

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

Tom VII

**pod redakcją
Barbary Jankowiak
Beaty Kowalewskiej
Elżbiety Krajewskiej-Kułak**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM VII

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbary Jankowiak

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beaty Kowalewskiej

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

Białystok 2022

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik

Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

Dr n. med. Ewa Wiśniewska

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2022

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet

978-83-951075-4-2

ISBN Tom VII

978-83-964323-5-3

Opracowanie graficzne

Agnieszka Kułak-Bejda

zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

Druk

Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

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

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

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

**PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA
ORAZ PROFILAKTYKA
W NAUKACH MEDYCZNYCH**

TOM VII

WYKAZ AUTORÓW

Adamska Julia

lic. poł.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Betke Katarzyna

dr n. o zdr.

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Borkowska Karolina Wanda

mgr kosm.

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Choroszucho Klaudia

lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Choruży Kamila

mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Czykwin Daria

mgr piel.

Białostockie Centrum Onkologii

Dombrowska-Pali Agnieszka

dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Oddział Położniczo –Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu

Dybiczy Klaudia

lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Franczak Klaudia

mgr fizj.

Absolwentka Kierunku Fizjoterapia Instytutu Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu

Wykaz autorów

Fryszkowska Natalia

lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Gebuza Grażyna

dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gierszewska Małgorzata

dr n. med.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Grajewska Anna

mgr kosm.

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Humańska Marzena Agnieszka

dr n. med.

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Ignaciuk Gabriel

mgr piel.

Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

Janczaruk Marzena

mgr piel.

II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jankowiak Barbara

dr hab. n. o zdr. i n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jarocka Kinga

mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jenczura Anna

dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Wykaz autorów

Jura Joanna

mgr fizj.

Absolwentka Kierunku Fizjoterapia Instytutu Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu

Kaczmarek Ewelina

mgr pol.

Oddział Patologii Noworodka, Klinika Neonatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Kaźmierczak Marzena

dr n. o zdr.

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Klimaszewska Krystyna

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kobus Grażyna

dr hab. n. o zdr.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kocińska Karolina

lic. piel.

Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kowalczyk Bożena

dr n. o k. f.

Instytut Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu

Kowalewska Aleksandra

mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kowalewska Beata

dr hab. n. o zdr. i n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kozłowski Grzegorz

lic. piel

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Krajewska – Kułak

prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wykaz autorów

Kulbaka Ewa

dr n.med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Lebek Ewelina

mgr fizj.

Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Lubińska-Żądło Bogumiła

dr n. med.

Instytut Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu

Makar Anna

mgr piel.

SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego

Pasiuk Mateusz Dariusz

mgr piel.

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Absolwent Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Piotrowska Sylwia

mgr pol.

Szpital Praski p.w Przemienienia Pańskiego w Warszawie

Ponczek Danuta

dr n. med.

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Rylewicz Magdalena

mgr pol.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Rysiak Edyta

dr hab. n. o zdr.

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Sawicka Julia

dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wykaz autorów

Stachyra Jolanta

mgr piel.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Szewczyk Milena

mgr pol.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Szlenk-Czyczerska Elżbieta

dr n. o zdr.

Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Szynkiewicz Ewa

dr n. o zdr.

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum

w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ślepowrońska Patrycja

mgr piel.

Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im J. Śniadeckiego w Białymstoku

Wiśniewska Katarzyna

mgr ped., lic. piel.

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomiczna w Łodzi

Zaucha Prażmo Agnieszka

dr hab. n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Zawadzka Bożena

dr hab. o k. f.

Zakład Pedagogiki Zdrowia i Kultury Fizycznej Instytutu Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

SŁOWO WSTĘPNE

***„Lekarze nie zapewnią Ci zdrowia.
Dietetycy nie sprawią, że będziesz szczupły.
Nauczyciele nie uczynią cię mądrym.
Guru nie uspokoją cię.
Mentorzy nie uczynią Cię bogatym.
Trenerzy nie dopasują cię.
Ostatecznie musisz wziąć na siebie odpowiedzialność.
Ratuj siebie”***

Naval Ravikant

Oddajemy do Państwa rąk kolejny - VII tom monografii „Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych”.

Przedstawiona Monografia powstała z inspiracji kontynuowania podjętych we wcześniejszych opracowaniach tematów związanych z istotną rolą, jaką pełni promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna w kwestiach utrzymania, potęgowania czy przywracania zdrowia. Każda z tych kategorii stanowi poniekąd osobną dziedzinę, jednak są ze sobą ściśle powiązane, a w wielu aspektach uzupełniają się, by osiągnąć poprawę zdrowia człowieka, jak też zbiorowości ludzkiej.

Mamy świadomość, że poruszana w Monografii tematyka nie wyczerpuje całej, jakże szerokiej problematyki, ale jest zbiorem przemyśleń przedstawicieli różnych dziedzin nauki, ich indywidualnych doświadczeń i badań prowadzonych w szeroko pojmowanych aspektach zdrowia i choroby.

Jako redaktorzy Monografii chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim Autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej Monografii.

Zespół redakcyjny

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska

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

SPIS TREŚCI

OCENA POZIOMU WIEDZY MĘŻCZYZN NA TEMAT RAKA JĄDRA ORAZ SAMOBADANIA JĄDER.....	17
Danuta Ponczek, Katarzyna Betke, Marzena Agnieszka Humańska, Aleksandra Kowalewska	
ANALIZA ZALEŻNOŚCI MIĘDZY JAKOŚCIĄ ŻYCIA A WYSTĘPOWANIEM LĘKU I DEPRESJI U PACJENTÓW Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ LECZONYCH METODĄ RADIOTERAPII.....	33
Anna Makar, Elżbieta Szlenk-Czyczerska²	
WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU.....	60
Gabriel Ignaciuk, Grażyna Kobus	
„DZIECKO TO PRZECIEŻ DAR” - DEPRESJA POPORODOWA W ASPEKCIE SPOŁECZNYM I PSYCHOLOGICZNYM.....	71
Karolina Wanda Borkowska, Anna Grajewska, Edyta Rysiak	
OCENA BÓLU POOPERACYJNEGO U KOBIET PO ZABIEGACH GINEKOLOGICZNYCH DROGĄ POCHWOWĄ I BRZUSZNĄ.....	77
Małgorzata Gierszewska, Milena Szewczyk	
OCENA SKUTECZNOŚCI ANALGEZJI BÓLU PORODOWEGO DLA POSTĘPU PORODU I URAZÓW OKOŁOPORODOWYCH.....	90
Grażyna Gebuza, Sylwia Piotrowska	
OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA SEKSUALNEGO KOBIET PO MASTEKTOMII.....	103
Marzena Kaźmierczak, Ewelina Kaczmarek	
NAJWIĘKSZE EPIDEMIE CHORÓB ZAKAŻNYCH W DZIEJACH LUDZKOŚCI.....	116
Grażyna Kobus, Daria Czykwin	
OPIEKA NAD NOWORODKIEM Z PRZETRWAŁYM PRZEWODEM TĘTNICZYM-STUDIUM PRZYPADKU.....	131
Agnieszka Dombrowska-Pali, Julia Adamska	
ZWIĄZEK ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA KOBIET W OKRESIE ROZRODCZYM.....	141
Bogumiła Lubińska-Żądło, Klaudia Franczak, Bożena Zawadzka, Bożena Kowalczyk	
POCZUCIE WPŁYWU NA PRZEBIEG CHOROBY U PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIĄ.....	157
Kamila Choruży, Julia Sawicka	

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z CUKRZYCĄ W KONTEKŚCIE WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I MEDYCZNYCH.....	175
Bożena Kowalczyk, Joanna Jura, Bogumiła Lubińska-Żądło, Ewelina Lebek	
ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W EDUKACJI PACJENTA.....	188
Ewa Szynkiewicz, Karolina Kocińska	
ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z PERFORACJĄ WRZODU ŻOŁĄDKA.....	195
Klaudia Choroszuca, Krystyna Klimaszewska	
PIERWSZA POMOC PRZEDMEDYCZNA.....	207
Mateusz Dariusz Pasiuk, Krystyna Klimaszewska	
ANALIZA POZIOMU WIEDZY I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ.....	229
Patrycja Ślepowrońska, Krystyna Klimaszewska	
ROLA I ZNACZENIE OPIEKI ZORIENTOWANEJ NA PACJENTA – SPOSOBY OBSERWACJI DOŚWIADCZEŃ PACJENTA I DĄŻENIE DO ICH POPRAWY, JAKO NOWY KIERUNEK W POMIARACH JAKOŚCI FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE.....	258
Katarzyna Wiśniewska, Agnieszka Zaucha Prażmo, Ewa Kulbaka	
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ.....	267
Ewa Kulbaka, Grzegorz Kozłowski, Marzena Janczaruk, Katarzyna Wiśniewska, Jolanta Stachyra	
OCENA STOPNIA PRZYGOTOWANIA FIZYCZNEGO I EMOCJONALNEGO KOBIET DO POŁOGU.....	292
Magdalena Rylewicz, Anna Jenczura	
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ...	305
Natalia Fryszkowska, Barbara Jankowiak	
OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CUKRZYCY TYPU 2.....	317
Kinga Jarocka, Barbara Jankowiak	
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI Z NADCIŻYNNIĄ TARCZYCY.....	337
Klaudia Dybicz, Barbara Jankowiak	

OCENA POZIOMU WIEDZY MĘŻCZYŹN NA TEMAT RAKA JĄDRA ORAZ SAMOBADANIA JĄDER

**Danuta Ponczek¹, Katarzyna Betke¹, Marzena Agnieszka Humańska¹,
Aleksandra Kowalewska²**

1. Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Poddyplomowego Pielęgniarek i Położnych Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy
2. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Rak jądra to najczęściej spotykany nowotwór złośliwy wśród młodych mężczyzn. Pośród wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn stanowią około 1%. Trend zachorowalności na nowotwory złośliwe jądra wykazuje tendencję wzrostową. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w 2019 roku zarejestrowano 1174 zachorowań na nowotwory złośliwe jądra (najwięcej w przedziale wiekowym 30-34 lat, 245) oraz 153 zgonów (najwięcej również w przedziale wiekowym 30-34 lat, 25). Największa zachorowalność dotyczy mężczyzn między 20. a 44. rokiem życia [1].

Do czynników ryzyka należy przede wszystkim wnetrzoście. Jądra, które pierwotnie były niezstąpione, częściej narażone są na rozwój nowotworu. Patologia ta zwiększa ryzyko 10-40 krotnie, dlatego aż 1-5% chłopców z wnetrzościem choruje na nowotwór złośliwy jądra. Innymi czynnikami ryzyka są spodziectwo (niewłaściwa lokalizacja ujścia cewki moczowej), występowanie nowotworu jądra u krewnych pierwszego stopnia (ojciec, brat), guz przeciwległego jądra, mikrozwapnienia, zaburzenia płodności i zespół Klinefeltera [2, 3].

W walce ze złośliwymi nowotworami jądra kluczowe znaczenie ma wczesne rozpoznanie. Przeprowadzanie samobadania jąder przez mężczyzn poprawia rokowanie i zwiększa szanse na całkowite wyleczenie. Profilaktyka pierwotna nowotworów jądra polega na szeroko pojętym obniżaniu ryzyka wystąpienia choroby, między innymi poprzez poznanie czynników ryzyka oraz czynników rakotwórczych wystąpienia nowotworów jądra. Zasadniczą rolę w profilaktyce raka jądra pełni profilaktyka wtórna, polegająca na badaniu osób, które nie mają objawów choroby nowotworowej w celu szybszego jej rozpoznania, jeszcze na etapie bezobjawowym.

Wykonywanie comiesięcznego samobadania jąder, jest kluczowym elementem profilaktyki wtórnej i pozwala na szybsze zauważenie niepokojących zmian przez mężczyzn [4, 5].

Pierwszym, a często jedynym objawem nowotworu jest niebolesne powiększenie części lub całego jądra. Pacjenci zgłaszają również obecność wyczuwalnego guzka i uczucie dyskomfortu w mosznie, jednak u 5% mężczyzn nie stwierdza się w jądrze ogniska pierwotnego (mogło ono ulec regresji lub znajduje się poza gonadą). Zmienione nowotworowo jądro jest twarde i cięższe, o zmienionej konsystencji. Często początkowym objawem może być również stan zapalny jądra. Objawem towarzyszącym w niektórych przypadkach jest ginekomastia, czyli powiększenie i tkliwość piersi, którą stwierdza się w około 7% przypadków [3, 6].

