Ćwiczenia te mają na celu zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. Usprawnienie układu oddechowego bazuje na wykonywaniu ćwiczeń mięśni biorących udział w oddychaniu: mięśnie międzyżebrowe i pomocnicze, przepona, i ćwiczeń oddechowych oporowych. Ćwiczenia oddechowe oporowe polegają na nabieraniu powietrza nosem i wydmuchiwanie ustami przez rurkę do butelki z wodą. Powinny się unosić pęcherzyki powietrza. Oddechowe ćwiczenia oporowe stosuje się by rozprężyć pęcherzyki płucne, co zmniejsza ryzyko wystąpienia niedodmy i zapalenia płuc. Ilość i intensywność ćwiczeń jest uwarunkowana stanem zdrowia i sprawności chorego. Ćwiczenia oddechowe oporowe powinno wykonywać się zarówno przed, jak i po operacji, by zmniejszyć szansę wystąpienia powikłań pooperacyjnych [7, 9].

Przygotowanie farmakologiczne bazuje na podawaniu leków z zamiarem doprowadzenia konkretnych narządów lub układów do możliwie najlepszego stanu funkcjonowania. To przygotowanie wykorzystuje się między innymi w chorobach układu krążenia, w chorobach gruczołów dokrewnych. Czas trwania przygotowania farmakologicznego jest różnie długi, przede wszystkim zależy od choroby i stadium jej zaawansowania [7, 9].

Przygotowanie dietetyczne bazuje na dostarczeniu organizmowi potrzebnych składników odżywczych oraz uzupełnieniu braków pokarmowych. Niedobór białka i witamin wpływa na obniżenie odporności organizmu, wydłuża proces gojenia się ran oraz umożliwia szybsze powstawanie odleżyn. Odwodnienie organizmu prowadzi do zaburzeń elektrolitowych. Uzupełnienie wszelkich niedoborów przed operacją jest niezwykle ważne dla osób wyniszczonych, z zaburzeniami trawienia i wchłaniania, w oparzeniach, w urazach twarzy itp. Drogą dożylną podaje się płyny zawierające białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy, sole mineralne. Wyrównuje się poziom elektrolitów [7, 9].

Przygotowanie fizyczne bliższe jest to zakres czynności wykonywanych w przeddzień zabiegu i w dniu zabiegu operacyjnego przed przywiezieniem chorego na blok operacyjny. Czynności wykonywane w przeddzień operacji wiążą się z przygotowaniem przewodu pokarmowego, czynnościami higienicznymi oraz wykonywaniem zaleceń anestezjologa [7, 9].

Przygotowanie przewodu pokarmowego oznacza dla pacjenta, że nie powinien przyjmować pokarmów stałych 10-12 godzin przed operacją, płynów 6-8 godzin. Wynika to z niebezpieczeństwa wystąpienia wymiotów i aspiracji treści wymiocin do oskrzeli i płuc, co

może skończyć się śmiercią pacjenta. Jeśli chory skarży się na suchość w jamie ustnej, może popłukać jamę ustną wodą. Przygotowanie przewodu pokarmowego zależy od rodzaju zabiegu i od tego, czy będzie zabieg wykonywany na przewodzie pokarmowym, czy innych narządach [7, 9].

Czynności higieniczne polegają na tym, by pacjent w przeddzień operacji wykapał się w zalecany środek odkażający. Kąpiel lub mycie miejsca operowanego z wykorzystaniem środka odkażającego trzeba powtórzyć w dniu operacji [7, 9]. W dniu zabiegu operacyjnego, pielęgniarka musi zobaczyć, czy nie powstały przeciwwskazania do przeprowadzenia operacji, między innymi wysoka temperatura, kaszel, krwawienie miesiączkowe u kobiety. Przygotowuje pole operacyjne, czyli usuwa włosy z okolicy planowanego cięcia operacyjnego. Zabieg ten ma na celu zredukowanie bakterii w polu operacyjnym. Należy pamiętać, by golić pacjenta maszynką jednorazowego użytku, w jak najkrótszym czasie przed przywiezieniem na blok operacyjny. Pielęgniarka musi sprawdzić, czy pacjentki mają niepomalowane paznokcie, jeśli są pokryte lakierem trzeba zmyć. Lakier przeszkadza w obserwacji objawów niedotlenienia (sinicy) i może przez to prowadzić do poważnych powikłań.

Przed operacją, jeśli było zlecenie, pielęgniarka zakłada cewnik do pęcherza moczowego lub sondę do żołądka. Pielęgniarka przypomina pacjentowi o wykonaniu dokładnej toalety jamy ustnej, jeśli pacjent sam jej wykonać nie może to wykonuje ją razem z pacjentem bądź całkowicie go wyręcza. Ma to na celu zminimalizowanie ryzyka infekcji bakteryjnej podczas intubacji. Przed wyjazdem z sali przypomina o zdjęciu protez zębowych, okularów bądź soczewek kontaktowych oraz spinek do włosów. Przypomina pacjentowi o konieczności opróżnienia pęcherza moczowego. Podczas zabiegu dochodzi do zwiotczenia mięśni, co może prowadzić do mimowolnego oddania moczu. Jeśli w zleceniach jest premedykacja, należy ją podać pół godziny do godziny przed zabiegiem, według zaleceń anestezjologa [7,9]. Premedykacja, inaczej leki farmakologiczne służące do przygotowania chorego do znieczulenia, dąży do uspokojenia pacjenta przed zabiegiem, chory nie odczuwa lęku i niepokoju związanego z zabiegiem. Premedykacja daje też możliwość szybszego wprowadzenia pacjenta w narkozę [7, 9].

Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu w trybie nagłym jest niezwykle istotne, dlatego że chory zazwyczaj jest oszołomiony położeniem w jakim się znalazł. Życzliwość i złagodzenie lęku trzeba traktować jako priorytet w postępowaniu z takim chorym [7,9]. Przygotowanie fizyczne pacjenta to między innymi wykonywanie podstawowych badań: pomiar ciśnienia krwi, tętna, oddechów, temperatury, EKG, oznaczenie

grupy krwi i czynnika Rh, pobranie krwi na próbę krzyżową – jeśli trzeba podać krew lub preparaty krwiopochodne, morfologię, poziom elektrolitów i inne badania według zlecenia lekarskiego [7,9]. Pielęgniarka zakłada kaniulę (jeśli pacjent nie miał zakładanej na SOR). Wykonuje zlecenia lekarskie i podaje odpowiednie płyny infuzyjne i leki. Musi upomnieć pacjenta o zakazie jedzenia i picia przed zabiegiem [10].

W dniu zabiegu operacyjnego pacjent wjeżdża przez służę na wózku zewnętrznym, gdzie zostaje przyjęty przez personel bloku operacyjnego. Choremu zawsze powinna towarzyszyć pielęgniarka z oddziału, która ma obowiązek przekazać wszystkie ważne informacje na temat pacjenta. Istotne jest to, czy chory nie ma problemów z słuchem, wzrokiem, czy myśli i odpowiada logicznie. Pamiętać trzeba, że pacjent może być wystraszony i zestresowany, jego świadomość będzie zmieniona nie tylko przez leki. Ważne bardzo jest poczucie bezpieczeństwa, komfortu fizycznego i psychicznego. Zespół anestezjologiczny identyfikuje pacjenta, potwierdza jego tożsamość sprawdzając opaskę identyfikacyjną i historię choroby. Weryfikuje czy są podpisane zgody na znieczulenie i operację oraz ocenia zgodność badań. W dokumentacji powinna się znaleźć okołooperacyjna karta kontrolna, którą wypełnia anestezjolog w trakcie zabiegu [11]. Po sprawdzaniu i potwierdzeniu danych pacjent jest przewożony na salę operacyjną transportem wewnętrznym i położony na stole operacyjnym. Przy przekładaniu chorego na stół trzeba zwrócić uwagę na jego sprawność, czy nie trzeba mu pomóc. Pielęgniarka operacyjna jeszcze raz sprawdza tożsamość operowanego. Zabiegi w okolicy jamy brzusznej mogą być długotrwałe i rozległe. Chorzy przez ranę operacyjną tracą dużo ciepła. Dodatkowo w wyniku podawania zimnych płynów łatwo może dojść do hipotermii. W celu niedopuszczenia do wychłodzenia pacjenta stosuje się materace grzewcze oraz grzałkę do płynów infuzyjnych. Przykrywa się chorego prześcieradłem jednorazowym, a w razie potrzeby można zastosować koc grzewczy. Ułożenie pacjenta zależy od wykonywania zabiegu i następuje po znieczuleniu. Należy pamiętać, że trzeba ułożyć pacjenta bezpiecznie, ale i wygodnie, by po zabiegu nie odczuwał dyskomfortu związanego w wymuszoną pozycją oraz aby nie miał powikłań związanych z uciśnięciem lub porażeniem nerwów [7, 8]. Do zadań pielęgniarki operacyjnej, na tym etapie, należy pomóc w przejściu na stół operacyjny, wygodne ułożenie pacjenta. Kompletowanie wyposażenia stołu operacyjnego dopasowanego do rodzaju zabiegu. Przygotowanie i podłożenie pod wystające części ciała chorego odpowiednich podkładek i wałków w celu profilaktyki przeciwoleżynowej. Przypięcie chorego pasem mocowanym do stołu w celu utrzymania pozycji i bezpiecznego wydania pacjenta po zabiegu [9, 11].

Po skończonej operacji pacjenta przewozi się na salę wybudzeń lub salę pooperacyjną, gdzie przez 2-3 godziny przebywa pod opieką pielęgniarki anestezjologicznej i lekarza anestezjologa. W związku z wystąpieniem zaburzeń związanych z przebytem znieczuleniem opieka zespołu anestezjologicznego jest gotowa do udzielenia szybkiej pomocy. W czasie pobytu na sali pooperacyjnej przemija czas trwania środków znieczulających, powracają i normują się podstawowe funkcje życiowe [7, 8]. Gdy pacjent przebywa na sali pooperacyjnej pielęgniarka musi zwracać uwagę na stan świadomości chorego. Czy reaguje na bodźce, czy utrzymuje kontakt z otoczeniem, czy śpi okresowo, czy ciągle. Jeśli wystąpią niepokojące objawy np. ciągły sen i brak reakcji na bodźce, niezwłocznie musi powiadomić lekarza [7, 8]. Monitoruje podstawowe parametry życiowe: mierzy ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperaturę [7, 8]. Zwraca uwagę na liczbę i charakter oddechów, zaleganie wydzielin w drogach oddechowych. Oddech sphysycony i zwolniony lub przyspieszony mogą świadczyć o powstających u chorego zaburzeniach krążeniowo-oddechowych. Pomiar tętna i ciśnienia tętniczego krwi zapisują się w karcie obserwacji łącznie z dokładną godziną pomiaru. Przez pierwsze dwie godziny od operacji, pielęgniarka dokonuje pomiaru co 15 min, w następnej godzinie co 30 min, później co np. dwie godziny. Częstość pomiarów zależy od zleceń lekarskich, stanu pacjenta oraz rodzaju przebytej operacji. Pomiar tętna wykonuje się na tętnicy promieniowej. Jeśli nie można wyczuć tętna oznacza to, że łożysko naczyniowe jest słabo wypełnione i doszło do centralizacji krążenia oraz stanu zagrożenia wstrząsem [7, 8]. U pacjenta ważna jest kontrolowanie ilości wydalanego moczu oraz ilość przyjmowanych płynów, by nawodnić chorego. Godzinową zbiórkę moczu prowadzi się u pacjentów zagrożonych wystąpieniem wstrząsu. Prawidłowa ilość moczu na godzinę stanowi 30-50 ml. U pacjenta bez cewnika sprawdza się po samowolnej lub wywoływanej mikcji w czasie od 8 do 12 godzin po operacji [7, 8]. Pielęgniarka sprawdza zabarwienie i napięcie skóry. Skóra powinna być różowa i dobrze napięta. Przy niedotlenieniu skóra jest zasiniała lub bledsza. Na odwodnienie może wskazywać sucha skóra, obniżenie ciśnienia i przyspieszenie tętna. Z kolei wzrost ciśnienia, przyspieszenie tętna, ból głowy, rozszerzenie żył szyjnych świadczą o przewodnieniu chorego [7, 8].

Pielęgniarka musi zwracać uwagę na opatrunek, czy nie jest przesiąknięty np. krwią, płynem surowicznym. Przesiákanie opatrunku należy zgłosić lekarzowi. Pielęgniarka jest odpowiedzialna za zabezpieczenie drenów. Podłącza końcówkę drenu do jałowego pojemnika na spływ lub ssania Redona. Pyta się o natężenie i miejsce bólu pacjenta. Podaje leki przeciwbólowe według zleceń lekarskich, zazwyczaj dożylnie we wlewie ciągłym lub określonych w zleceniu godzinach, drodze i dawce. Pielęgniarka upewnia się, że środek

przeciwbólowy działa. W przypadku, kiedy ból nie zmniejsza się należy powiadomić lekarza [7,8]. Pielęgniarka przetacza zlecone przez lekarza płyny infuzyjne, sprawdza drożność kaniuli, wygląd okleiny oraz szybkość przepływu płynu [7, 8].

Systematyczny i dokładny pomiar parametrów życiowych po operacji ma na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa i wczesne wykrycie ewentualnych powikłań oraz szybki powrót do zdrowia. Jest to ważne w przypadkach chorych operowanych w trybie pilnym np. z przepukliną uwięzniętą, czasem z dodatkowymi powikłaniami np. zapaleniem otrzewnej. Dzieje się tak dlatego, że jest mniej czasu na przygotowanie pacjenta w trybie nagłym do operacji. Po operacji przepuklin może dojść do powikłań, ich rodzaj i ilość jest statystycznie większa, jeśli wykonamy ją w trybie nagłym [7, 8].

Postępowanie z pacjentem w kolejnych dobach po operacji jest uwarunkowane od rodzaju operacji i tego jak czuje się pacjent. Każdym chorym należy zajmować się indywidualnie oraz uwzględnić jego możliwości. Po operacji ważne są takie aspekty w opiece jak: jak radzić sobie z bólem pooperacyjnym, jak pielęgnować ranę pooperacyjną oraz dreny, kiedy należy usprawniać chorego, kiedy wprowadzać i rozszerzać dietę oraz kiedy wdrażać pomoc pacjentowi w czynnościach higienicznych [7, 8]. Jeśli pacjent miał cewnik Foleya, pielęgniarka powinna zachęcać pacjenta do samodzielnego oddania moczu. Cewnik powinien być usunięty w miarę możliwości szybko. Dietę pacjenta rozszerza się etapami, jest to uzależnione od zabiegu operacyjnego [7, 8].

Rana pooperacyjna jest opatrzona jałową gazą. Opatrunek zmienia się co 24-48 godzin po zabiegu operacyjnym, chyba że był wcześniej przesiąknięty np. krwią. Badanie rany pooperacyjnej wykonuje się, gdy występuje ból lub jest podwyższona temperatura ciała. Może to sugerować zakażenie rany. Objawy miejscowe zakażenia rany to między innymi: obrzęk, ból rany, obecność ropnej wydzieliny, wzrost temperatury w okolicy rany, rozejście się brzegów rany. Objawom miejscowym często towarzyszą objawy ogólne np.: złe samopoczucie, gorączka lub podwyższona temperatura, dreszcze, przyspieszone tętno. Jeśli pielęgniarka zaobserwuje takie objawy zmuszona jest niezwłocznie powiadomić lekarza [7, 8].

Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej jest większe u pacjentów, których zabieg trwał dłużej niż godzinę i u pacjentów operowanych w trybie pilnym. Chorzy którzy leczyli się w szpitalu przed zabiegiem dłuższy czas oraz osoby chorujące na cukrzycę, też mogą mieć częściej zakażenia ran. Gdy w ranie są krwaki lub tkanka martwicza, też trudniej będzie się goiła rana, co może wpłynąć na ryzyko zakażenia. Kolejną grupą chorych podatnych na zakażenie rany pooperacyjnej są pacjenci w trakcie leczenia sterydami bądź cytostatykami.

Osoby niedożywione, które cierpią z powodu niedoboru witamin czy minerałów też są w grupie ryzyka zakażeń. Rany zakażone goją się wolniej. Rany czyste, niezakażone goją się przez rychłozrost i trwa to w ciągu kilku dni [7, 8].

Ważnym elementem opieki pooperacyjnej jest usprawnianie chorego po zabiegu. Czynności te zaczyna się wprowadzać w dobie zero. Na samym początku są to ćwiczenia oddechowe, polegają na wykonywaniu głębokich oddechów, dmuchaniu przez rurkę do butelki z wodą. Ćwiczenia te zapobiegają wystąpieniu powikłań z strony płuc. Istotne jest dla pacjenta, aby nie czuł bólu, więc pielęgniarka musi pamiętać o zleconych środkach przeciwbólowych. Drugimi aspektami są też ćwiczenia ruchowe, należy zwrócić uwagę na możliwości pacjenta, np. można poprosić go o ruszanie palcami stóp, napinanie i rozluźnianie mięśni nóg itp. Uczy się chorego, że w czasie kaszlu powinien stabilizować ranę operacyjną rękami, w celu zapobiegania rozejścia się rany oraz osłabienia bólu. Wykonywanie takich ćwiczeń dobrze wpływa na pacjenta, będzie w stanie szybciej się uruchomić, zmniejsza ryzyko zakrzepów żył głębokich, wspomaga perystaltykę jelit oraz zapobiega zastaniu się moczu w pęcherzu. Pielęgniarka ma ważne zadanie, czyli zachęcanie pacjentów do usprawniania się tak aby mogli szybko wrócić do zdrowia [7, 8].

Omawiany przypadek pacjenta z przepukliną pachwinową prawostronną pokazuje, że pacjent był przyjęty do szpitala w trybie planowym, dzień przed zabiegiem. Następnego dnia na blok operacyjny został przetransportowany o godzinie 10:40 a wrócił na oddział o godzinie 13:00. Parametry życiowe mierzone po przyjęciu do oddziału wynosiły: RR 108/64 mm Hg, HR 100/min. Zastosowano, na zlecenie lekarskie tlenoterapię przez maskę tlenową z szybkością 5l/ min. Opatrunek na ranie pooperacyjnej był suchy. Skóra była czysta, bez zmian patologicznych. Pacjent był logiczny, współpracujący. Leki przeciwbólowe były skuteczne. W dobie zabiegu operacyjnego pacjenta zakwalifikowano do trzeciej kategorii opieki. Głównymi problemami okresu pooperacyjnego były: ból w ranie pooperacyjnej oraz utrudnienie mobilności pacjenta jako skutek przetaczanych płynów infuzyjnych, a także osłabienie z powodu przebytej operacji. W dalszej dobie po zabiegu, natomiast, zdiagnozowano: brak wiedzy na temat postępowania z raną pooperacyjną oraz ryzyko wystąpienia nawrotu przepukliny brzusznej z powodu niedostosowania się do zaleceń lekarskich i pielęgniarskich.

Zalecenia dla pacjenta z przepukliną do domu obejmowały m. in. prowadzenie przez okres 3 miesięcy, oszczędzającego trybu życia. Zalecono pacjentowi odpoczynek po operacji i unikanie czynności uruchamiających mięśnie tłoczni brzusznej tj.: parcie, kaszel oraz utrzymanie diety lekkostrawnej i bogatej w błonnik. Ponieważ było zalecenie stosowania pasa

przepuklinowego pokazano pacjentowi w jaki sposób pas ten się zakłada i nosi. Pasy przepuklinowe zwykle zalecane są dla osób otyłych, chorych, u których praca wymaga dźwigania ciężarów oraz pacjentów, którzy cierpią na przewlekłe zaparcia lub schorzenia oskrzelowo- płucne. Należy wiedzieć, że pasy przepuklinowe zmniejszają ryzyko wystąpienia, nie chronią przed powiększeniem istniejącej przepukliny. Poinformowano pacjenta o tym, że pasów przepuklinowych nie stosuje się na stałe, ponieważ mięśnie się do nich przyzwyczajają i ulegają osłabieniu a okres ich stosowania jest inny dla różnych pacjentów i pewien być ustalony przez lekarza. Poinformowano pacjenta o konieczności zmiany pasów przepuklinowych co 3-6 miesięcy a także o tym, że okres niezdolności do pracy jest indywidualny, u każdego pacjenta i zależy od charakteru wykonywanej pracy oraz wielkości przepukliny i metody jaka zabieg był wykonany. Zalecono regularną zmianę opatrunku oraz dbanie o codzienną higienę całego ciała poprzez korzystanie z prysznicy. Wizytę kontrolną wyznaczono około 7-10 dnia od zabiegu, m. in. w celu zdjęcia szwów z rany pooperacyjnej [7, 12].

WNIOSKI

1. W opiece nad pacjentem z przepukliną pachwinową prawostronną, przed i po zabiegu bez powikłań, pielęgniarki realizują zadania z różnych grup zadań zawodowych. Najczęściej podczas pobytu pacjenta w oddziale, realizowane były zadania z grupy wychowawczej i opiekuńczej, np. przekazywanie informacji na temat postępowania z raną pooperacyjną lub np. zmiana bielizny pościelowej. Równie często pielęgniarki wykonywały zadania z zakresu funkcji rehabilitacyjnej tj. np. prowadziły rehabilitację przyłóżkową. W zakresie funkcji terapeutycznej mieściły się wszystkie te zadania, które wiązały się z wykonywaniem zleceń zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
2. Zabieg operacyjny przepukliny pachwinowej prawostronnej spowodował, iż pacjent w wieku 23 lat miał trudności w poruszaniu się.
3. W okresie pooperacyjnym, istotnym problemem okazał się przede wszystkim ból rany pooperacyjnej, który został zminimalizowany poprzez zastosowane leczenia p/bólowego zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
4. Ryzyko nawrotu przepukliny u pacjenta po zabiegu operacyjnym przepukliny pachwinowej prawostronnej jest duże ze względu na przebytą wcześniej operację plastyki przepukliny brzusznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Niechwiadowicz - Czapka T.: Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji. Puls Uczelni 2014, 8, 2, 36-44.
2. Krupienicz A.: Podstawy pielęgniarstwa. Repetytorium przedegzaminacyjne. Wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław, 2018.
3. Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej, Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, tom. 1, 2019, 3-19.
4. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2010.
5. Lesińska-Sawicka M.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła, 2017.
6. Dąbrowiecki S.: Przepukliny brzuszne [W:] Chirurgia. Noszczyk W. (red.). Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2019, 928- 940.
7. Kapła W., Skokowska B., Bączyk G.: Pooperacyjna opieka pielęgniarska i problemy pielęgnacyjne pacjenta leczonego na oddziale chirurgii ogólnej [W:] Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed – i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Bączyk G., Kapła W. (red.). Poznań, Wyd. UM Poznań, 2012, 37- 112.
8. Klimczyk A.: Przyjęcie pacjenta do szpitala i oddziału chirurgicznego [W:] Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa chirurgicznego. Klimczyk A., Niechwiadowicz- Czapka T. (red.). Wrocław, Wyd. Continuo, 2008, 7-18.
9. Klimczyk A.: Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego [W:] Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa chirurgicznego. Klimczyk A., Niechwiadowicz- Czapka T. (red.). Wrocław, Wyd. Continuo, 2008, 35-44.
10. Mączyńska M.: Przyjęcie pacjenta w stanie nagłym na oddział chirurgii ogólnej. Wyd. specjalne Magazynu Pielęgniarki i Położnej. 2017, 1, 2-5.
11. Michalak A., Michalak G.: Identyfikacja i przygotowanie pacjenta do operacji [W:] Instrumentarium i przebieg wybranych zabiegów w chirurgii jamy brzusznej. Michalak A., Michalak G. (red.). Wrocław, Wyd. Edra Urban & Partner, 2019, 11- 16.
12. Kłapa Z.: Opieka nad chorym z przepukliną brzuszną [W:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego Walewska E. (red.). Warszawa, Wyd. Lekarskie PZWL, 2014, 476- 485.

ANALIZA PROBLEMÓW PIELEGNACYJNYCH PACJENTA PO CHIRURGICZNYM LECZENIU USZKODZENIA ŁĄKOTKI

MAGDALENA KRZYKOWSKA¹, BARBARA JANKOWIAK²

¹ Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

W dzisiejszych czasach coraz więcej osób zaczyna dostrzegać wagę aktywności fizycznej, nie tylko w celu utrzymania prawidłowej wagi i wyglądu ciała, ale i środka do poprawy samopoczucia i odskoczni od problemów życia codziennego. Skutkuje to coraz większą grupą ludzi uczęszczających na siłownię, baseny, biorących udział w zajęciach zorganizowanych, grach zespołowych, a także biegających po parkach miejskich. Jest to bardzo obiecujący trend, jednak równie szybko rośnie liczba odnoszonych kontuzji. Dotyczą one najczęściej stawu kolanowego, który obok stawu skokowego jest najbardziej obciążanym stawem. Jako, iż jest stawem złożonym składającym się z elementów podstawowych takich jak kości piszczelowej i udowej, a także elementów dodatkowych największej trzeszczki w ciele człowieka – rzepki, więzadeł oraz dwóch łąkotek, czyni go jeszcze bardziej podatnym na urazy.

Rodzaje uszkodzeń łąkotki

W literaturze naukowej najobszerniej opisywane są rozerwania łąkotek. Na podstawie obrazu klinicznego można wyróżnić kilka typów rozerwań łąkotek: rozerwanie podłużne pionowe, skośne, poprzeczne, poziome, degeneracyjne (zwyrodnieniowe) oraz uraz w kształcie rączki od wiadra. Uszkodzenia pionowe łąkotki mogą być pełne (całkowite np. uszkodzenia o typie rączki od wiadra), lub niepełne, częściej występujące u młodszych pacjentów. Najczęściej występują uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej (typu jęczyczka, „dziób papugi”). Zwykle są spotykane pomiędzy 1/3 środkową łąkotki, a rogiem tylnym łąkotki. Wolny, uszkodzony fragment łąkotki przyśrodkowej może zostać zakleszczony w nieprawidłowej pozycji, powodując bolesne pociąganie połączenia łąkotkowo-torebkowego i pogłębianie się uszkodzenia [1, 2].

Biorąc pod uwagę mechanizm uszkodzeń można je podzielić na zwyrodnieniowe (powstałe na skutek zmian zwyrodnieniowych np. torbiele łąkotek), mechaniczne (powstałe

na skutek urazu mechanicznego – np. przeprost, siła rotacyjna), a także strukturalne – np. łąkotka tarczowata. Urazy mechaniczne (np. pionowe) najczęściej dotyczą przedniego rogu łąkotek. Urazy tylnego rogu łąkotek powstają częściej na skutek zmian degeneracyjnych.

Stopień uszkodzenia łąkotki oraz umiejscowienie urazu decydują o przebiegu leczenia. Urazy zewnętrznej części łąkotki, ze względu na lepszy poziom ukrwienia tego obszaru, mają szansę na samoistne zagojenie (zależać to będzie jednak od stopnia uszkodzenia). Ze względu na słabsze odżywienie części wewnętrznej, uszkodzenia tam zlokalizowane, częściej wymagają interwencji chirurgicznej. Proces gojenia łąkotki stanowią przede wszystkim rozległość uszkodzenia oraz strefa jej unaczynienia [3].

Przyczyny uszkodzeń łąkotki

Uszkodzenia łąkotki najczęściej mają charakter urazowy i dotyczą rozerwania jej ciągłości w sytuacji, kiedy siły działające na łąkotkę przewyższają wytrzymałość mechaniczną tkanki kolagenowej, z której są zbudowane [3, 4].

Do urazu kolana najczęściej dochodzi podczas aktywności fizycznej bądź w wyniku wypadku komunikacyjnego czy upadku. Przy zbyt gwałtownym wyproście stawu kolanowego, łąkotki mogą nie nadążyć za ruchem i zaklinować się. Inną przyczyną zaklinowania może być szybki skręt z jednoczesnym zginaniem. Jest to typowa sytuacja w czasie jazdy na nartach – gwałtowne skręty podczas pozostawania w lekkim przysiadzie. Poza narciarstwem, w grupie sportów o zwiększonym ryzyku uszkodzenia łąkotek znajduje się piłka nożna, siatkówka i hokej [2, 5].

Zdarza się jednak, że do urazu łąkotki dochodzi w wyniku z pozoru niewinnego stłuczenia, niewielkiego stopnia skręcenia, poślizgnięcia, potknięcia się, upadki na schodach i/lub na powierzchniach płaskich, przeciążenia stawu (długotrwałe przebywanie w pozycji klęku czy kucania, podnoszenie i przenoszenie dużych ciężarów oraz czynności wymagające szybkiej zmiany kierunku). Występujące dość rzadko, ale równie ważne są izolowane uszkodzenia łąkotki. Dochodzi tu do uszkodzenia kilku struktur w obrębie stawu kolanowego. Przykładem może być triada o'Donoghue, w której dochodzi do uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego, więzadła pobocznego piszczelowego oraz łąkotki przyśrodkowej. Częstość dochodzi także do uszkodzenia chrząstki stawowej na kłykieciu przyśrodkowym kości udowej, które jest bezpośrednim następstwem uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej. Wśród młodych pacjentów, urazy związane ze sportami kontaktowymi są najczęstszą przyczyną uszkodzeń łąkotek, które bardzo często powiązane są z urazem więzadła

krzyżowego przedniego. Uszkodzenie łąkotki nie musi być jednak związane z urazem [1, 3, 4, 2, 6, 7, 8, 9].

Zwiększona podatność na urazy może być spowodowana występowaniem łąkotki tarczowatej, czyli anatomicznego wariantu prawidłowo zbudowanej łąkotki. Łąkotka tarczowata jest często grubsza i przybiera kształt talerza, a gdy jest obecna powoduje uczucie trzaskania w kolanie. Porównując łąkotkę tarczowatą z tą o normalnym kształcie można stwierdzić, że jest ona dużo bardziej narażona na obrażenia. Przyczyna występowania łąkotki tarczowatej nie jest na ten moment znana.

Zaleca się, aby pacjenci z objawami występowania łąkotki tarczowatej poddawali się częściowej meniscektomii lub przekształcaniu [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Wśród osób dorosłych i u osób starszych do patologii związanych z łąkotkami dochodzić może w przebiegu toczącej się choroby zwyrodnieniowej, powodującej ich destrukcję. Przyczyną uszkodzenia łąkotek mogą być również wady wrodzone i pojawiające się wewnątrz stawu torbiele. Zaobserwowano, że łąkotka przyśrodkowa ze względu na swoje ufixowanie do torebki stawowej co zmniejsza jej ruchomość, ulega rozdarciu znacznie częściej niż łąkotka boczna.

Objawy uszkodzeń łąkotki

Rozpoznanie uszkodzenia łąkotki nie należy do trudnych. Po przebytych urazach przede wszystkim pojawia się ból po stronie bocznej lub przyśrodkowej kolana na wysokości szpary stawowej. Ośrodek bólu znajduje się z boku lub w środkowej części kolana i nasila się podczas kucania czy klękania, a także w momencie aktywności lub bezpośrednio po wysiłku. Pacjenci często zauważają ograniczenie zakresu ruchomości kolana w postaci deficytu wyprostu lub zgięcia. Po upływie kilku godzin w stawie zbiera się zbyt duża ilość płynu, co powoduje wystąpienie obrzęku. Dodatkowymi objawami mogą być słyszalne przeróżne trzaski, uczucie niestabilności czy przeskakowania w kolanie. Dochodzi również do zmiany obrysu stawu kolanowego [16].

Objawów takich nie należy lekceważyć. Konieczna jest wizyta u lekarza, który wykona dokładne badanie lekarskie. Lekarz na podstawie badania jest w stanie realnie ocenić wielkość kontuzji.

Badania uszkodzeń łąkotki

Rozpoznanie uszkodzenia łąkotki odbywa się w trzech etapach: badanie przedmiotowe, badanie podmiotowe oraz badania dodatkowe. Wywiad informuje nas o etiologii urazu, natomiast z badania podmiotowego dowiadujemy się o objawach

towarzyszących, takich jak ból, zaczerwienienie, opuchlizna, ograniczenie ruchomości stawów. Badanie podmiotowe obejmuje wykonanie testów łąkotkowych. W literaturze opisanych jest około 30 testów diagnostycznych, jednak do ustalenia wyjściowej diagnozy wystarczy niezależne przeprowadzenie 3 z nich. Najczęściej wykonywane są testy McMurray'a, test Apley'a, test Bragarda [17].

Test McMurray'a przeprowadzany jest podczas gdy pacjent jest ułożony na plecach. Polega na wykonywaniu ruchu zginania i prostowania badanego stawu kolanowego z synchroniczną rotacją wewnętrzną (test na łąkotkę boczną) lub rotacją zewnętrzną podudzia (test na łąkotkę przyśrodkową). Wynik testu jest pozytywny, gdy pacjent odczuwa ból oraz przeskakanie w obrębie stawu kolanowego.

Test Apley'a (distrakcyjno-kompresyjny) - w odróżnieniu od testu McMurray'a pacjent podczas badania leży na brzuchu, nogę ma zgiętą pod kątem 90° w stawie kolanowym. Udo jest stabilizowane przez osobę badającą, która wykonuje po kolei trakcję, kompresję oraz rotację zewnętrzną i wewnętrzną. Ból odczuwany w trakcie badania daje pozytywny wynik testu.

Test Bragard'a polega na wykonaniu zgięcia w stawach: biodrowym i kolanowym wraz z rotacją podudzia. Ból występujący podczas prostowania, rotacji zewnętrznej i odwiedzeniu podudzia sugeruje uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej, zaś uszkodzenie łąkotki bocznej przy prostowaniu, rotacji wewnętrznej i odwodzeniu podudzia.

W postawieniu diagnozy pomaga nam również stwierdzenie występowania objawu Childressa, tzw. testu kaczego chodu, który polega na próbie chodu w pełnej rotacji stóp i pełnym przysiadzie, a także objaw Payra polegający na uciskaniu stawów kolanowych zrotowanych w kierunku zewnętrznym podczas gdy osoba badana siedzi w siadzie tureckim. Wynik dodatni testów świadczy o uszkodzeniu tylnego rogu łąkotki, gdy ból i słyszalne trzaski występują w przyśrodkowej części szpary stawowej stawu kolanowego.

Aby poszerzyć naszą wiedzę co do rozmiaru i typu uszkodzenia łąkotki można wykonać badania dodatkowe, takie jak USG, MRI, RTG bądź artroskopię diagnostyczną. Najlepszą metodą jest wykonanie rezonansu magnetycznego, pozwalającego na nieinwazyjne wykazanie uszkodzeń z bardzo dużą dokładnością bez potrzeby podania środka kontrastowego i nakłucia stawu.

Leczenie uszkodzeń łąkotki

Obecnie wyróżniamy dwa sposoby leczenia uszkodzeń łąkotki – nieoperacyjne i operacyjne. Leczenie nieoperacyjne (zachowawcze) polega na pozostawieniu łąkotki bez

ingerencji chirurgicznej licząc na samoistną regenerację, co może doprowadzić do pogłębienia się już istniejących uszkodzeń. Leczenie operacyjne uszkodzeń łąkotki oparte jest na trzech wiodących metodach: artroskopowym szyciu, meniscektomii lub przeszczepie. Jednakże większość uszkodzonych łąkotek wymaga leczenia chirurgicznego.

Artroskopia jako najmniej inwazyjny zabieg, obarczony niskim odsetkiem powikłań, jest najpowszechniej stosowaną metodą. Zamysłem zabiegu jest wprowadzenie artroskopu do wnętrza stawu kolanowego uprzednio wykonując niewielkie nacięcia powłok skórnych. Następnie pole operacyjne jest przemywane roztworem soli fizjologicznej, w celu uwidocznienia struktur wewnątrzstawowych i wprowadzane są narzędzia chirurgiczne, którymi chirurdzy będą posługiwać się w celu zszycia uszkodzeń łąkotki. Dalsze postępowanie i technika wykonania zabiegu zależna jest od typu, rozmiaru i lokalizacji uszkodzenia, a także od stabilności stawu kolanowego i czynników indywidualnych jakimi są wiek, objawy kliniczne oraz poziom aktywności fizycznej pacjenta. U pacjentów, u których wyraźnie stwierdzona jest choroba zwyrodnieniowa stawów, nie można mówić o całkowitej skuteczności artroskopii, chyba że mowa jest o niedawno doznanych urazach lub uszkodzeniach. Mimo, że nie zawsze skuteczna, jest ona najczęściej wybieraną metodą na świecie [14,15,16,17,18, 19].

Meniscektomię, czyli usunięcie łąkotki, przeprowadzamy na dwa sposoby: całkowicie lub częściowo. Zabieg całkowitego usunięcia łąkotki był preferowany do lat 70. XX wieku, dopóki nie wykazano, że powoduje powstawanie nieodwracalnych zmian zwyrodnieniowych w stawie kolanowym a także wzrost niestabilności kolana i zaniku mięśni w obrębie uda. W konsekwencji obecnie, kiedy tylko zachodzi taka możliwość, wykonywana jest częściowa meniscektomia, minimalizująca ryzyko niepożądanych powikłań [20, 21, 22].

Przeszczep obejmuje częściową lub całkowitą wymianę łąkotki na syntetyczną (polimery) u pacjentów po częściowej meniscektomii bądź allogeniczną (pobraną od ludzkiego dawcy) po całkowitej lub częściowej meniscektomii. Materiał allogeniczny, który jest lepszym rozwiązaniem musi zostać opracowany i przejść sterylizację w celu usunięcia wirusów i bakterii mogących być źródłem groźnych powikłań.

W dzisiejszych czasach uważa się, że łąkotka nie powinna być usuwana, chyba że to konieczne, w innym przypadku zaleca się jej szycie bądź przeszczep [23].

Rehabilitacja uszkodzonej łąkotki

Rolą rehabilitacji są postępowania stwarzające warunki pozwalające na zmniejszenie skutków urazu oraz zdecydowanie szybszą regenerację.

Rehabilitacja jest ostatnim, nieodłącznym krokiem do zadowalającego powrotu do sprawności. Podjęta możliwie jak najszybciej po zabiegu ma na celu zmniejszenie stanu zapalnego, wzmocnienie mięśni, zwiększenie ruchomości stawu oraz poprawę równowagi i koordynacji. Proces rehabilitacji dzielimy na dwa etapy [24, 25, 26, 27].

Pierwszy etap nie wymaga od pacjenta używania siły mięśniowej, gdyż grozi to rozerwaniem szwów i niepożądanymi komplikacjami. Do ćwiczeń i zabiegów należących do początkowego etapu rehabilitacji zaliczamy: laseroterapię, terapię polem magnetycznym, napięcie izometryczne mięśni przedniej i tylnej strony uda oraz mięśni pośladkowych i trójgłowych łydki, mobilizację rzepki, powolne wprowadzanie jazdy na rowerze stacjonarnym, schładzanie stawu po wykonaniu ćwiczeń. Pacjent powinien w ciągu dnia poruszać się w ortezie i z użyciem dwóch kul łokciowych.

Drugi etap obejmuje:

- Fizykoterapię.
- Rozciąganie mięśnia biodrowo-łędźwiowego, głowy prostej mięśnia czworogłowego, mięśni z grupy kulszowo-goleniowej i mięśnia trójgłowego łydki,
- Pracę nad wzmacnianiem mięśnia czworogłowego.
- Pracę nad uzyskaniem pełnej sprawności operowanej kończyny dolnej.
- Wprowadzenie elementów dyscyplin sportowych, które pacjent wcześniej uprawiał.
- Zalecenia odnośnie zajęć na siłowni.
- Pływanie.
- Testowanie pacjenta w trakcie usprawniania i sprawdzanie efektywności terapii.

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u pacjenta po chirurgicznym leczeniu uszkodzenia łokotki.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej.
3. Ocenienie działań pielęgniarzskich podjętych u pacjenta z uszkodzoną łoktką.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto dorosłego mężczyznę w wieku 55 lat z rozpoznaniem *uszkodzenie łokotki bocznej typu rączki od wiadra*. Pacjent był leczony chirurgicznie z tego powodu. Badany choruje na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, chorobę zwyrodnieniową stawów

oraz na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Badania przeprowadzono w środowisku domowym pacjenta.

Praca została zrealizowana przy pomocy metody indywidualnego przypadku z użyciem procesu pielęgnowania. Materiał zebrano na podstawie wywiadu, obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów.

Użyte metody rozpoznania problemów pacjenta charakteryzowały się holistycznym podejściem do pacjenta, dzięki któremu można w sposób bardzo dokładny zebrać informacje dotyczące stanu zdrowia, stylu życia i środowiska pacjenta. Proces pielęgnowania jest sprawdzoną metodą wykorzystywaną od wielu lat zarówno w szpitalu, jak i w pielęgniarstwie środowiskowym.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent, P. K., urodzony 25.08.1964 r. pochodzi z Olsztyna. Posiada wykształcenie wyższe, wykonuje pracę na stanowisku pracownika umysłowego, czego wadą jest długotrwałe przebywanie w pozycji wymuszonej oraz brak ruchu. Poza pracą badany również prowadzi siedzący tryb życia. Pan Piotr mieszka wraz z żoną w domu jednorodzinnym. Posiada dobre warunki higieniczno-bytowe. Pacjent w maju 2019 roku przebywał na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. Hospitalizacja była związana z koniecznością operacyjnego leczenia uszkodzonej łąkotki bocznej (typu rączki od wiadra) stawu kolanowego lewego.

Pacjent jest obciążony licznymi współistniejącymi chorobami. Choruje na zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa i POChP (przewlekłą obturacyjną chorobę płuc) od 2004 roku. W 2008 roku chory był hospitalizowany z powodu zakrzepowego zapalenia żył głębokich kończyn dolnych. Pacjent jest otyły (otyłość III stopnia), choruje także na cukrzycę typu II oraz nadciśnienie tętnicze. Pacjent palił papierosy przez około 15 lat, rzucił palenie w 2004 roku. Ojciec badanego w podeszłym wieku chorował na nowotwór prostaty. Chory jest uczulony na penicylinę.

Badany jest pod stałą opieką poradni kardiologicznej z powodu nadciśnienia tętniczego oraz diabetologicznej z powodu leczonej cukrzycy.

Pomiary pacjenta:

Masa ciała: 143 kg; Wzrost: 180 cm; BMI: 44,16 kg/m² (otyłość brzuszna).

Podczas przeprowadzonej obserwacji zauważono u pacjenta znaczne ograniczenie ruchowe i obrzęk operowanej kończyny. Pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe i na podstawie skali NRS (Numerical Rating Scale) otrzymał 7 punktów. Dodatkowo czynnikami niepokojącymi pacjenta były lęk przed zakażeniem rany wynikający z niedostatecznej wiedzy na temat samoopieki oraz obawa o możliwość całkowitego powrotu do pełnej sprawności. U pacjenta zauważono również obniżony nastrój spowodowany długotrwałym przebywaniem w odosobnieniu oraz stany przygnębienia wynikające z bólu podczas wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych. Pacjent pomimo obciążenia licznymi schorzeniami przyznał się, że lubi podjadać słodkie, niezdrowe przekąski oraz pije dużo gazowanych, słodzonych napojów, co w połączeniu z małą ilością ruchu wpływa na wzrost masy ciała, a tym samym obciążenia dla stawów oraz może stwarzać problemy w trakcie rekonwalescencji. Pacjent nie wykazuje chęci zmiany stylu życia.

PLAN OPIEKI WOBEC PACJENTA PO CHIRURGICZNYM LECZENIU USZKODZENIA ŁĄKOTKI

1. Diagnoza pielęgniarska Ograniczenie ruchowe spowodowane bolesnością miejsca operowanego

Cel: Poprawa sprawności ruchowej stawów.

Plan działania /Realizacja:

- Ułożenie pacjenta z eliminacją ucisku na obrzęknięte stawy.
- Podanie leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza.
- Wykonanie okładów, nacieranie maściami, żelami przeciwbólowymi.
- Obserwacja skóry w celu zapobiegania maceracji.
- Zmiana pozycji ciała i pozycji kończyn. Stosowanie udogodnień, zmniejszanie dyskomfortu spowodowanego bólem i obrzękiem.
- Organizacja kolejności zabiegów tak, aby wykonywać je w czasie działania środka przeciwbólowego. W okresie ostrym ćwiczenia bierne, następnie czynne.

Ocena: Ułożono pacjenta eliminując ucisk na obrzęknięte stawy, podano lek przeciwbólowy (**Olfen Uno w dawce 150 mg**), po którym ból ustąpił. Nie nastąpiła maceracja skóry operowanej kończyny. Systematycznie zmieniano pozycję ciała i ułożenie chorej kończyny. Zauważalna poprawa ruchomości stawu kolanowego.

2. Diagnoza pielęgnarska Obrzęk operowanej kończyny

Cel: Zapobieganie narastaniu obrzęków.

Plan działania /Realizacja:

- Zachowanie ostrożności podczas poruszania, dotykania miejsc obrzękniętych (np. nie masować).
- Elewacja obrzękniętej kończyny poprzez zastosowanie uniesienia w postaci klinów lub wałków.
- Obserwacja i pomiar obrzęków poprzez kontrolę obwodów obrzęków, masy ciała oraz bilans płynów i dobową zbiórkę moczu.
- Zapewnienie diety bogatobiałkowej z ograniczeniem NaCl i wody.
- Ograniczenie spożywania soli w diecie.

Ocena: Zgodnie z zaleceniem pacjent przyjął około 3 litrów płynów w ciągu doby ograniczając zawartość NaCl, stosował zaleconą dietę bogatobiałkową. Dobowa zbiórka moczu wyniosła około 1950 ml. Brak obrzęków operowanej kończyny.

3. Diagnoza pielęgnarska Dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej

Cel: Eliminacja, zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Plan działania /Realizacja:

- Obserwowanie objawów nasilających ból.
- Likwidowanie i minimalizowanie przyczyn występowania bólu: metody fizykalne (zimno, ciepło), zabiegi odprężające i łagodzące napięcia.
- Zmniejszenie narażenia na działanie bodźców zwiększających ból poprzez odciążanie i eliminację ucisku miejsc bolesnych, układanie w wygodnej pozycji i stosowanie udogodnień oraz wykonywanie zabiegów w skoordynowany sposób.
- Zapewnienie choremu ciszy i spokoju w czasie snu i wypoczynku.
- Rozmowa z pacjentem (odwrócenie uwagi od odczuwanych dolegliwości).
- Współdziałanie w terapii bólu: podawanie leków i ocena ich skuteczności oraz przestrzeganie zasady zapobiegania odczuwania bólu.
- Ocena wg skali NRS

Ocena: Podano lek przeciwbólowy Olfen Uno w dawce 150 mg. Zapewniono choremu dogodne warunki potrzebne do rekonwalescencji (cisza, rozmowa z pacjentem, zastosowano naprzemiennie zimne i ciepłe okłady). Przed zastosowaniem leków ból wg skali NRS

wynosił 7, natomiast po zastosowaniu leków wynosił 2. Zlikwidowano dolegliwości bólowe pacjenta.

3. Diagnoza pielęgnarska Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej

Cel: Niedopuszczenie do zakażenia.

Plan działania /Realizacja:

- Systematyczna kontrola stanu opatrunku i procesu gojenia się rany.
- Utrzymanie higieny osobistej i otoczenia.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnego łóżka, czystej, suchej i luźnej bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas mycia rany pooperacyjnej.

Ocena: Skontrolowano stan opatrunku oraz rany. Brak objawów świadczących o zakażeniu rany. Skóra w okolicy rany pooperacyjnej bez zaczerwienień, czysta. Brak oznak świadczących o stanie zapalnym. Zmieniono pościel oraz bieliznę osobistą pacjenta.

4. Diagnoza pielęgnarska Niepokój związany z niedostateczną wiedzą na temat samo opieki

Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjenta w zakresie samoopieki i obniżenie niepokoju.

Plan działania /Realizacja:

- Zaplanowanie i przygotowanie chorego do samodzielności i samoopieki poprzez wskazanie sposobów bezpiecznego przemieszczania, utrzymania podstawowej higieny i funkcjonowania w domu.
- Umożliwienie wykonywania czynności w czasie i tempie dostosowanym do potrzeb chorego.
- Edukacja chorego w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z utrzymaniem higieny osobistej.
- Pomoc w toalecie ciała.
- Pomoc w wykonywaniu ćwiczeń (asekuracja przy nauce poruszania się o kulach i ćwiczeń zleconych przez rehabilitanta) oraz zmianie pozycji ciała w łóżku chorego.
- Pomoc w podawaniu posiłków oraz przyjmowaniu leków.
- Przypomnienie o zachowaniu równowagi między ćwiczeniami a odpoczynkiem.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności przestrzegania wizyt kontrolnych u lekarza.
- Współudział w nauce posługiwania się sprzętem rehabilitacyjnym (np. kule pachowe).

- Edukacja rodziny w zakresie opieki nad chorym.

Ocena: Wyedukowano pacjenta w zakresie samoopieki, prawidłowego wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych. Poinstruowano o konieczności przyjmowania leków, stosowania właściwej diety oraz zachowania higieny rany. Informacje dotyczące samoopieki przekazano również rodzinie. Zwiększono samodzielność pacjenta w zakresie samoopieki. Pacjent czuje się pewniej zostając samemu w domu.

5. Diagnoza pielęgniarska Niepokój spowodowany lękiem o całkowity powrót do pełnej sprawności

Cel: Poprawa nastroju i zwiększenie wiary w powrót do pełnej sprawności.

Plan działania /Realizacja:

- Okazanie pacjentowi zainteresowania i ciepła oraz objęcie troskliwą opieką poprzez zastosowanie psychoterapii elementarnej.
- Motywująca rozmowa z pacjentem i przedstawienie mocnych stron rehabilitacji pooperacyjnej.
- Przedstawienie pacjentowi rodzajów i możliwości dodatkowej rehabilitacji.
- Koncentrowanie się podczas rozmowy z pacjentem na czynnościach możliwych do wykonania.
- Organizowanie pacjentowi czasu wolnego poprzez rozwiązywanie krzyżówek, czytanie książek, słuchanie muzyki i rozmowę.
- Wyjaśnienie konieczności przestrzegania zleceń lekarza i fizjoterapeuty.

Ocena: Przedstawiono pacjentowi rodzaje i możliwości dodatkowej rehabilitacji oraz sposoby spędzenia wolnego czasu. Zaobserwowano poprawę nastroju pacjenta.

6. Diagnoza pielęgniarska Lęk przed bólem podczas wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych

Cel: Zniwelowanie lęku przed dolegliwościami bólowymi podczas ćwiczeń.

Plan działania /Realizacja:

- Nadzór nad prawidłowym wykonywaniem ćwiczeń we wczesnym okresie usprawniania.
- Zachęcanie pacjenta do ćwiczeń oraz motywowanie go poprzez pokazywanie postępów w rehabilitacji.

- Umożliwienie choremu wyrażania uczuć i rozładowania nagromadzonych emocji.
- Uświadomienie pacjentowi, że początkowy niewielki ból jest nieuchronny i z postępem ćwiczeń jego nasilenie się zmniejsza.
- Wzmocnienie kontaktu i nawiązanie więzi z pacjentem w celu zwiększenia jego poczucia bezpieczeństwa.

Ocena: Pacjent nie boi się wykonywać ćwiczeń usprawniających, nawet pomimo niewielkiego bólu.

7. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia wahań ciśnienia tętniczego krwi

Cel: Utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi w granicach normy.

Plan działania /Realizacja:

- Pomiar i dokumentacja ciśnienia tętniczego.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Podawanie leków obniżających ciśnienie tętnicze zaleconych przez lekarza.
- Unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego i czynników stresujących.

Ocena: Podano pacjentowi leki zgodnie ze zleceniem lekarza (Amlozek 5 mg, Nebilet 5 mg i Telmizek 40 mg). Po przyjęciu leków ciśnienie tętnicze krwi utrzymuje się w granicach normy.

8. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia odleżyn

Cel: Niedopuszczenie do powstania odleżyn.

Plan działania /Realizacja:

- Zmiana pozycji ułożeniowej chorego co 2 godziny.
- Ocena stanu skóry podczas zmiany pozycji oraz toalety.
- Ocena stanu nawodnienia i odżywienia chorego.
- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego w razie wystąpienia konieczności.
- Zastosowanie udogodnień (kliny, wałki, poduszki)
- Wykonywanie toalety ciała dwa razy dziennie oraz w razie potrzeby, używając delikatnych środków myjących.
- Dokładne osuszanie skóry i nawilżanie jej maściami lub kremami, np. Sudocrem.

Ocena: Odleżyny nie wystąpiły, skóra jest czysta.

9. Diagnoza pielęgnarska Brak chęci do zmiany stylu życia

Cel: Edukacja pacjenta w zakresie walki z otyłością, podwyższonym cholesterolem oraz cukrzycą typu 2.

Plan działania /Realizacja:

- Rozmowa z pacjentem i przedstawienie mu jakie niebezpieczeństwa niesie ze sobą otyłość.
- Motywacja pacjenta w zakresie zwiększenia aktywności ruchowej (spacery, pływanie).
- Wyeliminowanie spożywania niezdrowej żywności (fast foody).
- Zachęcenie pacjenta do spożywania większej ilości warzyw oraz produktów bogatych w cholesterol HDL (orzechy, awokado) zmniejszających ryzyko miażdżycy i zawału.
- Przedstawienie, jak ważne jest spożywanie posiłków w regularnych odstępach czasowych i o stałych porach.
- Przedstawienie korzyści wynikających ze zmiany sposobu odżywiania.
- Zachęcenie pacjenta do spotkania z dietetykiem w celu ustalenia prawidłowego jadłospisu.
- Pokazanie pacjentowi i jego najbliższym zagrożeń związanych z następstwami cukrzycy typu 2 poprzez ulotki informacyjne oraz broszury.
- Przypomnienie jak ważny jest regularny pomiar i dokumentacja stężenie glukozy we krwi.
- Zastąpienie słodzonych napojów niegazowaną wodą mineralną i wyeliminowanie słodkich przekąsek z jadłospisu oraz unikanie podjadania pomiędzy posiłkami.
- Regularna kontrola masy ciała.
- Stosowanie leków przepisanych przez lekarza.

Ocena: Pacjent został wyedukowany, zauważono chęć zmiany stylu życia.

Zalecenia

1. Ułożenie pacjenta z eliminacją ucisku na obrzęknięte stawy.
2. Zmiana pozycji ułożeniowej chorego co 2 godziny oraz elewacja operowanej kończyny. Stosowanie udogodnień (kliny, wałki, poduszki), zmniejszanie dyskomfortu spowodowanego bólem i obrzękiem.
3. Wykonanie okładów, nacieranie maściami, żelami przeciwbólowymi.

4. Organizacja kolejności zabiegów tak, aby wykonywać je w czasie działania środka przeciwbólowego. W okresie ostrym ćwiczenia bierne, następnie czynne.
5. Zachowanie ostrożności podczas poruszania, dotykania miejsc obrzękniętych (np. nie masować).
6. Obserwowanie objawów nasilających ból.
7. Likwidowanie i minimalizowanie przyczyn występowania bólu: metody fizykalne (zimno, ciepło), zabiegi odprężające i łagodzące napięcia.
8. Ocena stanu skóry podczas zmiany pozycji oraz toalety.
9. Dokładne osuszanie skóry i nawilżanie jej maściami lub kremami, np. Sudocrem.
10. Ocena stanu nawodnienia i odżywienia chorego.
11. Obserwacja i pomiar obręzków poprzez kontrolę obwodów obręzków, masy ciała oraz bilans płynów i dobową zbiórkę moczu.
12. Systematyczna kontrola stanu opatrunku i procesu gojenia się rany.
13. Utrzymanie higieny osobistej i otoczenia.
14. Zapewnienie pacjentowi wygodnego łóżka, czystej, suchej i luźnej bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej.
15. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas mycia rany pooperacyjnej i zmiany opatrunku.
16. Systematyczny pomiar i dokumentacja ciśnienia tętniczego oraz poziomu glikemii.
17. Unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego.
18. Rozmowa z pacjentem i przedstawienie mu jakie niebezpieczeństwa niesie ze sobą otyłość.
19. Motywacja pacjenta w zakresie zwiększenia aktywności ruchowej (spacery, pływanie).
20. Zachęcenie pacjenta do spożywania większej ilości warzyw oraz produktów bogatych w cholesterol HDL (orzechy, awokado) zmniejszających ryzyko miażdżycy i zawału.
21. Przedstawienie, jak ważne jest spożywanie posiłków w regularnych odstępach czasowych i o stałych porach oraz przedstawienie korzyści wynikających ze zmiany sposobu odżywiania.
22. Zachęcenie pacjenta do spotkania z dietetykiem w celu ustalenia prawidłowego jadłospisu.
23. Zastąpienie słodzonych napojów niegazowaną wodą mineralną i wyeliminowanie słodkich przekąsek z jadłospisu oraz unikanie podjadania pomiędzy posiłkami.
24. Regularna kontrola masy ciała.

WNIOSKI

Podczas trzydniowej obserwacji wyłoniono następujące wnioski:

1. Głównym problemem pielęgnacyjnym u pacjenta było ograniczenie ruchowe spowodowane bolesnością i obrzękiem miejsca operowanego.
2. Najważniejszym problemem natury psychicznej był niepokój związany z niedostateczną wiedzą na temat samoopieki pooperacyjnej.
3. U pacjenta zauważono również niepokój spowodowany lękiem o powrót do sprawności fizycznej prezentowanej przed zabiegiem, co może skutkować problemem z dalszym wykonywaniem pracy zarobkowej.
4. Pacjent wykazywał niechęć do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych z powodu bólu kończyny operowanej podczas ich wykonywania oraz z powodu niewystarczającej wiedzy na temat przebiegu procesu rehabilitacji.
5. Pacjent posiadał deficyt wiedzy na temat otyłości oraz schorzeń do jakich może doprowadzać (choroby stawów, serca, wątroby, naczyń tętniczych) co wynika z niewystarczającej edukacji chorego.
6. Znaczącym problemem pacjenta był brak chęci zaniechania dotychczasowego stylu życia poprzez zwiększenie aktywności fizycznej oraz zmiany diety (samodzielnie, bądź przy współpracy z dietetykiem).
7. Bardzo istotne w opiece nad pacjentem jest holistyczne podejście do podmiotu opieki.

PIŚMIENNICTWO

1. Wilk K.E, Brotzman B.S.: Rehabilitacja ortopedyczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009.
2. Brukner P., Khan K.: Kliniczna Medycyna Sportowa. DB Publishing Dobrogniewa Bąkowska, Polska 2011.
3. Pogorzała A.M., Prus A.: Uszkodzenia łąkotec – diagnostyka, zasady leczenia i program rehabilitacji. Rehabilitacja Praktyczna 2019 (2), 73-84.
4. Fox A.J., Wanivenhaus F., Burge A.J., Warren R.F., Rodeo S.A.: The human meniscus: a review of anatomy, function, injury, and advances in treatment. Clinical Anatomy 2015, 28(2), 269-87.
5. Gill T.J.: Techniki artroskopowe leczenia stawu kolanowego. Wydawnictwo Medisfera, Warszawa 2012, 47.

6. Nordin M., Frankel V.H.: Basic biomechanics of the musculoskeletal system. 4th edition. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins 2012.
7. Zaffagini S., Marchegiani Muccioli G.M., Lopomo N., Bruni D., Giordano G., Ravazzolo G i in.: Prospective long-term outcomes of the medial collagen meniscus implant versus partial medial meniscectomy: a minimum 10-year follow-up study. The American Journal of Sports Medicine 2011, 39, 977-985.
8. Pukaluk A., Ryniewicz A.M.: Łąkotki stawu kolanowego – metody regeneracji. Aktualne Problemy Biomechaniki 2017, 12, 65-74.
9. Wilson P.L., Wyatt C.W., Romero J. et al.: Incidence, Presentation and Treatment of Pediatric and Adolescent Meniscal Root Injuries. Orthopaedic Journal of Sports Medicine 2018, 6(11), DOI:2325967118803888.
10. Kurzweil P.R., Cannon W.D., De Haven K.E.: Meniscus Repair and Replacement. Sports Medicine and Arthroscopy Review 2018, 26(4), 160-164.
11. Farrell C., Kiel J.: Anatomy. Bony Pelvis and Lower Limb, Medial Meniscus. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2019.
12. Lee S.H.: Editorial Commentary: Why Should the Contralateral Side Be Examined in Patients With Symptomatic Discoid Lateral Meniscus? Arthroscopy 2019, 35(2), 507-510.
13. Jeon S.W., Choi C.H., Jung M. et al.: The Fate of the Contralateral Knee in Patients With a Lateral Discoid Meniscus. Arthroscopy 2019, 35(2), 500-506.
14. Dunn J., Kusnezov N., Waterman B.R., Machen M.S.: Discoid Medial Meniscus: A Case Report. Military Medicine 2016, 181(2), 194-196.
15. Wang H.D., Gao S.J.: Bilateral discoid medial meniscus associated with meniscal tears and hypoplasia of the medial femoral condyle: A case report. Medicine (Baltimore) 2017, 96(46), 8637 -8641.
16. Mordecai S.C., Al-Hadithy N., Wave H.E., Gupte C.M.: Treatment of meniscal tears: an evidence based approach. World Journal of Orthopedics 2014, 5, 233-241.
17. Siemieniuk R.A.C., Harris I.A., Agoritsas T. et al.: Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: A clinical practice guideline. BMJ Clinical Research 2017, 52(5), 313-315.
18. Adelani M.A., Harris A.H., Bowe T.R., Giori N.J.: Arthroscopy for knee osteoarthritis has not decreased after a clinical trial. Clinical Orthopaedics and Related Research, 2016, 474, 489-494.

19. Thorlund J.B., Hare K.B., Lohmander L.S.: Large increase in arthroscopic meniscus surgery in the middle-aged and older population in Denmark from 2000-2011. *Acta Orthopaedica* 2014, 85, 287-292.
20. Shybut T., Strauss E.J.: Surgical Management of Meniscal Tears. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases* 2011, 69(1), 56-62.
21. Trojani C., Sbihi A., Djian P. et al.: Causes for failure of ACL reconstruction and influence of meniscectomies after revision. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 2011, 19, 196-201.
22. Grzesiczak A., Wrzosek Z., Chantsoulis M., Ruta J., Sakowski J.: Ocena funkcji stawu kolanowego po przebytym uszkodzeniu łąkotki przyśrodkowej leczonej metodą artroskopową. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2011, 3, 235-242.
23. Noyes Fr., Heckmann T., Barber-Westin S.: Meniscus Repair and Transplantation: A Comprehensive Update. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2012, 42(3), 274-290.
24. Ohnishi Y., Nakashima H., Suzuki H. et al.: Arthroscopic treatment for symptomatic lateral discoid meniscus: The effects of different ages, groups and procedures on surgical outcomes. *Knee* 2018, 25(6), 1083-1090.
25. Buckup K., Buckup J.: Testy kliniczne w badaniu kości, stawów i mięśni. Wyd. PZWL, Warszawa 2017.
26. Więclawski A., Krajewska-Kułak E., Okurowska-Zawada B.: Problem kontuzji w stawie kolanowym piłkarzy [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny Tom V*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R., Lewko J., Kułak W. (red.). Wyd: „Duchno” Teresa Duchnowska, Białystok 2019, 478-490.
27. Elphinston J.: Stabilność, sport oraz wydajność ruchowa. Wydawnictwo WSEit, Poznań 2016.

ZADANIA EDUKACYJNE WOBEC CHOREGO Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC

BEATA KROPORNICKA¹, PATRYCJA ADAMCZYK², BOŻENA BACZEWSKA¹, EWA KRZYŻANOWSKA¹, ELŻBIETA NOWICKA¹, ELŻBIETA PRZYCHODZKA³, BOŻENA MURACZYŃSKA⁴

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

² Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

³ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

⁴ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest istotnym problemem zdrowia publicznego. Schorzenie to jest jedną z najważniejszych przyczyn przewlekłej chorobowości w Polsce i na świecie. Nazwa przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) została wprowadzona do nomenklatury medycznej w 1964 roku dla zespołu klinicznego, w którym współistnieją cechy rozedmy płuc oraz przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO). U poszczególnych pacjentów udział tych jednostek chorobowych jest różnie nasilony, ale u każdego chorego powoduje trwałe utrudnienie przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe [1, 2].

Unikanie palenia i biernego narażenia na dym papierosowy to sposoby skutecznego zahamowania postępu choroby. Zapobieganie progresji choroby wiąże się z koniecznością wyeliminowania w pracy ryzyka zapylenia oraz zadymienia [3, 4].

Rozwinięcie

Istotną kwestią w opiece jest proces edukacji oraz wsparcie psychiczne pacjenta [5]. Pielęgniarka wobec chorego z POChP i członków jego rodziny realizuje działania edukacyjne dotyczące: istoty choroby przewlekłej, prawidłowego żywienia w chorobie, aerzoloterapii, ćwiczeń oddechowych, zasad toalety drzewa oskrzelowego, podejmowania aktywności fizycznej, monitorowania przebiegu POChP i zapobiegania zaostrzeniom. Ważnym działaniem edukacyjnym jest stymulowanie pacjenta do podejmowania wysiłków, których

celem jest aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym – leczniczym na każdym etapie choroby [6, 7].

Edukacja pacjenta oraz członków jego rodziny w zakresie konieczności zmiany trybu życia jest ważnym elementem terapii. W warunkach hospitalizacji edukatorem jest pielęgniarka, lekarz, rehabilitant, dietetyk, psycholog. Praca z pacjentem w ramach edukacji zdrowotnej powinna przebiegać w czterech etapach: rozpoznanie, planowanie, realizacja oraz ocena. Cały zespół terapeutyczny powinien opierać swoją pracę na holistycznym podejściu do pacjenta. W przypadku konkretnego chorego jedynie indywidualne podejście może przynieść zamierzony cel. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta do życia z POChP tak, aby jak najdłużej zachował samodzielność i niezależność od opiekunów [8].

Normalizacja masy ciała ma istotne znaczenie u chorych na POChP. Postępująca utrata masy mięśni szkieletowych powoduje zaburzenie funkcjonowania układu oddechowego oraz znaczną utratę wydolności fizycznej [9]. W planowaniu właściwej diety należy uwzględnić umiarkowany oraz regularny wysiłek fizyczny [10]. Korzyściami wynikającymi z rehabilitacji pulmonologicznej są: wzmocnienie mięśni oddechowych, poprawa efektywności kaszlu, zmniejszenie uczucia duszności, poprawa wydolności i lepsza tolerancja wysiłku, mniejsze męczenie się przy wykonywaniu czynności dnia codziennego [11, 12].

Edukacja chorego w zakresie aerzoloterapii powinna być prowadzona podczas każdej wizyty u lekarza, gdyż takie postępowanie zwiększa poprawność techniki inhalacyjnej. Po każdorazowej aerzoloterapii, zaleca się płukanie jamy ustnej wodą, w celu uniknięcia objawów niepożądanych [10, 13].

U niektórych pacjentów w warunkach domowych może być prowadzona tlenoterapia i nieinwazyjna wentylacja mechaniczna. Korzyści z zastosowania DLT (domowe leczenie tlenem) to poprawa tolerancji wysiłku, poprawa parametrów mechaniki oddychania, poprawa stanu emocjonalnego oraz wydłużenie życia chorego [2, 12]. Edukacja zdrowotna dotyczy wtedy zalecanego sposobu leczenia, obsługi sprzętu niezbędnego do prowadzenia tlenoterapii i domowej wentylacji mechanicznej [14].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie zapotrzebowania na edukację u chorego z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

Metodą badawczą zastosowaną w pracy była metoda indywidualnego przypadku. Z technik badawczych wykorzystano: wywiad, obserwację, analizę dokumentów i pomiar, a z narzędzi badawczych - przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. W pracy użyto COPD Assessment Test (CAT), który jest prostym kwestionariuszem przeznaczonym do oceny wpływu choroby na stan pacjenta i zastosowano skale: do oceny nasilenia duszności mMRC, do oceny kaszlu VCD - Daytime i VCD - Nighttime, skalę do oceny ryzyka rozwoju odleżyn Norton, skalę do oceny wydolności samoobsługowej Barthel, a do oceny depresji - skalę Becka. Do weryfikacji wiedzy chorego wykorzystano autorski test wiadomości. Przy pomocy check – list sprawdzono umiejętności pacjenta w zakresie prawidłowego przyjmowania leków z inhalatora ciśnieniowego (MDI) oraz suchego proszku (DPI).

Badanie zostało przeprowadzone w kwietniu 2020 r. w Klinice Pneumonologii, Onkologii i Alergologii w SPSK4 w Lublinie. Badaniem został objęty mężczyzna w wieku 83 lat z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

WYNIKI

Opis przypadku

Przeszłość chorobowa badanego i aktualne leczenie

Pacjent L.W. został przyjęty do szpitala w trybie nagłym. Przyczyną hospitalizacji było wystąpienie zaostrzenia POChP. U chorego co najmniej 1 raz w roku występowało zakażenie dróg oddechowych ze zwiększeniem ilości odkrztuszanej wydzieliny i uporczywym kaszlem. Chory był leczony farmakologicznie, a od 3 miesięcy stosował domowe leczenie tlenem (DLT). Posiadał koncentrator stacjonarny. Zalecony u pacjenta przepływ tlenu wynosił 1,5 l/minutę. Czynniki predysponującymi do wystąpienia POChP u badanego były: długotrwałe palenie bierne i czynne tytoniu, narażenie zawodowe na pyły. Pacjent palił przez 20 lat, aktualnie od 10 lat nie pali papierosów. W miejscu pracy był narażony na pyły. W wywiadzie podał, że w przeszłości chorował na raka prostaty. Chory nigdy nie szczepił się przeciwko grypie oraz pneumokokom.

W oddziale wykonano u pacjenta badania diagnostyczne, takie jak: morfologia, analiza moczu, CRP, ASPAT, ALAT, D-dimery, RTG klatki piersiowej, gazometria, spirometria.

Leki przyjmowane przez pacjenta w szpitalu to: tlen 2 l/min (przez węży tlenowe); nebulizacje: Pulmicort 2× dziennie po 1 mg, Atrovent 4× dziennie po 20 kropli, Spiriva 1× dziennie (DPI); Daxas 500 1× dziennie, doustnie; Atrovent N (MDI) 1 – 3 dawki 4× dziennie (w razie potrzeby).

Opis stanu pacjenta

W dniu badania chory nie miał zaburzeń świadomości, był komunikatywny. Objawy neurologiczne nie występowały. Pacjent miał trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem nowych informacji.

Tętno jest miarowe o częstości 87 uderzeń/min, napięcie prawidłowe. Sinica skóry i omdlenia nie występują. Ciśnienie tętnicze krwi wynosi 145/85 mmHg, a częstość oddechów 25/minutę. Chory oddycha torem brzusznym. U badanego występuje duszność wysiłkowa stopnia 3 w skali mMRC oraz napadowy kaszel, który nasila się po wstaniu z łóżka oraz po większym wysiłku. Kaszel w skali przeznaczonej do opisu kaszlu dziennego oceniono jako częsty, ale nie przeszkadzający w wykonywaniu zwykłych czynności. Pacjent zgłaszał zaleganie wydzieliny w dolnych drogach oddechowych, odkrztuszał rano niewielkie ilości śluzowej płwociny.

Wskaźnik BMI chorego wynosi 32,19 (masa ciała w kg – 102, wzrost – 178 cm).

Pacjent ma wzmożony apetyt. Zgłasza występowanie zaparć, występujących okresowo, stosuje normalną dietę.

U pacjenta występuje stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej.

Sprawność fizyczna jest prawidłowa. W skali Barthel chory uzyskał 100 pkt. Nie występują dysfunkcje narządu ruchu (porażenia, niedowłady). Samodzielność badanego zostaje ograniczona w okresach zaostrzenia choroby. W nielicznych czynnościach dnia codziennego korzysta z pomocy rodziny (zakupy, większe porządki). Pacjent ogranicza podejmowanie aktywności fizycznej, uzasadniając to narastającą dusznością.

Diureza jest prawidłowa, pacjent oddaje mocz samodzielnie, nie odczuwa przy tym niepokojących objawów. Liczba mikcji wynosi 5 – 8 dziennie.

Zabarwienie powłok skórnych i ucieplenie jest prawidłowe. Cechy odwodnienia nie występują. Stan higieniczny skóry jest zadowalający. Ryzyko powstania odleżyn w skali Norton wynosi 19 pkt. Temperatura ciała badanego wskazuje na stan podgorączkowy – 37,8°C.

Ze względu na niedowidzenie badany nosi okulary podczas czytania. Funkcjonowanie zmysłu słuchu jest nieprawidłowe – pacjent niedosłysz.

Nastroj pacjenta jest wyrównany, w skali Becka badany nie wykazuje obniżenia nastroju, które zagrażałoby pojawieniem się stanów depresyjnych. Chory zaakceptował chorobę, ale sytuacja hospitalizacji wywołuje u niego niepokój, przygnębienie i niepewność swojej przyszłości. Pacjent zgłasza problemy ze snem. Występują wybudzenia spowodowane dusznością.

Chory mieszka sam, jest kawalerem. W nielicznych czynnościach dnia codziennego korzysta z pomocy siostrzeńca i siostrzenicy (większe zakupy). Z zawodu jest murarzem, obecnie przebywa na emeryturze.

Ocena przygotowania do życia z chorobą

W przeprowadzonym teście wiadomości badany uzyskał 15 punktów na 23 możliwe. Pacjent zna istotę choroby i objawy POChP (3/3 pkt). Ma niepełną wiedzę na temat czynników ryzyka wystąpienia choroby (2/3 pkt). Badany posiada pełną wiedzę na temat farmakoterapii i metod leczenia choroby (2/2 pkt). Występują deficyty wiedzy dotyczące zasad prowadzenia tlenoterapii (1/2 pkt). Chory nie potrafi określić, czy prawidłowym działaniem jest samodzielne zwiększanie przepływu tlenu podczas nasilonej duszności. Pacjent nie zna zaleceń dotyczących podejmowania aktywności fizycznej w przebiegu POChP (0/3 pkt). Badany poprawnie odpowiedział na pytania dotyczące zaleceń żywieniowych w POChP. U chorego występuje niewielki deficyt wiedzy w obszarze przeciwdziałania zaostrzeniom choroby (4/5 pkt). Chory nie potrafił określić, czy szczepienia przeciw grypie i pneumokokom są wskazane w przebiegu POChP. Pacjent nie zna postępowania przygotowawczego do spirometrii (0/2 pkt).

Ocena umiejętności chorego w zakresie przyjmowania leków z inhalatorów proszkowych i ciśnieniowych wykazała deficyty. Pacjent nie wykonał wydechu przed inhalacją, zbyt słabo i zbyt płytko zrobił wdech przez inhalator oraz nie wstrzymał oddechu po inhalacji. Powyższe błędy są przyczyną nieskuteczności aerozoloterapii. Pacjent nie zadbał o utrzymanie odpowiedniej higieny urządzenia, po wykonaniu inhalacji nie przetrął ustnika suchą ściereczką oraz nie przepłukał jamy ustnej wodą.

Diagnozy pielęgniarские

W oparciu o zgromadzone dane sformułowano następujące diagnozy pielęgniarские:

- zaostrzenie przewlekłej duszności (duszność 3 stopnia) spowodowane nasileniem obturacji oskrzeli, prowadzące do zaburzenia snu i niedotlenienia organizmu
- trudności z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny i kaszel, spowodowane zaostrzeniem POChP
- otyłość (I stopnia) spowodowana złymi nawykami żywieniowymi i niską aktywnością fizyczną; brak motywacji pacjenta do redukcji masy ciała
- stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej spowodowany nieprzestrzeganiem zalecenia płukania jamy ustnej po aerozoloterapii

- zaburzenia defekacji – zaparcia spowodowane nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi
- ryzyko zaburzeń termoregulacji w przebiegu infekcji
- niepokój spowodowany hospitalizacją oraz obawa chorego przed pogorszeniem jakości życia
- trudności w podejmowaniu czynności życia codziennego spowodowane zaostrzeniem przewlekłej duszności
- trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem nowych informacji spowodowane niedotlenieniem i jego skutkami, pogorszeniem funkcji poznawczych wraz z wiekiem
- trudności w komunikacji werbalnej z powodu niedosłuchu
- deficyt umiejętności dotyczący prawidłowego przyjmowania leków z użyciem inhalatora
- brak dostatecznej wiedzy na temat prowadzenia aktywności fizycznej w POChP
- brak wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie prowadzenia rehabilitacji oddechowej
- niedostateczny zasób wiedzy w zakresie znajomości czynników ryzyka choroby
- deficyt wiedzy w zakresie przeciwdziałania zaostrzeniom choroby
- deficyt wiedzy w obszarze znajomości zasad prowadzenia tlenoterapii
- brak wiedzy dotyczącej przygotowania do spirometrii.

PLAN OPIEKI DO WYBRANYCH DIAGNOZ I ZADANIA EDUKACYJNE PIEŁĘGNIARKI WOBEC CHOREGO Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC

1. Diagnoza pielęgniarska deficyt umiejętności dotyczący prawidłowego przyjmowania leków z użyciem inhalatora.

Cel opieki: zwiększenie umiejętności i motywacji pacjenta do prawidłowego użytkowania inhalatorów.

Działania pielęgniarskie:

- dokonanie oceny umiejętności przyjmowania leków wziewnych przez chorego za pomocą check – list,
- poinformowanie badanego o czynnikach wpływających na skuteczność aerozoloterapii,
- zademonstrowanie pacjentowi, w jaki sposób poprawnie przyjmować lek z użyciem inhalatora,

- poinformowanie pacjenta o konieczności przepłukania jamy ustnej wodą po inhalacji, w celu prewencji stanu zapalnego błony śluzowej jamy ustnej i przetarcia ustnika suchą ściereczką,
- dostarczenie choremu niezbędnych materiałów edukacyjnych (ulotki z instrukcjami użytkowania inhalatorów),
- ponowna ocena techniki inhalacji.

2. Diagnoza pielęgniarska brak dostatecznej wiedzy na temat aktywności fizycznej w POChP.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy i motywacji pacjenta do podejmowania umiarkowanego wysiłku fizycznego.

Działania pielęgniarskie:

- dokonanie oceny przyczyn niestosowania się do zaleceń, poprzez rozmowę z pacjentem i jego rodziną,
- uświadomienie pacjentowi, że duszność nie jest przeciwwskazaniem do podejmowania umiarkowanego wysiłku fizycznego,
- wskazanie zalet podejmowania ćwiczeń fizycznych dla procesu zdrowienia – wzmacnia mięśnie, poprawia wydolność oddechową, spowalnia proces progresji choroby, poprawia samopoczucie, redukuje masę ciała,
- dobranie aktywności fizycznej do obecnego stanu zdrowia pacjenta – krótkie spacerowanie na świeżym powietrzu,
- zachęcenie chorego do ćwiczeń fizycznych, co najmniej trzy razy w tygodniu, minimum przez 30 minut,
- poinformowanie chorego o konieczności zmniejszenia natężenia wysiłku w fazie zaostrzenia choroby,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z fizjoterapeutą w celu opracowania programu indywidualnych ćwiczeń fizycznych.

3. Diagnoza pielęgniarska brak wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie prowadzenia rehabilitacji oddechowej.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie prowadzenia rehabilitacji oddechowej

Działania pielęgniarские:

- omówienie celów rehabilitacji oddechowej – polepsza tolerancję wysiłku i zmniejsza zmęczenie, poprawia funkcjonowanie chorego niezależnie od zaawansowania POChP, zmniejsza inwalidztwo,
- zademonstrowanie pacjentowi ćwiczeń wydłużających fazę wydechu – dmuchanie przez słomkę do butelki wypełnionej do połowy wodą, nabieranie powietrza przez nos, a następnie wypuszczanie wolno przez usta ułożone jak do artykulacji głoski U,
- przeprowadzenie treningu mięśni oddechowych.

4. Diagnoza pielęgniarская niedostateczny zasób wiedzy w zakresie znajomości czynników ryzyka choroby.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy chorego w obszarze znajomości czynników ryzyka POChP.

Działania pielęgniarские:

- omówienie modyfikowalnych czynników ryzyka choroby (wpływu palenia tytoniu czynnego i biernego, zanieczyszczenia środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, ekspozycji na czynniki zawodowe - pyły, substancje drażniące),
- uświadomienie pacjentowi, że zakażenia (wirusowe i bakteryjne) mogą się przyczyniać do progresji choroby oraz mogą odgrywać znaczącą rolę w zaostrzeniach POChP,
- przedstawienie wpływu warunków atmosferycznych na nasilenie objawów chorobowych.

5. Diagnoza pielęgniarская deficyt wiedzy w zakresie przeciwdziałania zaostrzeniom choroby.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy pacjenta w obszarze zapobiegania zaostrzeniom.

Działania pielęgniarские:

- zapoznanie pacjenta z głównymi czynnikami wpływającymi na zaostrzenie POChP,
- omówienie zasad profilaktyki zakażeń – wskazanie istoty corocznych szczepień ochronnych przeciwko grypie oraz pneumokokom,
- zachęcenie do wyeliminowania ryzyka bezpośredniego narażenia na działanie czynników szkodliwych – np. unikanie biernego palenia tytoniu, zakładanie maseczki antysmogowej przy złym stanie powietrza atmosferycznego.

6. Diagnoza pielęgniarская deficyt wiedzy dotyczący zasad tlenoterapii.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy pacjenta na temat zasad tlenoterapii.

Działania pielęgniarские:

- zapoznanie chorego z wytycznymi stosowania tlenoterapii w sytuacjach zwiększonego niedotlenienia – w nocy, w czasie wykonywania czynności wzmagających duszność (rehabilitacja ogólnoustrojowa i oddechowa),
- zalecenie ubierania się w wygodny strój, który nie ogranicza ruchów klatki piersiowej,
- poinformowanie pacjenta, że ustawiony przepływ tlenu w tlenoterapii ciągłej jest zgodny ze zleceniem lekarskim i nie można samodzielnie zwiększać przepływu.

6. Diagnoza pielęgniarska brak wiedzy dotyczącej przygotowania do badania spirometrycznego.

Cel opieki: zwiększenie wiedzy chorego dotyczącej zasad przygotowania do spirometrii.

Działania pielęgniarskie:

- omówienie zaleceń dietetycznych przed badaniem spirometrycznym (posiłek lekkostrawny, unikanie napojów gazowanych, zawierających metyloksantyny, które rozszerzają oskrzela - kawa, herbata, wyeliminowanie 4 h przed badaniem alkoholu),
- poinformowanie pacjenta o konieczności założenia luźnego, niekrępującego ubrania, pozwalającego na swobodne ruchy klatki piersiowej i przepony oraz unikania wysiłku fizycznego bezpośrednio przed badaniem,

7. Diagnoza pielęgniarska trudności z odkrztuszaniem zalegającej wydzieliny i kaszel spowodowane zaostrzeniem POChP.

Cel opieki: ułatwienie pacjentowi odkrztuszania zalegającej wydzieliny oraz poprawa drożności drzewa oskrzelowego.

Działania pielęgniarskie:

- ocena charakteru i nasilenia kaszlu oraz odkrztuszanej wydzieliny,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjenta (właściwa temperatura, wilgotność, brak przeciągów),
- zalecenie choremu zwiększenia ilości wypijanych płynów do około 2,5 litra/ dzień,
- oklepywanie chorego w celu ułatwienia ewakuacji wydzieliny z dolnych dróg oddechowych,
- podanie pacjentowi leków zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- omówienie zasad higieny odpluwania i uświadomienie choremu konieczności przepłukiwania jamy ustnej,
- zapewnienie pacjentowi wymaganej ilości ligniny, środków do płukania jamy ustnej.

8. Diagnoza pielęgnarska otyłość (I stopnia) spowodowana złymi nawykami żywieniowymi i niską aktywnością fizyczną, brak motywacji pacjenta do redukcji masy ciała.

Cel opieki: normalizacja masy ciała, zmotywowanie pacjenta do redukcji masy ciała.

Działania pielęgnarskie:

- uświadomienie pacjentowi, że otyłość zmniejsza wydolność fizyczną i pogarsza mechanikę oddychania przy POChP,
- poinformowanie pacjenta o korzyściach wynikających ze zmiany stylu życia,
- zalecenie diety z ograniczeniem cukrów prostych i tłuszczów,
- uświadomienie pacjentowi znaczenia diety obfitującej w owoce i warzywa zawierające witaminę C,
- zalecenie regularnego spożywania 5 mniejszych objętościowo posiłków,
- nauczanie pacjenta samodzielnego obliczania i oceny BMI oraz zachęcenie do prowadzenia systematycznego pomiarów i dzienniczka samokontroli masy ciała,
- zalecenie zwiększenia codziennej aktywności fizycznej (spacery, ćwiczenia).

8. Diagnoza pielęgnarska zaburzenia defekacji – zaparcia spowodowane nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi.

Cel opieki: regulacja wypróżnień, zmiana nawyków żywieniowych.

Działania pielęgnarskie:

- ocena częstości wypróżnień,
- przeprowadzenie z pacjentem analizy spożywanych produktów w celu eliminacji z diety tych, które są przyczyną pojawienia się zaparć,
- zalecenie diety bogatej w błonnik,
- stosowanie dietetycznych metod pobudzenia defekacji (podawanie kefiru na czczo, jogurtów między posiłkami),
- masaż brzucha w celu pobudzenia perystaltyki jelit,
- zachęcenie pacjenta do wypijania dostatecznej ilości płynów
- stosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarskie.

9. Diagnoza pielęgnarska ryzyko zaburzeń termoregulacji w przebiegu infekcji.

Cel opieki: niedopuszczenie do pojawienia się zaburzeń termoregulacji przy infekcji, zapobieganie odwodnieniu organizmu.

Działania pielęgnarskie:

- dokonanie pomiaru i udokumentowanie temperatury ciała pacjenta,

- monitorowanie wartości tętna i ciśnienia tętniczego krwi,
- zapewnienie w sali pacjenta odpowiedniego mikroklimatu,
- poinformowanie pacjenta i jego rodziny o konieczności unikania źródeł zakażenia ze względu na podwyższone ryzyko wystąpienia dodatkowej infekcji,
- zapewnienie choremu odpowiedniej ilości płynów doustnych – umieszczenie szklanki z wodą w bliskiej odległości od łóżka chorego,
- zalecenie pacjentowi systematycznego nawilżania błon śluzowych jamy ustnej,
- wskazanie sposobów podniesienia odporności pacjenta (zwiększenie ilości owoców w diecie, podaż witaminy C, zapewnienie odpoczynku, snu).

Realizacja zadań edukacyjnych

Proces edukacji pacjenta utrudniało występowanie trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem nowych informacji spowodowane niedotlenieniem i jego skutkami, pogorszeniem funkcji poznawczych wraz z wiekiem i trudności w komunikacji werbalnej z powodu niedosłuchu. Stąd celem opieki była poprawa koncentracji uwagi i pamięci oraz ułatwienie komunikacji pacjenta z otoczeniem poprzez następujące działania pielęgniarские:

- formułowanie krótkich, konkretnych zdań i poleceń, powtarzanie ich kilkakrotnie i pozostawienie badanemu czasu na ich zrozumienie,
- przekazywanie informacji w prosty i zrozumiały sposób oraz zaangażowanie bliskich choremu osób w proces leczenia zaostrzenia choroby,
- ograniczenie ilości niekorzystnych bodźców w otoczeniu pacjenta,
- właściwa komunikacja z chorym (rozmowy z pacjentem prowadzone w sposób spokojny, właściwa głośność, ton)
- zastosowanie w edukacji materiałów w postaci ulotek,
- prowadzenie ćwiczeń wspomagających pamięć i koncentrację (np. oglądanie krótkich przyrodniczych filmów, a następnie opowiadanie rodzinie o ich treści),
- przestrzeganie ustalonego, stałego harmonogramu dnia,
- poinformowanie pacjenta o możliwości protezowania narządu słuchu z wykorzystaniem aparatu słuchowego.

WNIOSKI

W oparciu o analizę przypadku chorego z zaostrzeniem POChP, sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjent ma niepełną wiedzę na temat przygotowania do życia z chorobą przewlekłą, ponieważ w teście uzyskał 65% punktów.
2. Deficyty wiedzy dotyczą zalecanej aktywności fizycznej, zasad tlenoterapii, przeciwdziałania zaostrzeniom, przygotowania do badania spirometrycznego, znajomości czynników ryzyka choroby. Chory wymaga także doskonalenia umiejętności w zakresie prawidłowego użytkowania inhalatorów.
3. Zadania edukacyjne pielęgniarki wobec pacjenta wynikają także z zaburzeń w jego stanie biologicznym i dotyczą postępowania w sytuacji nasilonej duszności i kaszlu, normalizacji masy ciała, wdrożenia prawidłowych nawyków żywieniowych prowadzących do wyeliminowania zaparć.
4. Chory ma ograniczone możliwości w zakresie pogłębiania wiedzy i nabywania umiejętności niezbędnych do życia z chorobą z powodu pogorszenia sprawności funkcji poznawczych oraz zaburzeń słuchu. W tej sytuacji ważnym elementem postępowania jest właściwa komunikacja z chorym oraz zaangażowanie bliskich choremu osób w proces leczenia choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Krion R., Kuziemski K.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017, 11(6), 263-269.
2. Pierzchała W., Niżankowska-Mogilnicka E., Mejza F.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. [w:] *Interna Szczeklika*. P. Gajewski i wsp. (red.), Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2018, 691-704.
3. Górecka D., Puścińska.: Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.*, 2011, 79(3), 239-245.
4. Pawłowska K., Doboszyńska A., Kądalska E.: Wpływ palenia tytoniu na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23(3), 338-343.
5. Ulenberg A., Ulenberg G., Felsmann M. i wsp.: Edukacja jako istotny aspekt w opiece nad pacjentem z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP). *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(8), 1324-1335.

6. Budnik M., Galikowska A., Marzec I. i wsp.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem starszym z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(6), 34-44.
7. Cegła B.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*. G. Jurkowska i wsp. (red.), PZWL, Warszawa, 2011, 140-147.
8. Jassem E., Górecka D., Krakowiak P. i wsp.: Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2010, 78(2), 126-132.
9. Mandecka A., Regulska-Ilow B.: Stan odżywienia i planowanie interwencji dietetycznych u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Higieny i Epidemiologii.*, 2016, 97(3), 187-196.
10. Małecka-Dubiela A., Wierzbicka A.: Pielęgnowanie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*. D. Talarska, D. Zozulińska-Ziółkiewicz (red.), PZWL, Warszawa, 2018, 149-152.
11. Rysiak E., Osińska M., Kazberuk A.: Rehabilitacja oddechowa w POChP. *Farmacja współczesna*, 2017, 10, 115-120.
12. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E. i wsp.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2014, 82(3), 227-263.
13. Emeryk A., Bodajko-Grochowska A., Bartkowiak-Emeryk M.: Inhalatory suchego proszku – jak ważna jest edukacja chorego? *Alergia*, 2013, 3, 17-21.
14. Mirczak A.: Rola pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2018, 8(1), 61-66.

WYBRANE ASPEKTY ROLI I ZADAŃ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W OPIECE NAD PACJENTEM Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC (POCHP)-STUDIUM PRZYPADKU

MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL¹, KINGA PŁOKITA², EWA KULBAKA³, KATARZYNA WIŚNIEWSKA⁴, URSZULA CHRZANOWSKA⁵, BOŻENA BACZEWSKA⁶

¹ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym. Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁴ Absolwentka Akademii Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁵ Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁶ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) jest chorobą przewlekłą płuc o dynamicznie rosnącej licznie zachorowań, wykazującej zachorowalność na poziomie blisko 8-10% Europejczyków po 30 r.ż. [1]. Obecnie znajduje się na 4 miejscu wśród przyczyn zgonów i jest kwalifikowana jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego [2, 3]. Patogeneza tego schorzenia jest wieloczynnikowa, ma swoje źródło zarówno u podstaw natury genetycznej jak również środowiskowej znacząco obniżając jakość życia objętych tą chorobą ludzi [4].

Wzajemna współpraca interdyscyplinarnego zespołu medycznego z pacjentem oraz jego najbliższym otoczeniem, rodziną, przyczynia się do znacznej poprawy ogólnego stanu zdrowia, oraz jakości życia pacjenta poprzez redukcję strachu i lęku życia w chorobie [5].

Rola zespołu pielęgniarskiego w holistycznej opiece nad pacjentem z POChP jest bardzo istotna i stanowi ważne miejsce w zespole terapeutycznym. Pielęgniarka opiekująca się pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc może pełnić rolę: diagnostyczną, terapeutyczną, opiekuńczą oraz edukacyjną [6].

Pielęgniarka realizując rolę terapeutyczną nie tylko podaje choremu zlecone leki, ale także informuje o mechanizmie działania oraz możliwych skutkach ubocznych. Dodatkowo

posiada niezbędną wiedzę i umiejętności praktyczne, dotyczące podawania leków różnymi drogami, posiada wiedzę na temat choroby, powikłań, problemów psychologicznych, fizjoterapii czy tlenoterapii. Obserwuje pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych stosowanych leków reagując odpowiednio w przypadku zagrożenia [2]. Pielęgniarska w roli diagnostycznej określa deficyty pacjenta w zakresie samoobsługi oraz samopielęgnacji, rozpoznaje stan bio-psycho-społeczny chorego, kontroluje podstawowe czynności życiowe pacjenta oraz diagnozuje i przeciwdziała odleżynom, zakażeniom i odłazeniom [7]. Zdolność terapeutycznego kontaktu, poprzez odpowiednią komunikację z podmiotem opieki pielęgniarskiej jest nieodłącznym elementem wymagań zawodowych stawianych współczesnemu personelowi pielęgniarskiemu. Merytoryczne przygotowanie w zakresie szeroko rozumianego pielęgnowania, ale również jasna komunikacja i otwartość wobec pacjenta, polegająca na przekazywaniu informacji w prosty i zrozumiały sposób stanowi o skuteczności leczenia [2, 6].

Rola edukacyjna ukierunkowana jest nie tylko na samego pacjenta, ale również na jego rodzinę. Działania profilaktyczno-edukacyjne skupiają się głównie na wzbudzaniu zainteresowania zdrowiem, kształtowaniu o dbanie o własne zdrowie i kształtowaniu podstawy odpowiedzialności za nie. Istotne jest przygotowanie pacjenta do postępowania, które sprzyja zapobieganiu i ograniczaniu ryzyka czy zaostrzenia objawów choroby, tj.: palenie tytoniu, zła dieta. Pielęgniarka motywuje osoby palące do rzucenia palenia, uczy pacjenta w jaki sposób zażywać leki, o jakich porach i w jakich dawkach. Informuje o ewentualnych działaniach niepożądanych środków farmakologicznych. Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece i pielęgnacji pacjenta z POChP pozwala na usprawnienie całego procesu leczenia jak również przyczynia się do poprawy jakości życia chorych poprzez samoopiekę i samopielęgnację chorego [8, 6].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Do gromadzenia danych o pacjencie wykorzystano następujące techniki badawcze: obserwację, wywiad, analizę dokumentów oraz pomiar. Analizie poddano narzędzia badawcze: kartę obserwacji, kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich, historię choroby pacjenta. w czasie prowadzenia badań mierzono: ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę ciała, tętno, liczbę oddechów, wzrost, masę ciała. w pracy wykorzystano zmodyfikowany przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie, skalę Barthel do oceny sprawności ruchowej, skalę nasilenia duszności MRC (*Medical Research Council*), wskaźnik masy ciała BMI, skalę Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

Badaniem objęto mężczyznę w wieku 58 lat, który przebywał na oddziale wewnętrznym w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w okresie od 12.2019 do 01.2020.

Warunkiem doboru pacjenta do badania było rozpoznanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, wiek > 18 roku życia. Przed przystąpieniem do badań uzyskano świadomą zgodę pacjenta na udział w badaniu, poinformowano go o ich celu oraz pełnej anonimowości.

WYNIKI

Opis przypadku klinicznego:

Pacjent skierowany na oddział wewnętrzny przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. w wywiadzie podaje, że od kilku miesięcy skarży się na duszność, która w ostatnim czasie znacznie się nasiliła. Dodatkowo chory zgłaszał uporczywy kaszel z odkrztuszaniem dużej ilości śluzowo-ropnej wydzieliny, po przebudzeniu ma trudności w ewakuacji wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Ponad to sygnalizuje problemy z zasypianiem. Od tygodnia temperatura ciała utrzymywała się w granicach $37,6^{\circ}\text{C}$. Pacjent w przeciągu ostatniego miesiąca schudł 4 kg bez zmiany dotychczasowej diety, był znacznie osłabiony. w momencie przyjęcia na oddział u chorego zaobserwowano cechy niedotlenienia: szybki, płytki oddech oraz obrzęk kończyn dolnych.

Mężczyzna od około 25 lat pracuje w cementowni, dodatkowo jest stolarzem i prowadzi własną działalność. Podaje się, że od około 30 lat pali papierosy (20 - 30 sztuk dziennie). Pacjent od wczesnego dzieciństwa leczy się z powodu cukrzycy typu I oraz od 5 lat choruje na nadciśnienie tętnicze. w 2012 roku przeszedł zabieg embolizacji tętniaka mózgu. Nadużywanie alkoholu neguje. Pacjent przyjęty w oddział w celu dalszej diagnostyki.

Badania wykonane po przyjęciu na oddział:

- Morfologia
- Biochemia
- RTG klatki piersiowej
- Badanie bakteriologiczne płwociny
- Spirometria

Wyniki badań:

- Morfologia krwi z odchyleniami – cechy anemii oraz zwiększona liczba WBC (krwinki białe- leukocyty)
- Odczyn Biernackiego – 32
- Obniżony poziom żelaza oraz obniżone ciśnienie parcjalne tlenu w krwi obwodowej
- RTG klatki piersiowej uwidoczniło nadmierne upowietrzenie płuc.
- Spirometria z cechami charakterystycznymi dla POCHP.
- Badanie bakteriologiczne płwociny nie wykazało obecności drobnoustrojów chorobotwórczych.

Przebyte choroby:

- tętniak mózgu (embolizacja w 2012 r.)
- zapalenie płuc (1990 r., 1996 r., 2000 r.)

Choroby współistniejące:

- cukrzyca typu I,
- nadciśnienie tętnicze, otyłość.

Uczulenia:

- Ketoprofen

Czynniki ryzyka choroby:

- palenie tytoniu
- długoletnia praca w środowisku narażenia na pyły
- wiek powyżej 40 lat.

Nałogi: palenie papierosów.

Rozpoznanie lekarskie: Przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Stan bio-pycho-społeczny pacjenta:

Chory poddany badaniu przebywa na Oddziale Wewnętrznym w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w okresie od 18.12.2019 do 3.01.2020.

Na podstawie przewodnika do gromadzenia danych o pacjencie dokonano oceny funkcjonowania poszczególnych układów.

Dane o stanie poszczególnych układów:

Układ krążenia:

- RR – 148/102 mmHg
- Tętno – 110 uderzeń/minutę
- Obrzęki – kończyny dolne

Układ oddechowy:

- Liczba oddechów - 25 oddechów na minutę
- Tor oddychania – brzuszny
- Zapach wydychanego powietrza – brak
- Dusznosc – wysiłkowa i często spoczynkowa
- Drożność dróg oddechowych – zaleganie wydzieliny
- Kaszel – obecny, produktywny
- Poziom nasilenia dusznosci wg skali MRC – stopień II

Układ nerwowy:

- Świadomość – pełna
- Kontakt słowny – prawidłowy
- Sen – bezsenność

Funkcjonowanie zmysłów:

- Wzrok – okulary
- Słuch – prawidłowy
- Czucie dotyku – zaburzone wskutek polineuropatii cukrzycowej (stopa prawa)
- Czucie temperatury - zaburzone wskutek polineuropatii cukrzycowej (stopa prawa)
- Występowanie bólu – odcinek krzyżowy i lędźwiowy kręgosłupa, w skali VAS: 5.

Układ pokarmowy:

- Łaknienie – zmniejszone
- Pragnienie – zmniejszone

- Sposób odżywiania – doustny
- Rodzaj diety – z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych
- Stan jamy ustnej – prawidłowy
- Połykanie – prawidłowe
- Wydalanie stolca – zaparcia
- Dolegliwości dyspeptyczne – zgaga

Układ moczowo – płciowy:

- Wydalanie moczu – prawidłowe
- Ilość wydalanego moczu – 1700 ml/dobę
- Barwa moczu – słomkowożółta

Skóra: Czysta bez zmian o charakterze chorobowym czy patologicznym.

Stan odżywienia:

- Masa ciała – 97 kg
- Wzrost – 175 cm
- BMI – 31.67 (otyłość i stopnia)

Ocena zagrożenia odleżynami wg skali Norton – 16 pkt – brak zagrożenia

Stan fizyczny – średni – 2 pkt.

Stan świadomości – pełna – 4 pkt.

Zdolność przemieszczania się – chodzi samodzielnie – 4 pkt.

Samodzielność przy zmianie pozycji – bardzo ograniczona – 2 pkt.

Czynność zwieraczy odbytu i cewki – pełna sprawność – 4 pkt.

Kategoria samoobsługi wg skali Barthel – 90 pkt – stan lekki

1. Spożywanie posiłków – wymaga zmodyfikowanej diety – 5 pkt.
2. Przemieszczanie się/z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie – mniejsza pomoc/słowna lub fizyczna/ - 10 pkt.
3. Utrzymywanie higieny osobistej – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów z zapewnionymi pomocami – 5 pkt.
4. Korzystanie z toalety/WC – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie, podcieranie się – 10 pkt.
5. Mycie, kąpiel całego ciała – nie zależy, pod prysznicem – 5 pkt.
6. Poruszanie się /po powierzchni płaskiej/ - niezależny – 15 pkt.
7. Wchodzenie i schodzenie po schodach – potrzebuje pomocy – 5 pkt.

8. Ubieranie się i rozbieranie – niezależny- 10 pkt.
9. Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu/ - panuje/utrzymuje stolce – 10 pkt.
10. Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego/ - panuje/utrzymuje mocz – 10 pkt.

Stan psychiczny

Pacjent w obniżonym nastroju, zaniepokojony sytuacją, odczuwa lęk i niepokój. Negatywnie nastawiony do leczenia.

Sytuacja rodzinno - społeczna

Pacjent mieszka w domu jednorodzinnym na terenie niewielkiej wsi pod Radomiem. Mieszka z 80-letnią matką oraz córką, zięciem i wnuczką. Warunki mieszkaniowe dobre.

PLAN OPIEKI WOBEC PACJENTA Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC

W oparciu o zgromadzone dane sformułowano diagnozy pielęgniarские ze wskazaniem konkretnego celu i zadań opiekuńczo- pielęgnacyjnych personelu pielęgniarского w opiece nad pacjentem z obturacyjną chorobą płuc (POCHP).

1. Diagnoza pielęgniarская: Ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu z powodu duszności z przebiegu POCHP z towarzyszącym szybkim, płytkim oddechem.

Cel opieki: Poprawa wentylacji, zapobieganie niedotlenieniu.

Interwencje pielęgniarские:

- Dokonywanie oceny charakteru i nasilenia duszności za pomocą skali mMRC–duszność umiarkowana, początkowo wysiłkowa, następnie spoczynkowa, wydłużenie fazy wydechu, wydech przez zwężone usta
- Obserwacja chorego – pomiar i dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych tętna i oddechu, zabarwienie skóry
- Monitorowanie efektywności wentylacji poprzez systematyczną kontrolę częstości oddechów pacjenta oraz kontrolę saturacji,
- Prowadzenie bilansu płynów
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w Sali (temperatura 18-20⁰C oraz wilgotność 50-70%)
- Zgodnie z zaleceniem lekarza zastosowanie tlenoterapię ciągłą przez węży tlenowe
- Zastosowanie nebulizacji rozszerzające oskrzela według kategory zleceń lekarskich

- Wykonanie toalety drzewa oskrzelowego polegającej na oklepywaniu pacjenta.
- Zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa poprzez ciągły kontakt z personelem.

Ocena działania: Pacjent bez duszności lub duszność występuje jedynie podczas dużego wysiłku fizycznego.

2. Diagnoza pielęgniarska Obniżony nastrój, lęk oraz niepokój spowodowane hospitalizacją i obecnym stanem zdrowia.

Cel działania: Poprawa nastroju oraz wyeliminowanie lęku oraz niepokoju pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentem
- Poinformowanie o możliwości kontaktu z bliskimi
- Zapewnienie spokoju, zrozumienia, bezpieczeństwa
- Zapewnienie kontaktu z psychologiem, ewentualnie psychiatrą
- Podawanie leków uspokajających na zlecenie lekarza

Ocena działania: Nastrój pacjenta wyrównał się. Lęk i niepokój częściowo uległ zmniejszeniu.

3. Diagnoza pielęgniarska: Obniżony nastrój, lęk oraz niepokój spowodowane hospitalizacją i obecnym stanem zdrowia

Cel działania: Poprawa nastroju oraz wyeliminowanie lęku oraz niepokoju pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowa z pacjentem i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez kontakt z personelem
- Poinformowanie o możliwości kontaktu z bliskimi
- Zapewnienie spokoju, zrozumienia, bezpieczeństwa
- Zapewnienie kontaktu z psychologiem, ewentualnie psychiatrą
- Podawanie leków uspokajających na zlecenie lekarza

Ocena działania: Nastrój pacjenta wyrównał się. Lęk i niepokój częściowo uległ zmniejszeniu.

4. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia hipoglikemii wskutek obniżonego łaknienia i zaburzenia regularności spożywania posiłków.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu hipoglikemii.

Interwencje pielęgniarские:

- Rozmowa i edukacja pacjenta na temat istotny regularnego spożywania posiłków
- Regularny pomiar glikemii
- Edukacja pacjenta pod kątem wystąpienia niepokojących objawów mogących sugerować hipoglikemię

Ocena działania: Hipoglikemia nie wystąpiła

5. Diagnoza pielęgniarская Ryzyko pojawienia się odwodnienia organizmu w wyniku obniżonego pragnienia i łaknienia, a także podwyższonej temperatury ciała.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu odwodnienia organizmu.

Interwencje pielęgniarские:

- Zachęcanie pacjenta do spożywania płynów i pokarmów
- Zalecenie spożywania posiłków częściej, a w mniejszej ilości
- Kontrola ilości przyjmowanych płynów
- Kontrola diurezy
- Obserwowanie pacjenta pod kątem pojawienia się cech odwodnienia

Ocena działania: Odwodnienie organizmu nie wystąpiło

6. Diagnoza pielęgniarская: Zwiększone ryzyko nasilenia się objawów POCHP i nadciśnienia tętniczego z powodu palenia papierosów.

Cel działania: Ograniczenie ilości wypalanych papierosów, zmniejszenie nasilenia objawów POCHP i normalizacja wartości ciśnienia tętniczego.

Interwencje pielęgniarские:

- Pokazanie hospitalizowanemu negatywnego wpływu palenia tytoniu na układy: krążenia oraz oddechowy.
- Zobrazowanie korzyści wynikających z zerwania z nałogiem (np. wyeliminowania czynnika ryzyka utraty zdrowia, ukazanie aspektów finansowych),
- Przedstawione pacjentowi nefarmakologicznych metod radzenia sobie z nałogiem
- Zaproponowanie pacjentowi po konsultacji z lekarzem korzystania z farmakologicznych metod walki z nałogiem: stosowanie gumy do żucia, plastry, pastylek do ssania, aerozolu do stosowania w jamie ustnej

Ocena działania: Pacjent ograniczyła ilość wypalanych papierosów, nieznacznie zmniejszyło się nasilenie objawów POCHP, wartości RR utrzymują się w granicach wysokiej normy.

7. Diagnoza pielęgniarska: Duszność spoczynkowa jako skutek ograniczonego przepływu powietrza przez drogi oddechowe spowodowanego zaleganiem wydzieliny w drzewie oskrzelowym.

Cel działania: Zmniejszenie stopnia nasilenia duszności oraz poprawa przepływu powietrza przez drogi oddechowe.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia nasilenia duszności według przyjętej skali
- Ustalenie czynników nasilających duszność i ich eliminacja lub ograniczenie
- Monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna i saturacji
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali pacjenta
- Stosowanie drenażu ułożeniowego
- Zapewnienie pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności
- Czynny udział w tlenoterapii.
- Oklepywanie chorego
- Podawanie środków farmakologicznych według indywidualnej karty zleceń lekarskich

Ocena działania: Stopień nasilenia duszności uległ niewielkiemu zmniejszeniu.

8. Diagnoza pielęgniarska

Meczący kaszel z odkrztuszaniem dużej ilości ropno-śluzowej wydzieliny.

Cel działania:

Zmniejszenie lub niwelowanie kaszlu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena czynników nasilających dolegliwość
- Nauka efektywnego kaszlu
- Zapewnienie odpowiedniej temperatury i wilgotności w pomieszczeniu, gdzie przebywa pacjent
- Przeprowadzenie edukacji dotyczącej higienicznego odpluwania oraz konieczności stosowania zabiegu przepłukiwania antyseptykiem jamy ustnej.
- Oklepywanie pacjenta w celu ewakuacji zalegającej wydzieliny i niwelowania kaszlu.

- Podanie miski nerkowatej i ligniny w celu zapewnienia higieny
- Podawanie środków farmakologicznych według indywidualnej karty zleceń lekarskich

Ocena działania: Kaszel nie uległ zmniejszeniu.

9. Diagnoza pielęgnarska

Zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym jako skutek schorzenia płuc.

Cel działania:

Usunięcie wydzieliny z dróg oddechowych oraz poprawa wentylacji płuc

Interwencje pielęgnarskie:

- Ocena ilości i konsystencji wydzieliny
- Stosowanie drenażu ułożeniowego
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w Sali
- Zwiększenie ilości przyjmowanych płynów z powodu lepkości odkrztuszanej wydzieliny
- Stosowanie inhalacji i podawanie leków wykrztuśnych, rozrzedzających wydzielinę na zlecenie lekarza
- Regularne wykonanie toalety drzewa oskrzelowego polegającej na oklepywaniu pacjenta.
- Zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa poprzez ciągły kontakt z personelem.

Ocena działania: Zaleganie wydzieliny nadal się utrzymuje. Wentylacja płuc nieznacznie uległa poprawie

10. Diagnoza pielęgnarska Podwyższona temperatura ciała na skutek toczącego się stanu zapalnego w organizmie

Cel działania: Normalizacja temperatury ciała.

Interwencje pielęgnarskie:

- Regularna kontrola temperatury ciała oraz podstawowych paramentów życiowych pacjenta: tętno, ciśnienie, duszność, charakteru płwociny
- Stosowanie chłodnych okładów oraz zapewnienie właściwej higieny pacjenta gorączkującego (zmiana bielizny pościelowej, wietrzenie pomieszczenia)
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w przypadku nasilonej potliwości
- Zapewnienie odpowiedniej ilości płynów do przyjmowania doustnego

- Kontrola diurezy
- Podawanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza

Ocena działania: Temperatura ciała wróciła do normy, nastąpiła poprawa samopoczucia pacjenta.

11. Diagnoza pielęgniarska Anemia jako wynik zaburzeń w układzie krwiotwórczym

Cel działania: Poprawa wartości morfologicznych u pacjenta

Interwencje pielęgniarskie:

- Pobieranie krwi do badań
- Podawanie pokarmów bogatych w żelazo oraz witaminy z grupy B
- Podawanie leków, suplementów na zlecenie lekarza

Ocena działania: Wartości morfologiczne uległy podwyższeniu

12. Diagnoza pielęgniarska Wysokie ciśnienie tętnicze krwi.

Cel działania: Przywrócenie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola RR
- Obserwacja zabarwienia powłok skórnych twarzy
- Zapewnienie miłej, przyjaznej atmosfery
- Identyfikacja i eliminacja czynników wywołujących stres, negatywne emocje
- Podawanie leków obniżających ciśnienie

Ocena działania: Ciśnienie tętnicze unormowało się.

13. Diagnoza pielęgniarska Obrzęki kończyn dolnych o nieznanej etiologii.

Cel działania: Zmniejszenie obrzęków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja i pomiar obrzęków
- Prowadzenie bilansu płynów
- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
- Ułożenie pacjenta z nogami uniesionymi ponad poziom tułowia
- Zalecenie ograniczenia spożywania soli, unikania pokarmów wysokoprzetworzonych (dieta z ograniczeniem soli do 2-3 g/dobę)

- Podanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza

Ocena działania: Obrzęki zmniejszyły się.

14. Diagnoza pielęgniarska Bezsenność spowodowana dusznością i strachem o własne życie.

Cel działania: Zlikwidowanie bezsenności.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozpoznanie czynników nasilających duszność
- Ocena saturacji
- Prowadzenie tlenoterapii na zlecenie lekarza
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali
- Pomoc w wyborze komfortowej pozycji do spania
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i wsparcia
- Podanie leków nasennych według zleceń lekarskich

Ocena działania: Pacjent nocy przesypia spokojnie.

15. Diagnoza pielęgniarska: Ból kręgosłupa.

Cel działania: Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia nasilenia dolegliwości bólowych
- Rozpoznanie czynników nasilających ból
- Pomoc w ułożeniu, które zmniejsza dolegliwości bólowe
- Podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza

Ocena działania:

Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

16. Diagnoza pielęgniarska Zaparcia spowodowane nieprawidłową dietą i brakiem aktywności fizycznej

Cel działania: Przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja częstości oddawania stolca
- Zachęcenie do spacerów
- Włączenie do diety surowych owoców, warzyw, suszonych śliwek, kefirów, jogurtów

- Podawanie środków zmiękczających stolec
- Wykonanie wlewu doodbytniczego na zlecenie lekarza

Ocena działania: Prawidłowy rytm wypróżnień został przywrócony.

17. Diagnoza pielęgniarska Zgaga o nieznanej etiologii.

Cel działania: Zlikwidowanie zgagi.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena czynników wywołujących dolegliwość dyspeptyczną
- Wprowadzenie diety lekkostrawnej
- Zalecenie spożywania większej ilości wody, najlepiej niegazowanej
- Unikanie płaskiego ułożenia po spożyciu posiłku
- Zalecenie spożywania posiłków częściej, ale w mniejszej ilości
- Podawanie środków zobojętniających kwas żołądkowy na zlecenie lekarza

Ocena działania: Zgaga ustąpiła.

18. Diagnoza pielęgniarska Deficyt wiedzy dotyczący prawidłowego trybu życia i prowadzenia aktywności fizycznej przy POChP.

Cel opieki: Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie prawidłowego trybu życia oraz rehabilitacji oddechowej w celu polepszenia funkcji i tolerancji płuc.

Interwencje pielęgniarskie:

- Przekazanie wiedzy na temat jednostki chorobowej POChP, przyczyn, objawów, profilaktyki.
- Uświadomienie choremu i członkom jego najbliższej zasad prawidłowego stylu życia oraz prowadzenia aktywności fizycznej;
- Dobór aktywności fizycznej do stanu pacjenta – krótkie spacery na świeżym powietrzu, rehabilitacja oddechowa, ćwiczenia rozciągające wzmacniające mięśnie,
- Stosowanie prawidłowej diety – warzywa, owoce, eliminacja potraw tłustych i kalorycznych,
- Nauczenie pacjenta prawidłowego oddychania oraz wykonywania prawidłowego treningu mięśni oddechowych poprzez aktywną rehabilitację oddechową.

Ocena działania: Pacjent oraz rodzina otrzymali informacje dotyczące prawidłowego trybu życia oraz świadomości prowadzenia rehabilitacji i gimnastyki oddechowej.

WNIOSKI:

1. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest długoterminowym schorzeniem obejmującym drogi oddechowe. w zależności od stopnia zaawansowania wymaga innego podejścia terapeutycznego.
2. Pielęgniarka/arz w opiece nad pacjentem z POChP spełnia cztery główne role: diagnostyczną, terapeutyczną, opiekuńczą oraz edukacyjną. Podczas hospitalizacji pacjenta z POChP znajduje się najbliżej problemów pacjenta, przygotowuje pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji oraz zapewnia poczucie bezpieczeństwa podczas hospitalizacji.
3. Indywidualne podejście do chorego oraz stymulowanie do podejmowania aktywnego wysiłku w walce z chorobą, stałe wdrażanie chorego do samoopieki i aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów z POChP.

PIŚMIENNICTWO

1. Mannino D.M: Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respiratory Care*, 2003, 48, 1185-1191.
2. Górecka D i wsp.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) *Pneumologia i Alergologia Polska*, 2012, 223-225.
3. Celli B.R, Wand M: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a Summary of the ATS/RRS position paper. *European Respiratory Journal and Committete Members*, 2004, 23, 932-946.
4. Kara M., Kirkil G., Kalemci S.: Differential Expression of MicroRNAs in Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2016, 25(1), 21-26.
5. Vestbo J.: COPD: definition and phenotypes. *Clinics in Chest Medicine*, 2014, 35(1), 1-6.
6. Damps-Konstańska I. i współ.: Zintegrowany model opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6(1), 20.
7. Grzelewska-Rzymowska I.: Standardy leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Alergia Astma Immunologia*, 2006, 11(4), 188-194.

8. Książek J.: Bezpieczeństwo chorych a komunikacja w relacji pielęgniarka pacjent. [w:] Jakość wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku, t. 2. M. Majchrzak, A. Zduniak (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań, 2010, 300.

PRZYGOTOWANIE CHOREGO Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ DO SAMOOPIEKI - STUDIUM PRZYPADKU

BEATA KROPORNICKA¹, KATARZYNA RADZIKOWSKA², BOŻENA BACZEWSKA¹, EWA KRZYŻANOWSKA¹, ROBERT ŁUCZYK¹, ELŻBIETA NOWICKA¹, BOŻENA MURACZYŃSKA³

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Instytut Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

WSTĘP

Astma jest uznawana za chorobę cywilizacyjną, ma charakter przewlekły, znacznie pogarsza jakość życia chorych. Stanowi także problem ekonomiczny, z uwagi na koszty leczenia, hospitalizacji [1, 2].

Rozwinięcie

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą zapalną, której głównymi objawami są napady duszności, świszczący oddech oraz kaszel, który cechuje się zmienną częstotliwością i nasileniem. Chorobie towarzyszy również ucisk w klatce piersiowej. Dolegliwości pojawiają się zazwyczaj w nocy lub rano i związane są z ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, co spowodowane jest skurczem mięśni gładkich oskrzeli lub obrzękiem ich błony śluzowej [1, 3, 4].

Pacjent z astmą oskrzelową powinien mieć wiedzę i umiejętności, aby skutecznie radzić sobie z chorobą. Edukacja chorego staje się nieodłącznym elementem leczenia [1, 5]. Należy zwrócić uwagę na przygotowanie pacjenta do postępowania w napadzie astmy oraz do farmakoterapii. Niezmiernie ważne jest nauczanie go poprawnej techniki wykonywania inhalacji oraz ćwiczeń oddechowych. Należy edukować chorego w zakresie diety, monitorowania przebiegu choroby oraz zalecanej aktywności fizycznej. Powinno się zwrócić uwagę na wybór odpowiedniego zawodu dla astmatyka i na eliminację alergenów [1, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Pacjent z astmą oskrzelową powinien znać postępowanie podczas napadu, które zależne jest od jego nasilenia. W pierwszej kolejności chory powinien przyjąć szybko działający β_2 -mimetyk za pomocą inhalatora. Przy lekkim zaostrzeniu takie działanie

wystarczy i nie potrzebne jest wtedy dodatkowe leczenie. Jeśli jednak stan nie poprawia się, chory powinien wezwać pogotowie ratunkowe. Każdy pacjent z astmą oskrzelową powinien znać zasady dotyczące postępowania nefarmakologicznego podczas zaostrzenia. Podczas napadu powinien przyjąć pozycję ułatwiającą oddychanie oraz zastosować oddech przeponowy [1, 3].

Ważne jest także, aby rodzina wiedziała, jak może mu pomóc. Powinna zachować spokój i usunąć, jeżeli jest to możliwe, czynnik, który wywołał atak. Przy ciężkim zaostrzeniu astmy istnieje ryzyko zatrzymania czynności życiowych. Należy wówczas natychmiast wezwać karetkę oraz przystąpić do resuscytacji krążeniowo- oddechowej. Dlatego też niezbędna jest wiedza rodziny chorego na temat poprawności jej wykonania.

Astma oskrzelowa alergiczna wywołana jest przez alergenów wziewnych albo pokarmowych. Alergeny wziewne to między innymi: pyłki traw, drzew, roztocza kurzu domowego, pleśń, sierść zwierząt itp. Alergeny pokarmowe wywołują astmę głównie u dzieci. Najczęściej są to: mleko krowie, jajka oraz pszenica. Astma jest chorobą nieuleczalną, ale poprzez eliminację alergenów można zminimalizować występowanie napadów. Dzięki temu komfort życia chorego na astmę może ulec poprawie [1, 10].

Bardzo ważne jest, aby chory na astmę samodzielnie kontrolował przebieg choroby. Jego zadaniem jest obserwowanie pojawiających się dolegliwości, ocena ich nasilenia i częstotliwości, kontrolowanie częstości przyjmowania leku rozszerzającego oskrzela. Pacjent powinien umieć samodzielnie wykonać pomiar PEF, czyli szczytowego przepływu wydechowego lub dokonać oceny stopnia kontroli astmy przy pomocy ACT, czyli testu kontroli astmy [1].

W leczeniu astmy oskrzelowej stosuje się aerozoloterapię. Jest to najbardziej efektywna metoda, pod warunkiem, że chory potrafi posługiwać się inhalatorem i prawidłowo wykonywać inhalację. Zadaniem pielęgniarki jest nauczanie pacjenta tej czynności [6].

Poprawne leczenie powinno zapewnić chorym normalną aktywność fizyczną. Zaleca się, aby przyjmowali przed wysiłkiem leki, które zmniejszą ryzyko wystąpienia objawów. Podczas aktywności fizycznej chorzy powinni unikać miejsc, w których jest dużo alergenów, brać pod uwagę warunki atmosferyczne, gdyż np. zimne powietrze może być czynnikiem wywołującym zaostrzenie. Pacjentom z astmą oskrzelową zaleca się najbardziej aktywność fizyczną w postaci jazdy na rowerze, pływania lub kajakarstwa. Należy pamiętać o tym, aby aktywność fizyczna była dobrana adekwatnie do możliwości chorego. Uprawianie sportu pomaga w rozwijaniu mięśni, w tym mięśni oddechowych oraz pozwala na lepszą kontrolę choroby [1, 4, 11].

Astma oskrzelowa jest wskazaniem do wykonywania ćwiczeń oddechowych, ponieważ dzięki nim poprawia się wentylacja płuc oraz zwiększa się siła mięśni oddechowych. Ponadto, ułatwiają efektywny kaszel i pomagają w odkrztuszaniu. Zalecane są ćwiczenia oddychania torem brzuszny, ćwiczenia zwiększające siłę i wspomagające fazę wydechu. Należy pamiętać o tym, aby ćwiczenia były dopasowane do stanu i możliwości chorego [7].

Astmatycy wybierając zawód powinni brać pod uwagę warunki, w jakich będzie wykonywana ich przyszła praca zawodowa. Niektóre czynniki w miejscu pracy mogą powodować u chorego zaostrzenia. Przy niekorzystnym wpływie pracy na stan pacjenta, należy zaproponować mu zmianę stanowiska [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena przygotowania chorego do samoopieki w astmie oskrzelowej oraz zaplanowanie edukacji.

MATERIAŁ I METODY BADAWCZE

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku oraz następujące techniki badawcze: wywiad, obserwację, analizę dokumentacji i pomiary. Wykorzystane narzędzia badawcze to: zmodyfikowana karta opieki pielęgniarzkiej, skala nasilenia duszności mMRC, skala do oceny kaszlu VCD - Daytime oraz VCD - Nighttime, skala Barthel do oceny sprawności ruchowej oraz skala Norton, która służy do oceny ryzyka rozwoju odleżyn. W celu sprawdzenia wiedzy chorego zastosowano autorski test do oceny przygotowania pacjenta do samoopieki w astmie oskrzelowej. Check-listą sprawdzono poziom umiejętności przyjmowania przez chorego leku z inhalatora proszkowego.

Kryteriami doboru pacjenta do badań były: rozpoznanie astmy oskrzelowej, wiek >18 lat i zgoda na udział w badaniu. Badanie odbyło się w miejscu zamieszkania pacjenta w maju 2020 roku.

Opis przypadku

Przeszłość chorobowa badanego

Badaniem objęto kobietę w wieku 70 lat, która od 30 lat choruje na atopową astmę oskrzelową. Astma jest częściowo kontrolowana. Zaostrzenia pojawiają się u badanej głównie po kontakcie ze swoistym alergenem. Kobieta uczulona jest na roztocza kurzu domowego.

Z analizy dokumentacji wynika, że zdiagnozowano u niej również przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i nadciśnienie tętnicze.

Chora ma regularnie wykonywane badania diagnostyczne, takie jak: spirometria oraz RTG klatki piersiowej. Przyjmuje aktualnie leki: Beto 25 ZK w dawce 1 tabletka (23,75 mg) 1x dziennie, Zafiron w dawce 1 kapsułka (12 µg) 2x dziennie, Axtil w dawce 1 tabletka (10 mg) 1x dziennie, Diuresin w dawce 1 tabletka (1,5 mg) 1x dziennie oraz Modus w dawce 1 tabletka 1x dziennie.

Opis stanu pacjenta

Stan świadomości chorej jest prawidłowy. Komunikacja z pacjentką jest werbalna, logiczna. Nastrój badanej jest minimalnie obniżony, jej zachowanie wskazuje na przygnębienie.

U badanej nie występują żadne objawy neurologiczne. Chora skarży się na przewlekły, umiarkowany ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, który nasila się po wysiłku fizycznym.

Tętno jest miarowe, dobrze wyczuwalne i wynosi 78, a ciśnienie tętnicze - 137/90 mmHg. Zaobserwowano obrzęki w okolicy kostek, które nasilają się w godzinach wieczornych. Sinica oraz omdlenia nie występują. Oddech jest miarowy, ale świszczący głównie w godzinach porannych, a częstość oddechów to 18/minutę. U chorej występuje duszność wysiłkowa 1 stopnia, pojawiająca się podczas szybszego marszu lub wchodzenia na niewielkie wzniesienia. Chora skarży się na suchy, napadowy kaszel, który pojawia się głównie w nocy. Ocena w skali VCD – Daytime - 1, oznacza kaszel, który trwa jeden lub 2 tylko krótkie okresy, natomiast ocena w skali VCD – Nighttime - 2, oznacza budzenie się raz lub budzenie się wcześniej z powodu kaszlu. Katar oraz zaleganie wydzieliny nie występują.

Chora nosi protezę zębową. Stan śluzówek i języka jest prawidłowy. Pragnienie oraz łaknienie są niezaburzone. Badana spożywa około 1,5 litra płynów dziennie. Nudności, wymioty i zgaga nie występują, a wydalanie jest prawidłowe.

Wzrost chorej wynosi 164 cm, a masa ciała 78 kg.

Nie występują problemy z wydalaniem moczu. Zabarwienie moczu również jest właściwe.

Sprawność ruchowa oraz napięcie mięśniowe jest prawidłowe. Niedowłady nie występują. Ocena w skali Barthel wynosi 100 pkt, co oznacza, że stan pacjentki jest „lekki”.

Skóra chorej jest bladoróżowa, nawilżona, a jej stan higieniczny - zadowalający. Kobieta używa emolientów w celu utrzymania prawidłowego nawilżenia i natłuszczenia ciała.

Nie występują zmiany skórne, odleżyny. Ocena w skali Norton to 20 pkt, co oznacza, że chora nie jest narażona na powstanie odleżyn.

Temperatura ciała badanej wynosi 36,7°C.

Kobieta jest mieszkanką wsi, mieszka sama, jest samodzielna. Warunki mieszkaniowe są dobre. Chora mieszka w bloku na pierwszym piętrze. Jej mieszkanie jest niewielkie, suche i jasne.

Kiedyś pracowała w zawodzie krawcowej, natomiast aktualnie przebywa na emeryturze. Emerytura stanowi jej jedyne źródło utrzymania.

Mąż oraz jedna z córek pacjentki nie żyją. Kobieta ma czwórkę dzieci oraz sześcioro wnuków. Część z nich mieszka w tej samej wsi, co chora, a część w niewielkim mieście oddalonym o około 30 km. Członkowie rodziny często odwiedzają chorą oraz pomagają w większych porządkach domowych i w zakupach. Relacje w rodzinie pacjentka oceniła jako dobre. Chora należy do klubu seniora.

Ocena przygotowania do życia z chorobą

Wiedzę pacjentki na temat astmy oskrzelowej oceniono za pomocą testu. Chora odpowiedziała poprawnie na 25 pytań spośród 28. Kobieta posiada pełną wiedzę w zakresie istoty choroby i jej objawów (3 pkt/3 pkt). Wie także, jakie są przyczyny astmy oskrzelowej (2 pkt/2 pkt). Pacjentka ma deficyt wiedzy w zakresie czynników wpływających na przebieg astmy (2 pkt/3 pkt). Sądzi, że otyłość pozostaje bez wpływu na przebieg choroby. Kobieta nie posiada wystarczającej wiedzy na temat aktywności fizycznej (2 pkt/3 pkt). Jej zdaniem chorzy na astmę oskrzelową nie powinni uprawiać sportu. Pacjentka zna sposoby leczenia (3 pkt/3 pkt) oraz zasady ogólne aeroloterapii (2 pkt/2 pkt). Kobieta ma deficyt wiedzy w zakresie przyjmowania glikokortykosteroidów (2 pkt/3 pkt). W jej ocenie, poprawnym postępowaniem po przyjęciu wziewnie glikokortykosteroidu jest wypicie szklanki wody. Chora ma wystarczającą wiedzę na temat ćwiczeń oddechowych (3 pkt/3 pkt). Posiada również podstawowe informacje na temat zasad postępowania w czasie napadu astmy oskrzelowej (3 pkt/3 pkt) oraz monitorowania przebiegu choroby (3 pkt/3 pkt).

Sprawdzono także umiejętności badanej w zakresie przyjmowania leku drogą wziewną. Spośród 13 obserwowanych czynności, składających się na umiejętność przyjmowania leku z inhalatora proszkowego, chora popełniła jeden błąd. Po inhalacji pacjentka płucze jamę ustną i gardło i połyka wodę.

W oparciu o wywiad przeprowadzono ocenę stylu życia badanej.

Odżywianie chorej jest nieprawidłowe, a aktywność fizyczna niska. Kobieta spożywa zbyt dużo kalorii w porównaniu do jej zapotrzebowania. Popelnia także inne błędy żywieniowe, takie jak: nieregularne jedzenie, za duża podaż cholesterolu i tłuszczów pochodzenia zwierzęcego. Ma trudności w zasypianiu i zażywa tabletki ziołowe. Dobrze radzi sobie ze stresem i często wypoczywa, nie posiada żadnych nałogów. W otoczeniu chorej występują czynniki wywołujące objawy astmy. Należą do nich zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, dym, pyły. Objawy chorobowe nasilają się także w przypadku wystąpienia stresu, infekcji, narażenia na zmienne warunki atmosferyczne, takie jak: pogoda mglista, dżdżysta, mroźna, wietrzna.

Do celów edukacyjnych istotna jest także ocena możliwości i motywacji pacjenta w zakresie nabywania nowej wiedzy i umiejętności. Chora ma dobrą pamięć oraz sprawność manualną. Słuch jest prawidłowy, występuje wada wzroku - krótkowzroczność, ale badana nosi okulary, które kompensują zaburzenia. Źródłem pozyskiwania informacji na temat choroby jest dla niej Internet. Badana jest zmotywowana, żeby pogłębiać swoją wiedzę na temat choroby w ten sposób. Stara się eliminować z życia czynniki wywołujące objawy choroby poprzez częste odkurzanie, posiada odkurzacz z filtrem Hepa. Robi to samodzielnie, natomiast przy większych porządkach (np. mycie okien) oraz w robieniu zakupów pomaga jej rodzina. Dbą o jakość powietrza poprzez częste wietrzenie mieszkania w godzinach porannych. Chciałaby pogłębić swoją wiedzę na temat diety, sposobów unikania infekcji, zasad postępowania w czasie napadu astmy oskrzelowej, ćwiczeń oddechowych oraz zalecanej aktywności fizycznej. Nie jest natomiast zainteresowana poszerzaniem wiedzy na temat technik przyjmowania leków.

Diagnozy pielęgniarские

W oparciu o analizę wyników testu wiedzy i innych danych, zgromadzonych podczas badania pacjentki, sformułowano diagnozy pielęgniarские. Są to:

- obniżony nastój i uczucie przygnębienia,
- problemy z zasypianiem oraz budzenie się spowodowane kaszlem,
- ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym powodujący dyskomfort,
- obrzęki w okolicy kostek powodujące dyskomfort,
- ryzyko niedotlenienia w sytuacji wystąpienia napadu astmy,
- ryzyko pogłębienia wady wzroku,
- brak wystarczającej wiedzy w zakresie wpływu otyłości na przebieg choroby i nadwaga spowodowana zbyt dużą podażą kalorii,

- niewystarczająca wiedza na temat zalecanej aktywności fizycznej w astmie oskrzelowej i niska aktywność fizyczna,
- deficyt wiedzy w zakresie przyjmowania leku z inhalatora proszkowego.

PLAN OPIEKI I ZADANIA PIELĘGNIARKI WOBEC CHOREGO Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ

1. Diagnoza pielęgniarska: Obniżony nastrój i uczucie przygnębienia.

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Rozmowa z chora na temat przyczyn obniżenia nastroju.
- Zdobycie zaufania i uważne wysłuchanie pacjentki.
- Zachęcenie do wyrażania swoich uczuć i emocji.
- Skoncentrowanie uwagi chorej na pozytywnych przeżyciach i emocjach.
- Zachęcenie pacjentki do wykonywania czynności, które odwrócą jej uwagę od negatywnych myśli.
- Okazanie zrozumienia oraz wsparcia.

2. Diagnoza pielęgniarska: Problemy z zasypianiem oraz budzenie się spowodowane kaszlem.

Cel: Zmniejszenie problemów ze snem.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia i charakteru kaszlu za pomocą skal VCD – Daytime i VCD – Nighttime.
- Zalecenie chorej stworzenia właściwych warunków przed snem: wietrzenie pokoju przed spaniem, zmiana bielizny osobistej i pościelowej raz w tygodniu, pranie w temperaturze powyżej 60°C, unikanie silnie pachnących proszków do prania i płynów do płukania, używanie hipoalergiczných środków, relaks przed snem.
- Zachęcenie chorej do spożywania posiłków przynajmniej 2 godziny przed pójściem spać i wyeliminowania kawy i mocnej herbaty w godzinach wieczornych.
- Zalecenie wykonywania ćwiczeń oddechowych przed snem.
- Nauka efektywnego kaszlu.
- Omówienie zasad higieny kaszlu oraz jamy ustnej.
- Dobór pozycji ciała podczas snu, która zmniejszy dolegliwości.
- Zachęcenie do przyjmowania leków w sposób zalecony przez lekarza.

3. Diagnoza pielęgniarska: Ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym powodujący dyskomfort

Cel: Zmniejszenie bólu kręgosłupa i dyskomfortu pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia, charakteru i lokalizacji bólu.
- Omówienie czynników nasilających ból (zmęczenie, przebywanie zbyt długo w tej samej pozycji, zła jakość materaca).
- Zaproponowanie chorej niefarmakologicznych metod radzenia sobie z bólem (zmiany pozycji na taką, która zmniejsza ból, wymiany materaca, doboru obuwia, sposobu wykonywania czynności dnia codziennego, metod relaksacji mięśni szkieletowych).
- Zwrócenie uwagi na zasady stosowania leków przeciwbólowych i ryzyko powikłań
- Zachęcenie pacjentki do stosowania metod odwrócenia uwagi od bólu (np. poprzez czytanie interesującej książki).

4. Diagnoza pielęgniarska: Obrzęki w okolicy kostek powodujące dyskomfort.

Cel: Zmniejszenie obrzęku, poprawa komfortu życia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Obserwacja i pomiar obrzęków.
- Poinformowanie chorej o czynnikach nasilających obrzęki (np. duża masa ciała, pozycja ciała, dieta).
- Zachęcenie do zmian w diecie: ograniczenia spożywania soli, wprowadzenie produktów zawierających potas: suszone owoce, orzechy, kasza gryczana, ziemniaki, buraki, pomidory.
- Zalecenie kontrolowania napięcia i elastyczności skóry w celu oceny stopnia nawodnienia, zwracania uwagi na ilość przyjmowanych płynów.
- Zachęcenie do zwiększenia i jednocześnie umiejętnego „dawkowania” aktywności fizycznej (częściej, ale krócej), unikania dłuższego przebywania w jednej pozycji oraz zredukowania masy ciała.
- Zachęcenie do przyjmowania pozycji ciała z uniesieniem kończyn dolnych poprzez podłożenie np. grubego koca.
- Zalecenie stosowania luźnej, wygodnej bielizny, ubrań, obuwia.
- Poinformowanie o sposobie pielęgnacji kończyn objętych obrzękiem.
- Zachęcenie do stosowania odpowiednich maści i żelów.

5. Diagnoza pielęgnarska: Ryzyko niedotlenienia w sytuacji wystąpienia napadu astmy

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia napadu i niedotlenienia

Działania pielęgnarskie:

- Omówienie przyczyn występowania duszności.
- Przedstawienie zasad eliminacji czynników, które wywołują duszność (kurz, dym, pyły, infekcje, stres).
- Wskazanie pozycji ciała, które zmniejszają duszność.
- Zachęcenie chorej do zakładania wygodnych ubrań, które nie będą ograniczały ruchów klatki piersiowej, do utrzymywania właściwej temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniu, w którym przebywa, proponowanie częstego wietrzenia, najlepiej wcześniej rano, ewentualnie późnym wieczorem oraz unikania wietrzenia w godzinach popołudniowych, z uwagi na największe stężenie pyłków w powietrzu i przy niesprzyjającej pogodzie (wietrznej, mroźnej, mglistej).
- Omówienie i zaprezentowanie ćwiczeń oddechowych oraz motywowanie do ich wykonywania.
- Obserwacja pod kątem pojawienia się duszności i zapewnienie bezpieczeństwa chorej.
- Zmotywowanie do regularnego przyjmowania leków w sposób zalecony przez lekarza.
- Zachęcenie do skorzystania z pomocy rodziny przy większych porządkach domowych oraz w robieniu zakupów.

6. Diagnoza pielęgnarska: Ryzyko pogłębienia wady wzroku.

Cel: Zmniejszenie ryzyka pogłębienia wady wzroku i poprawa komfortu życia pacjentki.

Działania pielęgnarskie:

- Poinformowanie chorej o możliwości pogłębienia wady wzroku.
- Zalecenie regularnych wizyt w poradni okulistycznej (raz na pół roku).
- Omówienie zasad higieny narządu wzroku: odpowiednia odległość od komputera, książki, zapewnienie dobrego oświetlenia, unikanie długiego wpatrywania się w komputer, czy telewizor.
- Przekazanie informacji na temat objawów wskazujących na pogłębianie się wady wzroku, takich jak: ból głowy, zmęczenie gałek ocznych, łzawienie.
- Zachęcenie do wykonywania ćwiczeń zalecanych przy krótkowzroczności – np. skupienie wzroku przez kilka minut na dowolnym odległym punkcie.

- Zaproponowanie chorej spędzania czasu na świeżym powietrzu, gdyż sprzyja to zahamowaniu pogłębiania się wady wzroku.

7. Diagnoza pielęgniarska: brak wystarczającej wiedzy w zakresie wpływu otyłości na przebieg choroby i nadwaga spowodowana zbyt dużą podażą kalorii.

Cel: Zwiększenie wiedzy chorej na temat wpływu otyłości na przebieg choroby, redukcja masy ciała.

Działania pielęgniarskie:

- Omówienie negatywnego wpływu otyłości na przebieg choroby (bardziej nasilone objawy, słabsza reakcja na leczenie).
- Motywowanie chorej do redukcji masy ciała poprzez wskazanie korzyści dla zdrowia.
- Przeanalizowanie z chora spożywanych produktów, zidentyfikowanie tych, które negatywnie wpływają na masę ciała.
- Przedstawienie zasad zdrowego odżywiania: spożywanie najlepiej 4 posiłków dziennie, w podobnych odstępach czasu, zadbanie o różnorodność posiłków, unikanie spożywania cholesterolu i tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, spożywanie węglowodanów złożonych – ryż brązowy, makaron razowy, płatki owsiane, unikanie zbyt dużej ilości soli – maksymalnie 5 g dziennie
- Zachęcenie do spożywania płynów w ilości ok. 2 litrów dziennie pod kontrolą obręzków.
- Zachęcenie do kontroli masy ciała raz w tygodniu poprzez ważenie się rano, na czczo, po oddaniu moczu oraz zapisywanie wyników i analizowanie postępu.

8. Diagnoza pielęgniarska: Niewystarczająca wiedza na temat zalecanej aktywności fizycznej w astmie oskrzelowej i niska aktywność fizyczna.

Cel: Zwiększenie wiedzy chorej w zakresie zalecanej aktywności fizycznej w astmie oskrzelowej, zmotywowanie do ruchu

Działania pielęgniarskie:

- Przedstawienie pozytywnych efektów optymalnej aktywności fizycznej dla stanu zdrowia.
- Poinformowanie o zasadach stosowania aktywności fizycznej u chorych na astmę oskrzelową.
- Wskazanie zalecanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej w astmie oskrzelowej.
- Zachęcenie chorej do aktywności fizycznej adekwatnej do jej możliwości.

- Omówienie zasad kontroli objawów, które mogą pojawić się w przypadku nadmiernej aktywności fizycznej.

9. Diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy w zakresie przyjmowania leku z inhalatora proszkowego.

Cel: Bezбłędne przyjmowanie leku z inhalatora proszkowego przez chorą.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena za pomocą check–listy aktualnej umiejętności chorej w zakresie przyjmowania leku drogą wziewną.
- Omówienie konsekwencji błędu, jaki popełnia chora podczas przyjmowania leku z inhalatora.
- Wskazanie możliwości uniknięcia miejscowych i ogólnoustrojowych skutków ubocznych leków przyjmowanych drogą wziewną.
- Zademonstrowanie poprawnego wykonywania inhalacji.
- Ponowna ocena wiedzy i umiejętności chorej.
- Zachęcenie do przyjmowania leków w sposób zalecony przez lekarza.

WNIOSKI

W oparciu o wyniki badań, można sformułować następujące wnioski.

1. Chora jest dość dobrze przygotowana do samoopieki w astmie oskrzelowej. Posiada pełną wiedzę w zakresie: istoty, objawów i przyczyn choroby, sposobów leczenia, zasad ogólnych aerzoloterapii, ćwiczeń oddechowych, postępowania w czasie napadu astmy oskrzelowej, zasad monitorowania przebiegu choroby.
2. Badana pacjentka ma możliwości i motywację, aby pogłębiać swoją wiedzę i umiejętności potrzebne do radzenia sobie z chorobą. Wymaga podjęcia działań edukacyjnych przez pielęgniarkę w zakresie: czynników wpływających na przebieg choroby, zalecanej diety, aktywności fizycznej, zapobiegania objawom ubocznym stosowanych leków wziewnych.
3. W programie edukacji należy również uwzględnić treści wynikające z rozpoznanych problemów biologicznych, dotyczące: prowadzenia przez chorą obserwacji, oceny nasilenia i sposobów zapobiegania obrzękom, sposobów ułatwiających zasypianie, metod zapobiegania i radzenia sobie z bólem kręgosłupa, redukcji, utrzymania i kontroli masy ciała, sposobów zapobiegania i radzenia sobie w sytuacji napadu duszności, zasad higieny narządu wzroku.

PIŚMIENNICTWO

1. Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Gajewski P.: Astma [w:] Interna Szczeklika. A. Szczeklika (red.), Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2018, 705-720.
2. Ścibor M., Balcerzak B., Czarnecka Ż. i wsp.: Ocena jakości życia pacjentów z astmą oskrzelową mieszkających w Krakowie w strefach różniących się stężeniem pyłu zawieszonego w powietrzu. *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 2015, 18(1), 45-53.
3. Grzywa-Celińska A.: Astma i stan astmatyczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(4), 397-402.
4. Wilewska-Kłubo T., Pałgan K.: Astma oskrzelowa [w:] *Alergologia dla studentów i lekarzy*. Z. Bartuzi (red.), Wyd. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, 2013, 195-209.
5. Bodajko-Grochowska A., Bednarek A., Markut-Miotła E. i wsp.: Stan wiedzy pielęgniarek na temat aerozoloterapii u dzieci z astmą. *Alergia Astma Immunologia*, 2015, 20(3), 199-207.
6. Majda A., Zalewska-Puchała J., Nawalana A.: Podawanie leków przez układ oddechowy [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*. B. Ślusarska, D. Zarzycka, A. Majda (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2017, 441-456.
7. Czekańska M.: Ćwiczenia oddechowe [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*. B. Ślusarska, D. Zarzycka, A. Majda (red.), Wyd. PZWL, Warszawa, 2017, 767-781.
8. Lis K., Bartuzi Z.: Wpływ diety na występowanie i rozwój astmy. *Alergia Astma Immunologia*, 2019, 24(1), 2-7.
9. Lange J., Zdziechowska K., Krauze A.: Charakterystyka chorych z astmą oskrzelową poszukujących wsparcia w samokontroli choroby w serwisie internetowym. *Alergia Astma Immunologia*, 2016, 21(1), 69-75.
10. Skiepmo U., Skiepmo R., Ziętkowski Z. i wsp.: Czynniki zaostrzające przebieg astmy. *Alergia Astma Immunologia*, 2013, 18(2), 81-85.
11. Ziętkowski Z., Olędzki B., Ziętkowska E. i wsp.: Czy wysiłek fizyczny może korzystnie wpływać na przebieg astmy. *Alergia Astma Immunologia*, 2012, 17(4), 162-164.

ROLA PIEŁĘGNIARZA W OPIECE NAD PACJENTEM Z KRWAWIENIEM ŻOŁĄDKOWYM

MATEUSZ ŁUKASZ MARKIEWICZ¹, BARBARA JANKOWIAK²

¹ Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Krwawienie z przewodu pokarmowego jest groźnym rozpoznaniem medycznym z powodu bardzo poważnych powikłań, jak i trudności w leczeniu, czy też dość długim okresie hospitalizacji. Krwawienie żołądkowe jest najczęściej spowodowane wrzodami żołądka.

Epidemiologia i etiologia choroby wrzodowej

Wrzód żołądkowy jest ubytkiem (wglębieniem) sięgającym za blaszkę mięśniową błony śluzowej. Nieraz sięga do błony mięśniowej właściwej ściany żołądka. Jednym z najgorszych powikłań jest m.in. utworzenie się przetoki do sąsiednich narządów i/lub jam ciała [1].

Zapadalności na chorobę wrzodową żołądka sprzyjają czynniki środowiskowe takie jak zakażenie *H. pylori*, palenie tytoniu, stres, stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), niski poziom higieny, niski stan zdrowia społecznego i słaby dostęp do opieki zdrowotnej. Duży wpływ na zachorowalność przypisuje się standardowi życia, gdyż od tego zależy rozprzestrzenianie się infekcji *H. pylori* [1, 2, 3].

W populacji ludzkiej u 6-10% osób, w którymś okresie życia zostanie rozpoznana choroba wrzodowa. W krajach rozwiniętych wysoki poziom higieny, opieki medycznej i ogólnego komfortu z życia spowodował zmniejszenie liczby infekcji *H. pylori* w dzieciństwie, co skutkuje zmniejszeniem ilości zachorowań na chorobę wrzodową ściśle związaną z tą infekcją. W krajach rozwiniętych i wysoko rozwiniętych przed 10-tym rokiem życia niemal nie spotyka się zakażeń *H. pylori*. U osób w wieku od 18-30 lat zakażonych jest 10%, a powyżej 60-go roku życia około 50%. W krajach rozwijających się u dzieci poniżej 10-go roku życia w większości są zakażone *H. pylori*, a największa ilość zakażeń (80-90%) występuje u osób dorosłych przed 50-tym rokiem życia. W krajach rozwiniętych szacuje się, iż aktualna zapadalność na chorobę wrzodową wynosi około 0,1-0,3% populacji rocznie.

Zapadalność rośnie od 6-10 razy u osób zakażonych *H. pylori* w porównaniu do niezainfekowanych. Roczna zapadalność osób zainfekowanych *H. pylori* wynosi około 1% populacji [3].

W ciągu ostatnich 30 lat udało się zaobserwować spadek liczby zachorowań na chorobę wrzodową dwunastnicy i żołądka. Efekt ten jest skutkiem powszechnej eradykacji *H. pylori*. W ostatnim dziesięcioleciu odnotowano wzrost liczby chorych z owrzodzeniem żołądka nie będących jednocześnie zainfekowanym *H. pylori*, co może być spowodowane przyjmowaniem leków takich jak NLPZ-ty, antyagregacyjnych i przeciwzakrzepowych. Istotny wpływ na osłabienie błony śluzowej żołądka ma też stres, jak i palenie papierosów [2, 3, 4].

Objawy choroby wrzodowej

Choroba wrzodowa nie niosąca za sobą powikłań nie jest uznawana za ciężką chorobę, lecz dla pacjenta może być bardzo uciążliwa. Głównymi objawami zgłaszanymi przez pacjentów podczas wywiadu są bóle jamy brzusznej wraz z towarzyszącymi objawami dyspeptycznymi: niesmak w jamie ustnej, dysfagia, przykry zapach z ust, ciężar w nadbrzuszu, odynofagia, zgaga, szybkie nasycenie w trakcie jedzenia, odbijania, nudności, mdłości, wzdęcia, wymioty, zaburzenia w oddawaniu stolca, przelewanie, kruczenia. Najczęstsze z nich towarzyszące bólom brzucha to: nudności, odbijanie, niewielkie wzdęcia, zgaga, wymioty treścią żołądkową skutkujące ulgą [4, 5].

Nasilenie bólów towarzyszących chorobie jest zmienne, od bólów uniemożliwiających normalne funkcjonowanie po nieznaczne poboletowanie. Charakter bólu jest zazwyczaj gniotący lub piekący, umiejscowiony najczęściej w nadbrzuszu. Przy wrzodach żołądka ból jest odczuwany w nadbrzuszu środkowym po stronie lewej. Chorzy cierpiący na chorobę wrzodową o dużej niszy, zazwyczaj chwile po posiłku odczuwają ból tępy, często piekący. Czasami ból nasila się w rytm perystaltyki (co parę minut). Objawami towarzyszącymi bólom mogą być objawy dyspeptyczne takie jak np. puste odbijanie powietrzem. Prowadzi to do prowokacji nudności, a nieraz aż do wymiotów, które pomimo niosącego ze sobą dyskomfortu przynoszą choremu ulgę. Przy niszach mniejszych dolegliwości nie są aż tak dokuczliwe [4].

Przy chorobie wrzodowej u pacjentów może dochodzić do wymiotów nawet do kilku razy dziennie. Może to świadczyć o zwężeniu bądź zniekształceniu odźwiernika z powodu gojenia się niszy wrzodowej znajdującej się w okolicy odźwiernika, bądź w jego kanale. Z tego też powodu należy zwrócić szczególną uwagę na charakter i zawartość wymiocin.

Należy doszukiwać się domieszek patologicznych takich jak ropa, żółć, treść pokarmowa zalegająca kilka dni, pasożyty, czy nawet treść kałowa. Jednak domieszka krwi w wymiocinach jest wskazaniem do pilnych działań. Obecność krwi w wymiotach świadczy o jej wynaczynieniu z głębokich wrzodów nadtrawiających naczynia krwionośne [4].

Diagnostyka choroby wrzodowej

Celem głównym diagnostyki jest potwierdzenie obecności wrzodu w żołądku chorego, wykrycie zakażenia *H. pylori* oraz w przypadku wrzodu wykluczenie nowotworowego charakteru zmiany. Podstawowe badanie diagnostyczne w przypadku choroby wrzodowej są to: endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego; ezofagogastroduodenoskopia [EGD], które pozwala wykryć, zlokalizować oraz pobrać próbki do badania histopatologicznego oraz testów na obecność *H. pylori*. Wycinki są pobierane z antrum, trzonu żołądka, okolicy owrzodzenia (badanie w kierunku nowotworu). Stosowana jest zasada pobierania przynajmniej 5 wycinków z brzegu owrzodzenia [3, 4, 6].

Innymi metodami diagnostycznymi przydatnymi w uściśleniu diagnozy są badania rentgenowskie [RTG] ze środkiem cieniującym (np. z siarczanem baru) i endoskopowa ultrasonografia [EUS]. RTG uwidacznia kształt żołądka, głębokość wrzodu oraz jego penetrację do sąsiednich narządów lub jamy otrzewnej. Z kolei EUS obrazuje nacieki, głębokość owrzodzenia, np. podejrzewanej o zmiany nowotworowe, co może służyć jako badanie kwalifikujące do operacji [4, 6].

Metody leczenia choroby wrzodowej

Leczenie wrzodów żołądka można podzielić na:

- dietetyczne
- farmakoterapię
- leczenie zabiegowe.

Nie istnieje żadna restrykcyjna dieta gwarantująca uleczenie, jednak stosowanie zaleceń dietetycznych poprawia jakość życia. Zaleca się dietę lekkostrawną, unikanie potraw obfitych w tłuszcze i ostre przyprawy oraz unikanie zbyt obfitych posiłków. Zaleca się rzucenie palenia oraz zaniechać spożywanie alkoholi wysokoprocentowych. Dodatkowo zaleca się odstawienie (z powodu nasilania bólu i objawów dyspeptycznych) kawy, mocnej herbaty, cebuli, napojów gazowanych, mocno przyprawionych potraw oraz tłustych i smażonych. Do produktów sprzyjających gojeniu należą: galaretki, kisiel, jasne i czerstwe pieczywo, kasze, twarożki oraz chude gotowane mięso [4].

W farmakoterapii zaleca się najpierw przeprowadzenie badań w celu wykrycia *H. pylori*, a dopiero potem wprowadzenie leczenia. Nie powinno się zamieniać kolejności.

W leczeniu używa się leków zmniejszających wydzielanie żołądkowe, leki łagodzące objawy wrzodów żołądka (leki cholinolityczne, antacida, preparaty bizymutu), prostaglandyny oraz leki eradykacyjne przeciwko *H. pylori*. W zależności od wyników testów na zakażenie *H. pylori* i wyniku z gastroskopii podaje się antybiotyki lub leki obniżające wydzielanie żołądkowe [1, 3, 4].

Do leków zmniejszających wydzielanie żołądkowe zalicza się inhibitory pompy protonowej [PPI]. Są one zarazem najsilniejszymi lekami hamującymi wydzielanie kwasu solnego. W Polsce dostępne PPI to: rabeprazol, pantoprazol, dekslansoprazol, esomeprazol, lanzoprazol, omeprazol. Wszystkie te leki posiadają niemal identyczną budowę i mechanizm działania. Niewielkie różnice są widoczne w sile i czasie działania. Leki wchłaniają się w jelicie cienkim, następnie drogą krwionośną transportowane są do komórek okładzinowych, gdzie są wydzielane do wnętrza żołądka i ulegają protonizacji (aktywacji) dzięki jonom wodorowym. Łączą się następnie z cysteiną w wyniku czego dochodzi do zatrzymania mechanizmu wydzielania jonów wodorowych H^+ przez komórki okładzinowe [1, 4, 7].

PPI są stosowane jako podstawowe leki w leczeniu wrzodów żołądka nie będących związanych z zakażeniem *H. pylori*. Przez 4-8 tygodni choremu podaje się od 1 do 2 dawek standardowych PPI. Dawki standardowe wynoszą kolejno 40 mg dla esomeprazolu i pantoprazolu, 30 mg dla lanzoprazolu, 20 mg dla omeprazolu i od 15-60 mg/24 h dla dekslansoprazolu [4].

Inhibitory pompy protonowej znalazły także zastosowanie w leczeniu krwotoków żołądkowych. Wówczas lek podaje się w bolusie dożylnie w dawce wynoszącej 80 mg (jednorazowo). Następnie przez 72 godziny w dawce 8 mg/h podaje się je w ciągłym wlewie kroplowym. W Polsce dożylnymi preparatami są omeprazol i pantoprazol. W trzeciej dobie po endoskopowym zatamowaniu krwawienia można spróbować podać leki doustnie [4].

Antagoniści receptorów histaminowych H_2 [H_2RA] także posiadają właściwości hamujące wydzielanie żołądkowe. Obecnie dostępne są cymetydyna, famotydyna, rani antrum tydyna i nizatydyna. Leki te są stosowane obecnie w zwalczaniu tzw. nocnego przełamania wydzielania żołądkowego; zwiększonego wydzielania kwasu solnego w nocy. Nocne przełamanie wydzielania żołądkowego jest obecne aż u ok. 70% osób pomimo stosowania IPP. Pojedyncza pełna dawka leku jest podawana pod wieczór. Do działań niepożądanych zalicza się działanie antyandrogenowe i wywoływanie tachyfilaksji [4].

W leczeniu objawowym stosuje się leki cholinolityczne jako środki przeciwbólowe lub rozkurczowe. Nie zaleca się przyjmowania ich przez pacjentów w podeszłym wieku. Dość

często wywołują działania niepożądane, takie jak zaburzenia akomodacji, tachykardię i suchość w jamie ustnej [4].

Lekiem wspomagającym w leczeniu jest antacida. Niweluje on objawy dyspeptyczne takie jak np. zgaga. Niektóre z tej grupy leki mają w swoim składzie substancje zwiększającą napięcie powierzchniowe, co skutkuje zmniejszeniem wzdęć i przyspieszeniem perystaltyki. Ich stosowanie wskazane jest u chorych z objawami opóźnienia opróżniania żołądka [4].

Eradykacja H. pylori jest bardzo istotna w leczeniu wrzodów żołądka, gdyż jedno schorzenie jest ściśle powiązane z drugim.

Leczenie zabiegowe obejmuje leczenie endoskopowe oraz leczenie operacyjne. Leczenie endoskopowe skupia się głównie na leczeniu powikłań takich jak krwawienia oraz zwężeń powstałych w wyniku bliznowacenia zmian wrzodowych (najczęściej w okolicy odźwiernika). Leczenie operacyjne obejmuje także leczenie zwężenia na skutek bliznowacenia. Wskazaniami do leczenia operacyjnego są perforacje, oporność na leczenie (utrzymywanie się owrzodzenia pomimo terapii celowanej) oraz krwawienia (krwotoki) [4].

Standardową metodą operacyjną jest częściowa gastrektomia według schematu Rydygiera; inaczej nazywana Billrotha typu I [BI] lub schematem Billrotha typu II [BII]. Operacja sposobem Rydygiera polega na usunięciu dystalnej części żołądka. Następnie kikut żołądka łączy się z dwunastnicą. W ten sposób jest zachowana fizjologiczna ciągłość przewodu pokarmowego. W metodzie Billrotha typu II usuwana jest niecała część dalsza żołądka, a jego kikut łączy się z pierwszą pętlą jelita cienkiego [4].

Innym zabiegiem operacyjnym (rzadko stosowany) jest wagotomia, czyli przecięcie nerwu błędnego. Może być wybiórcze, jednostronne lub polegać na przecięciu tylko wybranych odgałęzień tego nerwu. Zabieg ten jest połączony z pyloroplastyką. Często, by uzyskać efekt terapeutyczny (zmniejszenie wydzielania żołądkowego) wykonywało się np. gastrektomię z selektywną wagotomią. Działania niepożądane tego zabiegu dzieli się na wczesne i późne. Do wczesnych zalicza się m.in. krwotoki, perforacje, ostre zapalenie trzustki i opóźnienie opróżniania żołądkowego. Do późnych - nawrót wrzodu, przewlekła biegunka, niedokrwistość, zespół poposiłkowy oraz upośledzenie opróżniania żołądkowego [4].

Rokowanie choroby wrzodowej

Żeby rokowanie było pozytywne trzeba spełnić przede wszystkim jeden warunek. Jest nim pomyślna eradykacja H. pylori. Brak poważnych powikłań oraz przestrzeganie schematów terapeutycznych przez chorych prowadzi zazwyczaj do wygojenia wrzodu trawiennego. Opracowano metody leczenia i diagnostyki zapobiegające nawrotom. W przypadku poważniejszych powikłań przeprowadzone prawidłowo i na czas leczenie także

rokuje pomyślnie. Zwiększenie szans na pomyślne rokowanie może również zapewnić psychoterapia (u osób nie radzących sobie ze stresem). Pomyślne rokowanie wynika z wnikliwie i prawidłowo zastosowanego leczenia w stosunku do chorych [4].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych chorego na wrzody żołądka.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.
3. Przedstawienie zadań pielęgniarza skupiających się na przygotowaniu chorego do samokontroli, jak i samopielęgnacji.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Mężczyzna lat 68, przekazany do Kliniki Chirurgii II Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z Kliniki Nefrologii w dniu 11.02.2019 r. z powodu podejrzenia ropnia okolicy nadbrzusza – pod lewym płatem wątroby oraz na przedniej ścianie żołądka. Od dwóch tygodni silne bóle w okolicy nadbrzusza z utratą apetytu, nudnościami, anurią. Założono cewnik Foley’a. Podczas pobytu pacjenta na oddziale, chory cierpiał na silną tachykardię (od 120 u/min do 160 u/min) o nieznannej etiologii.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, wykorzystano proces pielęgnowania. Plan opieki pielęgniarstwa stworzony został na podstawie pomiarów parametrów życiowych, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej i obserwacji.

Zbieranie pomiarów parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura, zabarwienie powłok skórnych czy liczba oddechów dostarczają informacji na temat stanu zdrowia chorego oraz ukierunkowują dalsze postępowanie pielęgniarza/pielęgniarki. U pacjenta dokonano pomiarów: wartości ciśnienie tętniczego krwi, tętna, oceny bólu, saturacji, liczby oddechów na minutę, wielkości obrzęków oraz diurezy godzinowej i dobowej.

Wywiad jest jedną z najważniejszych form zdobywania informacji na temat przeszłości medycznej i aktualnego stanu pacjenta. Opiera się on na swobodnej rozmowie w miejscu przystosowanym do jego zbierania (pomieszczenie ustronne, wyciszone).

W pracy dokonano analizy dokumentacji medycznej takiej jak arkusz do zbierania danych o pacjencie, indywidualna karta zleceń lekarskich, przebyte konsultacje lekarskie, historie pielęgnowania i historie hospitalizacji.

Obserwacja dostarcza informacji dopełniających w stosunku do parametrów życiowych, wywiadu i dokumentacji medycznej. Obserwacji nie powinni podlegać jedynie pacjenci, ale również ich rodziny, przyjaciele i wszystkie inne osoby odwiedzające chorego. W takcie obserwacji powinno się skupić na mowie ciała, ogólnym stanie pobudzenia oraz wyglądzie ogólnym pacjenta.

Jedną z form indywidualnego podejścia pielęgniarza/pielęgniarki do opieki nad chorym jest proces pielęgnowania [8]. Proces pielęgnowania jest to taka forma opieki, która obejmuje rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki (np. pojedynczego człowieka/pacjenta, rodziny czy grupy ludzi) i postawienie diagnozy pielęgniarstwa, a także podjęcie celowych i planowych działań, które mają doprowadzić do utrzymania lub zmiany rozpoznanego stanu (wyrażonego w diagnozie pielęgniarstwa) oraz ocenę uzyskanych wyników.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) rekomenduje pięć etapów procesu pielęgnowania: ocena (jest to określenie celu, umożliwia to sprecyzowanie działań zapobiegających lub niwelujących problem pielęgniarstwa), diagnoza (jest to stawianie rozpoznania pielęgniarstwa), planowanie (formułowanie i spisywanie właściwych interwencji pielęgniarstwa opierających się na badaniach naukowych i doświadczeniu), implementacja (jest to wykonywanie wcześniej zaplanowanych działań pielęgniarstwa), ewaluacja (ocenianie opieki i rezultatów interwencji pielęgniarstwa, która została wdrożona/wykonana) [9].

Proces pielęgnowania cechuje się wieloetapowością, uniwersalnością, logicznością i następstwami czasowymi, ciągłością i dynamiką, całościowym (holistycznym) i zindywidualizowanym podejściem do człowieka oraz cyklem działań zorganizowanych. Konstruowanie indywidualnego procesu pielęgnowania ma na celu poprawienie ogólnego stanu pacjenta w kontekście zdrowia psychicznego, jak i fizycznego.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent K. T., lat 69 urodzony 22.04.1950 r. przyjęty na SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku dnia 12.02.2019 r. w trybie nagłym, z powodu silnego bólu w nadbrzuszu, trwającego od 2 tygodni. Od tego czasu pacjent przyjmował niewielkie ilości pokarmów i płynów.

Przy przyjęciu pacjent w logicznym kontakcie słownym. W badaniu przedmiotowym stwierdzono otyłość olbrzymią, bolesność palpacyjną w nadbrzuszu i podbrzuszu, przepuklinę

pępkową. W badanie per rectum czarny, wodnisty stolec. Przy przyjęciu RR: 91/53 mmHg, HR 74/min. Pacjent zgłosił brak mikcji trwający od dwóch dni.

Wykonano przeglądowe zdjęcie RTG, które uwidocznilo poziomy płynów. Zlecono wykonanie TK, w którym uwidoczniono zbiornik płynu 150x160x130 mm z poziomem płyn-powietrze umiejscowiony pod przeponą/pod lewym płatem wątroby i nad przednią ścianą żołądka, mniejszy zbiornik we wnęce. Pacjentowi podano 0,9% NaCl 500 ml i.v., Ciprofloxacin 1 flakon 200 mg i.v. oraz założono cewnik Foleya. Po konsultacji chirurgicznej pacjent został przeniesiony do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w USK.

Podczas przyjęcia do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej w USK przeprowadzono wywiad pielęgniarski. Podczas wywiadu pacjent zgłosił, iż choruje na nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, cukrzycę typu II oraz występuje u niego duszność, która nasiliła się w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Zaobserwowano obrzęki nóg. Pacjent skarży się na często kołaczące serce. Zmierzono parametry - RR: 135/98 mmHg, HR: 159 u/min temperatura: 36,8°C. Waga pacjenta wynosiła 124 kg, a wzrost 162 cm, BMI =47,25. Odnotowano, iż pacjent ma zaburzenia wydalania objawiające się wodnistymi stolcami czarnego koloru. Pacjent zgłosił, iż ma zaburzenia słuchu i wzroku. Posiada wadę wzroku obu oczu wynoszącą -3,5 dioptrii oraz jest lekko przygłuchy. Odnotowano, iż między 25 a 39 rokiem życia pacjent palił około 2 paczki dziennie. Pacjent zapytany o odżywianie się odpowiedział, iż lubi potrawy tłuste, dobrze dosolone oraz lub wieczorami zjeść sobie jakąś przekąskę. Pacjentowi założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej z powodu braku dojścia do żył obwodowych.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z KRWAWIENIEM ŻOŁĄDKOWYM

1. Diagnoza pielęgniarska Dyskomfort pacjenta spowodowany bólem nadbrzusza i podbrzusza.

Cel opieki - Zminimalizowanie dyskomfortu spowodowanego bólem.

Plan opieki:

1. Ocena bólu w skali VAS oraz odnotowanie tego w dokumentacji pacjenta.
2. Zalecenie pacjentowi ułożenia się w pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe.
3. Zapewnienie warunków sprzyjających zrelaksowaniu się pacjenta.
4. Podanie leków p/bólowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
5. Edukacja pacjenta na temat zachowania się przy powrocie. dolegliwości bólowych.

Realizacja:

1. Pacjent ocenił swój ból w skali VAS na 6, co zostało następnie udokumentowane w dokumentacji pacjenta.
2. Pacjent ułożył się w pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe (na prawym boku).
3. Włączono telewizor i uchylono lekko okno na życzenie pacjenta.
4. Podano 1 flakon (100 ml – 1g) paracetamolu na zlecenie lekarza.
5. Wyjaśniono pacjentowi, że jeżeli dolegliwości bólowe powrócą należy niezwłocznie poinformować pielęgniarkę i lekarza.

Ocena:

Po 15 minutach od podania kroplówki z lekiem p/bólowym pacjent ocenił dolegliwości bólowe na 2 w skali VAS.

2. Diagnoza pielęgniarska Uczucie niepokoju spowodowane tachykardią serca.

Cel opieki – Zmniejszenie szybkości pracy serca.

Plan opieki:

1. Pomiar tętna i odnotowanie wyniku w karcie pacjenta.
2. Rozmowa z pacjentem na temat czynników stresujących.
3. Podjęcie próby uspokojenia pacjenta.
4. Podanie leków spowalniających pracę serca - zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Sprawdzono parametry życiowe pacjenta. RR: 135/98 mmHg; HR: 159 u/min. Wyniki zostały odnotowane w karcie pacjenta.
2. Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat rzeczy, które mogą go stresować. W trakcie rozmowy wynikło, iż pacjent martwi się o stan swojego zdrowia oraz w jakiej sytuacji się znajduje.
3. Pacjentowi podano Ebivol 5 mg (1 tabletkę doustnie), zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Ocena:

Po około 30 minutach pacjent zgłosił, iż jego zdaniem serce zwolniło. Zmierzono ponownie parametry życiowe po 30 minutach, które wynosiły: RR: 124/65 mmHg, HR: 110 u/min. Po rozmowie motywacyjnej pacjent zgłosił, iż jest spokojniejszy.

3. Diagnoza pielęgniarska Dusznosc spowodowana niedotlenieniem na skutek niedoboru hemoglobiny oraz zmniejszeniem się objętości krwi krążącej.

Cel opieki – Zmniejszenie duszności.

Plan opieki:

1. Pobranie krwi w celu oznaczenia stężenia hemoglobiny zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
2. Pomiar saturacji i liczby oddechów.
3. Zalecenie pacjentowi ograniczenia wysiłku fizycznego.
4. Zastosowanie tlenoterapii zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
5. Podanie pacjentowi dożylnych środków krwiopochodnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Pobrano krew w celu oznaczenia stężenia hemoglobiny we krwi zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
2. Zmierzono saturację i liczbę oddechów.
3. Zastosowano tlenoterapię o przepływie 4l/min z wykorzystaniem cewnika donosowego zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
4. Pobrano krew w celu oznaczenia stężenia hemoglobiny zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Ocena:

Po podaniu tlenu duszność nieznacznie się zmniejszyła. Saturacja wynosi - SpO₂ 90%, liczba oddechów 17/min. Stężenie hemoglobiny we krwi wynosiło: 10 mmoli/litr.

4. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cel opieki – Profilaktyka zaburzeń wodno-elektrolitowych

Plan opieki:

1. Pobranie krwi w celu zbadania poziomu elektrolitów i hematokrytu zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
2. Rozpoczęcie prowadzenia bilansu płynów oraz kontrolowanie diurezy godzinowej.
3. Obserwacja chorego pod względem objawów odwodnienia.
4. Uzupełnienie niedoborów elektrolitowych i podawanie płynów drogą dożylną zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Pobrano krew w celu zbadania poziomu elektrolitów i hematokrytu.
2. Rozpoczęto prowadzenie bilansu płynów.
3. Sprawdzono czy pacjent nie posiada objawów odwodnienia. Sprawdzono język, wilgotność skóry oraz spytano pacjenta czy nie odczuwa suchości w jamie ustnej lub zawrotów głowy.

Ocena:

Wyniki badań krwi wskazują na brak zaburzeń wodno-elektrolitowych; stężenie sodu: 140 mmol/l, stężenie potasu: 4 mmol/l, stężenie wapnia: 2.5 mmol/l, stężenie magnezu: 1 mmol/l.

Pacjent nie posiadał objawów odwodnienia -język różowy, wilgotny, skóra w normie. Diureza godzinowa wynosiła -50 ml.

5. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego spowodowane założeniem cewnika Foleya.

Cel opieki – Niedopuszczenie do zakażenia.

Plan opieki:

1. Zalecenie pacjentowi picia płynów zakwaszających mocz (np. sok żurawinowy, sok z czarnej porzeczki).
2. Przeprowadzanie codziennej i dokładnej toalety krocza oraz ujścia cewki moczowej.
3. Regularne spuszczenie moczu z worka oraz jego wymiana.
4. Podawanie pacjentowi specjalnej mieszanki ziołowej zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Dwa razy dziennie przeprowadzano dokładną toaletę całego ciała ze szczególną uwagą na okolicę krocza oraz ujścia cewki moczowej. Ujście cewki moczowej przyskano Oktaniseptem oraz pomagano pacjentowi w zmianie bielizny osobistej.
2. W przypadku napełnienia się worka na mocz do połowy jego objętości – worek zmieniano.
3. Zalecono pacjentowi spożywanie płynów kwaśnych (zawierających dużą ilość witaminy C), takich jak sok żurawinowy czy też spożywanie wysuszonej żurawiny.
4. Nie podano mieszanki ziołowej pacjentowi z powodu braku zlecenia w indywidualnej karcie zleceń lekarskich.

Ocena:

Nie zaobserwowano zakażenia układu moczowego.

6. Diagnoza pielęgniarska Dyskomfort spowodowany utrudnioną ewakuacją wydzieliny z płuc.

Cel opieki – Ułatwienie odkrztuszania wydzieliny z płuc.

Plan opieki:

1. Nauczenie pacjenta efektywnego kaszlu.
2. Zastosowanie pacjentowi pozycji ułatwiającej ewakuację z zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych.
3. Oklepywanie pleców pacjenta.
4. Przeprowadzenie inhalacji 0,9% roztworem NaCl zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
5. Podanie leków ułatwiających usuwanie zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Zastosowano pacjentowi pozycję półwysoką.
2. Wykonano oklepywanie pleców pacjenta.
3. Zastosowano inhalację 0,9% NaCl.

Ocena:

Pacjent zgłosił, iż udaje mu się efektywniej odkrztuszać wydzielinę.

7. Diagnoza pielęgniarska Dyskomfort spowodowany obrzękami kończyn dolnych.

Cel opieki – Zmniejszenie obrzęków.

Plan opieki:

1. Obserwacja i pomiar obrzęków.
2. Podkładanie pod obrzęknięte kończyny wałeczków w celu podwyższenia jej.
3. Zastosowanie ćwiczeń biernych w celu usprawnienie krążenia.
4. Prowadzenie bilansu płynów.
5. Zastosowanie diety ograniczającej spożycie sodu i potasu.
6. Ograniczenie spożywania płynów przez pacjenta.
7. Podanie leków moczopędnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Realizacja:

1. Zmierzono obrzęk na dwóch kończynach, 10 cm pod kolanem.

2. Podłożono po dwa wałeczki pod każdą kończynę. Nogi były wyraźnie wyżej. Zalecono, by pacjent w trakcie snu też starał się mieć kończyny położone na wałeczkach, by były wyżej od poziomu ciała.
3. Zalecono pacjentowi, by spożywał mniejsze ilości wody, wyłączono z diety produkty bogate w sód i potas oraz rozpoczęto prowadzenie bilans płynów.
4. Podano na zlecenie lekarze Furosemid 40 mg w 100 ml 0.9% NaCl i.v. we wlewie kroplowym.

Ocena:

Obwód wynosił 49 cm na obu kończynach. Obrzęk na prawej kończynie zmniejszył się o 5 cm, a na lewej o 6 cm. Pacjent przyjął 1200 ml płynów, a oddał 2400 ml.

8. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia powikłań narządowych z powodu nadciśnienia tętniczego połączonego z brakiem wiedzy na temat samoopieki i leczenia.

Cel opieki – Wykształcenie nawyków prozdrowotnych.

Plan opieki:

1. Przekonanie pacjenta do samodzielnego i regularnego wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego i dokumentowaniu wyników w książeczce samokontroli.
2. Zalecenie pacjentowi branie regularnie leków przeciw nadciśnieniowym oraz niemodulowanie ich dawki.
3. Uświadomienie choremu, iż powinien być pod stałą opieką lekarza kardiologa bądź lekarza POZ oraz konieczności wykonywania okresowych badań kontrolnych.
4. Poinformowanie pacjenta o konieczności natychmiastowego kontaktu z lekarzem w przypadku pojawienia się objawów niepokojących.

Realizacja:

1. Przeprowadzono rozmowę na temat ciśnienia tętniczego; jego norm, obowiązku dokumentowania wyników i konieczności bycia pod opieką kardiologa bądź lekarza POZ. Pacjent oznajmił, iż posiada aparat do mierzenia ciśnienia, ale za często go nie używa. Po rozmowie pacjent powiedział, iż będzie regularnie mierzył ciśnienie tętnicze i zapisywał wyniki w dzienniczku.
2. Poinformowano pacjenta o zachowaniu w przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwościach oraz o tym, iż nie powinien ich bagatelizować.
3. Polecono pacjentowi rozpisanie na kartce papieru jakie leki, dawkę i ile razy dziennie ma przyjmować oraz umiejscowieniu jej w widocznym miejscu, by sytuacje, w których pacjent zapomni wziąć lek przytrafiały się jak najrzadziej.

Ocena:

Nawyki prozdrowotne zostały wykształcone.

9. Diagnoza pielęgniarstwa Ryzyko zakażenia miejsca założenia wkłucia centralnego.

Cel opieki – Zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Plan opieki:

1. Stosowanie zasad antyseptyki i aseptyki w przygotowywaniu i podawaniu leków do wkłucia centralnego.
2. Prowadzenie karty monitorowania dostępu żylnego.
3. Unikanie namoczenia miejsca wkłucia w trakcie toalety ciała.
4. Edukacja pacjenta na temat konieczności pozostawiania miejsca wkłucia w czystości.

Realizacja:

1. Każdorazowo przygotowywanie i podawanie leków było jałowe; dezynfekcja miejsca przygotowania, ampułek, butelek, używanie rękawiczek.
2. Zwracano szczególną uwagę w trakcie toalet ciała na to, by nie zamoczyć czy też nie zanieczyścić miejsca wkłucia, ponadto przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat konieczności pozostawienia miejsca wkłucia w czystości oraz na konieczność nie zamoczenia go.

Ocena:

Zakażenie nie wystąpiło.

10. Diagnoza pielęgniarstwa Niechęć do zmiany sposobu odżywiania z powodu nieznajomości szkodliwego wpływu nieprawidłowego odżywiania oraz złych nawyków odżywczych.

Cel opieki – Przekonanie do zmiany i przestrzegania diety prozdrowotnej.

Plan opieki:

1. Wyjaśnienie choremu negatywnego wpływu stosowania używek oraz rodzaju spożywanych pokarmów na obecność dolegliwości ze strony układu pokarmowego.
2. Nauczenie pacjenta obliczania BMI oraz zasad odpowiedniego doboru pokarmów, by utrzymać prawidłową masę ciała.
3. Przedstawienie konsekwencji zdrowotnych pacjentowi wynikających z nieprawidłowego doboru żywności oraz nieregularnego spożywania posiłków.
4. Rozmowa z pacjentem na temat zagrożeń, które związane są z otyłością oraz brakiem samokontroli.
5. Przedstawienie korzyści związanych z dbaniem o swoją masę ciała.

6. Wdrożenie odpowiedniej diety.
7. Przedstawienie pacjentowi listy produktów sprzyjających tyciu i szkodzących jego zdrowiu.
8. Przedstawienie sposobów odwracających myślenie od jedzenia.
9. Zaproponowanie rozmowy z psycho-dietetykiem.

Realizacja:

1. Przeprowadzono rozmowę z pacjentem. W jej trakcie pacjent niechętnie wspominał o swoich ulubionych potrawach, gdyż jak później wspominał wiedział, że robi źle jedząc tak niezdrowe rzeczy, ale nie mógł „się powstrzymać”.
2. Nauczono pacjenta obliczać BMI oraz przedstawiono mu negatywne konsekwencje związane ze zdrowiem lub nawet jego życiem w przypadku dalszego zaniedbywania swojej diety.
3. Zaakcentowano też konieczność spożywania posiłków regularnie.
4. Przedstawiono korzyści idące wraz z dbaniem o dietę, zmniejszeniem masy ciała oraz dbaniem o prawidłowy styl życia. Dano również pacjentowi ulotkę przedstawiającą listę produktów wpływających negatywnie na zdrowie i masę ciała.
5. Zalecono pacjentowi stosowanie diety cukrzycowej.
6. Zaproponowano pacjentowi, by zajmował się hobby w przypadku wystąpienia głodu w godzinach niepozwalających na spożywanie produktów żywnościowych.

Ocena:

Deficyt wiedzy zmniejszył się.

11. Diagnoza pielęgnarska Ryzyko wystąpienia hipo -lub hiperglikemii.

Cel opieki – Zmniejszenie ryzyka wystąpienia nieprawidłowych stężeń cukru we krwi.

Plan opieki:

1. Zalecenie pacjentowi zakup gleukometru oraz regularne mierzenie stężenie glukozy we krwi.
2. Przedstawienie pacjentowi prawidłowych poziomów stężeń glukozy we krwi.
3. Nauczenie pacjenta rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii oraz prawidłowego postępowania w przypadku ich wystąpienia.
4. Zalecenie pacjentowi po wyjściu ze szpitala na udanie się do poradni diabetologicznej i konsultację z lekarzem - specjalistą w tej dziedzinie.
5. Przekazanie pacjentowi wiedzy na temat prawidłowego odżywiania się w przypadku posiadania cukrzycy.

6. Przekazanie informacji dotyczących ryzyka powstania stopy cukrzycowej.
7. Zalecenie skonsultowania się z dietetykiem w celu ustalenia odpowiedniej diety.

Realizacja:

1. Przeprowadzono rozmowę, w której przedstawiono objawy hipo- i hiperglikemii oraz prawidłowe postępowanie w przypadku ich wystąpienia. Przedstawiono również pacjentowi normy stężeń glukozy we krwi.
2. Poradzono pacjentowi zakup glukometru i konsultację z lekarzem POZ w celu otrzymania informacji na temat grup wsparcia i pomocy dla osób posiadających cukrzycę.
3. Pacjent otrzymał źródła, w których powinien dedukować się na temat cukrzycy (ulotki, adresy stron internetowych, artykuły medyczne).
4. Zalecono pacjentowi konsultację z lekarzem diabetologiem oraz zapisanie się do jednej z poradni diabetologicznych.
5. Przeprowadzono rozmowę, w której zalecono spożywanie niesłodzonych płynów, unikanie słodczy oraz przedstawiono korzyści wynikające z zmiany nawyków żywieniowych. Poproszono również dietetyka o stworzenie odpowiedniej diety dla pacjenta.
6. Zalecono pacjentowi regularne kontrolowanie stężenia glukozy we krwi oraz zapisywanie wyników do dzienniczka.
7. Przedstawiono pacjentowi informacje dotyczące powstawania, ryzyka, konsekwencji i profilaktyki stopy cukrzycowej.

Ocena:

Nie wystąpiła hipo, hiperglikemia.

WNIOSKI

1. W pracy zastosowano metody badawcze: obserwacja, dokonane pomiary, analiza dokumentacji medycznej oraz przeprowadzenie wywiadu z pacjentem z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza, który pozwoliły na określenie problemów pielęgnacyjnych.
2. Najważniejsze problemy pielęgnacyjne występujące u pacjenta natury biologicznej to:
 - Dyskomfort pacjenta spowodowany bólem nadbrzusza i podbrzusza.
 - Dusznosc spowodowana niedotlenieniem na skutek niedoboru hemoglobiny oraz zmniejszeniem się objętości krwi krążącej.

3. Najważniejszym problemem pielęgnacyjnym natury psychicznej była niechęć do zmiany sposobu odżywiania z powodu nieznajomości szkodliwego wpływu nieprawidłowego odżywiania oraz złych nawyków odżywczych.
4. Najważniejszym problemem pielęgnacyjnym natury społecznej był niepokój pacjenta spowodowany tymczasowym, przymusowym opuszczeniem swojego domu oraz znajomych w celu hospitalizacji.
5. Na podstawie wyszczególnionych problemów pielęgnacyjnych stworzono indywidualny plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta, opracowano działania mające rozwiązać bądź zminimalizować rozpoznane problemy pielęgnacyjne, poddano je ocenie.
6. Najważniejszym elementem opieki była edukacja pacjenta na temat chorób, które posiada oraz przedstawienie sposobów samoopieki i samo pielęgnacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Janowska M., Prystupa A.: Choroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, 18(4), 330-333.
2. Kurek J., Gierek M.: Powikłana choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy wciąż dużym wyzwaniem dla chirurgii. Opis przypadku. *Chirurgia Polska* 2013, 15(2), 134–140.
3. Dąbrowski A.: Choroba wrzodowa – ważne aspekty praktyczne. *Gastroenterologia Polska* 2012, 16(3), 22-32.
4. Dąbrowski A.: Wielka interna. Gastroenterologia. Medical Tribune, Warszawa 2019.
5. Rybka M., Winnicka R.: Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016, 1(3), 18-26.
6. Albrecht P., Łazowska I.: Choroba wrzodowa oraz zakażenie *Helicobacter pylori* u dzieci. *Klinika Pediatryczna* 2009, 17(4), 431-436.
7. Dąbrowski A.: Nowości w dziedzinie hamowania wydzielania kwasu solnego w żołądku. *Gastroenterologia Kliniczna* 2014, 6(4), 127-133.
8. Walewska E., Kleszowska K., Ścisło L., Szczepanik A., Czupryna A.: Rozwój koncepcji procesu pielęgnowania — przegląd artykułów Stefanii Poznańskiej publikowanych na łamach „Pielęgniarki i Położnej”. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(4), 546-552.

9. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejak A., Purgał J.: Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22(4), 539-545.

ANEMIA MIKROCYTARNA - NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA

KATARZYNA SZWAJKOSZ¹, AGNIESZKA WAWRYNIUK²

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

² Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Niedokrwistość z niedoboru żelaza (*z lac. anaemia sideropenica*) to choroba wskutek, której występują zbyt małe ilości żelaza w ustroju, co doprowadziło do upośledzenia syntezy hemu i powstawania erytrocytów mniejszych niż prawidłowe i zawierających mniej hemoglobiny. Jest najczęstszym typem niedokrwistości, szacuje się, że występuje u 1 – 2% ludności świata [1].

CEL PRACY

Celem pracy są zadania pielęgniarki wobec pacjenta z niedokrwistością z niedoboru żelaza przygotowanie go do samokontroli jak również świadomych zachowań w środowisku domowym zmierzających do poprawy stanu zdrowia, jakości życia oraz zmniejszenia uciążliwości związanych z przebiegiem choroby.

ROZWINIĘCIE

Niedokrwistość jest stanem patologicznym, w którym liczba krwinek czerwonych i ilości krążącej hemoglobiny nie wystarcza do prawidłowego utlenowania tkanek obwodowych [2], poprzez zmniejszenie stężenia hemoglobiny (Hb) i hematokrytu (Ht) i liczby erytrocytów we krwi o > 2 odchylenia standardowe od wartości prawidłowych. Ze względu na nasilenie wyróżnia się niedokrwistość:

- 1 łagodną – Hb 10 – 12,0 g/dl (lub 13,5 u mężczyzn)
- 2 umiarkowaną – Hb 8 – 9,9 g/dl
- 3 ciężką – Hb 6,5 – 7,9 g/dl
- 4 zagrażająca życiu – Hb $< 6,5$ g/dl (9).

Niedokrwistość z niedoboru żelaza jest najczęstszą postacią niedokrwistości stanowi 80% wszystkich przypadków. Szacuje się, że występuje u 1- 2% populacji ludzkiej. W Europie niedobór żelaza występuje u około 10% kobiet i 4% mężczyzn, a w krajach rozwijających się u 30 - 70% społeczeństwa. Częstsze występowanie u kobiet ma związek

z większym zapotrzebowaniem: u miesiączkujących kobiet – 2 mg/d, w okresie ciąży i laktacji – 3 mg/d. U kobiet po menopauzie i u mężczyzn utrata żelaza wynosi około – 1 mg/d [3]. Choroba powstaje na wskutek niedoboru żelaza w ustroju, przyczyn takiego stanu może być wiele. Zawartość żelaza w organizmie jest regulowana głównie przez jego wchłanianie, dystrybucję oraz w mniejszym stopniu wydalanie. W warunkach fizjologicznych żelazo wydalone jest z organizmu jedynie wraz ze złuszczającymi się komórkami nabłonka przewodu pokarmowego i naskórka, a u kobiet w wieku rozrodczym także w czasie krwawień menstruacyjnych. Żelazo jest niezbędnym składnikiem hemoglobiny oraz licznych enzymów. Niedobór żelaza prowadzi do zahamowania hemoglobinizacji krwinek czerwonych, wskutek czego powstałe krwinki czerwone są mniej intensywnie wybarwione oraz mają mniejszą objętość. Niedokrwistość z niedoboru żelaza ma więc charakter niedokrwistości mikrocytarnej hipochromicznej, cechującej się obniżonymi MCV i MCH [4]. Żelazo jest niezbędne do syntezy hemu i niektórych innych białek. W przyrodzie występuje w dwóch postaciach jako żelazo hemowe dwuwartościowe Fe^{2+} w produktach mięsnych oraz niehemowe trójwartościowe Fe^{3+} w produktach roślinnych. Wchłanianie żelaza zachodzi głównie w dwunastnicy, gdzie Fe^{3+} zostaje zredukowane do Fe^{2+} i przekazane do komórek, a następnie do krwi. Po ponownym utlenieniu do kationów trójwartościowych dostarczane jest już tylko do komórek posiadających receptory dla tego białka. Komórki układu krwiotwórczego wykorzystują 80 – 90% przyswojonego żelaza do syntezy hemu. Reszta magazynowana jest w postaci ferrytyny w erytroblastach. Zapasy żelaza nieprzyswojonego przez komórki erytropoezy magazynowane są w hepatocytach, makrofagach i enterocytach w postaci ferrytyny oraz hemosyderyny. Hamowanie przez błonowego transportu żelaza następuje za pośrednictwem hepcydyny. Wzrost stężenia tego peptydu nasila się w odpowiedzi na nadmiar Fe w organizmie i prowadzi do zahamowania wchłaniania z przewodu pokarmowego oraz upośledzenia uwalniania z puli magazynowej [4].

Jako główne przyczyny niedoboru żelaza należy wyróżnić:

1 Utrata krwi:

- przez drogi rodne – obfite krwawienie miesięczne i pomenopauzalne,
- przez przewód pokarmowy – stosowanie ASA i NSLPZ, rak jelita grubego, rak żołądka, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy,
- przez drogi oddechowe – rozlane krwawienia pęcherzykowe,
- urazowa – w tym pooperacyjna,
- wielokrotni dawcy krwi.

- 2 Zwiększone zapotrzebowanie – niedostateczna podaż lub zaburzone wchłanianie
 - Wcześnieiki, noworodki niekarmione mlekiem matki,
 - Okres dojrzewania,
 - Okres ciąży
 - Nasilenie erytropoezy w trakcie leczenia niedoboru witaminy B₁₂.
- 3 Upośledzone wchłanianie z przewodu pokarmowego
 - Stan po gastrektomii,
 - Zapalenie żołądka wywołane przez H. pylori
 - Celiakia i stan po resekcji jelita
 - Dieta ubogobiałkowa, bogata w fosforany, szczawiany, fityniany i herbatę.
- 4 Niedobór w diecie (wyniszczenie, dieta wegetariańska i wegańska).
- 5 Niedokrwistość z niedoboru żelaza oporna na leczenie żelazem – rzadka dziedziczna autosomalnie recesywnie choroba [5].

Objawy kliniczne niedokrwistości zależą od stopnia i szybkości jej nasilenia, a także od wielu czynników uzależnionych od chorego, w tym przede wszystkim od stanu ogólnego, wieku i istniejących chorób towarzyszących. Powolne zwiększanie się niedokrwistości pozwala organizmowi wytworzyć mechanizmy adaptacyjne do zmniejszonego zaopatrzenia tkanek w tlen. U osoby młodej, bez obciążeń ze strony układu krążenia i oddechowego objawy kliniczne stają się istotne przy spadku stężenia hemoglobiny do około 7 – 8 g/dl, natomiast osoba starsza, zwłaszcza w przypadku współistnienia niewydolności krążeniowo – oddechowej, może odczuwać dolegliwości związane z niedokrwistością już przy zmniejszeniu stężenia hemoglobiny do 10 – 12 g/dl [6]. Ogólnymi objawami dla niedokrwistości jest bladość powłok skórnych, która jest najlepiej widoczna w obrębie śluzówek jamy ustnej i gardła, spojówek, warg i płytek paznokciowych. Jednak nie jest to objaw jednoznacznie wskazujący na niedokrwistość. Objawy ze strony układu krążeniowo – oddechowego w przebiegu powolnie narastającej niedokrwistości ujawniają się początkowo po wysiłku, a następnie w spoczynku. Chory zgłasza duszność i kołatanie serca. Gdy niedokrwistość pojawia się gwałtownie i jest znaczna, mogą wystąpić omdlenia a nawet utrata przytomności. Wielu chorych skarży się na osłabienie apetytu lub jego utratę co może wskazywać na istnienie choroby przewodu pokarmowego prowadzącej do rozwoju niedokrwistości [7]. Przewlekła niedokrwistość może prowadzić do bólów i zawrotów głowy, zaburzeń koncentracji, pogorszenia zdolności poznawczych, senności, zmęczenia i osłabienia siły mięśniowej, a także zaburzeń snu. W dłuższej trwającej niedokrwistości mogą występować

zaburzenia hormonalne (podwyższenie stężenia prolaktyny zarówno u kobiet jak i u mężczyzn), a także zmiany metaboliczne prowadzące do upośledzenia odporności [8].

Specyficznymi objawami długotrwałego niedoboru żelaza mogący występować u części chorych są:

- Spaczony wybiórczy apetyt (np. na glinę, krochmal, kredę),
- Ból, pieczenie i wygładzenie powierzchni języka,
- Suchość skóry, bolesne pęknięcia kącików ust,
- Paznokcie blade, suche z podłużnymi rowkami,
- Włosy cienkie, łamliwe o rozdwojonych końcach, łatwo wypadające.

Niestety wielu chorych nie ma uchwytnych objawów niedoboru żelaza, niedokrwistość tego rodzaju diagnozowana jest w przypadku wystąpienia objawów choroby podstawowej [9].

Rozpoznanie niedokrwistości z niedoboru żelaza opiera się na stwierdzeniu obniżonego stężenia hemoglobiny poniżej dolnych zakresów referencyjnych odpowiednich dla wieku i płci, a także jej charakteru mikrocytowego i hipochromicznego. Taki rodzaj niedokrwistości objawia się nieproporcjonalnie dużym obniżeniem stężenia hemoglobiny w stosunku do liczby erytrocytów, która może nawet mieścić się w granicach normy. Typowy wynik morfologii krwi w niedokrwistości z niedoboru żelaza, poza obniżonym stężeniem hemoglobiny, powinien zawierać również, obniżenie wartości MCV – średniej objętości krwinki czerwonej oraz MCH - średnią masę hemoglobiny w krwince czerwonej oraz MCHC – średnie stężenie hemoglobiny w krwince czerwonej.

Niedobór żelaza należy potwierdzić następującymi badaniami laboratoryjnymi służącymi do oceny stanu gospodarki żelazowej:

- Obniżone stężenie ferrytyny w surowicy – to najwcześniejszy objaw laboratoryjny, najbardziej czuły i specyficzny wskaźnik izolowanego niedoboru żelaza w ustroju, który odzwierciedla zmniejszenie ogólnoustrojowej puli magazynowej żelaza.
- Obniżone stężenie żelaza w surowicy – oznaczenie tego wskaźnika musi być uzupełnione oznaczeniem całkowitej zdolności wiązania żelaza przez transferynę (TIBC), które jest typowo podwyższone.
- Zwiększone stężenie transferryiny w wyniku nasilenia syntezy tego białka transportowego w odpowiedzi na niedobór żelaza, co znajduje odzwierciedlenie w podwyższonym TIBC.
- Obniżone wysycenie transferryiny żelazem (TSAT) jako skutek nasilenia syntezy transferryiny i obniżonego surowiczego stężenia żelaza.

- Zwiększone stężenie rozpuszczalnego receptora dla transferyny w surowicy (sYfR).
- Współistnienie populacji krwinek o zmniejszonej objętości, z erytrocytami prawidłowymi, co powoduje zwiększony rozrzut krwinek – zwiększony RDW [4].

Leczenie anemii z niedoboru żelaza polega na usunięciu przyczyny oraz na uzupełnieniu niedoboru żelaza w ustroju. Celem powyższych działań jest osiągnięcie prawidłowego stężenia Hb i ferrytyny we krwi. U większości chorych leczenie rozpoczyna się doustnymi preparatami żelaza, które wchłaniają się głównie w dwunastnicy początkowym odcinku jelita cienkiego. Doustne preparaty żelaza nie powinny być przyjmowane razem z posiłkami, gdyż fosforany, fityniany (kasza, orzechy, groch) i związki taniny (czarna herbata, kawa, kakao) zawarte w tych pokarmach zmniejszają wchłanianie żelaza. Żelazo wchłania się najlepiej w postaci soli dysocjujących do kationu żelazowego Fe^{2+} w lekko kwaśnym środowisku. Zaleca się przyjmowanie preparatów żelaza razem z preparatami kwasu askorbinowego oraz jeśli to możliwe unikanie stosowania inhibitorów pompy protonowej i antagonistów receptorów H_2 . Żelazo należy przyjmować 2 h przed lekami alkalizującymi i tetracyklinami lub 4h po ich zażyciu [10].

Zalecana dobową dawką dla dorosłych wynosi 150 – 200 mg żelaza elementarnego dwuwartościowego, choć mniejsze dawki (nawet 30 mg) mogą być skuteczne. Preparaty żelaza powinny być przyjmowane na pusty żołądek, tzn. na czczo lub 2 h po ostatnim posiłku. Żelazo podawane jest najczęściej w postaci siarczanu żelazowego, ale dostępne są również preparaty zawierające fumaran żelazawy, glukonian żelazawy i żelazo w kompleksach z polisacharydami. Występują również preparaty złożone z kwasem askorbinowym, który poprawia wchłanianie żelaza, może jednak nasilać objawy niepożądane występujące podczas podawania doustnego. Należą do nich najczęściej objawy dyspeptyczne, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunki lub zaparcia. W przypadku klinicznie istotnych dolegliwości należy rozważyć zmniejszenie dawki do 100 mg żelaza elementarnego dziennie. Ponadto można także zastąpić siarczan żelazawy glukonianem, a także zalecić przyjmowanie preparatów razem z posiłkami, co poprawia tolerancję, ale zmniejsza jego wchłanianie o 50 – 60%. W czasie przyjmowania doustnych preparatów żelaza kał zmienia kolor na czarny, o czym najlepiej poinformować chorego przed rozpoczęciem leczenia [11]. Zależnie od ciężkości niedokrwistości, po 2 – 4 tygodniach należy wykonać badanie morfologii krwi. W razie prawidłowej diagnozy i dobrego wchłaniania żelaza, powinna do tej pory nastąpić poprawa, wzrost stężenia Hb o 2 – 4 g/dl. W takiej sytuacji leczenie należy prowadzić konsekwentnie do normalizacji wyniku morfologii, a następnie jeszcze do 4 miesięcy w celu uzupełnienia magazynów żelaza. W razie zaburzeń wchłaniania żelaza lub skrajnej nietolerancji

preparatów doustnych, może zaistnieć potrzeba leczenia preparatami dożylnymi [12]. Wodorotlenek żelaza (III) w kompleksie z sacharozą (100 mg żelaza w 1 amp.) podaje się zwykle w powolnym wlewie dożylnym w 100 ml 0,9% roztworu NaCl.

Stosowanie preparatów żelaza wywołuje u około 1/3 chorych objawy niepożądane, najczęściej ze strony przewodu pokarmowego. Można próbować im zapobiegać poprzez zmniejszanie dawki żelaza, zmieniając rodzaj preparatu lub zalecając przyjmowanie leku podczas posiłku. W sytuacji podawania preparatów dożylnych należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta danego leku. Ważna jest dokładna obserwacja chorego w trakcie podawania leku, a następnie przynajmniej prze 30 min po wlewie. Do działań niepożądanych zalicza się objawy pojawiające się natychmiast po iniekcji, takie jak nudności, wymioty, zaczerwienienie skóry, bóle głowy, świąd, bóle stawów, pleców i bóle w klatce piersiowej. Ponadto mogą pojawić się również reakcje nadwrażliwości, ze wstrząsem anafilaktycznym włącznie [11]. Według aktualnych danych naukowych dotyczących wyników leczenia stosowanymi preparatami żelaza, częstość poważnych działań niepożądanych nie przekracza aktualnie 1 – 3%. Stosowanie preparatów żelaza jest przeciwwskazane u kobiet w pierwszym trymestrze ciąży, u chorych z aktywną infekcją oraz u chorych podających w wywiadzie alergię na żelazo.

Rokowanie pacjentów z niedokrwistością z niedoboru żelaza zależy w głównej mierze od przyczyny, która doprowadziła do pojawienia się tej choroby [13]. U większości chorych jest zatem dobre, ponieważ większości przyczyn niedoboru żelaza jest odwracalna, a podawanie doustne lub parenteralne powoduje korekcje stężenia hemoglobiny i wyrównanie zapasów tego pierwiastka w organizmie [14].

Niedokrwistość spowodowana czynnikami żywieniowymi stała się przedmiotem zainteresowania WHO, która zleciła przeprowadzenia badań epidemiologicznych. Z uzyskanych międzynarodowych danych wynika, że do głównych przyczyn tego rodzaju niedokrwistości zaliczyć należy niedostateczne spożycie, między innymi żelaza i folianów oraz kobalaniny (witaminy B₁₂) i pirydoksyny (witaminy B₆). Niedobór kobalaminy wywołuje niedokrwistość hemolityczną, czyli przyspieszony rozpad czerwonych krwinek. Niedobór folianów czy kwasu foliowego powoduje niedokrwistość megaloblastyczną powodującą powiększenie krwinek czerwonych. Natomiast niedokrwistość niedobarwliwa-mikrocytarna może powstać w wyniku niedoborów żelaza i miedzi [14]. Dieta w niedokrwistości powinna być zbilansowana, czyli ma dostarczać odpowiednią ilość energii oraz składników pokarmowych, takich jak białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i sole mineralne. Składniki te należy podawać we właściwych proporcjach i zgodnie

z zapotrzebowaniem danego organizmu. W niedokrwistości z niedoboru żelaza szczególną uwagę należy zwrócić na zapotrzebowanie na niektóre witaminy takie jak witamina C czy witamina B₆ oraz składniki mineralne – żelazo i miedź [6].

Witamina C inaczej kwas askorbinowy jest rozpuszczalna w wodzie. Objawy niedoboru tej witaminy to krwawe wybroczyny, nadmierne rogowacenie naskórka oraz obniżenie przyswajalności żelaza i zmniejszenie odporności organizmu. Często jednak stwierdzane są niedobory na poziomie biochemicznym, objawiające się ogólnym osłabieniem, podatnością na zmęczenie, zmniejszoną wydolnością fizyczną i umysłową, nawracające infekcje oraz zaburzenia zdolności do zmian temperatury. Witamina C odgrywa istotną rolę w diecie chorych na niedokrwistość z niedoboru żelaza, ponieważ zwiększa wchłanianie żelaza niehemowego, tym samym pozytywnie wpływając na proces leczenia choroby. Witamina C występuje w świeżych i mrożonych owocach i warzywach, w szczególności w kapuście, kalafiorze, brokułach, papryce, pomidorach, chrzanie, natce pietruszki, owocach porzeczki, jagody, cytrusach czy kwaśnych jabłkach. Dzienna norma spożycia witaminy C wynosi 80 – 100 mg. Witamina B₆ (pirydoksyna) również należy do witamin rozpuszczalnych w wodzie. Najczęściej stwierdzanymi objawami jej niedoboru są zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym oraz niedokrwistość niedobarwliwą mikrocytarną. Niedobór tej witaminy występuje najczęściej w połączeniu z niedoborem innych witamin z grupy B. Dobrym źródłem witaminy B₆ są: mięso, ryby, drób, warzywa – zwłaszcza ziemniaki, owoce, produkty zbożowe z pełnego ziarna. Dienne zapotrzebowanie wynosi: dla mężczyzn 1,2 mg, a dla kobiet 1,4 mg. Dieta chorych na niedokrwistość z niedoboru żelaza powinna być wzbogacona w produkty zawierające dużą zawartość tego pierwiastka. Całkowita zawartość żelaza w organizmie człowieka wynosi od około 0.45 g u niemowląt do około 4 g u dorosłych. Z czego aż 73% u mężczyzn, a 58% u kobiet znajduje się w hemoglobinie. A około – odpowiednio – 14% i 11% w mioglobinie, pozostałe około 3% występuje w enzymach. Pozostała ilość żelaza ustrojowego, określana jako żelazo zapasowe, występuje w połączeniu z ferrytyną i hemosyderyną. Związki te gromadzone są w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym. Wchłanianie żelaza uwarunkowane jest rodzajem diety i mechanizmami regulującymi przyswajanie w błonie śluzowej jelita. W produktach spożywczych znajdują się dwa rodzaje żelaza: hemowe i niehemowe. Żelazo hemowe znajduje się w produktach pochodzenia zwierzęcego. Pochodzi z hemoglobiny i mioglobiny mięsa, drobiu i ryb. Organizm człowieka wchłania go więcej niż żelaza niehemowego. Żelazo niehemowe występuje głównie w formie soli żelazawych. Wchłanianie żelaza z diety składającej się głównie z produktów zbożowych i warzyw jest małe. Można je zwiększyć przez dodatek

mięsa i produktów zawierających witaminę C. Żelazo w przyrodzie występuje w dużych ilościach, a pomimo to często spotykamy się z jego niedoborem w organizmie człowieka. Większość żelaza znajdującego się w pożywieniu występuje w formie trudno rozpuszczalnej, a więc źle przyswajalnej. Żelazo jest lepiej przyswajalne z produktów zawierających mięso i ryby oraz witaminę C. Żelazo jest niezbędne do wzrostu i rozwoju tkanek oraz do utrzymania odpowiedniej zawartości hemoglobiny w krwinkach czerwonych. Konieczność dostarczania tego składnika warunkuje również uzupełnianie jego strat związanych z miesiączkowaniem kobiet, strat przez przewód pokarmowy, skórę i mocz. Do składników pokarmowych zawierających wysoką zawartość żelaza należą wątroba wieprzowa, kakao – 16% proszek, fasola biała sucha, soja, nać pietruszki. Średnie dobowe zapotrzebowanie na żelazo wynosi od 10 – 25 mg na dobę dla różnych grup ludności [15]. Kolejnym istotnym mikroelementem, który powinien znaleźć się w diecie chorego na anemię mikrocytraną jest miedź. Pełni ona ważną rolę w metabolizmie żelaza i powstawaniu krwinek czerwonych. Jej obecność jest niezbędna na etapie włączania żelaza w cząsteczkę hemu. Brak miedzi może prowadzić do zaburzeń prawidłowej budowy tkanki łącznej w naczyniach krwionośnych. Dobrym źródłem miedzi są: soja, kakao, wątroba, produkty zbożowe, ślądzie orzechy, mięso, jajka. Zapotrzebowanie na miedź wynosi średnio 2,0 -2,7 mg na dobę dla różnych grup ludności. Stosując odpowiednią dietę można skutecznie zapobiegać potencjalnym niedoborom składników pokarmowych i wyrównywać już zaistniałe barki. Odpowiednio zbilansowana dieta jest podstawą zdrowego stylu i wysokiej jakości życia [16].

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P., (red.): Interna Szczeklika – podręcznik chorób wewnętrznych 2017, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 1712 – 1715.
2. Beutler E., Waalen J.: The definition of anemia, what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? Blood, 2006, 107, 1747 – 1750.
3. Dmoszyńska A., (red.): Wielka Interna – Hematologia, Medical Tribune Polska, Warszawa 2011.
4. Wołowicz D., Hus I., Korycka - Wołowicz A.: Hematologia w gabinecie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 82 - 83.
5. Foronczewicz B., Mucha K., Pączek L.: Choroby wewnętrzne Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, Wyd. PZWL, Warszawa 2004.
6. Podolak – Dawidziak M., Dwilewicz – Trojaczek J.: Kliniczne znaczenie

- niedokrwistości towarzyszące chorobie nowotworowej. *Onkologia w praktyce Klinicznej*, 2005, 1, 211 – 216.
7. Kowalski D.M.: Darbepoetyna alfa (aranesp) – nowy czynnik stymulujący erytropoezę. *Nowości Farmakoterapii* 2005, 27, 6 - 7.
 8. Chelstowska M., Warzocha K.: Objawy kliniczne i zmiany laboratoryjne w diagnostyce zróżnicowanej niedokrwistości, *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2006 2(3), 112
 9. Fleming M.D.: The genetics of inherited sideroblastic anemias. *Seminars in Hematology*, 2002, 39, 270 – 281.
 10. Greenberg P.L., Young N.S., Gattermann N.: Myelodysplastic Syndromes, *Hematology*, 2002, 136 – 161.
 11. Jędrzejczak W.W., Robak T., Podolak – Dawidziak M.: *Praktyka hematologiczna*, Termedia, Poznań 2015.
 12. Basak G. W.: *Hematologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 35 - 42.
 13. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red.): *Pielęgniarstwo internistyczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2009, 157 – 179.
 14. Lipień – Malinowska I., Reczek A., Brzostek T., Gabryś T., Polkowska J., Kawalec E.: Problemy zdrowotne chorego z niedokrwistością aplastyczną, *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(1), 119 – 125.
 15. Kózka M., Płaszewska – Żywko L.: *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 49, 163.
 16. Wieczorek – Chelmińska Z.: *Żywnienie w niedokrwistościach*, Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 22 – 26.

UDZIAŁ PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z KAMICĄ NERKOWĄ

EWA KRZYŻANOWSKA¹, MARTYNA LIWAK², ROBERT ŁUCZYK¹, BOŻENA BACZEWSKA¹,
BEATA KROPORNICKA¹, AGNIESZKA WAWRYNIUK¹, ELŻBIETA NOWICKA¹, MARTA
ŁUCZYK³

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

WSTĘP

Kamica nerkowa jest to stan chorobowy polegający na gromadzeniu się kamieni w nerkach lub drogach moczowych (w moczowodzie, pęcherzu moczowym, niekiedy w cewce moczowej) z powodu odkładania się w moczu nadmiernej ilości składników wchodzących w skład złogów [1,2,3]. Najczęściej kamienie występują w nerkach, po czym mogą przenosić się do innych miejsc układu moczowego. Z kolei tam mogą zwiększać swoje rozmiary lub zostać usunięte wraz z moczem. Choroba pojawia się dość często z przewagą u płci męskiej. U ponad połowy osób ma charakter nawrotowy [4].

Do głównych czynników biorących udział w powstawaniu kamicy nerkowej zaliczamy: zbyt dużą ilość substancji chemicznych tworzących złogi nerkowe w moczu (sole wapnia, kwas moczowy, cystyna), stan, w którym mocz nie może zostać w pełni wydalony z organizmu, co może sprzyjać powstawaniu różnego rodzaju infekcji układu moczowego, zbyt małą ilość substancji, które zapobiegają tworzeniu się złogów w nerkach (magnez, cytryniany), występowanie organicznych jąder krystalizacji, wokół których powstaje kamień [1,4].

Najczęściej występujące złogi są to złogi mieszane składające się ze szczawianów wapnia i fosforanów wapnia (>40%). Z kolei złogów zbudowanych wyłącznie ze szczawianów wapnia jest niewiele mniej (około 35%), stanowczo mniej jest złogów, które w swoim składzie zawierają kwas moczowy lub fosforany (około 10%), natomiast najmniej jest zbudowanych z cystyny (<5%) [5,6].

Odczyn moczu pełni istotną funkcję w powstawaniu złogów nerkowych. Niskie pH moczu (środowisko kwasowe) prowadzi do powstawania złogów zbudowanych ze

szczawianu wapnia, kwasu moczowego lub cystyny. Z kolei wysokie pH (środowisko zasadowe) sprzyja powstawaniu złożeń zbudowanych ze związków fosforu [7].

Często kamica nerkowa może przebiegać nie dając żadnych objawów towarzyszących lub mało specyficzne objawy. Jednak jednym z najczęstszych objawów kamicy nerkowej jest kolka nerkowa. Do jej wystąpienia może doprowadzić wcześniej przebyta intensywna aktywność fizyczna, po spożyciu zbyt dużej ilości napojów alkoholowych lub w momencie, kiedy organizm nie jest wystarczająco nawodniony [1,6]. Kolka nerkowa jest to ból o bardzo intensywnym nasileniu występujący w części lędźwiowej organizmu, który rozprzestrzenia się w dolną okolicę brzuszną, może również się przenieść w okolice zewnętrznych narządów płciowych lub do wewnętrznej części uda. Ten ostry ból jest spowodowany występującymi złożami nerkowymi, które uniemożliwiają swobodny odpływ moczu z nerek [5]. Taki ból może trwać parę minut lub kilkanaście godzin, a niekiedy nawet może występować przez kilka dni. Czasami może dojść do takiej sytuacji, że osoba chora po ustąpieniu kolki nerkowej wydała kamień nerkowy [7]. Może to wystąpić w sytuacji, gdy wielkość złożeń jest mniejsza niż 4 mm, natomiast gdy złożeń posiada wielkość powyżej 7 mm takie prawdopodobieństwo jest znacząco małe [8]. Dolegliwości bólowe nie zależą od przyjmowanej postawy ciała chorego (stojąca, siedząca lub leżąca) ani od wykonywanych przez niego czynności ruchowych [5].

Wraz z kolką nerkową może występować jeszcze szereg innych objawów świadczących o występowaniu kamicy nerkowej. Możemy do nich zaliczyć zarówno: nudności, jak i wymioty, wzdęty brzuch, ból oraz uczucie pieczenia podczas mikcji, częste parcie na mocz, duża ilość oddawanego moczu lub całkowity jego brak [3,4,6].

Charakterystycznym objawem, który można zaobserwować oraz wyczuć podczas obmacywania w trakcie badania fizykalnego są dolegliwości bolesne w okolicy nerki oraz wzmożona tkliwość mięśniowa po stronie występującej kolki nerkowej [4,6].

Wyróżniamy różne rodzaje kamicy nerkowej:

kamica szczawianowa (złogi są głównie zbudowane ze szczawianów) – spożywanie w dużej ilości takich produktów jak szczaw, szpinak lub rabarbar oraz nadmierna suplementacja witaminą C mogą przyczyniać się do jej powstania,

kamica szczawianowo-wapniowa (złogi mieszane zbudowane ze szczawianów i wapnia) do jej wystąpienia mogą przyczyniać się takie choroby jak nadczynność przytarczyc,

kamica wapniowa (kamienie są zbudowane ze związków wapnia) – do jej powstania przyczynia się nieprawidłowa dieta, nadczynność przytarczyc lub nadmierna suplementacja witaminą D [9],

kamica moczanowa (złogi zbudowane z kwasu moczowego) głównym czynnikiem, który przyczynia się do powstania tego rodzaju kamicy jest niskie pH (zakwaszenie moczu), również przyczynia się nadmierne spożywanie pokarmów mięsnych oraz taka choroba jak dna moczanowa [9,10],

kamica fosforanowa (złogi zbudowane ze związków fosforanu) – może ona wystąpić w momencie, gdy dojdzie do infekcji układu moczowego wywołanej przez bakterie, które zmieniają pH moczu na zasadowy,

kamica struwitowa (kamienie zbudowane ze struwitu) jest to odmiana kamicy fosforanowej, może pojawić się w momencie występowania infekcji wywołanej przez bakterie. Ten rodzaj kamicy ma charakter nawrotowy [9],

kamica cystynowa (złogi zbudowane z cystyny) do powstania tej kamicy ma wpływ wrodzona wada wchłaniania zwrotnego aminokwasów w jelicie cienkim oraz w cewkach nerkowych. Ten rodzaj kamicy występuje najrzadziej ze wszystkich [5].

Oprócz tego rodzaju kamicy nerkowych występują jeszcze rzadkie jej postacie. Możemy do nich zaliczyć **kamicę lekową**. Na ten rodzaj kamicy mają wpływ przyjmowane leki, ponieważ niektóre z nich stanowią ryzyko wytworzenia kamieni nerkowych. Niektóre leki wpływają na usuwanie z moczem substancji tworzących złogi (tiazidy, inhibitory anhidrazy węglanowej), niektóre leki same stają się składnikiem złogów (witamina C), z kolei niektóre leki mogą krystalizować w drogach moczowych, w wyniku czego wchodzi w skład kamienia nerkowego (acyklowir, triamteren, sulfadiazyna, metotreksat, cyprofloksacyna, ceftriakson) [11].

Aby prawidłowo rozpoznać kamicę nerkową należy początkowo przeprowadzić dokładny wywiad, wykonać badanie fizykalne a następnie wykonać badania laboratoryjne i obrazowe. Podczas badania przedmiotowego można zaobserwować objaw Goldflama (ból w okolicy nerki, który jest odczuwalny po stronie kolki).

Do badań laboratoryjnych, które należy wykonać zaliczamy:

- **badanie moczu** (określenie pH moczu, gęstości, ocena obecności erytrocytów, leukocytów, bakterii oraz białek w moczu, ocena zawartości w moczu takich związków jak: kwas moczowy, wapń, fosforany, szczawiany, cystyna, sód, kreatynina)
- **badanie krwi** (ocena stężenia elektrolitów takich jak sód, potas czy wapń, kreatyniny oraz kwasu moczowego, wartość CRP).

- **badanie ultrasonograficzne (USG)** – jest to kluczowe badanie wykonywane w diagnostyce kamicy nerkowej, jak również jest to bezpieczne badanie (nawet u kobiet w ciąży i dzieci) wykonywane w celu zobrazowania istniejącego złożu nerkowego (złogi o niewielkich rozmiarach <5 mm mogą zostać nie wykryte przez USG), zaobserwowania w jakim stopniu doszło do nagromadzenia moczu nad złożem oraz określenie ilości miększu w nerce [5,12,13],
- **RTG przeglądowe**– podstawowe badanie u osób, u których stwierdzono kolkę nerkową, dzięki temu badaniu możliwe jest uwidocznienie złogów cieniujących (zawierające w swoim składzie cystynę lub wapń), można również ocenić rozmiar kamienia oraz zlokalizować miejsce, w którym się znajduje [4,5],
- **spiralna tomografia komputerowa**- jest to badanie radiologiczne bez podawania kontrastu, pozwala nawet na wykrycie złogów niewidocznych w badaniu RTG [13],
- **urografia**- zazwyczaj przeprowadzana po wykonanej TK, jeżeli nie uzyskano wystarczającej ilości potrzebnych informacji w diagnostyce kamicy nerkowej lub gdy planowana jest interwencja chirurgiczna. Dzięki temu badaniu można wnikliwie przeanalizować budowę i pracę nerek, jak również można dokładnie zobrazować istniejące złogi (lokalizacja oraz stopień zastoju moczu w nerce) [4,5].
- **ureteropielografia**- wykonywana w celu sprawdzenia w jakim stopniu jest niedrożny moczowód, może doprowadzić do infekcji układu moczowego, dlatego wybieranie tej metody obrazowania nie jest zalecane, wyłącznie w szczególnych przypadkach,
- **dynamiczna scyntygrafia nerek**– wykonywana czasami przed zabiegiem operacyjnym w celu określenia w jakim stopniu są wydolne nerki [5].

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie udziału pielęgniarki w opiece nad chorym z kamicą nerkową.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Oceniając stan bio- psycho- społeczny chorego objętego badaniem wykorzystano narzędzia takie jak:

- przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie,
- kwestionariusz ankiety do oceny wiedzy pacjenta na temat kamicy nerkowej
- skala oceny bólu wg Barbary Headley,

WYNIKI

Indywidualny proces pielęgnowania

Opis przypadku

Badaniem objęto kobietę w wieku 45 lat, która od 15 roku życia choruje na kamice fosforanowo- wapniową. Kamica nerkowa u pacjentki ma charakter nawrotowy. Ostatni atak kolki nerkowej pojawił się pół roku temu. Nasilenie bólu oceniano skalą wg Headley. W opinii pacjentki ból był bardzo silny, promieniujący od pleców do kończyny dolnej. Zazwyczaj taki atak ustępuje na 1 godzinę i powraca ponownie. Podczas napadu kolki nerkowej pacjentka zgłasza również takie dolegliwości jak: pieczenie, swędzenie, bolesne parcie na mocz, czasami zdarza się zaobserwować krew w moczu. Pojawia się również gorączka, wymioty oraz niechęć do przyjmowania jakichkolwiek płynów. Pacjentka nie stosuje żadnej diety typowej dla rodzaju kamicy jaką posiada. Z bólem radzi sobie stosując środki przeciwbólowe i rozkurczowe np. No-spa, gorąca kąpiel również minimalizuje dolegliwości. Podczas spotkania z chorą wykorzystując kwestionariusz ankiety dokonano oceny wiedzy jaką posiada na temat swojej choroby.

Na podstawie zadawanych pytań zauważono, że pacjentka ma niedostateczną wiedzę na temat swojej choroby, dlatego też zostały podjęte działania edukacyjne. Chorej przekazano informacje na temat istoty choroby, jej przebiegu, metod leczenia. Szczególny nacisk postawiono na profilaktykę nawrotów ataków kolki nerkowej.

Podczas wizyty dokonano pomiarów podstawowych parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze wynosiło 140/90 mmHg, tętno 66 ud/min, temperatura ciała- 36,9 °C, liczba oddechów- 20 /min. Uwagę zwróciła znaczna otyłość chorej wskaźnik BMI wynosił 34,7. Pacjentka podczas badania była w trakcie przeziębienia, dlatego występowały u niej takie objawy jak katar, kaszel czy chrypka. Z przeprowadzonego wywiadu można wywnioskować, że u pacjentki częstymi dolegliwościami są nudności i wymioty, w sytuacjach stresowych pojawiają się zaparcia. Pacjentka odczuwa również ciągle zmęczenie, zdarza jej się przysypiać w ciągu dnia.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CHORYM Z KAMICĄ NERKOWĄ

1. Diagnoza pielęgnarska Silny ból w okolicy lędźwiowej organizmu spowodowany napadem kolki nerkowej.

Cel: Złagodzenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena dolegliwości bólowych -skala wg Headley.
2. Podanie pacjentce leków przeciwbólowych, rozkurczających lub przeciwzapalnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
3. Poinformowanie pacjentki o tym, aby zgłaszała wszelkie zmiany, które ją zaniepokoją wynikające z zastosowanego leczenia.
4. Zalecenie przyjmowania pozycji bocznej, aby zminimalizować dolegliwości bólowe.
5. Rozmowa z rodziną i zalecenie częstego przebywania z pacjentką.
6. Zalecenie stosowania ciepłych okładów na okolicę lędźwiową po wcześniejszej konsultacji z lekarzem.
7. Poinformowanie o możliwości stosowania technik relaksacyjnych.
8. Rozmowa z pacjentką i wyjaśnianie wszelkich wątpliwości, które ją niepokoją.
9. Stworzenie odpowiednich warunków pacjentce, aby mogła się wyciszyć.

Ocena: Dolegliwości zmniejszyły się. Problem do dalszej obserwacji.

2. Diagnoza pielęgniarska Deficyt wiedzy pacjentki w zakresie stosowania diety właściwej dla kamicy fosforanowo- wapniowej.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy

Działania pielęgniarskie:

1. Określenie stopnia deficytu wiedzy pacjentki dotyczącego diety w kamicy fosforanowo-wapniowej.
2. Przedstawienie pacjentce produktów zalecanych oraz produktów niewskazanych w kamicy.
3. Zalecenie ograniczenia spożywania soli.
4. Zalecenie przyjmowania dużej ilości płynów (2-3l/dobę) w szczególności wody, natomiast unikanie picia mocnej kawy czy herbaty.
5. Zalecenie pacjentce unikania smażenia potraw w głębokim tłuszczu.
6. Poinformowanie pacjentki, aby posiłki spożywała regularnie, spokojnie i bez pośpiechu.
7. Umożliwienie kontaktu z dietetykiem.

Ocena: Deficyt wiedzy chorego poprzez podjęte działania został zmniejszony, chory zainteresowany informacjami, które pozyskał.

3. Diagnoza pielęgniarska Niedostateczna wiedza chorej na temat profilaktyki nawrotów choroby.

Cel: Uzupełnienie wiedzy badanej na temat zapobiegania nawrotom kolki nerkowej.

Działania pielęgniarские:

1. Określenie deficytu wiedzy pacjentki dotyczący zapobiegania nawrotom kolki nerkowej.
2. Zalecenie przyjmowania dużej ilości płynów (około 2-3 litrów dziennie) oraz wyjaśnienie, dlaczego jest to tak ważne w kamicy nerkowej.
3. Zalecenie pacjentce, aby wypijała szklankę wody przed snem.
4. Poinformowanie o ograniczeniu przyjmowania niektórych płynów tj. kawa, herbata, napoje alkoholowe oraz coca-cola.
5. Uświadomienie pacjentki jak ważne jest stosowanie odpowiedniej diety właściwej dla jej rodzaju kamicy nerkowej.
6. Zachęcenie pacjentki do zwiększenia aktywności fizycznej w ciągu dnia.

Ocena: Pacjentka zainteresowana przekazaną wiedzą. Problem do dalszej obserwacji.

4. Diagnoza pielęgniarская Dyskomfort pacjentki spowodowany dość częstym występowaniem nudności i wymiotów.

Cel: Zmniejszenie częstości występowania nudności i wymiotów.

Działania pielęgniarские:

1. Ocena stopnia nawodnienia pacjentki poprzez sprawdzenie elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych.
2. Zalecenie pacjentce zapisywania ilości i rodzaju treści wymiotnej.
3. Pomiar podstawowych parametrów życiowych tj. ciśnienie tętnicze, tętno, oddech.
4. Zalecenie pacjentce przyjmowania często jednak w małych ilościach chłodnych płynów oraz posiłków.
5. Zalecenie pacjentce częstej pielęgnacji jamy ustnej.
6. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza.

Ocena: Problem do dalszej obserwacji.

5. Diagnoza pielęgniarская Zaparcia spowodowane sytuacjami stresowymi oraz zmniejszoną aktywnością fizyczną.

Cel: Przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżniania.

Działania pielęgniarские:

1. Zalecenie unikania sytuacji stresowych.
2. Zachęcenie pacjentki do rozmowy z członkami rodziny o swoich problemach.
3. Zachęcenie pacjentki do zwiększenia aktywności fizycznej.

4. Zalecenie stosowania masażu brzucha kilka razy dziennie (przez 2-3 minuty) poprzez ruchy głaskające zgodnie z ruchem wskazówek zegara.
5. Zalecenie picia ziół na zaparcia tj. Normosan.
6. Zaproponowanie wykonywania ćwiczeń zwieracza zewnętrznego odbytu poprzez wytwarzanie przymusowego parcia na stolec.
7. Zwrócenie uwagi na dietę chorej, poinformowanie o produktach zalecanych w sytuacji występowania zaparć.

Ocena: Pacjentka zainteresowana przekazaną wiedzą, problem do dalszej obserwacji.

6. Diagnoza pielęgniarska Złe samopoczucie spowodowane ciągłym zmęczeniem oraz nadmierną sennością pacjentki w ciągu dnia.

Cel: Polepszenie samopoczucia pacjentki.

Działanie pielęgniarskie:

1. Zachęcenie pacjentki do zwiększenia aktywności fizycznej.
2. Zachęcanie pacjentki do aktywnego odpoczynku np. jazda na rowerze, spacer, chodzenie z kijkami.
3. Zalecenie częstego wietrzenia pomieszczenia, w którym przebywa pacjentka.
4. Rozmowa z rodziną na temat częstszego przebywania z pacjentką.
5. Zaproponowanie pacjentce rozmowy z psychologiem.

Ocena: Problem do dalszej obserwacji

7. Diagnoza pielęgniarska Otyłość pacjentki spowodowana złymi nawykami żywieniowymi oraz małą aktywnością fizyczną.

Cel: Zmniejszenie masy ciała oraz ryzyka powikłań związanych z otyłością.

Działania pielęgniarskie:

1. Umożliwienie pacjentce kontaktu z dietetykiem.
2. Zalecenie regularnego spożywania posiłków (4-5 razy dziennie) oraz w niewielkich ilościach.
3. Zalecenie ograniczenia lub wyeliminowania pokarmów o dużej zawartości tłuszczu.
4. Zalecenie zwiększenia aktywności fizycznej np. jazda na rowerze, 1-2 godziny marszu.
5. Zalecenie ograniczenia spożycia słodczy oraz napojów słodzonych.
6. Rozmowa z pacjentką i wyjaśnienie jakie powikłania niesie za sobą nadmierna otyłość.

Ocena: Pacjentka zainteresowana przekazaną wiedzą. Problem należy obserwować.

WNIOSKI

1. Pielęgniarka w opiece nad chorym z kamicą nerkową realizuje szereg różnych zadań, do których zaliczyć można działania diagnostyczne, terapeutyczne, profilaktyczne mające na celu zapobieganie nawrotom kolki nerkowej, edukacyjne, dzięki którym pacjent może zdobyć lub poszerzyć swoją wiedzę na temat choroby oraz działania opiekuńcze takie jak wsparcie w trudnych dla niego momentach życia.
2. Do najważniejszych problemów pielęgnacyjnych, które występowały u pacjentki z kamicą nerkową można zaliczyć: silny ból w trakcie napadu kolki nerkowej, deficyt wiedzy w zakresie stosowania właściwej diety oraz w zakresie zapobiegania nawrotom kolki nerkowej, częste nudności i wymioty, zaparcia, ciągłe zmęczenie, otyłość.
3. U pacjentki stwierdzono deficyt wiedzy na temat diety zalecanej w kamicy fosforanowo-wapniowej. Podczas spotkania badanej przekazano materiały na temat diety, zapoznano z produktami zalecanymi i przeciwwskazanymi w chorobie.
4. Pacjentka wie jak należy postępować w napadzie kolki nerkowej, najczęściej przyjmuje środki przeciwbólowe i rozkurczowe oraz „bierze” gorącą kąpiel. W sytuacji, kiedy te metody nie przynoszą efektu kontaktuje się z lekarzem.
5. Wiedza badanej na temat profilaktyki nawrotów ataków kolki nerkowej była niewystarczająca i wymagała uzupełnienia. Chora z zainteresowaniem przyjęła informacje z tego zakresu.
6. Pacjentka może liczyć na wsparcie zarówno od swojego partnera, jak również rodziców, rodzeństwa czy najbliższych.

PIŚMIENNICTWO

1. Dowbór- Dzwonka A., Cegła B., Filanowicz M.: Pielęgowanie pacjentów w chorobach układu moczowego. [W:] Repetytorium z pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych. Kędziora-Kornatowska K. i wsp. (red.): Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, 65-96.
2. Herold G.: Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004.
3. Niewiadomski T.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu moczowego. [W:] Pielęgniarstwo Internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Talarska D., Zozulińska- Ziółkiewicz D. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 199-218.

4. Sułowicz W., Stompór T., Drabczyk R.: Kamica nerkowa. [W:] Interna Szczeklika. Gajewski P., Szczeklika A.(red.): Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 591-1598.
5. Koźmińska E.: Kamica moczowa. [W:] Borkowski A. (red.): Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006, 193-217.
6. Mutrynowski T. (i in.): Kamica układu moczowego. Medycyna po Dyplomie, 2011, 8, 91-94.
7. Kamińska A., Bieroza I.: Kamica układu moczowego u dzieci. Nowa Pediatria, 2011, 2, 42-48.
8. Wieczorkiewicz- Płaza A. (i in.): Leczenie pierwszych epizodów kamicy układu moczowego u dzieci w materiale własnym. Polski Merkuriusz Lekarski, 2008, 68, 68-70.
9. <https://www.natura-zdrowie.pl/kamica-nerkowa-rodzaje/>(data dostępu: 27.12.2019)
10. Kenny J., Goldfarb D.: Kamica moczowa- patofizjologia i postępowanie. Medycyna po Dyplomie, 2010, 12, 23-28.
11. Skrzypczyk P., Pańczyk- Tomaszewska M.: Rzadkie postaci kamicy nerkowej. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2019, 15, 38-41.
12. Drabik A., Menzel F.: Kamica moczowa- diagnostyka i leczenie. [W:] Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu. T. I. Pujer K. (red.): Wydawnictwo Exante, Wrocław 2017, 55-62.
13. Myśliwiec M., Brzóska S.: Kamica moczowa. [W:] Zarys chorób wewnętrznych. Dla studentów pielęgniarstwa. Daniluk J., Jurkowska G. (red.): Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005, 426-431.

ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD CHORYM Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK

EWA KRZYŻANOWSKA¹, ALEKSANDRA SEŃ², BOŻENA BACZEWSKA¹, BEATA KROPORNICKA¹, ROBERT ŁUCZYK¹, CECYLIA OLSZAK¹, ELŻBIETA NOWICKA¹

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego

² Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

WSTĘP

Przewlekła choroba nerek jest to wieloobjawowy zespół chorobowy, który powstaje w wyniku zmniejszenia ilości czynnych nefronów, ulegających zniszczeniu przez toczące się procesy chorobowe w miąższu nerek. Definicja powyższego zespołu chorobowego opiera się na dwóch kryteriach rozpoznania:

Pierwsze dotyczy uszkodzenia nerek, które trwa przynajmniej trzy miesiące, definiowane jako występowanie strukturalnych lub czynnościowych nieprawidłowości nerek, którym towarzyszy prawidłowy lub zmniejszony GFR, co manifestuje się nieprawidłowościami morfologicznymi i obecnością markerów uszkodzenia nerek, w tym także nieprawidłowym składem krwi lub moczu albo nieprawidłowościami w badaniach obrazowych.

Drugie kryterium to $GFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ powierzchni ciała z uszkodzeniem nerek lub bez ich uszkodzenia [1, 2]

Na podstawie stopnia filtracji kłębuszkowej dokonano podziału przewlekłej choroby nerek na pięć etapów zaawansowania:

Stadium I: uszkodzenie nerek, w którym GFR jest prawidłowe lub zwiększone, widoczne są zmiany w badaniach obrazowych pod postacią torbieli oraz obecne są: albuminuria, białkomocz i krwinkomocz.

Stadium II: utajona niewydolność nerek – jest to stadium, w którym uszkodzenie nerek występuje wraz z niewielkim zmniejszeniem GFR (60- 89 ml/min). W tej fazie zwiększa się ryzyko odwodnienia, spowodowane mniejszą zdolnością cewek nerkowych do zagęszczania moczu. Może również wystąpić retencja fosforanów, prowadząca do wtórnej nadczynności przytarczyc.

Stadium III: jest to stadium jawnej wyrównanej niewydolności nerek z umiarkowanym upośledzeniem GFR (30- 59 ml/min). Stwierdza się, iż u 50% chorych występuje nadciśnienie tętnicze, izostenuria, nykturia, zwiększone pragnienie i wielomocz. Na tym etapie często stwierdza się również niedokrwistość, utratę łaknienia i nudności.

Stadium IV: w tym etapie mamy do czynienia z jawną niewyrównaną niewydolnością nerek, której towarzyszy bardzo duże zmniejszenie GFR (15- 29 ml/min). W tym stadium wyraźnie nasilają się wymioty, nudności i zaburzenia łaknienia. Nadciśnienie tętnicze dotyczy około 80% pacjentów, wielu z nich boryka się również z przerostem lewej komory serca. Istotnym problem jest również znaczna niedokrwistość, która powoduje u pacjentów osłabienie i mniejszą tolerancję wysiłku fizycznego. Pojawia się również kwasica nieoddechowa.

Stadium V: jest to schyłkowa niewydolność nerek inaczej zwana mocznicą, podczas której obserwujemy kliniczne objawy niewydolności nerek (GFR< 15/ lub leczenie dializami).

Kiedy stopień filtracji kłębuszkowej GFR znajdzie się poniżej 60 ml/min/1,73 m² i będzie się utrzymywał przez co najmniej 3 miesiące będziemy wówczas mówić o przewlekłej niewydolności nerek. [3, 4]

Wczesne określenie przyczyny przewlekłej choroby nerek istotnie wpływa na przebieg choroby, ponieważ szybkie rozpoznanie przyczyny może opóźnić lub powstrzymać rozwój schyłkowej niewydolności nerek.

Najczęstszymi przyczynami przewlekłej choroby nerek są:

- Nefropatia cukrzycowa
- Nefropatia nadciśnieniowa
- Kłębuszkowe zapalenie nerek
- Śródmiąższowe zapalenie nerek
- Choroby wrodzone takie jak: zwyrodnienie torbielowate nerek i choroba Alporta
- uszkodzenie nerek przez obecność przeszkód w drogach moczowych- kamica, przerost gruczołu krokowego
- Miażdżyca tętnic nerkowych
- Nawracające lub długo utrzymujące się zakażenia układu moczowego [4, 5]

Przewlekła choroba nerek aż do swojego końcowego stadium schyłkowej przewlekłej niewydolności nerek najczęściej przebiega bez objawów przedmiotowych i podmiotowych. Problemem w jednoznacznym rozpoznaniu przewlekłej choroby nerek jest również

występowanie objawów, które są mało charakterystyczne. W związku z tym PChN należy wykrywać na bieżąco za pomocą badań diagnostycznych. U osób zdrowych, które nie należą do grup ryzyka, badania w kierunku przewlekłej choroby nerek należy wykonać przynajmniej 3 razy w ciągu życia: w okresie dojrzewania, w wieku dojrzłym oraz w wieku podeszłym.

Do podstawowych badań w kierunku przewlekłej choroby nerek należą:

- Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy- pozwala ono na oszacowanie współczynnika filtracji kłębuszkowej. GFR oblicza się najczęściej z wzoru Cockcrofta- Gaulta, który daje możliwość na oznaczenie go w początkowych stadiach choroby, natomiast ze wzoru MDRD skorzystamy w bardziej zaawansowanych etapach PChN
- Badanie ogólne moczu z oceną: białkomoczu, albuminurii, krwinkomoczu lub krwimoczu, gęstości względnej moczu, obecności wałeczków, leukocyturii. Podwyższone wartości albumin są uznawane za wczesny wskaźnik uszkodzenia nerek oraz wiążą się z ryzykiem powikłań sercowo- naczyniowych.
- USG jamy brzusznej z oceną nerek- jest to najbezpieczniejsze, najbardziej dostępne i mało kosztowne badanie. Badaniem tym można również wykluczyć obecność przeszkód w drogach moczowych.
- Badanie krwi: ma na celu określenie stężenia: kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, triglicerydów, cholesterolu, potasu, fosforanów oraz wykrycie niedokrwistości [4,5,6,7,8, 9].

Najczęstsze objawy kliniczne przewlekłej choroby nerek:

Objawy ze strony układu pokarmowego:

Może pojawić się zapalenie błony śluzowej oraz wrzód trawienny żołądka i dwunastnicy, mogące prowadzić do krwawienia z przewodu pokarmowego. Pacjenci często skarżą się na nudności, wymioty, zaburzenia łaknienia czy uporczywą czkawkę. W zaawansowanej PChN pacjentom towarzyszy niesmak w ustach oraz „mocznicowy zapach” z ust. Dochodzi również do niedrożności porażennej i ostrego zapalenia trzustki [4, 10].

Objawy z układu krążenia:

Wiodącym objawem jest tutaj nadciśnienie tętnicze. Chorzy borykają się także z przerostem lewej komory, niewydolnością serca i zaburzeniem jego rytmu, bardzo często towarzyszy im też miażdżyca oraz zwapnienie naczyń. U pacjentów może wystąpić ponadto mocznicowe zapalenie osierdzia [4, 10].

Objawy ze strony układu oddechowego:

Oddech pacjentów jest przyspieszony i pogłębiony- oddech Kussmaula. Może również wystąpić mocznicowe zapalenie płuc a w zaawansowanej PNN tzw. płuco mocznicowe, będące wynikiem przekrwienia i obrzęku płuc [4, 10].

Objawy z układu nerwowego i mięśni:

Występują w zaawansowanej PNN i są to: bóle głowy, zaburzenia snu, drżenia mięśniowe, neuropatia obwodowa, bolesne kurcze mięśniowe, osłabienie mięśni, upośledzenie koncentracji i pamięci, apatia lub drażliwość, przewlekła czkawka, bóle kości i stawów [4, 10].

Objawy ze strony układu rozrodczego:

U pacjentów obserwuje się zaburzenia miesiączkowania, niepłodność oraz zaburzenie popędu płciowego [4].

Zaburzenia mineralne i kostne:

W wyniku nieprawidłowej pracy nerek u pacjentów dochodzi do osteodystrofii nerkowej oraz zwapnień w obrębie naczyń i tkanek miękkich. Zaburzenie to jest wynikiem nieprawidłowego metabolizmu wapnia, fosforu, witaminy D oraz wydzielania PTH [4].

Objawy skórne:

Skóra pacjentów cierpiących na PChN ma odcień ziemisto brunatny, jest sina, sucha i blada, bardzo często występują podbiegnięcia krwawe – mocznicowa skaza krwotoczna. Chorzy w zaawansowanej PNN skarżą się na świąd skóry, obecny jest również „szron mocznicowy” będący wynikiem wytrącania się mocznika na skórze [4].

Zalecenia żywieniowe

Podaż białka

W początkowej fazie choroby podaż białka nie powinna odbiegać od ilości spożywanej przez osoby zdrowe. Białko zaczynamy ograniczać, kiedy GFR spada poniżej 70 ml/min/1,73 m² [4, 11].

Energia: Stosowana dieta nie może być ubogoenergetyczna, ze względu na ograniczenie podaży białka. Zapotrzebowanie energetyczne u osób bez nadwagi powinno wynosić 35 kcal/kg należnej masy ciała na dobę, co daje ok. 2000- 2500 kcal/ dobę. U osób z nadwagą lub otyłością zalecane jest dostarczenie 30 kcal/kg oraz wprowadzenie zwiększonej aktywności fizycznej. Podstawowym źródłem energii powinny być węglowodany stanowiące 55- 60% dziennego zapotrzebowania [11].

Fosfor: Chorzy z GFR utrzymującym się na poziomie 25- 70 ml/min/1,73 m² powinni spożywać od 8 do 10 mg/kg mc./dobę fosforu, natomiast u chorych, u których GFR wynosi mniej niż 25 ml/min/1,73 m² i nie zachodzi potrzeba leczenia nerkozastępczego, zalecana podaż fosforu wynosi 5- 10 mg/kg mc./dobę a u pacjentów hemodializowanych 10-17 mg/kg mc./dobę. U chorych konieczne okazać się może również stosowanie leków wiążących fosforany w przewodzie pokarmowym [12].

Sód: Ograniczenie podaży sodu jest wskazane u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Zalecane spożycie sodu wynosi od 1,15 do 2,3 g/d. [5].

Wapń: Ustalenie diety, która zapewni odpowiednią podaż tego pierwiastka jest trudna ze względu na ograniczenia w spożyciu białka i fosforu. Aby wyrównać niedobory zaleca się suplementacje preparatów wapnia i witaminy D [11].

Żelazo: U chorych niewymagających leczenia nerkozastępczego podaż żelaza wynosi 8 mg dla mężczyzn i 8-12 mg dla kobiet. U osób, które poddawane są dializoterapii, w celu zmniejszenia ryzyka niedokrwistości, podawanie preparatów żelaza jest niezbędne [12].

Płyny: Zalecenia dotyczące podaży płynów zależą od okresu przewlekłej choroby nerek. W fazie wielomoczu zalecana jest duża podaż płynów w celu wymuszenia diurezy, natomiast w przypadku wystąpienia obrzęków należy ograniczyć spożywanie wody. U pacjentów znajdujących się w okresie bezmoczu należy ograniczyć ilość płynów do 900-1000 ml/24 h [7].

Leczenie przewlekłej choroby nerek skupia się na leczeniu jej przyczyny oraz hamowaniu jej dalszego postępowania. Leczenie to wiąże się również z zapobieganiem powikłań jakie niesie ze sobą przewlekła niewydolność nerek.

Leczenie nerkozastępcze powinno zostać wdrożone przed pojawieniem się objawów świadczących o zatruciu mocznikowym oraz zanim dojdzie do ciężkich powikłań narządowych, będących następstwem PNN.

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie zadań realizowanych przez pielęgniarkę w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą nerek.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Metoda indywidualnych przypadków należy do metod jakościowych. Lesińska-Sawicka określa wyżej wymienioną metodę jako szczegółowy i wykonywany systematycznie

przez pewien okres czasu opis pacjenta wraz z działającymi na niego bodźcami, które wpływają na jego zachowanie i psychikę oraz oddziałujące na jego funkcjonowanie w chorobie [13].

Na potrzeby pracy zostały wykorzystane następujące narzędzia badawcze:

- Przewodnik do gromadzenia danych o pacjencie
- Ankieta określająca poziom wiedzy pacjenta na temat przewlekłej choroby nerek i zalecanej diecie
- Skala numeryczna – NRS
- Skala depresji Becka
- Body Mass Index

WYNIKI

Indywidualny proces pielęgnowania chorego z przewlekłą chorobą nerek

Opis przypadku

Badaniem objęto kobietę w wieku 42 lat leżoną w szpitalu w Zamościu z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Szybka progresja choroby spowodowała konieczność wdrożenia terapii nerko zastępczej. Pacjentce został założony czasowy dostęp naczyniowy – ostry cewnik naczyniowy Sheldona, który następnie został zastąpiony cewnikiem naczyniowym typu permanentnego. W celu leczenia pacjentka 3 razy w tygodniu poddawana była sesjom hemodializy.

Upośledzenie funkcji nerek doprowadziło również do rozwoju niedokrwistości spowodowanej niedoborem erytropoetyny. Pacjentka skarży się na ciągłe uczucie zmęczenia. W celu ustalenia stopnia nasilenia dolegliwości, posłużono się numeryczną skalą zmęczenia według Richardsona. Otrzymany wynik wynosił 7. Ponadto dokuczliwe dla chorej są również uczucie osłabienia i senność w ciągu dnia. Spytana o jakość snu odpowiedziała, iż ma problemy z zasypianiem spowodowane zespołem niespokojnych nóg. Dodatkowy dyskomfort przynosi jej silny ból głowy, spowodowany wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi. Wykorzystując skalę oceny bólu NRS, ustalono ból o stopniu nasilenia równym 6. Na pytanie o radzenie sobie z chorobą udzieliła informacji o odczuwaniu lęku oraz niepokoju spowodowanych swoim stanem zdrowia. W celu ustalenia czy u pacjentki nie występują objawy depresji wykorzystano Skalę Depresji Beck’a. Po zsumowaniu punktów uzyskano wynik 14, którego interpretacja wskazała na depresję o łagodnym nasileniu. Ponadto chora skarży się na dokuczliwy świąd skóry który powoduje niepokój i zdenerwowanie. Pacjentka

została również zapytana o występowanie dolegliwości podczas dializoterapii. Wskazała, iż w czasie hemodializy dokuczliwe są dla niej nudności oraz wymioty.

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CHORYM Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA NEREK

1. Diagnoza pielęgniarska Dyskomfort spowodowany świądem oraz suchością skóry.

Cel opieki: Zmniejszenie świądu oraz ochrona skóry przed podrażnieniem i wystąpieniem zakażenia.

Działania pielęgniarskie:

1. Edukacja pacjenta w zakresie zachowania czystości rąk oraz utrzymania jej wilgotności.
2. Polecenie pacjentce obcięcia paznokci na krótko, a w przypadku intensywnego świądu skóry zastosowania rękawic, mających na celu ograniczenie uszkodzenia skóry.
3. Zachęcenie pacjentki do uciskania swędzącej skóry palcem oraz noszenia przewiewnych i luźnych ubrań.
4. Zalecenie pacjentce stosowania hipoalergicznym kosmetyków, dzięki którym objawy skórne zostaną złagodzone a skóra stanie się mniej sucha oraz unikania produktów, które zawierają barwniki i środki zapachowe.
5. Zachęcenie pacjentki do korzystania z kąpeli ziołowych lub z dodatkiem krochmalu.
6. Poinformowanie pacjentki, iż po kąpeli powinna delikatnie osuszać skórę bez pocierania za pomocą miękkiego ręcznika.
7. Zachęcenie pacjentki do zorganizowania sobie aktywności umysłowych np. czytanie książek lub rozwiązywanie krzyżówek, które odwrócą uwagę od uczucia świądu.
8. Zalecenie pacjentce stosowania diety z ograniczeniem fosforu.
9. Obserwacja skóry chorej pod kątem wystąpienia zmian zapalnych i w przypadku ich wystąpienia niezwłoczne poinformowanie lekarza o zaistniałym problemie.
10. Podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Dolegliwości zmniejszyły, problem należy nadal obserwować.

2. Diagnoza pielęgniarska Ból głowy spowodowany wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu, utrzymanie ciśnienia tętniczego w normie.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena natężenia bólu za pomocą skali NRS oraz określenie jego charakteru i lokalizacji.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego przed oraz po zażyciu leków, a także w przypadku nasilenia się dolegliwości bólowych.
3. Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
4. Zalecenie chorej unikania sytuacji mogących zwiększyć dolegliwości, takich jak: stres, picie alkoholu, niesystematyczne przyjmowanie leków.
5. Wyjaśnienie pacjentce istoty systematycznego zażywania leków na nadciśnienie.
6. Nauczenie pacjentki jak powinna prawidłowo dokonywać samodzielnego pomiaru RR, oraz polecenie jej systematycznego notowania pomiarów w dzienniczku samokontroli.
7. Zalecenie chorej stosowania diety z ograniczeniem soli.

Ocena: Problem do dalszej obserwacji pomimo czasowej normalizacji ciśnienia tętniczego.

3. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko zakażenia dostępu naczyniowego do hemodializy.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia

Działania pielęgniarskie:

1. Bezwzględne zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki, podczas kontaktu z pacjentką.
2. Izolacja chorej od ewentualnych źródeł zakażenia.
3. Obserwacja ukierunkowana na wystąpienie zakażenia dostępu naczyniowego.
4. Wywiad z pacjentką mający określić, czy pojawiły się objawy takie jak: tkliwość i ból w okolicy założonego cewnika, podwyższona temperatura ciała.
5. Zalecenie pacjentce, niezwłocznego zgłoszenia pojawienia się objawów sugerujących zakażenie lub wysunięcie się dostępu naczyniowego.
6. Poinformowanie pacjentki o zabezpieczaniu wodoodpornym plastrem ujścia cewnika przez skórę przed każdą kąpielą oraz ostrożnym zdejmowaniem odzieży, aby nie doprowadzić do jego wysunięcia.
7. Poinformowanie pacjentki o zakazie manipulowania przy cewniku osobom nieuprawnionym oraz zakazie wykonywania opatrunków wokół cewnika samodzielnie przez pacjenta.

Ocena: Problem należy nadal obserwować.

4. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych nudnościami i wymiotami podczas zabiegu hemodializy.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Działania pielęgniarskie:

1. Ułożenie pacjenta w pozycji uniemożliwiającej zachłyśnięcie.
2. Zapewnienie choremu czystej bielizny osobistej i pościelowej oraz miski nerkowatej z ligniną.
3. Obserwacja wymiocin- kolor, ilość, jakość i ich dokumentacja.
4. obserwacja podstawowych parametrów życiowych.
5. Podanie płynów drogą dożylną oraz leków na zlecenie lekarza.
6. Zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Ocena: Problem należy nadal obserwować.

5. Diagnoza pielęgniarska Lęk i niepokój spowodowane stanem zdrowia.

Cel opieki: Zmniejszenie lęku i niepokoju.

Działania pielęgniarskie:

1. Nawiązanie kontaktu z pacjentką i wzbudzenie jej zaufania.
2. Okazanie pacjentce szacunku, życzliwości i akceptacji.
3. Aktywne słuchanie chorej.
4. Udzielanie odpowiedzi na zadawane pytania w sposób rzeczowy i zrozumiały.
5. Zapewnienie pacjentki o skuteczności leczenia.
6. Umożliwienie rozmowy z lekarzem, psychologiem i członkami rodziny.
7. Zaproponowanie pacjentce korzystania z prostych metod relaksacyjnych.

Ocena: W wyniku podjętych działań lęk został zminimalizowany

6. Diagnoza pielęgniarska Uczucie osłabienia i łatwe męczenie się spowodowane niedokrwistością w przebiegu przewlekłej choroby nerek.

Cel opieki: zapewnienie komfortu i odpoczynku.

Działania pielęgniarskie:

1. Zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju.
2. Obserwacja podstawowych parametrów życiowych.
3. Podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
4. Pomoc pacjentce w czynnościach samoobsługowych w razie potrzeby.

5. Wyjaśnienie pacjentce, iż podczas przyjmowania doustnych preparatów żelaza może ulec zmiana koloru stolca.

Ocena: Problem do dalszej obserwacji.

7. Diagnoza pielęgniarstwa Dyskomfort spowodowany zaparciami.

Cel opieki: zmniejszenie dyskomfortu

Działania pielęgniarstwa:

1. Ustalenie czasu trwania dolegliwości i związanych z nimi objawów.
2. Zalecenie pacjentce wyeliminowania z diety pokarmów osłabiających ruchy perystaltyczne jelit.
3. Polecenie założenia luźnych, nieuciskających brzucha ubrań.
4. Polecenie pacjentce, aby zwiększyła spożycie błonnika.
5. Podanie środków przeczyszczających na zlecenie lekarskie.
6. Pokazanie pacjentce ćwiczeń powodujących wymuszone parcie na stolec.
7. Polecenie pacjentce, aby w miarę możliwości przyjęła wygodną pozycję podczas defekacji.
8. Zachęcenie chorej do zwiększenia swojej aktywności fizycznej.

Ocena: Problem czasowo ustąpił, należy obserwować nadal.

8. Diagnoza pielęgniarstwa Deficyt wiedzy pacjenta dotyczący diety zalecanej w przewlekłej chorobie nerek.

Cel opieki: zwiększenie poziomu wiedzy

Działania pielęgniarstwa:

1. Przekazanie chorej najważniejszych informacji dotyczących diety w przewlekłej chorobie nerek.
2. Zwrócenie uwagi na potrzebę kontroli podaży płynów.
3. Zalecenie diety z ograniczeniem soli.
4. Poinformowanie pacjentki o skuteczności diety w zmniejszaniu dolegliwości powodowanych przez chorobę.
5. Polecenie chorej artykułów dotyczących diety w przewlekłej chorobie nerek.
6. Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem.

Ocena: Deficyty wiedzy zostały uzupełnione.

9. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko pogłębienia się zaburzeń depresyjnych z powodu progresji przewlekłej choroby nerek.

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka pogłębienia zaburzeń depresyjnych.

Działania pielęgniarskie:

1. Zapewnienie pacjentce wsparcia psychicznego poprzez aktywne wysłuchiwanie oraz pokazanie zaangażowania.
2. Dokonanie oceny objawów depresji za pomocą skali depresji Becka.
3. Udzielenie pacjentce rzetelnych informacji na temat depresji oraz udzielenie fachowych odpowiedzi na zadawane przez chorą pytania.
4. Zasugerowanie chorej skorzystania z porady psychologa lub psychiatry.
5. Zachęcenie pacjentki do korzystania z metod radzenia sobie ze stresem.
6. Zachęcenie pacjentki do spędzania czasu z bliskimi.
7. Wywołanie w pacjentce pozytywnych myśli i emocji oraz wzmocnienie w niej poczucia własnej wartości.
8. Obserwacja pacjentki w kierunku wystąpienia zaburzeń emocjonalnych.

Ocena: Problem do dalszej obserwacji.

WNIOSKI

1. Wiedza pacjentki na temat przewlekłej choroby nerek była niewystarczająca i wymagała uzupełnienia. Największy deficyt wiedzy stwierdzono na temat diety zalecanej w chorobie.
2. Pielęgniarka sprawuje opiekę nad pacjentem na każdym etapie jego leczenia – od uczestniczenia w ustaleniu diagnozy aż po opiekę w stacji dializ
3. Szczegółowy wywiad z pacjentem oraz odpowiednio dobrany plan opieki pielęgniarskiej umożliwia zwiększenie efektywności leczenia oraz poprawia komfort życia chorego.
4. Pielęgniarka w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą nerek oprócz zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych pełni również funkcje edukacyjną, uczestniczy w leczeniu i diagnostyce a także otacza pacjenta wsparciem psychicznym.
5. Największymi problemami pacjentki w przebiegu przewlekłej choroby nerek były: sucha i swędząca skóra, bóle głowy oraz osłabienie.
6. Duże znaczenie w utrzymaniu zdrowia psychicznego pacjentki ma wspierająca ją rodzina.

7. Pacjentka zgadza się na proponowaną terapię, lecz nie do końca ją akceptuje. Chora przygotowywana jest do przeszczepu rodzinnego.
8. Pacjentce należało wskazać jak istotna w ocenie stanu swojego zdrowia jest samokontrola. Chorej zostało wyjaśnione jak prawidłowo i kiedy należy mierzyć ciśnienie tętnicze krwi.