Pracownicy ochrony zdrowia powinni poszukiwać, edukować oraz utrzymywać u pacjentów zasoby sprzyjające zdrowiu oraz formować tzw. osobowość prozdrowotną. Powinna ona być świadoma własnej kontroli i wpływu na zdrowie w swoim życiu [4, 5].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy młodych mężczyzn na temat samobadania jąder i raka jądra.

MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę stanowiło 190. mężczyzn powyżej 18 r.ż. Badania przeprowadzono w okresie od sierpnia 2019 r. do marca 2020 r. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety (umieszczony na ogólnodostępnym portalu ankietowym), który zawierał pytania metryczkowe oraz dotyczące aktywności seksualnej. Ponadto mężczyźni zostali zapytani o znajomość danych ogólnych dotyczących raka jądra tj.: zachorowalność, objawy, czynniki ryzyka, leczenie, poziom wyleczalności. Pytania dotyczyły również znajomości podstawowych informacji dotyczących samobadania jąder, profilaktyki raka jądra oraz miejsc szukania pomocy i informacji na ten temat. Poproszono ankietowanych mężczyzn o samoocenę własnej wiedzy na temat nowotworu jądra i jego profilaktyki, o opinię czy ten temat jest dla nich wstydlivy oraz o samoocenę w zakresie ewentualnych zmian w życiu seksualnym związanych z amputacją jądra.

W celu opracowania wyników wykorzystano pakiet statystyczny Statistica 13 oraz MS Excel. Ocena wiedzy ankietowanych sprawdzono na podstawie testu wiedzy, gdzie każda poprawna odpowiedź pozwalała na zdobycie +1 punktu, a odpowiedź błędna powodowała stratę 1 punktu (zastosowany system Harvardzki). Dane ilościowe (punktowe) oceny poziomu wiedzy ankietowanych mężczyzn na temat raka jąder przedstawiono jako wartość średniej z odchyleniem standardowym ($\bar{x} \pm SD$), a dodatkowo jako wyniki zakresu rezultatów minimalne i maksymalne oraz kwartyle z medianą. Ocena zgodności rozkładu wyników do rozkładu normalnego wykonano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na nieparametryczny rozkład wyników, do analizy wykorzystano testy nieparametryczne. Wykorzystany test do porównań dwóch grup to test Manna-Whitney'a, a dla trzech i większej ilości grup test Kruskala-Wallisa. Przy weryfikacji wszystkich analiz użyto współczynnika istotności na poziomie $\alpha=0,05$, co pozwoliło uznać różnice między wynikami za istotne, gdy wartość $p < 0,05$ dla przeprowadzonego testu statystycznego.

WYNIKI

Badaną grupę mężczyzn przeanalizowano pod względem wybranych danych społeczno-demograficznych. Wyniki przedstawiono w Tabeli 1.

W ramach oceny posiadanej przez mężczyzn wiedzy w zakresie nowotworu jądra i jego profilaktyki zadano im 7 pytań, w tym 5 jedno- oraz 2 wielokrotnego wyboru. Każda poprawna odpowiedź, w pytaniach jednokrotnego wyboru pozwalała uzyskać 1 pkt. W przypadku pytań wymagających wyboru wielokrotnego każdy ankietowany mężczyzna mógł uzyskać maksymalnie 4 pkt. Najwyższy odsetek poprawnych odpowiedzi, wynoszący 94%, odnotowano w przypadku pytania, które dotyczyło konieczności samobadania jąder. Najniższy odsetek poprawnych odpowiedzi, wynoszący 24%, stwierdzono w przypadku pytania o poziom wyleczalności raka jądra (Tabela 2).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy mężczyzn pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, statusu związku oraz aktywności seksualnej

Pytanie	Odpowiedź	N	%
Wiek	18-24 lat	85	44,74
	25-30 lat	58	30,53
	31-40 lat	19	10,00
	Powyżej 40 roku życia	28	14,73
Miejsce zamieszkania	Wieś	43	22,63
	Miasto do 100 tys. m.	45	23,68
	Miasto powyżej 100 tys. m.	102	53,69
Wykształcenie	Podstawowe	3	1,58
	Zawodowe	11	5,79
	Średnie	76	40,00
	Wyższe	100	52,63
Status związku	Wolny	69	36,32
	W związku nieformalnym	69	36,32
	W związku formalnym	52	27,36
Aktywność seksualna	Tak	141	74,21
	Nie	49	25,79

Tabela 2. Statystyka opisowa poprawności udzielonych odpowiedzi na pytania jednokrotnego wyboru

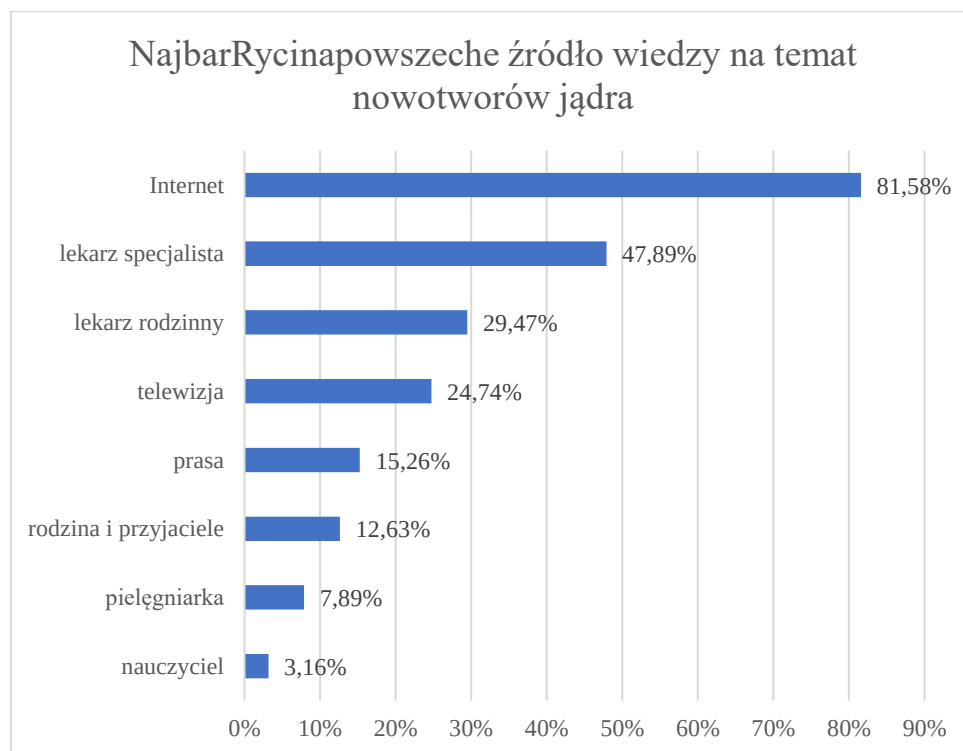
Pytanie	Poprawna odpowiedź + 1 punkt	Błędna odpowiedź	$\bar{x}$	%
Wiek największej zachorowalności na raka jądra	70	120	0,37	37%
Pierwszy standardowy sposób leczenia w przypadku raka jądra	81	109	0,43	43%
Poziom wyleczalności raka jądra	45	145	0,24	24%
Czy istnieje konieczność samobadania jąder przez mężczyzn?	179	11	0,94	94%
Co jaki czas należy wykonywać samobadanie jąder?	85	105	0,45	45%

W pytaniach wymagających wskazania więcej niż jednej prawidłowej odpowiedzi odnotowano niskie odsetki poprawności. W przypadku pytania o czynniki ryzyka wystąpienia raka jądra – 21%. Średnia wartość zdobytych punktów wynosiła $0,85 \pm 1,29$ pkt. Zbliżony wynik – $0,79 \pm 1,28$ pkt – odnotowano w pytaniu o objawy towarzyszące rakowi jądra. Odsetek poprawnych odpowiedzi wyniósł 20% (Tabela 3).

Tabela 3. Statystyka opisowa poprawności udzielanych odpowiedzi na pytania wielokrotnego wyboru

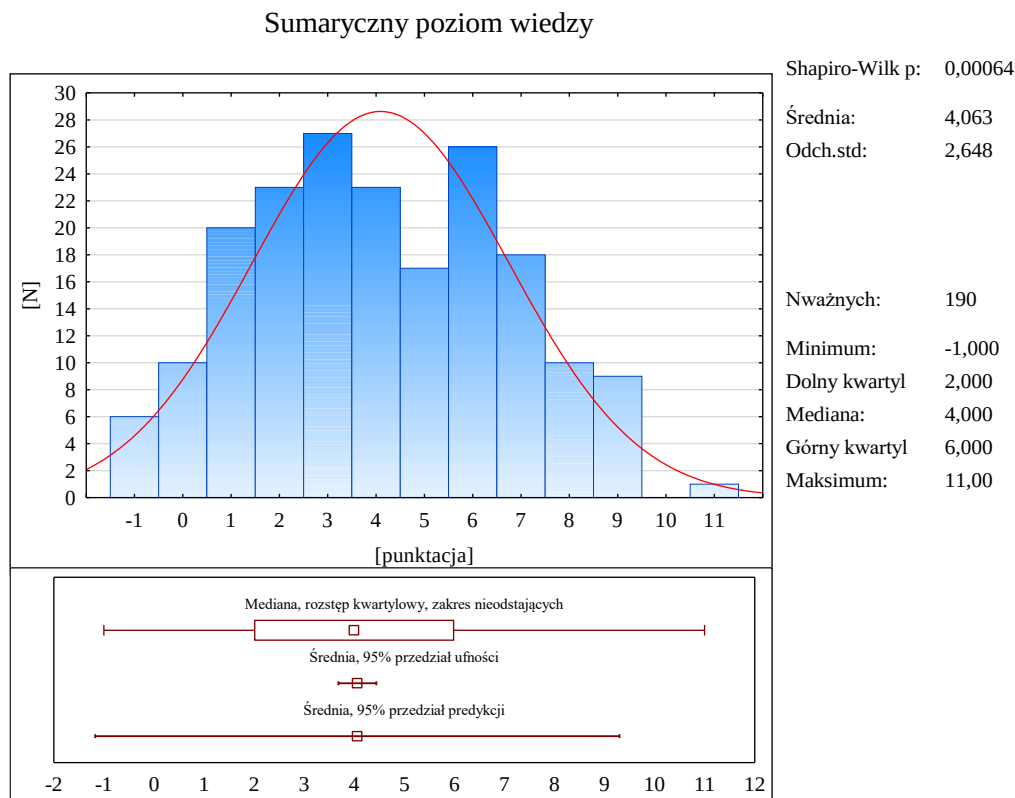
Pytanie	$\bar{x}$	SD	%	Max
Czynniki ryzyka raka jądra	0,85	1,29	21%	4
Objawy towarzyszące rakowi jądra	0,79	1,28	20%	4

Ankietowani najczęściej (81,58%) wskazywali, że najbardziej powszechnym źródłem wiedzy jest Internet. Prawie dwukrotnie rzadziej zaznaczyli lekarza specjalistę oraz lekarza rodzinnego, wyniki w tych dwóch grupach sięgają odpowiednio 47,89% oraz 29,47% badanych osób, wśród personelu medycznego 7,89% ankietowanych wymieniło jeszcze pielęgniarki (Rycina 1).