PIŚMIENNICTWO

1. Czekalski S.: Przewlekła niewydolność nerek (stadia progresji przewlekłej choroby nerek [w:] Nefrologia. Książka A., Rutkowski B. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2004, 187- 202.
2. Rutkowski P., Rutkowski B.: Podstawowe wiadomości na temat przewlekłej choroby nerek: [w:] Nefrologia. Myśliwiec M. (red.), Wy. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2009, 344.
3. Sarnowska A.: Pielęgniarstwo internistyczne w praktyce szpitalnej. Kompendium wiedzy dla studentów kierunku pielęgniarstwo. Wyd. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Stanisława Staszica w Pile, Piła, 2012, 144- 169.
4. Kokot F.: Choroby nerek i dróg moczowych [w:] Choroby wewnętrzne. Szczeklik A., Gajewski P. (red.), Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2011, 715- 722.
5. Leach O., Gijsbert I. van Boxel: Choroby wewnętrzne. Horton-Szar D (red.), Wyd. Edra Urban & partner, Wrocław, 2016, 306- 307.
6. Czekalski S.: Przewlekła choroba nerek – przewlekła niewydolność nerek w Polsce i na świecie. Przewodnik lekarza, 2007, 1, 10- 16.
7. Duława J. (red.): Nefrologia. Vademecum medycyny wewnętrznej. Wyd. PZWL, Warszawa, 2015, 577- 583.
8. Król E., Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek- klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. Forum Nefrologiczne, 2008, 1(1), 1- 6.
9. Rutkowski B., Król E.: Diagnostyka przewlekłej choroby nerek [w:] Nefrologia. Myśliwiec M. (red.), Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa, 2009, 346- 348.
10. Myśliwiec M., Małyszko J.: Przewlekła niewydolność nerek [w:] Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa. Daniluk J., Jurkowska G. (red.), Wyd. Czelej, Lublin, 2005, 447- 451.
11. Pałubicka K. i wsp: Edukacja żywieniowa pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego. Forum Nefrologiczne, 2011, 4 (4), 306- 311.

12. Dąbrowski P., Olszanecka- Glinianowicz M., Chudek J.: Żywnienie w przewlekłej chorobie nerek. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii ,2011,7 (4), 229- 235.
13. Lesińska- Sawicka M.: Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów. Leszczyński D. (red), Wyd. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile, Piła, 2017, 35- 41.

DIAGNOZA PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZYCH W OPIECE NAD PACJENTEM Z POWIKŁANAMI PO PRZESZCZEPIE NERKI - OPIS PRZYPADKU

BOŻENA MURACZYŃSKA¹, PIOTR REJENT², BEATA KROPORNICKA³, BOŻENA BACZEWSKA³,
ZDZISŁAWA SZADOWSKA – SZLACHETKA⁴

¹ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Absolwent Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, UPH Siedlce, Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

³ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Zakład Onkologii - Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

WSTĘP

Przeszczep nerki jest to operacyjne wprowadzenie do ciała biorcy zdrowej nerki pochodzącej od żywego lub zmarłego dawcy, która przejmując funkcję filtracyjną. Jest to metoda leczenia przewlekłej niewydolności nerek w zaawansowanym stadium [1]. Rocznie na całym świecie wykonuje się blisko 80 tysięcy takich przeszczepów, a w Polsce – około tysiąca [2]. Przeszczepianie narządów, inaczej transplantacja, to przeszczepienie komórek, tkanek czy narządu w całości lub części z jednego organizmu do innego, albo w obrębie jednego organizmu. Wyróżnia się przeszczep autogeniczny (autogeny, autologiczny, własnopochodny, autotransplantacja) – przeszczep polegający na przeniesieniu własnej tkanki lub narządu z jednego miejsca na drugie; izogeniczny (izogeny, izotransplantacja) – jest to przeniesienie tkanki lub narządu między osobnikami identycznymi genetycznie bliźnięta jednojajowe; allogeniczny homogeniczny, homogeny, homologiczny, allotransplantacja – polega na przeniesieniu tkanki lub narządu między osobnikami tego samego gatunku, o podobnym, ale nie jednakowym genotypie, na przykład od człowieka do człowieka; przeszczep ksenogeniczny, heterogeniczny, heterologiczny, ksenogeny, heterogeny ksenotransplantacja – przeszczep polegający na przeniesieniu tkanki lub narządu między osobnikami różnego gatunku, na przykład od świni do człowieka [3]. Przeszczepy są zabiegami skomplikowanymi i czasochłonnymi. Pacjent, który przeżył transplantację musi przewlekłe przyjmować leki modulujące odpowiedź układu odpornościowego po to, aby

zmniejszyć ryzyko odrzucenia wszczepionego narządu. Odpowiedni dobór dawcy i biorcy ma na celu osłabienie reakcji odrzucenia przeszczepu. Celem leczenia immunosupresyjnego po przeszczepie nerki jest zmniejszenie (zahamowanie) odpowiedzi immunologicznej biorcy na antygeny przeszczepu. Przy ocenie poziomu ryzyka należy pamiętać, że nie ma jednego, idealnego testu pozwalającego oszacować stan immunizacji potencjalnych biorców nerki. Dopiero kombinacja różnych testów pozwala na odpowiednią kategoryzację i bezpieczne przeszczepienie. Należy zaznaczyć, iż immunosupresja, poza korzystnym efektem hamowania procesu odrzucania przeszczepu, sprzyja również wystąpieniu zjawisk niepożądanych, tj. zakażeń lub nowotworów. Dlatego właśnie leczenie immunosupresyjne wymaga starannego monitorowania klinicznego oraz laboratoryjnego na drodze współpracy doświadczonego klinicysty i diagnosty laboratoryjnego. Wybór leku i schematu leczenia zależy od szeregu czynników, takich jak rokowanie, interakcja wybranego leku immunosupresyjnego z innymi stosowanymi lekami, spodziewane działania niepożądane [4].

Przeszczep nerki niesie za sobą wiele nadziei, ale także jest obciążony ryzykiem wielu groźnych powikłań zarówno internistycznych i chirurgicznych. Czynniki m. in. takie jak: otyłość, cukrzyca, zaawansowany wiek biorcy, długi czas niedokrwienia narządu przeszczepianego, opóźnienie podjęcia funkcji przez przeszczepioną nerkę znacząco sprzyjają powstawaniu powikłań po przeszczepie nerki [5].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych u pacjentką z powikłaniami po przeszczepie nerki.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto pacjentkę lat 72, hospitalizowaną z powodu powikłań po przeszczepie nerki. Pacjentka przez wiele lat była leczona z powodu schyłkowej niewydolności nerek, była dializowana a w roku 2019 została poddana przeszczepowi nerki od dawcy zmarłego.

Metodą badań była analiza dokumentacji medycznej. Metoda badania dokumentów polega na gromadzeniu, selekcji, opisie i naukowej interpretacji zawartych w nich interesujących nas faktach [6]. W skład dokumentacji medycznej poddanej analizie wchodziła: historia choroby pacjentki, kwestionariusz wywiadu, protokół znieczulenia ogólnego, protokół miejsca operowanego, skala oceny bólu, karta obserwacji.

WYNIKI**Opis przypadku**

Pacjentka lat 72 leczona w Warszawie z powodu schyłkowej niewydolności nerek. Od 5 lat była dializowana. Przeszczepu nerki od dawcy zmarłego dokonano dnia 06.04.2019 r. w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Na podstawie kwestionariusza stanu zdrowia, wypełnionego przez pacjentkę w dniu przyjęcia, stwierdzono, że występują u niej choroby takie jak: cukrzyca insulinozależna, przewlekła obturacyjna choroba płuc. Ponadto stwierdzono nadciśnienie tętnicze, stabilną chorobę wieńcową a także przewlekłą schyłkową niewydolność nerek. Pacjentka była po przebytej w przeszłości implantacji stentu oraz kamicy pęcherzyka żółciowego. Jak i po przeszczepie nerki i łagodnej stenozie aortalnej, przewlekłej niewydolności serca, była osobą otyłą, BMI wynosiło 32,8 (Body Mass Index). W dniu 27.04.2019 r o godz. 10.58 została przyjęta w trybie pilnym do Oddziału Chirurgii Ogólnej z powodu rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej a w konsekwencji wytrzewienia pętli jelitowej, która znajdowała się na powierzchni brzucha oraz spoczywała na powierzchni uda prawego. Pętla jelitowa została okryta wilgotnym opatrunkiem gazowym nasączonym 0,9% NaCl. Pacjentka w chwili przyjęcia była w kontakcie logicznym i otrzymała 15 pkt w skali GCS (Glasgow). Pacjentka była w stanie ogólnym ciężkim w trakcie przyjęcia wystąpił epizod spadku ciśnienia tętniczego krwi. Po zapoznaniu się i przeczytaniu zgody na zabieg operacyjny podpisała świadomą zgodę na wykonanie zabiegu operacyjnego, oraz wyraziła pisemną zgodę na przetaczanie krwi.

W trakcie przyjęcia u chorej dokonano pomiaru parametrów życiowych, które przedstawiały się następująco: temperatura ciała wynosiła 33,3⁰C a w związku z tym wystąpiło u pacjentki ryzyko hipotermii, ciśnienie tętnicze krwi w chwili pomiaru wynosiło 152/73 mmHg Z kwestionariusza wywiadu wypełnionego przez chorą z pomocą pielęgniarki wynikało, że była obciążona chorobami układu krążenia, chorobami serca, układu oddechowego oraz moczowego a także cukrzycą.

Pacjentka została przygotowana w trybie pilnym do operacji ze wskazań życiowych w skali ryzyka American Society of Anaesthesiology (ASA III). Zgodnie ze zleceniem lekarza i za zgodą pacjentki zrealizowane zostało: założenie zgłębnika do żołądka nr 20 celem odbarczenia treści pokarmowej, przed którym pacjentka miała obawy. W związku z tym przed wykonaniem procedury poinformowano pacjentkę o celu założenia zgłębnika do żołądka, następnie przygotowano stanowisko oraz pacjentkę do procedury cewnikowania pęcherza moczowego cewnikiem Foley'a nr 18 aby monitorować diurezę. Procedurę

wykonano w jałowych rękawiczkach. Następnie założono wkłucie obwodowe celem pobrania badań laboratoryjnych. Zgodnie z pisemnym zleceniem lekarza podane zostały leki drogą dożylną takie jak: płyn wieloelektrolitowy 1000 ml, Controloc i antybiotyk Biotaksym. Lekarz dyżurny przedstawił pacjentce informacje o proponowanym leczeniu i formularz zgody. Po przygotowaniu pacjentki, w asyście pielęgniarki oraz lekarza anestezjologa, pacjentkę przewieziono na blok operacyjny. U pacjentki do operacji zastosowano znieczulenie ogólne złożone.

Zgodnie z protokołem zabiegu operacyjnego lekarz po umyciu pola operacyjnego opłukał solą fizjologiczną wytrzewione jelito cienkie. Następnie zidentyfikował brzegi powięzi oddalone od siebie na około 15 cm. Po stronie prawej przyśrodkowo brzeg powięzi stanowi kresa półksiężycowata, natomiast bocznie wspólnie rozciągnę mięśnia skośnego zewnętrznego i wewnętrznego brzucha. W tkance podskórnej widoczna była rozległa komora pokryta neoperitoneum ze zrostami sieci, w której znajdowała się przed i po wytrzewieniu zawartość otrzewnej, jelito cienkie. Następnie po sprawdzeniu jelita cienkiego i usunięcia z krezki resztek gazików i papieru, który był prawdopodobnie wykorzystany do tamponowania rany, jelito opłukano sprawdzono żywotność i szczelność i odprowadzono do jamy otrzewnej.

O godzinie 14.16 chorą przewieziono z bloku operacyjnego, w asyście lekarza anestezjologa, do sali pooperacyjnej na oddział Chirurgii Ogólnej. Parametry życiowe poddawano stałej kontroli w odstępach co 30 minut. Wyniki parametrów życiowych w pierwszej godzinie po operacji wynosiły następująco: tętno kształtowało się w ilości 86 ud/min następnie wartość ciśnienia tętniczego, które było mierzone metoda bezkrwawą wynosiło 162/78 mmHg, wynik saturacji wynosił 95%. Temperatura ciała pacjentki wynosiła 35,8⁰C. Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej, w pierwszej dobie, zgodnie z kartą zleceń lekarskich, podano płyn wieloelektrolitowy 1000 ml drogą dożylną oraz leki przeciwbólowe takie jak: morfina w dawce 10 mg podana drogą podskórną. O godzinie 16.30 decyzją lekarza usunięto zgłębnik z żołądka. Stan chorej był stabilny. Diureza po pierwszej dobie wynosiła 1300 ml. Z drenów znajdujących się w ranie uzyskano 270 ml płynu.

W pierwszej dobie po zabiegu chora zaczęła siadać z pomocą pielęgniarki. Nie zaobserwowano wtedy epizodów duszności oraz podwyższonej temperatury, bez objawów dyspeptycznych. W badaniu osłuchowym jamy brzusznej wykonanym przez lekarza stwierdzona została leniwa perystaltyka jelit. Opatrunek na brzuchu był suchy bez cech krwawienia. Zgodnie z kartą zleceń podano leki.

Ze względu na wykrycie u pacjentki patogenów alarmowych (VRE, ESBL) zastosowano izolację kontaktową.

Wykorzystano skalę ryzyka wystąpienia odleżyn Norton. Wzięto pod uwagę stan fizyczny pacjentki, który, był ciężki oraz stan świadomości i aktywności a także możliwości samodzielnej zmiany pozycji i czynności zwieracza odbytu i cewki moczowej. Maksymalną liczbę punktów jaką pacjentka mogła uzyskać to 20. Do oceny dolegliwości bólowych wykorzystano skalę oceny bólu NRS, która to skala jest skalą numeryczną od 0 do 10. Wynik w skali NRS, oscylował między 2 a 3.

W drugiej dobie, po analizie wyników pomiaru temperatury, nie stwierdzono, aby pacjentka gorączkowała. Uruchomiono chorą z pomocą rehabilitanta oraz wdrożono rehabilitację oddechową. W badaniu palpacyjnym wykonanym przez lekarza brzuch był miękki z zachowaną perystaltyką. Na zlecenie lekarza rozpoczęto podawanie płynów drogą doustną. U pacjentki nadal stosowano żywienie pozajelitowe Kabiven 1920 ml Addiphos + Addamel + Soluvid + Vitaliprol. Podawane do wkłucia centralnego. Nie zaobserwowano, aby opatrunek gazowy znajdujący się na brzuchu pacjentki był mokry. W związku ze zleceniem lekarza podano leki znajdujące się w karcie zleceń pacjentki. Stan diurezy z drugiej doby wynosił 2100 ml, natomiast ilość płynu z drenów znajdujących się w ranie pooperacyjnej wynosiła 190 ml. Chora podawała, że w skali NRS ból oscyluje między 1 a 2 pkt. W dobie trzeciej nie stwierdzono, aby chora gorączkowała. Pomiar temperatury ciała był wykonywany 2 razy dziennie. Stan pacjentki, jak i również samopoczucie było dobre, nie zgłaszała dolegliwości bólowych. W badaniu fizykalnym przeprowadzonym przez lekarza brzuch był miękki, niebolesny. Dreny które znajdowały się w ranie nadal były utrzymane. Nie zaobserwowano, aby opatrunek był mokry. Stan diurezy, w trzeciej dobie wynosił 4000 ml, zaś w drenie znajdowało się 180 ml płynu. Po analizie badań laboratoryjnych nie zaobserwowano odchyleń od normy. W skali NRS pacjentka uzyskiwała między 1 a 2 pkt.

Stan pacjentki w kolejnych dniach hospitalizacji bez istotnych zmian. W dziewiątej dobie pobytu w szpitalu pacjentki tj. 06.05.2019 roku, podczas zmiany opatrunku zaobserwowano niewielki wyciek treści surowiczej w górnym biegunie rany wokół drenu. Lekarz prowadzący zdecydował o usunięciu pozostałych drenów oraz wykonał otwarcie górnego bieguna rany, co w konsekwencji zmanifestowało ewakuacją treści ropnej i martwiczej z tkanki tłuszczowej. Wobec tego założono system podciśnieniowego leczenia ran. W badaniu palpacyjnym dokonanym przez lekarza brzuch był miękki, niebolesny z prawidłową perystaltyką. Samopoczucie chorej było dobre, nie gorączkowała, na zlecenie

lekarza pobrano badania laboratoryjne. Do tej pory chora była bez wypróżnień. Zostały podane leki zgodnie ze zleceniem lekarza.

W dniu 07.05.2019 roku, stan chorej był dobry, samopoczucie również było dobre. Opatrunek na ranie był szczelny. Nadal było prowadzone leczenie podciśnieniem. Na podstawie badania fizykalnego lekarz stwierdził, że brzuch był miękki oraz niebolesny. Nie zaobserwował u pacjentki epizodów gorączki. U chorej w dziesiątej dobie nadal nie było wypróżnień, ale pacjentka podawała, że odczuwa potrzebę defekacji. Pacjentka wstawiała i poruszała się z pomocą innych osób. Nadal prowadzone były ćwiczenia oddechowe. W następnych dniach pobytu w szpitalu zaobserwowano brak apetytu u chorej w konsekwencji czego lekarz zdecydował o konieczności uzupełnienia diety podażą doustną Supportanu.

W kolejnych dniach stan pacjentki nie odbiegał od normy bez istotnych odchyleń. W następnych dniach nastąpiła wymiana opatrunku na ranie. Kolejna zmiana opatrunków a także czyszczenie rany. Chora samodzielnie poruszała się. W badaniach laboratoryjnych nie zaobserwowano odchyleń od normy. Pacjentka nadal wymagała uzupełnienia żywienia pozajelitowego w formie wsparcia doustnego Supportanu. Zaobserwowano poprawę wydolności oddechowej. Stan ogólny pacjentki oraz jej samopoczucie oceniano się jako dobre. W dniu 24.05.2020 r została przeprowadzona konsultacja kardiologiczna. Po przeprowadzonej konsultacji lekarz stwierdził w badaniu osłuchowym klatki piersiowej pacjentki obustronne świsty i trzeszczenia nad polami płucnymi. Wynik pomiaru ciśnienia tętniczego wynosił 160/86 mmHg oraz tętna 86 uderzeń na minutę. Po przeprowadzonej konsultacji pacjentce zostało zlecone podanie Furosemidu w pompie drogą dożylną 1 ml/h, dodatkowo Berodual 3x25 mg w nebulizacji. Zostały również zlecone badania laboratoryjne do wykonania po trzech dniach od przeprowadzonej konsultacji takie jak morfologia, poziom elektrolitów oraz CRP. W dniu 28.05.2019 została wykonana kolejna zmiana opatrunku na ranie. Stan rany był bez zmian, czyli nadal bez sklejenia się tkanki podskórnej do powięzi, bez braku wysięku i cech infekcji. Chora poruszała się bez problemów była wydolna oddechowo natomiast podczas leżenia zgłaszała napady duszności. Lekarz poinformował pacjentkę o ograniczeniu przebywania w pozycji leżącej w łóżku oraz zachęcił do korzystania z rehabilitacji oddechowej. Chora spożywała tylko część posiłków. Poinformowano rodzinę o konieczności karmienia pacjentki.

Kolejne dni hospitalizacji pacjentki przebiegały bez zmian w ocenie stanu ogólnego zdrowia pacjentki. W dniu 06.06.2019 roku ze względu na manifestujące się napady duszności lekarz prowadzący zlecił konsultację internistyczną, która odbyła się. W trakcie

konsultacji zostały zmierzone pacjentce podstawowe parametry życiowe, których to wartości kształtowały się w sposób następujący: tętno wynosiło 95 uderzeń na minutę, następnie wynik ciśnienia tętniczego wyniósł 130/80 mmHg, a także wartość saturacji wynosiła 92% przy włączonej tlenoterapii biernej u pacjentki w przepływie 3 litry na minutę z zastosowaniem cewnika do podawania tlenu. W badaniu osłuchowym klatki piersiowej pacjentki lekarz stwierdził rżężenia zastoinowe nad polami płucnymi do połowy łopatek. Ze względu na przeprowadzony wywiad lekarz zaproponował pacjentce leczenie farmakologiczne w postaci zmiany Bisoprololu na Nebivolol oraz zwiększenie dawki Insuliny do 20 j. Zalecono też codzienny bilans płynów, jak i ważenie.

W dniu 10.06.2010 r. odbyła się konsultacja psychiatryczna z pacjentką, w której to lekarz ustalił, że chora była leczona psychiatrycznie 3 lata temu oraz nie pamięta przyjmowanych leków, a przed hospitalizacją mieszkała z rodziną. Reagowała obniżonym nastrojem ze względu na długotrwałą hospitalizację oraz zaprzeczała myślom i próbom świadomym. Na początku wizyty pacjentka była nieco nieufna, ale z upływem rozmowy chętnie odpowiadała na zadane pytania przez lekarza psychiatrę. Chora przypadkowo błędnie podawała datę i orientację w miejscu. Bez subiektywnego poznania zaburzeń funkcji poznawczych. Lekarz stwierdził, że pacjentka w miejscu zachowana w kontakcie logicznym, nieco utrudnionym przez niedosłuch. Pacjentka nie wypowiadała ewidentnych treści urojeniowych. Zostało wprowadzone leczenie farmakologiczne za zgodą pacjentki, takie jak: Cital 10 mg p.o. 1x1, po upływie tygodnia 20 mg na dobę doraźnie oraz Hydroxyzyna 10 mg p.o. 1 do 2 tabl. na dobę. Dalsze leczenie chorej miało odbywać się w Poradni Zdrowia Psychicznego.

W dniu 14.06.2019 r. usunięto opatrunek podciśnieniowy. Nie stwierdzono cech stanu zapalnego, lecz zaobserwowano niewielki wysięk. Stan ogólny i samopoczucie chorej oceniano jako dobre, chora nie gorączkowała.

W dniu 18.06.2019 r. pacjentka została wypisana do dalszego leczenia ambulatoryjnego z zaleceniami.

DIAGNOZY, PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE ORAZ PLAN OPIEKI U PACJENTKI Z POWIKŁANAMI PO PRZESZCZEPIE NERKI

W pracy pielęgniarki, proces pielęgnowania jest systematycznym rozpoznawaniem stanu biopsychospołecznego pacjenta. Pielęgniarka zgodnie z założeniami procesu pielęgnowania podejmuje planowe i celowe działania, które wynikają z wcześniej postawionego rozpoznania, a następnie poddaje je szczegółowej ocenie. Istotnym elementem,

który wchodzi w skład procesu pielęgnowania, jest diagnoza pielęgnarska, inaczej rozpoznanie pielęgnarskie. Diagnoza pielęgnarska jest stwierdzeniem, jak i opinią pielęgnarki, dzięki której łatwiej jest nadać kierunek opiece pielęgnarskiej [7]. Celem procesu pielęgnowania jest podniesienie poziomu pielęgnowania pacjenta oraz samej efektywności a także dostosowanie go do współczesnych wymagań i potrzeb chorego, jego rodziny i środowiska, które go otacza. Proces ten charakteryzuje się następującymi cechami: dynamiką i z ciągłością, wieloetapowością, następstwem czasowym i logicznością.

Poniżej określono i przedstawiono diagnozy i interwencje pielęgnarskie wobec pacjentki z powikłaniami po przeszczepie nerki, biorąc pod uwagę diagnozy aktualne (problem występował) i diagnozy potencjalne (istnieje ryzyko problemu).

Diagnoza pielęgnarska nr 1.

Brak stabilności emocjonalnej spowodowany pobytem w szpitalu

Cel opieki: Poprawa i stabilizacja nastroju chorej

Realizacja: nawiązanie kontaktu z chorą, przedstawienie celu pobytu w szpitalu, zapoznanie z topografią oddziału, poinformowanie o istnieniu możliwego stałego kontaktu z bliskimi, zapewnienie komfortu psychicznego.

Ocena: Nastąpiła stabilizacja nastroju pacjentki

Diagnoza pielęgnarska nr 2.

Ból pooperacyjny

Cel opieki: Zminimalizowanie bólu

Realizacja: monitorowanie natężenia bólu, ułożenie w wygodnej pozycji, podanie zleconych leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich, kontrola podstawowych parametrów życiowych

Ocena: Ból pooperacyjny zmniejszył się

Diagnoza pielęgnarska nr 3.

Nudności i wymioty

Cel opieki: Eliminacja nudności i wymiotów

Realizacja: obserwacja pod kontem zaburzeń wodno-elektrolitowych, podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza, zapewnienie pacjentce pomocy w trakcie wymiotów, obserwowanie stanu nawodnienia, zapewnienie higieny osobistej pacjentki

Ocena: Nudności i wymioty ustąpiły

Diagnoza pielęgniarska nr 4.

Brak akceptacji choroby

Cel opieki: Akceptacja choroby

Realizacja: poinformowanie chorej o chorobie w zakresie kompetencji pielęgniarskich, motywowanie do dalszego leczenia, obserwacja stanu psychicznego pacjentki, udział rodziny w rozmowie z pacjentką, eliminacja obaw i wątpliwości chorej związanych z jej stanem

Ocena: Pacjentka akceptuje swój stan zdrowia

Diagnoza pielęgniarska nr 5.

Duszność spowodowana Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP)

Cel opieki: Zmniejszenie duszności

Realizacja: zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorych, podanie tlenu w odpowiednim stężeniu na zlecenie lekarza, podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich, rehabilitacja oddechowa, ułożenie chorej w pozycji przynoszącej ulgę, unikanie czynników mogących wywołać napad duszności, oklepywanie, inhalacje na zlecenie lekarza

Ocena: Duszność zmniejszyła się

Diagnoza pielęgniarska nr 6.

Trudności z zaśnięciem

Cel opieki: Ułatwienie zasypiania

Realizacja: zastosowanie odpowiedniej higieny snu (unikanie drzemek w ciągu dnia, nie próbować zasypiać na siłę, wstawanie zawsze o tej samej porze), zapewnienie ciszy i spokoju, podanie leków nasennych zgodnie z zleceniem lekarza, możliwość zagwarantowania nieprzerwanego snu, ocena pod kątem wykluczenia zaburzeń somatycznych, edukacja na temat higieny snu, eliminacja bodźców zewnętrznych

Ocena: Pacjentka zasypia bez trudu.

Diagnoza pielęgniarska nr 7.

Lęk przed śmiercią

Cel opieki: Zmniejszenie lęku przed śmiercią

Realizacja: zaplanowanie rozmowy z psychologiem, umówienie wizyty z duchownym, informacja na temat stanu zdrowia w zakresie kompetencji pielęgniarskich, motywacja chorej do dalszego leczenia

Ocena: Lęk przed śmiercią zmniejszył się

Diagnoza pielęgnarska nr 8.

Strach przed założeniem zgłębnika do żołądkowego

Cel opieki: Zmniejszenie strachu przed założeniem zgłębnika

Realizacja: wytłumaczenie chorej celu zabiegu, przedstawienie przebiegu założenia zgłębnika, ustalenie komunikacji pozawerbalnej, przedstawienie korzyści z założenia zgłębnika, okazanie empatii i życzliwości, utrzymanie kontaktu z chorą podczas wykonywanej procedury

Ocena: Strach przed założeniem zgłębnika do żołądka został wyeliminowany.

Diagnoza pielęgnarska nr 9.

Otyłość

Cel opieki: Redukcja masy ciała

Realizacja: konsultacja z dietetykiem, wdrożenie postępowania dietetycznego, częste oraz w małych ilościach spożywanie posiłków, działania psychoterapeutyczne, monitorowanie stanu odżywiania BMI+ (Body Mass Index).

Ocena: Masa ciała obniżyła się

Diagnoza pielęgnarska nr 10.

Ryzyko wystąpienia krwawienia po operacji

Cel opieki: Wczesne wyrycie krwawienia

Realizacja: częsta kontrola podstawowych parametrów życiowych, kontrola suchości opatrunku, obserwacja zbiornika drenu, ograniczenie wysiłku fizycznego w dalszych dobach po zabiegu

Ocena: Krwawienie nie wystąpiło

Diagnoza pielęgnarska nr 11.

Ryzyko wystąpienia infekcji układu pęcherza moczowego spowodowana założeniem cewnika Foleya

Cel opieki:

Zminimalizowanie wystąpienie infekcji dróg moczowych

Realizacja: wymiana cewnika zgodnie z rekomendacjami, ograniczanie rozłączania worka na mocz, utrzymanie wysokości worka poniżej pęcherza moczowego, zapewnienie odpowiedniej higieny krocza i ciała, przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki

Ocena: Infekcja dróg moczowych nie wystąpiła

Diagnoza pielęgnarska nr 12.

Ryzyko wystąpienia niedożywienia

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu niedożywienia

Realizacja: przygotowanie pacjentki do wprowadzenia diety doustnej, wprowadzenie preparatu Supportan do odżywiania w uzgodnieniu z lekarzem, kontrola masy ciała dwa razy dziennie

Ocena: Niedożywienie nie wystąpiło

Diagnoza pielęgnarska nr 13.

Ryzyko wystąpienia powikłań płucnych niedodmy płuc

Cel opieki: Zapobieganie występowaniu niedodmy płuc

Realizacja: wczesne uruchomienie pacjentki, rehabilitacja oddechowa, ćwiczenia oddechowe, kontrola parametrów życiowych, ewakuacja wydzieliny, odsysanie

Ocena: Nie doszło do niedodmy płuc

Zalecenia dla pacjentki do domu

Pacjentka w dniu wypisu otrzymała zalecenia zarówno lekarskie jak i pielęgnarskie. Zalecono pacjentce, aby zgłosiła się na kontrolę do Poradni chirurgicznej i w Ośrodku prowadzącym zasadnicze leczenie. Poinformowano pacjentkę o konieczności wcześniejszej rejestracji. Ponadto zwrócono uwagę na konieczność kontynuowania leczenia w Poradni nefrologicznej. Zaznaczono, iż stosowanie operacyjnego pasa brzuszego przez okres 3 - 6 miesięcy jest konieczne. Poinformowano, że w razie utrzymujących się dolegliwości bólowych może zastosować łagodne środki przeciwbólowe np.: Paracetamol lub Ibuprofen. Postanowiono, że dalsze leczenie chorób przewlekłych u pacjentki ma odbywać się według dotychczasowego schematu. Dawkowanie leków immunosupresyjnych pacjentka powinna ustalić z Ośrodkiem transplantacyjnym. Przekazano informację, że wskazane jest usunięcie cewnika pig-tail, wskazana konsultacja urologiczna za 5-7 dni. Poinformowano, że w domu należy kontynuować rehabilitację ruchową i oddechową. Wypisano Receptę na AQUACEL Ag+ Extra 10x10 cm, Poinformowano o tym, że opatrunek ten należy dociąć do rozmiaru 5x10 i umieścić bezpośrednio na ranie (pod lateksowymi poprzeczkami zabezpieczającymi szwy). Mepilex 17,5x17,5 - opatrunek piankowy należy położyć na wierzchu (również po

docięciu do rozmiaru rany). Z pozostałych zaleceń poinformowano, że pozostawione szwy skórne należy usunąć po około 14 dniach. Natomiast dren należy usunąć po ustaniu gromadzenia się płynu, ale nie wcześniej niż za 2 tyg. Przekazano, że do zmiany opatrunku niezbędne są kompresy jałowe 7,5x7,5 cm oraz płyn odkażający np. Octenisept i plaster sterylny z opatrunkiem dobrany do długości rany np. Elastopore Steril, FixoporeS, Cosmopor steril itd., który jest do kupienia w aptece bez recepty. Poinformowano, że suchy opatrunek bez widocznych zabrudzeń może pozostać na ranie nawet przez kilka dni. Zalecono kąpiele pod prysznicem, w założonym opatrunku natomiast zwrócono uwagę, aby unikać kąpieli w wannie i długotrwałego moczenia rany. Po kąpieli należy osuszyć skórę ręcznikiem i następnie usunąć poprzedni opatrunek. Wskazano, aby delikatnie przecierać ranę środkiem odkażającym nasączonym gazikiem. Poinformowano, że ranę należy pokryć plastrem sterylnym z opatrunkiem. Gdyby występowały objawy niepokojące wymagające wcześniejszej zmiany opatrunku takie jak wyciek krwi lub wydzielina z rany, bolesność rany, to należy skonsultować ten fakt z lekarzem w Poradni Chirurgicznej. Przekazano, że opatrunek powinien zostać na ranie do czasu usunięcia szwów a następnie jeszcze przez kilka dni zgodnie zaleceniem lekarza (zależnie od postępu gojenia rany).

Pacjentka w dniu wypisu ze szpitala otrzymała również zalecenia dietetyczne, gdzie została poinformowana, że po operacji powinna przyjmować co najmniej 5 posiłków dziennie (małe porcje) i pić podobnie jak osoby zdrowe, co najmniej 1,5 litra płynów na dobę. Powinna unikać takich produktów jak pieczywo żytnie i razowe, tłuste mięso, a w szczególności wieprzowina, dziczyzna i kaczka, sery dojrzewające i tłuste oraz grube makarony i kasza. Aby załagodzić dolegliwości układu pokarmowego pacjentka została poinformowana, że dieta powinna być oprócz uboga ostre przyprawy i przetwory owocowe na bazie cukru. Chora otrzymała także informację, że jeśli wystąpią dolegliwości ze strony układu to należy zachować ostrożność w spożywaniu roślin strączkowych takich jak: fasola, groch, bób. Rośliny strączkowe są ciężkostrawne i powodujące wzdęcia. Wskazano unikać potraw smażonych zastępując je lekkostrawnymi potrawami gotowanymi w szczególności na parze oraz pieczonymi lub duszonymi w folii. Zalecenia powinny być przestrzegane przez okres od 2 do 4 tygodni, w zależności od utrzymujących się dolegliwości i tempa powrotu do zdrowia. Po operacji podkreślono, aby chora zwróciła szczególną uwagę na to, aby nie zwiększyć masy ciała w okresie rekonwalescencji, co może zmniejszyć skuteczność przeprowadzonego leczenia.

Pacjentka otrzymała także szereg zaleceń odnoszących się do prowadzenia trybu życia po operacji. W tym miejscu, w zależności od charakteru operacji, proces powrotu do zdrowia

zajmuje kilka tygodni, o czym poinformowano chorą w dniu wypisu. Pacjentka otrzymała w zaleceniach, że odczucie zmęczenia i osłabienia po powrocie do domu jest normalne. Może pojawić się rozdrażnienie wraz z przygnębieniem. Chora powinna przez 2-3 tygodnie prowadzić oszczędzający tryb życia. Pacjentce ponadto przekazano informację, iż ćwiczenia oddechowe i krótkie spacerki przyspieszają rekonwalescencję i zmniejszają ryzyko powikłań zakrzepowo – zatorowych związanych z unieruchomieniem. Nie zalecano długotrwałego przebywania w łóżku lub fotelu. Na początku aktywność fizyczna chorej powinna się ograniczyć do drobnych prac domowych takich jak np.: zmywanie naczyń, przygotowywanie posiłków itp. Po operacji narządów jamy brzusznej przez kilka miesięcy chora nie może dźwigać ciężkich przedmiotów.

WNIOSKI

1. Najczęstszymi problemami pielęgnacyjno-opiekuńczymi u pacjentki po przeszczepie nerki z powikłaniem tj.: z powodu rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej a w konsekwencji wytrzewienia pętli jelitowej, były: brak stabilności emocjonalnej, duszność, trudności z zasypianiem, ból pooperacyjny.
2. Cukrzyca insulinozależna oraz otyłość, a także nadciśnienie tętnicze występujące u pacjentki, wiązało się z wystąpieniem powikłań szczególnie w zakresie gojenia się rany pooperacyjnej.
3. Zastosowanie leczenia podciśnieniowego na ranę pooperacyjną dało pozytywny rezultat w postaci ustąpienia stanu zapalnego, jak i wysięku z rany.
4. Długotrwała hospitalizacja miała negatywny wpływ na stan psychiczny pacjentki, stąd po konsultacji lekarza psychiatrii zastosowano leczenie farmakologiczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Pazik J., Durlik M.: Postępowanie przygotowawcze i przebieg ciąży u biorczynie nerki przeszczepionej - opis przypadku. Forum Nefrol. 2008, 1, 42–44.
2. Poltransplant www.poltransplant.pl „Rozpoznanie śmierci mózgu” (dostęp 05.2020).
3. Kluz M.: Kliniczne i etyczne aspekty medycyny transplantacyjnej. Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Lublin 2011, 1–36.
4. Bączkowska T., Dębska-Ślizień A., Durlik M., Klinger M., Moszkowska G., Więcek A.: Leczenie immunosupresyjne po przeszczepieniu nerki. [W:] Zalecenia dotyczące

- leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu narządów unaczynionych. Durlik M., Zienkiewicz K: Wyd. Polskie Towarzystwo Transplantacyjnego 2016, 11–15.
5. Głowiński J., Głowińska I., Małyszko J.: Powikłania chirurgiczne po przeszczepieniu nerki. Nowe sposoby leczenia. Forum Nefrol. 2016, 9, 17–22.
 6. Apanowicz J.: Metodologiczne elementy procesu poznania naukowego w teorii organizacji i zarządzania. Gdynia 2000.
 7. Krupienicz A.: Podstawy Pielęgniarstwa Repetytorium przedegzaminacyjne. Edra Urban & Partner. Wrocław 2018.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z CUKRZYCĄ TYPU I - STUDIUM PRZYPADKU

AGNIESZKA DZIUBONOS¹, EWA KULBAKA², KATARZYNA WIŚNIEWSKA³, MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL⁴, DOROTA HABRYLUK⁵

¹ Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego Białą Podlaską, Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

³ Absolwentka Akademii Humanistyczno- Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁴ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁵ NZOZ Centrum Alergologii w Lublinie. Specjalistyczna przychodnia alergologiczna. Absolwentka Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Człowieku, Lublin

WSTĘP

Cukrzyca jest przewlekłym schorzeniem metabolicznym, które ze względu na dużą liczbę występujących przypadków określa się jako chorobę społeczną. W 2016 roku na cukrzycę chorowało 371 mln ludzi na świecie. Na podstawie dotychczasowego przyrostu zachorowań szacuje się, że do 2030 roku liczba ta zwiększy się do 552 mln [1].

W cukrzycy typu I dochodzi do destrukcji komórek β , co prowadzi do poważnych niedoborów insuliny w organizmie. Przyczyną występowania cukrzycy typu I mogą być procesy immunologiczne, ale w wielu przypadkach ta choroba ma pochodzenie idiopatyczne (nieznane) [2]. Cukrzyca typu I ma podłoże genetyczne. Zwiększone zachorowanie obserwuje się u rodziny osób chorych na cukrzycę związanych z nimi pokrewieństwem 1 stopnia. Na patogenezę cukrzycy typu I mogą oddziaływać niektóre czynniki środowiskowe: infekcje wirusowe (różyczka, świnka), żywność skażona chemicznie, niektóre związki chemiczne [3]. Obecnie nie wykazano żadnej metody, która zapobiegałaby cukrzycy typu I w sposób skuteczny. Dotyczy to zarówno ogólnego ujęcia populacji, jak i osób będących w grupach ryzyka [4].

Rosnąca liczba zachorowań na cukrzycę typu I może mieć swoje źródło w uwarunkowaniach genetycznych, etnicznych oraz środowiskowych. Jako jeden z trendów w częstości występowania cukrzycy typu I wymienia się także styl życia wyróżniający w szczególności mieszkańców Europy środkowej i wschodniej [5].

Cukrzyca wymaga stałego leczenia farmakologicznego. Zaleca się także zastosowanie odpowiednio dopasowanej diety i optymalnej aktywności fizycznej. Istotną rolę w leczeniu cukrzycy odgrywa poziom edukacji pacjenta oraz poziom samokontroli w tym zakresie.

U dzieci chorych na cukrzycę należy zadbać o utrzymanie prawidłowego rozwoju fizycznego (odpowiedni wzrost masy ciała, adekwatny do wieku i płci), zapewnić ochronę przed występowaniem ostrych i długotrwałych powikłań, wprowadzić umiarkowanej aktywności fizycznej oraz pilnować o kontrolowaniu glikemii (na czczo i przed posiłkiem oraz 2 godziny po rozpoczęciu posiłku) [6].

Cukrzyca jako schorzenie długotrwałe powoduje szereg niekorzystnych następstw w życiu każdego pacjenta. Może zaburzać przebieg poszczególnych procesów istotnych z punktu widzenia prawidłowego rozwoju organizmu. Wymaga też wysokiej samodyscypliny w zakresie odżywiania, kontrolowania stężenia glukozy we krwi oraz regularnej insulinoterapii.

Jako że leczenie cukrzycy ma charakter przewlekły, każdy pacjent powinien zostać poddany właściwemu przygotowaniu na drodze rzetelnego procesu terapeutycznego [7].

W toku leczenia cukrzycy istotne jest wsparcie ze strony rodziny, znajomych oraz wyszkolonego personelu medycznego. Odpowiedzialnością zwłaszcza tych ostatnich jest udzielanie pomocy, edukowanie oraz uświadamianie pacjentów w kwestii najbardziej odpowiednich sposobów radzenia sobie z różnymi aspektami choroby [8].

Opieka nad pacjentem z cukrzycą wymaga zaangażowania zespołu terapeutycznego, w którego składzie znajdzie się pielęgniarka, psycholog, diabetolog, dietetyk oraz edukator diabetologiczny. W toku trwania leczenia istotny jest udział specjalistów, którzy skupią się na potrzebach i problemach pacjenta oraz przełożą wiedzę potrzebną do optymalnego funkcjonowania [9].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest wskazanie najczęstszych problemów pacjenta leczącego się na cukrzycę oraz określenie zadań pielęgniarek i personelu medycznego, którzy mogą skutecznie pomagać w rozwiązywaniu tych trudności.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Do gromadzenia danych o pacjencie wykorzystano obserwację, wywiad, analizę dokumentów oraz pomiar. Analizie poddano kartę obserwacji pacjenta, kartę gorączkową, kartę zaleceń lekarskich, historię choroby.

Opis przypadku klinicznego

Pacjent A.A to chłopiec w wieku 6 lat. Wcześniejsze choroby, które przeżył to infekcje górnych dróg oddechowych oraz zapalenie ucha środkowego. Przed zgłoszeniem się do szpitala, pacjent nie był leczony długotrwale na żadne inne schorzenia.

W marcu 2018 roku pacjent został przyjęty do szpitala w trybie nagłym. Powodem zgłoszenia była obserwacja matki wskazująca na wielomocz objawiający się częstszym i bardziej obfitym oddawaniem moczu w ciągu dnia (poliuria) oraz w sposób niekontrolowany w ciągu nocy (nycturia). Wcześniej, w przychodni POZ u A.A zaobserwowano zwiększone zapotrzebowanie na płyny oraz spadek masy ciała o 1200 g w ciągu 1 miesiąca przy jednoczesnym wzroście apetytu. Zmieniło się także zachowanie pacjenta: pojawiła się apatia, rozdrażnienie i zwiększyła się ilość czasu w której A.A nie podejmował żadnej aktywności ruchowej.

W trakcie przyjęcia do szpitala pacjent był osłabiony i sygnalizował wysokie zapotrzebowanie na płyny. Zaobserwowano u niego lekko przyspieszone tętno, ból brzucha z objawami otrzewnowymi oraz woń acetonu w wydychanym powietrzu. Skierowano pacjenta na oddział endokrynologiczny celem przeprowadzenia kontrolnego pomiaru stężenia cukru we krwi. Badanie wykonane glukometrem wykazało stężenie cukru na poziomie 288 mg/dl (16 mmol/l). Na podstawie badania próbki krwi pacjenta potwierdzono zwiększony poziom glukozy. Dodatkowe badanie moczu ujawniło glikozurię i acetonurię.

Rozpoznanie lekarskie stwierdziło hiperglikemię w cukrzycy z wyrównaną kwasicią ketonową (DKA). Podczas pobytu w szpitalu pacjent został nawodniony solą fizjologiczną dożylnie oraz niewielkimi ilościami płynów z kwasem cytrynowym doustnie. Zalecono stałe kontrolowanie stężenia glukozy we krwi, oznaczanie glukozy i ciał ketonowych w oddawanym moczu oraz kontrolę stężenia glukozy we krwi na podstawie badań laboratoryjnych co 2-4 godziny. Pacjentowi wykonano badania EKG i podłączono go do pulsoksymetru równocześnie monitorując funkcje życiowe i kontrolując diurezę. W pierwszym etapie leczenia włączono też terapię insulinową w ciągłym wlewie dożylnym z insuliną krótko działającą (Actrapid HM). W drugim etapie leczenia, po ustąpieniu kwasicy

metabolicznej, wprowadzono odżywianie enteralne (dieta wysoko węglowodanowa). Zalecono też insulinoterapię w iniekcjach podskórnych w przypadku odnotowania stężenia glukozy na poziomie normy 70-90 mg/dmol.

PROCES PIELEGNOWANIA DZIECKA Z CUKRZYCĄ TYPU I

W procesie opieki nad pacjentem małoletnim, istotne jest by personel pielęgniarski objął opieką zarówno pacjenta, jak i jego rodziców. Zadania pielęgniarki w tym zakresie dotyczą wielu różnych aspektów związanych z edukacją i pielęgnacją:

1. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia odwodnienia.

Cel opieki: Zapobieganie odwodnieniu organizmu.

Działania pielęgniarskie:

1. Na zlecenie lekarza: wykonanie badań krwi na oznaczenie elektrolitów; wprowadzenie nawadniania parenteralnego solą fizjologiczną z 0,9% NaCl (ok. 60-90 min).
2. Kontrolowanie diurezy.
3. Kontrolowanie gospodarki wodno-elektrolitowej co 4 godziny.

Działania w tym obszarze sprowadzają się do zapobiegania powikłaniom cukrzycowym. Postępowanie pielęgniarki pomogło wyrównać niedobory w płynach.

2. Diagnoza pielęgniarska Ryzyko wystąpienia powikłań w przebiegu kwasicy ketonowej.

Cel opieki: Wykrywanie powikłań w cukrzycy na wczesnym etapie oraz zapobieganie im.

Działania pielęgniarskie:

1. Monitorowanie: stanu świadomości pacjenta, funkcjonowania układu krążenia, częstotliwości oddechów, poziomu nawodnienia (elastyczność skóry, nawilżenie błon śluzowych, odczuwanie pragnienia).
2. Obserwowanie pacjenta i wychwytywanie objawów mogących wskazywać na stan pogłębionej kwasicy (nudności, wymioty, bóle głowy, wyraźne osłabienie).
3. Sprawdzanie parametrów takich jak: ciśnienie tętnicze, temperatura ciała, tętno (kontrola co 4 godziny).
4. Na zlecenie lekarza: badania laboratoryjne wykazujące stężenie mocznika, kreatyniny oraz równowagi kwasowo-zasadowej; oznaczenie glikozurii i ketonurii w moczu.

Działania wdrażane w tym obszarze ochroniły pacjenta przed pogłębieniem objawów kwasicy oraz wystąpieniem powikłań w cukrzycy.

3. Diagnoza pielęgniarska Zaburzenia w gospodarce węglowodanowej.

Cel opieki: Wyeliminowanie lub załagodzenie zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Działania pielęgniarskie:

1. Na zlecenie lekarza: sprawdzenie poziomu glikemii przy użyciu glukometru; badanie krwi w laboratorium pod kątem oznaczenia glikemii, mocznika, kreatyniny; insulinoterapia dożylna z zastosowaniem pompy infuzyjnej dla zmniejszenia poziomu cukru we krwi.
2. Sprawdzanie cukru we krwi przy zastosowaniu glukometru (co godzinę).
3. Sporządzanie dokumentacji insulinoterapii i uczestniczenie w badaniach diagnostycznych w celu weryfikacji postępów zastosowanego leczenia.

Działania podejmowane przez pielęgniarkę w tym obszarze wyrównały gospodarkę węglowodanową.

4. Diagnoza pielęgniarska Zdenerwowanie i niepokój małego pacjenta oraz rodziców podczas zakładania wkłucia dożylnego.

Cel opieki: Załagodzenie niepokoju u pacjenta i jego rodziców.

Działania pielęgniarskie:

1. Wy tłumaczenie dziecku i opiekunom zasadności wkłucia dożylnego.
2. Wy tłumaczenie przebiegu procedury wkłucia dożylnego.
3. Zaaplikowanie kremu Emla w miejsce wkłucia na skórze.
4. Uświadczenie opiekunom ich wpływu na komfort psychiczny dziecka (przytulanie, uspokoianie i przytrzymywanie ma pozytywny wpływ na zachowanie dziecka).
5. Tworzenie łagodnej atmosfery zaufania: zwracanie się do pacjenta spokojnym głosem, nagradzanie odwagi słownie lub za pomocą naklejek „dzielnego pacjenta”.

Wkucie dożylne wzbudza w małym pacjencie przestrasz i może wywoływać panikę. Zdecydowane, ale łagodne postępowanie pielęgniarki pomogło uspokoić zarówno dziecko, jak i jego opiekunów.

5. Diagnoza pielęgniarska Zagrożenie zakażeniem w miejscu wkłucia dożylnego.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wdania się zakażenia w miejscu wkłucia dożylnego.

Działania pielęgniarskie:

1. Zachowanie zasad aseptyki podczas przeprowadzania wkłucia.
2. Kontrola miejsca wkłucia.

3. Zastosowanie bandaża zabezpieczającego kaniulę, aby uchronić ją przed przypadkowym wyrwaniem przez małego pacjenta.

Starannie przeprowadzone wkłucie oraz odpowiednio zabezpieczona kaniula stanowią ochronę przed zakażeniem miejsca wkłucia i nie ograniczają ruchowo pacjenta.

6. Diagnoza pielęgniarska Spadek wagi oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń w obrębie metabolizmu węglowodanów.

Cel opieki: Ustabilizowanie masy ciała.

Działania pielęgniarskie:

1. Na zlecenie lekarza: Wprowadzenie karmienia enteralnego przy unormowanym stężeniu glukozy we krwi; odpowiednie dostosowanie dawek insuliny podawanych w podskórnych iniekcjach; aplikowanie insuliny przed posiłkami.
2. Monitorowanie masy ciała i oznaczanie jej na siatkach centylowych.
3. Określenie zapotrzebowania dobowego na insulinę przy karmieniu doustnym.

Stała kontrola pielęgniarki dotycząca odżywiania pacjenta pozwoliła na unormowanie masy ciała i zachowanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi.

7. Diagnoza pielęgniarska Niepokój wywołany brakiem wiedzy na temat choroby.

Cel opieki: Wyjaśnienie pacjentowi oraz jego opiekunom na czym polega istota cukrzycy typu I oraz wyedukowanie ich co do postępowania w przypadku pojawienia się powikłań.

Działania pielęgniarskie:

1. Objasnienie istoty cukrzycy typu I.
2. Wyedukowanie pacjenta oraz opiekunów w kwestii objawów hiperglikemii, powikłań cukrzycowych, prawidłowych praktyk w pielęgnacji pacjenta z cukrzycą.
3. Zachęcenie do współpracy z personelem medycznym (lekarz, pielęgniarka, dietetyk).
4. Zaproponowanie uczestnictwo w grupach wsparcia (poradnie diabetologiczne, towarzystwa diabetologiczne).

Nagła diagnoza wskazująca na cukrzycę typu I jest sytuacją stresującą zarówno dla małego pacjenta, jak i dla jego opiekunów. Zadaniem pielęgniarki oraz lekarzy jest przekazanie wszystkich koniecznych informacji za pomocą zrozumiałych komunikatów. W ten sposób opiekunowie oraz pacjent mogli znacznie łatwiej odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

8. Diagnoza pielęgniarstwa Brak wiedzy na temat diety w cukrzycy typu I.

Cel opieki: Edukacja dziecka i opiekunów w obszarze zasad żywienia w cukrzycy.

Działania pielęgniarstwa:

1. Przekazanie zasad zdrowego odżywiania dla osób z cukrzycą typu I: wskazanie wartości glikemicznych poszczególnych produktów, przedstawienie niezbędnych składników pokarmowych dla konkretnego pacjenta.
2. Objasnienie zależności między dietą a dawką podawanej insuliny.
3. Próba opracowania wstępnej diety dla pacjenta z cukrzycą typu I.
4. Zdefiniowanie pojęcia indeksu glikemicznego oraz wymienników węglowodanowych, a także wskazanie sposobu obliczania ich w codziennej diecie.

Dieta pacjentów z cukrzycą typu I wymaga zapoznania się z podstawowymi pojęciami i zasadami żywienia w tym zakresie. Pielęgniarka powinna stanowić pierwsze źródło informacji oraz zaproponować dalszą konsultację w poradni dietetycznej.

9. Diagnoza pielęgniarstwa Brak wiedzy na temat leczenia farmakologicznego (iniekcje podskórne insuliny).

Cel opieki: Edukacja dotycząca leczenia i zmniejszenie uczucia niepokoju wywołanego brakiem wiedzy.

Działania pielęgniarstwa:

1. Objasnienie istoty insulinoterapii.
2. Przeszkolenie pacjenta w zakresie samokontroli.
3. Objasnienie sposobu: przeliczania wymienników węglowodanowych, mierzenia stężenia glukozy za pomocą glukometru, prowadzenia dzienniczka z pomiarami.
4. Zaprezentowanie miejsc wskazanych dla przeprowadzenia wstrzyknięć insuliny.

Współpraca z personelem medycznym w kwestii insulinoterapii jest kluczowa, ponieważ pozwala odpowiednio przygotować pacjenta i opiekunów w kwestii samodzielnej kontroli poziomu insuliny we krwi.

10. Diagnoza pielęgniarstwa Lęk dotyczący rozpoznania przewlekłej choroby.

Cel opieki: Obniżenie poczucia zagubienia i niepokoju.

Działania pielęgniarstwa:

1. Postawa polegająca na empatii i zrozumieniu.
2. Zaplanowanie rozmowy pacjenta oraz opiekunów z psychologiem klinicznym.
3. Redukowanie niepokoju opiekunów poprzez przystępną edukację.

4. Wskazanie pozytywnych perspektyw: świadoma samokontrola, stosowanie insulinoterapii i odpowiednia dieta pomagają ustabilizować funkcjonowanie pacjenta oraz jego otoczenia.

Racjonalna i empatyczna postawa pielęgniarki, lekarzy i pozostałego personelu medycznego pomogła odzyskać spokój psychiczny i zniwelowała poczucie zagrożenia i strachu wywołanego perspektywą długofalowego leczenia.

WNIOSKI

Informacje zebrane w procesie badawczym przyczyniły się do sformułowania następujących wniosków:

1. Dziecko chorujące na cukrzycę typu I jest samodzielne ruchowo, ale niezdolne do podjęcia samoopieki. Rolą pielęgniarki jest wyedukowanie opiekunów w kwestii diety, farmakoterapii i prawidłowych praktyk postępowania przy cukrzycy typu I. Do zadań pielęgniarki należy także oswojenie małego pacjenta oraz jego opiekunów z nową sytuacją, a także przygotowanie ich do sytuacji długotrwałego leczenia.
2. Przewlekła choroba przenika do wielu obszarów życia pacjenta oraz jego najbliższego otoczenia. Wymaga wysokiej świadomości co do znaczenia poszczególnych symptomów, jak również ciągłej kontroli w kwestii odżywiania i farmakoterapii. Cukrzyca typu I stwarza wiele zagrożeń i może stanowić ograniczenie w niektórych sytuacjach. Jednakże wiedza pochodząca z rzetelnego źródła pomaga znaleźć rozwiązania na najbardziej powszechne problemy dotyczące cukrzycy i ułatwia funkcjonowanie na podobnym poziomie aktywności co osoby zdrowe.
3. W wyniku sytuacji zdrowotnej pacjenta oraz jego opiekunów mogą występować odczucia takie jak: niepokój, dezorientacja, stres oraz poczucie zagrożenia. Sumienna pielęgnacja pacjenta chorego na cukrzycę oraz odpowiednia postawa w stosunku do jego opiekunów pomaga pozbyć się nieprzyjemnych odczuć i odzyskać spokój psychiczny.
4. Pacjent ze zdiagnozowaną cukrzycą typu I, jak również jego najbliższe otoczenie nie posiadają wiedzy odnośnie diety, technik pomiaru stężenia glukozy we krwi oraz insulinoterapii. Zadaniem pielęgniarki jest rozwinięcie umiejętności we wskazanych sferach.
5. Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w kwestii pielęgnacji pacjenta z cukrzycą typu I oraz w zakresie edukacji zarówno pacjenta jak i jego najbliższego otoczenia. Personel

medyczny jest pierwszym i bezpośrednim źródłem wiedzy dla osób ze zdiagnozowaną cukrzycą oraz dla ich rodzin i bliskich.

PODSUMOWANIE

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, która dotyka ludzi w różnym wieku. Obliczono, że cukrzyca występuje u 1 na 500 dzieci poniżej 18 roku życia. Niekontrolowana może powodować ostre powikłania będące zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentów [10].

Obserwacje pacjentów chorych na cukrzycę potwierdziły istotę działań podejmowanych przez pielęgniarki i personel medyczny. W tym zakresie ważne są zadania edukacyjne polegające na informowaniu o istocie choroby, hipoglikemii, hiperglikemii, insulinoterapii, diecie, kontroli poszczególnych wskaźników, możliwych powikłaniach [11].

Kluczowe znaczenie dla leczenia cukrzycy ma również kondycja psychiczna pacjenta oraz jego najbliższego otoczenia. Ważne, aby już na wczesnym etapie (tuż po zdiagnozowaniu choroby) zadbać o psychoterapię dziecka. W ten sposób pacjent zyska umiejętność przezwyciężania stresu spowodowanego przewlekłą i nieuleczalną chorobą. W ramach tej terapii ważna jest rola psychologa oraz pielęgniarki. Dobrą praktyką jest także rekomendowanie chorym organizacji zrzeszających cukrzyków [12].

W leczeniu chorób przewlekłych szczególnie ważne jest wsparcie udzielane przez personel medyczny: edukacja, wspieranie i pielęgnacja. Dbanie o dobrą kondycję psychiczną pacjenta i jego opiekunów jest niezbędne dla prawidłowego przebiegu leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Pilecki O., Kalkstein-Nawrocka E., Żbikowska-Bojko M., i wsp.: Wzrost u dzieci z cukrzycą typu 1. *Endokrynologia Pediatria*, 2016, 15(4), 9. DOI: 10.18544/EP-01.15.04.1652.
2. Lech M., Szalecki M.: Postępowanie diagnostyczne w przypadku hiperglikemii u dzieci. *Klinika Pediatria*, 2012, 20(5), 51 -53.
3. Chojnowski P., Wasyluk J., Grabska – Liberek I.: Cukrzyca – epidemiologia i patogeneza. *Postępy Nauk Medycznych*, 2009, 22(6), 424-427.
4. Rogowicz – Frątczak A.: Cukrzyca typu 1: czym się wyróżnia? O przyczynach, objawach i leczeniu, <https://cukrzyca.pl/cukrzyca-typu-1/> [dostęp: 24.08.2020].
5. Stefanowicz A.: Trendy w częstości występowania cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży w Europie. *Standardy Medyczne*, 2009, 6(5), 725 – 726.

6. Gumprecht J.: Zalecenia Kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Diabetologia praktyczna. Via Medica, 2018, 4(1), 16–17.
7. Trojanowska A., Markut- Miotła E.: Postawy wobec choroby u dzieci z cukrzycą typu 1. Endokrynologia Pediatria, 2014, 13(2), 50. DOI: 10.18544/EP-01.13.02.1485.
8. Sulewska M., Mikulska A.:Pamiętać o problemach chorego na cukrzycę. Medycyna Rodzinna, 2007, 2, 34 – 35
9. Brandt A., Szmigiero -Kawko M., Myśliwiec M.: Ogólne zasady organizacji leczenia. Opieka nad dzieckiem z cukrzycą w specjalistycznej poradni i na oddziale diabetologicznym [w:] Diabetologia wieku rozwojowego, Myśliwiec M., Jarosz-Chobot P. (red). PZWL , Warszawa, 2018.
10. Szadkowska A.: Problemy medyczno – socjalne dzieci chorych na cukrzycę typu 1. Przegląd Pediatria, 2008, 38(2), 157 – 159.
11. Stefanowicz A., Birkholz D., Wójcicka B., i wsp.: Rola pielęgniarki w edukacji chorego na cukrzycę typu 1i/lub jego rodziny. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17(4), 347 – 349.
12. Pyczek D.: Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z cukrzycą. Poradnik diabetologiczny, 2017, 1, 423 – 425.

ŚWIADOMOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT TRANSPLANTOLOGII

PAWEŁ BUCZYŃSKI¹, KRYSZYNA KLIMASZEWSKA²

¹ Absolwent Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Transplantacja jest młodą dziedziną naukowo medyczną jednak bardzo dynamicznie rozwijającą się. Postem w medycynie sprawił wydłużenie czasu życia pacjentów w skrajnie zaawansowanych stadiach choroby. Dzięki rozwojowi transplantologii można podejmować działania lecznicze przy skrajnie trudnych przypadkach, w których dotychczasowe leczenie nie przynosiło rezultatów a brak dalszego leczenia powodował śmierć chorego. Przeszczepianie tkanek, komórek oraz narządów przyczyniło się do poprawy jakości życia wielu pacjentów a także dało nadzieję na dalsze leczenie i normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Świadomość społeczeństwa na temat transplantologii jest coraz większa. Coraz więcej młodych ludzi decyduje się na wypełnienie oświadczenia woli dzięki któremu po ich śmierci, jeśli to możliwe będą od nich pobrane narządy i przekazane osobom potrzebującym. Jednak pomimo takich działań obecnie jest niewystarczająca ilość narządów, tkanek lub komórek dla wszystkich potrzebujących. Pomimo trwania intensywnych prac nad wytworzeniem sztucznie narządów z ludzkich komórek to transplantologia przynosi obecnie większe nadzieje, gdyż nie ma możliwości na sztuczne wytworzenie ludzkich narządów.

Obecnie w transplantologii można rozróżnić dwa rodzaje dawców: żywego oraz martwego. Większość przeszczepianych narządów pochodzi od dawców martwych, są to najczęściej dawcy wielonarządowi od których zostało pobrane więcej niż jeden przeszczep. Możliwość pobierania narządów od zmarłych nastąpiła w chwili określenia definicji śmierci mózgu, dało to bardzo duże możliwości do rozwoju transplantologii jako nauki a także był to duży skok w ilości wykonywanych transplantacji. Żywy dawca ma również bardzo duże znaczenie w transplantologii pomimo tego, że ilość przeszczepianych narządów od żywych dawców jest znacznie mniejsza to są oni jedynymi dawcami krwi oraz preparatów krwiopochodnych które są bardzo często używane w leczeniu wielu jednostek chorobowych.

Obecnie transplantologia daje bardzo duże nadzieje na wyleczenie lub znaczne przywrócenie sprawności sprzed choroby wielu ludziom. Znamiona transplantologii można znaleźć praktycznie w każdej dziedzinie medycyny a postęp w tej dziedzinie medycyny daje coraz większe nadzieje na pomoc chorym u których zastały wyczerpane możliwości tradycyjnego leczenia.

Zarys historyczny

Odkrycia historyczne pokazują, że na temat transplantologii myślały już ludy zamieszkujące starożytny Egipt, Grecję czy pierwotnie Amerykę Środkową i Południową. Powstawały wówczas różne teorie czy legendy na temat możliwości przeszczepiania kończyn a nawet zamiany ciał można tu przytoczyć Greckie legendy o Minotaurze czy Sfinksie. Mimo braku wiedzy medycznej niejednokrotnie podejmowano próby odmładzania poprzez przetaczanie krwi od młodych osób [1].

Jednak dopiero lata 60 ubiegłego wieku okazały się momentem przełomowym dla światowej transplantologii. Dzięki udoskonaleniu technik pobierania narządów ich przechowywania a także przeszczepu zaczęto dokonywać pierwszych udanych transplantacji. Dokonano wtedy również odkryć na temat rozpoznawania i leczenia procesów odrzucenia przeszczepu a także odkryto nową generację leków immunosupresyjnych [1].

Milowym krokiem w medycynie transplantacyjnej było odkrycie w 1983 roku środka, który zapobiegał odrzuceniu przeszczepu - cyklosporynę. Znacząco wpłynęła na ilość wykonywanych przeszczepów a także na ich skuteczność. Dzięki temu odkryciu prowadzenie badań na temat transplantologii przyjęło wymiar ogólnoswiatowy. Ważnym punktem w rozwoju transplantologii było usankcjonowanie etyczne oraz prawne możliwości pobierania narządów do przeszczepu. Na dynamikę rozwoju medycyny transplantacyjnej ogromny wpływ miało rozpoznanie śmierci mózgu, a także uznanie za nieodwracalną i definitywną śmierć człowieka. Termin śmierć mózgu zostało wprowadzone do katalogu szczegółowych pojęć w transplantologii, przyjęcie, że śmierć następuje w momencie obumarcia mózgu mimo zachowanych procesów oddychania i krążenia spowodowało wprowadzenie nowych regulacji prawnych a także poszerzenia możliwości pozyskiwania narządów od zmarłych dawców. Dzięki wszystkim odkryciom, które nastąpiły na przełomie ubiegłego wieku oraz ostatnich dziesięcioleci znacznie wzrosła ilość przeszczepów, poprawiła się jakość życia pacjentów a także medycyna transplantacyjna stała się realną terapeutyczną możliwością dla wielu ludzi bez wyjścia. To co było jedynie marzeniem w dzisiejszych czasach jest na wyciągnięcie ręki [1, 2].

Definicja Transplantologii

Transplantologia z łacińskiego pochodzi od słowa *transplantare* oznaczające szczepić, przesadzać oraz z greckiego *lógos* które oznacza słowo, nauka, jest to dział medycyny zajmujący się przeszczepianiem narządów, komórek i tkanek. Wyróżnia się dwie odmiany transplantologii eksperymentalna która bada mechanizmy niezbędne do przyjęcia się przeszczepu oraz kliniczną odpowiedzialną za wszystkie problemy związane z wykonywanymi przeszczepami u ludzi. Zajmuje się ona pobieraniem tkanek, narządów i komórek odpowiednim ich zabezpieczeniem oraz podział do odpowiednich ośrodków transplantacyjnych. W zakres jej obowiązków wchodzi również przygotowanie pacjenta, biorcy do otrzymania przeszczepu a także jego późniejsze leczenie. Zajmuje się również zagadnieniami prawnymi, społecznymi, etycznymi oraz ekonomicznymi które są związane z przeszczepami [3].

Stan prawny transplantacji w Polsce

Transplantologia jako jedna z dziedzin medycyny, posiada szczegółowe regulacje prawne. Zasad, którym podlega i do których podporządkowuje się transplantologia są odpowiednio opracowane odnośnie specyfikacji tej dziedziny medycznej, z jednej strony muszą umożliwiać jak najszybszy rozwój tej dziedziny w medycynie, z drugiej natomiast walczyć z możliwymi naruszeniami idei przeszczepu które wraz z rozwojem transplantologii zaczęły stanowić proceder przestępczy na przykład handel narządami ludzkimi [4].

Aktualnie najważniejszym aktem prawnym dotyczącym transplantologii w ujęciu prawnym w Polsce jest „Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”. U tej ustawie wyróżniono dwie możliwości transplantacji: od martwego dawcy – *ex mortuo*, oraz od żywego dawcy – *ex vivo* [5].

Ustawa umożliwia pobranie narządów, tkanek lub komórek od zmarłego dawcy przeszczepu tylko i wyłącznie w celach dydaktycznych, naukowych, leczniczych lub diagnostycznych. Podczas pobierania narządów, tkanek lub komórek od zmarłego dawcy należy zastanowić się nad pewnymi aspektami tego zagadnienia, mianowicie na dokładnym określeniu przyczyny oraz momentu śmierci, a także wyrażeniu zgody lub sprzeciwu na temat pobrania przeszczepu. Wykonanie transplantacji od zmarłego pacjenta jest możliwe w chwili potwierdzenia nieodwracalnego i trwałego zatrzymania czynności mózgu co nazywane jest śmiercią mózgu, lub nieodwracalne zatrzymanie krążenia powodujące zgon pacjenta. Cała procedura mająca na celu potwierdzenie śmierci mózgu uregulowana została przez Ministra Zdrowia w „Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 roku w sprawie sposobu

i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu” w ustawie przewidziane jest dwustopniowe diagnozowanie śmierci mózgu w I etapie badana jest przyczyna, która doprowadziła do skrajnego uszkodzenia mózgu, stwierdzenie śmierci mózgu, oraz przeprowadzenie wstępnej obserwacji. W II etapie dokonuje się dwukrotnej oceny stwierdzeń i wykluczeń, wykonanie dwukrotnie badań potwierdzających śmierć mózgu, oraz nieodwracalny bezdech, jeżeli występuje taka konieczność dokonanie badania instrumentalnego [6].

Pobieranie narządów, tkanek i komórek od żywych dawców, uregulowane jest w artykuale 12 ustawy o transplantacji. Pobranie przeszczepu może nastąpić w momencie, gdy biorcą przeszczepu jest krewny w linii prostej na przykład rodzeństwo a także po uzyskaniu sądowej zgody dla innej osoby pod warunkiem uzasadnienia tego szczególnymi więzami osobistymi. Przykładem szczególnych względów osobistych jest wykonanie przeszczepu biologicznego ojca, który nie jest mężem biologicznej matki dziecka lub wystąpienie zgodności genetycznej przy braku powiązań prawnych na przykład, gdy biologiczna matka dziecka jest niezamężna oraz nie zostało ustalone prawne ojcostwo. Inną regulacją prawną jest pobranie komórek lub tkanek regenerujących się na przykład szpik kostny oraz krew na rzecz niespokrewnionej osoby. Ważnym jest, że brak wytycznych nie ma zastosowania w przeszczepie regenerującego się narządu to jest wątroby, a jedynie tkanek i komórek na rzecz niespokrewnionego biorcy. Przed pobraniem powinny zostać wykonane niezbędne badania lekarskie których zadaniem jest określenie ryzyka związanego z tym rodzajem zabiegu, oraz czy nie zostanie w trwały sposób uszkodzone zdrowie dawcy. Dawca przed wyrażeniem zgody powinien być dokładnie poinformowany o ryzyku związanym z wykonywanym zabiegiem przez lekarza wykonującego zabieg oraz innego nie uczestniczącego w zabiegu w formie pisemnej [6].

Kwalifikacja żywych dawców przeszczepu

- Aby zostać żywym dawcą narządów oprócz wielu restrykcji prawnych należy spełnić też normy medyczne. W kwalifikacji żywych dawców narządów należy zadać trzy pytania, które będą wstępnie definiowały, czy możliwość zostanie dawcą:
- czy istnieje wyższe ryzyko wykonania zabiegu niż można było przewidzieć
- czy potencjalny biorca przeszczepu nie jest narażony na możliwość przeniesienia złośliwego nowotworu wraz z otrzymanym przeszczepem lub możliwości wprowadzenia zakażenia przez otrzymany przeszczep oraz czy nie istnieje

podwyższone ryzyko wczesnej utrat przeszczepu z powodu nawrotu choroby podstawowej

- jak wysokie jest ryzyko pogorszenia stanu zdrowia dawcy w przyszłości z powodu oddania przeszczepu [7].

Po spełnieniu wytycznych prawnych które są zawarte w ustawie transplantacyjnej odnośnie możliwości oddania narządów, tkanek i komórek bezpośrednio osobom spokrewnionym lub z którymi jest połączony szczególnymi więzami emocjonalnymi potencjalny dawca musi wyrazić świadomą i nieprzymuszoną zgodę na zabieg pobrania przeszczepu. Pobranie przeszczepu jest ingerencją w ludzki orgazm która nie powoduje poprawy stanu zdrowia dawcy co uderza w zasadę etyki „po pierwsze nie szkodzić”.

Potencjalny dawca musi być w stanie do:

- podejmowania samodzielnych decyzji
- wyrażenia chęć oddania przeszczepu
- nie może być pod naciskiem presji lub zmuszany do oddania przeszczepu
- musi spełniać wszystkie normy zgodności z potencjalnym biorą
- musi być w sposób zrozumiały dla niego poinformowany o ryzyku i możliwych związanych powikłaniach związanych z oddaniem przeszczepu
- muszą być mu przedstawione inne możliwości leczenia biorcy
- musi być poinformowany o możliwości rezygnacji z oddania przeszczepu w każdej chwili

Przeciwwskazania bezwzględne dla żywych dawców przeszczepu:

- choroba psychiczna która uniemożliwia zrozumienie ryzyka związanego z oddaniem przeszczepu
- objawy chorobowe związane z przeszczepem
- objawy ze strony układów sprzyjające powstawaniu chorób
- choroba nowotworowa
- zaburzenia krzepnięcia
- zakażenie wirusem HIV, HBV, HCV
- ciąża
- choroba płuc

Przeciwwskazania względne żywych dawców przeszczepu:

- wiek ponad 60 lat
- BMI powyżej 30

- nadciśnienie tętnicze
- młody dawca z wywiadem chorób rodzinnych związanych z oddawanym przeszczepem
- niewielkie nieprawidłowości ze strony układów [8].

Warunki które trzeba spełnić, aby zostać dawcą przeszczepu

Osoba, która jest kwalifikowana do oddania tkanek, komórek lub narządów nazwana jest kandydatem do przeszczepu. Musi on poddać się niezbędnym badaniom lekarskim których celem jest stwierdzenie czy pobranie tkanek, komórek i narządów od kandydata nie spowoduje i niego lub biorcy zagrożenia zdrowia lub życia. Lekarz kwalifikujący do przeszczepu wystawia orzeczenie o stanie zdrowia kandydata które musi zawierać wywiad oraz badania przedmiotowe w których skład wchodzi pomocnicze badania diagnostyczne. Podstawowe przeciwwskazania do pobrania komórek, tkanek i narządów od kandydata są ustalane za pomocą wywiadu lekarskiego. Badania przedmiotowe pozwalają ustalić obecny stan zdrowia z uwzględnieniem odchyłeń od prawidłowej budowy ciała. Potencjalnemu dawcy narządów, tkanek i komórek wykonywane są badania takie jak:

- badanie krwi z uwzględnieniem morfologii z rozmazem krwinek białych, opadanie krwinek, badanie biochemii z uwzględnieniem potasu, sodu, glukozy, bilirubiny, kreatyniny, aminotransferaz alaninowej i asparaginianowej, białka ostrej fazy C
- badanie ogólne moczu
- badanie ultrasonograficzne wątroby i nerek a także inne badania diagnostyczne niezbędne do określenia stanu zdrowia kandydata

Orzeczenie o stanie zdrowia powinno zawierać stwierdzenie o braku przeciwwskazań do pobrania narządów tkanek i komórek lub brak kwalifikacji do pobrania przeszczepu. Dokumentacja medyczna zawiera orzeczenie o stanie zdrowia kandydata, wywiad lekarski oraz wyniki badań przedmiotowych [9].

Przygotowanie dawcy przed zabiegiem

Jeżeli potwierdzi się ostatecznie zgodność pomiędzy dawcą a biorcą przeszczepu wdraża się procedurę medyczną która odbywa się w jednym z ośrodków zajmujących się pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów. Przed rozpoczęciem zabiegu lekarz ponownie bada dawcę pod kątem wydolności układów oraz ocenia ryzyko związane z pobieraniem przeszczepu, ostatecznie pyta czy dawca jest świadomy podejmowanej decyzji oraz czy jest świadomy konsekwencji jakie są z tym związane. Lekarz w sposób jasny i zrozumiały musi wytłumaczyć metodę oraz przebieg całej operacji. Procedura postępowania z dawcą przed zabiegiem jest podobna jak przed każdą planową operacją. Operator wybiera

metodę pobrania przeszczepu którą wcześniej dokładnie wyjaśnia dawcy. W zależności o rodzaju pobranego przeszczepu oraz metodzie jaka została zastosowana dawca zostaje poddany kilkudniowej hospitalizacji. W wyniku wystąpienia jakichkolwiek powikłań pooperacyjnych lub związanych z pobranym przeszczepem wdrażane jest natychmiastowe leczenie w klinice transplantacyjnej [10].

Kwalifikacja zmarłych dawców narządów

Definicja śmierci mózgu została wprowadzona w Polsce 1 lipca 1984 roku co umożliwiło pobieranie tkanek, narządów oraz komórek od zmarłych dawców. Możliwe jest to tylko i wyłącznie w celach leczniczych, diagnostycznych, naukowych i dydaktycznych. A sama definicja była kilkakrotnie nowelizowana, aby uniknąć pomyłek w dokonywaniu oceny śmierci mózgu. Aby przystąpić do kwalifikacji zmarłego dawcy narządów, komórek i tkanek należy uzyskać zgodę na pobranie. Zgodę może udzielić prawny opiekun lub osoba najbliższej spokrewniona z potencjalnym dawcą na przykład matka lub żona, zgodę może wyrazić również sam dawca w trakcie życia. Można tego dokonać wypełniając „oświadczenie woli” które można znaleźć między innymi na stronie internetowej lub wyrażenie zgody domniemanej, czyli przekazanie ustnej informacji na temat chęci pośmiertnego zostanie dawcą. Podczas kwalifikacji komisja musi stwierdzić okoliczności manifestujące śmierć mózgu takich jak: pacjent jest w śpiączce, przyczyna śpiączki pacjenta została ustalona, pacjent jest sztucznie wentylowany, wystąpiło pierwotne lub wtórne uszkodzenie mózgu oraz uszkodzenie mózgu jest nieodwracalne przy wykorzystaniu wszystkich możliwości terapeutycznych oraz czasu. Wykluczyć należy również chorych po zatruciu oraz pod wpływem niektórych środków farmakologicznych oraz narkotyków [11].

Stwierdzenie śmierci mózgu

Bazując doświadczeniu, wiedzy teoretycznej i praktycznej udowodniono, że śmierć człowieka jest złożonym procesem oznaczającym, że śmierć poszczególnych komórek, tkanek i narządów następuje w różnym czasie. Umieranie człowieka powoduje rozpad funkcjonowania poszczególnych układów jako spójnej całości przez utratę funkcji kolejnych narządów, tkanek i komórek w różnych momentach, wykazuje to, że poszczególne układy człowieka mogą niezależnie funkcjonować bez współpracy z już obumarłymi komórkami. Można wtedy stwierdzić zatrzymanie funkcji mózgu przy jednocześnie zachowanym krążeniu krwi, czynnikiem definiującym śmierć mózgu jest nieodwracalna utrata czynności pnia mózgu. Pień mózgu tworzą trzy struktury śródmózgowie, most oraz rdzeń przedłużony, są w nim umiejscowione nerwy czaszkowe, a także przebiegają przez niego szlaki oddechowe

i dokorowe. Siatkowy system aktywujący składa się z tworzących wspólne połączenia włókien nerwowych oraz jąder podkorowych, usytuowany jest w centrum pnia mózgu i tworzy podstawę świadomości czuwającej. Zawiera on także ośrodki kontrolujące układ krążenia, stabilizuje je, a także odpowiada za układ oddechowy. Pień jest bardzo zwarty strukturalnie jak i czynnościowo dla tego nawet niewielkie jego uszkodzenie może zniszczyć układ krążenia, oraz oddechowy. Uszkodzenie pnia może spowodować zaburzenia przesyłu informacji pomiędzy korą a ośrodkami w pniu mózgu, w wyniku czego może dojść do zniszczenia połączenia między ośrodkami korowymi a także doprowadzić do wyłączenia świadomości. Uszkodzenie w tworze siatkowym powoduje zanik oraz upośledzenie funkcji poznawczych co klinicznie przejawia się głęboką śpiączką. Trwałe uszkodzenia pnia mózgu może zostać zdefiniowane po wykonaniu szeregu badań stwierdzających brak spontanicznego oddechu oraz brak odruchów nerwowych. Wynik takiej oceny w większości przypadków wystarczy, aby potwierdzić śmierć mózgu. W przypadku urazów twarzoczaszki oraz nietypowych odruchów które mogą wystąpić między innymi po zatruciu niezbędnym jest potwierdzenie śmierci mózgu przez wykonanie badań instrumentalnych. Jeżeli wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych i obrazowych potwierdzą arefleksję i trwałą bezdech bez widocznych czynników wpływających na stan pacjenta można wdrożyć drugi etap stwierdzania śmierci mózgu. Podczas stwierdzania śmierci mózgu bada się między innymi:

- reakcje źrenic na światło
- odruchy rogówkowe
- ruch spontaniczny gałek ocznych
- ruch gałek ocznych przy próbie kalorycznej
- reakcję na bodźce bólowe zastosowane w obszarze nerwów czaszkowych
- reakcję mimiki twarzy przy zastosowaniu bodźców bólowych zastosowanych na unerwieniu rdzeniowym
- odruchy kaszlowe oraz wymiotne
- odruch oczno-mózgowy
- badanie trwałego bezdechu
- badanie bezdechu u pacjentów leczonych z zastosowaniem ECMO

Badania diagnostyczne II etapu stwierdzania śmierci mózgowej można wykonać 6 godzin po zakończeniu I etapu badań, istnieje możliwość skrócenia tej przerwy do 3 godzin

pod warunkiem wykorzystania badań instrumentalnych w procesie stawiania diagnozy śmierci mózgu takich jak:

- badanie EEG
- multimodalne potencjały wywołane
- przezczaszkowa ultrasonografia Dopplerowska
- angiografia mózgowa
- angiografia z zastosowaniem metody tomografii komputerowej
- perfuzja z zastosowaniem metody tomografii komputerowej
- scyntygrafia perfuzyjna [10].

Dokładne wytyczne przeprowadzenia powyższych badań diagnostycznych zostały zawarte w „Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 roku w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu”. Po zakończonym etapie diagnostycznym oraz spełnieniu warunków stwierdzających śmierć mózgową powołana jest trzyosobowa komisja składająca się z lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii neurologii oraz trzeci członek dowolnej specjalizacji których zadaniem jest ponowne zbadanie pacjenta, kontrola dokumentacji medycznej oraz sprawdzenie prawidłowości przeprowadzonych metod diagnostycznych, w przypadku braku pewności przeprowadzenie instrumentalnych badań diagnostycznych. Gdy komisja nie ma zastrzeżeń do przeprowadzonych badań stwierdza zgon pacjenta w mechanizmie zatrzymania czynności mózgu, pacjent jest wtedy uznany za zmarłego a respirator podtrzymujący czynności oddechowe wentyluje zwłoki. Z chwilą stwierdzenia zgonu należy zaprzestać terapię oraz odłączyć aparaturę podtrzymującą krążenie i oddech, terapię podtrzymującą czynności życiowe można kontynuować tylko i wyłącznie w przypadku planu pobrania komórek, tkanek lub narządów. Komisja musi jednogłośnie zweryfikować śmierć mózgu w przypadku jakichkolwiek niepewności odstępuje się od procedury stwierdzania zgonu oraz kontynuuje terapię [10,12].

Dawca wielonarządowy

Wielonarządowe pobranie charakteryzuje się pobraniem co najmniej dwóch różnych narządów. Najczęściej pobierane zostają nerki oraz jeden z narządów klatki piersiowej lub jamy brzusznej, najczęstszymi dawcami narządów zostają zmarli ze stwierdzoną śmiercią mózgu oraz bijącym sercem są to harwardzkie kryteria śmierci a także dawcy z zatrzymaną pracą serca, po nagłym zatrzymaniu krążenia. Operacja rozpoczynana jest od śródoperacyjnego zbadania jam ciała jest to konieczne uzupełnienie badań przeprowadzonych

przed zabiegiem, gdyż niekiedy zdarza się napotkać patologiczne zmiany na narządach niewidoczne podczas badań obrazowych. Ocena śródoperacyjna stwierdza czy nie ma przeciwwskazań do pobrania narządów. Podczas oceny mogą zaistnieć przeciwwskazania względna lub bezwzględne oraz wyróżnia się z nich trzy kategorie: zakaźne, nowotworowe oraz jakość przeszczepu ze względu a przydatność do przeszczepu. Dyskwalifikacja dawcy zweryfikowana jedynie na badaniach laboratoryjnych jest w wielu przypadkach niemożliwa bez bezpośredniej weryfikacji śródoperacyjnej. Wielu dawców wielonarządowych dyskwalifikuje się niesłusznie na podstawie samych badań laboratoryjnych jednak rezultatem oceny śródoperacyjnej może być natychmiastowa dyskwalifikacja do pobrania przeszczepu. Jakość pobieranych przeszczepów powinna być jak najwyższa co minimalizuje ryzyko powikłań, u biorcy które i tak jest wysokie w związku z przeprowadzaną operacją. Liczba optymalnych dawców i przeszczepów jest zbyt niska a ich niedobór sprawia, że sięga się do pobierania narządów od dawców marginalnych co znacznie zwiększa ryzyko dla życia biorcy co wzbudza problemy etyczne [12, 13].

Biorca

Najważniejszym punktem podczas prowadzenia transplantacji jest odpowiedni dobór przeszczepianego narządu, tkanki lub komórki do biorcy. Dobranie odpowiedniej pary dawca-biorca jest oparte na kilku zasadach:

- Zgodność grupy krwi w układzie AB 0
- Jak najlepsze dopasowanie zgodności tkanek HLA klasy I oraz II
- Badanie obecności w krwi biorcy komórek aloreaktywnych ukierunkowanych przeciw HLA dawcy
- Ujemny wynik próby krzyżowej pomiędzy limfocytami dawcy a surowicą krwi biorcy

Przy leczeniu, w którym się używa komórek macierzystych jedynym i koniecznym warunkiem podczas typowania jest dobranie dawcy ze zgodnym układem HLA. Przy doborze dawcy niespokrewnionego z biorcą wymagany jest dopasowanie zgodności 9 z 10 antygenów HLA [14].

Kwalifikacja biorcy do przeszczepu

Zasady ogólne podczas kwalifikacji potencjalnego biorcy polegają na zebraniu dokładnego wywiadu, przeprowadzeniu badań laboratoryjnych oraz przedmiotowych. Podczas przeszczepiania narządów ważnym jest ustalenie powodu, przez który dany narząd jest niewydolny oraz oceny resztkowej funkcji narządu. Podczas przeszczepiania komórek macierzystych główne znaczenie ma rodzaj choroby układu krwiotwórczego. Za każdym

razem szacowane jest ryzyko przeprowadzanego zabiegu dla każdego pacjenta. Badaniami obowiązkowymi dla przyszłych biorców są: EKG, RTG klatki, gastroskopie, echokardiografię, USG jamy brzusznej, czasami wymagane jest przeprowadzenie cholecystostomii u pacjentów z kamicą pęcherzyka żółciowego, USG Dopplera tętnic dogłównych, aort oraz naczyń biodrowych. Mężczyźni po 40 roku życia mają badane stężenie PSA, a kobiety po 50 roku życia mają wykonywane USG piersi oraz mammografię. W przypadku potencjalnych biorców z cukrzycą należy dokonać dokładnej diagnostyki związanej ze wszystkim powikłaniami tej choroby, gdyż w niektórych sytuacjach mogą tworzyć przeciwwskazania do operacji. Przyszły biorca musi odbyć wiele konsultacji lekarskich takich jak kardiologiczna, urologiczna, laryngologiczna, ginekologiczna, stomatologiczna, okulistyczna, psychiatryczna oraz chirurgiczna. U znacznej części pacjentów konieczna jest również ocena pracy tarczycy, koronografia, przeprowadzenie testu wysiłkowego a także dodatkowe konsultacje [15].

Przy kwalifikacji do transplantacji płuc duże znaczenie ma określenie stanu niewydolności w badaniu spirometrycznym oraz test wysiłkowy. U potencjalnych biorców serca istotne jest określenie niewydolności oraz zależność od leków wspomagających jego pracę. Biorcy komórek macierzystych muszą być szczególnie kontrolowani pod kątem infekcji, nawet najmniejsze jej źródło musi zostać usunięte przed dokonaniem transplantacji. Pacjenci oczekujący na przeszczep muszą okresowo powtarzać wszystkie badania oraz monitorowanie stanu zdrowia. Każda nowo zdiagnozowana nieprawidłowość lub pogorszenie stanu zdrowia musi być zgłaszane do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantologii „Poltransplant”.

Przed wykonaniem transplantacji należy wykluczyć przeciwwskazania względne i bezwzględne. Do bezwzględnych przeciwwskazań należą:

- Brak współpracy i zgody na wykonanie transplantacji pacjenta
- Rozsiana choroba nowotworowa
- Trwająca infekcja aż do momentu wyleczenia
- Skrajna niewydolność krążenia lub kolejnego narządu innego niż zakwalifikowany do przeszczepu z krótkim okresem rokowania
- Używki takie jak alkohol, papierosy, narkotyki
- Ciężkie choroby psychiczne
- Techniczne przeciwwskazania do wykonania operacji

Do względnych przeciwwskazań do wykonania transplantacji należą:

- Choroby pochodzenia sercowo-naczyniowego do momentu ustabilizowania stanu zdrowia pacjenta
- Krótki okres po leczeniu onkologicznym
- Trwające wirusowe zapalenie wątroby
- BMI powyżej 30
- Wady w układzie moczowym do momentu ich wyleczenia
- Upośledzenie utrudniające komunikację

Po zakwalifikowaniu biorcy przez Regionalny Ośrodek Kwalifikacji pacjent zostaje umieszczony na liście osób oczekujących na przeszczep co umożliwia poszukiwanie odpowiedniego dawcy na terenie całego kraju. Kolejność na liście oczekujących na przeszczep jest ustalana na podstawie przyznanych punktów preferencyjnych. Punkty przyznawane są za zgodność z dawcą HLA, wiek, poziom immunizacji, czas jaki chory oczekuje na przeszczep. Pierwszeństwo w otrzymaniu przeszczepu niezależnie od liczby punktów preferencyjnych tak zwany przeszczep obligatoryjny mają dane grupy pacjentów:

- Chory ze skrają niewydolnością berek bez możliwości leczenia
- Biorca pediatryczny któremu przysługuje dawca poniżej 16 roku życia
- Zgodność co najmniej 6 antygenów HLA dla transplantacji narządowych
- Chorzy z PRA przekraczającym 80%
- Biorcy powyżej 60 roku życia od dawców po ukończonym 65 roku życia
- Biorcy zakwalifikowani do przeszczepienia jednocześnie wielu narządów
- Konieczność transplantacji
- Anatomiczne dopasowanie par dawca-biorca
- Immunologiczna zgodność dawcy i biorcy
- Stan zdrowia potencjalnego biorcy
- Przewidywane rokowanie [15, 16].

Przygotowanie pacjenta do przeszczepu przeprowadzenie immunosupresji

Przeszczepianie narządów, tkanek lub komórek ma na celu zapewnienie dłuższego życia biorcy i lepszego jakościowo niż podczas leczenia konwencjonalnego. Do transplantacji kierowani są pacjenci, u których dotychczasowe leczenie zawiodło ja to zabiegi ratujące życie oraz minimalizujące powikłania związane z kontynuowaniem tradycyjnej terapii. W zależności od rodzaju otrzymanego przeszczepu przygotowanie do niego oraz proces z nim związane są różne. Podczas przeszczepiania szpiku kostnego lub komórek macierzystych choremu należy przeprowadzić kondycjonowanie, które polega na agresywnej chemioterapii,

a także jeśli jest to konieczne radioterapii. Działania te mają na celu zniszczenie jak największej liczby komórek nowotworowych niestety wskutek tych działań drastycznie spada ilość białych krwinek, które odpowiadają za odporność. Podczas kondycjonowania chory musi przebywać w możliwie jałowym środowisku nie może się narażać na kontakt z patogenami dla tego odbywa się to w sterylnych warunkach szpitalnych. Pacjent musi pozostawać w odosobnieniu. Podczas kondycjonowania zniszczeniu ulega również szpik kostny przez co drastycznie spadają parametry morfologiczne krwi, pacjent musi wtedy otrzymywać preparaty krwi specjalnie przygotowane dla pacjentów z obniżoną odpornością. Po przeszczepie trwa okres po transplantacyjny w którym po około 14 dniach od otrzymania przeszczepu powinny pojawiać się w krwi obwodowej nowe krwinki białe oraz poprawa wyników morfologicznych [17].

Każdy pacjent po otrzymaniu przeszczepu musi otrzymywać leki immunosupresyjne. Zapobiegają one odrzuceniu otrzymanego przeszczepu przez organizm hamując działania układu immunologicznego. Podstawowym celem immunosupresji jest wytworzenie tolerancji na otrzymany przeszczep przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniej odporności, aby zapobiegać infekcjom oportunistycznym oraz ograniczonym ryzykiem rozwoju chorób nowotworowych. Wyjątkiem, który nie musi otrzymywać terapii immunosupresyjnej jest przeszczep nerki od dawcy żywego którym jest bliźniak jednojajowy. Podczas leczenia immunosupresyjnego stosuje się terapię wielolekową, jej zadaniem jest wykorzystanie zróżnicowanego działania leków, aby zaburzyć mechanizm odporności organizmu przeciwko antygenom obcego narządu. Każdy lek w odrębny sposób blokuje mechanizm odporności jednocześnie przy tym nie wywołując skutków toksycznych dzięki stosowaniu niewielkich dawek leków. Najczęściej stosuje się 2 lub 3 różne leki o działaniu blokującym układ immunologiczny. We wczesnym okresie po transplantacyjnym podaje się duże dawki dożylnie a następnie stopniowo zmniejsza prze około 3 do 6 miesięcy. Dochodząc do dawek podtrzymując immunosupresję zapobiega się mechanizmom ostrego oraz przewlekłego odrzucenia a także utrzymania przeszczepu w jak najlepszej kondycji prze jak na dłuży okres. Leki immunosupresyjne należy dokładnie dawkować, ponieważ rozpiętość między toksycznością a skutecznością działania terapii jest bardzo mała, ich dawkowanie dostosowuje się na podstawie badań laboratoryjnych krwi. Powikłaniami stosowania leków immunosupresyjnych mogą być zakażenia grzybicze, bakteryjne oraz wirusowe a także nowotwory. Zakażenia są najczęstszymi powikłaniami u osób po otrzymaniu przeszczepu i mogą prowadzić nawet do śmierci [17, 18].

Opieka nad pacjentem po otrzymaniu przeszczepu

Pacjent po otrzymaniu przeszczepu jest narażony na wiele czynników które mogą spowodować pogorszenie stanu zdrowia a w najgorszym przypadku odrzucenie przez organizm otrzymanego przeszczepu. Aby nie doszło do odrzucenia przeszczepu prowadzona jest immunosupresja dawkowanie oraz rodzaj leków jest uzależnione od pacjenta oraz wykonanej transplantacji. W zależności od otrzymanego przeszczepu są różne warianty postępowania przy najprostszych na przykład transfuzja krwi lub jej składników ogranicza się do monitorowania pacjenta w trakcie oraz po zabiegu jednak im bardziej skomplikowany rodzaj transplantacji tym trudniejsze zadanie zespołu, który się zajmuje pacjentem po otrzymaniu przeszczepu. We pierwszych dobach pooperacyjnych monitoruje się pacjenta możliwie pod każdym względem oraz dostosowuje się działanie do ustalonych schematów pooperacyjnych oraz po transplantacyjnych. Profesjonalna opieka nad pacjentem po otrzymaniu przeszczepu zapewnia choremu bezpieczeństwo, ochronę przed zakażeniami oraz wychwytywanie i rozwiązywanie problemu pielęgnacyjnych które mogą wystąpić. Prowadzenie intensywnego nadzoru nad pacjentem pozwala na wczesne rozpoznanie zaburzeń funkcjonowania ważnych dla życia i zdrowia układów umożliwia tym samym podjęcie natychmiastowych działań i wdrożenia odpowiedniej terapii. Zespół zajmujący się chorym po otrzymaniu przeszczepu prowadzi intensywną edukację na temat samoopieki oraz samokontroli po wyjściu ze szpitala, przygotowuje pacjenta na możliwie jak najwięcej okoliczności, w których pacjent mógłby czuć się niepewnie i które sprawiałyby problem w normalnym funkcjonowaniu. Zespół medyczny edukuje również najbliższą rodzinę jak powinni pomagać oraz kontrolować pacjenta w codziennym funkcjonowaniu [19].

Ocena jakości życia pacjentów przed oraz po otrzymaniu przeszczepu

U pacjentów zakwalifikowanych do otrzymania przeszczepu wykorzystano wszystkie możliwe formy leczenia co wiąże się z tym, że ci pacjenci umrą z powodu powikłań po dalszym prowadzeniu leczenia lub z powodu niewydolności narządu. Życie, które prowadzą opiera się na ciągłym strachu przed kolejnymi objawami choroby uciążliwością terapią, która jest prowadzona czy utrudnieniami związanymi z życiem codziennym. Przed przeprowadzeniem transplantacji jakość życia jest niska i często wiąże się z ograniczeniem lub rezygnacją z życia zawodowego i dużymi ograniczeniami w życiu prywatnym. Utrata znacznej funkcji któregoś z narządów często wiąże się z podporządkowaniem całego życia chorobie, stosowanie odpowiednich diet, rehabilitacji, oraz farmakoterapia w znacznym stopniu ograniczają jakość życia. Utrata zdrowia wiąże się z bardzo dużym obciążeniem psychicznym zarówno samego chorego jak i najbliższego otoczenia, doraźne leczenie

w pewnym stopniu pozwala odczuć stabilizację jednak wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia obawy o własne życie oraz napięcie emocjonalne rośnie. Transplantacja daje bardzo duże nadzieje chorym oraz poczucie stabilizacji. Mimo że pacjenci często są zmuszeni do długiego oczekiwania na przeszczep daje im to nadzieję oraz siłę na dalsze leczenie. Po otrzymaniu przeszczepu oraz przejściu odpowiedniej rehabilitacji chorzy często wracają do życia sprzed choroby znacznie wzrasta ich samopoczucie, nie czują odręcenia społecznego oraz poprawiają relacje z rodziną i najbliższymi. Pomimo konieczności przyjmowania regularnie leków oraz pewnych ograniczeń związanych z odbytą operacją i samym przeszczepem znacznie poprawia się jakość życia pacjentów [20, 21].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Transplantacja jest często jedynym i ostatecznym sposobem na ocalenie życia i zdrowia osób, które uległy wypadkowi lub których organy z powodów przebytych chorób nie są w stanie spełniać swoich podstawowych funkcji. Postęp nauki i technologii doprowadził do możliwości wymiany uszkodzonych narządów na zdrowe pochodzące od dawców. Niestety liczba potrzebujących wciąż rośnie i mimo rozwoju nauki nie można uzyskać sztucznie spreparowanych organów muszą one pochodzić od dawców, których ciągle brakuje.

Przyczyną braku wystarczającej liczby narządów może być brak wiedzy oraz świadomości społeczeństwa na temat transplantologii. Często rodziny nie zgadzają się na pobranie narządów od zmarłego a ilość narządów oddawanych przez żyjących jest znikoma.

Celem przeprowadzonych badań było:

Ocena poziomu wiedzy społeczeństwa podlaskiego na temat transplantologii

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone na 100 osobach w wieku powyżej 18 roku życia, z województwa podlaskiego. Badanie zostało przeprowadzone od 03.02.2020 r. do 03.03.2020 r.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety o charakterze anonimowym.

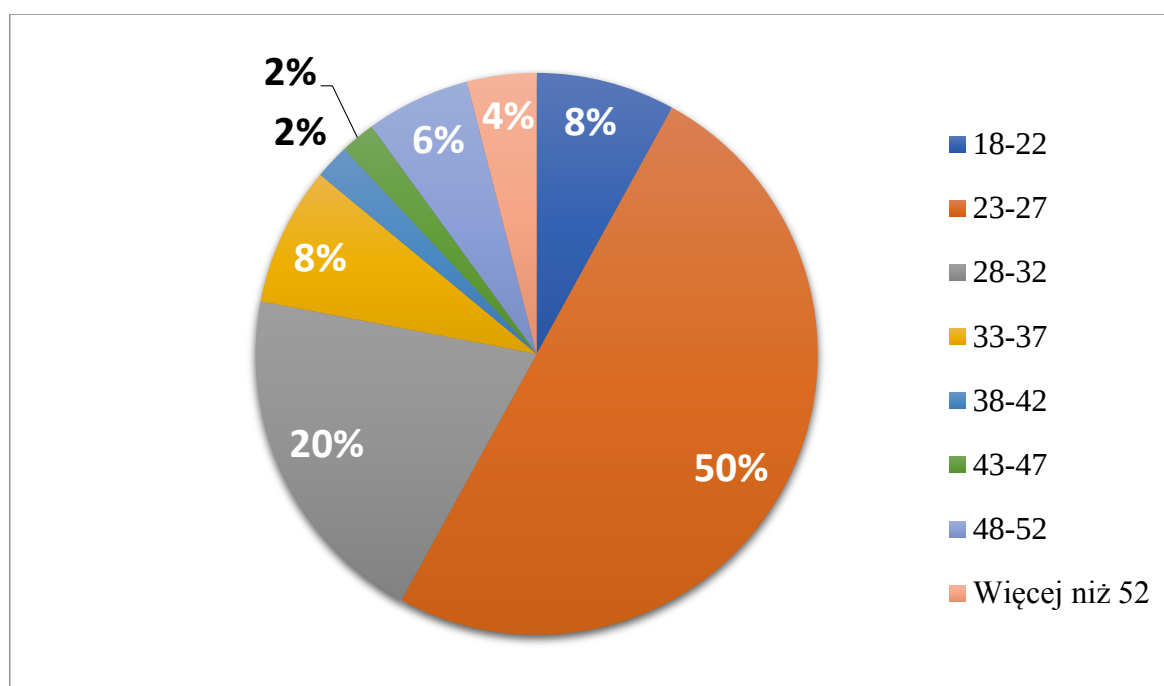
Ankieta była anonimowa o czym poinformowano respondentów przed wykonaniem badania. Na 140 rozdanych ankiet, zwrótnie uzyskano 100 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. Wyniki badań zostały zaprezentowane za pomocą tabel i wykresów.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 respondentów zamieszkałych na wsi oraz w mieście na terenie województwa podlaskiego. Ankieta została przeprowadzona wśród osób pełnoletnich z czego większość stanowiły osoby przed ukończeniem 30 roku życia.

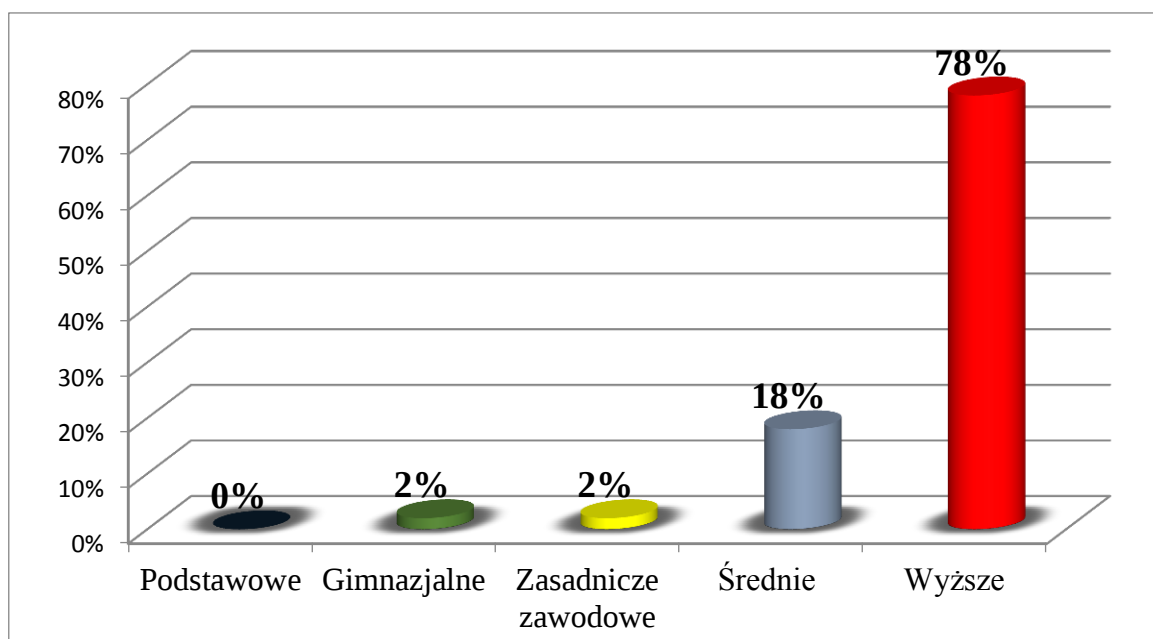
Analizując płeć ankietowanych kobiety stanowiły większość – 74%, natomiast mężczyźni 26%.

Pod względem wieku respondentów najliczniejszą grupę stanowi przedział wiekowy między 23 a 27 lat który stanowił 50% ankietowanych. Najmniejszą zaś grupą okazał się przedział wiekowy między 38 a 42 lat oraz między 43 a 47 lat (Ryc. 1).



Ryc. 1. Podział ze względu na wiek ankietowanych

Biorąc pod uwagę wykształcenie osób biorących udział w badaniu najliczniejszą okazała się grupa osób z wykształceniem wyższym 78% badanych. Po 2% stanowiły grupy osób z wykształceniem gimnazjalnym i zasadniczym zawodowym (Ryc. 2).

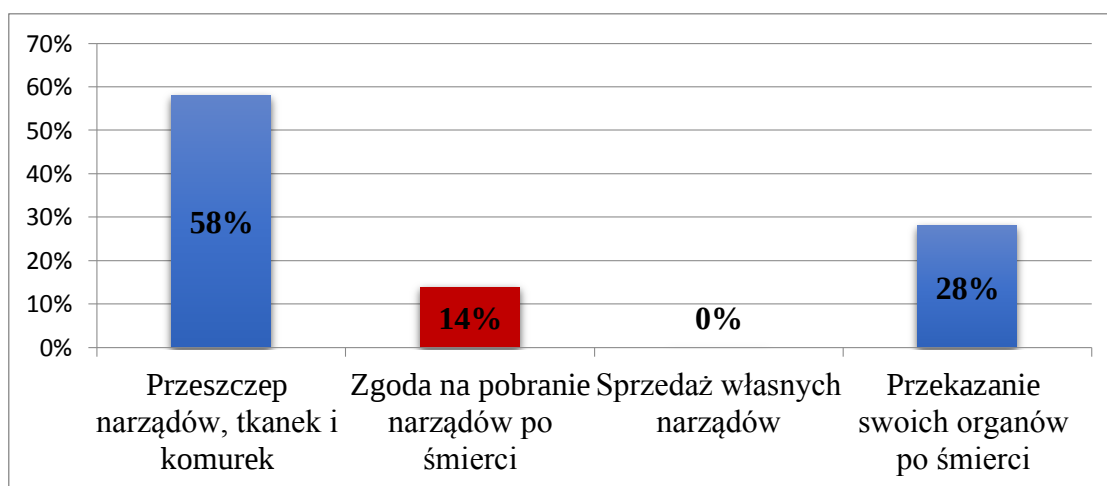


Ryc. 2. Wykształcenie ankietowanych

Badając miejsce zamieszkania respondentów większość zamieszkiwała w mieście 58%, pozostałe 42% badanych było mieszkańcami wsi.

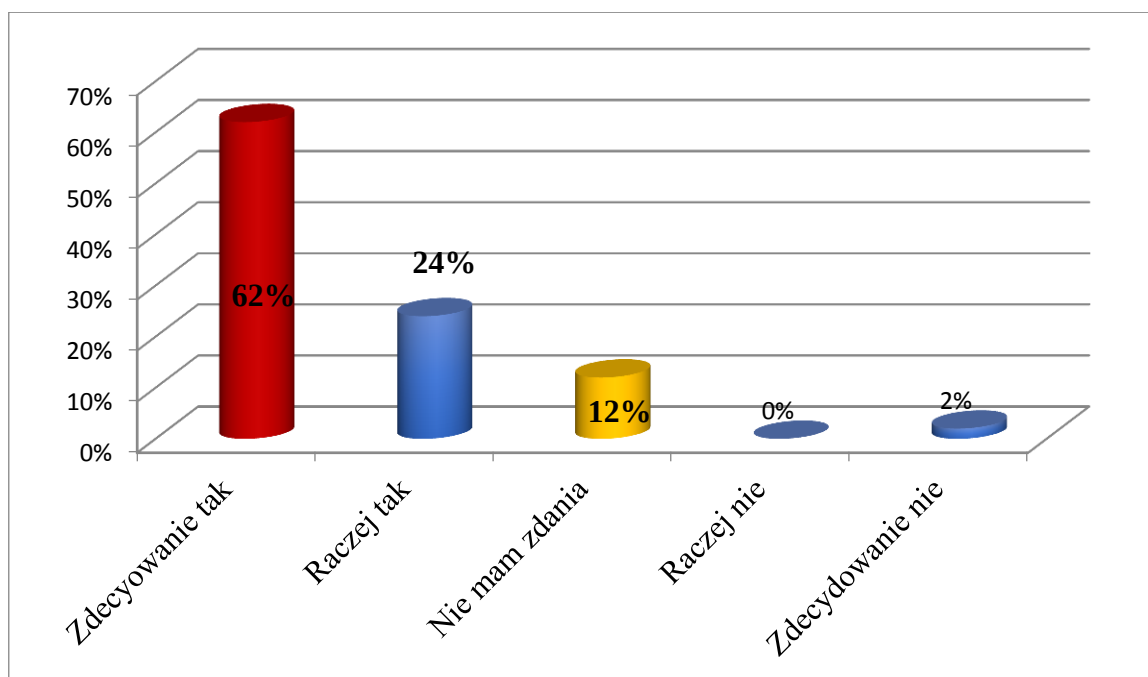
Analizując kolejne zagadnienie, które dotyczyło decyzji ankietowanych na temat tego czy oddaliby własne narządy po śmierci. Większość respondentów, bo aż 86% zadeklarowało, iż oddałoby narządy po śmierci, a tylko 14% odpowiedziało, że nie.

Spośród ankietowanych 58% na pytanie oznaczające termin transplantologii odpowiedziało że jest to przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu do drugiego. 14% odpowiedziało, że oznacza to zgodę na pobranie narządów po śmierci oraz nikt nie udzielił odpowiedzi o sprzedawaniu własnych narządów (Ryc. 3).



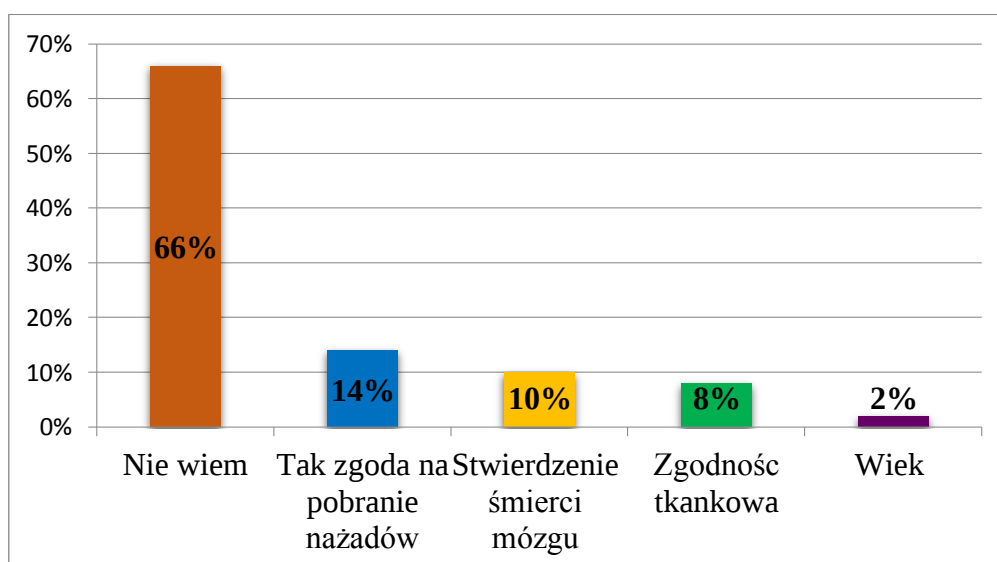
Ryc. 3. Termin oznaczający transplantologię zdaniem ankietowanych

Kolejne zagadnienie dotyczy tego czy warto zostać dawcą przeszczepu 62% respondentów zaznaczyło odpowiedź zdecydowanie tak. Odpowiedzi raczej nie udzieliło 2% ankietowanych oraz 12% nie mało zdania na ten temat (Ryc. 4).



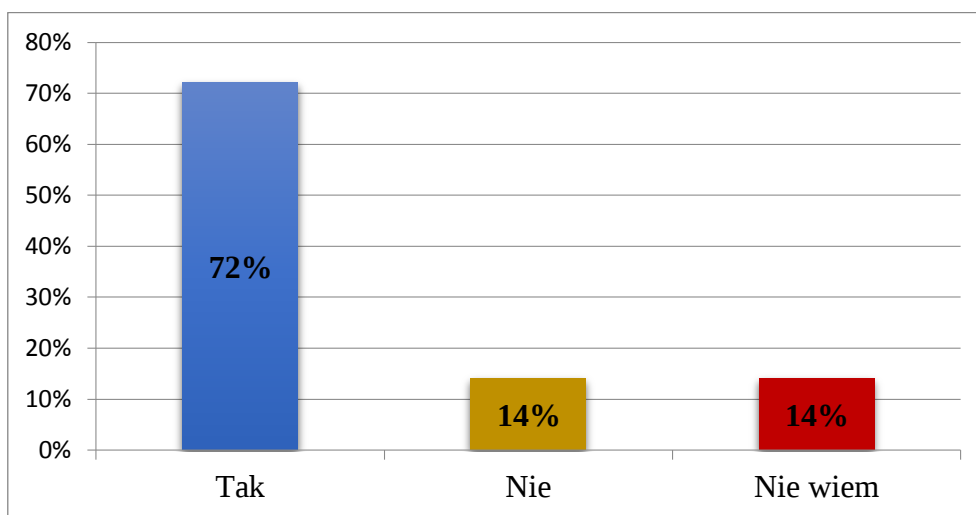
Ryc. 4. Czy warto być dawcą według respondentów

W kolejnym pytaniu respondenci udzielali odpowiedzi czy wiedzą jaki warunek trzeba spełnić, aby zostać dawcą przeszczepu, 66% odpowiedziało nie wiem, 10% ankietowanych odpowiedziało, że jest to zgoda na pobranie narządów po śmierci (Ryc. 5).



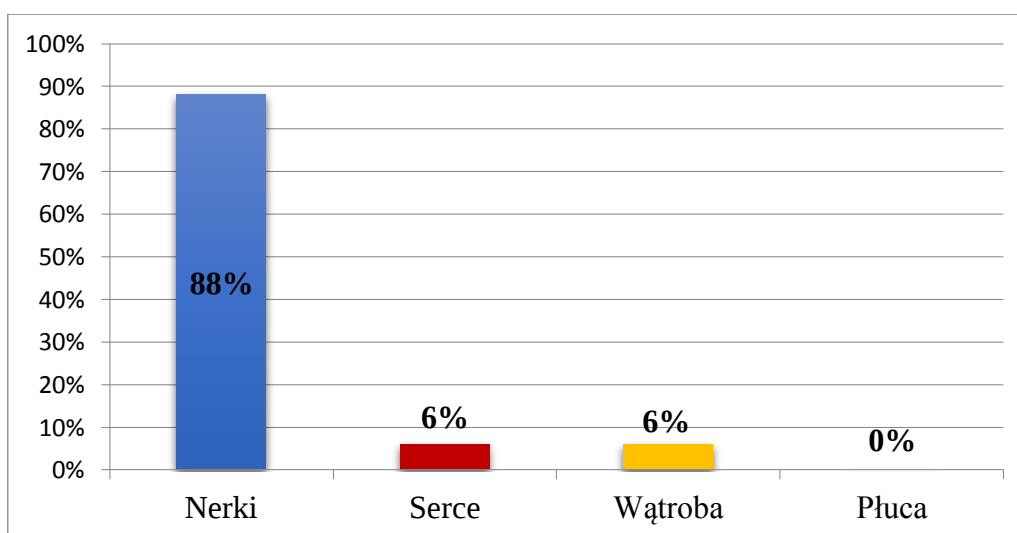
Ryc. 5 Warunek jaki należy spełnić przed pobranie

Przy kolejnym pytaniu ankietowani odpowiadali, czy można pobierać narządy od żywego dawcy, 72% podało odpowiedź tak oraz równo 14% odpowiedziało nie oraz nie wiem (Ryc. 6).



Ryc. 6 Czy można pobierać narządy od żywego dawcy?

Następnie ankietowani odpowiadali na pytanie dotyczące najczęściej przeszczepianych narządów, 88% odpowiedziało, że są to nerki, a 6% serce. Nikt nie podał odpowiedzi płuca (Ryc. 7).

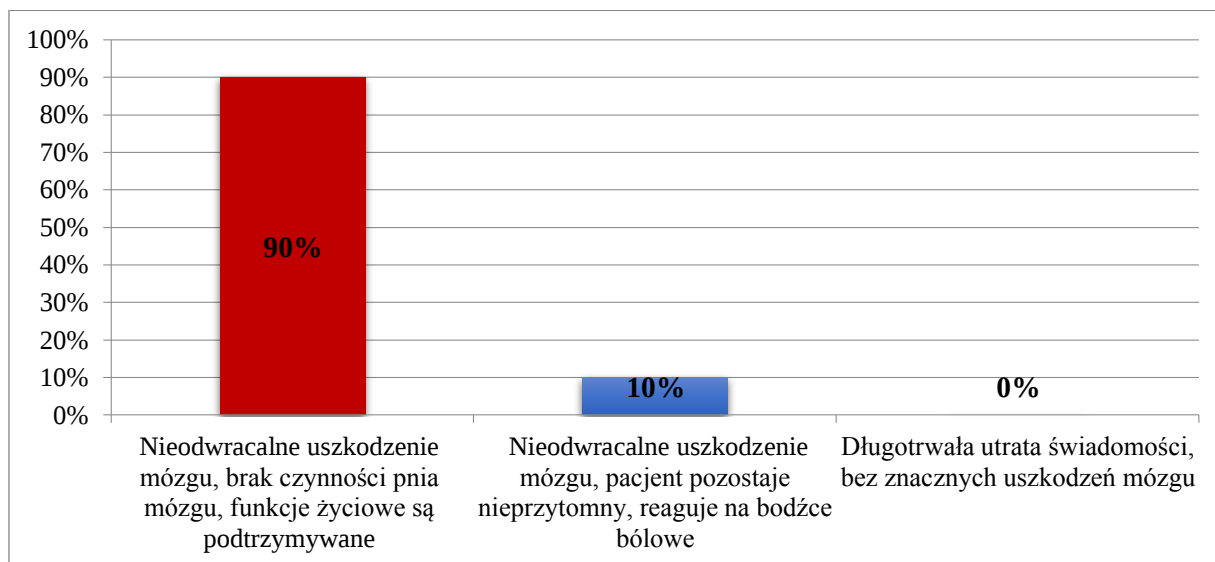


Ryc. 7. Najczęściej przeszczepiane narządy według ankietowanych

Kolejne zagadnienie dotyczyło oddawania krwi lub jej składników, 52% respondentów odpowiedziało, że było dawcami, 48% nigdy nie oddawało krwi ani jej składników.

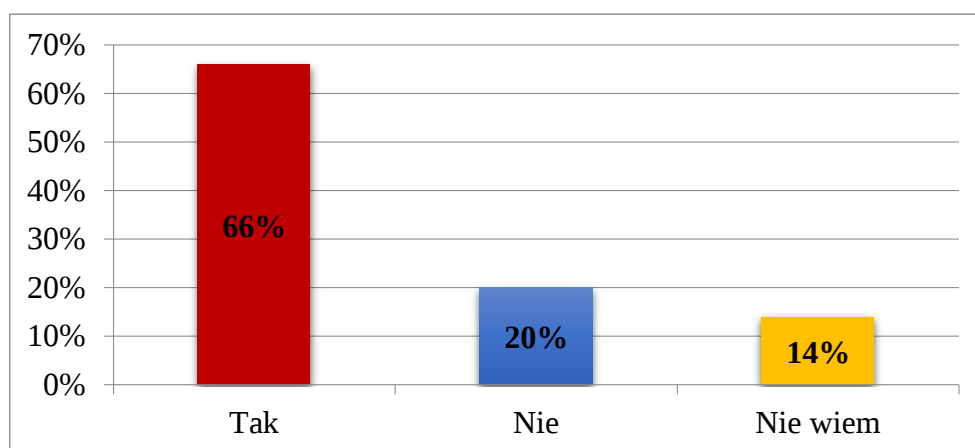
52% ankietowanych podało odpowiedź twierdzącą na pytanie czy wiedza, że krew i jej składniki to również przeszczep, 48% zaznaczyło, że nie wiedzieli o tym.

Kolejnym zagadnieniem, z którym zetknęli się respondenci była śmierć mózgu 90% ankietowanych zaznaczyło, że jest to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu a funkcje życiowe są podtrzymywane mechanicznie, 10 % zaznaczyło uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne, pacjent pozostaje nieprzytomny, a reaguje tylko na bodźce bólowe (Ryc. 8).



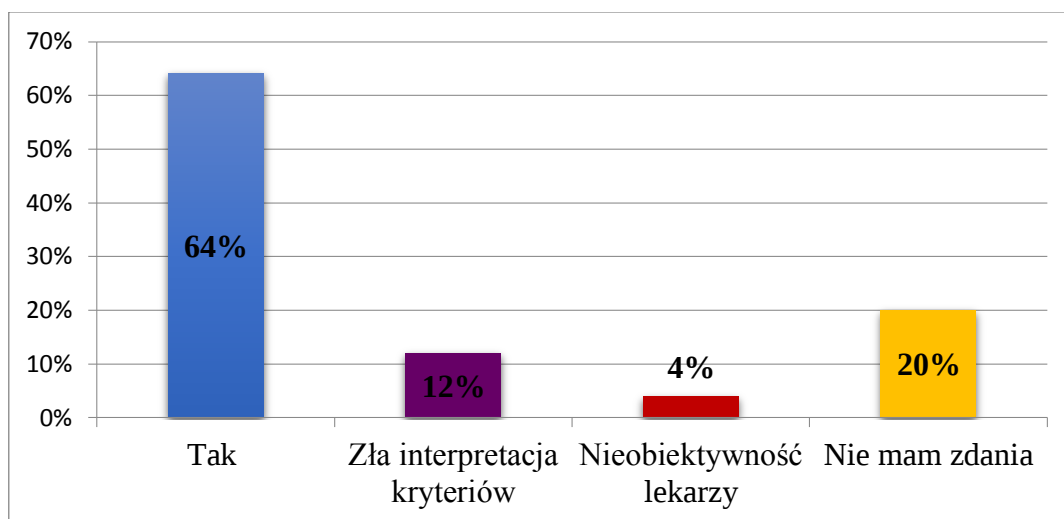
Ryc. 8. Definicja śmierci mózgu według respondentów

Następnie ankietowani zostali zapytani czy śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, 66% odpowiedziało tak, a 20% nie, 14% nie wiedziało, jak odpowiedzieć na to pytanie (Ryc. 9).



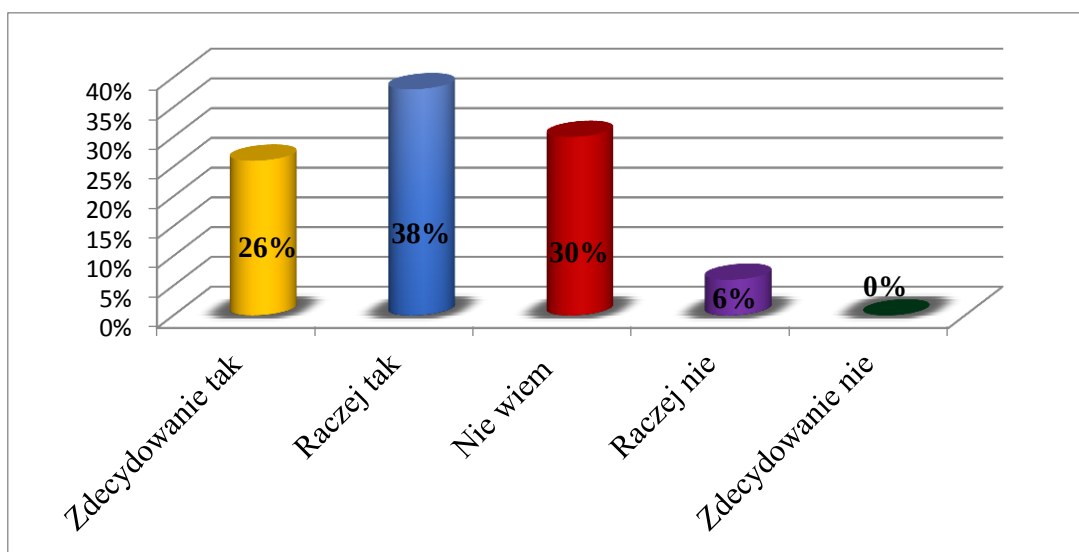
Ryc. 9. Czy śmierć mózgu oznacza śmierć człowieka?

64% ankietowanych podało odpowiedź która stwierdza, że ocena śmierci mózgu przebiega w sposób prawidłowy, 4% udzieliło odpowiedzi, że zespół lekarzy może być nieobiektywny podczas oceniania śmierci mózgu, a 12% wybrało odpowiedź nie ponieważ kryteria śmierci mózgu mogą być źle zinterpretowane przez personel medyczny (Ryc. 10).



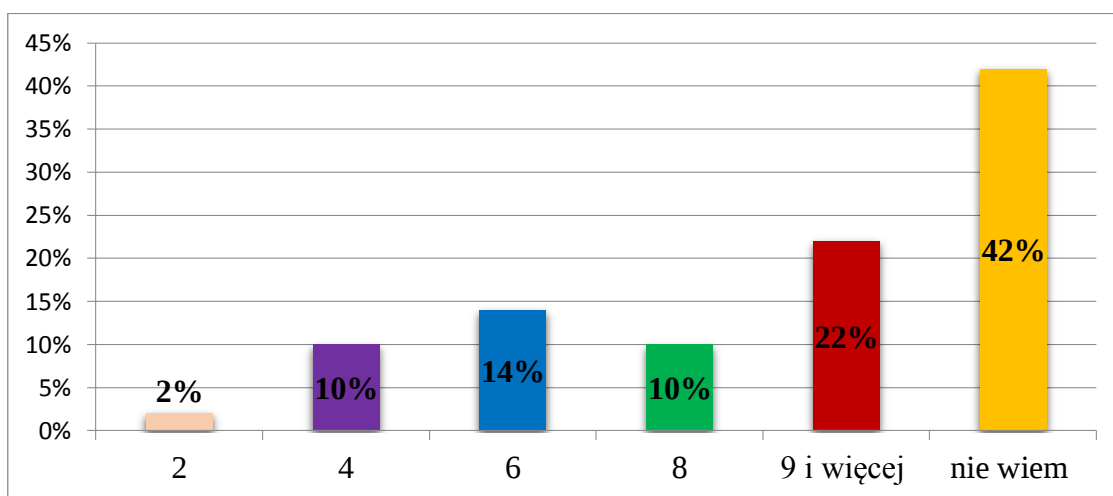
Ryc. 10. Czy ocena spełnienia kryteriów śmierci mózgu zachodzi w sposób prawidłowy zdaniem ankietowanych

Ankietowani odpowiedzieli na pytanie, czy podjęliby decyzję o pobraniu narządów od kogoś bliskiego lub rodziny zdecydowanie tak odpowiedziało 26% badanych oraz 38% odpowiedziało raczej tak, 6% podało odpowiedź raczej nie (Ryc. 11).



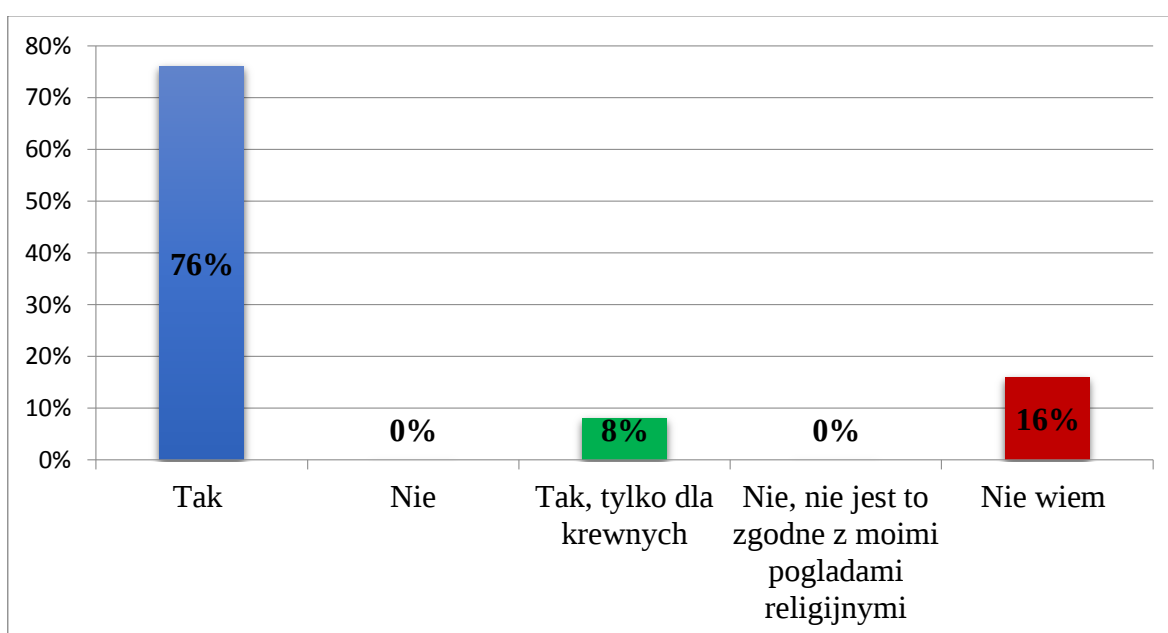
Ryc. 11. Podjęcie decyzji o pobraniu narządów kogoś bliskiego lub członka rodziny według ankietowanych

Kolejne zagadnienie, na które odpowiadali ankietowani dotyczyło ilość przeszczepów które można pobrać od jednej osoby, 22% ankietowanych odpowiedziało, że jest to 9 i więcej 10% zaznaczyło odpowiedź 8, a 42% udzieliło odpowiedzi nie wiem (Ryc. 12).



Ryc. 12. Ilu osobom może uratować życie jeden dawca?

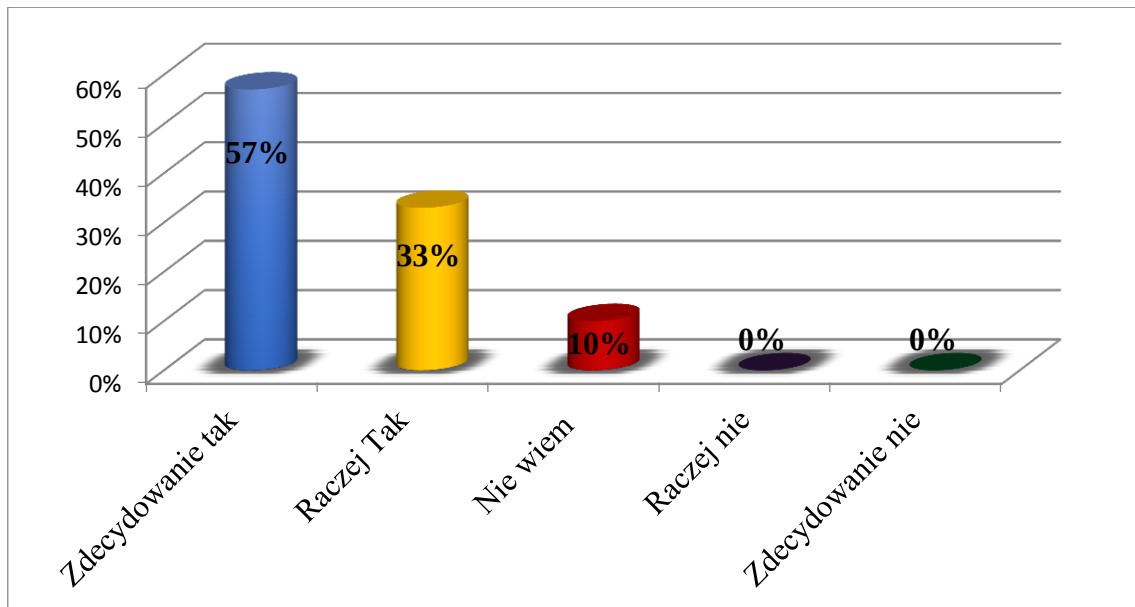
Respondenci udzielili odpowiedzi czy oddaliby własne narządy po śmierci, 76% odpowiedziało tak, 16 % nie wie, a 8% odpowiedziało tak, ale tylko dla krewnych (Ryc. 13).



Ryc. 13. Decyzja respondentów o oddaniu własnych narządów po śmierci

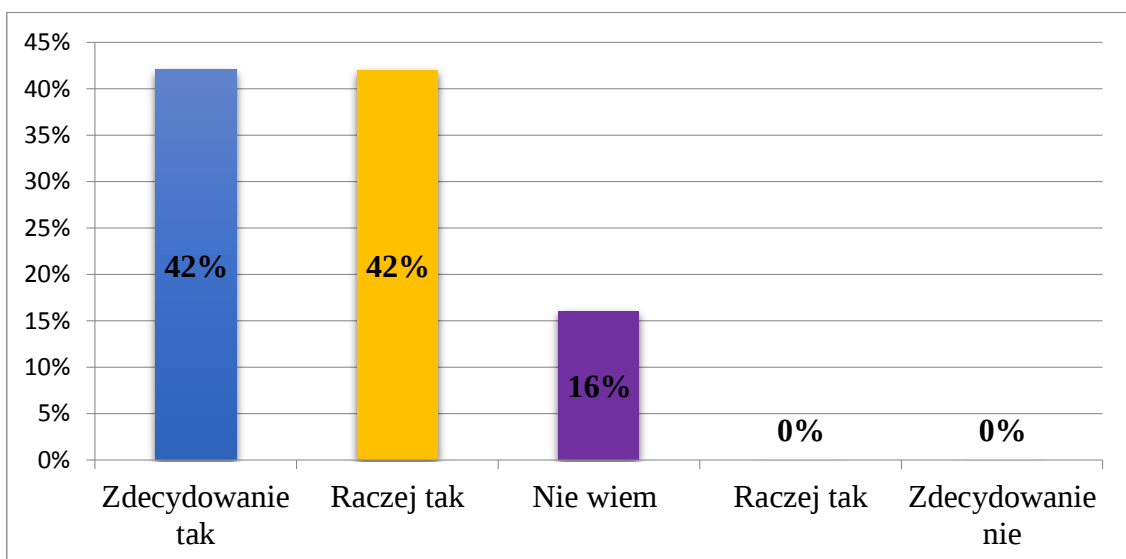
OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBY

57% ankietowanych na pytanie czy zdecydowałoby się oddać przeszczep komuś bliskiemu odpowiedziało zdecydowanie tak, natomiast nie została udzielona odpowiedź zdecydowanie nie i raczej nie (Ryc. 14).



Ryc. 14. Decyzja ankietowanych o oddaniu przeszczepu komuś bliskiemu

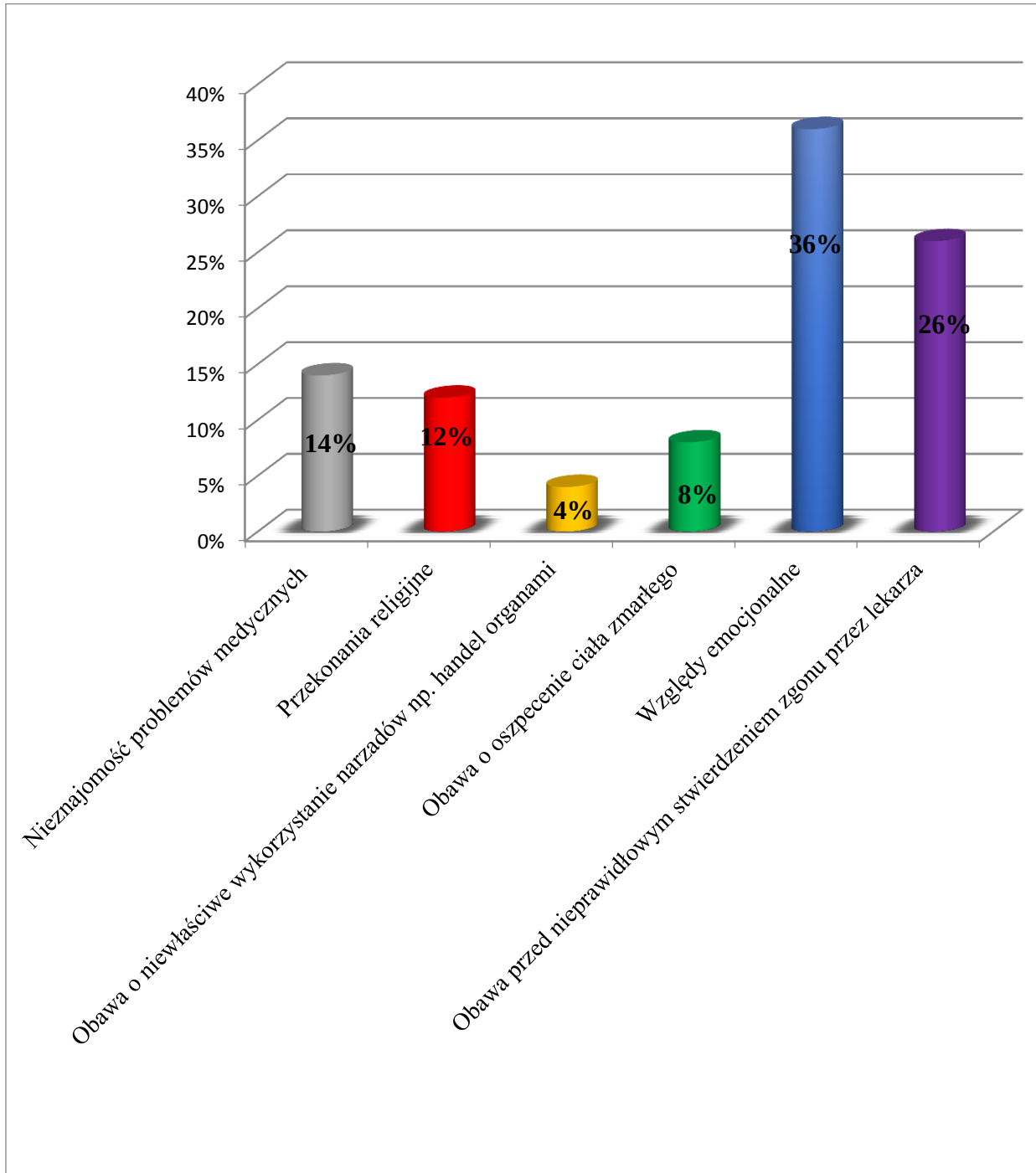
Podczas kolejnego zagadnienia ankietowani udzielili odpowiedzi na pytanie czy przyjęliby przeszczep, 42% odpowiedziało zdecydowanie tak, natomiast 16% nie ma zdania na ten temat (Ryc. 15).



Ryc. 15. Przyjęcie przeszczepu przez ankietowanych

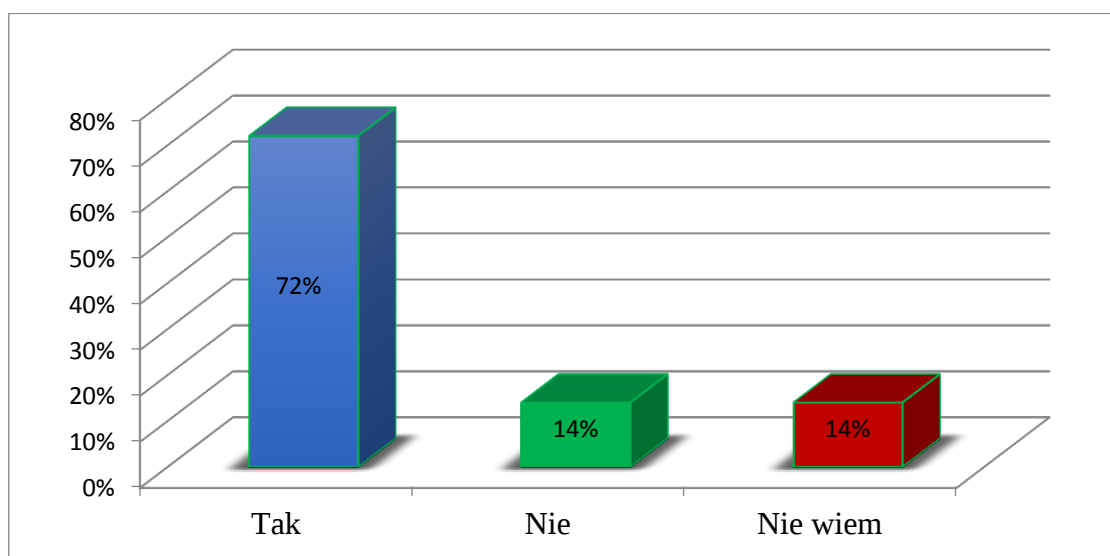
OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBI

36% ankietowanych uznaje względy emocjonalne za powód niewyrażenia zgody na pobranie przeszczepu, natomiast 4% uważa że przeszczep może być niewłaściwie wykorzystany oraz może dojść do handlu narządami, 26% posiada ubawy przed nieprawidłowym oraz zbyt wczesnym stwierdzeniem śmierci mózgu przez zespół lekarzy (Ryc. 16).



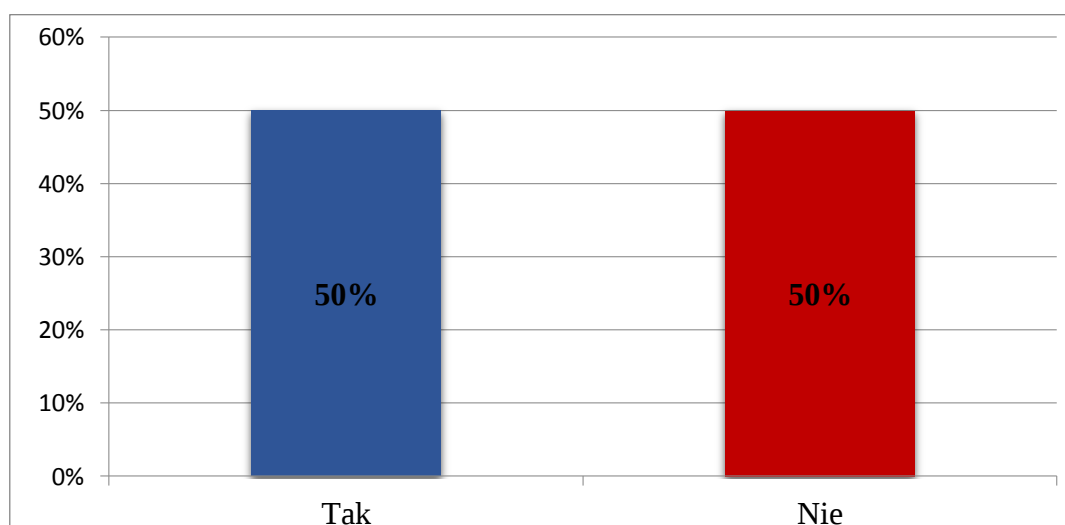
Ryc. 16. Powód braku zgody na pobranie przeszczepu

72% ankietowanych odpowiedziało, że lekarz powinien zapytać rodzinę zmarłego o zgodę na pobranie przeszczepu, mimo że, w Polsce wystarczy przedśmiertna deklaracja zmarłego, 14% respondentów odpowiedziało, że lekarz nie musi pytać o zgodę rodziny (Ryc. 17).



Ryc. 17. Czy lekarz powinien pytać o zgodę na pobranie przeszczepu rodzinę?

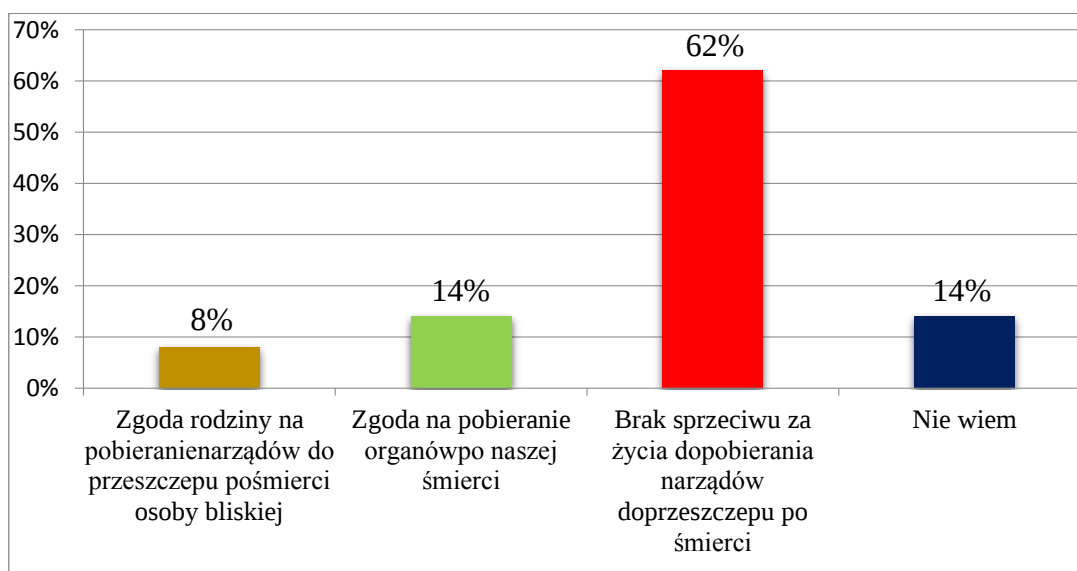
Podczas kolejnego zagadnienia respondenci odpowiedzieli równo po 50% tak oraz nie, na pytanie czy rodziny znają ich stanowisko na temat pobrania przeszczepu po śmierci (Ryc. 18).



Ryc. 18. Czy rodzina badanych zna ich decyzję co do pobrania przeszczepu po śmierci?

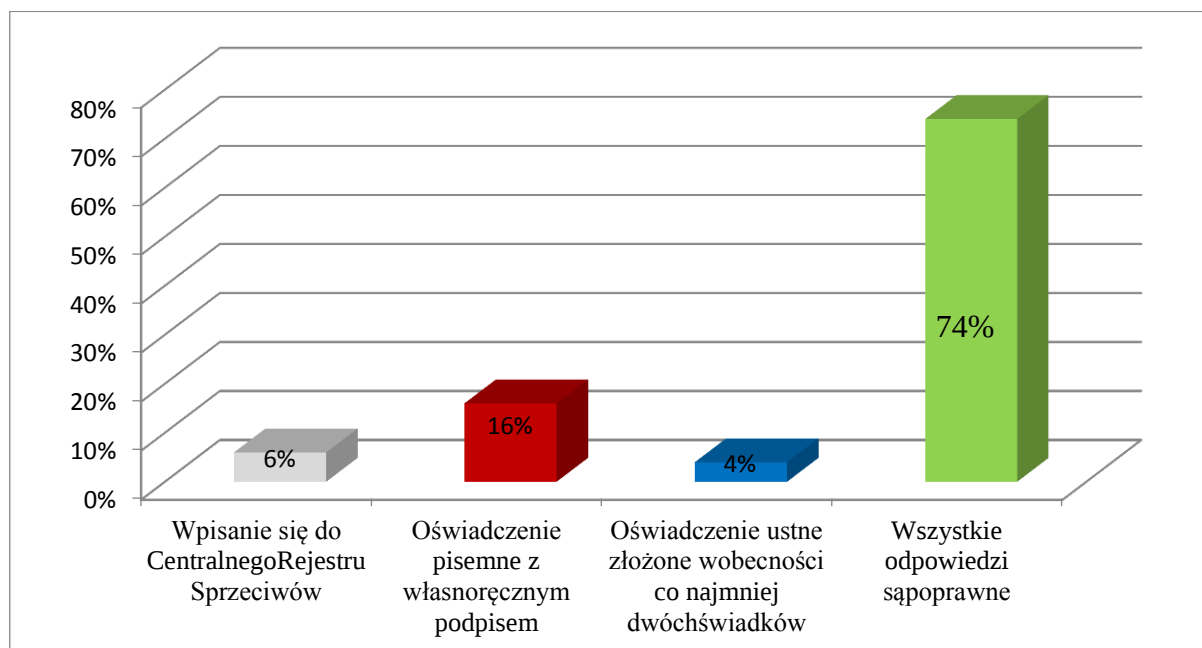
Respondenci musieli co według nich oznacza termin zgoda domniemana, 62% ankietowanych odpowiedziało, że jest to brak sprzeciwu podczas życia na pobranie

przeszczepu po śmierci, 8% udzieliło odpowiedzi, że jest to zgoda rodziny na pobranie przeszczepu od zmarłego (Ryc. 19).



Ryc. 19. Czego dotyczy termin „Zgoda domniemana” zdaniem ankietowanych

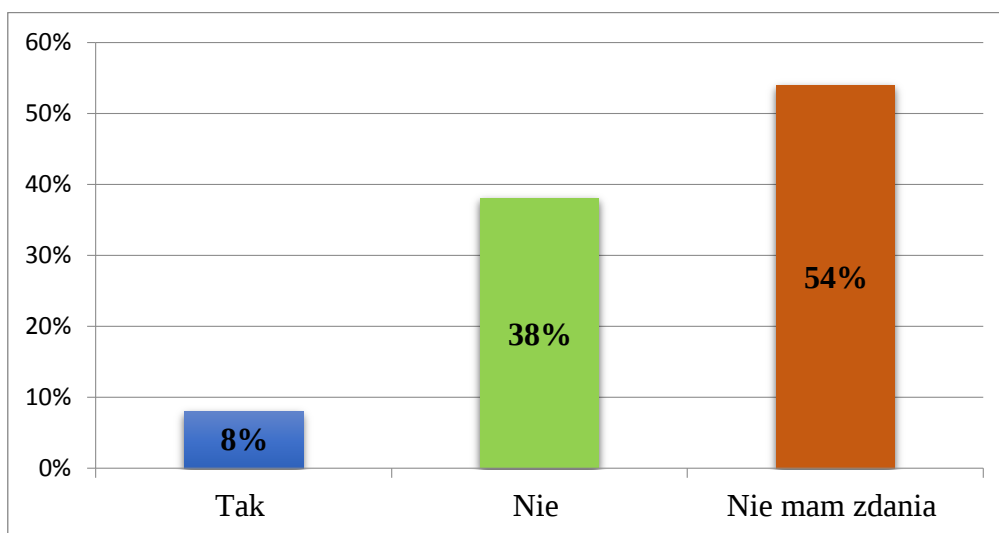
Wśród badanych 16% odpowiedziało, że aby wyrazić sprzeciw na pobranie narządów po śmierci należy napisać oświadczenie, w którym zawiera się własną wolę oraz własnoręcznie podpisać, 6% ankietowanych podało odpowiedź o zgłoszeniu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów (Ryc. 20).



Ryc. 20. Brak zgody na pobranie przeszczepu po śmierci

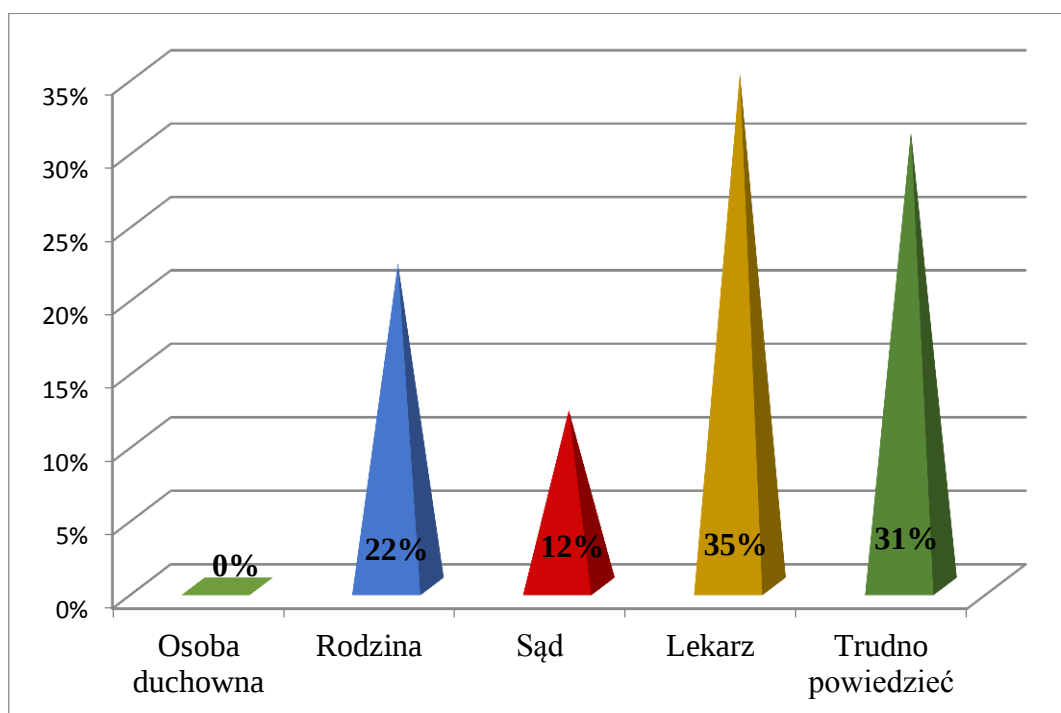
OPIEKA NAD PACJENTEM W CHOROBY

Na pytanie czy biorca powinien znać dawcę 38% ankietowanych odpowiedziało nie, natomiast 54% badanych nie ma zdania na ten temat (Ryc. 21).



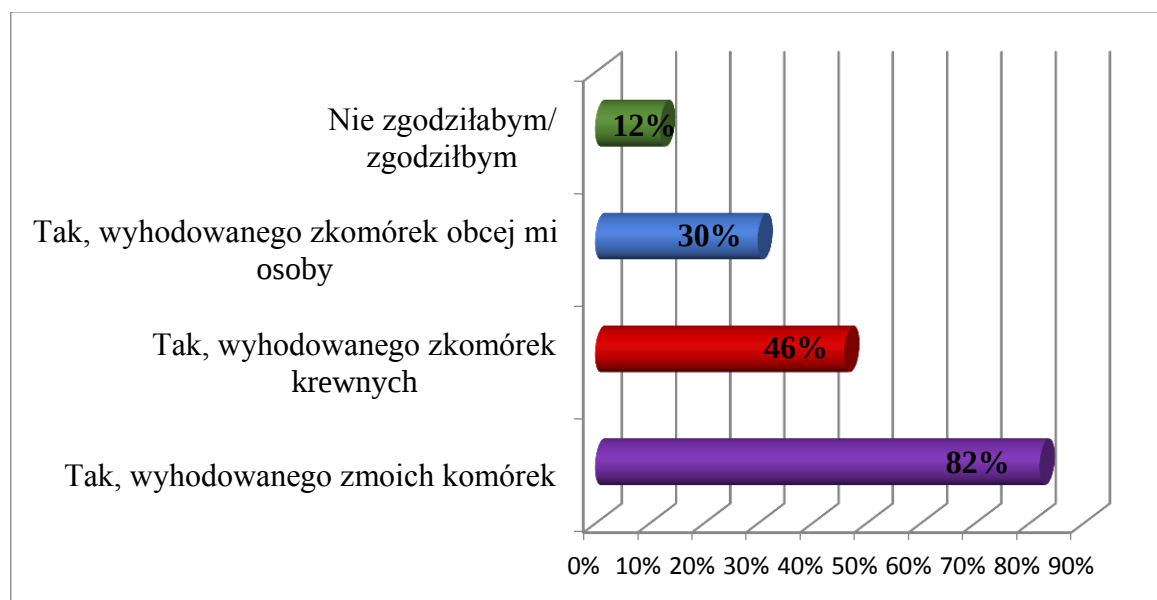
Ryc. 21. Czy biorca powinien znać dawcę przeszczepu zdaniem respondentów

Analizując odpowiedzi ankietowanych na temat ostatecznej decyzji na pobranie przeszczepu, 35% badanych odpowiedziało, że jest to lekarz, 22% podało odpowiedź rodzina, a 12% zaznaczyło odpowiedź sąd (Ryc. 22).



Ryc. 22. Kto podejmuje ostateczną decyzję na temat przeszczepu?

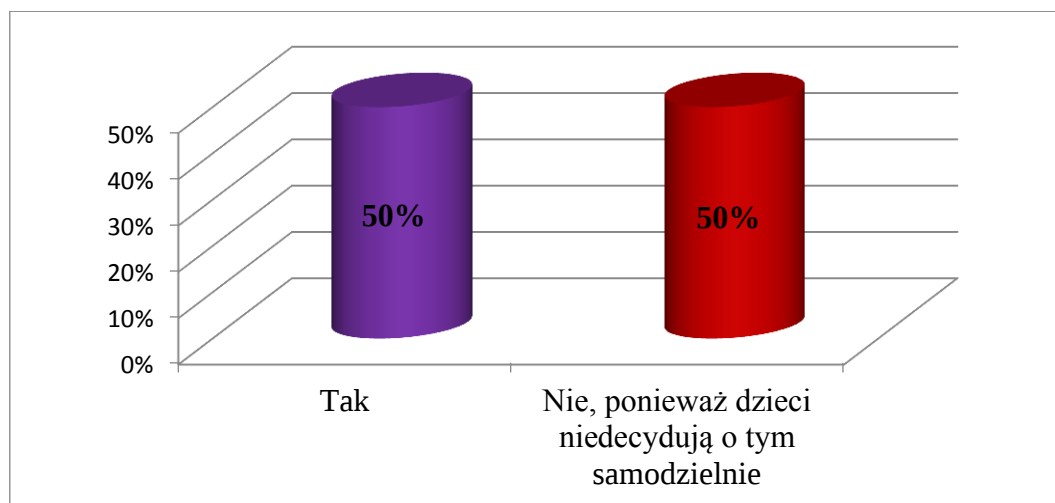
Następnym zagadnieniem było przedstawienie opinii a temat sztucznie wychodowanych tkanek lub komórek w laboratorium, 82% badanych podało odpowiedź o przyjęciu przeszczepu wychodowanego z własnych komórek macierzystych. Za przyjęciem przeszczepu wychodowanego z obcych komórek opowiedziało się 30% natomiast 12% nie przyjęłoby sztucznie wychowanych przeszczepów (Ryc. 23).



**Liczby nie sumują się do 100% ponieważ pytanie było pytaniem wielokrotnego wyboru.*

Ryc. 23. Decyzja o przyjęciu sztucznie wychodowanego przeszczepu

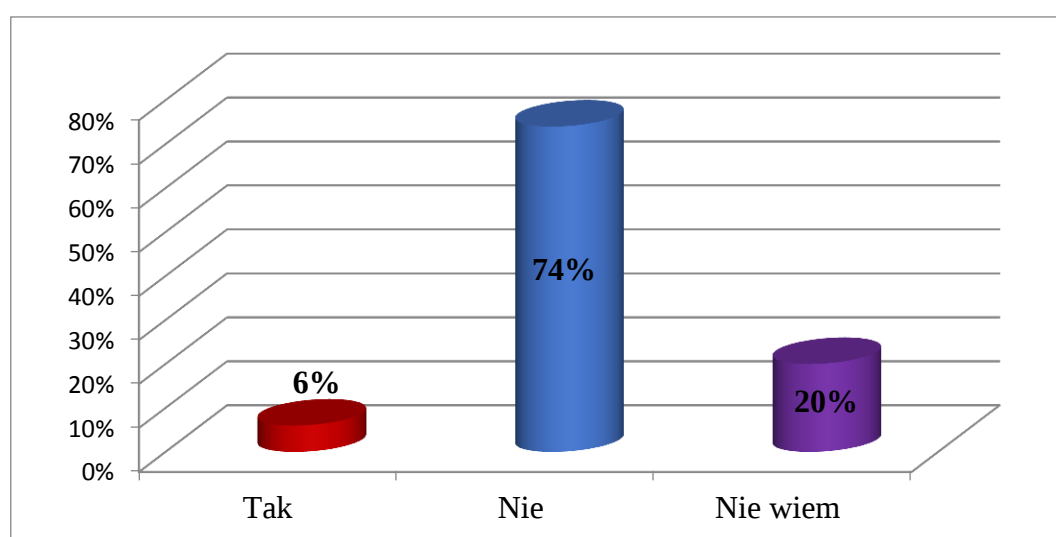
Kolejne zagadnienie dotyczyło pobierania przeszczepów od dzieci, 50% ankietowanych opowiedziało że jest to nie właściwe, ponieważ dzieci nie są w stanie samodzielnie o tym decydować, druga połowa uznała to za poprawne (Ryc. 24).



Ryc. 24. Czy powinno pobierać się przeszczepy od dzieci według ankietowanych

Podczas kolejnego pytania został poruszony temat uzależnień, czy osoba, która świadomie doprowadziła swój organizm na skraj wyniszczenia przez zażywanie alkoholu narkotyków lub innych używek powinna mieć szansę na otrzymanie przeszczepu. 60% respondentów podało odpowiedź tak ponieważ każdy powinien mieć szansę na otrzymanie przeszczepu oraz normalne życie, 40% respondentów zaznaczyło odpowiedź nie gdyż osoby, które świadomie niszczą swój organizm powinny ponosić tego konsekwencje.

Według 74% badanych osoby, które otrzymały przeszczep nie nabywają cech charakteru dawcy, 6% ankietowanych uważa, że osoba po otrzymaniu przeszczepu nabywa cechy charakteru dawcy (Ryc. 25).



Ryc. 25. Czy biorca otrzymuje cechy charakteru dawcy zdaniem respondentów

DYSKUSJA

Zbadanie nastawienia społeczeństwa województwa podlaskiego w stosunku do transplantologii wykazało, że 86% badanych osób zdecydowałoby oddać własne narządy po śmierci. Klimaszewska K. i Baranowska A. [22] wykazują, że liczba przeszczepów narządów w Polsce na przestrzeni kilku ostatnich lat rośnie. Świadomość społeczeństwa staje się coraz większa, a współczynnik osób, które zdecydowałyby się oddać własne narządy po śmierci jest wyższy u osób młodych oraz z wyższym wykształceniem. Nastawienie kościoła do transplantologii jest jak najbardziej na tak, większość księży mówi o zaletach tego czynu oraz o poprawnym etycznie zachowaniu. Dużą rolę w ukierunkowaniu poglądów kościoła na ten temat odegrał papież Jan Paweł II który przypominał postawę naukową kościoła i zapewniał o słuszności powstępowanie w przeszczepianiu narządów w celu ratowania życia ludzkiego. Każdy człowiek może napisać oświadczenie woli, jest to deklaracja, która w przypadku

śmierci człowieka określa jego stanowisko na temat transplantologii, wystarczającym oświadczeniem woli jest ustna deklaracja można również zawrzeć ją na piśmie. Świadomość społeczeństwa co do transplantologii rośnie i coraz więcej osób deklaruje oddanie narządów po śmierci, jest to spowodowane za równo coraz większym zainteresowaniem społeczeństwa tą dziedziną rozwojem naukowym a także rozpowszechnianiem w mediach ratowania życia dzięki transplantologii.

Dopiero od połowy XX wieku ludzie są w stanie stwierdzić śmierć mózgu. Według Łebkowskiego W. J. [23] śmierć człowieka nie definiuje utrata czynności krążeniowych i oddechowych. 90% ankietowanych zna definicję śmierci mózgu. Dzięki postępowi medycyny istnieją możliwości sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych a co za tym idzie koniecznym było stworzenie nowej definicji śmierci człowieka. Śmierć mózgu która wiąże się z całkowitą śmiercią osobniczą została zdefiniowana, gdy tradycyjne pojęcie śmierci nie było już wystarczające z powodu wprowadzenia technik podtrzymujących życie. Przeprowadzone badania wykazują, 66% respondentów odpowiedziało, że śmierć mózgu stanowi prawdziwą śmierć człowieka. Stworzono odpowiednie kryteria neurologiczne które pozwalały określić śmierć mózgu a po raz pierwszy zostały wykorzystane, aby stwierdzić zgon człowieka w 1963 roku. W Polsce wszystkie wytyczne dotyczące stwierdzania śmierci mózgu zawarte są w ustawie transplantacyjnej. Regulacje prawne ujednolicają proces stwierdzania zgonu pacjenta dzięki czemu eliminuje się możliwości popełnienia błędu podczas przeprowadzania tej procedury. Dzięki wprowadzeniu pojęcia śmierć mózgu rozwinęła się transplantologia, obecnie większość przeszczepianych narządów pochodzi od zmarłych dawców.

Według Rybickiego Z. [24] rozmowa z rodziną zmarłego pacjenta na temat możliwości pobrania narządów powinna odbywać się w kilku etapach. Rozmowę taką powinien przeprowadzić koordynator transplantologii jednak może być przeprowadzona również przez ordynatora oddziału lub lekarza prowadzącego. W pierwszym etapie należy powiadomić rodzinę o zgonie, dobrze by było, gdyby rozmowę tę przeprowadził lekarz prowadzący lub który rozmawiał już z rodziną. Następnie należy upewnić się że rodzina przyjęła już tą informację oraz nie jest na etapie zaprzeczania.

Odczytując wyniki z autorskiego kwestionariusza ankiety 26% udzieliło odpowiedzi zdecydowanie tak na pytanie czy podjęliby decyzje na temat pobrania narządów członka rodziny, oraz 38% odpowiedziało raczej tak.

Informacja o możliwości pobrania przeszczepu powinna być przekazana rodzinie najwcześniej po orzeczeniu śmierci mózgu oraz przeprowadzeniu pierwszej serii badań.

Rozmowę o pobraniu narządów powinien przeprowadzić koordynator, a w niej zapytać rodzinę czy znają wolę zmarłego na temat pobierania narządów, tkanek i komórek, jeśli nie to do nich należy podjęcie decyzji.

Własne badania wykazały, że 50% ankietowanych odpowiedziało, że ich rodzina zna ich wolę odnośnie pobierania narządów po śmierci. Lekarz nie może naciskać na podjęcie decyzji może jedynie poinformować że jeżeli kiedykolwiek zmarły wspomniał o pobraniu narządów po jego śmierci to również w świetle ustawy jest traktowane jako oświadczenie woli. Otrzymane wyniki z badań własnych wykazały, że 62% respondentów odpowiedziało na pytanie o zgodzie domniemanej, iż jest to brak sprzeciwu za życia do pobierania narządów do przeszczepu po śmierci.

Według Karczewskiego M. [25] z powodu niedoboru narządów do przeszczepu wszystkie pobrania narządów od zmarłych dawców powinny być pobraniami wielonarządowymi.

W badaniach własnych, 88% badanych udzieliło odpowiedzi, że to nerki są najczęściej pobieranymi narządami. Z powodu coraz większej liczby osób potrzebujących przeszczepu powinno się możliwie najlepiej wykorzystać każdą szansę pobrania narządu. Badania własne pokazują, że 22% ankietowanych uważa, że jeden dawca może uratować życie ponad 9 osobom, 10% podało odpowiedź 8 osobom natomiast 42% nie zna odpowiedzi na ten temat. Indywidualne pobranie każdego organu posiada odpowiednie kryteria, dzięki pobraniu wielonarządowemu łączy się te wszystkie kryteria w jeden wynik. Dzięki współpracy zespołów pobierających narządy unika się niedokrwienia któregoś z narządów, a można dokonać pobrania: serca, wątroby, płuc, nerek, oraz trzustki.

W Polsce po raz pierwszy pierwszego przeszczepu unaczynionego dokonano w 1966 r w Warszawie i była to nerka Oko A. [26] mówi o braku uregulowań prawnych w tamtych latach odnośnie pobierania i przeszczepiania narządów. Pierwszą ustawę w Polsce dotyczącą transplantologii uchwalił Sejm RP w 1995 roku. Towarzyszyły tej ustawie akty prawne określające zgłaszanie sprzeciwu na pobranie czy ustanowienie „Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantologii”. Przejęte regulacje prawne w tej ustawie odpowiadały międzynarodowym standardom dotyczącym transplantologii. Sarnacka E. [27] opisuje dokładne regulacje odnoszące się do pobierania narządów, tkanek i komórek od dawców żywych oraz martwych.

Z badań własnych wynika, że 64% respondentów uważa, że stwierdzanie śmierci mózgu zachodzi w sposób prawidłowy, diagnozę stawia zespół lekarzy odpowiednio wykształconych i bezstronnych. 4% ankietowanych wyraziło obawy o niewłaściwe

wykorzystanie oddawanych narządów np. handel organami. W ustawie z 1 lipca 2005 roku zostało dokładnie zawarte aspekty prawne pobierania narządów, stwierdzania śmierci mózgu, a także aspekty karne dotyczące niewłaściwego wykorzystania narządów, na podstawie tej ustawy zostały wprowadzane kolejne akty prawne dotyczące transplantologii.

Obecnie transplantologia jest szeroko stosowana nie tylko przy ratowaniu życia, ale również przy przywracaniu ludzi do funkcjonowania codziennego, mówi o tym Krawczyk Ł oraz Maciejewski A. [28]. Przeszczepianie twarzy ma zarówno dużo zwolenników jak i przeciwników są to niezwykle rzadkie operacje, ale dzięki nim pacjenci, którzy z powodu chorób genetycznych lub wypadków, w których znacznemu zniszczeniu uległy struktury twarzoczaszki mogą wrócić do społeczeństwa i nie czuć się napiętnowani ani wyszydzani. Kryteria doboru dawcy do biorcy wiążą się przede wszystkim ze zgodnością tkankową, odpowiednią płcią oraz doborem biorcy pod względem podobieństwa wyglądu oraz kształtu twarzy. Przeszczepy twarzy to nie są jedynymi niestandardowymi transplantacjami. Przeszczep kończyn który opisuje Jabłecki J. i Chełmoński A. [29] jest metodą przywracającą funkcjonowanie osobom, które wskutek urazów mechanicznych, związanych z wadami wrodzonymi czy operacji onkologicznych utraciły kończynę górną. Dzięki przeszczepowi kończyny przywracana jest sprawność, której nie można osiągnąć za pomocą implantu.

Badania własne pokazują, że 74% ankietowanych wykazało, iż osoba, która otrzyma przeszczep nie nabiera cech charakteru biorcy, otrzymanie przeszczepu jest wymianą organu, który jest skrajnie niewydolny na inny który będzie pełnił jego funkcje nie ingerując przy tym w cechy charakteru. Przed przeszczepem twarzy biorca musi przejść badania psychologiczne, aby dobrze czuć się z inną twarzą, która będzie jego własną, lecz zmienioną.

WNIOSKI

Po przeprowadzonych badaniach wysunięto następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy społeczeństwa podlaskiego na temat transplantologii jest zadowalający.
2. Pomimo większej ilości kobiet, niż mężczyzn które wzięły udział w badaniu poziom wiedzy jest na podobnym poziomie.
3. Większość ankietowanych zdecydowała o oddaniu narządów po śmierci oraz ponad połowa zna definicję transplantologii.
4. Większość respondentów nie wie, że niezbędnym warunkiem jaki należy spełnić przed pobraniem narządów jest zgoda zmarłego lub rodziny na pobranie przeszczepu.