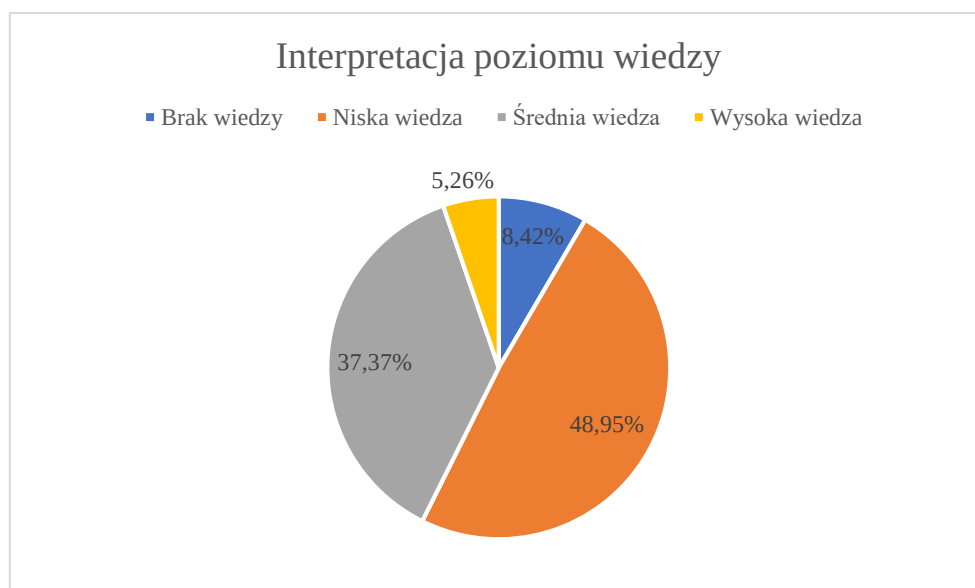
Rycina 1. Odpowiedzi dotyczące najbardziej powszechnych źródeł wiedzy na temat nowotworów jądra

Zgromadzone informacje o rezultatach sumarycznych osiągniętych przez poszczególnych mężczyzn pozwoliły oszacować poziom wiedzy na temat raka jądra i jego profilaktyce w badanej grupie. Przeciętny wynik wynosił $4,06 \pm 2,65$ pkt. Mediana dla tej wielkości wyniosła 4,00 pkt. Na Rycinie 2 zaprezentowano rozkład sumarycznych rezultatów osiąganych przez badanych mężczyzn.



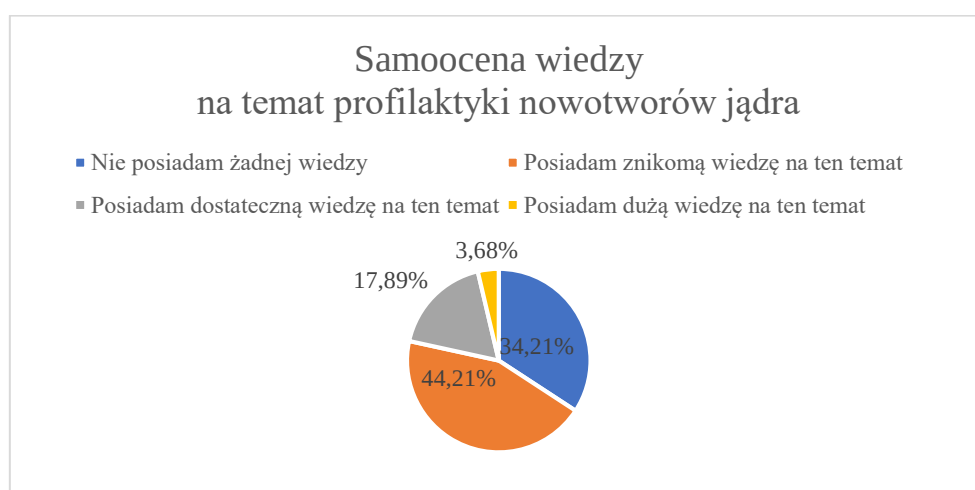
Rycina 2. Graficzne przedstawienie rozkładu rezultatów w zakresie wiedzy na temat raka jądra oraz samobadania jąder

Osiągnięte przez badanych mężczyzn rezultaty wykazały, że blisko połowa z nich – 48,95% - posiadało wiedzę na niskim poziomie, a 8,42% nie posiadało żadnej wiedzy w badanym zakresie. 37,37% badanych posiadało wiedzę na średnim poziomie, a 5,26% cechowało się wysoką wiedzą (Rycinaa 3).



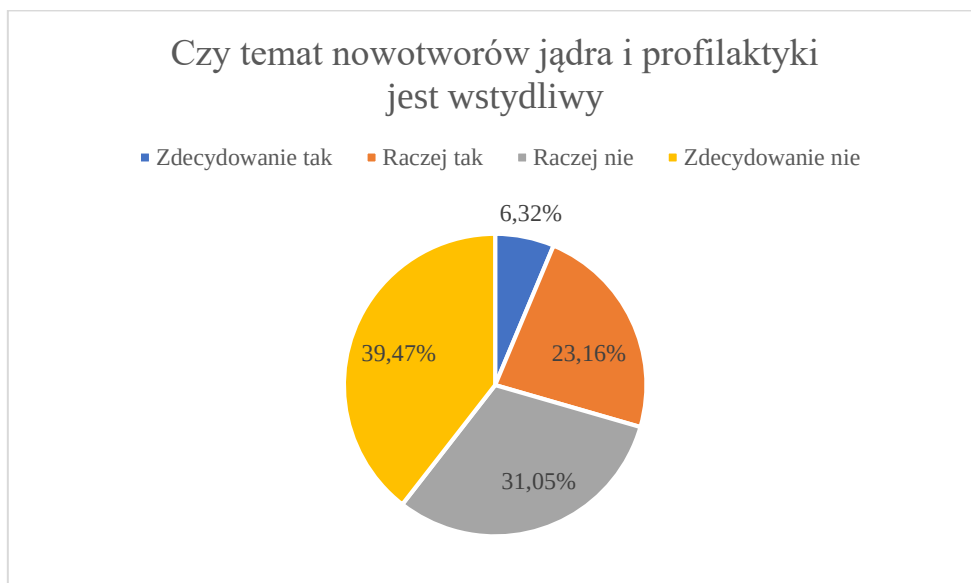
Rycina 3. Graficzne przedstawienie interpretacji poziomu wiedzy na temat raka jądra oraz samobadania jąder

Postanowiono zapytać badanych mężczyzn o samoocenę swojej wiedzy na temat nowotworu jądra i jego profilaktyki, czy ten temat jest dla nich wstydlivy oraz określić występowanie ewentualnych zmian w życiu seksualnym związanych z amputacją jądra. Większość (78,42%) stwierdziło, że posiadana przez nich wiedza jest znikoma (44,21%) lub wcale takiej nie posiadają (34,21%) – Rycina 4.



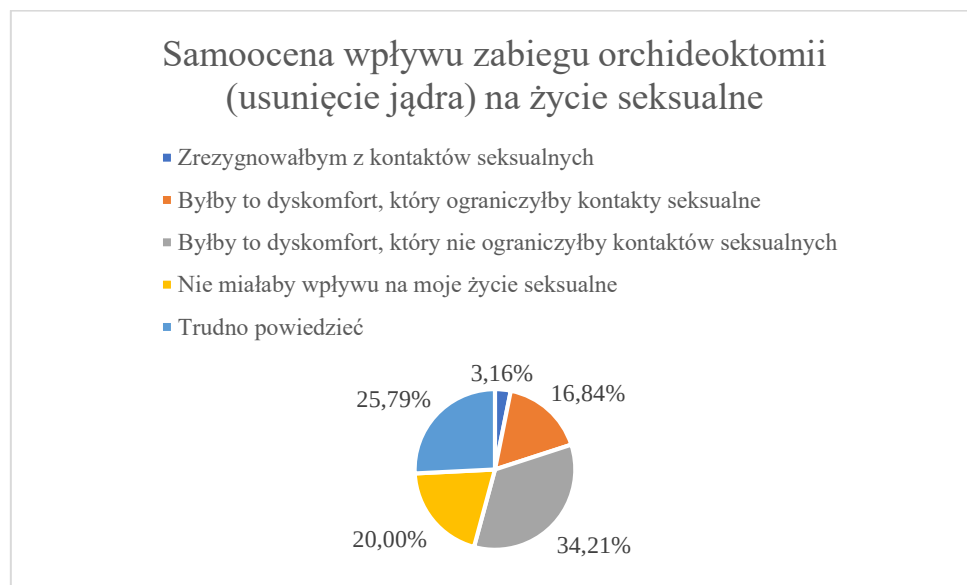
Rycina 4. Odpowiedzi ankietowanych osób w zakresie samooceny wiedzy na temat profilaktyki nowotworów jądra

Dla przeważającej części badanej grupy mężczyzn temat nowotworu jądra i jego profilaktyki nie jest (39,47%) lub raczej nie jest tematem wstydlwym (31,05%) – Rycina 5.



Rycina 5. Odpowiedzi ankietowanych dotyczące pytania czy temat nowotworów jądra i profilaktyki jąder jest dla nich wstydlwy

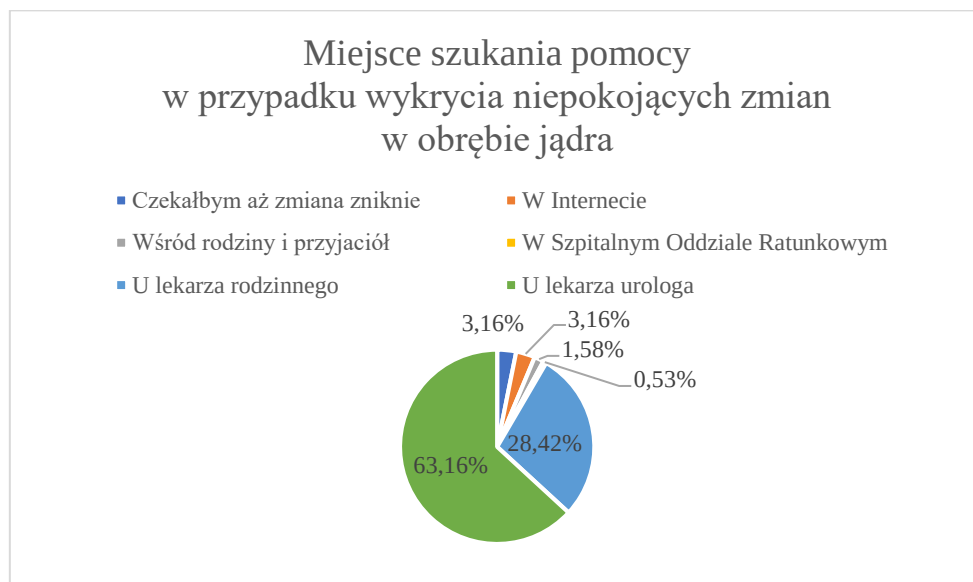
Mężczyznom z badanej grupy zadano także pytanie, jaki efekt na ich życie seksualne wywarłby zabieg usunięcia jądra. Według 20% amputacja jądra w żaden sposób nie wpłynęłaby na ich życie seksualne. W przypadku 3,16% mężczyzn, zabieg taki spowodowałby całkowite zaprzestanie przez nich kontaktów seksualnych, a u 16,84% doprowadziłby co najmniej do ich ograniczenia i poczucia dyskomfortu (Rycina 6).



Rycina 6. Odpowiedzi ankietowanych w zakresie samooceny ewentualnego wpływu usunięcia jądra na ich życie seksualne

Zapytano respondentów o częstotliwość wykonywania samobadania jąder oraz uczestnictwo w zajęciach dotyczących tego tematu. Analiza zebranych informacji wykazała, że najwięcej mężczyzn w ramach badanej grupy wykonywało samobadanie jąder, ale w sposób okazjonalny (44,74%). Regularnie wykonywało je tylko 12,63% mężczyzn, a 42,63% podało, że wcale nie wykonuje takiego badania. Uczestnictwo mężczyzn w zajęciach dotyczących nowotworów jądra oraz wykonywania ich samobadania nie było w większości praktykowane. Udział w tego rodzaju zajęciach potwierdziło jedynie 6,84% osób z badanej grupy.

Najczęściej wskazywanym przez badanych miejscem, w którym poszukiwaliby pomocy w przypadku zidentyfikowania niepokojących zmian w obrębie jądra był lekarz urolog. Do tego specjalisty wybrałoby się 63,16% badanych (Rycina 7).



Rycina 7. Odpowiedzi ankietowanych dotyczące miejsca szukania pomocy w przypadku wykrycia niepokojących zmian w obrębie jądra

Aż 78,95% badanych osób deklarowało, że zdecydowanie (22,63%) lub raczej (56,32%) chciałoby poszerzyć swoją wiedzę w dziedzinie profilaktyki raka jądra. Natomiast 21,05% ankietowanych stwierdziło, że na pewno (1,05%) lub raczej (20,00%) nie zamierza poszerzać swojej wiedzy w tym zakresie.

Analizując wpływ wybranych zmiennych na omawianą wiedzę okazało się, że wiek badanych mężczyzn nie miał na nią wpływu istotnego statystycznie, podobnie jak wykształcenie i stan cywilny. Zaobserwowano natomiast taki wpływ miejsca zamieszkania na korzyść osób mieszkających w dużych miastach ($p=0,007$), aktywności seksualnej, gdzie wyższy wynik uzyskali mężczyźni ją podejmujący ($p=0,004$), samooceny wpływu

zabiegu usunięcia jądra na życie seksualne, wg której najwyższy wynik ($4,87 \pm 2,90$ pkt) osiągnęli panowie uważający, że pozostałoby to bez wpływu, a najniższy ($1,67 \pm 1,75$ pkt), którzy zrezygnowaliby z kontaktów seksualnych ($p=0,001$). Największą istotną statystycznie różnicę ($p<0,001$) odnotowano porównując poziom wiedzy respondentów z częstotliwością wykonywania samobadania jąder. Najlepszy wynik ($5,00 \pm 2,80$ pkt) osiągnęli mężczyźni badający się regularnie, najniższy nie badający się w ogóle ($3,02 \pm 2,33$ pkt). Różnice wyników ($5,54 \pm 2,85$ pkt vs. $3,95 \pm 2,61$ pkt) odnotowano również w przypadku osób biorących vs. niebiorących udział w zajęciach edukacyjnych dotyczących nowotworu jądra i ich samobadania ($p=0,039$).

Miejsce szukania pomocy, w przypadku wykrycia niepokojących objawów także okazało się znaczące ($p=0,003$). Uzyskane rezultaty wahały się między $1,94 \pm 2,11$ pkt w grupie mężczyzn, którzy szukaliby pomocy w innych miejscach, a $4,35 \pm 2,89$ pkt, którzy szukaliby takiej pomocy u lekarza rodzinnego, bądź lekarza urologa $4,22 \pm 2,49$ pkt.

DYSKUSJA

Przeprowadzone analizy pozwoliły ocenić poziom wiedzy badanych mężczyzn na temat raka jądra. Pośród nich 37% poprawnie wskazało wiek największej zachorowalności na raka jądra. Podobnie w badaniach Roy i wsp. [7], gdzie 39% respondentów podało prawidłową odpowiedź. Wyniki te potwierdzają Pietraszek i wsp. [8], według których działania edukacyjne powinny być przede wszystkim skierowane na młodych mężczyzn z grupy ryzyka. Na pytanie o standardowe postępowanie w przypadku raka jądra, 57% respondentów odpowiedziało błędnie, a tylko 24% wiedziało, że poziom wyleczalności raka jądra wynosi 80-100%. Z kolei w badaniach Baran i wsp. [9] wykazano, że 94% mężczyzn nie znało pojęcia orchidektomii, za to 80% uważało, że rak jądra może zostać w 100% wyleczony. Podobnie w badaniach Piróg i wsp. [10] 83,2% badanych mężczyzn była świadoma możliwości całkowitego wyleczenia. Pytania odnoszące się do czynników ryzyka oraz objawów towarzyszących rakowi jądra były pytaniami wielokrotnego wyboru. Poprawność odpowiedzi w przypadku czynników ryzyka wynosiła 21%, a w pytaniu o objawy towarzyszące 20%.

Wśród wszystkich badanych jako najbardziej powszechne źródło wiedzy, najczęstszą odpowiedzią był Internet (81,58%). Prawie dwukrotnie rzadziej wskazywany był lekarz specjalista. W badaniach Piróg i wsp. [10] respondenci również wskazywali Internet (57,3%) jako najpowszechniejsze źródło wiedzy.

Lekarz specjalista został wybrany przez 49,6% respondentów. Nieco rzadziej wybierana była odpowiedź „telewizja” – 43,5%. W razie wystąpienia niepokojących objawów w badaniach własnych mężczyźni najczęściej zgłaszałiby się do urologa (63,16%) oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (28,42%), 0,53% w celu zdiagnozowania odwiedziłoby szpitalny oddział ratunkowy, a 3,16% respondentów czekałoby aż zmiana sama zniknie. Dla porównania w badaniach prowadzonych przez Piróg i wsp. [10] na Lubelszczyźnie wykazano, że 60,3% mężczyzn szukałoby pomocy u lekarza urologa, 58,8% u lekarza rodzinnego, 3,8% zgłosiłoby się na szpitalny oddział ratunkowy, a 2,3% ankietowanych czekałoby aż zmiana sama zniknie.

W badaniach własnych odniesiono poziom wiedzy mężczyzn z miejscem szukania przez nich pomocy. Panowie lepiej wyedukowani wiedzieli, że w razie wystąpienia niepokojących objawów, należy szukać pomocy u lekarza urologa lub lekarza rodzinnego ($p=0,003$).

W trakcie przeprowadzonych badań oceniono również poziom wiedzy badanych mężczyzn na temat samobadania jąder. Większość (94%) miała świadomość konieczności samobadania jąder. W badaniach Pietraszek i wsp. [8] tylko 16,7% zdecydowanie zgodziło się z tym stwierdzeniem, a 47% uznało to za „raczej” istotny element profilaktyki. W grupie badanych, 45% mężczyzn prawidłowo odpowiedziało, co jaki czas należy wykonywać samobadanie jąder. W pracy Kędry i wsp. [11] 68% ankietowanych prawidłowo wskazało, że samobadanie należy wykonywać „raz w miesiącu”. Według Roy i wsp. [7] tylko 35% respondentów miało wiedzę na temat comiesięcznego samobadania jąder. W naszych badaniach jedynie 12,63% panów wykonywało samobadanie w sposób regularny. Według Gutemy i wsp. [12] żaden z respondentów nie wykonywał samobadania jąder regularnie. W pracy Kędry i wsp. [11] 34% badanych mężczyzn wykonywało samobadanie jąder niesystematycznie, a 58% wcale. Natomiast według Baran i wsp. [9] tylko 16% mężczyzn kiedykolwiek przeprowadziło samobadanie jąder. Badania własne pozwoliły na weryfikację poziomu wiedzy wśród mężczyzn, którzy wykonują lub nie wykonują samobadania jąder. Mężczyźni charakteryzujący się wyższym poziomem wiedzy częściej wykonywali samobadanie regularnie ($p<0,001$).

Swoją udział w zajęciach na temat samobadania jąder i raka jądra zadeklarowało tylko 6,84% badanych osób. W badaniach Kędry i wsp. [11] jeszcze więcej, bo 96% ankietowanych nigdy nie uczestniczyło w zajęciach na temat profilaktyki raka jądra. A udział w zajęciach poświęconych tej tematyce jest potrzebny.

Mężczyźni, którzy kiedykolwiek byli na tego typu zajęciach posiadali większą wiedzę ($p=0,039$), a to z kolei przekładało się na właściwe zachowania zdrowotne. W badaniach własnych wśród respondentów 22,63% deklaroowało, że zdecydowanie chce poszerzyć swoją wiedzę, a 56,32% raczej chciałoby ją poszerzyć. Pietraszek i wsp. [8] również podają, że ok. połowa badanych wykazała chęć udziału w edukacji z zakresu profilaktyki nowotworów jądra, a preferowanymi formami były ulotki, filmy instruktażowe, fora internetowe oraz spoty telewizyjne i radiowe.

Zapytano respondentów o samoocenę swojej wiedzy z omawianego zakresu. Aż 44,21% mężczyzn stwierdziło, że jest ona znikoma, a 34,21% przyznało się do jej braku. Tylko 3,86% oceniło, że posiada dużą wiedzę na ten temat. Podobnie w badaniach Kędry i wsp. [11], gdzie 38% badanych oceniło swoją wiedzę jako niedostateczną, taki sam odsetek przyznał się do jej braku i tylko 2% mężczyzn przyznało, że ich wiedza jest bardzo dobra. Dla większości badanych mężczyzn temat raka jądra i jego profilaktyki nie jest tematem wstydlivym, ale dla 23,16% jest to raczej temat wstydlivy, a u 6,32% respondentów temat ten zdecydowanie wywołuje poczucie wstydu. W badaniach Piróg i wsp. [10] prawie połowa mężczyzn, biorących udział w badaniu oceniła ten temat jako „wstydlivy” lub „raczej wstydlivy”. Respondentów zapytano o to, jaki efekt na życie seksualne miałby zabieg usunięcia jądra. 20% mężczyzn odpowiedziało, że w żaden sposób nie wpłynęłoby to na ich życie seksualne, a 34,21% odczuwałoby dyskomfort, ale nie spowodowałoby to ograniczenia ich kontaktów, ok. $\frac{1}{4}$ wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Z obserwacji wyżej wymienionych autorów wynika, że dla nieco ponad połowy respondentów usunięcie jądra byłoby dyskomfortem, który nie ograniczyłby kontaktów seksualnych.

Świadomość tematyki raka jądra i profilaktyki jest niewystarczająca, co potwierdziły badania własne i innych autorów. Według Dhakal i wsp. [13] ponad połowa respondentów (56,7%) miała słabą wiedzę na temat raka jąder i samobadania jąder, a tylko 11,4% wykonało samobadanie jąder, 67,2% badanych wykazywała nieprzychylny stosunek w tym zakresie. Większość mężczyzn poszukuje informacji na temat raka jądra w Internecie. Jak słusznie podaje Piróg i wsp. [10] związane jest to z największą jego powszechnością, jak i anonimowością. Samobadanie jąder to najbardziej dostępna forma profilaktyki. Stanowi niedrogą, a co najważniejsze efektywną metodę wczesnego wykrywania niepokojących zmian [14]. Według Rovito i wsp. [15] obecność zmian nowotworowych, wykrytych w późnym stadium wyzwała znacznie większy niepokój, a nawet prowadzi do depresji.

Podkreśla on korzyści płynące z regularnego samobadania jąder, takie jak zwiększenie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz świadomości własnego ciała. Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest w tej kwestii bardzo ważna, biorąc pod uwagę, że wielu mężczyzn biorących udział w badaniu wskazało gabinet lekarza rodzinnego jako pierwsze miejsce poszukiwania pomocy w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Skutkiem braku edukacji zdrowotnej i niewystarczającej wiedzy w zakresie nowotworów jądra i profilaktyki może być zwłoka w postawieniu diagnozy.

Pocieszający jest fakt, że wśród badanych mężczyzn istnieje potrzeba pogłębiania wiedzy na temat raka jądra i samobadania jąder. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, a szczególnie zespoły podstawowej opieki zdrowotnej, mogą odegrać kluczową rolę pracując z pacjentami potencjalnie zdrowymi. Poprzez działania edukacyjne z zakresu profilaktyki, mogą przyczynić się do zwiększenia wykrywalności i wyleczalności raka jądra [8].

WNIOSKI

1. Wiedza badanych mężczyzn na temat samobadania jąder i raka jądra była na niskim poziomie, dlatego warto poruszać ten temat i zwiększać świadomość mężczyzn między innymi poprzez środki masowego przekazu.
2. Samoocena własnej wiedzy wśród mężczyzn także była niska, ale temat nie jest dla nich wstydlivy.
3. Mężczyźni wiedzieli, że istnieje konieczność wykonywania samobadania jąder, jednakże nie wykonywali go w ogóle lub tylko okazjonalnie, wyrażali jednak chęć pogłębiania wiedzy na temat raka jądra i samobadania jąder.
4. Wyższym poziomem wiedzy wykazali się mężczyźni mieszkający w dużych miastach, aktywni seksualnie, biorący udział w zajęciach edukacyjnych. Wiedza wpływa korzystnie na prawidłowe zachowania zdrowotne w postaci regularnego samobadania.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. i wsp.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021.
2. Czernik J., Bałaj M.: Chirurgia dziecięca [w:] Chirurgia T.2., Noszczyk W. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2009: 1057.