5. Zdecydowana większość respondentów wie, że można pobrać przeszczep od żywego dawcy, dodatkowo ponad połowa badanych oddawała krew przynajmniej raz w życiu oraz tyle samo wie o tym, że pobranie krwi jest również przeszczepem.
6. Prawie wszyscy badani poprawnie zaznaczyli odpowiedź w pytaniu o definicję śmierci mózgu, a także ponad połowa wie, że śmierć mózgu wiąże się ze śmiercią osobniczą człowieka pomimo sztucznego podtrzymywania czynności życiowych człowieka.
7. Ponad ćwierć badanych zdecydowanie podjęłoby decyzję o poraniu przeszczepu od kogoś bliskiego lub rodziny.
8. Znaczna część badanej grupy przyjąłaby przeszczep, jeśli tego potrzebowałaby, dodatkowo uważają oni, iż stwierdzanie śmierci mózgu zachodzi w sposób prawidłowy, ponieważ dokonuje tego zespół lekarzy oraz są przeprowadzane liczne badania.
9. Najczęstszym powodem podawanym przez badanych na temat odmowy na pobranie narządów są względy emocjonalne, lecz ponad ćwierć badanych odpowiedziało, że powodem niewyrażenia zgody na pobranie jest obawa o niewłaściwe i nieprawidłowe stwierdzenie śmierci mózgu przez zespół lekarski.
10. Ponad połowa badanych zna definicję zgody domniemanej oraz równo połowa zadeklarowała, że rodzina zna ich decyzję co jest równoznaczne z oświadczeniem woli na temat transplantologii.
11. Znaczna większość badanych wie jak należy wyrazić sprzeciw w razie niewyrażenia zgody na pobranie narządów po ich śmierci.
12. Mniej niż połowa badanej grupy uważa, że biorca nie powinien znać dawcy.
13. Zdecydowana większość ankietowanych przyjąłoby sztucznie wychodowany przeszczep w laboratorium pochodzenia zarówno z własnych komórek macierzystych jak i innych osób.
14. Poziom wiedzy ankietowanych na temat transplantologii jest na zadowalającym poziomie, większość badanych zna pojęcia takie jak śmierć mózgu czy zgoda domniemana, również znaczna część grupy zdecydowałaby o przekazaniu własnych narządów po śmierci świadczy to o świadomości ratowania życia dzięki przekazywanym narządom.

PIŚMIENNICTWO

1. Brzeziński T.: Etyka lekarska. PZWL, Warszawa, 2011.
2. Kowal K.: Doświadczenie własnej cielesności przez biorców kończyny – socjologiczne studium zrekonstruowanego ciała. *Przegląd Socjologii Jakościowej*. 2012, 8(2), 152–199.
3. Rowiński W., Wałaszewski J.: Zarys chirurgii transplantacyjnej. Wydawnictwo Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 1993.
4. Buczyński S.M., Snopek P.: Aspekty kryminologiczne nielegalnego obrotu narządami, tkankami oraz komórkami ludzkimi. *Hygeia Public Health*, 2013, 49, 229-234.
5. Duda J.: Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
6. Haberko J., Uhrynowska-Tyszkiewicz I.: Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014.
7. Rollnick S., Miller W.R., Butler C. C.: Wywiad motywacyjny w opiece zdrowotnej. Jak pomóc pacjentom w zmianie złych nawyków i ryzykownych zachowań. Wydawnictwo Academica SWPS, Warszawa 2010.
8. Kunsdorf-Wnuk A., Cholewa H.: Ocena i prowadzenie potencjalnego dawcy narządów [w:] *Transplantologia kliniczna* pod red. Cierpka L., Durlík M.: Termedia, Poznań 2015, 44-57.
9. Rowiński W.: Podstawy transplantologii. [w:] *Podstawy chirurgii*, pod red. Szmidt J., Kuźdzał J. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, 395-467.
10. Pączek L., Foroniewicz B., Mucha K.: Postępy w transplantologii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
11. Sprawozdanie wyjaśniające do Komisji Ochrony Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie. w: *Międzynarodowe standardy bioetyczne. Dokumenty i orzecznictwo* (red. Jasudowicz T., Czepek J., Kapelańska-Pręgowska). Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2014.
12. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 14 czerwca 2019 r. (Dz. U. R. P. poz. 1405 z 2019 r.)
13. Bugger J. F.: Brain death and its implications for management of the potential organ donor. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2009, 53, 1239-1250.

14. Duquesnoy R. J., Gebel H. M., Woodle E. S. i wsp.: High-resolution HLA typing for sensitized patients: advances in medicine and science require us to challenge existing paradigms. *American Journal of Transplantation*, 2015, 15, 2780-2781.
15. Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z. i wsp.: Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
16. Youn T. S., Greer D. M.: Brain death and management of a potential organ donor in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 2014, 30, 813-831.
17. Bączkowska T., Durlik M.: Leki immunosupresyjne, zasady leczenia immunosupresyjnego. [w:] *Transplantologia kliniczna. Zasady ogólne* pod red. Cierpka L., Durlik M. Termedia, Poznań 2015, 196-221.
18. Durlik M., Rutkowski B.: Zasady dotyczące leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu narządów unaczynionych. *Wydawnictwo Zjednoczeni dla transplantacji*, Warszawa 2014.
19. Pełetko-Bagińska A.: Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem przed, w trakcie i po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych [w:] *Pielęgniarstwo Hematologiczne* pod red. Malinowska-Lipień I., Fornagiel S. *Wydawnictwo PZWL*, Warszawa 2016, 244-256.
20. Zawada I.: Jakość życia chorych po przeszczepieniu wątroby. [w:] *Przeszczepianie wątroby* pod red. Zeair S., Wawrzynowicz-Syczewska M. *Wydawnictwo Pomorski Uniwersytet Medyczny*, Szczecin 2018, 322-330.
21. Cepuch G., Kordek-Górka P., Krzeczowska B.: Poczucie sensu życia i jego jakość u młodocianych po przeszczepie serca. *Family Medicine & Primary Care Review* 2011, 13, 3, 405-407.
22. Klimaszewska K., Baranowska A.: Ewaluacja postaw społeczeństwa wobec transplantologii. [w:] *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne* pod red. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. *Wydawnictwo PZWL*, Warszawa 2016, 50-58.
23. Łebkowski W. J.: Definicja śmierci mózgu w transplantologii. [w:] *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne* pod red. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. *Wydawnictwo PZWL*, Warszawa 2016, 59-67.
24. Rybicki Z.: Problemy związane z pobieraniem narządów w celu transplantacji Intensywna terapia dorosłych. Tom II. *Wydawnictwo Makmed*, Lublin 2015, 437-480

25. Karczewski M.: Pobranie wielonarządowe. [w:] Transplantologia w zarysie pod red. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009, 100-101.
26. Oko A.: Aspekty prawne, organizacja pobierania i przeszczepiania narządów unaczynionych w Polsce. [w:] Transplantologia w zarysie pod red. Dyszkiewicz W., Jemielity M., Wiktorowicz K. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009, 226-230.
27. Sarnacka E.: Prawne aspekty transplantacji. [w:] Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne pod red. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, 68-79.
28. Krawczyk Ł., Maciejewski A.: Przeszczepianie twarzy. [w:] Transplantologia kliniczna, przeszczepy narządowe pod red. Cierpka L., Durlik M. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2015, 465-470.
29. Jabłecki J., Chelmoński A.: Przeszczepianie kończyny górnej. [w:] Transplantologia kliniczna, przeszczepy narządowe pod red. Cierpka L., Durlik M. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2015, 445-456.

Rozdział IV

ZDROWIE PSYCHICZNE W OPIECE NAD PACJENTEM

**FUNKCJONOWANIE BIOPSYCHOSPOŁECZNE CHORYCH Z
REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW**

KATARZYNA CZYKIER¹, ANNA BARANOWSKA², BEATA JANINA OLEJNIK³

¹ Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) - nazywane często artretyzmem lub gośćcem przewlekłym postępującym. Jest immunologicznie zależną, przewlekłą, układową chorobą reumatyczną o charakterze zapalnym. RZS to choroba tkanki łącznej, charakteryzująca się symetrycznym, nieswoistym zapaleniem stawów oraz zmianami pozastawowymi. Niekiedy mogą także wystąpić powikłania układowe. W przebieg reumatoidalnego zapalenia stawów wyróżnić można okresy remisji choroby oraz jej zaostrzeń. Nieustannie postępująca choroba prowadzi do destrukcji stawów, co upośledzając ich funkcję, skutkuje trwałym inwalidztwem [1,2,3].

Reumatoidalne zapalenie stawów jest jedną z najczęściej występujących chorób układowych. Występowanie RZS ma zasięg ogólnosiwiatowy. Dotyczy około 0,8% populacji powyżej 15 roku życia. Częstość występowania i ciężkość choroby są uzależnione od rejonów geograficznych. Najczęściej spotykana jest wśród rdzennych Amerykanów (blisko 5%), a najmniej przypadków zachorowania diagnozuje się wśród Afrykańczyków zamieszkujących tereny wiejskie. W Polsce na RZS choruje około 0,3 - 1,5% ogólnej populacji, przy czym trzykrotnie więcej kobiet niż mężczyzn. Każdego roku odnotowuje się kilka tysięcy nowych przypadków zachorowania. Początek choroby przypada najczęściej na czwartą i piątą dekadę życia, a jej częstotliwość wzrasta wprost proporcjonalnie z wiekiem. Obecne są zachorowania rodzinne [3,4,5].

CEL PRACY

Celem pracy była próba przedstawienia wiedzy na temat funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego reumatoidalnego zapalenia stawów pod kątem wpływu choroby na funkcjonowanie biopsychospołeczne chorych.

ROZWINIĘCIE

Otrzymanie diagnozy potwierdzającej obecność ciężkiej choroby przewlekłej, nieuchronnie prowadzącej do inwalidztwa, jest dla pacjenta bardzo trudne. Niewątpliwie najtrudniejsze dla pacjenta jest ciągle odczuwanie bólu, deformacja stawów, ogólne zmęczenie oraz nieuchronna niepełnosprawność. Nie bez znaczenia są także towarzyszące problemy ekonomiczne, które związane są z zaprzestaniem aktywności zawodowej oraz koniecznością podjęcia kosztownej opieki medycznej. Zachodzi wówczas potrzeba zmiany dotychczasowo wykonywanej pracy (dotyczy niższego stopnia zaawansowania choroby) lub pozostania na rencie. Ma to więc bezpośredni wpływ na nagły spadek jakości życia chorego [6].

Biorąc pod uwagę towarzyszący stały, dokuczliwy ból i postępującą niepełnosprawność funkcjonowanie chorego na RZS w codziennym życiu jest często uzależnione od innych. Doświadczany poziom stresu psychologicznego może być modyfikowany m.in. przez cechy osobowościowe pacjenta, system przekonań, poziom optymizmu i wiary we własne możliwości. Istotna jest również samoocena, radzenie sobie w sytuacjach trudnych czy też jakość dotychczasowych kontaktów społecznych [7].

Proces adaptacji pacjentów z RZS do nowej rzeczywistości spowodowanej chorobą jest niekiedy bardzo trudny.

Umiejętność radzenia sobie z własną dysfunkcją pozwala na odzyskanie poczucia własnej wartości, kontroli i wpływu na własne życie, utraconej w momencie otrzymania diagnozy [8].

Można wskazać dwa główne typy zachowań radzenia sobie z bólem w chorobie.

Pierwszy typ - to nastawienie zadaniowe na rozwiązanie problemu. Oznacza to wysiłek w kierunku zniwelowania źródła stresu. Chory nastawiony jest na utrzymanie dotychczasowej aktywności życiowej, odwracanie uwagi od bólu, chętnie wykonywanie ćwiczeń i działań zmniejszających dolegliwości bólowe. Drugi typ - to strategie skoncentrowane na radzeniu sobie z przykrymi reakcjami emocjonalnymi na obecną sytuację. Chory szuka wsparcia, unika aktywności, wykazuje bierność w walce z chorobą.

Obserwowane strategie radzenia sobie z chorobą obejmują także uznanie ograniczeń, które się z nią wiążą. Bardzo istotna jest praca mentalna związana przewartościowaniem doznań bólowych. Aktywna walka z chorobą i poszukiwanie sposobów radzenia sobie z bólem pomaga dostosować się do nowej, pogarszającej się sytuacji zdrowotnej. Chorzy często nie są przygotowani do zmiany dotychczasowego trybu życia. Ważne jest uświadomienie im istoty aktywnego udziału w terapii. Dotyczy to regularnego i chętnego wykonywania ćwiczeń, zaleceń zmniejszających dysfunkcje ruchowe oraz przestrzegania zaleceń dietetycznych [9].

Istotne także jest udzielenie informacji o możliwości skorzystania z poradnictwa zawodowego. Pozwoli to na uzyskanie odpowiedniej formy pracy zarobkowej. Przekwalifikowanie zawodowe i zatrudnienie na odpowiednim stanowisku jest podstawą do przyjęcia aktywnej postawy życiowej oraz przywrócenia niezależności w późniejszych okresach choroby. Jest to istotne w procesie akceptacji niepełnosprawności i posiadania poczucia satysfakcji z życia

Dziedzina fizyczna

Dostępne badania wykazują niższą jakość życia chorych otyłych. Nadmierna masa tkanki tłuszczowej dodatkowo obciąża schorowane stawy, pogłębiając ich dysfunkcję. Wpływ negatywny ma również czas trwania choroby i stopień aktywności RZS. Ze względu na ciągłą progresję choroby, wraz ze wzrostem czasu trwania choroby pogłębia się również stopień niepełnosprawności. Najniższy stopień jakości życia zauważa się u chorych, którym schorzenie towarzyszy powyżej 10 lat. Ważny jest także aktualny wiek pacjenta oraz okres wystąpienia pierwszych objawów. Szacuje się, iż wystąpienie choroby w młodym wieku powoduje szybszy jej progres oraz zdecydowanie cięższy przebieg [6].

Zapalenie i ból stawów

Istotą choroby jest proces zapalny rozpoczynający się wewnątrz stawu. Dochodzi do niszczenia struktur stawu, kości, chrząstki, więzadeł i ścięgien. Nieleczona choroba prowadzi do niszczenia stawów i związanej z tym ciężkiej niepełnosprawności. Ale także do uszkodzenia wielu narządów, a nawet zgonu. Skuteczne leczenie umożliwia normalne funkcjonowanie, hamuje postęp choroby oraz zapobiega jej powikłaniom. Przyczyny występowania RZS nie zostały w pełni poznane. Na reumatoidalne zapalenie stawów choruje około 1 na 100 osób, z czego trzykrotnie więcej kobiet niż mężczyzn. Choroba u płci żeńskiej z reguły ujawnia się między 30 a 50 rokiem życia, u mężczyzn częstość jej występowania zwiększa się proporcjonalnie wraz z wiekiem. W większości przypadków RZS rozwija się

podstępnie. Zanim dolegliwości staną się na tyle dokuczliwe, że skłonią do szukania pomocy lekarskiej, często mija wiele tygodni a nawet miesiące. Na początku najczęściej pojawiają się objawy "ogólne" przypominające grypę (uczucie osłabienia, stany podgorączkowe, ból mięśni, utrata apetytu, zmniejszenie masy ciała). Mogą one poprzedzać objawy "stawowe" lub im towarzyszyć. Głównym objawem są dolegliwości bólowe i obrzęk w obrębie stawu, a następnie utrata jego ruchomości i nieodwracalne jego zniszczenie. Uszkodzenie struktur stawu poprzez proces zapalny sprzyja powstaniu wtórnych zmian zwyrodnieniowych. Choroba na ogół atakuje te same stawy po obu stronach ciała. Początkowo są to drobne stawy rąk oraz stóp, a w miarę postępu choroby wiele innych stawów. Nietypowym, ale możliwym początkiem choroby jest zapalenie jednego dużego stawu (np. kolanowego lub barkowego) albo wędrowanie choroby po wielu stawach [10,11].

Główne objawy zapalenia stawów:

- obrzęk stawu
- ból stawu, tkliwość na ucisk
- ograniczenie ruchomości – brak możliwości wykonania pełnego zakresu ruchu w objętym chorobowo stawie.
- ból i sztywność w obrębie stawu - po obudzeniu się lub po okresie "nieruszania" stawem. Wówczas dochodzi do nagromadzenia się płynu zapalnego i obrzęku tkanek. W RZS charakterystyczna jest sztywność poranna, która trwa zwykle ponad godzinę.
- deformacja stawów – konsekwencja długo trwającej choroby [10,11].

Reumatoidalne zapalenie stawów jest schorzeniem atakującym nie tylko stawy, ale również wiele innych narządów (zwłaszcza postać o ciężkim przebiegu, długotrwała). Oprócz częstych zmian łagodnych - takich jak zespół suchości i guzki reumatoidalne, bardzo rzadko mogą wystąpić ciężkie powikłania prowadzące nawet do przedwczesnego zgonu (np. udar mózgu, zawał serca). Jeżeli pojawi się ból i obrzęk stawów należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza. Osoby z podejrzeniem RZS powinny znaleźć się jak najszybciej pod opieką reumatologa. Wczesne rozpoznanie decyduje o przebiegu i skuteczności leczenia. Istnieje nawet szansa na trwałe wycofanie choroby, jeśli leczenie rozpocznie się odpowiednio wcześnie. W leczeniu stosuje się leki modyfikujące przebieg choroby, leki przeciwbólowe oraz metody nefarmakologiczne [10,11].

Wnioskując na podstawie przeprowadzanych, dostępnych badań dotyczących występowania dolegliwości bólowych u pacjentów z RZS stwierdza się, że:

- Najczęściej dolegliwości bólowe, towarzyszące pacjentom w codziennym życiu, określano na poziomie średnim.
- Grupa badana stosowała zróżnicowane strategie radzenia sobie z bólem. Najrzadziej do walki z bólem wykorzystywano strategię kontroli bólu a najczęściej dominowały strategie poznawcze.
- Chorzy objęci badaniem przejawiali prawidłowe zachowania profilaktyczne oraz stosowali odpowiednią dietę.
- Prawidłowe zachowania profilaktyczne i nawyki żywieniowe w badanej grupie miały istotny statystycznie wpływ na przewartościowanie doznań bólu, strategię odwracania uwagi. Deklarowali radzenie sobie z dolegliwościami bólowymi.
- Badania nie wykazały jednak zależności pomiędzy pozytywnym nastawieniem a przybieranymi strategiami radzenia sobie z bólem [12, 13].

KONKLUZJA: Analizując dostępne publikacje na temat reumatoidalnego zapalenia stawów można wywnioskować najdotkliwsze objawy fizyczne choroby. Zalicza się do nich nieustanny, dokuczliwy ból w obrębie stawów, który często jest przyczyną ograniczenia prawidłowego funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym, ale także sztywność poranną.

Dziedzina emocjonalna

Stale pogarszający się stan zdrowia oraz fakt nieprzewidywalności choroby stanowią ogromne obciążenie emocjonalne. Dotyczy ono zarówno bezpośrednio osoby chorej, jak i jej najbliższych. Czynniki stresu, który towarzyszy schorzeniu, jest rozpatrywany jako motywujący w aspekcie radzenia sobie z sytuacją trudną, ale także paraliżujący jakiegokolwiek racjonalne działanie. Wówczas jest on tak silny, że przekracza próg odporności emocjonalnej. Nawiązując do koncepcji radzenia sobie z sytuacją trudną, zwrócono uwagę na mechanizm błędnego koła, w którym stres może wywołać początek choroby lub jej zaostrzenie, a choroba jest źródłem stresu. Zadaniem psychologa i/lub psychoterapeuty jest zatrzymanie tego koła. Ważne jest sprawowanie całościowej opieki nad chorym. Dlatego też istotną rolę odgrywa współpraca psychologa z lekarzem reumatologiem. Rzetelnie przeprowadzony wywiad, uzupełniony wynikami wykonanych badań kwestionariuszowych, pozwala dostosować odpowiedni model wsparcia lub psychoterapii. Psychoterapia ułatwia przejście trudnego procesu radzenia sobie z chorobą przewlekłą, a jednocześnie ułatwia osobie chorej proces akceptacji choroby. Akceptacja choroby reumatycznej i niepełnosprawności, jaką ona powoduje, stanowi proces, który, jeśli jest zakończony, pozwala choremu zachować zdrowie psychiczne.

Pozytywnym elementem zbadanych postaw osób z RZS jest to, że posiadają oparcie w rodzinie i przyjaciółach. W większości przypadków RZS nie miało wpływu na rozpad związków partnerskich powodu choroby. Również nie częsta jest rezygnacja z posiadania dzieci z powodu RZS. Budowanie bliskich więzi i relacji, element wsparcia rodzinnego, przyjacielskiego - jest bardzo ważne w chorobie przewlekłej. Choroba „towarzyszy”, jest i będzie „obecna” w relacji cały czas. Im szybsza akceptacja i świadomość całonocnego charakteru choroby, która będzie zmienna w czasie, tym lepiej dla bliskich relacji, które osoba z RZS tworzy z innymi [14, 15, 16, 17].

KONKLUZJA: Reasumując - pacjenta należy traktować holistycznie. Bardzo ważna jest jego sfera emocjonalna. Zaburzenia na tym tle często mogą przerodzić się w depresję, co świadczy o niezwyklej podstępności tej choroby. Uzasadnia to konieczność zachowania wzmożonej czujności wśród lekarzy i współpracy pomiędzy specjalistami.

Dziedzina społeczna

Czynnikami społeczno-demograficznymi, które mogą mieć wpływ na ocenę jakości funkcjonowania w poszczególnych obszarach życia chorego są: płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia czy miejsce zamieszkania. U ludzi w podeszłym wieku RZS uniemożliwia wypełnianie zadań codziennych, powodując przyspieszenie fizycznej zależności od otoczenia oraz psychosocjalną niesprawność. Dostępne publikacje wskazują na to, że osoby młodsze z rozpoznaniem RZS starają się być nadal pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. Dokuczliwy ból oraz stałe poczucie zmęczenia, które im na co dzień towarzyszy, jest ogromną przeszkodą w drodze do osiągnięcia postawionego celu. Jednakże starają się być nadal aktywnymi członkami społeczeństwa - oczywiście w miarę możliwości zdrowotnych. Nie rezygnują z wykonywanej pracy, pełnienia ról społecznych czy posiadania rodziny. To w jakim stopniu i czy w ogóle, zostaną wykluczeni ze społeczeństwa, zależy wyłącznie od osób, które do niego przynależą [6, 8].

Jakie rozwiązania prawne i socjalne proponujemy osobom chorym, żeby, pomimo choroby, żyło im się lepiej. Chorzy z RZS podkreślają, że choroba jest dla nich ogromnym wyzwaniem. Nie tylko z powodów towarzyszących dolegliwości, ale również ze względu na swój nieprzewidywalny przebieg i chroniczny charakter. Osobom z RZS towarzyszy ciągle poczucie strachu przed chorobą i osamotnieniem. Potrzebują wówczas oparcia w rodzinie i bliskich osobach. Bardzo ważną rolę pełni edukacja rodziny i bliskiego otoczenia chorego na temat choroby, jej przebiegu i leczenia. Pozwala to tworzyć społeczności, a w makroskali społeczeństwo, które będzie przyjazne choremu. RZS nie da się wyleczyć. Jest to choroba

trudna, ciągle postępująca, nieprzewidywalna, ograniczająca i bolesna. Dzięki szerokiej edukacji wśród osób z RZS oraz tej, nakierowanej na społeczeństwo, osobom chorym łatwiej jest znosić codzienne zmagania ze swoim schorzeniem. Edukacja prowadzi w efekcie do zmiany postaw społecznych i podwyższenia poziomu wiedzy o RZS [16, 18, 19].

KONKLUZJA: Reumatoidalne zapalenie stawów to schorzenie, przez które wielu pacjentów jest zmuszonych do diametralnej zmiany dotychczasowego życia. Następstwem postawienia diagnozy jest unikanie relacji międzyludzkich oraz zaprzestanie brania czynnego udziału w życiu społecznym. Ciągły proces degradacji organizmu uniemożliwia wykonywania większości zawodów fizycznych. Wówczas zachodzi potrzeba zmiany miejsca pracy bądź pozostania na rencie - w zależności od stopnia zaawansowania choroby.

Jakość życia pacjentów z RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów jest to przewlekła, układową chorobą tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Głównym problemem są towarzyszące jej silne dolegliwości bólowe oraz postępujące inwalidztwo. Charakteryzuje się progresywnym niszczeniem stawów. Choroba w dużym stopniu wpływa na ograniczenie pełnienia określonych ról społecznych (rola pracownika czy rodzica). Przebiegu choroby nie da się przewidzieć. Nierzadko towarzyszy jej wyłączenie z głównego nurtu społecznego i depresja. Jak pokazało wiele badań przeprowadzonych na całym świecie, duże znaczenie w procesie terapeutycznym dla osób z RZS ma forma terapii, która jest stosowana, ale także umiejętność radzenia sobie z emocjami na polu społecznym i psychologicznym. Mowa tu m.in. o akceptacji choroby, możliwości realizacji codziennych zadań w życiu prywatnym i zawodowym, poczuciu wykluczenia a także poziomu wiedzy na temat choroby. Ważna jest więc socjologiczna eksploracja środowiska chorych z RZS. Poznanie ich postaw, poziomu wiedzy i doświadczeń związanych z chorobą [19].

Przykładem takiej eksploracji mogą być badania autorstwa dr. Tomasza Sobierajskiego: Raport z badań z lutego 2019 roku, „Codzienność z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wiedza, postawy i psychospołeczne doświadczenia osób z RZS” opracowany przez Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Reumatyków „REF” oraz Know PR.

Celem przeprowadzonego badania było poznanie postaw, poziomu wiedzy i doświadczeń osób z RZS, związanych z obecną chorobą, w odniesieniu do środowiska społecznego, w którym funkcjonują.

Badanie właściwe trwało miesiąc i było realizowane od 2 stycznia do 2 lutego 2019 roku. W badaniu udział wzięło 619 osób, które udzieliły samodzielnej odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Główne wnioski z badania:

- Wyniki przeprowadzonego badania przez Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Reumatyków „REF” ukazują, iż RZS jest chorobą złożoną. Ma ona wpływ na fizyczne samopoczucie osób chorych, ale także na ich samopoczucie psychiczne oraz problemy związane z akceptacją schorzenia i społecznym funkcjonowaniem.
- Co szósty respondent zdecydowanie zgadzał się z tym, że RZS jest chorobą autoimmunologiczną;
- Poczucie niezrozumienia przez innych z powodu choroby dotyczyło aż 44% badanych. Często odczuwali z tego powodu wstyd;
- Utrata bliskich kontaktów z przyjaciółmi dotknęła co piątego respondenta;
- Co trzeci (36%) badany miał poczucie, że nikogo poza nim samym nie obchodzi jego choroba;
- Ogromne wsparcie ze strony rodziny odczuwało 62% badanych;
- 60% twierdziło, że z powodu RZS ma obniżony nastrój;
- Ponad połowa (56%) osób badanych stosowała Metotreksat i inne klasyczne leki modyfikujące przebieg choroby;
- Około co drugi (48%) badany stosował leki przeciwbólowe, a 4 na 10 osób przyjmowało niesteroidowe leki przeciwzapalne;
- W co drugim przypadku wybór terapii był konsekwencją wyłącznie decyzji lekarza, a w co trzecim przypadku wpływ na decyzję o leczeniu miał również pacjent.
- Iniekcyjna forma terapii była chętniej wybierana przez osoby chorujące na RZS nie dłużej niż 4 lata oraz przez tych, którzy z chorobą borykają się 15 lat i więcej;
- Najbardziej dokuczliwą dolegliwością wskazywaną przez osoby chore były dolegliwości bólowe w obrębie stawów. Za dokuczliwy w „bardzo dużym stopniu” wskazało 4 na 10 (39%) badanych;
- Wywołane chorobą uczucie zmęczenia w życiu codziennym było dokuczliwe dla co trzeciej osoby badanej a ograniczenie sprawności ruchowej wskazało 3 na 10 badanych.
- Co czwarta osoba deklarowała, że bardzo uciążliwe w przebiegu choroby, obniżenie nastroju, a dla 22% – niepokój i stany lękowe;
- Tylko 5% badanych deklarowało, że ból stawów nie jest dla niego uciążliwy;
- Badane osoby cierpiące na RZS zdobywały wiedzę na temat choroby z różnych źródeł. Największym zaufaniem cieszył się jednak lekarz reumatolog [20].

- Średnio 6 na 10 pacjentów ma małe zaufanie do pozyskiwania wiedzy na temat choroby od lekarzy POZ i od pielęgniarek. „Bardzo duże” zaufanie ma do nich wyłącznie co dziesiąty badany;
- Około połowa badanych ma duże zaufanie do organizacji pozarządowych, które zajmują się problemem RZS, jako źródła pozyskiwania wiedzy o chorobie. Z podanego źródła nie korzysta 25%;
- 4 na 10 respondentów posiada duże zaufanie do treści zawartych w Internecie, na temat RZS;
- 47% badanych nie zgadzało się zdecydowanie ze stwierdzeniem, iż RZS jest chorobą obejmującą wyłącznie stawy;
- Dwie trzecie badanych przychyliło się do stwierdzenia, iż RZS jest chorobą układową;
- Co czwarta badana osoba nie zgadzała się z tezą, iż obecność RZS wymaga zrezygnowania z kąpieli słonecznych;
- 21% badanych nie zgadzała się z opinią, iż RZS jest chorobą autoimmunologiczną;
- Około 29% badanych twierdziło, że RZS można wyleczyć;
- RZS ma wpływ na pogorszenie wykonywania czynności życia codziennego - tak twierdziła połowa badanych;
- Znaczna część respondentów przejawiała obawy związane z niepodołaniem obowiązków domowym i służbowym (59%).
- Co druga osoba badana zrezygnowała z wykonywania dotychczasowych pasji, a 41% nawet z uprawiania sportu;
- Wyłącznie 14% ogółu badanych wskutek choroby zrezygnowało z posiadania dzieci;
- 3/10 badanych było zmuszonych do zrezygnowania z dotychczasowej pracy;
- Dla ponad połowy badanych choroba miała wpływ na zmianę życia. Często uważali, iż nie są tymi samymi osobami jak w okresie przed zachorowaniem na RZS;
- Co drugi (49%) respondent deklarował, że miewa stany depresyjne wywołane obecnością choroby;
- Wyłącznie połowa badanych zadeklarowała akceptację choroby i swojej obecnej sytuacji z nią związanej;
- 72% ogółu badanych obawiało się uzależnienia od osób trzecich w życiu codziennym [20].

PODSUMOWANIE

Dzięki przeprowadzanym badaniom na temat funkcjonowania pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów możemy uzyskać bardzo ważne informacje na temat postrzegania schorzenia przez samych chorych. Niestety w dalszym stopniu jest ich niewiele. Przeprowadzenie ich na dużej populacji chorych na RZS pozwoliło jednak dowiedzieć się, iż pomimo ciągłego rozwoju medycyny, niektóre choroby nadal nie są leczone w sposób prawidłowy. Z badania wynika, że wyłącznie 56% chorych przyjmowało metotreksat lub inne leki modyfikujące przebieg choroby. Glikokortykosteroidy stosowało zaś aż 16% respondentów. W związku z tym aż 73% chorych odczuwało dokuczliwe dolegliwości bólowe stawów w dużym lub w bardzo dużym stopniu. Ból stawów w życiu codziennym u 69% chorych wiązało się z ograniczeniem sprawności. Aż 75% chorych odczuwało zmęczenie w stopniu raczej dużym, dużym lub bardzo dużym. Alarmującym wynikiem badania jest fakt, iż bardzo duża grupa chorych zgłaszała objawy depresji. U 70% chorych nastroju wywołane chorobą jest na porządku dziennym. Ponadto 54% ankietowanych wyznało, że odczuwa niepokój oraz miewa stany lękowe. Wyciągnięte wnioski świadczą o dużych problemach sfery psychicznej, z którą borykają się chorzy na RZS. W dalszym ciągu, w przypadku chorych na RZS, standardu nie stanowi diagnostyka w kierunku współistniejącej lęku i depresji [15].

Raport z badania ankietowego przeprowadzonego w ramach kampanii „RZS-nie rezygnuj”, pokazuje obraz choroby oraz jej wpływ na życie pacjenta w sposób wielowątkowy. Obejmuje życie codzienne oraz społeczne aspekty funkcjonowania chorych na RZS.

Reumatoidalne zapalenie stawów nie jest wyłącznie chorobą powodująca ból oraz ograniczenie sprawności fizycznej, co zostało potwierdzone przez znaczną część ankietowanych osób, ale również inne aspekty schorzenia nasilone w odczuciu pacjentów. Można do nich zaliczyć m. in. nieustanne odczucie zmęczenia, obniżony nastrój czy stany lękowe prowadzące często do depresji. W przestrzeni publicznej na przedstawione kwestie zwraca się zbyt mało uwagi. A stanowią one bardzo ważne względy dla chorych, co też ukazało przeprowadzone badanie.

Niepokojącym faktem jest również obdarowywanie większym zaufaniem informacji zaczerpniętych z Internetu niż od np. lekarza POZ. Samodiagnozowanie się i stosowanie metod zamieszczonych w na niektórych forach internetowych może spowodować u pacjenta więcej szkód niż korzyści. Bardzo często też to właśnie pielęgniarka jest pierwszą osobą, do której zwraca się pacjent. Dlatego ważne jest ciągle poszerzanie zakresu wiedzy oraz jej aktualizowanie. Każdy chory z RZS jest indywidualnością, dlatego też nie istnieje

jednoznaczne, szablonowe leczenie tej choroby. To właśnie ogrom wiedzy lekarskiej, szczególnie specjalistów reumatologii, powinien być podstawowym źródłem, z którego pacjent winien czerpać informacje i wskazówki [22].

Wydaje się, że przeprowadzanie tego typu badań i dalej ich wyniki obrazują w najtrafniejszym stopniu problemy jakie dotyczą chorych na RZS. Wyniki badania jasno dają do zrozumienia, że RZS nie jest wyłącznie związane z zapaleniem stawów. Bowiem powoduje niewyobrażalne zmiany w całym organizmie - zarówno w ogólnym fizycznym stanie zdrowia oraz w psychice chorego.

Wnioski wyciągnięte z opracowania ankiet powinny stanowić motywację i inspirację do podjęcia dalszych działań na rzecz poprawy jakości życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Ważna jest również potrzeba edukacji pacjentów i osób z ich najbliższego otoczenia. Te działania pozwoli na wzrost świadomości i wiedzy na temat RZS, ale przede wszystkim zrozumienia potrzeb tej grupy chorych [23].

PIŚMIENNICTWO

1. Wiland P.: Reumatologia 2014 - 2015 - nowe trendy. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2016, 3, 41-64.
2. Grabowska H.: Czy w procesie pielęgnowania chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów można zastosować ICNP? Część 2. Problemy Pielęgniarstwa 2015, 23, 4, 257 - 532.
3. Bobrowska-Snarska M., Brzosko M.: Reumatoidalne zapalenie stawów. [w:] Reumatologia praktyczna. Pod red. Samborski W, Brzosko M. Wolters Kluwer Polska, Kraków, 2011, 113-130.
4. Cal - Kocikowska J., Szulińska M., Bogdański P.: Reumatoidalne zapalenie stawów - czynniki ryzyka sercowo - naczyniowego. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2014, 5,1, 26-33.
5. Świerkot J., Pawłowska J.: Aspekty genetyczne w reumatoidalnym zapaleniu stawów. [w:] Reumatologia 2009/2010 – nowe trendy. Pod red. Wiland P. Termedia, Poznań 2010, 37-56.
6. Bączyk G., Kozłowska K., Samborski W.: Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów - przegląd piśmiennictwa. Forum Reumatologiczne 2017, 3(4), 222-229.

7. Tatara T., Snakowska P.: Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów - przegląd systematyczny badań. *Medycyna Rodzinna* 2015, 2(18), 70-78.
8. Aktywność społeczno-zawodowa osób z chorobami reumatologicznymi Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”. Warszawa 2017. <http://3majmyszerazem.pl/wp-content/uploads/2017/11/Raport-Aktywno%C5%9B%C4%87-spo%C5%82eczno-zawodowa-os%C3%B3b-z-chorobami-reumatologicznymi.pdf>
9. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*. 2011, 12(2), 141–145.
10. Marzec I., Budnik M., Balcerak D., Galikowska A., Ziegler A., Olszewska M.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z Reumatoidalnym zapaleniem stawów. Selected aspects of nursing care of patients with Rheumatoid arthritis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016, 6(9), 345-356.
11. Raczkiewicz A., Kulig M., Bachta A.: Analiza wybranych czynników, w tym niedoborów witaminy D₃, wpływających na jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2013, 51, 6, 415–421.
12. Moćko J., Zurzycka P.: Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów – doniesienia wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2013, 1 (42), 15-19.
13. Stawińska T., Szulc A., Taczała J, Ocena jakości życia kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Zdrowie Dobrostan*, 2013, 2, 121-131.
14. Moskalewicz B., Grygielska J., Mańczak M.: Związki intymne chorych reumatycznych w opinii profesjonalistów zdrowia, chorych i ich partnerów. *Reumatologia*, 2010, 48(5), 330–336.
15. Raciborski F., Władysiuk M., Bebrysz M.: Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezenteizm. *Reumatologia*. 2013; 51(5): 355-362
16. Jankowska – Polańska B., Polański J.: Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. *Reumatologia*, 2014, 52(1), 69–76.
17. Jankowska B., Uchmanowicz I., Polański J.: Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010, 12(4), 1027-1034.
18. Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Nyklewicz W., Mojsa W.: Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwrumatycznej- implikacje dla opieki pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18,2: 232-238.

19. Sobierajski T.: Codziennosc z reumatoidalnym zapaleniem stawow. Wiedza, postawy i psychospoleczne doswiadczenia osob z RZS. Wydawnictwo RZS nie rezygnuj.
20. Jankowska-Polanska B., Polanski J.: Metody oceny jakosci zycia w schorzeniach reumatycznych. Reumatologia, 2014, 52(1), 69-76.
21. Wislowska M., Kanecki K., Tyszek P.: Jakosc zycia zalezna od zdrowia u pacjentow z reumatoidalnym zapaleniem stawow. Reumatologia, 2010, 48(2), 104–111.
22. Ziarko M., Kaczmarek L. D., Mojs E., Atarowska M., Samborski W.: Styl radzenia sobie ze stresem jako moderator zwiazku lęku z neurotyzmem u osob z reumatoidalnym zapaleniem stawow. Reumatologia, 2011, 49, 3: 162-168.
23. Ja Pacjent 2017. Perspektywa Pacjentow na Stan Opieki Reumatologicznej w Polsce, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”. Warszawa 2017. <http://3majmysierazem.pl/wp-content/uploads/2017/05/RAPORT-www-1.pdf>

WPLYW SYNDROMU DDA NA FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW

JULIA BEDNARCZYK¹, BEATA KOWALEWSKA²

¹ Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Psarskiego w Ostrołęce

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Dorośle Dzieci Alkoholików (DDA) to pojęcie, które definiuje osoby wychowywane w rodzinach, w których przynajmniej jedno z rodziców nadużywało alkoholu, bądź spełniało kryteria kwalifikujące rodzica jako osobę uzależnioną od napojów alkoholowych [1]. Taka geneza rozwoju człowieka często zostawia trwałe ślady w psychice, który jednych hartuje, a innym nie pozwala normalnie funkcjonować w dorosłym życiu.

Dzieciństwo jest niezwykle ważnym czasem w rozwoju tożsamości istoty ludzkiej. Mały bezbronny człowiek uczy się w swojej rodzinie samodzielności, by w rezultacie, w pełni ukształtowany mógł pójść w samodzielne życie. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie, gdzie potrzeby emocjonalne są zaspokajane zgodnie z jasnymi regułami, człowiek ma szansę rozwinąć spójną i trwałą tożsamość, która pozwoli żyć w poczuciu spełnienia i szczęścia [2].

Natomiast dom, w którym funkcjonowanie wszystkich skupione jest wokół człowieka uzależnionego nie stwarza warunków do prawidłowego rozwoju. Brak jest pozytywnych wzorców zachowań, nie ma odpowiednich relacji, dzięki którym kształtuje się korzystny wzorzec emocjonalny dla młodej osoby. Dorastanie w rodzinie alkoholowej powoduje niejednokrotnie odwrócenie ról [3]. To ustawiczna walka o przetrwanie i zbyt wczesna dojrzałość emocjonalna. Osiągnąwszy dojrzałość osoby z DDA odnoszą wrażenie, że nigdy nie miały szansy być dziećmi [4].

Wychowywanie się w rodzinie doświadczającej pośrednich i bezpośrednich skutków nałogu jest naznaczone zupełnie innym stylem sprawowania funkcji rodzicielskich oraz szczególnymi przeżyciami stresogennymi. Agresja, przemoc czy zaniedbywanie dzieci, to częsty obrazek rodzin alkoholowych [5].

Rodzina tworzona z osobą uzależnioną jako rodzina dysfunkcyjna najbardziej uderza w dzieci. To rodzina żyjąca często w izolacji od zewnętrznego świata, kontakty towarzyskie, jeśli się pojawiają, są niejednokrotnie powierzchowne i fałszywe. Zaburzone relacje między

członkami rodziny nie pozwalają na wzajemną pomoc, brak jasno określonego podziału ról. Zaprzeczanie istniejącym problemom nie pozwala sięgnąć po właściwe rozwiązania. Ważne jest utrzymanie systemu rodzinnego za wszelką cenę, nawet rezygnacji z indywidualnych potrzeb i osobistego rozwoju [1].

Ślady traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa mogą przyczynić się do rozwoju tzw. Syndromu DDA. Pojęcie to nie jest jednostka kliniczną, obejmuje zbiór problemów i zaburzeń u osób wychowanych w rodzinach alkoholowych. Dzieciństwo pozostawiło u nich ślad nieprawidłowych wzorców, które uniemożliwiają realne przeżywanie rzeczywistości. Teraźniejszość jest przetwarzana przez spektrum bolesnych przeżyć z przeszłości w sposób nieświadomy i przyczynia się do występowania wielu trudności w komunikacji z samym sobą oraz otoczeniem. W dzieciństwie wyuczone nieprawidłowe schematy zachowań pomagały DDA przeżyć w traumatycznych sytuacjach. W dorosłości powodują problemy z funkcjonowaniem w nowych warunkach i w działaniu adekwatnym do sytuacji.

Cechy osób z Syndromem DDA, poza elementami wspólnymi, są indywidualne i zależne m.in. od: cech osobowości; typu temperamentu; rodzaju układu nerwowego; poziomu inteligencji; osobistych uzdolnień; struktury i sposobu funkcjonowania rodziny; możliwości wsparcia; osiągniętych sukcesów poza systemem rodzinnym.

Wykształcenie się cech Syndromu DDA można odnaleźć w innych dysfunkcjach, jednak istotne w tym przypadku jest źródło problemów.

Dzieciństwo spędzone w rodzinie z osobą uzależnioną od alkoholu jest nacechowane:

- dużą ilością bardzo negatywnych doświadczeń, w których dominuje przemoc fizyczna i psychiczna, często też seksualna;
- traumatyczne wydarzenia nie są pojedynczymi przypadkami, lecz często trwają całe dzieciństwo;
- dzieci są krzywdzone przez najbliższe osoby w rodzinie, które powinny zapewnić opiekę i ochronę;
- zaburzone są więzi z rodzicami;
- dzieciom towarzyszy ciągły wstyd i odrzucenie społeczne z powodu nałogu w rodzinie;
- brakuje prawidłowych wzorców do naśladowania, a role w rodzinie często są odwrócone [6]

Trauma z dzieciństwa może być przyczyną różnorodnych zaburzeń:

- lękowych i depresyjnych;
- osobowości typu *borderline*;

- adaptacyjne;
- różnorodne uzależnienia;
- zaburzenia jedzenia [6].

Alkohol od wieków towarzyszy ludziom podczas różnych momentów życia. Wraz z wiekiem jego używanie staje się niejako normalnością, a w wielu krajach kultura picia jest rytuałem codziennym, np. picie wina do posiłku. Specyfika działania alkoholu powoduje, że dla wielu jest to ważne, nierzadko jedyne źródło obniżenia napięcia emocjonalnego [7]

W Polsce spożycie alkoholu etylowego przekracza średnie światowe i jest jednym z wyższych w Europie. Spożycie bezpośrednie u osób powyżej 15 r. ż. jest dwa razy większe niż w skali światowej. Polaków cechuje wysoka liczba osób upijających się, co przekłada się na wysoki wskaźnik osób uzależnionych lub nadużywających alkoholu. Przyczynia się do tego duża dostępność napojów alkoholowych oraz wpływy przedsiębiorców związanych z przemysłem alkoholowym [8].

Konsekwencje nadużywania alkoholu dotyczą około miliona dzieci, które ponoszą negatywne konsekwencje picia jednego lub dwojga rodziców. Dorastając w rodzinie alkoholowej niejednokrotnie są pozbawione zrównoważonego rozwoju, dźwigają ciężar współuzależnienia, czego skutkiem może być utrwalenie schematów i postawa adaptacyjna polegająca na „przetrwaniu” [9].

Dorośle Dzieci alkoholików to różnorodna grupa. Poza czynnikiem wspólnym, jakim jest picie rodzica, różnią się od siebie strukturą rodziny i rolami pełnionymi w dzieciństwie, relacjami interpersonalnymi, czy też wpływem doświadczeń na psychikę. Nie u wszystkich wykształciły się zaburzenia wymagające korekty terapeutycznej. Jest jednak część DDA, u której traumy z dzieciństwa wpływają negatywnie na funkcjonowanie w dorosłości [6].

CELE PRACY

Cel główny: ukazanie funkcjonowania psychospołecznego dorosłych pochodzących z rodzin alkoholowych na tle cech syndromu DDA.

Cele szczegółowe:

1. Sprawdzenie wiedzy badanej grupy dotyczące pojęcie DDA i syndromu DDA.
2. Określenie ról pełnionych przez DDA w dzieciństwie oraz ich wpływu na funkcjonowanie w życiu dorosłym.
3. Zbadanie poziomu stresu badanych i czynników zwiększających ten wskaźnik.
4. Zbadanie funkcjonowania DDA w roli rodzica.

5. Określenie, czy DDA częściej wybierają zawód związany z opieką nad innymi ludźmi.
6. Zbadanie udziału DDA w specjalistycznej terapii.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W przeprowadzaniu badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 25 pytań, z czego 19 dotyczyło problematyki związanej z DDA, a pozostałe 6 dotyczyło informacji metryczkowych. Sposób przeprowadzenia ankiety polegał na zaznaczeniu znakiem „x” prawidłowej jednej lub kilku odpowiedzi. Ankietowane osoby zostały poinformowane o anonimowości oraz o wykorzystaniu wyników wyłącznie do badań naukowych. Ankietowani zostali również poinformowani o ochronie danych osobowych zgodnie z wytycznymi.

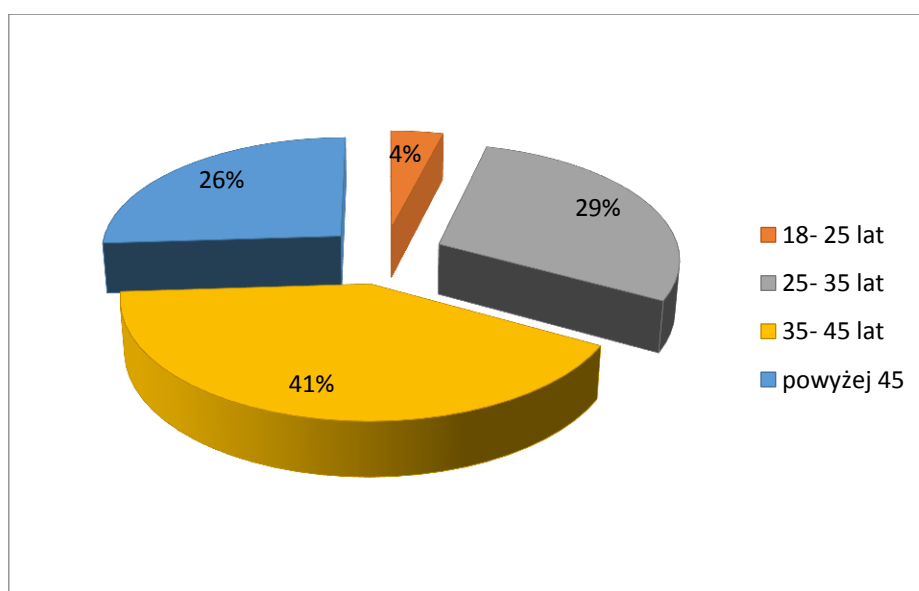
Pytania zawarte w ankiecie miały postać otwartą lub zamkniętą. Jedno pytanie dotyczyło określenia odpowiedzi w postaci wartości liczbowej w skali od 0 do 10. W ankiecie użyto również kilku pytań, do których odpowiedzi zawierały autorką wersję 5- stopniowej Skali Likerta.

Ankieta została przeprowadzona w okresie od 27 lutego do 27 kwietnia 2020 roku, wśród 82 osób z DDA. Warunkiem wypełnienia kwestionariusza było wychowywanie się w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu, o czym ankietowani zostali poinformowani. Zdecydowana większość ankiet (79) została przeprowadzona poprzez umieszczenie informacji w mediach społecznościowych i wypełnienie kwestionariusza internetowo. Kilka osób zgłosiło problemy techniczne przy wypełnianiu ankiet, które mogły wpłynąć na liczbę pominiętych odpowiedzi. Pozostałe kwestionariusze (3) zostały rozdane w środowisku autora pracy, po uprzednim przeprowadzeniu wywiadu na temat zaistnienia problemu DDA wśród ankietowanych.

WYNIKI

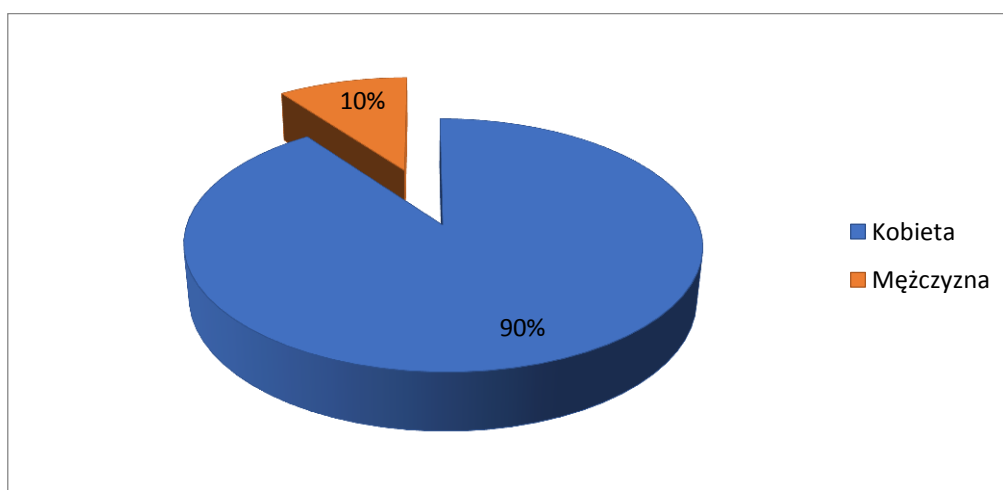
Charakterystyka badanej grupy

Pod względem wieku najwięcej respondentów było w przedziale wiekowym 35- 45 lat, stanowiąc tym samym 41% ankietowanych. Na kolejnym miejscu znalazły się osoby w wieku 25- 35 lat, z których odpowiedzi udzieliło 29% ogółu badanych. Nieco mniej, czyli 26%, stanowili ankietowani w wieku powyżej 45 lat. Najmniej osób biorących udział w badaniu miało pomiędzy 18 a 25 lat, stanowiąc zaledwie 4% badanych (Ryc. 1).



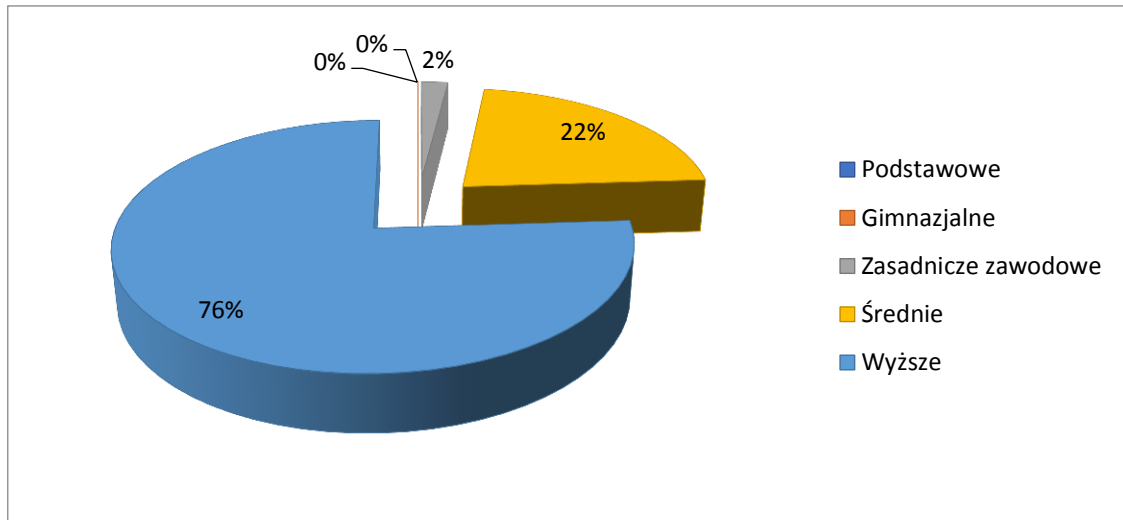
Ryc. 1. Wiek

Kobiety stanowiły 90% badanej grupy (Ryc. .2).



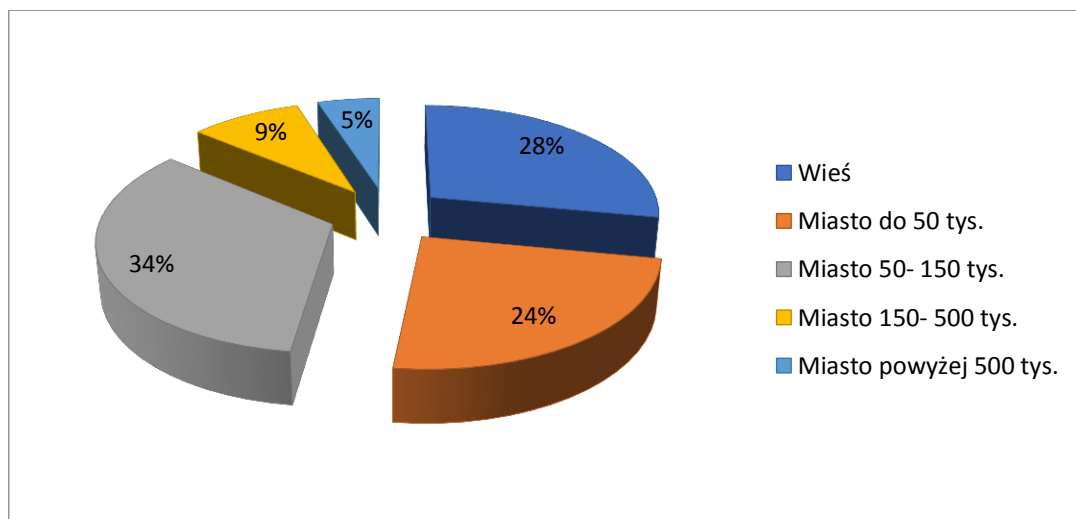
Ryc. 2. Płeć

Większość wśród badanych stanowiły osoby z wyższym wykształceniem- 76%. Respondenci z wykształceniem średnim stanowili 22%. Tylko 2% badanej grupy to osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym. Wśród ankietowanych nie było osób z wykształceniem podstawowym ani gimnazjalnym (Ryc. 3).



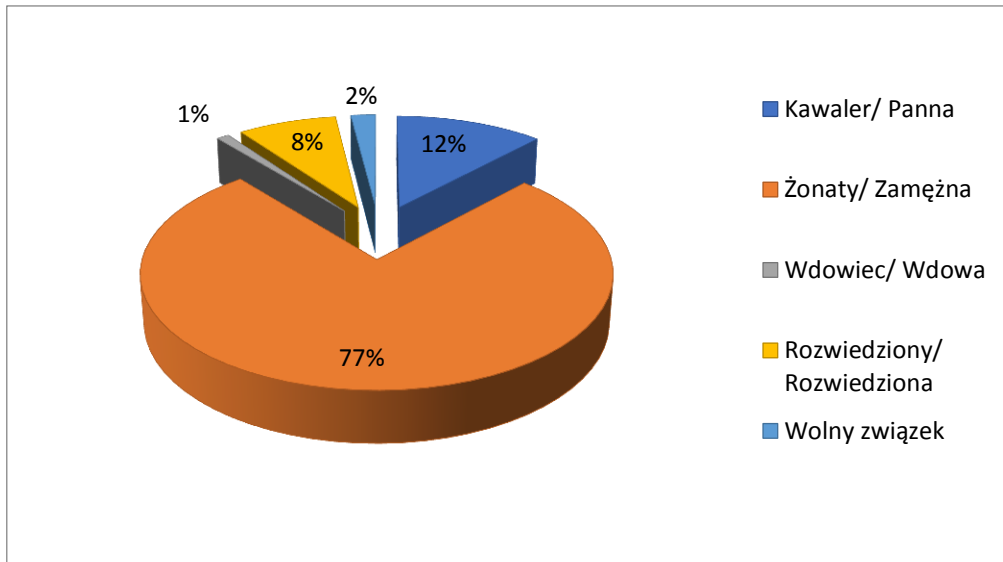
Ryc. 3. Wykształcenie

Jak wynika z poniższej Ryc. .4 ankietowani pochodzący z miast tworzyli zdecydowaną większość w badanej grupie. Najwięcej, 34% osób to przedstawiciele miast średnich, od 50 - 150 tys. mieszkańców. 28% to osoby zamieszkałe duże miasta, liczące 150- 500 tys. mieszkańców. Nieco mniej, 24% liczy grupa osób zamieszkałych najmniejszych z miast, do 50 tys. mieszkańców. Tylko 9% respondentów pochodzi z miast dużych liczących 150- 500 tys. zamieszkałych osób. Z kolei 28% badanej grupy stanowią mieszkańcy wsi.



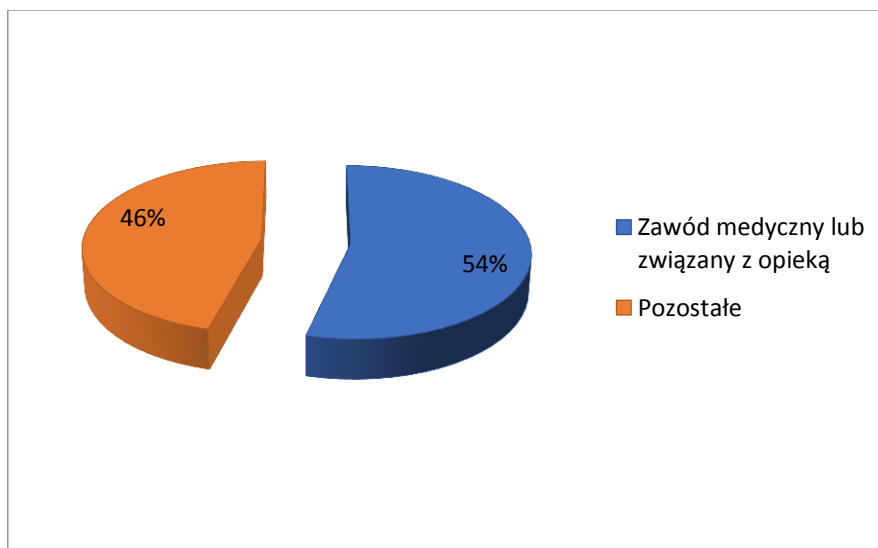
Ryc. 4. Miejsce zamieszkania

W badanej grupie większość stanowiły osoby tworzące związek małżeński, aż 77%. Dużo mniej liczna była grupa osób stanu wolnego - 12%. Szczegółowe dane zamieszczono na Ryc. 5.



Ryc. 5. Stan cywilny

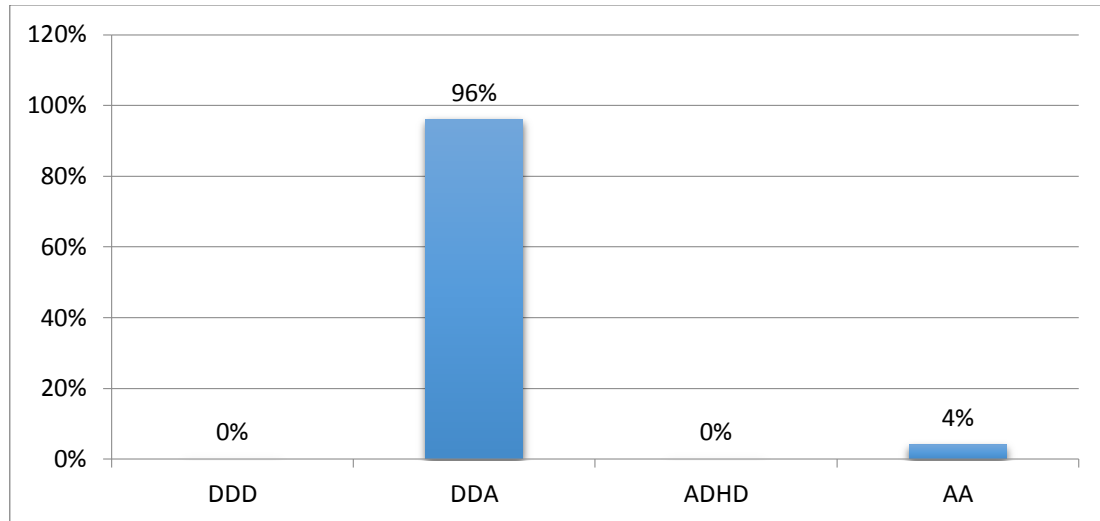
Sytuację zawodową badanej grupy obrazuje poniższa Ryc. 6. 78 osób odpowiedziało na to pytanie, co stanowi 95% ogółu ankietowanych. 4 osoby pominęły pytanie, co stanowi 4% ogółu ankietowanych. Wśród 78 osób, które udzieliły odpowiedzi na zadane pytanie 54% jest związanych z zawodem medycznym, głównie pielęgniarstkiem oraz wliczono w tę liczbę zawody związane z opieką bądź pomaganiem, m.in. nauczyciel, psycholog i opiekunka. Pozostałe 46% stanowią inne zawody, m.in. sprzedawca, rolnik, pracownik administracji, kosmetyczka, bibliotekarz, cukiernik, gospodyni domowa, transportowiec, księgowa, i. in.



Ryc. 6. Sytuacja zawodowa

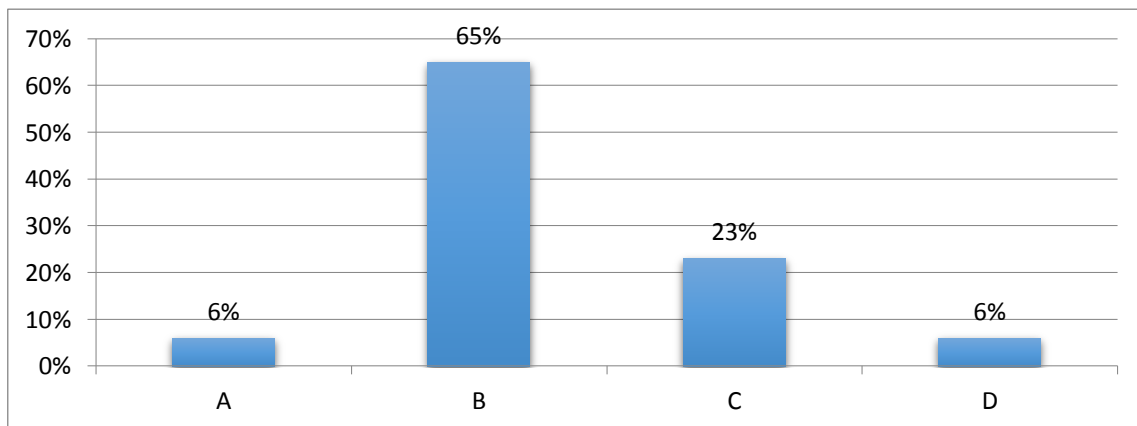
Analiza części szczegółowej ankiety

Zdecydowana większość ankietowanych zna pojęcie DDA, 96% osób odpowiedziało prawidłowo na zadane pytanie. Jedynie 4% respondentów skojarzyło zaprezentowaną definicję z określeniem AA, czyli anonimowego alkoholika (Ryc. 7).



Ryc. 7. Znajomość pojęcia DDA

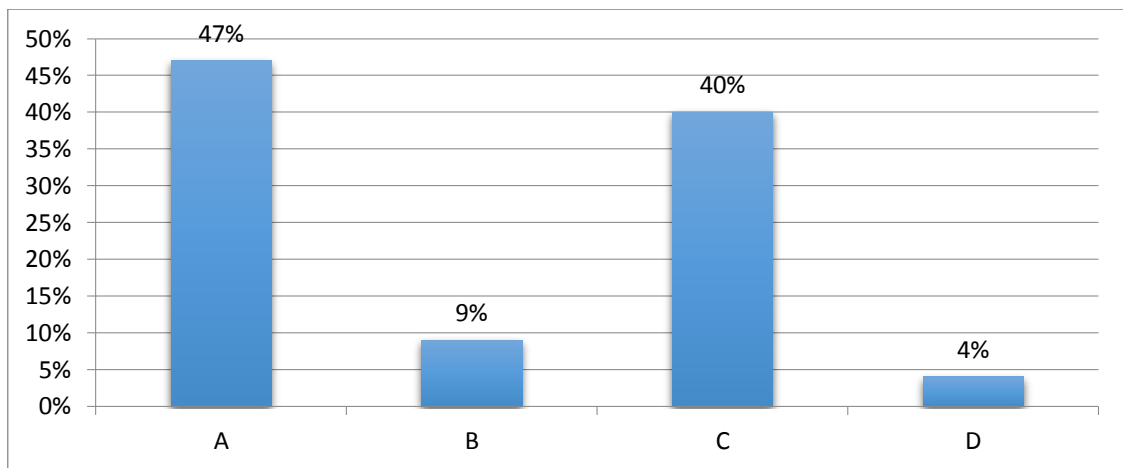
Ponad połowa, 65% badanej grupy, posiadało wiedzę na temat syndromu DDA i odpowiedziała prawidłowo na zadane pytanie. 23% ankietowanych kojarzyło syndrom DDA z wychowywaniem w rodzinie alkoholowej. Po 6% respondentów skojarzyło syndrom DDA z zespołem stresu pourazowego lub przemocą fizyczną i psychiczną (Ryc. 8).



- A- Przeżywany w dzieciństwie stres, porównywany do stresu pourazowego
- B- Zbór problemów i zaburzeń u osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych
- C- Wychowywanie w rodzinie doświadczającej pośrednich i bezpośrednich skutków nałogu
- D- Duża ilość negatywnych doświadczeń z dominującą przemocą fizyczną i psychiczną

Ryc. 8. Wiedza na temat syndromu DDA

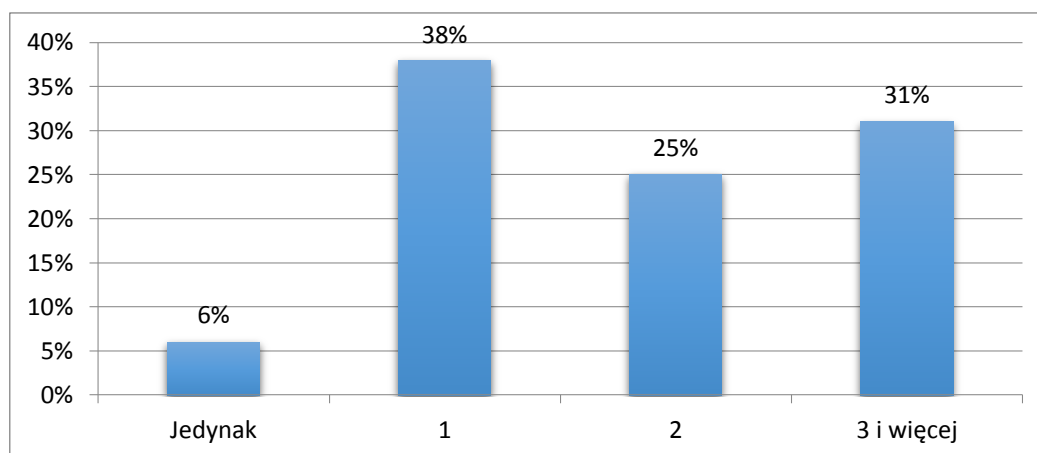
Prawie połowa, czyli 47% ankietowanych, utożsamiała się z cechami charakteryzującymi rolę pełnioną w dzieciństwie określaną w literaturze jako *bohater rodzinny*. 40% badanych identyfikowała się z cechami powiązanymi z rolą *dziecka zapomnianego*. 9% respondentów charakteryzowała w dzieciństwie rola *kozła ofiarnego* (Ryc. 9)



- A-** Dobry uczeń, odpowiedzialny, perfekcyjny, mały dorosły, krytykowany, poczucie winy, wewnętrzna złość, nie ma wpływu na własne poczynania, realizuje potrzeby innych, osamotniony, odmienny, problemy z zabawą i odpoczynkiem
- B-** Sfrustrowany, buntownik, ma problemy w szkole, lider grupy, czarna owca rodziny, skłonność do uzależnień, manipuluje innymi, aby osiągnąć korzyści
- C-** Delikatny, wrażliwy, niewidoczny, osamotniony, tendencja do fantazjowania, wycofany w kontaktach z rówieśnikami
- D-** Błazen, chce być w centrum wydarzeń, problemy z nauką, lęk, strach, osamotnienie, lubiany, nie traktowany poważnie

Ryc. 9. Role pełnione w dzieciństwie

Ryc. 10 przedstawia kolejność narodzin ankietowanych. 94% badanej grupy stanowiły osoby pochodzące z rodzin wielodzietnych, z czego 38% to osoby urodzone jako pierwsze dzieci w rodzinie, a 31% to osoby urodzone jako trzecie bądź kolejne dziecko. 25% stanowią osoby urodzone jako drugie w rodzinie. Zaledwie 6% respondentów jest jedynakami.



Ryc. 10. Kolejność narodzin

Na pytanie o cechy charakterystyczne dla syndromu DDA przeżywane w dzieciństwie respondenci mogli wybrać maksymalnie 5 odpowiedzi. Z analizy Tab. I. wynika, iż zdecydowanie najwięcej, 55% odpowiedzi, dotyczyło milczenia o pojawiających się sytuacjach w rodzinach alkoholowych. Nieco mniej osób, 45%, wskazało na przeżywanie przewlekłego stresu w swoim dzieciństwie. Podobna ilość, 41%, dotyczyła trudności w budowaniu własnej tożsamości podczas dorastania w rodzinie z problemem alkoholowym.

Problemy w funkcjonowaniu społecznym bądź unikanie konfliktów w młodości zadeklarowało 36% badanych osób. Z kolei dla 34% ogromną trudność stanowiła niemożność swobodnego przeżywania emocji. Nieufność cechowała dzieciństwo 27% badanych, natomiast 18% ankietowanych osób przyznało się do problemów zdrowotnych w młodości typu: uzależnienia, zachowań obsesyjno- kompulsywnych lub zaburzeń depresyjnych.

Tylko 9% uważało, że powielalo negatywne wzorce rodzinne, zaś 8% stwarzało problemy wychowawcze bądź miało kłopoty w szkole. 9% badanej grupy zadeklarowało inne, nie wymienione w ankiecie problemy w dzieciństwie. Zaledwie 4% badanych podzieliło się własnymi przeżyciami wymieniając m.in. stres (ale nie ciągły), odpowiedzialność, dążenie do perfekcji, aby zasłużyć na pochwałę, zauważenie, wywołanie pozytywnych emocji w domu, osamotnienie. 14% ankietowanych nie utożsamiało się z żadną wymienioną cechą związaną z wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej.

Tab. I. Cechy syndromu DDA przeżywane w dzieciństwie

Cechy syndromu DDA przeżywane w dzieciństwie	odpowiedzi w %
Milczenie o tym co się dzieje w rodzinie	55%
Niemożność swobodnego przeżywania emocji	34%
Nieufność	27%
Ciągły stres	45%
Powielanie negatywnych wzorców	9%
Problemy w szkole lub wychowawcze	8%
Problemy w budowaniu własnej tożsamości	41%

Trudności w funkcjonowaniu społecznym, unikanie konfliktów	36%
Problemy zdrowotne, np. uzależnienia, zachowania obsesyjno-kompulsywne, depresja	18%
Żadne z powyższych	14%
Inne	9%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

W pytaniu o cechy syndromu DDA przeżywane w dorosłości analogicznie jak w poprzednim zestawieniu ankietowani mieli do wyboru maksymalnie 5 odpowiedzi. Jak przedstawia Tab. II, największa ilość udzielonych wskazań, 60%, dotyczyła surowej oceny własnej osoby. O wiele mniej ankietowanych, 35%, miało problem z budowaniem własnej tożsamości na podstawie opinii innych. Podobna ilość odpowiedzi dotyczyła problemów z relaksem i odpoczynkiem- 33%. Również zbliżona liczba badanych, 31%, wskazało jako problem w dorosłym życiu nadmierną odpowiedzialność lub jej brak.

Strach przed utratą kontroli nad zmianami, na które nie mamy wpływu, podało 29% respondentów. 28% respondentów deklarowało, przejawianie przesadnej wrażliwości na problemy innych. 26% badanej grupy miało w dorosłym życiu problemy w nawiązywaniu bliskich relacji, zaś 25% nie radziło sobie z okazywaniem emocji. Życie w poczuciu ciągłego zagrożenia zgłaszało 21% ankietowanych osób. 19% ogółu stanowiły osoby, dla których problemem jest ich nadmierna lojalność wobec innych ludzi.

Po 18% odpowiedzi dotyczyło trudności z przeprowadzeniem zamiaru od początku do końca oraz problemów z kłamaniem, nawet gdy istnieje możliwość powiedzenia prawdy. 11% badanych odczuwało w dorosłości odmiennność od innych ludzi, z kolei 9% żyje w poczuciu winy i stawia się w roli ofiary. 6% badanych borykało się z problemami zdrowotnymi typu zachowania obsesyjno- kompulsywne. 7% pytanych osób miało problemy w związkach polegające na myleniu miłości z litością.

Tab. II. Cechy syndromu DDA przeżywane w dorosłości

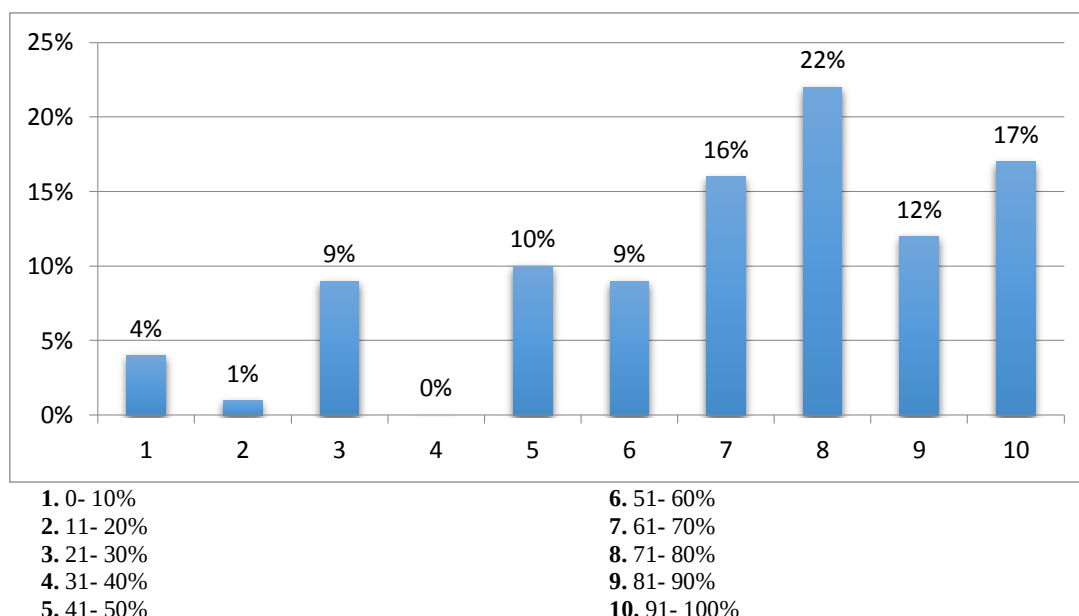
Cechy syndromu DDA przeżywane w dorosłości	odpowiedzi w %
Zgadywanie jakie zachowanie jest normalne	8%
Trudność z przeprowadzeniem zamiaru od początku do końca	18%
Kłamanie, mimo że mogę powiedzieć prawdę	18%
Surowa ocena siebie	60%
Problemy z relaksem i odpoczynkiem	33%
Problemy w nawiązywaniu bliskich relacji	26%
Strach przed utratą kontroli nad zmianami, na które nie mamy wpływu	29%
Budowanie poczucia wartości na podstawie opinii innych	35%
Poczucie odmienności	11%

Nadmierna odpowiedzialność lub jej brak	31%
Przesadna lojalność	19%
Problemy z okazywaniem emocji	25%
Przesadna wrażliwość na problemy innych	28%
Poczucie winy, rola ofiary	9%
Mylenie miłości z litością	5%
Zachowania obsesyjno- kompulsywne, np. napadowe objadanie się	6%
Poczucie ciągłego zagrożenia	21%
Żadne z powyższych	4%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

Dla określenia poziomu stresu ankietowanych w sytuacjach trudnych dotyczących m.in. konfliktów w pracy czy z bliską osobą, zastosowano autorską 10- punktową skalę, gdzie „0” oznacza brak stresu, a „10” stres maksymalny. Badana grupa wskazywała wartość punktową. Dla każdego punktu przyporządkowano w ujęciu procentowym poziom przeżywanego stresu. Poziom stresu ankietowanych został przedstawiony na Ryc. 11. Badaną grupę cechuje wysoki poziom stresu, który kształtował się na poziomie 7- 10 punktów (60- 100%). Z tego 22% określiło swój stres na poziomie 8 punktów (71- 80%), zaś 17% wskazało aż 10 punktów (91- 100%), co sugeruje przeżywanie ekstremalnego stresu w sytuacjach konfliktowych. Niewiele mniej, 16% badanych określiło swój stres na poziomie 7 punktów (61- 70%), natomiast 12% wskazuje na poziom stresu rzędu 9 punktów (81- 90%).

Pozostała część badanych określiła swój poziom stresu związany z konfliktami poniżej 60%. Stres na poziomie 5 punktów (41- 50%) wskazało 10% badanych. Po 9% ankietowanych wskazało stres na poziomie 6 punktów (51- 60%) oraz 3 punkty (21- 30%). Tylko niewielką część pytaney grupy- 4%, cechuje bardzo niski poziom stresu na poziomie 1 punkt (0- 10%) oraz 2 punkty (11- 20%). Stresu w sytuacjach konfliktowych na poziomie 4 punktów (31- 40%) nie wskazała ani jedna osoba.



Ryc. 11. Poziom stresu

Kolejno zapytano ankietowanych o przeżycia w dzieciństwie wpływające na zwiększony poziom stresu (Tab. III). U 45% ankietowanych największy stres powodowało poczucie odrzucenia, brak poczucia bezpieczeństwa, osamotnienie bądź narażenie na przeżywanie silnego lęku. 35% badanej grupy przeżywało zwiększony stres z powodu poczucia bezradności, poczucia winy bądź problemów z relacjami intymnymi oraz wypierania emocji.

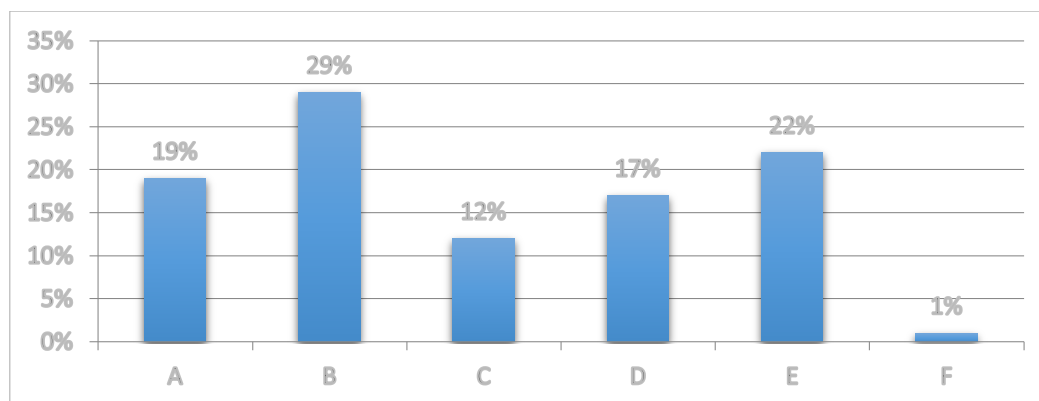
32% respondentów za największy problem wpływający na poziom stresu uznało stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej oraz wynikające z tych sytuacji lęk, gniew i złość. Tyle samo wskazań, 32%, dotyczyło nieprzewidywalności, braku wzorców zachowań, braku konsekwencji oraz poczucia dezorientacji. 3% badanej populacji wskazało na inne przyczyny wpływające na zwiększony poziom stresu w dzieciństwie, jednak bez podania konkretnych sytuacji.

Tab. III. Przeżycia w dzieciństwie zwiększające poziom stresu

Przeżycia w dzieciństwie zwiększające poziom stresu	odpowiedzi w %
Odrzucenie, brak poczucia bezpieczeństwa, silny lęk, osamotnienie	45%
Przemoc fizyczna i psychiczna, złość, lęk, gniew	32%
Bezradność, poczucie winy, problemy z relacjami intymnymi, wyparcie emocji	35%
Nieprzewidywalność, brak wzorców zachowań, brak konsekwencji, poczucie dezorientacji	32%
Inne (jakie?)	3%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

W pytaniu o problemy pojawiające się w życiu dorosłym najczęściej, bo aż 29% ankietowanych, żyło w poczuciu zagrożenia, miało problemy ze snem, doświadczało ataków paniki oraz nie potrafiło się zrelaksować. Z kolei 19% miało problem z kontrolowaniem, zaufaniem oraz przeżywało lęk w relacjach z bliskimi. Nieco mniej, bo 17%, deklarowało, że nadmiernie kontroluje swoje życie i otoczenie oraz żyje w poczuciu nieprzewidywalności. 12% badanej grupy wskazywało na problemy związane ze sferą seksualną (Ryc. 12).



- A- Kontrolowanie, brak zaufania i lęk w bliskich relacjach
- B- Poczucie zagrożenia, ataki paniki, problemy ze snem, brak poczucia odprężenia
- C- Problemy z życiem seksualnym
- D- Nadmierne kontrolowanie, nieprzewidywalność
- E- Nie dotyczy
- F- Inne (jakie?)

Ryc. 12. Problemy pojawiające się w życiu dorosłym

W Tab. IV przedstawiono stosunek ankietowanych do własnej osoby. W badanej kwestii można było udzielić maksymalnie 5 odpowiedzi. Aż 51% badanej grupy wskazało, że żyje w poczuciu niskiej wartości, a niewiele mniej, bo 49%, że zaniedbuje swoje potrzeby kosztem zaspokajania potrzeb innych. 32% respondentów, przeżywa lęk przed odrzuceniem, a 29% nie spostrzega siebie jako osoby atrakcyjne. Po 1/4 - 25% ankietowanych uważało, że cechuje ich rezygnacja z własnych marzeń i planów oraz ma problemy z odprężeniem. Niewiele mniej, 23%, ma problem z kłamaniem i ukrywa prawdę. 19% badanej populacji miało poczucie ciągłego zagrożenia, natomiast po 18% poczucie odmienności oraz przeżywało w pracy zawodowej stres i łatwo rezygnowało z własnych ambicji. 13% ankietowanej grupy borykało się z różnego rodzaju uzależnieniami, z kolei po 11% miało trudności w tworzeniu związków oraz przejawiało zachowania agresywne w stosunku do swoich bliskich. Tylko 8% pytanym nie utożsamiało się z żadnym przytoczonym problemem, nikt też nie zgłosił innych cech w spostrzeganiu własnej osoby.

Tab. IV. Cechy określające stosunek do własnej osoby

Cechy określające stosunek do własnej osoby	odpowiedzi w %
Niskie poczucie wartości	51%

Zaniedbywanie swoich potrzeb	49%
Rezygnacja z marzeń i planów	25%
Ukrywanie prawdy	23%
Poczucie odmienności	18%
Brak atrakcyjności	29%
Trudności w tworzeniu związków	11%
Lęk przed odrzuceniem	32%
Skłonność do uzależnień	13%
Poczucie zagrożenia	19%
Brak umiejętności odprężenia	25%
Zachowania agresywne w stosunku do bliskich	11%
Stres i rezygnacja z własnych ambicji	18%
Żadne z powyższych	8%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

W kwestii stosunku badanych do innych ludzi (Tab. V), najczęściej odpowiedzi, 49%, dotyczyło zachowywania dystansu w relacjach z innymi ludźmi. O wiele mniej, 33% jako problem wskazało niską samoocenę w relacjach interpersonalnych, a 28% miało problemy z zaufaniem wobec innych osób. 24% respondentów przeżywało wstyd w relacjach z innymi ludźmi, zaś 19% rezygnowało z własnych potrzeb na rzecz innych. Po 12% pytanym doświadczało uczucia ciągłego zagrożenia i życia w poczuciu winy, a dodatkowo tworzyło lub tworzy związek z osobą uzależnioną, zaś 10% funkcjonowało w poczuciu krzywdy.