3. Demkow T., Jardanowski R.: Nowotwory jąder [w:] Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Borkowski A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015: 159-165.
4. Hoffman B., Koper K.: Profilaktyka chorób nowotworowych [w:] Pielęgniarstwo Onkologiczne, Koper A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015: 64-75.
5. Szortyka E.: Opieka w terapii nowotworów urologicznych [w:] Pielęgniarstwo Onkologiczne, Koper A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015: 196-208.
6. Torz C., Michalec J.: Badanie urologiczne [w:] Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Borkowski A. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015: 25-28.
7. Roy R.K., Casson K.: Attitudes toward testicular cancer and self-examination among Northern Irish Males. *American Journal of Men's Health* 2017; 11 (2): 253-261.
8. Pietraszek A., Brzozowska J., Charzyńska-Gula M. i wsp.: Zapotrzebowanie na edukację z zakresu profilaktyki nowotworu jądra w grupie młodych mężczyzn – badania wstępne. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5 (7): 521-532.
9. Baran M., Walewska E., Binko K. i wsp.: Wiedza młodych mężczyzn o raku jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (1): 1-5.
10. Piróg M., Padała O., Podgórnjak M. i wsp.: Świadomość nowotworu jądra wśród młodych mężczyzn na Lubelszczyźnie. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2016; 15 (22): 18-25.
11. Kędra E., Pyśk A., Zielonka W.: Znajomość podstaw profilaktyki raka jądra wśród wybranej grupy mężczyzn. *Puls Uczelni* 2015; 9 (4): 9-12.
12. Gutema H., Debela Y., Walle B.: Testicular self-examination among Bahir Dar University students: application of integrated behavioral model. *BMC Cancer* 2018; 18:21.
13. Dhakal R., Paudel S., Paudel D.: Knowledge, Attitude, and practice regarding testicular cancer and testicular self-examination among male students pursuing bachelor's degree in Bharatpur Metropolitan City, Chitwan, Nepal. *BioMed Research International* 2021: 1802031.
14. Aberger M., Wilson B., Holzbeierlein J.M. et al.: Testicular self-examination and testicular cancer: a cost-utility analysis. *Cancer Medicine* 2014; 3(6): 1629-1634.

15. Rovito M.J.: Performing testicular self-examination, driving automobiles, and anxiety: what is the logical link? *American Journal of Men's Health* 2018; 12 (3): 594-596.

ANALIZA ZALEŻNOŚCI MIĘDZY JAKOŚCIĄ ŻYCIA A WYSTĘPOWANIEM LĘKU I DEPRESJI U PACJENTÓW Z CHOROBA NOWOTWOROWĄ LECZONYCH METODĄ RADIOTERAPII

Anna Makar¹, Elżbieta Szlenk-Czyczerska²

1. SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Choroba nowotworowa to poważny problem współczesnego społeczeństwa. Najczęściej wiąże się z długotrwałym i uciążliwym dla pacjenta procesem leczenia. Często wiąże się z bólem i cierpieniem nie tylko fizycznym, ale i psychicznym. Jedną z najskuteczniejszych metod leczenia nowotworów złośliwych jest radioterapia [1]. Pomimo nowatorskich technik napromieniania, radioterapia nie jest metodą idealną i obarczona jest ryzykiem powikłań, co w znacznym stopniu może wpływać na jakość życia pacjentów leczonych tą metodą. Na jakość życia wpływać mogą także zaburzenia lękowe i depresyjne, których mogą doświadczyć pacjenci w trakcie terapii [2, 3]. Znajomość zagadnień związanych ze związkiem jakości życia i występowaniem lęku i depresji u chorych naświetlanych nadal jest niewystarczająca, w związku z tym niniejsza praca poświęcona została temu problemowi.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności między jakością życia i występowaniem lęku oraz depresji u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych metodą radioterapii.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 100 pacjentów Oddziału Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu, w tym 51 (51%) kobiet i 49 (49%) mężczyzn. Badanie prowadzono w okresie od listopada do grudnia 2021 roku. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu i anonimowości badania oraz o możliwości wycofania się z badania na każdym etapie jego trwania.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzonego techniką ankiety. Wykorzystano dwa standaryzowane narzędzia: kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF, kwestionariusz oceny lęku i depresji – HADS-M oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF)

Jakość życia pacjentów oceniano za pomocą skróconej wersji Kwestionariusza Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL). Kwestionariusz ten ocenia jakość życia w czterech głównych domenach, takich jak: fizyczna, psychologiczna, relacje społeczne i środowisko. Test zawiera również dwa oddzielnie punktowane pytania dotyczące indywidualnego postrzegania jakości życia (pytanie 1) i stanu zdrowia (pytanie 2). Odpowiedzi są zapisywane na 5-punktowej skali Likerta [4].

Kwestionariusz HADS-M

Do oceny lęku i depresji zastosowano zmodyfikowaną wersję kwestionariusza HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), czyli HADS-M. Narzędzie wykorzystuje siedem pozycji do pomiaru lęku, siedem do oceny poziomu depresji i dwie do pomiaru nerwowości i agresji. Kwestionariusz jest pomocny w ocenie lęku, depresji i agresji zarówno u pacjentów hospitalizowanych, jak i ambulatoryjnych. Zawiera 16 pytań testowych przypisanych do punktów od 0 do 3. Wynik testu uzyskuje się poprzez zsumowanie wszystkich punktów w każdej kategorii. Maksymalny wynik dla lęku i depresji wynosi 21, natomiast dla agresji 6. Podskale lęku i depresji interpretowane są następująco: 0–7 punktów to standardowe zachowania, 8–10 to wartości graniczne wskazujące na łagodny niepokój, a 11–21 za patologiczne i wskazują na zespół/zaburzenie lękowe [5].

Autorski kwestionariusz ankiety

W niniejszym badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 22 pytań. Pytania od 1 do 5 dotyczyły danych socjodemograficznych. Pozostałe pytania odnosiły się do różnych aspektów leczenia metodą radioterapii (np.: obszaru naświetlania, objawów ubocznych terapii, dolegliwości bólowych).

Dla zmiennych jakościowych określono częstość (tj. procent). W celu wykazania zależności pomiędzy określonymi zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona, test t-Studenta dla średnich niezależnych, a także test ANOVA. Na potrzeby testów, poziom istotności ustalono na $p = 0,05$. W analizie danych wykorzystano arkusz kalkulacyjny MS Excel wchodzący w skład pakietu Office 365 oraz kalkulatory online.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Uczelnianej Komisji ds. Badań Naukowych Uniwersytetu Opolskiego (Opinia Komisji nr 38/2021).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

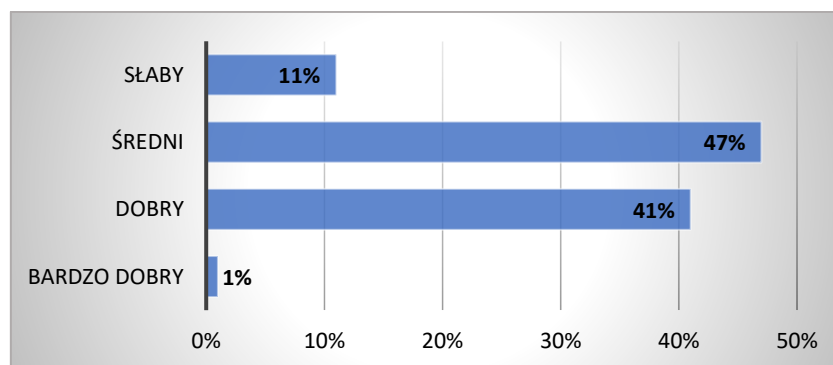
Analiza wykazała, że w badanej populacji mężczyzn (49%) było prawie tyle samo co kobiet (51%). Najczęściej były to osoby w wieku od 61 do 70 lat (36%) i w wieku od 51 do 60 lat (29%). Zdecydowana większość badanych to żonaci mężczyźni lub zamężne kobiety (64%). Wdowców/wdów było 19% badanych, natomiast kawalerów i panien – 12%, a rozwodników i rozwódek – pozostałe 5%. Blisko połowa respondentów (47%) miała wykształcenie zawodowe. $\frac{1}{4}$ badanych ukończyła szkołę średnią (25%), natomiast 20% osób ukończyło szkołę podstawową. Wykształceniem wyższym charakteryzowało się 8% badanych. Ponad połowę (58%) ankietowanych stanowili mieszkańcy wsi, pozostałe 42% mieszkało w mieście (Tabela 1). Szczegółowa analiza zmiennej – wiek wykazała, że średni wiek w badanej grupie wynosił 63,2 lata, a mediana wieku wynosiła 62,5 lat (min. – 37, max. – 89).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna	Kategoria	n = 100	%
Płeć	kobieta	51	51
	mężczyzna	49	49
Wiek	do 50 lat	14	14
	51-60 lat	29	29
	61-70 lat	36	36
	powyżej 70 lat	21	21
Stan cywilny	kawaler/panna	12	12
	żonaty/mężatka	64	64
	wdowiec/wdowa	19	19
	rozwodnik/rozwódka	5	5
Wykształcenie	podstawowe	20	20
	zawodowe	47	47
	średnie	25	25
	wyższe	8	8
Miejsce zamieszkania	miasto	42	42
	wieś	58	58
Legenda: n – liczebność; % - procent			

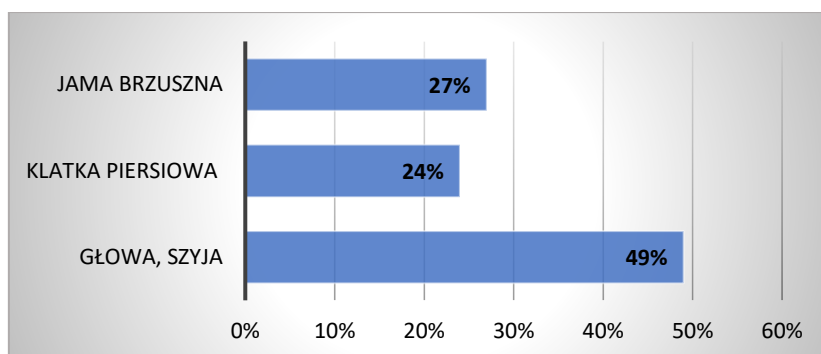
Dane dotyczące różnych aspektów leczenia metodą radioterapii

W pierwszym pytaniu dotyczącym różnych aspektów leczenia metodą radioterapii poproszono pacjentów o ocenę swojego stanu zdrowia. Blisko połowa (47%; n = 47) oceniła swój stan zdrowia na średni, a 41% (n = 41) – na dobry. W ocenie 11% (n = 11) osób ich stan zdrowia był słaby, a jedynie 1% (n = 1) badanych oceniło swój stan zdrowia na bardzo dobry. Nikt nie wskazał odpowiedzi doskonały (Rycina 1).



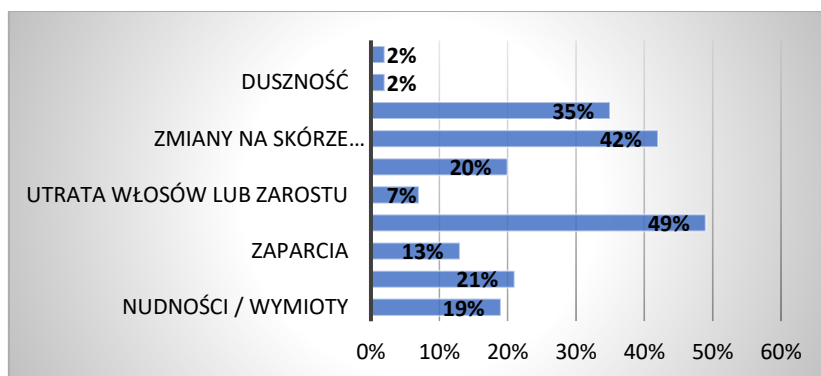
Rycina 1. Stan zdrowia respondentów (opracowanie własne; n = 100)

W kolejnym pytaniu ankietowani wskazywali obszar ciała, który był u nich poddawany naświetlaniu. W przypadku prawie połowy osób (49%; $n = 49$) naświetlana była głowa i szyja, natomiast 27% ($n = 27$) pacjentów miało naświetlaną jamę brzuszną, a u pozostałych 24% ($n = 24$) naświetlana była klatka piersiowa (Rycina 2).



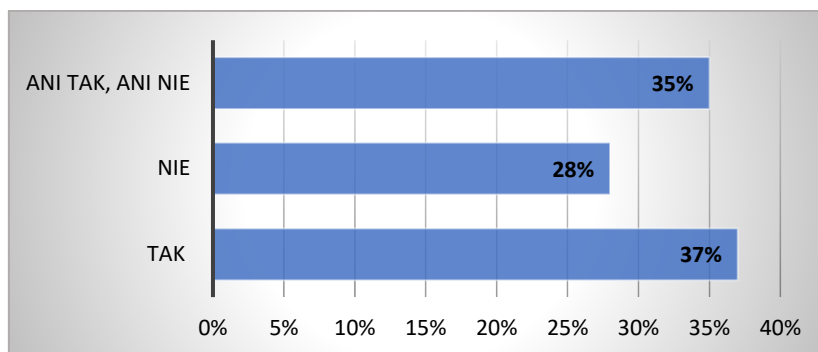
Rycina 2. Naświetlany obszar ciała (opracowanie własne; $n = 100$)

Następnie pacjenci zostali poproszeni o wskazanie skutków ubocznych, które u nich wystąpiły w trakcie radioterapii. Na pytanie to można było udzielić więcej niż jedną odpowiedź. Łącznie 100 respondentów udzieliło 210 odpowiedzi. Wartości procentowe, dla lepszego zobrazowania, odnoszą się do wielkości populacji. Blisko połowa z nich (49%) wskazała ból i trudności w trakcie połykania spowodowane zmianami w jamie ustnej. Licznie wskazywane były również takie skutki uboczne jak zmiany na skórze (42%) czy utrata smaku (35%). Natomiast najrzadziej respondenci wskazywali obrzęk i duszność (po 2%) oraz utratę włosów lub zarostu (7%) (Rycina 3).



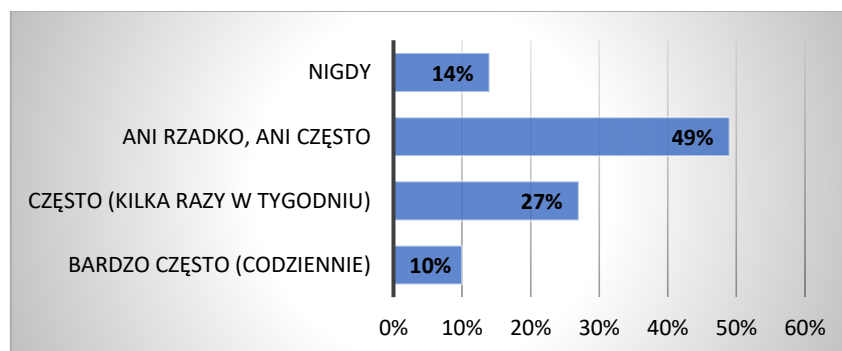
Rycina 3. Skutki uboczne radioterapii (opracowanie własne; $n = 100$)

Według 37% ($n = 37$) badanych występujące skutki uboczne utrudniają im codzienne życie. Przeciwnego zdania było 28% ($n = 28$) pacjentów, a 35% ($n = 35$) respondentów udzieliło neutralnej odpowiedzi: ani tak, ani nie (Rycina 4).



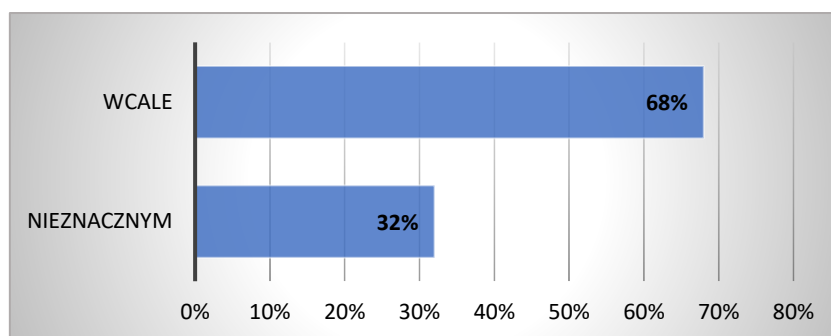
Rycina 4. Skutki uboczne – utrudnienia życia codziennego (opracowanie własne; $n = 100$)

Prawie połowa pacjentów (49%; $n = 49$) stwierdziła, że zmęczenie w trakcie leczenia towarzyszy im ani rzadko, ani często. Często zmęczenie odczuwało 27% ($n = 27$) badanych, a bardzo często – 10% ($n = 10$). Natomiast 14% ($n = 14$) ankietowanych odpowiedziało, że nigdy nie czują się zmęczeni w trakcie leczenia (Rycina 5).



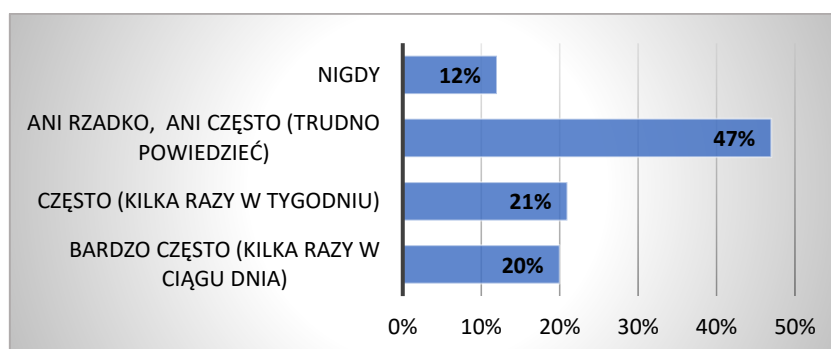
Rycina 5. Zmęczenie w trakcie leczenia (opracowanie własne; $n = 100$)

Większość respondentów (68%; $n = 68$) stwierdziło, że utrata włosów (o ile nastąpiła) wcale nie spowodowała u nich pogorszenia samopoczucia. Nieznaczne pogorszenie zauważyło 32% ($n = 32$) badanych, a nikt nie wskazał odpowiedzi znacznej (Rycina 6).



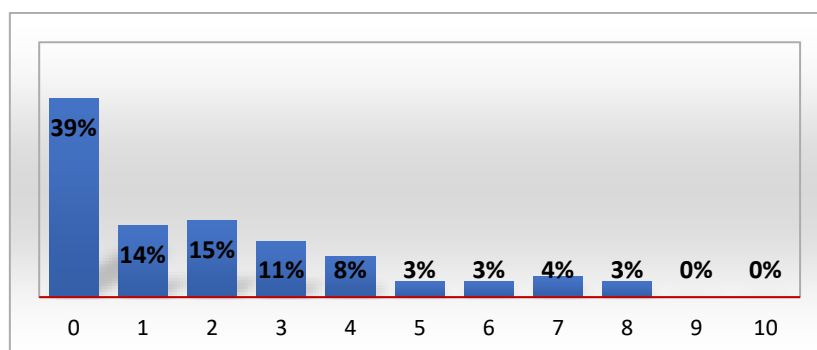
Rycina 6. Utrata włosów – pogorszenie samopoczucia (opracowanie własne; n = 100)

Blisko połowa pacjentów (47%; n = 47) stwierdziła, że ból odczuwa ani rzadko, ani często. Często ból odczuwało 21% (n = 21) badanych, a bardzo często – 20% (n = 20). Natomiast pozostałe 12% (n = 12) nigdy nie odczuwało bólu (Rycina 7).



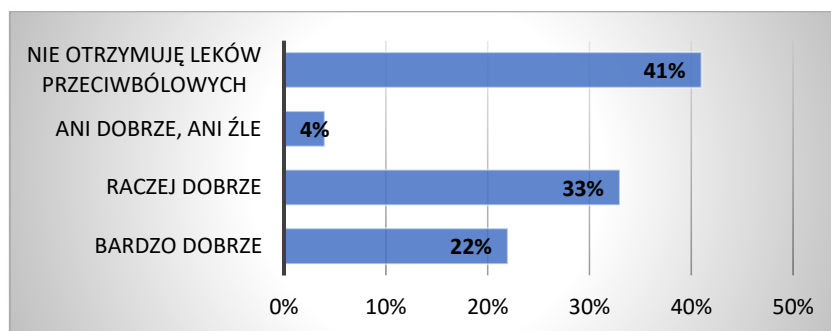
Rycina 7. Częstość odczuwania bólu (opracowanie własne; n = 100)

W kolejnym pytaniu respondenci poproszeni zostali o zaznaczenie natężenia bólu na skali od 0 (brak bólu) do 10 (ból nie do zniesienia). Przeważały niskie wskazania – 39% (n = 39) badanych wskazało brak bólu (ocena 0), 14% (n = 14) wskazało natężenie bólu 1, a 15% (n = 15) - 2. Pojedyncze osoby (po 3-4%) wskazywały ból z zakresu 5-8, a ocen 9 i 10 nie wskazał nikt. Histogram przedstawiono na Rycinie 8.



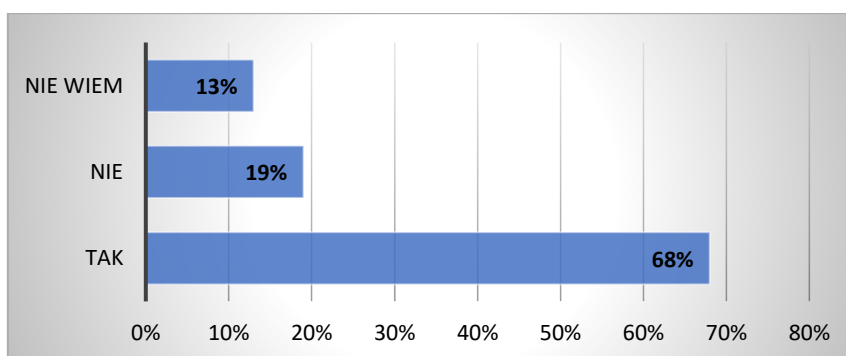
Rycina 8. Poziom bólu (opracowanie własne; n = 100)

Na pytanie dotyczące skuteczności leczenia przeciwbólowego 41% (n = 41) badanych odpowiedziało, że nie otrzymują leków przeciwbólowych. Pozostali respondenci leki takie otrzymywali i leczenie przeciwbólowe oceniali raczej dobrze (33%; n = 33), bardzo dobrze (22%; n = 22) oraz neutralnie (4%; n = 4). Nikt nie ocenił leczenia przeciwbólowego źle (Rycina 9).



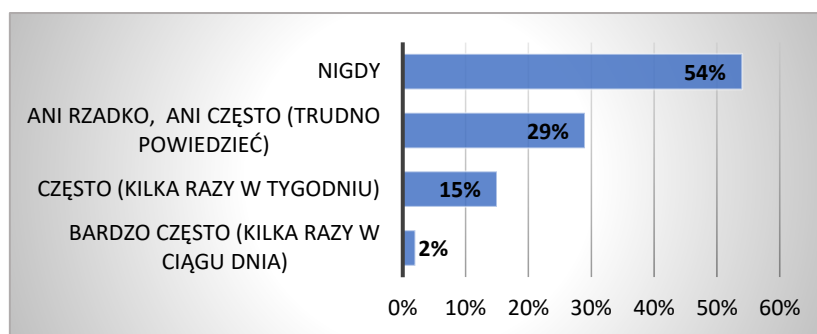
Rycina 9. Skuteczność leczenia przeciwbólowego (opracowanie własne; n = 100)

Stwierdzono, że u większości respondentów (68%; n = 68) wystąpił odczyn popromienny. Odczyn ten nie wystąpił u 19% (n = 19), a pozostałe 13% (n = 13) badanych nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie (Rycina 10).



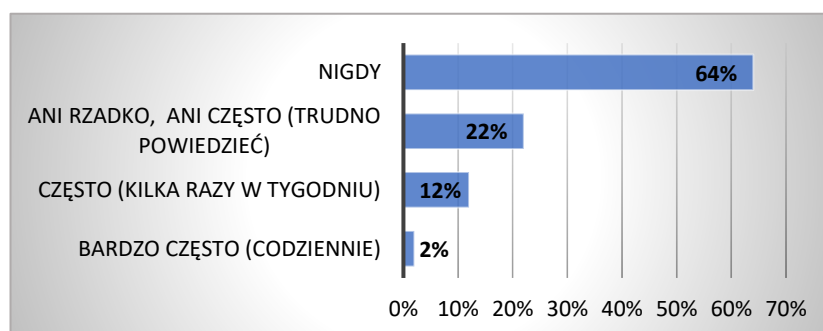
Rycina 10. Wystąpienie odczynu popromiennego (opracowanie własne; n = 100)

Ponad połowa badanych (54%; n = 54) nie zaobserwowała u siebie wymiotów i nudności w trakcie leczenia. Częste wymioty zaobserwowało 15% (n = 15) badanych, a bardzo częste – 2% (n = 2). Natomiast 29% (n = 29) respondentów udzieliło neutralnej odpowiedzi ani rzadko, ani często (Rycina 11).