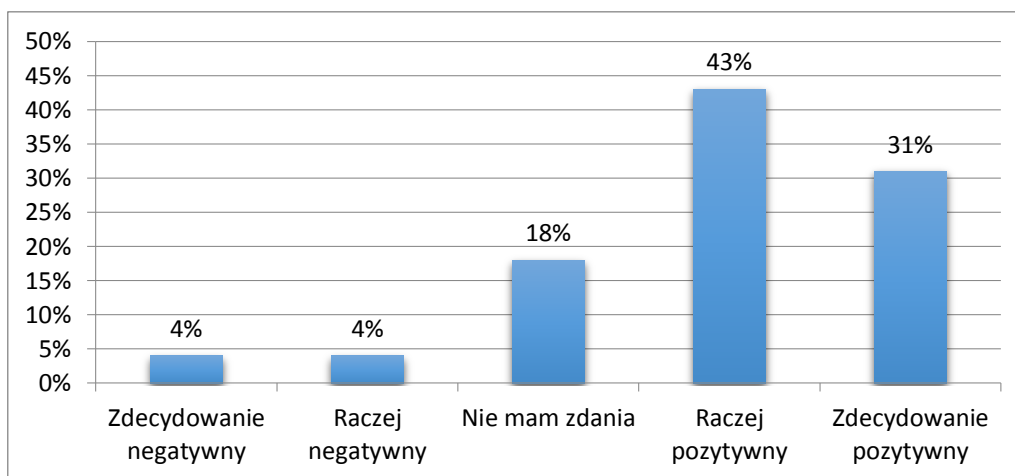
Tab. V. Cechy określające stosunek badanych do innych ludzi

Cechy określające stosunek badanych do innych ludzi	odpowiedzi w %
Poczucie zagrożenia	12%
Brak zaufania	28%
Rezygnacja z własnych potrzeb	19%
Niska samoocena	33%
Poczucie winy	12%
Wstyd	24%
Poczucie krzywdy	9%
Związki z osobami uzależnionymi	12%
Dystans w relacjach z innymi	49%

Żadne z powyższych	23%
--------------------	-----

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

Wiara była bardzo ważnym aspektem w życiu ankietowanych (Ryc. 13). 3/4 odpowiedzi wyrażało pozytywny stosunek do wiary, z czego 43% raczej pozytywny, a 31% zdecydowanie pozytywny. 18% respondentów nie miało żadnego zdania w tej kwestii.



Ryc. 13. Stosunek do wiary

Odpowiedzi na pytanie o cechy określające stosunek ankietowanych do społeczeństwa obrazuje Tab. VI. Najwięcej respondentów, 32%, wskazało na kontrolowanie, korzystanie ze wsparcia, pomaganie, działalność społeczną, odporność na stres, samorealizację w rodzinie, rodzicielstwie i pracy zawodowej. Tyle samo, 32%, nie utożsamiało się z żadną ze wskazanych cech. Po 24% pytanym wskazało mentalne powiązanie z domem rodzinnym, brak potrzeb, lęk, poczucie krzywdy, chaos, trudności w nawiązywaniu relacji, w spełnianiu funkcji zawodowych oraz ciągły lęk o siebie i najbliższych, konflikty, problemy w relacjach rodzinnych i zawodowych.

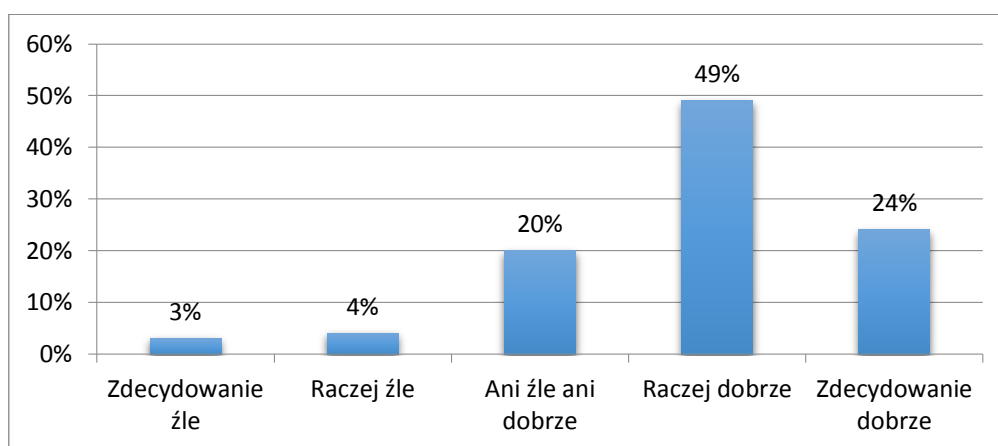
Tab. VI. Cechy określające stosunek do społeczeństwa

Cechy określające stosunek do społeczeństwa	odpowiedzi w %
Kontrolowanie, korzystanie ze wsparcia, pomaganie, działalność społeczna, odporność na stres, samorealizacja w rodzinie, rodzicielstwie i pracy zawodowej	32%
Mentalne powiązanie z domem rodzinnym, brak potrzeb, lęk, poczucie krzywdy, chaos, trudności w nawiązywaniu relacji, w spełnianiu funkcji zawodowych	24%

Ciągły lęk o siebie i najbliższych, konflikty, problemy w relacjach rodzinnych i zawodowych	24%
Żadne z powyższych	32%
Inne (jakie?)	1%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

70% respondentów było zadowolonych ze swojej pracy zawodowej. 20% badanej grupy nie potrafiło określić swojego stosunku do pracy zawodowej, a jedynie 7% źle postrzegało swoją pracę (Ryc. 14).



Ryc. 14. Stosunek do pracy zawodowej

Tab. VII przedstawia odpowiedzi na to pytanie o cechy określające DDA w roli rodzica. Zdaniem 40% badanych rola rodzica dotyczyła pokazywania swoim dzieciom, że rodzic też może popełniać błędy. Z kolei po 29% badanych wskazało na odpowiedzialność lub nadopiekuńczość wobec swojego potomstwa. 27% respondentów odpowiedziało, że cechuje ich borykanie się z epizodami złości wobec swojego dziecka nieadekwatnymi do sytuacji. Jednak 23% deklarowało okazywanie szacunku dla odmienności młodego człowieka. 22% ankietowanych zmagало się z nadmiernym kontrolowaniem swoich dzieci, a 20% przejawiało brak konsekwencji.

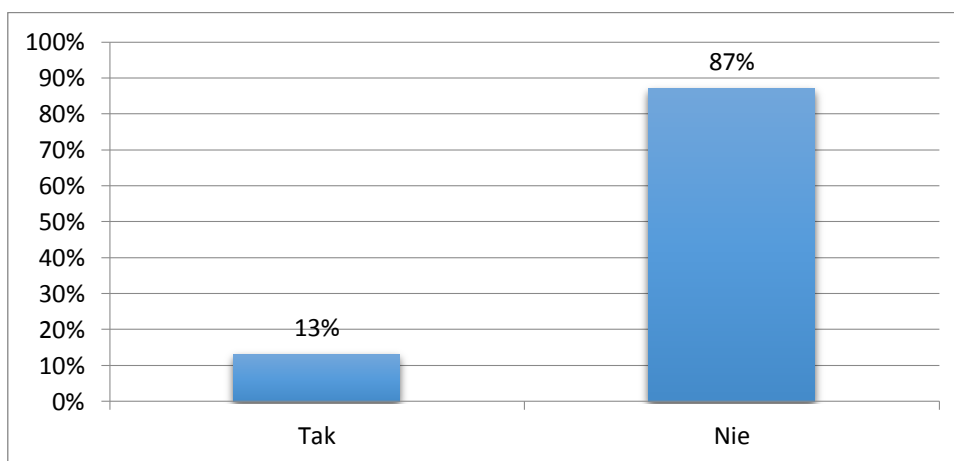
Tab. VII. Cechy określające DDA w roli rodzica

Cechy określające DDA w roli rodzica	odpowiedzi w %
Nie mam zdania, bo nie jestem rodzicem	23%
Kontrolowanie	22%
Nadmierne wymagania	17%
Brak konsekwencji	20%

Nadopiekuńczość	29%
Problemy z komunikacją	5%
Epizody złości wobec dziecka nieadekwatne do sytuacji	27%
Wgląd w emocje dziecka z jego perspektywy	20%
Szacunek dla odmienności młodego człowieka	23%
Odpowiedzialność	29%
Odporność na stres	3%
Pokazywanie, że rodzic też może popełniać błędy	40%

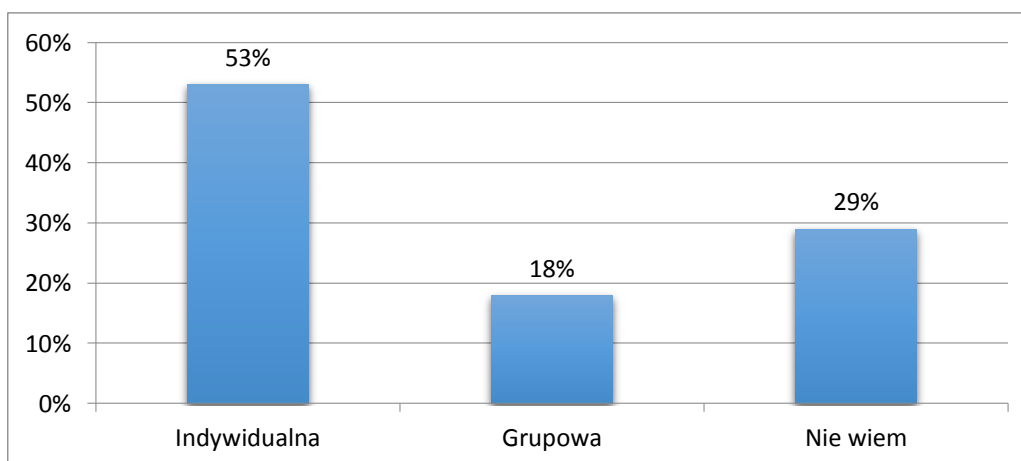
*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

87% ankietowanych, nie uczestniczyło w żadnej terapii DDA (Ryc. 15).



Ryc. 15. Udział w terapii DDA

53% ankietowanych wskazało, że gdyby mieli możliwość skorzystania z terapii DDA, wybrałoby terapię indywidualną. Tylko 18% wolałoby grupową formę terapii (Ryc. 16).



Ryc. 16. Rodzaj preferowanej terapii

DYSKUSJA

Wg Kałdon, Dorosłe Dzieci Alkoholików to osoby, które wychowywały się w rodzinach z centralnym problemem, którym było uzależnienie jednego lub dwojga rodziców [4]. Ankietowani biorący udział w badaniu z założenia wychowywali się w rodzinie z problemem alkoholowym, dlatego aż 96% z nich umiało prawidłowo określić pojęcie DDA. Tylko 4% badanych pomyliło pojęcie z Anonimowym Alkoholikiem, co nie powinno dziwić z racji podobieństwa zjawiska,

Syndrom DDA to nie jednostka kliniczna, lecz zbiór problemów i zaburzeń, które powstały podczas wychowywania się w rodzinie alkoholowej. Sobolewska- Mellibruda twierdzi, że niszczące schematy, jakie mogły się ukształtować w dzieciństwie, są często źródłem problemów w dorosłości i sprzyjają nieadekwatnemu reagowaniu na rzeczywistość [6]. 65% badanej grupy znało pojęcie DDA. Nieco mniej, 23% udzieliło błędnej odpowiedzi, jednak podana definicja wpisuje się w trend związany z funkcjonowaniem DDA, czyli doświadczaniem bezpośrednich lub pośrednich skutków związanych z nałogiem rodzica. Z pozostałych wskazań można wysnuć wniosek, że ankietowani odpowiadając na pytanie kierowali się konkretnymi przeżyciami z dzieciństwa, m.in. doświadczaniem przemocy fizycznej lub psychicznej oraz traumatycznym stresem.

Wychowywanie w rodzinie alkoholowej skłaniało do przyjmowania przez dzieci określonych ról w rodzinie. Cierpiałkowska wymienia cztery podstawowe typy ról: Bohatera, Kozła Ofiarnego, Zapomnianego Dziecka i Maskotki. Często role te były związane z kolejnością pojawienia się dziecka w rodzinie. Przyjęcie określonego typu zachowania miało wpływ na późniejsze funkcjonowanie DDA w dorosłości [10]. Ankietowani otrzymali w kwestionariuszu zaprezentowane cechy powiązane z określonymi rolami pełnionymi w rodzinie alkoholowej. 41% utożsamiało się z rolą Bohatera Rodzinnego, a dodatkowo 38% urodziło się w rodzinie jako pierwsze, co potwierdza przytoczone przez Cierpiałkowską powiązanie kolejności narodzin z określoną rolą w rodzinie alkoholowej, ponieważ dzieci urodzone jako pierwsze najczęściej przyjmują rolę Bohatera. Podobnie rzecz ma się z rolą Zapomnianego Dziecka, która charakteryzuje kolejne 40% ankietowanych. Wg L. Cierpiałkowskiej rola ta może przypaść trzeciemu dziecku urodzonemu w rodzinie alkoholowej, z czym zgadzają się otrzymane wyniki, aż 31% badanej grupy to dzieci urodzone jako 3 i więcej [10].

Milczenie o tym, co się dzieje w rodzinie, problemy ze swobodnym przeżywaniem emocji, stres, negatywne wzorce czy trudności w funkcjonowaniu społecznym to tylko niektóre cechy, które wymienia Filipiak, obrazujące dzieciństwo spędzone w rodzinie

z problemem alkoholowym. Inne to nieufność, ciągły stres, problemy wychowawcze, problemy w budowaniu tożsamości oraz unikanie konfliktów czy problemy zdrowotne [11]. Zmowa milczenia jest charakterystycznym zjawiskiem w rodzinie alkoholowej, dlatego wskazanie przez 55% badanych takiej odpowiedzi jest potwierdzeniem skali istniejących schematów w dzieciństwie. Milczenie to również przeszkoda w swobodnym przeżywaniu emocji, z czym zgadza się 34% ankietowanych. Adekwatnie 36% grupy miało trudności z funkcjonowaniem społecznym i unikało konfliktów. To niejako łańcuch powiązanych ze sobą zależności, które mogły przełożyć się na przeżywanie ciągłego stresu i trudności w budowaniu własnej tożsamości badanych, ponieważ ponad 41% odnalazło w tych ostatnich dwóch cechach swoje przeżycia w dzieciństwie.

W dorosłości DDA mogą doświadczać również wielu negatywnych cech, które mogą wpływać destrukcyjnie na funkcjonowanie w życiu rodzinnym, społecznym czy zawodowym. Wg Woititz te cechy to m.in.: zgadywanie jakie zachowanie jest normalne, kłamanie, surowa ocena siebie, problemy z odpoczynkiem, nadmierna kontrola, problemy emocjonalne, zdrowotne. Do pozostałych można zaliczyć problemy w relacjach z bliskimi, poczucie odmienności, opieranie się na opinii innych, poczucie winy, ciągłe zagrożenie i in. [12]. W przeprowadzonym badaniu na czele wymienionych cech określających DDA w dorosłości wysuwa się surowa ocena siebie, którą wskazało aż 60% ankietowanych. Mogła się do tego przyczynić nadmierna krytyka, której doświadczają dzieci alkoholików. Wskazanie jako kolejnej ważnej cechy, budowanie poczucia wartości na podstawie opinii innych, zdaje się niejako potwierdzać tę tendencję. Nadmierna krytyka powodująca niską samoocenę mogła przyczynić się do szukania uznania w ocenie innych ludzi.

Z racji występowania w badanej grupie wielu osób pełniących w dzieciństwie rolę Bohatera Rodzinnego, 31% pytanym osób wskazało przeżywanie nadmiernej odpowiedzialności lub jej brak, 28% przesadną wrażliwość na problemy innych, a 29% strach przed utratą kontroli nad zmianami, na które nie mają wpływu. To znamienne cechy Bohatera odpowiedzialnego jak dorosły za rodzinę oraz spełniającego potrzeby innych własnym kosztem, z silnie zakorzenioną potrzebą kontrolowania siebie i otoczenia. Ponad 20% badanych wskazywało także na problemy z emocjami, poczuciem ciągłego zagrożenia oraz problemy w nawiązywaniu bliskich relacji czy niemożność relaksu i odpoczynku. To niejako kontynuacja życia w rodzinie alkoholowej przeniesionego w dorosłość.

Dzieci alkoholików są w grupie wysokiego ryzyka negatywnych zdarzeń, które przyczyniają się do zwiększonego poziomu stresu, zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym. Częste narażenie na ekstremalny stres i związane z nim negatywne przeżycia

emocjonalne wykształcają w DDA mechanizm zw. walcz lub uciekaj, związany z PTSD. Mechanizm ten nierzadko ujawnia się w życiu dorosłym, bez związku z rzeczywistymi sytuacjami, wpływając niekorzystnie na funkcjonowanie DDA [13]. Odrzucenie, przemoc fizyczna lub psychiczna, bezradność czy brak wzorców mogą przyczynić się w dorosłym życiu do nadmiernego kontrolowania siebie i innych, nieufności, poczucia ciągłego zagrożenia czy problemów w sferze seksualnej. 3/4 badanej grupy cechuje wysoki poziom stresu w sytuacjach konfliktowych w granicach 60- 100%, z czego 12% ankietowanych przeżywa stres ekstremalny (100%). Uzyskane wyniki potwierdzają, że DDA jest grupą podwyższonego ryzyka narażenia na stres oraz wynikające z tego zjawiska negatywne konsekwencje. Spektrum przeżyć jakich doświadczali badani DDA w dzieciństwie jest szerokie, ponieważ wyniki wskazują na wszystkie cechy jako istotne źródło stresu. Jednak największe trudności powodowało u ankietowanych poczucie odrzucenia, jakże ważne dla równowagi psychicznej młodego organizmu dojrzewającego w systemie rodzinnym. 45% badanych przeżywało takie emocje, a 19% dotknęły konsekwencje w dorosłości pod postacią kontrolowania, braku zaufania i lęku w relacjach z bliskimi.

32% doświadczyło w dzieciństwie ciągłego zagrożenia z powodu przemocy fizycznej lub psychicznej i związanych z tym uczuć gniewu, lęku czy złości. Negatywne efekty w dorosłości dotknęły 29% ankietowanych, którzy doświadczają poczucia zagrożenia, ataków paniki, mają problemy ze snem i relaksem. Z kolei 35% badanych wskazało na cechy związane z różnego rodzaju wykorzystaniem seksualnym i związanym z tym zjawiskiem poczuciem winy, bezradnością, problemami w relacjach intymnych oraz wyparciem emocji. Tylko 12% badanej grupy jako konsekwencje tego stanu podaje problemy z życiem seksualnym, co może nasuwać wniosek, że przemoc seksualna nie miała ekstremalnej postaci. 32% pytanych wskazało brak wzorców, zasad i chaos jako źródło stresu w dzieciństwie. Nieco mniej, 22%, cechuje wynikające z tego w dorosłości nadmierne kontrolowanie i nieprzewidywalność zachowań.

Chojna i Madej- Babula opisując funkcjonowanie psychiczne DDA, biorą pod uwagę stosunek do siebie, do innych ludzi i do wiary. W relacji do samego siebie DDA cechuje najczęściej niskie poczucie wartości i zaniedbywanie swoich potrzeb, trudności w relacjach z bliskimi, poczucie zagrożenia, lęk przed odrzuceniem. W stosunku do innych ludzi DDA przejawiają brak zaufania, poczucie winy, wstyd, poczucie krzywdy, rezygnują z własnych potrzeb czy zachowują bezpieczny dystans. Zdecydowana większość DDA deklaruje przynależność religijną i bardzo pozytywny stosunek do wiary [14]. Badana grupa potwierdza doniesienia literatury, w relacji do samego siebie aż 51% ankietowanych przejawia niskie

poczucie wartości, a 49% zaniedbuje swoje potrzeby. Wpływ negatywnych doświadczeń z dzieciństwa ma również wpływ na relacje w związkach, co wynika ze wskazań ankietowanych na lęk przed odrzuceniem, brak atrakcyjności i ukrywanie prawdy. 25% ma problem z odprężeniem, co nie dziwi biorąc pod uwagę wysoki poziom stresu badanych.

W stosunku do innych ludzi DDA z badanej grupy przejawiają typowe cechy wyniesione z alkoholowego systemu rodzinnego. Na czele wskazań usytuowało się zachowywanie dystansu w relacjach z innymi oraz niskie poczucie wartości. Z tego też powodu ankietowani często rezygnują ze swoich potrzeb, ujawniają poczucie wstydu i brak zaufania do innych. Badana grupa ma bardzo pozytywny stosunek do wiary, 74% ankietowanych zadeklarowało takie wskazania. Być może w relacjach duchowych bądź organizacjach religijnych badani odnajdują pozytywne relacje z innymi ludźmi, dlatego tak chętnie poszukują takiej formy kontaktu interpersonalnego.

W przypadku stosunku DDA do społeczeństwa Chojna i Madej- Babula wymieniają trzy role, z którymi wiążą się określone cechy funkcjonowania- żelaznych, plastikowych lub szklanych dzieci. DDA w roli żelaznego dziecka może nadmiernie kontrolować siebie i otoczenie, ale jednocześnie chętnie sięga po wsparcie, angażuje się społecznie, realizuje się w rodzinie, rodzicielstwie czy pracy zawodowej. Dzieci plastikowe mentalnie wciąż pozostają w domu rodzinnym, zaniedbują swoje potrzeby, żyją w poczuciu lęku, krzywdy i chaosu. Mają problemy w relacjach z bliskimi oraz w pracy zawodowej. Z kolei dzieci szklane nieustannie lękają się o siebie i najbliższych, wchodzą w konflikty, mają problemy w nawiązywaniu relacji oraz w wykonywanej pracy [14]. Badana grupa utożsamia się z cechami powiązаныmi ze wszystkimi trzema przytoczonymi rolami. Nieco większe wskazania na cechy przypisane roli dziecka żelaznego mogą sugerować, że ta część badanej grupy, mimo negatywnego bagażu doświadczeń, najlepiej poradziła sobie w dorosłości. Mimo nadmiernego kontrolowania, chętnie sięga po pomoc i realizuje się w powierzonych jej rolach.

Dorosłe dzieci alkoholików to nierzadko bardzo dobrzy pracownicy, sprawdzający się zwłaszcza w sytuacjach stresowych. Są kompetentni, odpowiedzialni, lojalni. Zdarza się jednak, że brak sposobów na odreagowanie zbyt dużego napięcia okupione jest zwiększonym ryzykiem wypalenia zawodowego [15]. 73% ankietowanych ocenia swoją pracę zawodową bardzo pozytywnie. Być może, biorąc pod uwagę przeważającą ilość osób pracujących w opiece nad innym człowiekiem, ankietowani realizują się w pomaganiu innym, co wpływa na poziom ich zadowolenia z pracy zawodowej. Zagrożeniem jest tutaj wysoki poziom stresu badanej grupy, co może wpływać na szybkie wypalenie zawodowe.

Rola rodzica jest niezwykle ważnym doświadczeniem w życiu DDA, często nieznanym z bezpośrednich przeżyć. Dla jednych rodziców przenoszenie negatywnych emocji w dorosłość skutkuje nadmierną kontrolą i wymaganiami wobec swoich dzieci, Dla innych będzie to nadopiekuńczość, brak konsekwencji czy epizody złości wobec dziecka oraz problemy z komunikacją [16]. Jednak są też rodzice, którzy poświęcają wiele pracy, aby negatywne przeżycie z dzieciństwa przekuć w pozytywne cechy. To odpowiedzialność, szacunek dla odmienności młodego człowieka, odporność na stres, wgląd w emocje dziecka z jego perspektywy czy pokazywanie, że rodzic może popełniać błędy [12]. Badana grupa przejawia różnorodne postawy wobec swoich dzieci, jednak najczęściej wskazań dotyczy pokazywania, że rodzic też może popełniać błędy. DDA wtłoczone w dzieciństwie w określone role i przypisane im cechy, chcą pokazać swoim dzieciom, że rodzice nie są idealni, ale uczą się na swoich błędach i uczą też swoje dzieci sposobów radzenia sobie z problemami. Pozostałe wskazania ukazują postawy zarówno nadopiekuńczości i nadmiernych wymagań, jak i szacunku dla młodego człowieka oraz jego odmienności. Bardzo mało wskazań dotyczy problemów z komunikacją, co pozwala sugerować, że dorosłe DDA bardzo dbają o porozumienie ze swoim potomstwem, czego byli często pozbawieni w swoim dzieciństwie.

Psychoterapia DDA służy przede wszystkim zmianie spojrzenia na życie. W dzieciństwie większość zachowań służyła przetrwaniu w rodzinie alkoholowej. W dorosłości DDA ważne jest, aby otworzyć się na świat i czerpać z tego powodu radość i satysfakcję. Terapia DDA umożliwia zmianę stosunku do własnej osoby, porządkuje dotychczasowe życie oraz pozwala odzyskać zdrowie psychiczne [6]. Tylko 13% badanej grupy uczestniczyło w jakiegokolwiek formie terapii DDA. To mało biorąc pod uwagę, że aż 71% chętnie skorzystałoby z takiej formy wsparcia. Należy się zatem zastanowić, co powoduje, że przy nadmiernej ilości różnorodnych problemów wyniesionych z rodzinnego domu alkoholowego, tak mało osób korzysta z pomocy terapeutycznej. Z wywiadu przeprowadzonego z niektórymi ankietowanymi wynika, że najczęściej przyczyną sięgnięcia po pomoc terapeutyczną były problemy rodzinne bądź psychologiczne. Często osoby te wstydziły się korzystać z pomocy państwowej z powodu braku anonimowości, a terapia prywatna była ograniczona barierą finansową. Należałoby zbadać przyczyny takiego stanu i jaką formę motywacji do skorzystania z terapii DDA badani by preferowali.

WNIOSKI

Po przeprowadzeniu analizy wyników kwestionariusza ankiety w ramach badania sondażowego wśród osób pochodzących z rodzin alkoholowych wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość ankietowanych zna pojęcie DDA i syndromu DDA.
2. Respondenci pełnili w dzieciństwie określone role, które przełożyły się na ich zachowania w życiu dorosłym.
3. Badaną grupę cechuje wysoki poziom stresu.
4. Uczestnicy badania realizują się w roli rodzinnej i zawodowej, przy czym ponad połowa badanych realizuje funkcję zawodową związaną z opieką nad innymi ludźmi.
5. Bardzo mało osób uczestniczyło w terapii DDA.
6. Ankietowani radzą sobie w funkcjonowaniu psychospołecznym, jednak wiele problemów wymaga pomocy terapeutycznej w celu polepszenia jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Król A., Żak P.: DDA, czyli historia osobista. Charaktery, 2010, 12, 88- 90.
2. Polok G.: Wsparcie osób z rodzin dysfunkcyjnych. Model referencyjny [w:] W trosce o wolność, Bronakowski T. (red.). Wydawnictwo Fundacji „Signum Magnum”, Warszawa 2019, 230- 251.
3. Schier K.: Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie. Wydawnictwo naukowe Scholar, Warszawa 2014.
4. Kałdon B.: Wybrane aspekty funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików w życiu społecznym. Seminare. Poszukiwania naukowe, 2015, 3 (36), 95- 106.
5. Cierpiałkowska L.: Psychologia uzależnień [w:] Psychologia kliniczna, Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2016, 385- 405.
6. Sobolewska- Mellibruda Z.: Psychoterapia Dorosłych Dzieci Alkoholików. Wydawnictwo Zielone Drzewo, Warszawa 2011, 11- 89.
7. Cierpiałkowska L.: Efekty krótkotrwałego i długotrwałego działania alkoholu na organizm człowieka [w:] Psychologia uzależnień- alkoholizm, Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.). Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, 19-59.
8. Narodowy Program Trzeźwości [w:] W trosce o wolność, Bp Bronakowski T. (red.). Wydawnictwo Fundacji „Signum Magnum”, Warszawa 2019, 393- 433.
9. Dembna J., Seweryńska A. M., Środa A.: DDA balast czy napęd? Świat problemów, 2018, 7, 3- 6.

10. Cierpiałkowska L.: Funkcjonowania dzieci alkoholików- psychospołeczne źródła deficytów i zasobów [w:] Psychologia uzależnień- alkoholizm, Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.). Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, 253- 288.
11. Filipiak M.: Seksualność Dorosłych Dzieci Alkoholików. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanistyczna, Leszno 2008.
12. Woititz J. G.: Dorosłe dzieci alkoholików. Wydawnictwo Akuracik, Warszawa 2017.
13. Cermak T. L.: Czas na wyleczenie. Przewodnik. Droga do wyzdrowienia dla dorosłych dzieci alkoholików. Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2010.
14. Chojna K., Madej- Babuła M.: Funkcjonowanie psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików we współczesnym społeczeństwie [w:] (Bez)radność wychowania? Madej- Babuła M., Marek Z. (red.). Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, 93- 119.
15. Kucińska M.: Niszczyciele własnych marzeń. Charaktery, 2009, 4, 88- 90.
16. Figurska M.: Pokarani za winy rodziców. Charaktery, 2013, 3, 54- 57.

WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ NASTROJU U KOBIET PO PORODZIE W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM

MARTA WIEWIÓRSKA¹, EWA PERKOWSKA²

¹ Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

² Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Okres połogu jest czasem największego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych w życiu kobiety [1]. Już w pierwszych godzinach po porodzie kobietę dopadają skrajne emocje- poczucie miłości, szczęścia, ekscytacji oraz zmęczenia i bólu. W kolejnych dniach połogu występują najburzliwsze zmiany emocjonalne. Satysfakcja, radość i euforia ustępują pasywności, skrajnemu przemęczeniu, czasem też rozczarowaniu [2]. W badaniach stwierdzono, że aż 90% kobiet swoje macierzyństwo przeżywa inaczej niż przewidywały [3]. Każda położnica zmiany, które niesie za sobą okres adaptacji do roli rodzica przechodzi inaczej. Adaptacja ta nie jest prosta, szczególnie gdy jest powikłana wystąpieniem poporodowych zaburzeń nastroju [4]. Narodziny dziecka mogą sprzyjać pojawieniu się nowych zaburzeń psychicznych oraz nasilaniu się lub powtórnemu wystąpieniu zaburzeń istniejących wcześniej [5].

Badania wykazują, że częstość zachorowania na zaburzenia nastroju w okresie okołoporodowym znacznie wzrosło w ostatniej dekadzie [6]. Powodem tego może być mniejsza odporność psychiczna, która jest skutkiem licznych obowiązków i intensywniejszym tempem życia kobiet we współczesnym świecie [2].

W latach 80. XX wieku badacze wyodrębnili trzy postacie zaburzeń nastroju po porodzie - depresję poporodową, smutek poporodowy (baby blues), psychozę poporodową [8]. Na chwilę obecną do listy tej można dopisać jeszcze: ostrą stresową reakcję poporodową (zaburzenia stresowo pourazowe), zaburzenia lękowe oraz hipomanię poporodową. Zaburzenia te różnią się od siebie czasem wystąpienia, nasileniem i rodzajem objawów, okresem trwania oraz sposobem leczenia [7].

Depresja poporodowa

Depresja poporodowa to zaburzenie psychiczne zagrażające zdrowiu a nawet życiu matek. Diagnozowane jest u ok 10 -20 % kobiet, które zostały matkami [8]. Choroba ta nie

dotyczy tylko kobiet i relacji matka - dziecko a całej rodziny. Wśród mężczyzn aż 4 – 13% skarży się na objawy depresji po porodzie partnerki. Ok. 50% przypadków depresji okołoporodowej pozostaje niewykrytych oraz nieleczonych, co świadczy o tym, że problem jest bardziej powszechny niż się wydaje [9].

Epizod depresji u położnic pojawia się najczęściej w ciągu czterech lub sześciu tygodni po porodzie i trwa dwa do sześciu miesięcy. Wiele badaczy podkreśla jednak, że objawy tego zaburzenia można zauważyć nawet rok po urodzeniu dziecka, a nieleczona depresja może trwać nawet lata. Według klasyfikacji ICD -10 obowiązującej w Polsce ta jednostka chorobowa może być zdiagnozowana w okresie 6 tygodni od porodu [8].

Smutek poporodowy – „baby blues”

W języku polskim nie ma dokładnego tłumaczenia pojęcia „baby blues” (inaczej „maternity blues”). Najbliższe są określenia to smutek poporodowy i przygnębienie poporodowe. Stan ten może być nazywany również „depresją trzeciego dnia” [10].

Mianem “baby blues” nazywamy nagłą, łagodną zmianę nastroju występującą w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka [8].

Psychoza poporodowa

Psychoza poporodowa jest psychiatrycznym stanem nagłym, charakteryzującym się gwałtownością symptomów oraz bardzo szybkim narastaniem ich nasilenia. Występuje ona u 0,1-0,2% kobiet rodzących i jest to najrzadsze zjawisko z grupy zaburzeń nastroju po porodzie. Psychoza poporodowa o obrazie maniakalnym ujawnia się w pierwszych tygodniach połoгу- najczęściej w pierwszym tygodniu, czasem w drugim, rzadziej później i może być poprzedzona chwilowym okresem depresji [11].

Zaburzenia stresowo pourazowe (PTSD)

Zaburzenia stresowo pourazowe (PTSD), czyli ostra stresowa reakcja poporodowa czy zespół stresu pourazowego, to zaburzenia lękowe, występujące po traumatycznym, psychicznie wyczerpującym zdarzeniu, takim jak np.: wypadek, wojna, klęska żywiołowa, gwałt, czy poród [12].

Zaburzenia lękowe

Ciąża, poród oraz okres po porodzie wiążący się z pełnieniem nowych funkcji społecznych, opieką nad noworodkiem oraz wieloma nowymi doświadczeniami szczególnie dla młodych mam są okresami charakteryzującym się wysokim poziomem lęku [8]. Na zespół lęku porodowego cierpi około 8 -12 % kobiet w ciąży [13].

Depresja poporodowa oraz zaburzenia lękowe często współwystępują ze sobą. Według koncepcji lęku Spielbergera wyróżniamy lęk jako stan i lęk jako cechę. Lęk jako stan jest chwilowym, przemijającym uczuciem napięcia, nerwowości, niepokoju związane z obecną sytuacją. Natomiast lęk jako cechę rozumiany jest jako utrzymującą się, rutynową, trwałą cechę osobowości, która warunkuje jej charakter oraz reakcje w danych sytuacjach. Matki wykazujące wysokie natężenie lęku jako cechy martwią się o przebieg okresu połogu oraz o niepowodzenia w nowej roli społecznej, co może negatywnie wpływać na ich aktywność życiową i mieć wpływ na rozwój noworodka [14].

Lęk poporodowy nie ma obecnie unikalnych kryteriów diagnostycznych, a zatem jego profil objawów najczęściej charakteryzuje się tymi samymi objawami związanymi z zaburzeniami lękowymi występującymi poza okresem poporodowym. Należą do nich: nadmierne zaniepokojenie, którego nie można kontrolować; natrętne myśli; impulsywne zachowania [15].

Badania sugerują, że lęk może być zapowiedzią depresji, jako forma konsekwencji braku radzenia sobie ze stresem, dlatego ważne jest diagnozowanie zaburzeń lękowych w okresie poporodowym [8].

Hipomania poporodowa

Hipomania poporodowa jest najslabiej zbadanym schorzeniem spośród okołoporodowych zaburzeń nastroju. Wynika to z trudności związanych z próbami wytyczenia granicy między „prawidłową” (pożądaną kulturowo) radością, która towarzyszy narodzinom dziecka, a nieprawidłowym wzmożeniem nastroju. Choroba ta objawia się głównie drażliwością, jak również wielomównością, gonitwą myśli, zmniejszoną potrzebą snu, trudnościami w skupieniu uwagi. W przypadku wystąpienia hipomanii poporodowej w trzecim dniu po porodzie wartość prawdopodobieństwa zachorowania na depresję poporodową w szóstym tygodniu połogu wynosi 50%. Dlatego, mimo że to zaburzenie nastroju nie wymaga specjalistycznego leczenia i po krótkim czasie samoistnie ustępuje, należy wzmoc obserwację nastroju kobiety podczas jego przebiegu oraz długo po ustaniu objawów [11].

Diagnostyka zaburzeń nastroju powinna być przeprowadzona przez lekarza rodzinnego, gdy para wykazuje chęć starania się o dziecko, przez lekarza ginekologa-położnika na wizytach prenatalnych, gdy kobieta jest już w ciąży oraz obowiązkowo przez położne środowiskowe na wizytach patronażowych. Wymieniony personel medyczny to nie jedyne osoby mogące dokonać wczesnej diagnozy choroby oraz zaangażować się w niesienie

pomocy. Do takich osób należą też: partner i rodzina pacjentki oraz personel medyczny w szpitalu. Każda z tych osób jest zobowiązana do udzielenia pomocy i wsparcia kobiecie z zaburzeniami nastroju [8].

W ocenie zaburzeń nastroju wykorzystywane są specjalnie utworzone do tego celu narzędzia. Kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS - Edinburg Postnatal Depression Scale) to krótki test składający się z 10 twierdzeń odnoszących się do samopoczucia pacjentki w ciągu minionego tygodnia [16]. EPDS jest krótką skalą – składa się z 10 twierdzeń opisujących różne aspekty samopoczucia kobiety, takich jak: anhedonia (twierdzenie 1 i 2), poczucie winy (twierdzenie 3), niepokój (twierdzenie 4), ataki paniki (twierdzenie 5), przemęczenie/przeładowanie (twierdzenie 6), zaburzenia snu (twierdzenie 7), smutek/przygnębienie (twierdzenie 8), płaczliwość (twierdzenie 9) oraz myśli samobójcze (twierdzenie 10) [16].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena występowania zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie w województwie podlaskim.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono od początku stycznia do końca lutego 2020 roku. Liczba badanych objęła 120 kobiet po porodzie (grupa badawcza) oraz 120 kobiet w okresie reprodukcyjnym, które nie mają dzieci (grupa kontrolna).

Badaniami zostały objęte losowo wybrane kobiety po porodzie przebywające na oddziale Położniczym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

W grupie kontrolnej przebadane zostały losowo wybrane kobiety w okresie reprodukcyjnym mieszkające w województwie podlaskim, które dobrowolnie wzięły udział w badaniu i wypełniły kwestionariusz ankiety. Ankiety zostały udostępnione w sposób elektroniczny na portalach społecznościowych.

Narzędziem badawczym była standaryzowana ankieta służąca do oceny stopnia depresji poporodowej- Edynburska Skala Depresji Poporodowej składająca się z 10 pytań dotyczących samopoczucia pacjentki w ciągu ostatnich siedmiu dni takich jak: płaczliwość, lęk, anhedonia, poczucie winy, myśli samobójcze itp. Każde pytanie miało przypisane cztery odpowiedzi ("tak, przez większość czasu"; "tak, dość często"; "niezbyt często"; "nie, wcale nie"), do których przypisana była odpowiednia ilość punktów- od 0 do 3. Maksymalna liczba

punktów to 30. Wynik powyżej 12 punktów wraz z oceną kliniczną stanowił podstawę do rozpoznania depresji poporodowej [8].

WYNIKI

W celu zbadania czy poród wpływa na zaburzenia nastroju porównano wyniki Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej w dwóch grupach: u kobiet w okresie reprodukcyjnym oraz u kobiet po porodzie. W przypadku, gdy zmienna zależna była cechą jakościową z 2 lub więcej poziomami, do sprawdzenia zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano test χ^2 . W sytuacji, gdy zmienna niezależna była zmienną ilościową, zdecydowano się wykonać test U Manna Whitneya (ze względu na jedynie 2 porównywane grupy), który w porównaniu z testem parametrycznym (np. testem t-Studenta) nie posiada tak wielu ograniczeń oraz założeń, które powinny być spełnione przed jego zastosowaniem.

Analiza występowania zaburzeń nastroju w obu grupach

Wśród kobiet po porodzie zidentyfikowano dwie kobiety (1,67%), u których w przeszłości zdiagnozowano problemy psychiczne, co oznacza, że u pozostałych 118 (98,33%) ankietowanych takich problemów nie stwierdzono. Zbliżony rozkład charakteryzował kobiety w grupie kontrolnej, w której 4 (3,33%) ankietowane kobiety potwierdziły występowanie w przeszłości problemów psychicznych, zaś u pozostałych 116 (96,67%) respondentek w tej grupie takich problemów nie zdiagnozowano w przeszłości. Różnice w częstości występowania zdiagnozowanych problemów psychicznych w przeszłości pomiędzy grupą kobiet po porodzie oraz respondentek w wieku reprodukcyjnym okazały się nieistotne statystycznie ($p \approx 0,41$) [

Tabela. I].

Tabela I. Zdiagnozowanie problemów psychicznych u kobiet po porodzie oraz kobiet w wieku reprodukcyjnym.

N=240	Zdiagnozowanie problemów psychicznych		Brak zdiagnozowania problemów psychicznych		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety po porodzie	2	0,83%	118	49,17%	0,68	0,41
Kobiety w wieku reprodukcyjnym	4	1,67%	116	48,33%		

Na tej podstawie należy twierdzić, że obie grupy ankietowanych kobiet: po porodzie oraz w wieku reprodukcyjnym nie różnią się istotnie w zakresie podstawowych statystyk.

Zbadano następnie czy istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy wynikiem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej a grupą, do jakiej należały kobiety. Zgodnie z interpretacją przeprowadzonego wśród kobiet po porodzie kwestionariusza, w grupie 120 respondentek znalazło się 59 (49,17% grupy badawczej) kobiet bez problemów emocjonalnych (uzyskujące w kwestionariuszu ESDP poniżej 10 punktów). Wynik dla 20 (16,67% grupy) kobiet po porodzie wskazywał na możliwość występowania problemów emocjonalnych, zaś w przypadku 41 (34,17% grupy) ankietowanych wynik kwestionariusza wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo, że kobieta cierpi na depresję poporodową. W grupie kontrolnej wynik kwestionariusza dla 101 (84,17% grupy kontrolnej) kobiet wskazywał na brak problemów emocjonalnych. W przypadku pozostałych kobiet, u 6 (5% grupy) wynik kwestionariusza wskazuje na możliwość występowania problemów emocjonalnych, zaś u 13 (10,83% grupy) na prawdopodobieństwo depresji. Przeprowadzony test χ^2 porównujący obie grupy wskazał, że zależność pomiędzy przynależnością do grupy kontrolnej lub badanej a wynikiem kwestionariusza ESDP była istotna statystycznie. Oznacza to, że wśród kobiet po porodzie statystycznie częściej wynik kwestionariusza wskazywał na występowanie problemów emocjonalnych lub depresji ($p \approx 6,5 \cdot 10^{-8}$) [Tabela II]. Bardzo niska wartość przyjmowana przez prawdopodobieństwo testowe wskazuje na silną zależność pomiędzy badanymi cechami. Można zatem twierdzić, że poród w sposób istotny wpływa na zaburzenia nastroju.

Tabela II. Wynik kwestionariusza ESDP u kobiet z grupy badanej i kontrolnej

N=240	Brak problemów		Problemy emocjonalne		Podejrzenie depresji		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Kobiety po porodzie	59	24,58%	20	8,33%	41	17,08%	33,08	<0,01
Kobiety w wieku reprodukcyjnym	101	42,08%	6	2,5%	13	5,42%		

Odpowiedź twierdząca na ostatnie pytanie kwestionariusza (myśl o zrobieniu sobie krzywdy) wymaga interwencji psychiatry nawet, jeśli odpowiedzi na pozostałe pytania na to nie wskazują. Dlatego też osobno zbadano również czy istnieje zależność pomiędzy twierdzącą odpowiedzią na ostatnie pytanie kwestionariusza a grupą, do której przynależy kobieta. W grupie kobiet po porodzie 86 (71,67% grupy badawczej) respondentek nigdy nie myślało o zrobieniu sobie krzywdy, 22 (18,33% grupy) kobiety bardzo rzadko mają takie myśli, 9 (7,5% grupy) ankietowanych czasami, zaś 3 (2,5% grupy) dość często. Oznacza to,

że w grupie kobiet po porodzie 34 kobiety wymagają interwencji psychiatry. Wśród kobiet z grupy kobiet nierodzących w wieku reprodukcyjnym 117 (97,5% grupy kontrolnej) odpowiedzi wskazywało na brak myśli o zrobieniu sobie krzywdy, 2 (1,67% grupy) kobiety wskazały odpowiedź bardzo rzadko, zaś jedna (0,83% grupy) czasami. W grupie kontrolnej 3 kobiety wymagają interwencji psychiatry. Aby zbadać czy konieczność konsultacji psychiatrycznej występuje istotnie częściej w grupie kobiet po porodzie przeprowadzono test χ^2 . Wynik tego testu wskazał, że zależność pomiędzy przynależnością do grupy kontrolnej lub badanej a koniecznością konsultacji psychiatrycznej (na podstawie odpowiedzi na ostatnie pytanie kwestionariusza ESDP) była istotna statystycznie. Oznacza to, że kobiety po porodzie statystycznie częściej odpowiadały w sposób twierdzący na pytanie, czy myślały o zrobieniu sobie krzywdy ($p \approx 3,0 \cdot 10^{-8}$) [Tabela III]. Bardzo niska wartość przyjmowana przez prawdopodobieństwo testowe wskazuje na silną zależność pomiędzy badanymi cechami. Można zatem twierdzić, że poród w sposób istotny wpływa na konieczność konsultacji psychiatrycznej. Kobiety po porodzie częściej w porównaniu do kobiet z grupy kontrolnej myślą o zrobieniu sobie krzywdy.

Tabela III. Wynik ostatniego pytania kwestionariusza ESDP u kobiet z grupy badanej i kontrolnej

N=240	Konieczność konsultacji psychiatrycznej		Brak konieczności konsultacji psychiatrycznej		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety po porodzie	34	14,17%	86	35,83%	30,71	<0,01
Kobiety w wieku reprodukcyjnym	3	1,25%	117	48,75%		

Wyniki przeprowadzonego kwestionariusza ESDP wskazują zatem, że zaburzenia nastroju (definiowane jako wystąpienie co najmniej jednego: suma punktów kwestionariusza przekracza 9 punktów lub odpowiedź na ostatnie pytanie jest twierdząca) występują u 66 (55%) kobiet z grupy kobiet po porodzie oraz u 19 (15,83%) kobiet nierodzących będących w wieku reprodukcyjnym.

DYSKUSJA

Analiza badań własnych wskazuje, że poród znacząco wpływa na zaburzenia nastroju kobiety ($p < 0.01$). W grupie kontrolnej, czyli wśród kobiet, które nigdy nie rodziły 5% ma problemy emocjonalne (wynik w EPDS ≥ 10 oraz < 12), a u 10,83% ankietowanych z wyniku kwestionariusza podejrzewamy depresję (wynik w EPDS ≥ 12). Wśród respondentek po

porodzie dane uzyskane z Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej wykazują, że problemy emocjonalne o łagodnym nasileniu (prawdopodobnie “baby blues”) ma 16,67 % kobiet, natomiast podejrzenie depresji - 34,17%.

Badania Kossakowskiej są najbardziej zbliżone do wyników zaprezentowanych w powyższej pracy. Autorka w swoich badaniach za pomocą skali do pomiaru depresji poporodowej (PDSS) stwierdziła, że objawy depresji poporodowej o różnym nasileniu występują u 48% położnic [16]. Niewiele niższy wynik - 40% wykazali Iracka i wsp. [17].

W badaniach Kosińskiej-Kaczyńskiej i wsp. 38,4% respondentek uzyskało wynik ≥ 10 w EPDS [18], natomiast Kowalska i wsp. zbadali obecność obniżonego nastroju u 34% ankietowanych [19]. Pozostałe polskie badania wykazują podejrzenie depresji u 11,73% do 23,2% kobiet po porodzie [1, 6, 20].

Badania zagranicznych autorów demonstrują, że zaburzenia nastroju są komplikacją połogu wśród kobiet na całym świecie. Najwyższy wynik obecnej depresji u położnic zbadał Ahmed wśród narodowości Kurdyjskiej - 28,4% [21]. Yagmur i wsp. wykazali, że w Turcji odsetek kobiet cierpiących na depresję poporodową to 21% [22]. Bushal i wsp. badając występowanie depresji poporodowej w Nepalu wywnioskowali, iż 17,1% kobiet po porodzie cierpi na zaburzenia nastroju [23].

Badania własne wykazały także, że poród silnie wpływa na występowanie myśli samobójczych ($p < 0,01$). Do myśli samobójczych o różnej częstotliwości (rzadko, czasami, często) przyznało się aż 28,33 % kobiet po porodzie. Jest to wysoki odsetek, który skłania do refleksji, co może być tego powodem. W badaniach Kowalskiej i wsp. osiem pacjentek potrzebowało konsultacji z psychologiem z powodu myśli samobójczych [6]. Natomiast w analizach badań Kossakowskiej 12,5% położnic sygnalizowało myśli o zrobieniu sobie krzywdy [16].

Podsumowując, aż 50,84% położnic wykazała zaburzenia nastroju w okresie poporodowym. Jest to wyższy odsetek niż w wynikach polskich i światowych autorów. Dane te świadczą o tym jak ważna jest diagnostyka zaburzeń nastroju.

Okres połogu jest czasem największego ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju w życiu kobiety [1]. Wpływają na nie czynniki biologiczne, psychospołeczne, kulturowe oraz genetyczne [6]. Badania wielu naukowców wskazują na fakt, że zaburzenia nastroju po porodzie występują u kobiet na całym świecie i należy przeprowadzać dalsze badania, by pomóc w skutecznej profilaktyce oraz leczeniu tych chorób [24].

Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i właściwe, interdyscyplinarne leczenie okołoporodowych zaburzeń nastroju u matek małych dzieci to inwestycja w przyszłe pokolenia i standard, do którego należy dążyć w podstawowej opiece zdrowotnej [17].

WNIOSKI

1. Poród jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju u kobiety.
2. Poród silnie wpływa na występowanie myśli samobójczych o różnej częstotliwości.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaźmierczak M., Gierszewska M., Gebuza G., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M.: Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014, 20(4), 390 – 395.
2. 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(2), 138-141.
3. Maliszewska K., Preis K.: Terapia depresji poporodowej- aktualny stan wiedzy. *Annales Academiae Medicae Gedanensis* 2014, 44, 105-111.
4. Piech B. Kiałka M., Baran A., Mrozińska S., Janeczko M., Humeniuk E., Milewicz T.: Wpływ warunków i stylu życia na poziom lęku kobiet w okresie połogu- badanie ankietowe. *Przegląd Lekarski* 2017, 74, 3, 101-105.
5. Fejfer-Szpytko J., Włodarczyka J., Trąbińska-Haduch M.: Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2016, 15(3), 91-116.
6. Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K., Kosmala K., Hirschfeld A., Molińska-Glura M.: Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. *Psychiatria* 2016, 13(1), 1-7.
7. Czerwińska-Osiptak A.: Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w okresie połogu. Rozprawa doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2016.
8. Krzyżanowska-Zbucka J.: Okołoporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2010, 3(32), 43-53.
9. Le H.-N., Perry D. F., Ortiz G.: The Postpartum Depression Screening Scale-Spanish Version: Examining the Psychometric Properties and Prevalence of Risk for Postpartum Depression. *Journal of Immigrant Minority Health* 2010, 12, 249–258.
10. Kossakowska K.: Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. *Pediatrics Polska* 2018, 93(2), 107-116.

11. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: Poporodowe zaburzenia nastroju - update 2012, 7(3), 113-121.
12. Krzyżanowska-Zbucka J.: Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Fundacja Rodzić po Ludzku 2008.
13. Pawluski J. L., Lonstein J. S., Fleming A. S.: The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression 2017, 40(2), 106-120.
14. Podolska M. Z., Majkiewicz M., Sipak-Szmigiel O., Ronin-Walknowska E.: Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a Lęk-stan i Lęk-cecha u kobiet z objawami depresji okołoporodowej. Ginekologia Polska 2009, 80, 201-206.
15. Kossakowska K.: Profilaktyka depresji poporodowej - rola personelu medycznego w rozpoznaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. Medycyna ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013, 19(4), 463-468.
16. Kossakowska K.: Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. Pediatria Polska 2018, 93(2), 107-116.
17. Iracka E., Lewicka M.: Występowanie depresji poporodowej wśród położnic. European Journal of Medical Technologies 2014, 3(4), 60-66.
18. Kosińska-Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M., Szymusik I.: Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie - analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. Ginekologia Polska 2008, 79, 182-185.
19. Kowalska J., Olszowa D., Markowska D., Teplik M., Rymaszewska J.: Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Psychiatria Polska 2014, 48(5), 889-900.
20. Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K.: Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. Psychiatria Polska 2017, 51(5), 889-898.
21. Ahmed H. M., Alalaf S. K., Al-Tawil N. G.: Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. Archives of Gynecology and Obstetrics 2012, 285, 1249-1255.
22. Yurdağül Yağmur Y., Ulukoca N.: Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. International Journal of Public Health 2010, 55, 543-549.

23. Bhusal B. R, Bhandari N., Chapagai M., Gavidia T.: Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in Kathmandu, Nepal. *International Journal of Mental Health* 2016, 10, 71, 1-7.
24. Krzyżanowska–Zbucka J.: Okołoporodowe zaburzenia psychiczne a krzywdzenie dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2010, 3(32), 43-53.

ANALIZA CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH PREDYSPONUJĄCYCH DO WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ NASTROJU U KOBIET PO PORODZIE Z WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

MARTA WIEWIÓRSKA¹, EWA PERKOWSKA²

¹ Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

² Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zaburzenia nastroju są jednymi z najczęstszych powikłań okresu poporodowego [1]. Ciąża jak i poród wnoszą ogromne przemiany w ciele kobiety w sferze emocjonalnej, psychicznej, fizycznej i duchowej [2, 3]. Jest to okres wielkich, dynamicznych, gwałtownych zmian, nowych wyzwań i obowiązków [4]. Niosą one za sobą duży stres. Według skali stresu Homesa i Rahe'a "pojawienie się nowego członka rodziny" zostało sklasyfikowane na 39 punktów tak samo jak "poważna zmiana w pracy lub reorganizacja firmy". "Ciąża" otrzymała 40 punktów na 100 możliwych (100 punktów przypisane jest do utraty współmałżonka) [5].

Przyczyn zaburzeń nastroju do tej pory nie zidentyfikowano, ze względu na ich złożoność. Wiele publikacji podkreśla, że mogą mieć na nie wpływ:

- czynniki biologiczne - ból, zmiany hormonalne, laktacja, brak snu;
- czynniki psychospołeczne - nowe emocje, chwiejność emocjonalna, pojawienie się silnej więzi matka - dziecko, postawa wobec karmienia piersią;
- czynniki socjodemograficzne -pełnienie nowej roli społecznej;
- czynniki ekonomiczne- zmiana sytuacji materialnej i zawodowej;
- konflikty partnerskie- np. spadek libido u kobiety;
- stres [6].

W profilaktyce zaburzeń psychicznych po porodzie ważną rolę pełni personel poradni ginekologicznej, szpitala, w którym pacjentka przebywa po porodzie jak też położna i lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie wg standardu opieki okołoporodowej ocena stanu psychicznego pacjentki powinna być wykonywana na początku i na końcu ciąży oraz po porodzie podczas wizyt patronażowych. Jednym z narzędzi stosowanych w diagnostyce występowania depresji poporodowej oraz obserwacji pacjentki w kierunku jej zachowania

i nastroju jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS - *Edinburg Postnatal Depression Scale*) [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wpływu czynników socjodemograficznych predysponujących do występowania zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie z województwa podlaskiego.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono w grupie 120 kobiet po porodzie przebywających na oddziale Położniczym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Grupę kontrolną stanowiło 120 kobiet w okresie reprodukcyjnym, które nie posiadały dzieci.

Nabór kobiet do badania rozpoczęto w styczniu 2020 roku, a zakończono w lutym w tym samym roku. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Narzędziem badawczym były anonimowe kwestionariusze ankiet, które składały się z pytań dla grupy badawczej i pytań dla grupy kontrolnej. Zawierały metryczki oraz pytania dotyczące przeszłości położniczej, przebiegu ostatniej ciąży, porodu i przebiegu połogu oraz standaryzowaną ankietę służącą do oceny stopnia depresji poporodowej- Edynburską Skalę Depresji Poporodowej.

Przed przystąpieniem do badania wszystkie kobiety zostały poinformowane o dobrowolności i anonimowości przeprowadzanych badań.

WYNIKI

Ankietę przeprowadzono wśród 120 kobiet w okresie poporodowym oraz 120 kobiet z grupy kontrolnej – będących w wieku reprodukcyjnym. Średni wiek kobiet po porodzie wynosił około 30 lat z odchyleniem standardowym na poziomie 5,18 lat. Najmłodsza kobieta w grupie badanej miała 20 lat, zaś najstarsza 45 lat. Mediana wieku badanej grupy wynosiła 30 lat. Wśród respondentek w wieku reprodukcyjnym średni wiek wynosił około 29 lat z odchyleniem standardowym na poziomie 4,98 lat. Najmłodsza kobieta w grupie kontrolnej miała 21 lat, zaś najstarsza 41 lat. Mediana wieku w grupie kobiet, które nie rodziły wynosiła 29 lat. Dane te zostały zestawione w poniższej tabeli [

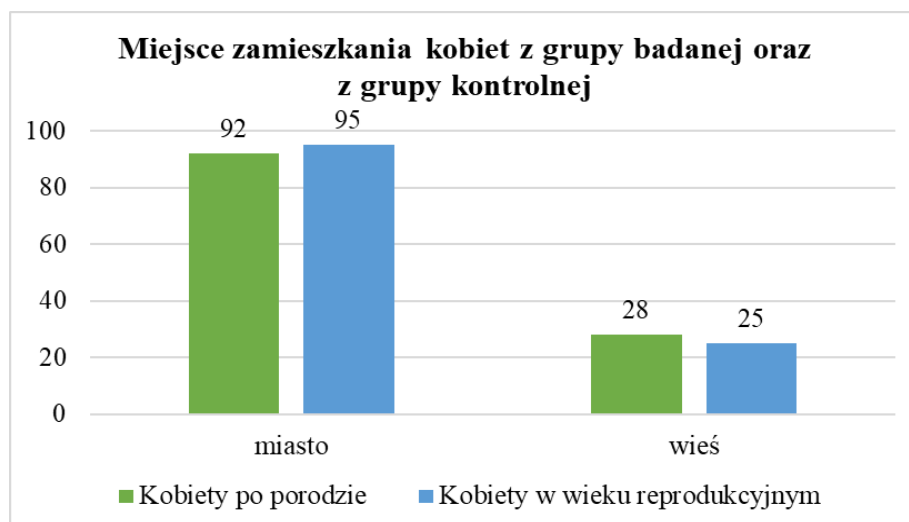
Tabela I]. Różnice w wieku pomiędzy kobietami po porodzie (grupa badana) oraz kobietami w wieku reprodukcyjnym (grupa kontrolna) zbadano z wykorzystaniem testu

U Manna Whitneya. Uzyskana wartość statystyki testowej wyniosła $W = 8123$, co oznacza, że zależność pomiędzy badanymi grupami okazała się nieistotna statystycznie ($p \approx 0,09 > 0,05$). Oznacza to, że obie grupy były zbliżone pod względem wieku.

Tabela II. Wiek ankietowanych z podziałem na grupę badaną i kontrolną.

Grupa (N=240)	Wiek [lata]						
	Średnia	Odchylenie standardowe	Min	Max	Mediana	W	p
Kobiety po porodzie	30,11	5,18	20	45	30	8 123	0,09
Kobiety w wieku reprodukcyjnym	28,98	4,98	21	41	29		

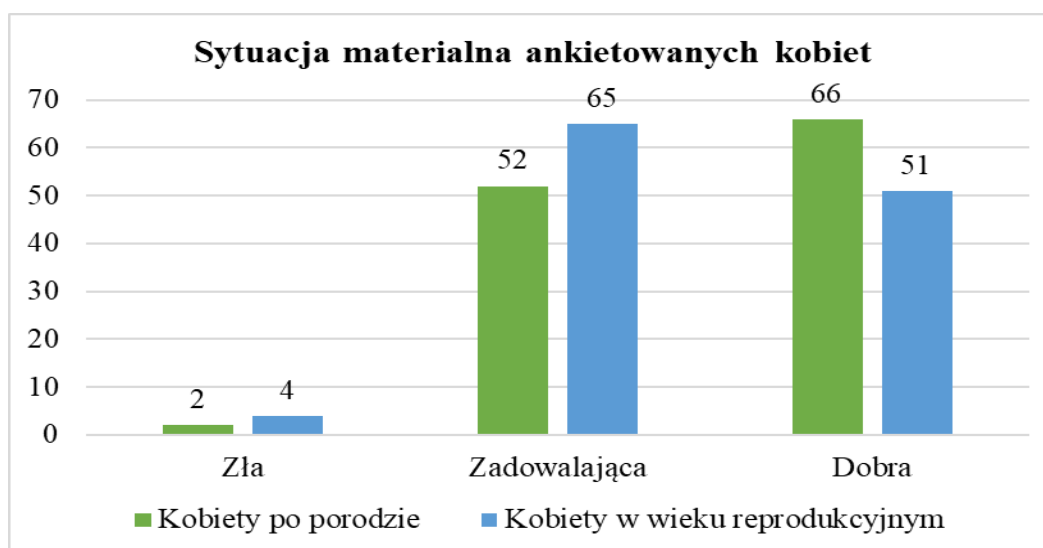
Wśród ankietowanych po porodzie 92 (76,67 %) kobiet pochodziło z miasta, zaś ze wsi 28 (23,33 %). Zbliżonym rozkładem miejsca zamieszkania charakteryzowały się respondentki z grupy kobiet nie rodzących w wieku reprodukcyjnym. Znalazło się w niej 95 (79,17 %) kobiet pochodzących z miasta oraz 25 (20,83 %) kobiet pochodzących ze wsi [Rycina 1]. Zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a przynależnością do grupy badanej bądź kontrolnej zbadano za pomocą testu χ^2 . Uzyskana wartość statystyki testowej wyniosła $\chi^2 = 0,22$, zaś wartość prawdopodobieństwa testowego $p \approx 0,64 > 0,05$, stwierdzono brak zależności pomiędzy miejscem pochodzenia w obu analizowanych grupach. Oznacza to, że grupa kobiet po porodzie nie różniła się istotnie statystycznie od grupy kobiet w wieku reprodukcyjnym pod względem miejsca zamieszkania.



Rycina 1. Miejsce zamieszkania ankietowanych.

W podgrupie badanych po porodzie dwie kobiety (1,67 %) wskazały na złą sytuację materialną, 52 (43,33 %) na zadowalającą, zaś pozostałe 66 (55%) respondentek wskazały dobrą sytuację materialną. Wśród kobiet w wieku reprodukcyjnym nie rodzących znalazły się 4 (3,33%) ankietowane określające swoją sytuację materialną jako złą, 65 (54,17%) zadowalającą, zaś 51 (42,5%) kobiet dobrą. Wyniki te zostały zestawione w poniższej tabeli [

Rycina 3]. Nie istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy sytuacją materialną w obu analizowanych grupach ($p = 0,13$). Oznacza to, że w grupie kobiet po porodzie oraz w grupie kobiet w wieku reprodukcyjnym, które nie rodziły sytuacja materialna była zbliżona.

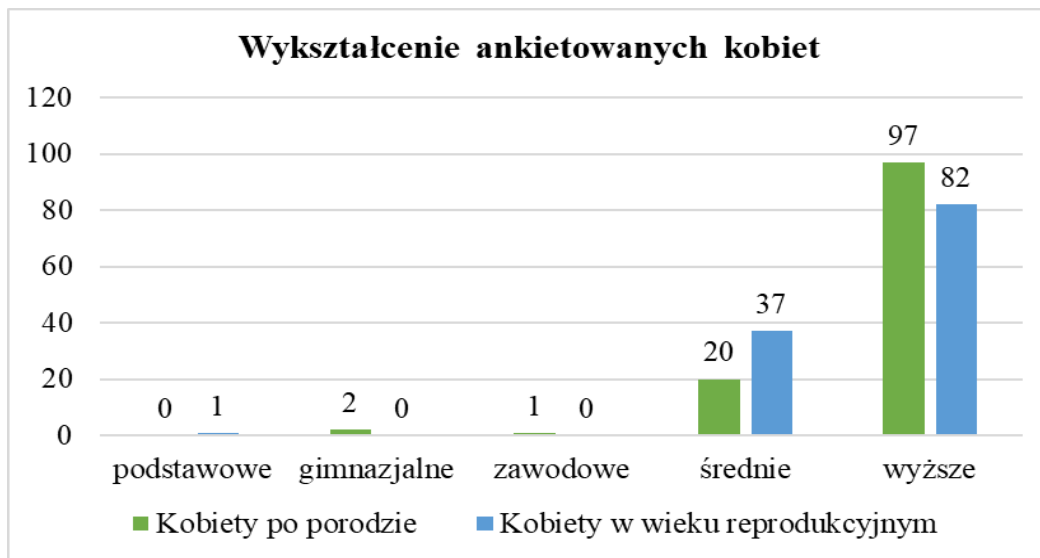


Rycina 2. Sytuacja materialna kobiet z grupy badanej oraz grupy kontrolnej.

Analizowano również zależność pomiędzy wykształceniem, a przynależnością do jednej z grupy – kobiet rodzących lub kobiet w wieku reprodukcyjnym. W podgrupie respondentek po porodzie nie było żadnej kobiety z wykształceniem podstawowym. Zaledwie 2 (1,67%) ankietowane miały wykształcenie gimnazjalne oraz 1 (0,83%) respondentka wykształcenie zawodowe. Zdecydowana większość kobiet po porodzie miała wykształcenie wyższe – odpowiedzi takiej udzieliło 97 (75,83%) respondentek z tej grupy. Pozostałe 20 (16,67%) ankietowanych z grupy badanej miało wykształcenie średnie. Wśród ankietowanych w wieku reprodukcyjnych również najbardziej liczna okazała się grupa kobiet z wykształceniem wyższym (82 {68,33%} ankietowane wskazały takie wykształcenie). 37 (30,83%) ankietowanych w wieku reprodukcyjnym charakteryzowało się wykształceniem średnim, zaś jedna (0,83%) posiadała wykształcenie podstawowe. Żadna z kobiet z tej grupy nie wskazała wykształcenia gimnazjalnego ani zawodowego [

Rycina 3].

Zależność pomiędzy wykształceniem, a przynależnością do grupy badanej bądź kontrolnej zbadano za pomocą testu χ^2 . Uzyskana wartość statystyki testowej wyniosła $\chi^2 = 10,33$, zaś wartość prawdopodobieństwa testowego $p \approx 0,03 < 0,05$, co wskazuje na statystycznie istotną zależność pomiędzy wykształceniem w obu analizowanych grupach. Oznacza to, że pomiędzy kobietami po porodzie oraz kobietami w wieku reprodukcyjnym występowały statystycznie istotne różnice pomiędzy poziomem wykształcenia.



Rycina 3. Wykształcenie kobiet z grupy badanej oraz grupy kontrolnej.

Zbadano, czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem kobiet po porodzie, a występowaniem zaburzeń nastroju. Ze względu na średni wiek tej grupy respondentek oraz medianę wynoszącą 30 lat, podzielono ankietowane na dwie grupy: do 30 roku życia oraz powyżej 30 roku życia. W grupie kobiet poniżej 30 roku życia znalazły się 23 (19,17%) kobiety bez zaburzeń nastroju oraz 42 (35%) kobiety z zaburzeniami nastroju. Wśród respondentek powyżej 30 lat znalazło się 31 (25,83%) ankietowanych bez zaburzeń nastroju oraz 24 (20%) kobiety z zaburzeniami nastroju. Zależność pomiędzy wiekiem, a występowaniem zaburzeń nastrojów okazała się istotna statystycznie ($p \approx 0,02 < 0,05 = \alpha$). Oznacza to, że na przyjętym poziomie istotności należy twierdzić, iż u młodszych kobiet po porodzie częściej występują problemy emocjonalne i depresja w porównaniu do starszych kobiet [

Tabela II].

Tabela II. Zależność pomiędzy wiekiem a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Wiek do 30 lat		Wiek powyżej 30 lat		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	42	35,00%	24	20,00%	5,30	0,02
Kobiety bez zaburzeń nastroju	23	19,17%	31	25,83%		

Większość respondentek po porodzie jest zadowolonych ze swojego związku. Odpowiedzi takiej udzieliło 99 (82,5%) kobiet, zaś 21 (17,5%) wskazało odpowiedź trudno powiedzieć. Żadna spośród ankietowanych nie oceniła jednoznacznie negatywnie swojego związku. W grupie kobiet, które pozytywnie oceniły swój związek znalazło się 49 (40,83%) kobiet bez zaburzeń nastroju oraz 50 (41,67%) z zaburzeniami nastroju. Wśród kobiet, które udzieliły odpowiedzi trudno powiedzieć znalazło się 5 (4,17%) bez zaburzeń nastroju oraz 16 (13,33%) z zaburzeniami nastroju. Zależność pomiędzy zadowoleniem ze swojego związku, a występowaniem zaburzeń nastrojów okazała się istotna statystycznie ($p \approx 0,03 < 0,05 = \alpha$). Oznacza to, że na przyjętym poziomie istotności należy twierdzić, iż problemy emocjonalne oraz depresja częściej towarzyszyły kobietom, które bardziej krytycznie oceniały swój związek w porównaniu do kobiet w pełni zadowolonych ze swojego związku [

Tabela III].

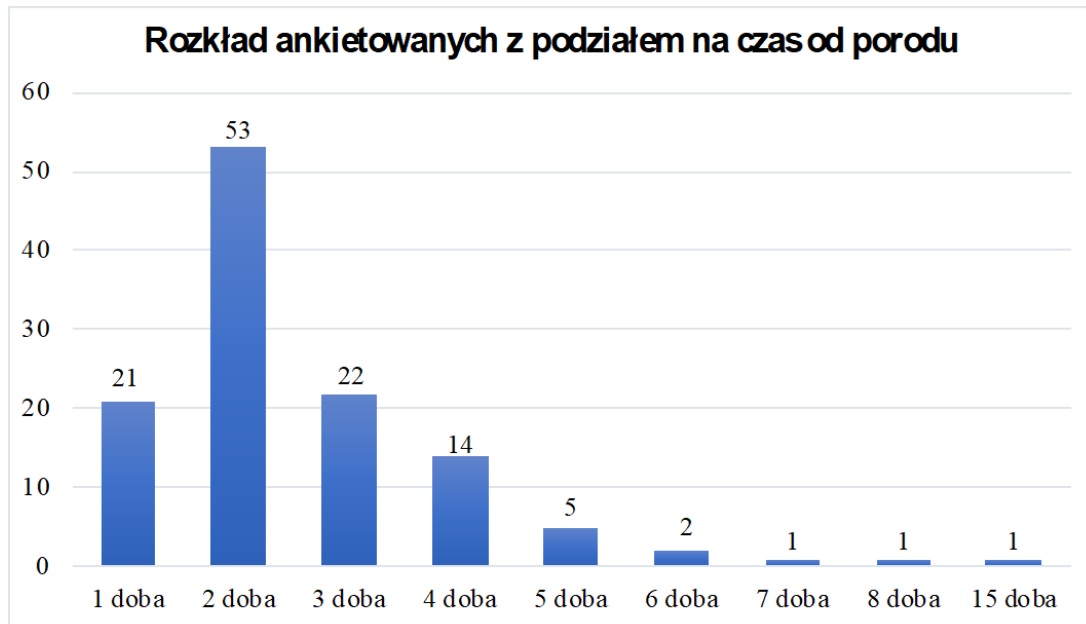
Tabela III. Zależność pomiędzy oceną swojego związku a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Pozytywna ocena związku		Niejednoznaczna ocena związku		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	50	41,67%	16	13,33%	4,62	0,03
Kobiety bez zaburzeń nastroju	49	40,83%	5	4,17%		

Wśród kobiet po porodzie w ankiecie brało 21 (17,5%) kobiet, które w momencie wypełnienia kwestionariusza były 1 pierwszej dobie po porodzie, 53 (44,17%) respondentki były w drugiej dobie po porodzie, 22 (18,33%) w trzeciej dobie po porodzie. 14 (11,67%)

ankietowanych było w czwartek dobie po porodzie, 5 (4,17%) kobiet w piątek dobie, 2 (1,67%) kobiety w szóstej dobie po porodzie. Wśród pozostałych kobiet była jedna (0,83%), która udzielało odpowiedzi na pytania w siódmej dobie, jedna (0,83%) w ósmej dobie i jedna (0,83%) w piętnastej dobie po porodzie. Dane te zostały zilustrowane na poniższym wykresie [

Rycina 4].



Rycina 4. Rozkład ankietowanych z podziałem na czas upływający od porodu do momentu przeprowadzenia ankiety

Zbadano, czy istnieje zależność pomiędzy czasem upływającym od momentu porodu do momentu przeprowadzenia ankiety, a występowaniem zaburzeń nastroju. Większość respondentek była ankietowana w pierwszej bądź drugiej dobie po porodzie, dlatego grupę wszystkich kobiet podzielono na te, które były w pierwszej lub drugiej dobie po porodzie (takich kobiet było 74) oraz w trzeciej lub kolejnej dobie po porodzie (takich respondentek było 46). W grupie kobiet w pierwszej lub drugiej dobie po porodzie znalazło się 41 (34,17%) kobiet z zaburzeniami nastroju oraz 33 (27,5%) kobiety bez zaburzeń nastroju. Wśród kobiet, u których od momentu porodu minęło więcej czasu (co najmniej 3 doby po porodzie), było 25 (29,83%) kobiet z zaburzeniami nastroju oraz 21 (17,5%) kobiet bez zaburzeń nastroju. Zależność pomiędzy czasem upływającym od momentu porodu do przeprowadzenia ankiety a występowaniem zaburzeń nastrojów okazała się nie być istotna statystycznie ($p \approx 0,91 > 0,05$). Oznacza to, że na przyjętym poziomie istotności należy twierdzić, iż czas upływający od momentu porodu nie ma wpływu na występowanie zaburzeń nastroju [

Tabela IV].

Tabela IV. Zależność pomiędzy czasem upływającym od porodu a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	1. lub 2. doba po porodzie		Co najmniej 3. doba po porodzie		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	41	34,17%	25	20,83%	0,01	0,91
Kobiety bez zaburzeń nastroju	33	27,50%	21	17,5%		

Zbadano również, czy istnieje zależność pomiędzy zaburzeniami nastroju, a faktem, który z kolei poród był to dla ankietowanej kobiety. Grupę wszystkich respondentek podzielono w tym przypadku na kobiety, dla których był to pierwszy poród oraz takie, dla których był to co najmniej drugi poród. Wśród ankietowanych rodzących po raz pierwszy znalazły się 23 (19,17%) ankietowane bez zaburzeń nastroju oraz 31 (25,83%) kobiet z zaburzeniami nastroju. Wśród kobiet rodzących co najmniej po raz drugi było 31 (25,83%) respondentek bez zaburzeń nastroju oraz 35 (29,17%) kobiet z zaburzeniami nastroju [

Tabela 5]. Zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń nastroju a numerem porodu okazała się nieistotna statystycznie ($p = 0,63 > 0,05$). Oznacza to, że rodzenie po raz pierwszy lub kolejny, nie ma wpływu na występowanie zaburzeń nastroju.

Tabela 5. Zależność pomiędzy liczbą porodów a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Rodzące po raz pierwszy		Rodzące co najmniej po raz drugi		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	31	25,83%	35	29,17%	0,23	0,63
Kobiety bez zaburzeń nastroju	23	19,17%	31	25,83%		

Analizowano również, czy planowanie ciąży miało wpływ na występowanie zaburzeń nastroju u kobiet po porodzie. Wśród wszystkich ankietowanych znalazło się 41 (34,17%) kobiet, dla których ostatnia ciąża nie była planowana oraz 79 (65,83%) kobiet, które planowały ciążę. W grupie kobiet z nieplanowaną ciążą u 12 (10%) kobiet wyniki przeprowadzonego kwestionariusza nie wskazały na problemy emocjonalne, zaś u 29 (24,17%) kobiet wskazały na możliwość zaburzeń nastroju. Wśród respondentek, dla których

ostatnia ciąża była planowana 42 (35%) kobiety nie posiadały zaburzeń nastroju, zaś 37 (30,83%) zaburzenia takie posiadały. Zależność pomiędzy planowaniem ciąży a występowaniem zaburzeń nastroju była istotna statystycznie ($p \approx 0,01$). Oznacza to, że u kobiet, u których ciąża nie była planowana częściej występują zaburzenia emocjonalne oraz depresja poporodowa [

Tabela VI].

Tabela VI. Zależność pomiędzy planowaniem ciąży a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Planowana ciąża		Nieplanowana ciąża		χ^2	p
	N	%	N	%	6,23	0,01
Kobiety z zaburzeniami nastroju	37	30,83%	29	24,17%		
Kobiety bez zaburzeń nastroju	42	35,00%	12	10,00%		

Większość spośród ankietowanych kobiet po porodzie było zadowolonych z otrzymanego wsparcia społecznego ze strony rodziny, personelu medycznego oraz przyjaciół. Odpowiedzi takiej udzieliło 87 (72,5%) respondentek, zaś pozostałe 33 (27,5%) wskazały, że czasem są zadowolone, a czasem nie z udzielonego im wsparcia. Żadna spośród ankietowanych kobiet nie wskazała, że nie jest zadowolona z otrzymanego wsparcia. Żadna również nie wskazała odpowiedzi o braku otrzymanego wsparcia społecznego. W grupie ankietowanych zadowolonych z otrzymanego wsparcia znalazło się 45 (37,5%) kobiet nieposiadających zaburzeń oraz 42 (35%) kobiety posiadające zaburzenia nastroju. Wśród respondentek częściowo zadowolonych z udzielonego im wsparcia 9 (7,5%) kobiet nie miało zaburzeń, zaś u 24 (20%) kobiet wynik kwestionariusza wskazywał na zaburzenia nastroju. Zależność pomiędzy zadowoleniem z otrzymanego wsparcia społecznego a zaburzeniami nastroju zbadano z wykorzystaniem testu χ^2 . Zależność ta okazała się być istotna statystycznie ($p \approx 0,02$). Oznacza to, że u kobiet, które odczuwały wsparcie ze strony rodziny, personelu medycznego oraz przyjaciół, rzadziej występowały problemy emocjonalne oraz depresja poporodowa [Tabela VII].

Tabela VII. Zależność pomiędzy zadowoleniem z otrzymanego wsparcia po porodzie a występowaniem zaburzeń nastroju.

N=120	Zadowolenie z otrzymanego wsparcia		Częściowe zadowolenie z otrzymanego wsparcia		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	42	35,00%	24	20,00%	5,78	0,02
Kobiety bez zaburzeń nastroju	45	37,50%	9	7,50%		

Zdecydowana większość kobiet (106 ankietowanych, 88,33% ogółu) karmiła piersią po porodzie. Pozostałe 14 kobiet (11,67%) nie karmiło piersią po porodzie. Zbadano, czy karmienie piersią ma wpływ na występowanie zaburzeń nastroju. W grupie kobiet z problemami emocjonalnymi lub depresją znalazło się 7 (5,83%) respondentek niekarmiących piersią oraz 47 (39,17%) karmiące piersią. Wśród ankietowanych bez problemów emocjonalnych było 7 (5,83%) niekarmiących piersią matek oraz 59 (49,17%) karmiących piersią. Zależność pomiędzy karmieniem piersią a występowaniem zaburzeń nastroju okazała się nieistotna statystycznie ($p \approx 0,69 > 0,05$). Oznacza to, że karmienie piersią nie miało wpływu na występowanie u kobiet problemów emocjonalnych oraz depresji poporodowej [Tabela VIII]

Tabela VIII. Zależność pomiędzy karmieniem piersią a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Karmi piersią		Nie karmi piersią		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	47	39,17%	7	5,83%	0,16	0,69
Kobiety bez zaburzeń nastroju	59	49,17%	7	5,83%		

W analizowanej grupie kobiet znalazło się 77 kobiet (64,17%), które nie uczęszczały na zajęcia szkoły rodzenia oraz 43 (35,83%) uczęszczające na zajęcia szkoły rodzenia. Zbadano, czy uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia przekłada się na częstość występowania zaburzeń emocjonalnych i depresji u kobiet po porodzie. Wśród kobiet z zaburzeniami nastroju znalazło się 36 (30%) respondentek niebiorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz 18 (15%) kobiet uczęszczających na zajęcia szkoły rodzenia. W grupie kobiet bez zaburzeń nastroju znalazło się 41 (34,17%) respondentek nie uczęszczających na zajęcia szkoły rodzenia oraz 25 (20,83%) uczęszczających na zajęcia. Zależność pomiędzy

uczestnictwem w zajęciach szkoły rodzenia a występowaniem zaburzeń nastroju była nieistotna statystycznie ($p \approx 0,61 > 0,05$). Oznacza to, że nie występował statystycznie istotny związek pomiędzy uczestnictwem w zajęciach szkoły rodzenia a występowaniem problemów emocjonalnych oraz depresji poporodowej [Tabela IX].

Tabela IX. Zależność pomiędzy uczestnictwem w zajęciach szkoły rodzenia a występowaniem zaburzeń nastroju.

N=120	Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia		Brak uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia		χ^2	p
	N	%	N	%		
Kobiety z zaburzeniami nastroju	25	20,83%	18	15,00%	0,27	0,61
Kobiety bez zaburzeń nastroju	41	34,17%	36	30,00%		

Analizowano również czy typ porodu wpływa w sposób istotny na występowanie zaburzeń nastroju u kobiet. Spontaniczny naturalny poród miało 37 (30,83%) kobiet, w tym 13 (10,83%) bez zaburzeń nastroju oraz 24 (20%) z zaburzeniami. Poród zabiegowy przy użyciu kleszczy miał miejsce w przypadku jednej kobiety (0,83%) i była to kobieta bez problemów emocjonalnych oraz depresji. Indukcja porodu drogami natury wystąpiła w przypadku 9 (7,5%) respondentek (u 6 z zaburzeniami emocjonalnymi oraz u 3 bez zaburzeń). Cesarskie cięcie miały 33 (27,5%) ankietowane bez zaburzeń nastroju oraz 34 (28,33%) z zaburzeniami nastroju. Poród naturalny zakończony cesarskim cięciem miała jedna kobieta z problemami emocjonalnymi oraz jedna bez problemów emocjonalnych. Nieudana indukcja porodu skutkująca zakończeniem ciąży cesarskim cięciem miała miejsce u 4 (3,33%) kobiet (1 respondentka miała zaburzenia nastroju, zaś 3 respondentki nie miały problemów emocjonalnych). Zależność pomiędzy typem porodu a występowaniem zaburzeń nastroju była nieistotna statystycznie ($p \approx 0,40 > 0,05$). Oznacza to, że nie występował statystycznie istotny związek pomiędzy typem porodu a występowaniem problemów emocjonalnych oraz depresji poporodowej [

Tabela X].

Tabela X. Zależność pomiędzy typem porodu a występowaniem zaburzeń nastroju

N=120	Kobiety z zaburzeniami nastroju		Kobiety bez zaburzeń nastroju		χ^2	p
	N	%	N	%		
Spontaniczny poród naturalny	24	20,00%	13	10,83%	5,14	0,40
Poród zabiegowy przy użyciu kleszczy	0	0,00%	1	0,83%		
Indukcja porodu drogami natury	6	5,00%	3	2,50%		
Cesarskie cięcie	34	28,33%	33	27,50%		
Poród naturalny zakończony cesarskim cięciem	1	0,83%	1	0,83%		
Indukcja porodu nieudana, zakończenie ciąży cesarskim cięciem	1	0,83%	3	2,50%		

Dyskusja

Rozważania dotyczące występowania zaburzeń nastroju wśród kobiet po porodzie, skłaniają do oceny czynników predysponujących ich występowaniu. Analiza badań własnych pozwoliła na wykazanie czterech czynników korelujących z zaburzeniami nastroju kobiet po porodzie.

Przeprowadzone badania wykazały, że wiek poniżej 30 roku życia predysponuje do wystąpienia zaburzeń nastroju ($p \approx 0,02$). Iracka i wsp. również przedstawili tendencję spadkową chorych na zaburzenia nastroju położnic wraz z wiekiem. Według autorów depresja poporodowa najczęściej występuje u kobiet w wieku do 25 lat [7].

Sprzeczne wyniki wykazali Ahmed i wsp. w badaniach przeprowadzonych wśród narodowości Kurdyjskiej. Autorzy odnotowali, że najwięcej kobiet cierpiących na depresję poporodową znajduje się w grupie kobiet powyżej 40 roku życia, a najmniej- 18,7% u kobiet w wieku poniżej 20 lat. Wyniki tych badań nie okazały się istotne statystycznie [8].

Potwierdzonym czynnikiem ryzyka zaburzeń emocjonalnych po porodzie jest planowanie ciąży. Kobiety, które planowały ciążę miały istotnie częściej niższy wynik w EPDS. Taki stan rzeczy może być związany z bardziej świadomym podejściem kobiet do ciąży i porodu, gdy same zdecydowały się na posiadanie potomstwa. Te kobiety miały też więcej czasu na przygotowanie się do tego trudnego okresu. Potwierdzają to analiza badań własnych ($p \approx 0,01$) oraz badania innych autorów [6, 8]. Yagmur i wsp. wykazali, że w Turcji planowanie ciąży ma wysoce istotny wpływ na występowanie depresji poporodowej ($p=0,009$) [8].

Przypuszczać można, że pierworódki, które są bardziej narażone na trudności związane z pielęgnacją i opieką nad noworodkiem oraz zmianami związanymi z pełnieniem nowej roli społecznej, będą częściej zapadać na depresję poporodową o różnym nasileniu. Z drugiej strony matki, które są po kolejnym porodzie, są bardziej obciążone zmęczeniem psychicznym i fizycznym, łącząc opiekę nad noworodkiem i starszymi dziećmi [10]. Analizowane badania naukowe i badania własne zgodnie nie wykazały wpływu liczby porodów i posiadanego potomstwa na występowanie zaburzeń nastroju [10,11].

Podobne przypuszczenia może wywoływać typ porodu. Sposób urodzenia dziecka, może być dla kobiety powodem do lęku w czasie ciąży bądź traumą czy poczuciem winy po porodzie. Każdy z tych objawów przyczynić się może do obniżenia nastroju kobiety. Poród fizjologiczny może przerażać część kobiet, ze względu na ból oraz obawę o życie i zdrowie noworodka. Zaś inne kobiety mogą uznać cięcie cesarskie za ostateczną porażkę w próbie urodzenia własnego dziecka drogami i siłami natury. Badania własne nie wykazały związku między typem porodu a występowaniem problemów emocjonalnych u ankietowanych. Podobne wnioski można wyczytać w artykułach polskich badaczy [7, 11]. W badaniach Irackiej i wsp. kobiety po cięciu cesarskim częściej cierpiały na zaburzenia nastroju (44,68%) niż kobiety rodzące siłami natury, jednak analizy nie wykazały istotności statystycznej [7]. Sprzeczne wyniki po raz kolejny zaprezentowali Ahmed i wsp. Badania wykazały, że 34,4% kobiet po cięciu cesarskim miały depresję poporodową, 31,5% po indukcji porodu, a 23,8% po porodzie siłami natury. Dane okazały się istotne statystycznie i wykazały, że typ porodu wpływa na występowanie zaburzeń nastroju. Cięcie cesarskie stanowi największy czynnik ryzyka, a poród fizjologiczny najmniejszy [12].