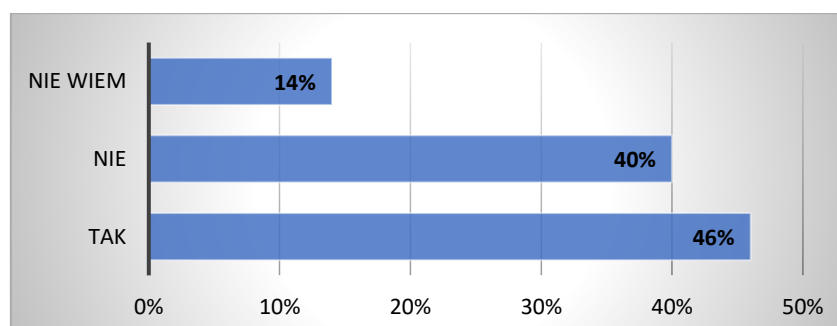
Rycina 11. Nudności i wymioty w trakcie leczenia (opracowanie własne; n = 100)

Również ponad połowa (64%; n = 64) badanych w trakcie leczenia nie zaobserwowała biegunk. Natomiast częste biegunki zaobserwowało 12% (n = 12) badanych, a bardzo częste – 2% (n = 2). Odpowiedzi neutralnej udzieliło 22% (n = 22) (Rycina 12).



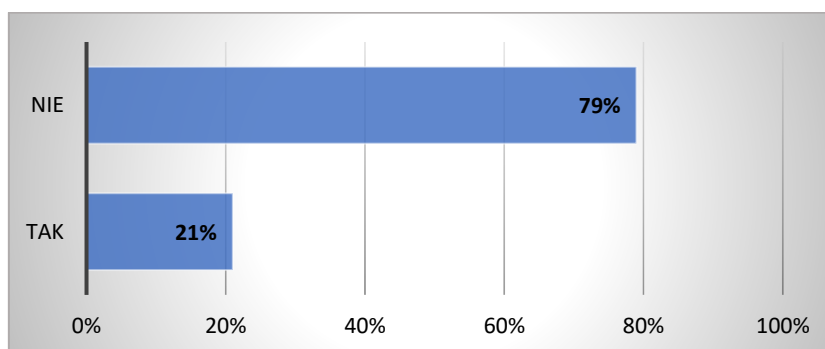
Rycina 12. Biegunki w trakcie leczenia (opracowanie własne; n = 100)

Blisko połowa badanych (46%, n = 46) stwierdziła, że w wyniku utraty smaku i apetytu straciła na wadze. Przeciwnego zdania było 40% (n = 40) badanych, a pozostałe 14% (n = 14) stwierdziło – że nie wie czy straciło na wadze (Rycina 13).



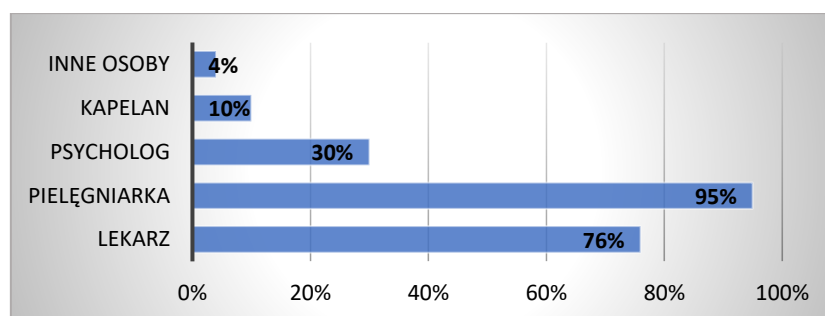
Rycina 13. Utrata na wadze (opracowanie własne; n = 100)

Zdecydowana większość (79%; $n = 79$) badanych w trakcie leczenia nie była karmiona przez sondę. Posiłki podawane w ten sposób miało 21% ($n = 21$) badanych (Rycina 14).



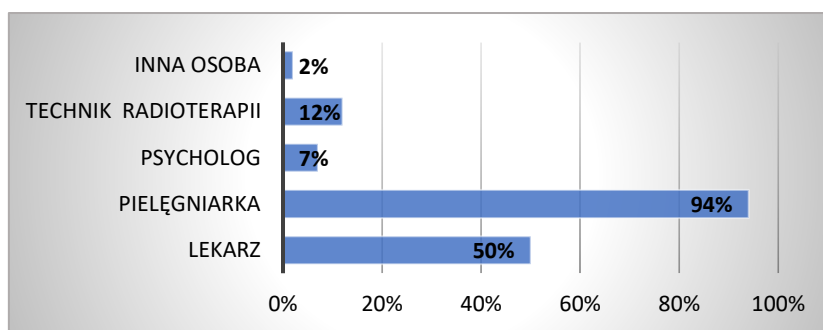
Rycina 14. Karmienie sondą (opracowanie własne; $n = 100$)

Przedostatnie pytanie dotyczyło wsparcia, które pacjenci otrzymali w trakcie leczenia. Na pytanie to można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi. Łącznie 100 respondentów udzieliło 215 odpowiedzi. Wartości procentowe odnoszą się do wielkości populacji. Prawie wszyscy badani (95%) wskazało pielęgniarkę, jako osobę udzielającą wsparcia. Licznie wskazano również lekarza (76%). Pozostałe źródła wsparcia wskazywane były zdecydowanie rzadziej (Rycina 15).



Rycina 15. Wsparcie w trakcie leczenia (opracowanie własne; $n = 100$)

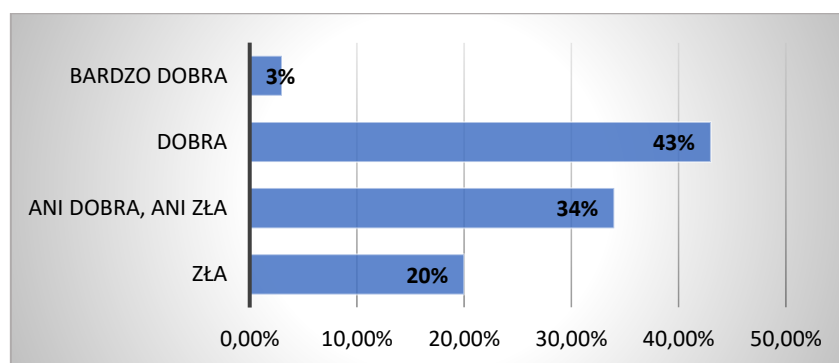
Również na pytanie dotyczące sposobów radzenia sobie ze skutkami ubocznymi prawie wszyscy respondenci (94%) jako źródło takich informacji wskazało pielęgniarkę. Połowa badanych wskazała lekarza (50%). Pozostałe odpowiedzi wskazali nieliczni respondenci. Na pytanie to można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi, łącznie 100 respondentów udzieliło 165 odpowiedzi. Wartości procentowe odnoszą się do wielkości populacji (Rycina 16).



Rycina 16. Radzenie sobie ze skutkami ubocznymi (opracowanie własne; n = 100)

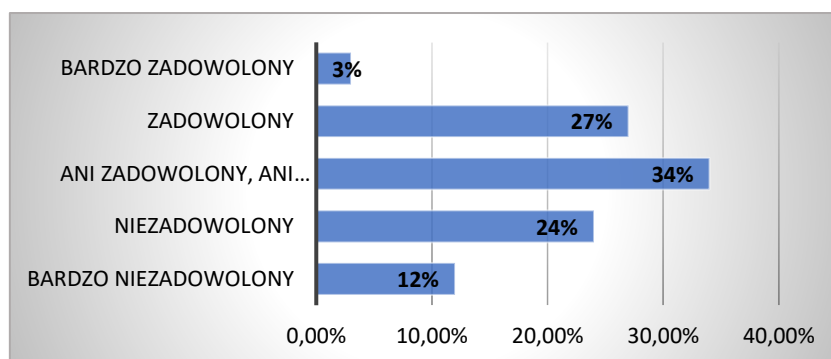
Jakość życia badanej grupy według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Analiza samooceny jakości życia przez badanych wykazała, że 43% (n = 43) badanych oceniło swoją jakość życia jako dobrą, a 34% (n = 34) - jako ani dobrą, ani złą. Gorzej jakość życia oceniło 20% (n = 20) badanych – jako złą, nikt natomiast nie ocenił jakości życia jako bardzo złej. Pozostałe 3% (n = 3) osób oceniło jakość życia jako bardzo dobrą (Rycina 17).



Rycina 17. Jakość życia (opracowanie własne; n = 100)

Analizując samoocenę zadowolenia ze zdrowia wśród badanych obserwowano, że 34% (n = 34) stwierdziło, że jest ani zadowolonych, ani nie zadowolonych. Lepiej swoje życie, czyli zadowolony i bardzo zadowolony oceniło – odpowiednio 27% (n = 27) i 3% (n = 3), a gorzej – czyli niezadowolony i bardzo niezadowolony – odpowiednio 24% (n = 24) i 12% (n = 12) badanych (Rycina 18).



Rycina 18. Zadowolenie z własnego zdrowia (opracowanie własne; n = 100)

Analiza miar średnich dla ogólnej percepcji jakości życia i własnego zdrowia wykazała, że średni wynik dla jakości życia wynosił $3,29 \pm 0,82$, natomiast dla zadowolenia z własnego zdrowia – $2,85 \pm 1,05$ (Tabela 2).

Tabela 2. Miary średnie jakości życia i zadowolenia z życia

Zmienna	Min	Maks	M	SD
WHOQOL-BREF Q1	2	5	3,29	0,82
WHOQOL-BREF Q 2	1	5	2,85	1,05
Legenda: WHOQOL-BREF Q1 – samoocena jakości życia; WHOQOL-BREF Q 2 – ogólna percepcja własnego zdrowia.; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum				

W celu szczegółowej analizy pozostałych pytań z kwestionariusza WHOQOL-BREF obliczono wynik dla każdego respondenta w każdej z domen (fizycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej), następnie na podstawie przeskalowanych wyników (zgodnie z instrukcją ankiety) do przedziału 0-100 obliczono średni wynik w każdej domenie oraz odchylenie standardowe. Stwierdzono, że najwyższe wyniki respondenci uzyskali w domenach psychologicznej ($78,47 \pm 12,81$) i socjalnej ($77,87 \pm 13,43$) (Tabela 3).

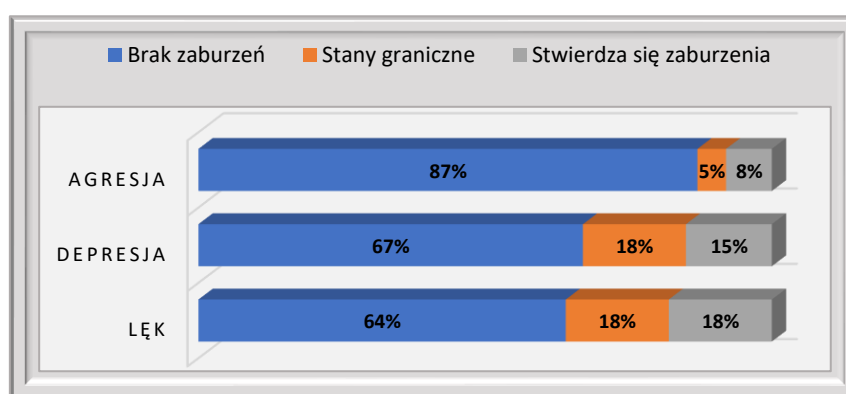
Tabela 3. Miary średnie dla poszczególnych domen według kwestionariusza WHOQOL-BREF (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna	M	SD
WHOQOL-BREF domena fizyczna	67,00	14,58
WHOQOL-BREF domena psychologiczna	78,47	12,81
WHOQOL-BREF domena socjalna	77,87	13,43
WHOQOL-BREF domena środowiskowa	72,53	10,69
Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe		

Ocena lęku, depresji i agresji u badanych według kwestionariusza HADS-M

Ogólna ocena występowania lęku wykazała, że u większości pacjentów nie stwierdzono zaburzeń lękowych – (64%; n = 64), u 18% (n = 18) respondentów obserwowano występowanie stanów granicznych, a u kolejnych 18% (n = 18) wyraźne objawy lęku wg podskali HADS-M lęk. Analiza występowania depresji w badanej grupie wykazała, że u zdecydowanej większości obserwowano brak zaburzeń w tym zakresie (67%; n = 67), występowanie stanów granicznych wg podskali HADS-M depresja stwierdzono u 18% (n = 18), natomiast wyraźne objawy depresji obserwowano u 15% (n = 15) badanych.