Bardzo dużo artykułów podkreśla związek między relacjami międzyludzkimi a występowaniem zaburzeń nastroju (nie tylko tych obecnych po porodzie). Z analizy własnych danych, z zebranych ankiet, wnioskować można, że zadowolenie ze swojej relacji z partnerem oraz wsparcia społecznego ma wpływ na występowanie depresji poporodowej o różnym nasileniu.

Problemy emocjonalne częściej towarzyszą kobietom, które bardziej krytycznie oceniały swój związek w porównaniu do kobiet w pełni zadowolonych ze swojego związku ($p \approx 0,03$). Takie same wyniki otrzymali Ikeda i wsp [13]. Małus i wsp. zauważyli, że kobiety, które nie były zadowolone ze swojego związku miały bardziej nasilone objawy depresji co wpływało na zdobywanie więcej punktów w Edynuskiej Skali Depresji Poporodowej [10]. Ahmed i wsp. zbadali, że ustalone małżeństwo przez rodziny, bez zgody kobiet wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne położnic, zaś małżeństwo z miłości zwiększa ryzyko

wystąpienia zaburzeń nastroju [12]. Yagmur i wsp. wykazali silny związek między problemami z mężem a występowaniem depresji poporodowej ($p=0,028$), jeszcze większy wpływ miały relacje z rodziną męża, gdzie $p=0,000$ [9].

Wsparcie społeczne otrzymane od rodziny, przyjaciół, personelu medycznego jest odczuwane subiektywnie przez każdą pacjentkę. Przeprowadzone badania pozwalają wnioskować, że położnicom, które odczuwały wsparcie i oceniały je w sposób pozytywny, rzadziej towarzyszyły problemy emocjonalne oraz depresja poporodowa ($p\approx 0,02$). Kosińska-Kaczyńska [14] oraz Ikeda i wsp. [13] odnotowali, że brak wsparcia ze strony rodziny i nie tylko, ma wpływ na występowanie obniżonego nastroju w okresie połogu. Golec i wsp. w analizie swoich badań przedstawili, że wsparcie społeczne nie ma wpływu na występowanie problemów emocjonalnych w połogu [15].

Karmienie piersią podczas zaburzeń nastroju z pewnością nie jest łatwą praktyką dla położnicy. W obliczu własnego smutku matki często doświadczają zmęczenia. Przejście na karmienie butelką może zapewnić pewną ulgę, usuwając niektóre stresory związane z rozpoczęciem karmienia piersią [16]. Badając czy karmienie piersią wpływa na zaburzenia nastroju w badaniach własnych nie wykazana została istotność statystyczna. W badaniach Kossakowskiej natomiast wystąpiła korelacja między poczuciem skutecznego karmienia piersią a objawami depresji poporodowej [17]. Maliszewska i wsp. zbadali, że pacjentki z zaburzeniami nastroju rzadziej karmiły piersią, oraz że karmienie piersią w pierwszych dobach po porodzie ma działanie ochronne na wystąpienie depresji poporodowej [18]. Gaffney i wsp. badając praktyki żywieniowe niemowląt mam chorych na depresję poporodową wysnuli następujące wnioski- mamy z depresją mają niską intensywność karmienia piersią, częściej dokarmiają butelką oraz wcześniej wprowadzają pokarmy stałe do diety dziecka [16].

W badaniach własnych jak też innych autorów można zauważyć, że poza czynnikami takimi jak wiek czy planowanie ciąży bardzo istotne są dobre relacje kobiety z jej otoczeniem: partnerem, rodziną i pracownikami opieki zdrowotnej. Z tego powodu kobiety w okresie okołoporodowym powinny być otoczone szczególną troską przez rodziny i personel medyczny.

WNIOSKI

1. Czynniki socjodemograficzne: takie jak wiek kobiety - im młodsza tym większe ryzyko problemów emocjonalnych w połogu, urodzenie dziecka z nieplanowanej ciąży, negatywne relacje z partnerem, brak bądź niezadowolenie ze wsparcia

społecznego predysponują do nasilonych objawów zaburzeń psychicznych po porodzie.

2. Wykazano, że na wystąpienie zaburzeń nastroju po porodzie nie mają wpływu: ilość przebytych ciąż i posiadanego potomstwa, typ porodu, karmienie piersią w pierwszych dobach połogu, czas upływający od porodu oraz uczestnictwo w szkole rodzenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaeschke R., Siwek M., Dudek D.: Poporodowe zaburzenia nastroju - update 2012, 7(3), 113-121.
2. 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(2), 138-141.
3. Marin-Morales D., Toro-Molina S., Peñacoba-Puente C., Losa-Iglesias M., Carmona-Monge F. J.: Relationship Between Postpartum Depression and Psychological and Biological Variables in the Initial Postpartum Period. *Maternal and Child Health Journal* 2018, 22, 866-873.
4. Kossakowska K.: Profilaktyka depresji poporodowej - rola personelu medycznego w rozpoznaniu czynników ryzyka i symptomów choroby. *Medycyna ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013, 19(4), 463-468.
5. Krzyżanowska-Zbucka J.: Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym. Fundacja Rodzić po Ludzku 2008.
6. Kowalska J., Olszowa D., Markowska D., Teplik M., Rymaszewska J.: Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. *Psychiatria Polska* 2014, 48(5), 889-900.
7. Iracka E., Lewicka M.: Występowanie depresji poporodowej wśród położnic. *European Journal of Medical Technologies* 2014, 3(4), 60-66.
8. Ahmed H. M., Alalaf S. K., Al-Tawil N. G.: Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012, 285, 1249-1255.
9. Yurdagül Yağmur Y., Ulukoca N.: Social support and postpartum depression in low-socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *International Journal of Public Health* 2010, 55, 543-549.

10. Małus A., Szyluk J., Galińska-Skok B., Konarzewska B.: Występowanie depresji poporodowej a jakość relacji w związku. *Psychiatria Polska* 2016, 50(6), 1135-1146.
11. Kaźmierczak M., Gierszewska M., Gebuza G., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M.: Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014, 20(4), 390-395.
12. Ahmed H. M., Alalaf S. K., Al-Tawil N. G.: Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2012, 285, 1249-1255
13. Ikeda M., Kamibeppu K.: Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R-J). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13, 112.
14. Kosińska-Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M., Szymusik I.: Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie - analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekologia Polska* 2008, 79, 182-185.
15. Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K., Kosmala K., Hirschfeld A., Molińska-Glura M.: Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. *Psychiatria* 2016, 13(1), 1-7.
16. Gaffney K. F., Kitsantas P., Brito A., Swamidoss C. S. S.: Postpartum depression, Infant Feeding Practices and Infant Weight Gain at Six Month of Age. *Journal of Pediatric Health Care* 2014, 28,1, 43-50.
17. Kossakowska K.: Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią. *Pediatrics Polska* 2018, 93(2), 107-116.
18. Maliszewska K., Świątkowska-Freund M., Bidzan M., Preis K.: Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie. *Psychiatria Polska* 2017, 51(5), 889-898.

UWARUNKOWANIA STANU ZDROWIA

DOMINIK PANASIEWICZ¹, CECYLIA ŁUKASZUK²

¹ Absolwent kierunku Fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zdrowie stanowi jedną z największych wartości w życiu człowieka. Jest ono warunkowane niezakłóconym przebiegiem wielu procesów zachodzących w organizmie, których celem jest zachowanie homeostazy, czyli swoistego stanu dynamicznej równowagi. Ogrom bodźców działających na organizm każdego dnia wpływa na ich przebieg. Ekspozycja na część z nich wynika ze świadomych decyzji człowieka, a część jest niezależna od jego woli. Bodźce te, nierzadko zakłócające naturalny przebieg reakcji w organizmie, jeśli nie zostaną odpowiednio zaadaptowane, niechybnie doprowadzą do dezorganizacji i choroby.

Rozważanie problematyki dotyczącej zdrowia wymaga odpowiedzi na pytanie, czymże ono jest. Rozumienie tego pojęcia zmieniało się na przestrzeni lat. Poszczególne koncepcje pojawiały się, ulegały modyfikacji, jedne zyskiwały popularność, a inne traciły na znaczeniu. Jedną z najpopularniejszych i najczęściej stosowanych definicji wydaje się być ta podana przez WHO, która określa zdrowie jako „*kompletny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby i kalectwa*”. Takie sformułowanie podkreśla konieczność holistycznego ujęcia zdrowia człowieka, jednak z drugiej strony rodzi problemy co do metodologii badań nad nim z uwagi na swój zbyt ogólny charakter [1]. W ostatnich latach definicja ta zaczęła być coraz częściej krytykowana. Między innymi zarzuca się jej zbyt idealistyczny charakter, gdzie nakreślone pojęcie zdrowia nie jest możliwe do pełnego spełnienia i stanowi jedynie kierunek, w którym należy podążać, a którego większość ludzi nie będzie mogła osiągnąć [2]. Innym podnoszonym problemem jest fakt, iż wyidealizowany obraz zdrowia powoduje tak zwaną medykalizację społeczeństwa. Skutkiem tego stany, które dotychczas nie były kwalifikowane za problemy zdrowotne, są obecnie za takie uważane [3].

CEL PRACY

Celem pracy była próba dokonania syntezy wiedzy na temat uwarunkowań stanu zdrowia.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Praca ma charakter przeglądowy i została napisana w oparciu o analizę aktualnego piśmiennictwa z zakresu w/w tematu.

ROZWINIĘCIE

Uwarunkowania zdrowia

Determinanty zdrowia

Istnieje wiele czynników mających wpływ na rozwój i zdrowie człowieka. Ich udział nie jest jednak jednakowy. Marc Lalonde opracował koncepcję pól zdrowotnych, która określa procentową wartość poszczególnych czynników warunkujących zdrowie. Według Lalonda największy, bo stanowiący aż 53%, wpływ na zdrowie człowieka ma jego styl życia. Innymi determinantami zdrowia są środowisko życia (21% wpływu na zdrowie), czynniki genetyczne (16% wpływu na zdrowie) oraz opieka zdrowotna (10% wpływu na zdrowie) [4].

Inne podejście do wyznaczników zdrowia prezentował Aaron Antonovsky. W opracowanej przez siebie teorii salutogenezy skupił się nie na przyczynach chorób, a na pochodzeniu zdrowia i analizie czynników sprzyjających zdrowiu. Antonovsky dążył do ustalenia, dlaczego niektórzy radzą sobie ze stresem oraz trudnościami i pozostają zdrowi, a inni nie. W toku badań określił on trzy główne czynniki determinujące poziom zdrowia:

- Stresory
- Uogólnione zasoby odpornościowe
- Poczucie koherencji

Stresorami określił bodźce, wobec których organizm nie ma przygotowanych ani zautomatyzowanych reakcji przystosowawczych, a które powodują stan napięcia. Stresorem może być więc nazwany każdy czynnik doprowadzający do zaburzeń homeostazy, wzrostu entropii czy sprzeczności. Należy podkreślić, iż stresorami mogą być bodźce, które oceniane są przez daną osobę za negatywne, ale również takie, które oceniane są pozytywnie lub ambiwalentnie. Według Antonovskiego, stan stresu nie jest tym samym co stan napięcia. Każdy nieobojętny stresor wywołuje napięcie, jednak nie każdy wywołuje stres. Przejście stanu napięcia w stres warunkowane jest skutecznością walki z samym napięciem i proces ten jest możliwy do uniknięcia. Skuteczność ta opiera się przede wszystkim na radzeniu sobie z emocjami i podejmowaniu działań. Odpowiednie zmniejszenie napięcia nie tylko zapobiegnie wywołaniu stresu, ale także uczyni stresor nieszkodliwym, a wręcz wartościowym. Nabywane w ten sposób doświadczenie i umiejętności są niezbędne do

prawidłowego rozwoju i stanowią większą korzyść niż całkowity brak negatywnych stresorów.

Pojęcie uogólnionych zasobów odpornościowych dotyczy zasobów, które pomagają danemu człowiekowi lub określonej społeczności walczyć z negatywnym wpływem stresorów oraz zapobiegać przerodzeniu się stanu napięcia w stan stresu. Uogólnionymi zasobami odpornościowymi mogą być cechy człowieka oraz środowiska, w którym żyje, a także szeroko pojęte uwarunkowania społeczno-kulturowe. Cechy człowieka mogą być rozumiane zarówno w kontekście biologicznym (geny, stan odżywienia), jak również psychologicznym (kontrola emocji, inteligencja), zaś środowiskiem nazywamy wszelkie dostępne zasoby w otoczeniu człowieka, na przykład osoby bliskie, źródła wiedzy, środki finansowe. Społeczno-kulturowy składnik uogólnionych zasobów odpornościowych obejmuje aspekty polityczne, historyczne, filozoficzne, religijne oraz artystyczne.

Ostatnim czynnikiem determinującym stan zdrowia według teorii salutogenezy jest poczucie koherencji. Konstrukcja ta oznacza ogólną orientację człowieka wyrażoną poprzez stopień poczucia pewności, że wszelkie oddziałujące bodźce endogenne i egzogenne są logiczne oraz mają przewidywalny i łatwy do wytłumaczenia charakter (tzw. zrozumiałość), człowiek posiada odpowiednie zasoby, dzięki którym jest w stanie skutecznie przeciwstawić się tym bodźcom (tzw. zaradność), a całość podejmowanych działań ma swój konkretny cel i sens, dzięki czemu warta jest zaangażowania i włożenia wysiłku (tzw. sensowność). Poczucie koherencji kształtuje się w wyniku nabierania doświadczeń przez całe życie. Ma ono związek z subiektywnym stanem zdrowia. Poczucie koherencji wpływa na somatyczne aspekty zdrowia, jednak dominujący wpływ wywiera na zdrowie psychiczne [5].

Zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne

Zachowaniami zdrowotnymi nazywamy wszelkie formy aktywności człowieka, które mają wpływ na jego zdrowie i komfort psychiczny. Wśród nich wyróżnia się działania prozdrowotne i antyzdrowotne. Są one ściśle związane ze stylem życia, jaki prowadzi dana osoba. Zachowania prozdrowotne służą poprawie stanu zdrowia, zwiększaniu świadomości o znaczeniu swoich działań na zdrowie oraz zapobieganiu chorobom. Zalicza się do nich między innymi regularną aktywność fizyczną, właściwe odżywianie się, zachowanie higieny snu. Zachowania antyzdrowotne mają destrukcyjny wpływ na zdrowie. Przykładem może być tutaj palenie tytoniu. Szkody te mogą być bezpośrednio widoczne, jednak ich skutki mogą również pojawić się w odległym czasie. Świadomość zachowań zdrowotnych stanowi istotną rolę w kształtowaniu własnych zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych.

Kształtowanie poszczególnych zachowań zdrowotnych uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Istotną rolę w modelowaniu tych zachowań we wczesnym etapie życia pełnią rodzice lub opiekunowie dziecka. Z upływem czasu na proces ten wpływa oddziaływanie środowiska szkolnego. Nie bez znaczenia jest też wpływ rówieśników, a wraz z upływem lat kręgów towarzyskich i zawodowych. Może on być źródłem zarówno korzystnego oddziaływania na zachowania zdrowotne, ale też negatywnego. Innym czynnikiem wpływającym na formowanie zachowań zdrowotnych są media. W obecnych czasach bywają one głównym źródłem informacji dla społeczeństwa. Innym rodzajem oddziaływania na duże grupy ludzi są kampanie informacyjne i ruchy społeczne. O ile te pierwsze są zazwyczaj źródłem rzetelnych informacji i przedstawiają właściwe wzorce zachowań, o tyle zdarza się, iż niektóre ruchy społeczne mogą negatywnie wpływać na zdrowie, na przykład poprzez nawoływanie do bojkotu szczepień. Częstość prezentowania aktywności prozdrowotnych i antyzdrowotnych różni się w poszczególnych grupach społecznych. Wykazano, że wraz z wiekiem zazwyczaj zwiększa się świadomość zdrowotna i częstość podejmowania zachowań prozdrowotnych [6]. Ocenia się, że kobiety, w porównaniu do mężczyzn, częściej decydują się na kontrolne wizyty lekarskie [7]. Czynnikiem różnicującym wydaje się być również wykształcenie, stan cywilny i ogólna sytuacja finansowa. Osoby z wyższym wykształceniem oraz posiadające dzieci częściej prezentują aktywności prozdrowotne. Także osoby z dobrą sytuacją finansową częściej będą podejmować korzystne dla zdrowia decyzje, ponieważ będą miały możliwość korzystania z płatnych obiektów sportowych, lepszej jakości produktów spożywczych, czy zakupu leków [8]. Nie bez znaczenia są również indywidualne cechy osobowości. Osoby niedojrzałe emocjonalnie, nieodporne na stres, zależne od innych osób oraz z niską samooceną częściej akceptowały będą zachowania antyzdrowotne.

WYBRANE CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA STAN ZDROWIA

Aktywność fizyczna

Częstość i jakość podejmowanej aktywności fizycznej jest jednym z głównych czynników wpływających na stan zdrowia. Istnieją statystyczne zależności pomiędzy pewnymi cechami społeczno-demograficznymi a częstością i jakością rekreacji ruchowej. Najbardziej istotnym czynnikiem jest poziom wykształcenia, przy czym poziom aktywności fizycznej jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu kwalifikacji. Przyjmuje się, że mężczyźni są bardziej aktywni od kobiet, jednak nie jest to znacząca różnica. Częściej również uczestniczą w aktywnościach wymagających podjęcia większego wysiłku

fizycznego. Statystycznie bardziej aktywni, w porównaniu do mieszkańców wsi, są mieszkańcy miast – wiąże się to między innymi z większą dostępnością obiektów sportowych. Osoby młode częściej angażują się w sport i rekreację ruchową, aczkolwiek tendencja ta zmniejsza się jednak wraz z zakończeniem edukacji szkolnej. Przynależność do określonych grup zawodowych również może wpływać na poziom aktywności fizycznej. Udowodniono, że pracownicy administracji samorządowej, pracownicy sklepów wielkopowierzchniowych oraz instytucji naukowych prezentują zazwyczaj niski poziom aktywności fizycznej, szczególnie jednak wyróżniają się w tej kategorii robotnicy wykwalifikowani. Z drugiej zaś strony, nauczyciele, uczniowie oraz aktorzy należą najbardziej aktywnej grupy zawodowej. Przede wszystkim jednak należy do tej grupy kadra kierownicza oraz pracownicy umysłowi niższego szczebla [9].

Obecnie znany jest szereg korzyści płynących z regularnego podejmowania aktywności fizycznej o odpowiednim stopniu ciężkości. Oprócz oczywistego wzrostu sprawności fizycznej, wysiłek fizyczny wpływa na funkcjonowanie narządu ruchu w wielu płaszczyznach. U młodego i rozwijającego się organizmu człowieka aktywność fizyczna przyspiesza przemianę tkanki chrzęstnej w kostną, a co za tym idzie wspomaga wzrost organizmu. Oprócz tego dochodzi do zjawiska hipertrofii kości, czyli wzrostu ich wymiaru na długość i szerokość oraz ogólnego kształtu. Wysiłek, połączony z odpowiednim odżywianiem się, wpływa również na stopień mineralizacji kości oraz zwiększa ich stabilność i odporność na urazy, ponieważ dochodzi do zagęszczenia struktury beleczek kostnych. Jest to szczególnie istotne w populacji osób starszych, które zagrożone są wystąpieniem osteoporozy. Zmiany zachodzące w aparacie stawowym, w następstwie regularnego wysiłku fizycznego, obejmują między innymi zwiększenie zakresu ruchomości stawu, wzrost elastyczności i sprężystości torebek stawowych oraz więzadeł. Szczególne zmiany widoczne są w układzie mięśniowym, jednak zależne są one od typu wiodącego wysiłku fizycznego. W przypadku dominacji wysiłku długotrwałego lub siłowego obserwuje się przerost włókien mięśniowych wolnych, zaś w przypadku dominacji wysiłku o charakterze krótkim i intensywnym następuje przerost włókien mięśniowych szybkich. Należy zaznaczyć, że kształtowanie jednego rodzaju włókien ogranicza przerost włókien drugiego rodzaju, co powoduje, iż niemożliwym jest osiągnięcie tak samo dobrych wyników sportowych zarówno w sportach wymagających szybkiej pracy mięśni, jak również w sportach wytrzymałościowych. Adaptacja układu mięśniowego do wysiłku zachodzi szybciej u osób, które prowadziły dotychczas bierny styl życia niż w porównaniu do osób o dużej aktywności, również mięśniowy wydatek energetyczny

związany z podejmowanym wysiłkiem maleje wraz z upływem czasu i ilości treningów. Należy mieć to na uwadze podczas układania i realizacji planu treningowego [10].

Jedną z korzyści wynikających z podejmowania wysiłku fizycznego jest zmniejszenie umieralności ogólnej oraz zmniejszenie ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Fakt ten wynika z wpływu wysiłku na czynniki ryzyka chorób układu krążenia: aktywność fizyczna w odpowiedniej ilości i jakości obniża wartość ciśnienia tętniczego, poprawia funkcjonowanie gospodarki lipidowej oraz węglowodanowej, pozwala zmniejszyć ewentualną nadwagę oraz pomaga utrzymać prawidłową masę ciała. Obserwuje się także pozytywny wpływ na funkcję śródbłonna naczyń, układ krzepnięcia oraz mechanizmy dotyczące procesów zapalnych. Wykazano także związek aktywności fizycznej ze stężeniem hormonów płciowych [11]. Oprócz tego, regularne treningi powodują zwiększenie jam serca co wraz z jednoczesnym faktem wpływu wysiłku na umięśnienie serca bezpośrednio wpływa na efektywność jego pracy w charakterze pompy ssąco-tłoczącej. Wysiłek fizyczny wpływa także na poprawę mikrokrażenia w mięśniach, jednakże zwiększenie liczby naczyń włosowatych dotyczy tylko mięśni, które uczestniczyły w aktywności ruchowej [10].

Chociaż regularnie podejmowana aktywność fizyczna nie oddziałuje na strukturę układu oddechowego oraz poziom wentylacji spoczynkowej, to istnieją skutki systematycznego treningu wytrzymałościowego i są one szczególnie widoczne wraz z upływem czasu podczas kolejnych przypadków podejmowania wysiłku fizycznego. Opierają się one o wpływ na parametry czynnościowe układu oddechowego. Regularne wysiłki o charakterze wytrzymałościowym doprowadzają do spadku fizjologicznego wzrostu częstości oddechów oraz do zwiększenia głębokości poszczególnych oddechów w odpowiedzi na wysiłki o obciążeniu submaksymalnym. Sprawia to, że obciążenie mięśni oddechowych podczas wysiłku zmniejsza się, wolniej się one męczą, dzięki czemu ich czas efektywnej pracy jest dłuższy. Ponadto, u niektórych osób dochodzi do zwiększenia się pojemności życiowej płuc, powierzchni dyfuzyjnej płuc oraz maksymalnej dowolnej wentylacji [12].

Regularna aktywność fizyczna ma również znaczenie w kontekście funkcjonowania układu nerwowego. Trening pozwala na usprawnienie koordynacji nerwowo-mięśniowej poprzez angażowanie tylko tych mięśni, które są niezbędne do wykonania danego ruchu. Działanie takie poprawia precyzję i sprawność ruchu, a także zmniejsza nakład energii niezbędny do jego wykonania. Oprócz tego, odpowiedni poziom kondycji fizycznej wypracowany poprzez systematyczną aktywność ruchową ma wpływ na siłę skurczu mięśnia, jednak oprócz uwarunkowań związanych z układem mięśniowym, ośrodkowy system kontroli ruchu również wpływa na parametry opisujące pracę mięśni. Ośrodkowy układ nerwowy osób

wytrenowanych zwiększa siłę skurczu zarówno poprzez zwiększenie ilości jednostek motorycznych zaangażowanych w daną aktywność fizyczną, jak też poprzez generowanie przez motoneurony większej ilości potencjałów czynnościowych. W celu wykonania konkretnego zadania ruchowego możliwe jest wykorzystanie przez OUN mechanizmu naprzemiennej aktywacji różnych mięśni odpowiedzialnych za dany ruch, a także naprzemiennej aktywacji poszczególnych jednostek motorycznych w obrębie samego mięśnia. Pozwala to na opóźnienie pojawienia się zmęczenia ośrodkowego. Inną korzyścią wynikającą z udziału w aktywnościach ruchowych jest neuroprotektoryjne działanie wysiłku fizycznego o umiarkowanym obciążeniu, które opiera się o hamowanie apoptozy komórek nerwowych oraz pobudzania syntezy białek pełniących funkcje w procesie neurogenezy [10].

Podjęmowana aktywność fizyczna i wynikająca z niej sprawność funkcjonowania poszczególnych układów składających się na całość organizmu, ma bez wątpienia wpływ na szeroko pojętą jakość życia. Dowiedziono, że osoby będące na co dzień aktywne ruchowo wysoko oceniają jakość swojego życia [13]. Do innych korzyści psychologicznych zalicza się także redukcję stresu wśród osób o dużej aktywności fizycznej [14]. W trakcie trwania wysiłku fizycznego dochodzi do rozładowania negatywnych emocji, w wyniku czego następuje poprawa samopoczucia osoby ćwiczącej, redukowany jest lęk oraz stan depresyjny. W przypadku spełnienia odpowiednich warunków – ćwiczenia podejmowane będą najpóźniej do godziny 17 oraz nie doprowadzą do przetrenowania organizmu – możliwa jest poprawa jakości snu i samego procesu zasypiania. Istotną kwestią jest także wpływ na samoocenę i postrzeganie świata. Wysiłek fizyczny, poprawiając sylwetkę oraz ogólne samopoczucie, zwiększa wiarę we własne możliwości oraz motywuje do podejmowania kolejnych wyzwań. Dla wielu ludzi pozwala też odpocząć od problemów życia codziennego [10].

Żywienie

Sposób odżywiania się stanowi kolejny czynnik wpływający na stan zdrowia. Właściwie dobrana dieta wpływa na odpowiedni rozwój fizyczny i psychiczny organizmu, utrzymanie sprawności ruchowej, a także prawidłowe funkcjonowanie układu odpornościowego [6]. Poprzez sposób odżywiania rozumiemy szeroki zakres zachowań, takich jak odpowiedni dobór ilościowy i jakościowy pokarmu, częstotliwość jego spożywania, pory dnia w których spożywany jest posiłek oraz okoliczności towarzyszące konsumpcji [15]. Nie istnieje jeden produkt spożywczy, który byłby w stanie zaspokoić całość zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze, dlatego konieczne jest łączenie wielu produktów w różnych proporcjach. W celu ścisłego określenia tychże proporcji opracowywane są

wytyczne żywieniowe. Normy żywieniowe na poziomie Europy są opracowywane przez Organizację Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa, Światową Organizację Zdrowia oraz Uniwersytet Narodów Zjednoczonych. Poszczególne normy są następnie dostosowywane przez krajowe instytucje do warunków lokalnych poszczególnych państw europejskich. Za owe przystosowanie norm do realiów życia codziennego odpowiada w Polsce Instytut Żywności i Żywienia, Komitet Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk oraz Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych. Zasadnicze zalecenia żywieniowe zostały przedstawione graficznie w formie piramidy zdrowego żywienia i aktywności fizycznej opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie oraz talerza (koła) zdrowia opracowanego przez Radę ds. Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia przy Ministrze Zdrowia. Warto zaznaczyć, że piramida zdrowego żywienia funkcjonuje w trzech formach, ponieważ została dostosowana do potrzeb żywieniowych trzech grup wiekowych: osób dorosłych, dzieci oraz osób starszych. W każdej z grup, u jej podstawy, znajduje się wysiłek fizyczny – konieczny element do zachowania całości dobrostanu zdrowotnego człowieka [16].

Nawyki żywieniowe w dużej mierze determinowane są przez rodzinę i otoczenie, w którym żyje i dorasta człowiek, a także specyficzne dla danego regionu lub kraju zwyczaje. Stanowią one niejako tradycję kulturową, której zmiana często wiąże się z transformacją mentalności wynikającą z konieczności przemiany pokoleń. Programy edukacyjne promujące zasady odżywiania oraz uświadamiające zagrożenia i korzyści związane z konkretnymi wyborami żywieniowymi stanowią istotną rolę w formowaniu mentalności ludzi [15]. Istnieją pewne uwarunkowania demograficzne, które określają zachowania żywieniowe określonych grup społecznych w Polsce. Badania dowodzą, że płeć koreluje z częstszym spożywaniem określonych produktów. Mężczyźni częściej niż kobiety spożywają mięso, wędliny, produkty typu fast-food, smażone potrawy oraz częściej piją alkohol i napoje słodzone. Takie nawyki żywieniowe predysponują do zapadnięcia na choroby układu krążenia i nowotwory. Z kolei kobiety częściej wybierają owoce i produkty mleczne. Płeć żeńska wykazuje również większe zainteresowanie zdobywaniem wiedzy na temat jakości żywności i zasad prawidłowego żywienia [17]. Preferencje żywieniowe ulegają zmianie w zależności od wieku. Badania Adamskiej i wsp. wykazały, że wraz z wiekiem spada częstość spożycia mleka, w wieku 30-40 lat spożywane jest ono średnio 4-6 razy w tygodniu, zaś powyżej 50. roku życia już jedynie 2 - 3 razy w tygodniu. Obserwuje się również spadek spożycia serów żółtych na rzecz serów twarogowych. Sery żółte do 50. roku życia spożywane są średnio 2-3 razy w tygodniu, osoby starsze wybierają ten produkt już tylko raz w tygodniu. Sery twarogowe są z kolei

chętniej wybieranym produktem po piątej dekadzie życia i są spożywane do 2-3 razy w tygodniu. Na tej podstawie można stwierdzić, że częstość spożycia mleka i produktów mlecznych przez osoby dorosłe jest niewystarczająca. Ma to istotne znaczenie, ponieważ wraz z wiekiem rośnie ryzyko zachorowania na osteoporozę. Inną obserwowaną tendencją jest wzrost zainteresowania spożyciem tłuszczów zwierzęcych i tłuszczów roślinnych z uwagi na walory smakowe. W przeprowadzonym badaniu wzrost częstości spożycia dotyczył jednak jedynie tłuszczów roślinnych. Najprawdopodobniej wynika to ze świadomości zdrowotnej badanej grupy. Wraz z wiekiem obserwuje się także prezentowanie innych zachowań antyzdrowotnych w sferze żywienia, na przykład przekraczanie dziennego zapotrzebowania na sól oraz zmniejszenie spożycia orzechów, zmniejszenie spożycia płatków owsianych, jęczmiennych, żytnich, musli, makaronu razowego i ryżu brązowego. Oprócz tego chętniej wybierane są produkty o jeszcze niejednoznacznym stosunku korzyści do ryzyka, takie jak kawa i owoce. Widoczne są jednak również tendencje prozdrowotne, jak chociażby zmniejszenie spożycia masła, zwiększenie spożycia kasz i ziemniaków [18]. Wykształcenie również jest zwykle związane z prezentowaniem określonych nawyków żywieniowych. Ślusarska i Nowicki wykazali, że osoby z wykształceniem zawodowym i średnim charakteryzują się rzadszym podejmowaniem zachowań prozdrowotnych niż osoby z wykształceniem wyższym [19]. Nawyki żywieniowe osób dorosłych często są skutkiem oddziaływania różnorodnych wpływów środowiska w dzieciństwie. Dużą rolę w kształtowaniu preferencji młodego człowieka odgrywa jego rodzina. Rolą rodziców powinno być przekazywanie potomstwu zasad prawidłowego żywienia. Z drugiej strony, z uwagi na to, iż dzieci uczą się poprzez obserwację otoczenia, ważne jest aktywne prezentowanie przez rodziców zachowań prozdrowotnych, co nie zawsze ma miejsce w rzeczywistości [20].

Stres

W obecnych czasach stres bywa jedną z głównych przyczyn chorób somatycznych i psychicznych. Chociaż sytuacja stresowa jest zjawiskiem, którego nie da się całkowicie wyeliminować z życia, istotne jest umiejętne radzenie sobie w trudnych momentach życia, jak również przeciwdziałanie wynikającym z nich skutkom. Posiadanie lub brak tej umiejętności w dużym stopniu warunkuje, jakie zachowania zdrowotne będzie prezentowała osoba w sytuacjach stresowych. Sam stres nie zawsze wykazuje działanie destrukcyjne, zależy to od czasu jego nasilenia i czasu trwania. Krótkotrwały, o niewielkim nasileniu wykazuje działanie stymulujące organizm do podjęcia działań, zaś długotrwały, o dużym nasileniu utrudnia

prawidłowe funkcjonowanie układów i narządów. Proces adaptacji człowieka do stresu był przedmiotem badań Selye'go. Stworzył on model zwany Syndromem Ogólnej Adaptacji. Wyróżnia się w nim trzy następujące po sobie fazy: reakcję alarmową, stadium odporności i stadium wyczerpania.

Reakcja alarmowa rozpoczyna się w momencie zadziałania stresora i stanowi początek następujących po sobie reakcji. Z fizjologicznego punktu widzenia, niespodziewany czynnik o charakterze potencjalnie destrukcyjnym doprowadza do zmian biochemicznych w organizmie. Wszystkie zachodzące procesy w tej fazie mają na celu przygotowanie organizmu do konfrontacji z trudną sytuacją. Stadium odporności jest etapem, w którym dochodzi do stopniowego przystosowania się organizmu do postawionego wyzwania. Chociaż jest ono spokojniejsze i bardziej stabilne, niż stadium reakcji alarmowej, wraz z upływem czasu mogą wystąpić negatywne skutki zdrowotne wynikające z przedłużającego się stanu obciążenia. Jeśli człowiek nie zdoła usunąć danego stresora i będzie on działał wystarczająco długo, może nastąpić przełamanie odporności i rozpoczęcie trzeciej fazy. Stadium wyczerpania zawsze doprowadza do destrukcyjnych zmian w organizmie. Wyczerpanie organizmu odczuwane jest zarówno na płaszczyźnie psychicznej, jak i fizycznej. Upośledzenie mechanizmów obronnych może być przyczyną zatrzymania procesów fizjologicznych. Jeśli stresor nie zostanie wyeliminowany w tym stadium, może on w skrajnych przypadkach doprowadzić do zgonu, zawsze zaś doprowadza do znacznego spadku jakości życia. W stadium wyczerpania często okazuje się niezbędna specjalistyczna pomoc psychologiczna. Ważne jest również wsparcie rodziny oraz osób bliskich [21].

Parker i Endler opisali trzy główne style radzenia sobie ze stresem:

- styl skoncentrowany na zadaniu,
- styl skoncentrowany na emocjach,
- styl skoncentrowany na unikaniu.

Styl skoncentrowany na zadaniu charakteryzuje się aktywnymi działaniami mającymi na celu rozwiązanie problemu. Może być to osiągnięte poprzez realną zmianę sytuacji lub samą zmianę myślenia o tej sytuacji i jej przewartościowanie. Działania takie są bardzo skuteczne i w większości sytuacji problemowych styl ten jest korzystny do osiągnięcia pomyślnego zakończenia. Wyjątkiem są tu sytuacje, na które dana osoba nie ma wpływu bądź jej rozstrzygnięcie jest odroczone w czasie. Styl skoncentrowany na emocjach opiera się na koncentracji myśli o sobie i własnych reakcjach. Może mieć on zastosowanie w sytuacjach, kiedy rozwiązanie problemu przez daną osobę nie jest możliwe lub wymaga dłuższego czasu. Pozwala on wtedy rozładować negatywne emocje, co zapobiega ich kumulacji.

Styl skoncentrowany na unikaniu polega na odcinaniu się od problemu oraz odwracaniu od niego uwagi. Unika się bezpośredniej konfrontacji z sytuacją stresową. W styl ten wpisuje się również poszukiwanie wsparcia społecznego. Wydaje się być on najmniej korzystnym, ponieważ w żaden sposób nie służy rozwiązaniu problemu, ani z pojawiającymi się w związku z nim negatywnymi emocjami [22].

Higiena snu

Sen należy do podstawowych potrzeb człowieka. Jest on niezbędny do zachowania dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego. Określany jest jako jeden ze stanów świadomości, podczas którego dochodzi do odpoczynku i regeneracji organizmu. Podczas snu dochodzi do utraty świadomego kontaktu z otoczeniem oraz zwiększonego progu wrażliwości na bodźce. Możliwość przejścia ze stanu snu do czuwania pod wpływem bodźców o wystarczającej sile jest warunkiem określenia go jako zjawiska fizjologicznego, a nie patologicznego. Prawidłowa higiena snu powinna obejmować optymalną liczbę godzin snu, dbanie o jego regularność, zapewnienie odpowiednich warunków otoczenia oraz okoliczności towarzyszących zasypianiu.

Hałas negatywnie wpływa na jakość snu, aczkolwiek siła jego wpływu zależy od wrażliwości osobniczej, płci, wieku i stanu zdrowia. Stymuluje on układ współczulny i doprowadza do wyrzutu adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu do krwi. Hałas przyczynia się do skrócenia czasu trwania głębokiej fazy snu i wydłużenia płytkiej fazy snu, co jest powodem pogorszenia jakości snu oraz porannego zmęczenia i drażliwości, a niekiedy jest powodem wybudzenia. Wystawienie na działanie hałasu w ciągu dnia także pogarsza jakość snu. W celu eliminacji negatywnego oddziaływania należy propagować zachowania prozdrowotne w tym zakresie, należą do nich między innymi dążenie do wyciszenia pomieszczenia przeznaczonego do spoczynku nocnego, zaprzestania słuchania muzyki podczas snu oraz unikania źródeł hałasu w ciągu dnia.

Temperatura i oświetlenie są kolejnymi czynnikami mającymi wpływ na stan snu. Temperatura jest nierozdzielnie związana z procesami termoregulacyjnymi ustroju oraz mechanizmami rządzącymi snem. Zbyt wysoka i zbyt niska temperatura otoczenia niekorzystnie wpływa na czas trwania snu oraz wydłuża fazę czuwania. Szczególnie silnie działa w ten sposób temperatura niska, oprócz tego wpływa ona na autonomiczne mechanizmy regulacji pracy serca. Światło jest zaś czynnikiem regulującym rytm okołodobowy człowieka. Istotnym zjawiskiem jest wpływ światła na układ wydzielania wewnętrznego, w kontekście snu duże znaczenie ma sekrecja melatoniny. Wydzielanie tego

hormonu ściśle zależy od ekspozycji na światło i przebiega zgodnie z rytmem dobowym człowieka. W optymalnych warunkach największa sekrecja obserwowana jest w godzinach nocnych (pomiędzy 2:00 a 4:00), zaś najmniejsza w dzień. Niefizjologiczna ekspozycja na światło w warunkach nocnych doprowadza do zachwiania rytmu okołodobowego i zmniejszenia wydzielania melatoniny. Zachowaniami prozdrowotnymi, które powinny być propagowane w celu zapewnienia odpowiedniej jakości snu są: dbanie o odpowiednią temperaturę w miejscu spoczynku nocnego, wietrzenie pomieszczenia przed snem oraz zapewnienie ochrony przed światłem.

W kwestii pory położenia się spać zasadą jest, aby kłaść się do spania jedynie w sytuacji zmęczenia i odczuwania potrzeby snu. Literatura podkreśla, że łóżko powinno służyć jedynie do spania oraz uprawiania seksu i nie powinno się w nim czytać, jeść i oglądać telewizji. Zalecane jest, aby wstawać zawsze o tej samej godzinie, niezależnie od możliwości czasowych w danym dniu oraz nie spać w ciągu dnia. W wyjątkowych przypadkach, gdy krótki sen w ciągu dnia wydaje się być niezbędny, dopuszcza się maksymalnie godzinne drzemki pod warunkiem, że nie są one później niż do godziny 15. Przydatne jest wykonywanie przed snem relaksujących czynności – wzięcie ciepłej kąpieli, słuchanie muzyki. Powinny one trwać około 15-20 minut. Wysoce szkodliwe jest zajmowanie się przed snem sytuacjami stresującymi. Korzystanie z telefonu, internetu i oglądanie telewizji może mieć związek z występowaniem niektórych zaburzeń snu, aczkolwiek czynności te nie wydają się mieć dużego wpływu na zmęczenie i zmniejszenie ilości snu. Często przyczyniają się one do późniejszego zasypiania oraz późniejszego wstawania z łóżka. W celu prewencji zaburzeń snu należy prowadzić racjonalne odżywianie się. Głód oraz przejedzenie negatywnie wpływają na sen. Zabronione jest spożywanie ciężkostrawnych, pikantnych i słodkich produktów na co najmniej dwie godziny przed próbą zaśnięcia. Należy ograniczać ilość przyjmowanych płynów przed snem. Szczególnie destrukcyjnie na sen działa alkohol, nikotyna oraz napoje zawierające kofeinę, zaś pozytywny wpływ wykazuje mleko, a także niektóre zioła [23].

Palenie tytoniu

Palenie tytoniu stanowi jeden z najważniejszych problemów społecznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia liczba osób palących wynosi około jednego miliarda, co stanowi w przybliżeniu jedną czwartą światowej populacji osób dorosłych. Różnorodne skutki wynikające z palenia tytoniu doprowadzają rocznie do śmierci 5,2 miliona osób, z czego około 650 tysięcy w Unii Europejskiej i około 70 tysięcy w Polsce. Szacuje się, że

w Polsce liczba codziennych palaczy, osób powyżej 15. roku życia wynosi 8,7 miliona, co stanowi około 27% populacji kraju. Wśród nich około 5,2 miliona stanowią mężczyźni, a około 3,5 miliona kobiety. Z kolei liczba palaczy okazjonalnych wynosi 1,1 miliona. Wynika z tego, iż suma osób palących tytoń, niezależnie od częstotliwości palenia, oscyluje wokół 9,8 miliona, co stanowi około 30,3% populacji Polski. Badania pokazują, że mimo tak dużego rozpowszechnienia tego zjawiska, większość osób jest świadoma z zagrożeń zdrowotnych wynikających z wdychania dymu tytoniowego [24]. Co ciekawe, w przeciwieństwie do znacznej części innych zachowań antyzdrowotnych, świadomość skutków wynikających z palenia tytoniu jest stała i nie zależy od wieku i wykształcenia. Chociaż świadomość zdrowotna nie zależy również w tym przypadku od zachorowania na określoną jednostkę chorobową, to osoby z nadciśnieniem tętniczym wydają się być bardziej zainteresowani porzuceniem nałogu [25].

Negatywne oddziaływanie dymu tytoniowego na organizm wynika z obecności wielu szkodliwych substancji z czego około 40 z nich wykazuje właściwości kancerogenne. Szczególnie niebezpiecznymi składnikami dymu są: tlenek węgla, nikotyna, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne i metale ciężkie. Substancje te wnikają do organizmu poprzez układ oddechowy, następnie dostają się do krwioobiegu, przez co mogą oddziaływać na wszystkie tkanki organizmu. Palenie tytoniu sprzyja rozwojowi choroby niedokrwiennej serca oraz zwiększa ryzyko zawału. Jest również czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu, zwłaszcza – według częstości występowania - płuc, krtani, jamy ustnej, gardła, przełyku, jamy nosowej i trzustki. Przypuszcza się, że 90% przypadków nowotworu płuc związane jest z wdychaniem dymu tytoniowego. Palenie tytoniu stanowi podłoże do rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz chorób wirusowych i bakteryjnych wynikających z supresji układu immunologicznego [26].

Alkohol

Nadużywanie alkoholu stanowi w Polsce coraz bardziej rozpowszechniony problem. Badania prowadzone w 2012 roku na reprezentatywnej grupie osób powyżej 18. roku życia wykazały, że 84% Polaków deklaruje się jako osoby spożywające alkohol, zaś 16% mianuje się abstynentami. Mężczyźni zdecydowanie częściej sięgają po alkohol. Największy odsetek osób pijących, bo wynoszący aż 90%, obserwuje się w grupie osób z wykształceniem wyższym. W grupie osób poniżej 25. roku życia osób niepijących jest najmniej, stanowią oni jedynie 6%, zaś najwięcej abstynentów obserwuje się w grupie osób powyżej 60. roku życia,

gdzie stanowią oni aż 27%. Mieszkańcy miast powyżej 100. tysięcy mieszkańców częściej spożywają alkohol niż mieszkańcy wsi. Jako powód spożywania alkoholu najczęściej podawana jest chęć relaksacji (71% wskazań mężczyzn i 54% kobiet). Pozostałymi motywami bywają namowy ze strony znajomych (15% wskazań), świętowanie urodzin (10% wskazań), świąt (6% wskazań), imienin (5% wskazań) lub innych rodzinnych sytuacji okolicznościowych (2% wskazań) [27].

Brak umiaru w spożywaniu alkoholu, z medycznego punktu widzenia, ma swoje podłoże ma między innymi w procesach biochemicznych zachodzących w organizmie pod jego wpływem. Szczególnie istotne wydaje się tu być odczuwanie szczęścia i przyjemności po wypiciu alkoholu na skutek zwiększonego wydzielania endorfin i dopaminy. Przewlekłe nadużywanie alkoholu powoduje zmniejszoną aktywność serotoniny w mózgu, podczas spożywania alkoholu dochodzi zaś do jej masowego wydzielania, co powoduje aktywację układu nagrody w mózgu. Zjawisko to przyczynia się do powstawania błędnego koła spożywania napojów alkoholowych przez alkoholików. Wrażliwość na wymienione procesy jest uwarunkowana osobniczo. Z psychologicznego punktu widzenia alkoholizm świadczy o niedojrzałości emocjonalnej jednostki. W perspektywie pedagogicznej źródeł alkoholizmu upatruje się w niekorzystnym wpływie otoczenia jednostki – rodziny, szkoły, znajomych. Z kolei nurt socjologiczny wiąże alkoholizm z przemianami społecznymi i traktuje go jako swoisty produkt obecnej kultury masowej [28].

Niekorzystne oddziaływanie alkoholu na organizm człowieka widoczne jest już w miejscu jego pierwszego kontaktu z ciałem, czyli jamie ustnej. Alkohol powoduje przekrwienie i obrzęk błony śluzowej oraz doprowadza do degeneracji cytoplazmy komórek nabłonkowych. Rozległość uszkodzeń jest proporcjonalna do stężenia alkoholu, jednak z reguły zmiany wywołane zarówno alkoholem 40%, jak i 96% są przejściowe, i w ciągu 24 godzin dochodzi do powrotu do stanu fizjologicznego. Alkohol wysokoprocentowy doprowadza do owrzodzeń w obrębie jamy ustnej i martwicy krwotocznej. U osób uzależnionych często dochodzi także do powiększenia lub atrofii ślinianek oraz zmniejszenia ilości wydzielanej śliny [29]. Alkohol sprzyja wzrostowi ryzyka złamań kości. Z jednej strony wynika to z istniejących w stanie nietrzeźwości zaburzeń koordynacji i równowagi, które mogą doprowadzić do wypadków, z drugiej strony zaś jest czynnikiem ryzyka osteopenii i osteoporozy [30]. Nadużywanie alkoholu może być przyczyną rozwoju wielu innych patologii, takich jak zapalenie wątroby, marskość wątroby, zapalenie trzustki, polineuropatia poalkoholowa, psychozy alkoholowe oraz patologii społecznych, takich jak bezrobocie,

problemy rodzinne i wykluczenie. Dowiedziono też, że osoby uzależnione od alkoholu wykazują większą skłonność do podejmowania prób samobójczych oraz uszkodzeń ciała [27].

Optymizm

Optymizm jest cechą, która wpływa na wiele sfer życia codziennego. Udowodnione zostało, że optymistyczne usposobienie pozytywnie wpływa na dobrostan psychofizyczny człowieka. Według Martina Seligmana oddziaływanie te można rozpatrywać w oparciu o cztery mechanizmy. Pierwszym z nich jest tak zwana wyuczona bezradność, czyli poczucie utraty sensu swoich działań w obliczu przykrych sytuacji, a wręcz przekonanie o całkowitym braku wpływu na tę sytuację. Stan ten doprowadza do przeżywania silnych, negatywnych emocji, co z kolei wpływa na procesy fizjologiczne toczące się w organizmie. Między innymi dezorganizuje to funkcjonowanie układu immunologicznego. Optymizm zaś nie dopuszcza do pojawienia się wyuczonej bezradności, a więc w ten sposób wykazuje pozytywny wpływ na układ odpornościowy. Drugą kwestią, również wynikającą z przekonania optymistów o znaczeniu swoich czynów w kontekście własnego zdrowia, jest fakt, że częściej podejmują oni zachowania prozdrowotne oraz stosują środki farmakologiczne w przypadku zachorowania. Pesymiści zaś, przekonani o braku wpływu swoich działań na stan własnego zdrowia, często pozostają bierni w zakresie kształtowania swojego zdrowia. Trzeci mechanizm wpływu optymizmu na zdrowie wydaje się być dość zaskakujący. Dowiedziono, że optymiści narażeni są podczas życia na mniej przykrych zdarzeń niż pesymiści, przy czym im mniej jest negatywnych sytuacji w życiu, tym człowiek rzadziej choruje. Ostatnim, dość dobrze poznanym rodzajem oddziaływania optymizmu jest jego związek ze wsparciem otoczenia. Osoby, którym brak jest optymistycznego nastawienia do życia, rzadziej korzystają ze wsparcia w problemowych sytuacjach, przez co mogą być bardziej narażeni na oddziaływanie negatywnych skutków tych sytuacji. Oprócz wymienionych wyżej zjawisk, optymizm pomaga też w sprawnym radzeniu sobie ze stresem, ponieważ optymiści wierzą zazwyczaj w pomyślne rozwiązanie sytuacji, przez co czują się bardziej zmotywowani do szukania rozwiązań. Takie podejście znacząco podwyższa prawdopodobieństwo korzystnego rozwiązania problemu. Nawet w przypadku braku istnienia realnych sposobów oddalenia zagrożenia, optymiści starają się przekonstruować znaczenie położenia, w którym się znajdują. W efekcie tego można orzec, że optymizm pozytywnie wpływa na stan zdrowia, ponieważ pozwala skutecznie radzić sobie z kryzysowymi sytuacjami. Należy pamiętać, że długotrwały stres negatywnie oddziałuje na organizm, powodując szereg zaburzeń w jego funkcjonowaniu [31].

Środowisko życia

Koncepcja zdrowego domu jest stosunkowo nowym pojęciem, jest ona skonstruowana podobnie do koncepcji zdrowego miasta, zdrowej szkoły i zdrowego miejsca pracy. W jej myśl, zdrowy dom to taki, który poprzez możliwie jak najpełniejsze zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych sprzyja zachowaniu dobrego stanu zdrowia. Na poziomie domu powinien budować się pierwszy filar opieki zdrowotnej, choć nieprofesjonalnej - bo związanej z samoopieką i samoleczeniem – to niezmiernie istotnej z punktu widzenia potencjałów zdrowotnych domu i rodziny. Zdrowy dom powinien wspierać zarówno zdrowych, jak i chorych mieszkańców. Ważne jest jego bezproblemowe funkcjonowanie w wymiarze społeczno-kulturowym. Relacje pomiędzy jego mieszkańcami powinny układać się bez kłótni i napięć, istotny jest wzajemny szacunek oraz otwartość na potrzeby i poglądy innych. Niezbędne jest zbudowanie poczucia bezpieczeństwa. Do stworzenia takiego miejsca niezbędne jest też posiadanie odpowiednich zasobów materialnych, takich jak dostęp do wody pitnej oraz zimnej i ciepłej wody na potrzeby gospodarczo-higieniczne, możliwość ogrzewania pomieszczeń, elektryczność, możliwość odprowadzania ścieków oraz wytworzonych śmieci, dobrą jakość powietrza, ochronę przed hałasem, czy też odpowiednie wyposażenie sprzętowe. Architektura budynku powinna również uwzględniać rozwiązania mające na celu wyrównanie szans oraz ograniczenie deficytów osób niepełnosprawnych [32].

Wraz z rozwojem miast i wsi dochodzi do zwiększonej emisji hałasu na ich terenach. Oprócz uciążliwości i destrukcyjnego wpływu na narząd słuchu, ekspozycja na hałas – zarówno zawodowy, jak i środowiskowy - zwiększa ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca i nadciśnienia tętniczego. Hałas środowiskowy może dodatkowo wpływać na zachorowanie na cukrzycę typu drugiego [33].

Żywność stanowi znaczącą rolę w utrzymaniu prawidłowego stanu zdrowia. Chociaż sposób odżywiania się i doboru produktów zależy do stylu życia, to jakość samej żywności jest często niezależna od konsumenta i związana jest ze środowiskiem, w jakim jest wytwarzana i poddawana obróbce. W celu zapewnienia żywności dobrej jakości niezbędne jest stosowanie wielu procedur oraz przestrzeganie norm ustalonych przez organy kontrolne. Szczególnym rodzajem pożywienia jest żywność ekologiczna. Z uwagi na warunki jej wytwarzania, charakteryzuje się ona mniejszą zawartością azotanów i azotynów, metali ciężkich, zaś pestycydy występują w niej w śladowych ilościach. Jest ona bogata w niezbędne mikroelementy i makroelementy. Z uwagi na swój charakter jest szczególnie polecana dla niemowląt, osób starszych oraz przewlekle chorych [34].

Czynniki genetyczne

Uwarunkowania genetyczne także determinują zdrowie człowieka. W okresie prenatalnym zaburzenia o charakterze mutacji w obrębie genu lub genów mogą doprowadzać do powstania genetycznych chorób wrodzonych. Działaniem jatrogennym bywa stosowanie niektórych leków, aczkolwiek jak pokazuje historia, nie zawsze jest to działanie stojące w sprzeczności z nauką w danym czasie. Niechlubną sławą okrył się wprowadzony do leczenia w 1956 roku lek Talidomid. Początkowo stosowany był on powszechnie jako lek bez recepty o działaniu nasennym i uspokajającym, szczególnie polecany na poranne mdłości u kobiet w ciąży. Chociaż nie zostały przeprowadzone testy na jego szkodliwość, był on uważany za lek wolny od skutków ubocznych. Z czasem odkryto jednak znaczący wzrost urodzeń dzieci z neutropenią oraz nie w pełni wykształconymi kończynami, przez co lek został wycofany z obrotu [35]. Nie zawsze da się jednak uchwycić zewnętrzną przyczynę wystąpienia choroby genetycznej. Przykładem może być tutaj wrodzona łamliwość kości, zespół Retta, czy też zespół Downa. W takich wypadkach podejrzewa się losowość nastąpienia takiego procesu lub też kumulowanie się w organizmie matki skutków ekspozycji na związki kancerogenne lub teratogenne [36]. Z drugiej strony, obecność pewnych genów, ich układów lub mutacje w pewnych genach zwiększa ryzyko rozwoju konkretnych chorób w przyszłości. Sztandarowym przykładem jest tutaj mutacja genu Rb, która w znaczący sposób zwiększa ryzyko rozwoju siatkówczaka (retinoblastoma) [37].

Opieka zdrowotna

Piśmiennictwo donosi, że brak jest korelacji pomiędzy zwiększaniem nakładów finansowych i zasobów ludzkich na opiekę zdrowotną a poprawą stanu zdrowia. Zjawisko to nazywamy anomalią Cochrane'a. Fakt ten kwestionuje też zasadność równania mówiącego, iż „*opieka zdrowotna = zdrowie*” [38]. Ocenia się, iż utrzymanie systemu opieki zdrowotnej generuje 90% wszystkich wydatków państwa związanych z ochroną zdrowia, zaś wpływ zorganizowanej opieki zdrowotnej na redukcję wskaźnika umieralności wynosi tylko 10%. Jednocześnie finansowanie programów edukacji prozdrowotnej, która wpływa na spadek umieralności aż w 43% osiąga jedynie 1,5% wydatków. Dowodzi to dużej dysproporcji w zarządzaniu finansami w ochronie zdrowia i konieczności rewizji priorytetów [4].

PODSUMOWANIE

1. Istnieje wiele koncepcji dotyczących uwarunkowań stanu zdrowia, przy czym najbardziej rozpowszechnioną jest teoria pól zdrowotnych Lalonda oraz teoria salutogenezy Antonovskiego.
2. Do głównych czynników wpływających na zdrowie możemy zaliczyć styl życia, wpływ środowiska, czynniki genetyczne, a także opiekę zdrowotną.
3. Stresory, uogólnione zasoby odpornościowe oraz poczucie koherencji stanowią psychosomatyczne determinanty zdrowia.
4. Największy udział w utrzymaniu zdrowia oraz zapobieganiu chorobom przypisuje się stylowi życia, czyli indywidualnym wyborom człowieka w zakresie sytuacji, na które ma on wpływ.
5. W celu podejmowania zachowań prozdrowotnych oraz unikaniu zachowań antyzdrowotnych, jednym z niezbędnych warunków jest wykształcenie odpowiedniej świadomości zdrowotnej.
6. Posiadanie odpowiednio rozwiniętej świadomości zdrowotnej jest cechą indywidualną, często zależną od wieku, wykształcenia oraz statusu społecznego, jednakże nie należy bezrefleksyjnie oczekiwać wysokiego poziomu świadomości społecznej w populacji zajmującej się zawodowo ochroną zdrowia.
7. Aktywność fizyczna, oprócz swojego niezaprzeczalnie korzystnego wpływu na organizm, w pewnych warunkach może przyczyniać się do wystąpienia patologii w organizmie lub do zaostrzenia posiadanej już dysfunkcji.
8. Zapewnienie dobrego środowiska życia oraz wczesna detekcja zagrożeń dla zdrowia związanych z genetyką ustroju często stanowią wyzwanie, a niekiedy ich negatywne oddziaływanie jest niemożliwe do uniknięcia.
9. Poziom opieki zdrowotnej jest najmniej istotnym czynnikiem wpływającym na zachowanie dobrego stanu zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Domoradzki J.: O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 2013, 40(1), 5 - 29.
2. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2012, 47(4), 408-411.

3. Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., van der Meer J.W., Schnabel P., Smith R., Van Weel C., Smid H.: How should we define health? *The British Medical Journal*, 2011, 343(4163), 235-237.
4. Paszkiewicz D., Piotrkowski J.: Profilaktyka w systemie ochrony zdrowia – walka z nowotworami i chorobami układu krążenia. *Kontrola Państwowa*, 2017, 62(4), 77-96.
5. Piotrowicz M., Cianciara D.: Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2011, 65, 521-527.
6. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(4), 558-565.
7. Królikowska S.: Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej i społeczno-kulturowej. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 2011, 39, 33-52.
8. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D.: Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94(4), 667-674.
9. Siwiński W., Rasińska R.: Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 2(56), 181-188.
10. Wojtasik W., Szulc A., Kołodziejczyk M., Szulc A.: Wybrane zagadnienia dotyczące wpływu wysiłku fizycznego na organizm człowieka. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(9), 350-372.
11. Makowiec-Dąbrowska T.: Wpływ aktywności fizycznej w pracy i w życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6(3), 130-138.
12. Górski J.: Wpływ wysiłku na układ oddechowy. [w:] *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*. Górski J. (red.). PZWL, Warszawa 2019, 63-66.
13. Skotnicka M., Pieszko M.: Aktywność fizyczna receptą na długowieczność. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(4), 379-383.
14. Kościcka K., Czepczor K., Brytek-Matera A.: Ocena aktywności fizycznej i diety w kontekście przeżywanych emocji oraz stresu. *Rocznik Naukowy AWFIS w Gdańsku*, 2016, 26, 22-34.
15. Patrzalek W.: Zmiany nawyków żywieniowych w zachowaniach dekonsumpcyjnych. *Marketing i Zarządzanie*, 2015, 38, 47-56.
16. Pyrzyńska E.: Zalecenia żywieniowe i formy ich upowszechniania. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2014, 3(927), 75-86.

17. Suliga E.: Nawyki żywieniowe kobiet i mężczyzn w wieku 30+. *Studia Medyczne*, 2012, 28(4), 43-50.
18. Adamska E., Ostrowska L., Adamska E., Maliszewska K., Citko A., Waszczeniuk M., Przystupa W., Majewski R., Wasilewska A., Milewski R., Krętowski A., Górka M.: Różnice w nawykach i preferencjach żywieniowych osób dorosłych w zależności od wieku. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 2012, 63(1), 73-81.
19. Ślusarska B., Nowicki G.: Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91(1), 34-40.
20. Rasińska R., Głowacka-Rębała A.: Wpływ zachowań rodziny na zachowania żywieniowe dzieci. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2013, 1(47), 12-17.
21. Cunanan A.J., DeWeese B.H., Wagle J.P., Carrol K.M., Sausaman R., Hornsby W.G., Haff G.G., Triplett N.T., Pierce K.C., Stone M.H.: The General Adaptation Syndrome: A Foundation for the Concept of Periodization. *Sports Medicine*, 2018, 48, 787-797.
22. Sygit-Kowalkowska E.: Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna. *Hygeia Public Health*, 2014, 49(2), 202-208.
23. Kawalec A., Pawlas K.: Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowanie higieny snu. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94(1), 1-5.
24. Szczęch B., Dyżmann-Sroka A., Kubiak A., Trojanowski M., Malicki J.: Analiza świadomości zdrowotnych skutków palenia tytoniu wśród wybranych grup społecznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(4), 871-879.
25. Białkowska J., Mroczkowska D., Szypulska A., Fischer B.: Ocena świadomości chorych palących papierosy na temat wpływu palenia tytoniu na występowanie chorób cywilizacyjnych. *Medycyna Środowiskowa*, 2013, 16(2), 23-30.
26. Wierzejska R., Jarosz M.: Palenie tytoniu – problem zdrowotny i społeczny. *Żywnienie Człowieka i Metabolizm*, 2010, 37(2), 129-138.
27. Frąckowiak M., Motyka M.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(2), 314-322.
28. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Mazurek M.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 2-6.
29. Waszkiewicz N., Zalewska A., Szulc A., Kępka A., Konarzewska B., Zalewska-Szajda B., Chojnowska S., Waszkiel D., Zwierz K.: Wpływ alkoholu na jamę ustną, ślinianki oraz ślinę. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2011, 30(175), 69-74.
30. Żółtańska J.H., Łukieńczuk T.: Alkohol jako czynnik ryzyka złamań kości kończyn u osób starszych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015, 5(3), 265-274.

31. Potempa K.: Optymizm a zdrowie. *Med. Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(2), 130-134.
32. Gniadek A., Marcisz E.: Zdrowie środowiskowe w miejscu zamieszkania – czynniki zagrożenia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(3), 522-528.
33. Bortkiewicz A., Czaja N.: Pozasłuchowe skutki działania hałasu ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2018, 12(2), 41-49.
34. Gadomska J., Sadowski T., Buczkowska M.: Ekologiczna żywność jako czynnik sprzyjający zdrowiu. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(3), 556-560.
35. Surowiec A., Wołowiec Ł., Surowiec J., Wołowiec M., Kochański B., Kałużny K., Plaskiewicz A., Krakowska A., Zukow W.: Talidomid – nowe znaczenie terapeutyczne teratogennego leku. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(6), 341-354.
36. Kulik M., Otrębski W.: Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym w wyniku choroby genetycznej. *Polskie Forum Psychologiczne.*, 2012, 17(1), 91-104.
37. Luo C., Deng Y.P.: Retinoblastoma: concerning its initiation and treatment. *International Journal of Ophthalmology*, 2013, 6(3), 397-401.
38. Słopiecka A.: Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty. *Studia Medyczne*, 2012, 25(1), 85-88.

NEGATYWNE SKUTKI AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

DOMINIK PANASIEWICZ¹, CECYLIA ŁUKASZUK²

¹ Absolwent kierunku Fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Jak mawiał Denis Waitley *Czas i zdrowie to dwa cenne skarby, których nie rozpoznajemy i nie doceniamy dopóki się nie wyczerpią*. Zdrowie stanowi jedną z największych wartości w życiu człowieka. Jest ono warunkowane niezakłóconym przebiegiem wielu skomplikowanych procesów zachodzących w organizmie, których celem jest zachowanie homeostazy, czyli swoistego stanu dynamicznej równowagi. Ogrom bodźców działających na organizm każdego dnia wpływa na ich przebieg. Wyjątkowo ciekawa jest możliwość negatywnego oddziaływania aktywności fizycznej na organizm człowieka, aczkolwiek stosunkowo rzadko jest ona poruszana w przekazie medialnym i piśmiennictwie naukowym.

CEL PRACY

Celem pracy była próba dokonania syntezy wiedzy na temat negatywnych skutków aktywności fizycznej.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy dokonano analizy aktualnego piśmiennictwa dotyczącego negatywnych skutków aktywności fizycznej na organizm człowieka.

ROZWINIĘCIE

Urazy i przetrenowanie

Oprócz oczywistych korzyści płynących z podejmowania aktywności fizycznej istnieją również okoliczności, w których jej podejmowanie może wiązać się z negatywnym oddziaływaniem na organizm człowieka. Jednym z możliwych negatywnych skutków uprawiania aktywności fizycznej są urazy narządu ruchu. Stanowią one najczęstszy problem wynikający z podejmowania aktywności. Problem ten szczególnie dotyczy sportowców wyczynowych, u których ryzyko urazu sportowego porównuje się wręcz do ryzyka zapaści na

chorobę zawodową w pewnych grupach zawodowych. Dane pochodzące z EU IDB (*European Union Injury Data Base*, Europejska Baza Danych o Urazach) wskazują, że urazy, w wyniku których konieczna była hospitalizacja, a które związane były z uprawianiem sportu przez poszkodowanego, obejmują blisko 18% wszystkich zdarzeń. W ciągu roku stanowi to 5,2 miliona przypadków. Do grupy szczególnie narażonej należą bez wątpienia dzieci i młodzież. Wynika to z faktu naturalnej potrzeby ruchu w tym wieku i wzmożoną w tej grupie wiekowej aktywnością fizyczną, nierzadko o charakterze sportowym. Warto zaznaczyć, iż około 10% wszelkich urazów stanowią te związane z działalnością sportową, a co 14. incydent wystąpił bezpośrednio w obrębie obiektu sportowego. Niektóre rodzaje aktywności fizycznej, takie jak sztuki walki lub wybrane sporty motorowe związane są z większym ryzykiem wystąpienia obrażeń [1]. Pewne dyscypliny sportowe charakteryzują się też możliwością wystąpienia specyficznych dla niej urazów. Przykładem mogą być tutaj skręcenia stawów kończyn dolnych oraz naciągnięcia mięśni [2]. Do przyczyn urazów sportowych zaliczyć możemy udział w bezpośredniej walce, zbyt szybki powrót do treningu po wcześniejszym uszkodzeniu ciała, zbyt duże obciążenia działające na organizm, ogólny brak odpowiedniej wydolności organizmu. Zewnętrznymi przyczynami mającymi wpływ na wystąpienie urazu mogą być: uszkodzony sprzęt sportowy, nienależyty stan infrastruktury w obiekcie sportowym, podejmowanie aktywności w trudnych warunkach atmosferycznych, nieodpowiedzialne zachowanie innych osób, czy też źle przeprowadzana rozgrzewka lub jej brak. Obrażenie doznane w związku z podejmowaniem aktywności fizycznej możemy podzielić na ostre i przewlekłe. Obrażenia ostre wiążą się z wystąpieniem nagłego urazu mechanicznego, którego wystąpienie można ściśle umiejscowić w czasie. Dotyczą one najczęściej sportów kontaktowych, takich jak sztuki walki, piłka nożna, piłka ręczna, hokej, ale również narciarstwo, kolarstwo i jazda konna. Obrażenia przewlekłe (zwane również zespołami przeciążeniowymi) nie są co prawda skutkiem oddziaływania dużych sił, jednak siły te działają w sposób cykliczny. Niestety, obrażenia te są o wiele trudniejsze do zdiagnozowania i leczenia w porównaniu do obrażeń ostrych. O powszechności zmian przeciążeniowych niech stanowi fakt, iż występują one aż u 25-50% sportowców konsultowanych w poradniach medycyny sportowej. Zespoły przeciążeniowe pojawiają się zwykle po 2 latach uprawiania sportu w sposób wyczynowy. Sport wyczynowy różni się od sportu amatorskiego. Sportowcy wyczynowi poddawani są presji trenerów i opinii społecznej, zaś ich głównym celem jest osiągnięcie jak najlepszych wyników oraz gratyfikacja finansowa. Jest to powodem ukrywania ewentualnych kontuzji. Z drugiej strony sportowiec ten posiada lepsze zaplecze techniczne oraz dostęp do specjalistycznej wiedzy z zakresu treningu niż

sportowiec amator. Urazy w sporcie rekreacyjnym mają głównie podłoże w nieodpowiednim przygotowaniu kondycyjnym, ograniczonymi umiejętnościami i sprzęcie o niskiej jakości.

Urazy są jednymi z najczęstszych powikłań wynikających z podejmowania aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. Dane statystyczne mówią, iż bieganie, wspinaczka i narciarstwo są najbardziej kontuzjogenne w populacji dzieci, przy czym 70% urazów związana jest z uczestnictwem w zajęciach niezorganizowanych. Osoby w wieku od 5 do 14 lat najczęściej ulegają urazom sportowym podczas uprawiania dyscyplin, takich jak piłka nożna, koszykówka, piłka ręczna, piłka siatkowa, hokej, wioślarstwo i gimnastyka, zaś najczęstszymi obrażeniami są skręcenia, zwichnięcia, stłuczenia, rany i otarcia naskórka. Dotyczą one przede wszystkim kończyn dolnych. Zmiany przeciążeniowe również mogą występować w tej grupie wiekowej. Ich pochodzenie może być wywołane czynnikami wewnętrznymi, takimi jak wady wrodzone lub nabyte oraz czynnikami zewnętrznymi, na przykład poprzez niewłaściwą organizację treningu. U dzieci i młodzieży możemy podzielić urazy sportowe na pięć głównych kategorii. Niestety krajowe oraz zagraniczne piśmiennictwo rzadko porusza tę problematykę, jednak wydaje się, że trend ten powoli ulega zmianie.

Przetrenowanie organizmu jest kolejnym, możliwym powikłaniem wzmożonej aktywności fizycznej. Jest to stan wynikający z dysproporcji pomiędzy treningiem a regeneracją organizmu. Mechanizm jego powstawania jest skomplikowany i jeszcze nie do końca poznany. Opiera się on o złożone zmiany w procesach metabolicznych organizmu [3]. Zespół przetrenowania to stan trudny do zdiagnozowania. W celu postawienia właściwego rozpoznania wykorzystuje się szereg wskaźników anatomicznych, fizjologicznych, biochemicznych, immunologicznych i psychologicznych. Wśród wskaźników anatomicznych szczególną rolę zajmują zmiany w układzie kostnym. Wysiłki fizyczne o dużym obciążeniu podejmowane w zbyt młodym wieku mogą być przyczyną zbyt szybkiego procesu kostnienia i przerostu tkanki kostnej w punktach przyczepu mięśni oraz przerostu mięśni w wymiarze poprzecznym. Ćwiczenia siłowo-wytrzymałościowe mogą zaś doprowadzić do zmian zwyrodnieniowych krążków międzykręgowych oraz pogłębienia fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. W pewnych okolicznościach może też dojść do opóźnienia lub zatrzymania wzrostu organizmu. Fizjologiczne wskaźniki przetrenowania obejmują zmiany we wszystkich układach narządów, między innymi dochodzi do częstych zmian zapalnych w układzie moczowo-płciowym, zaburzeń miesiączkowania, nasilenia trądziku młodzieńczego, zaburzeń żołądkowo-jelitowych oraz odczuwania chronicznego zmęczenia. Zmiany biochemiczne w organizmie dotyczą skrócenia czasu krzepnięcia, wzrostu liczby płytek krwi, obniżenia stężenia hemoglobiny, obniżenia stężenia żelaza, wapnia, potasu i glukozy. Dochodzi do

obniżenia odporności organizmu i zwiększania częstości infekcji, a także spowolnienia gojenia się ewentualnych ran, co stanowi immunologiczny wymiar stanu przetrenowania. Wśród psychologicznych jego symptomów obserwuje się zaburzenia łaknienia, chwiejność emocjonalną, lęk przed zawodami, depresję, zaburzenia snu, zmniejszoną motywację oraz problemy z koncentracją [1]. O zespole przetrenowania można mówić, gdy wyżej wymienione objawy oraz spadek wydajności osoby ćwiczącej trwa dłużej niż 2 miesiące. Warto podkreślić, że symptomy te mogą występować niezależnie od siebie i mieć zróżnicowany stopień nasilenia. Dysfunkcja ta częściej rozpoznawana jest u kobiet, osób młodych i osób po czterdziestym roku życia oraz osób trenujących sporty wytrzymałościowe [3].

Układ moczowo-płciowy

Zbyt intensywna lub nieodpowiednio dobrana aktywność fizyczna może być również źródłem nieprawidłowości w układzie moczowo-płciowym. Długotrwały, intensywny wysiłek wywołuje zmiany w organizmie podobne do przewlekłego stresu. Szereg zmian metabolicznych i hormonalnych może być źródłem wystąpienia tzw. triady sportsmenek u kobiet, czyli zaburzeń odżywiania, braku miesiączki i osteoporozy oraz pogorszenia jakości nasienia u mężczyzn [4]. Badania prowadzone w 2011 roku przez Wise'a i wsp. wykazały, że w grupie mężczyzn jeżdżących na rowerze dłużej niż 5 godzin w tygodniu notuje się istotne zmniejszenie koncentracji i ruchliwości plemników, przy czym wysiłek o mniejszym obciążeniu nie powodował wspomnianych zmian [5]. Z kolei Hajizadeh udowodniła, że szesnastotygodniowy trening o umiarkowanej intensywności może być powodem obniżenia jakości nasienia [6]. Obiektem badań był również wpływ pokonania ultramaratonu o długości trasy wynoszącej 161 kilometrów na wydzielanie określonych hormonów. Badanie polegało na pobraniu próbki krwi i jej ocenie przed przystąpieniem do ultramaratonu, tuż po ukończeniu biegu oraz jeden, dwa i trzy dni po nim. Kupchak wraz zespołem wykazali, że tego rodzaju wysiłek fizyczny doprowadził do obniżenia stężenia testosteronu, LH (*Luteinizing Hormone*, hormon luteinizujący) i SHBG (*Sex Hormone Binding Globulin*, globulina wiążąca hormony płciowe). Chociaż zmiany te zostały ujawnione w badaniu krwi po ukończeniu biegu, to stan taki utrzymywał się również w dniach kolejnych pobrań próbek krwi. Dowodzi to temu, iż nawet jednorazowy, lecz ekstremalny wysiłek oddziałuje na gospodarkę hormonalną organizmu odpowiedzialną za reprodukcję [7]. Innego rodzaju problemem w obrębie układu moczowo-płciowego jest możliwość występowania jego urazów w wyniku podejmowania aktywności ruchowej. Szacuje się, że stanowią one około 13%

wszystkich urazów związanych z uprawianiem sportu [8]. Szczególnie narażoną grupą są osoby uprawiające kolarstwo długodystansowe, jeździectwo konne oraz osoby uprawiające sporty kontaktowe. Niektóre sporty mogą być również podłożem do powstania specyficznych zaburzeń, charakterystycznych dla danej aktywności. Przykładem może być tutaj kolarstwo, którego intensywne uprawianie może skutkować zespołem ucisku nerwu sromowego oraz zaburzeń erekcji [4].

Zanieczyszczenia powietrza

Istotnym problemem związanym z podejmowaniem aktywności fizycznej na otwartym terenie jest narażenie osoby ćwiczącej na zanieczyszczenia powietrza. Układ oddechowy oraz układ krążenia wydają się być szczególnie wrażliwe na ten rodzaj czynnika szkodliwego [9]. Dzieci oraz osoby w podeszłym wieku należą do grupy osób szczególnie podatnych na niekorzystny wpływ wdychania pyłów. Do grupy tej zalicza się też osoby obciążone chorobami układu oddechowego lub krążenia [10]. Kluczowymi czynnikami, które mają wpływ na wystąpienie negatywnych skutków zdrowotnych u zdrowych osób są stopień koncentracji zanieczyszczeń w powietrzu, czas trwania ekspozycji i wielkość dawki pochłoniętej oraz wielkość wentylacji minutowej płuc człowieka przebywającego w zanieczyszczonym środowisku. Wentylacja minutowa płuc, czyli parametr opisujący objętość powietrza przepływającego przez płuca w ciągu jednej minuty jest jednym ze wskaźników zależnych od wielkości aktualnie podejmowanego wysiłku fizycznego. Wzrost wielkości wentylacji minutowej płuc, a więc zwiększenie objętości zanieczyszczonego powietrza, która przepływa w ciągu minuty przez płuca, skutkuje zwiększeniem dawki pochłoniętej. Wzrost poziomu wszystkich wyżej wymienionych czynników wpływa niekorzystnie na organizm [9]. Analiza poziomu zanieczyszczeń powietrza dowodzi, iż największy ich poziom notuje się w miesiącach zimowych. Bez wątpienia fakt ten jest związany z obecnością sezonu grzewczego w tym czasie. Niski poziom zanieczyszczeń notowany jest w miesiącach letnich [11]. Sezon grzewczy charakteryzuje się spalaniem paliw kopalnych w domowych piecach w celu ogrzewania pomieszczeń i odpowiedzialny jest za zjawisko tzw. niskiej emisji. Jest to bezpośrednia przyczyna spadku jakości powietrza, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym. Wynika to z faktu, iż spalanie paliw kopalnych powoduje emisję drobnocząsteczkowego pyłu do atmosfery. Szczególnie niebezpieczny wydaje się być pył o średnicy $2,5\ \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2,5}$) z powodu swej toksyczności oraz braku ustalonego składu. Oprócz tego pył ten ma możliwość głębokiej penetracji układu oddechowego oraz bezpośredniego przemieszczania się do układu krwionośnego [12]. Już

nawet krótkotrwałe przebywanie w zanieczyszczonym środowisku podczas wzmożonego wysiłku fizycznego może powodować subkliniczne, przejściowe zmiany w układzie oddechowym o charakterze czynnościowym. Jest to szczególnie istotne w przypadku uczestnictwa w zawodach sportowych, podczas których podejmowany jest duży wysiłek fizyczny [13]. Dowiedziono, iż długotrwałe wdychanie pyłów zawieszonych w powietrzu zwiększa ryzyko wystąpienia zaostrzenia przewlekłych chorób płuc, nowotworów płuc, incydentów sercowo-naczyniowych, udarów mózgu oraz wykazuje działanie arytmogenne [14]. Ocena korzyści płynących z podejmowania wysiłku fizycznego przy jednoczesnym ryzyku związanym z wdychaniem zanieczyszczonego powietrza nie jest jednoznaczna. Konieczna jest dalsza, pogłębiona analiza tego zagadnienia – zwłaszcza uwzględniająca sytuację środowiska lokalnego [9].

Problemy psychologiczne

Nadmierna aktywność fizyczna może zarówno wynikać z problemów psychologicznych, jak również być podłożem do ich rozwoju. W ciągu ostatnich lat obserwuje się zmniejszenie zadowolenia z własnego wyglądu, problem ten szczególnie dotyka mężczyzn. Dużą rolę odgrywają w tym procesie środki masowego przekazu, na przykład telewizja, Internet i prasa. Bardzo często kreują one wyidealizowany obraz codziennego życia, w tym także pożądanej sylwetki ciała. Szczególnie narażoną grupą są osoby młode, które nie zawsze potrafią krytycznie odnieść się do prezentowanych im treści, zaś napotkane problemy mogą odbierać jako własne niepowodzenia. Poczucie posiadania niewystarczająco rozbudowanej masy mięśniowej i związany z tym brak akceptacji własnego ciała oraz stres nosi nazwę dysmorfii mięśniowej, inaczej bigoreksji. Zaburzenie to może następnie wiązać się z prezentowaniem postaw antyzdrowotnych, które w zamyśle mają pozytywnie wpływać na sylwetkę, na przykład stosowanie sterydów anabolicznych. Nadmierna aktywność fizyczna może być klasyfikowana jako uzależnienie behawioralne, które charakteryzuje się odczuwaniem przymusu wykonywania ćwiczeń fizycznych. Chociaż nie wszyscy naukowcy są zgodni, że ponadnormatywna aktywność jest zjawiskiem negatywnym, to faktem jest, że wśród osób z tym zaburzeniem obserwuje się jednocześnie znaczące ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania. Wśród sportowców współczynnik ten jest tym większy, im większe są wymagania danej dyscypliny sportowej w zakresie szczupłej postury i odpowiedniej masy ciała. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nadmierne ćwiczenia są jedną z cech pewnego typu bulimii [15].

PODSUMOWANIE

Obecnie dość dobrze udokumentowany jest szereg korzyści wynikających z podejmowania aktywności fizycznej. Pozytywny wpływ wysiłku fizycznego obserwowany jest zarówno w płaszczyźnie biologicznej i psychologicznej, ale też społecznej. Bywa jednak, że podejmowanie wysiłku fizycznego jest szkodliwe dla zdrowia człowieka. Fakt ten może wynikać z jednej strony z niewłaściwego przygotowania osoby ćwiczącej, jednak nierzadko bywa związany z warunkami otoczenia i wadliwą infrastrukturą. Piśmiennictwo stosunkowo rzadko porusza owe zagrożenia wynikające z aktywnego stylu życia, skupiając się na samych korzyściach. Szczególnie istotne wydaje się więc być rzetelne informowanie o wszystkich aspektach aktywności fizycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Złotkowska R., Skiba M., Mroczek A., Bilewicz-Wyrozumska T., Król K., Lar K., Zbrojkiewicz E.: Negatywne skutki aktywności fizycznej oraz uprawiania sportu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(1), 41-46.
2. Bania A., Krzywański J., Krysztofiak H., Furgał W., Pedrycz A.: Epidemiologia urazów i zachorowań u sportowców wybranych dyscyplin sportowych ze szczególnym uwzględnieniem polskich sportowców podczas XXXI Igrzysk Olimpijskich w Rio de Janeiro. *Medycyna Sportowa*, 2016, 32(4), 261-267.
3. Kochański B., Kałużna A., Kałużny K., Wołowicz Ł., Zukow W., Hagner W.: Zespół przetrenowania w sporcie – mechanizm, objawy, przyczyny. Overtraining in sport – mechanism, symptoms, causes. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(10), 51 - 60.
4. Ignaszak-Kaus N., Jędrzejczak P.: Wpływ sportu na męski układ rozrodczy. Sport influence on male reproductive system. *Postęp Andrologii Online*, 2015, 2(1), 34-40 [online]. Dostępne: http://www.postepyandrologii.pl/pdf/Ignaszak-Kaus_Natalia_Jedrzejczak.pdf. Data pobrania: 13.06.2020.
5. Wise L.A., Cramer D.W., Hornstein M.D., Ashby R.K., Missmer S.A.: Physical activity and semen quality among men attending an infertility clinic. *Fertility and Sterility*, 2011, 3, 1025-1030.
6. Hajizadeh M.B., Bakhtyar T.: Long-term Low-to-Intensive Cycling Training: Impact on Semen Parameters and Seminal Cytokines. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 2015, 25(6), 535-540.

7. Kupchak B.R., Kraemer W.J., Hoffman M.D., Phinney S.D., Volek J.S.: The impact of an ultramarathon on hormonal and biochemical parameters in men. *Wilderness and Environmental Medicine*, 2014, 3, 278-288.
8. Sacco E., Marangi F., Pinto F., D'Addessi A., Racioppi M., Gulino G., Volpe A., Gardi M., Bassi P.F.: Sports and genitourinary traumas. *Urologia Journal.*, 2010, 77(2), 112-125.
9. Kocot K.: Rekreacyjna aktywność fizyczna a problem zanieczyszczenia powietrza pyłem zawieszonym. *Prz. Epidemiolog.*, 2019, 73(3), 349-360.
10. Kim K.H., Kabir E., Kabir S.: A review on the human health impact of airborne particulate matter. *Environment International*, 2015, 74, 136–143.
11. Cichowicz R., Wielgoński G., Fetter W.: Dispersion of atmospheric air pollution in summer and winter season. *Environmental Monitoring and Assessment* 2017, 189(12), 605.
12. Kowalska M., Kocot K.: Krótkoterminowe narażenie na drobny pył zawieszony w powietrzu (PM_{2,5} i PM₁₀) a ryzyko zaburzeń rytmu serca i udarów mózgu. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2016, 70, 1017-1025 [online]. Dostępne: <http://www.phmd.pl/api/files/view/117009.pdf>. Data pobrania: 15.06.2020.
13. Rundell K.W.: Effect of air pollution on athlete health and performance. *British Association of Sport and Medicine*, 2012, 46(6), 407-12.
14. Thurston G.D., Kipen H., Anneso-Maesano I., Balme J., Brook R.D., Cromar K., De Matteis S., Forastiere F., Forsberg B., Frampton M.W., Grigg J., Heederik D., Kelly F.J., Kuenzli N., Laumbach R., Peters A., Rajagopalan S.T., Rich D., Ritz B., Samet J.M., Sandstrom T., Sigsgaard T., Sunyer J., Brunekreef B.: A joint ERS/ATS policy statement: what constitutes an adverse health effect of air pollution? An analytical framework. *European Respiratory Journal*, 2017, 49(1), 1600419 [online]. Dostępne: <https://erj.ersjournals.com/content/49/1/1600419>. Data pobrania: 15.06.2020.
15. Machiocha S., Chmielewska H., Rudo A., Miedziewski A., Kobyłka A., Ochęduszek K., Bednarz K.: Zagrożenia zdrowia psychicznego i fizycznego związane z aktywnością fizyczną. [w:] *Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Żywność, sport oraz zdrowie*. Bednarski J., Bajda M. (red.). Instytut Promocji Kultury i Nauki Dr Jerzy Bednarski, Lublin 2018, 63-74.