Analizując występowanie agresji stwierdzono, że 87% (n = 87) pacjentów charakteryzowało się brakiem zaburzeń w tym zakresie, natomiast u 8% (n = 8) pacjentów stwierdzono zaburzenia w podskali HADS-M agresja (Rycina 19).



Rycina 19. Wyniki HADS-M (opracowanie własne; n = 100)

Średni poziom lęku i depresji w badanej populacji oraz interpretację wyniku przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4. Średni poziom lęku i depresji w badanej grupie (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna	M	Interpretacja
HADS-M lęk	7,05	Stany graniczne
HADS-M depresja	5,25	Brak zaburzeń
Legenda: M – średnia		

Zależność między danymi społeczno-demograficznymi badanych, takimi jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenia, miejsce zamieszkania a poziomem jakości ich życia

Analiza wykazała, że w domenie fizycznej nieco lepszy wynik uzyskały kobiety (K: 67,45 vs M: 66,53), w trzech pozostałych domenach jakości życia – mężczyźni. W badanej populacji nie zaobserwowano związku płci z poziomem jakości życia w domenie fizycznej ($p = 0,378$), domenie psychologicznej ($p = 0,243$), domenie relacje społeczne ($p = 0,256$) oraz domenie środowisko ($p = 0,085$) (Tabela 5).

Tabela 5. Wpływ płci na poziom jakości życia (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna		WBD fizyczna	WBD psychologiczna	WBD relacje społeczne	WBD środowisko
Płeć	kobieta	67,45	77,58	76,99	71,08
	mężczyzna	66,53	79,39	78,78	74,03
Test	t-value	0,312	-0,7	-0,658	-1,38
t-Studenta	p-value	0,378	0,243	0,256	0,085
Legenda: WBD – WHOQOL-BREF domena					

Następnie sprawdzono, czy w badanej populacji występuje związek między wiekiem a poziomem jakości życia w poszczególnych domenach. Zaobserwowano, że we wszystkich przypadkach uzyskany wynik jest mniejszy od 0, co oznaczało, że im starszy respondent tym niższy poziom jakości życia. Jednak w przypadku domeny fizycznej, psychologicznej i relacje społeczne wartość bezwzględna wyniku była mniejsza od 0,2 co oznacza brak związku.

W przypadku jakości życia w domenie środowisko wartość bezwzględna wynosiła pomiędzy 0,2 a 0,4 co oznacza słabą zależność (Tabela 6).

Tabela 6. Wpływ wieku na poziom jakości życia (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna				
Wiek	WBD fizyczna	WBD psychologiczna	WBD relacje społeczne	WBD środowisko
Korelacja	-0,1575	-0,0731	-0,1052	-0,2385
Interpretacja	korelacja ujemna	korelacja ujemna	korelacja ujemna	korelacja ujemna
Legenda: WBD – WHOQOL-BREF domena				

Analiza związku stanu cywilnego z poziomem jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową poddawanych radioterapii wykazała że, w badanej populacji nie zaobserwowano wpływu stanu cywilnego na poziom jakości życia w domenie fizycznej ($p = 0,369$) oraz psychologicznej ($p = 0,094$). Zaobserwowano natomiast wpływ stanu cywilnego na poziom jakości życia w domenie relacje społeczne ($p = 0,003$) i środowisko ($p = 0,002$). Najlepsze wyniki uzyskali żonaci/zamężni respondenci, najgorsze rozwodnicy/rozwódki (Tabela 7).

Tabela 7. Wpływ stanu cywilnego na poziom jakości życia (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna		WBD fizyczna	WBD psychologiczna	WBD relacje społeczne	WBD środowisko
Stan cywilny	kawaler/panna	71,43	84,17	74,44	69,58
	żonaty/mężatka	67,68	78,91	81,35	75,51
	wdowiec/wdowa	62,41	76,14	71,23	65,92
	rozwodnik/rozwódka	65,14	68,00	66,67	66,50
test	f-ratio	1,062	2,194	4,874	5,526
ANOVA	p-value	0,369	0,094	0,003	0,002
Legenda: WBD – WHOQOL-BREF domena					

W badanej populacji zaobserwowano wpływ wykształcenia na poziom jakości życia w domenie psychologicznej ($p = 0,026$), relacje społeczne ($p = 0,005$) i środowisko ($p = 0,0006$). Najlepsze wyniki w tych trzech domenach uzyskali respondenci z wykształceniem średnim. Nie stwierdzono związku między wykształceniem a poziomem jakości życia w domenie fizycznej ($p = 0,328$) (Tabela 8).

Tabela 8. Wpływ wykształcenia na poziom jakości życia (opracowanie własne; $n = 100$)

Zmienna		WBD fizyczna	WBD psychologiczna	WBD relacje społeczne	WBD środowisko
Wykształcenie	podstawowe	63,00	73,67	69,33	64,13
	zawodowe	68,75	80,43	79,57	73,78
	średnie	67,77	81,47	82,67	76,40
	wyższe	64,29	69,58	74,17	74,06
test ANOVA	f-ratio	1,161	3,213	4,63	6,3
	p-value	0,328	0,026	0,005	0,0006
Legenda: WBD – WHOQOL-BREF domena					

W badanej populacji nie stwierdzono związku między miejscem zamieszkania a poziomem jakości życia w domenie fizycznej ($p = 0,145$), psychologicznej ($p = 0,165$), relacje społeczne ($p = 0,483$) oraz środowisko ($p = 0,192$) (Tabela 9).

Tabela 9. Wpływ miejsca zamieszkania na poziom jakości życia (opracowanie własne; $n = 100$)

Zmienna		WBD fizyczna	WBD psychologiczna	WBD relacje społeczne	WBD środowisko
Miejsce zamieszkania	miasto	65,17	76,98	77,94	73,63
	wieś	68,33	79,54	77,82	71,72
Test t-Studenta	t-value	-1,063	-0,979	0,044	0,875
	p-value	0,145	0,165	0,483	0,192
Legenda: WBD – WHOQOL-BREF domena					

Zależność między danymi społeczno-demograficznymi, takimi jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenia, miejsce zamieszkania a nasileniem lęku i depresji

W badanej populacji zaobserwowano związek płci z poziomem depresji ($p = 0,043$). W przypadku depresji lepszy wynik (niższy) uzyskali mężczyźni, a test t-Studenta potwierdził, że różnice te są statystycznie istotne. W przypadku lęku takiego związku nie zaobserwowano ($p = 0,064$) (Tabela 10).

Tabela 10. Wpływ płci na nasilenie lęku i depresji (opracowanie własne; $n = 100$)

Zmienna		HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Płeć	kobieta	7,49	6,02
	mężczyzna	6,59	4,45
Test t-Studenta	t-value	1,533	1,73
	p-value	0,064	0,043

W dalszej części przeanalizowano wpływ wieku na poziom lęku i depresji. Analiza nie wykazała związku między zmienną wiek pacjentów z chorobą nowotworową poddawanych radioterapii a poziomem lęku i depresji (Tabela 11).

Tabela 11. Wpływ wieku na poziom lęku i depresji (opracowanie własne, $n = 100$)

Zmienna		
Wiek	HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Korelacja Pearsona	0,0862	0,1786
Interpretacja	brak korelacji	brak korelacji

Nie zaobserwowano również związku między stanem cywilnym a poziomem lęku ($p = 0,368$) i depresji ($p = 0,114$). Stwierdzono natomiast, że istnieje związek między wykształceniem a poziomem depresji ($p = 0,016$) – najlepszy wynik uzyskały osoby z wykształceniem średnim. Nie stwierdzono związku między wykształceniem a poziomem lęku ($p = 0,076$) oraz między miejscem zamieszkania a poziomem lęku ($p = 0,47$) i depresji ($p = 0,198$) (Tabela 12).

Tabela 12. Wpływ stanu cywilnego na poziom lęku i depresji

Zmienna		HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Stan cywilny	kawaler/panna	6,17	3,92
	żonaty/mężatka	6,91	4,78
	wdowiec/wdowa	7,79	7,26
	rozwódnik/rozwódka	8,20	6,80
Test ANOVA	f-ratio	1,064	2,035
	p-value	0,368	0,114
Zmienna		HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Wykształcenie	podstawowe	8,25	7,85
	zawodowe	6,87	4,66
	średnie	6,12	3,88
	wyższe	8,00	6,50
Test ANOVA	f-ratio	2,360	3,611
	p-value	0,076	0,016
Zmienna		HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Miejsce zamieszkania	miasto	7,02	5,36
	wieś	7,07	5,17
Test t-Studenta	t-value	0,075	0,198
	p-value	0,47	0,422

Zależność między czynnikami takimi jak: lokalizacja obszaru napromienianego podczas radioterapii, utrata wagi oraz zastosowanie sondy żołądkowej/gastrostomii a ocenę jakości życia przez badanych

Analiza wykazała, że w badanej populacji zaobserwowano wpływ miejsca naświetlania na samoocenę jakości życia ($p = 0,003$). Najlepszy wynik uzyskali pacjenci naświetlani w okolicy klatki piersiowej, a najgorszy – w regionie: głowa, szyja. Zaobserwowano istotny wpływ utraty wagi na samoocenę jakości życia ($p = 0,031$). Osoby, które nie straciły na wadze, wyżej oceniały swoją jakość życia. Stwierdzono również, że istnieje związek pomiędzy stosowaniem sondy żołądkowej/gastrostomii a samooceną jakości życia ($p < 0,00001$) (Tabela 13).

Tabela 13. Wpływ miejsca naświetlania, utraty wagi i zastosowania sondy żołądkowej/gastrostomii na samoocenę jakości życia (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna		Średnia samoocena jakości życia	Test ANOVA	
			f-ratio	p-value
Miejsce naświetlania	głowa, szyja	3,04	6,072	0,003
	klatka piersiowa	3,71		
	jama brzuszna	3,37		
Utrata smaku i wagi	tak	3,07	3,6	0,031
	nie	3,53		
	nie wiem	3,36		
Zmienna		Średnia samoocena jakości życia	Test t-Studenta	
			t-value	p-value
Stosowanie sondy	tak	2,62	-4,634	<0,00001
	nie	3,47		

Zależność między poziomem jakości życia a występowaniem lęku i depresji u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych metodą radioterapii

Analiza wykazała, że istnieje zależność między jakością życia a występowaniem lęku i depresji. Stwierdzono, że w obu przypadkach wynik oznacza dość silną zależność ujemną, tzn. im wyższy poziom jakości życia tym niższy wynik lęku/depresji według kwestionariusza HADS-M (Tabela 14).

Tabela 14. Wpływ poziomu jakości życia na lęk i depresję (opracowanie własne; n = 100)

Zmienna	HADS-M Lęk	HADS-M Depresja
Poziom jakości życia	-0,761	-0,819
Interpretacja	korelacja ujemna	korelacja ujemna
	dość silna zależność	dość silna zależność

DYSKUSJA

Istnieje kilka metod leczenia nowotworów, a jakość życia jest ważnym czynnikiem przy podejmowaniu decyzji medycznych u tych pacjentów [6]. Jedną z najczęściej wykorzystywanych metod leczenia przeciwnowotworowego jest radioterapia. Pomimo ciągłego rozwoju technologicznego może powodować wystąpienie objawów niepożądanych, a w rezultacie obniżać jakość życia pacjentów leczonych tą metodą [6, 7, 8].

Smoleń i wsp. na potrzeby swojej pracy przebadali 229 chorych na nowotwory, będących w trakcie leczenia onkologicznego. Wyniki analizy wykazały, że badani ocenili swój stan zdrowia na średnim poziomie ($3,16 \pm 0,82$) [9]. Podobnie prezentują się wyniki badań własnych, których analiza wykazała, że średni wynik dla ogólnej percepcji jakości życia wynosił $3,29 \pm 0,82$, natomiast dla własnego zdrowia – $2,85 \pm 1,05$.

Około 20% respondentów w badaniu własnym oceniło jakość swojego życia jako złą, 34% - jako ani dobrą, ani złą, natomiast 43% jako dobrą. Co ciekawe, 3% badanych oceniło jakość życia jako bardzo dobrą, a nikt nie ocenił jej jako bardzo złej. Obniżenie poziomu jakości życia najbardziej było widoczne w domenie fizycznej ($67 \pm 14,58$), co najprawdopodobniej wiązano z faktem występowania uciążliwych skutków ubocznych terapii. Najwyższe wyniki respondenci uzyskali w domenie psychologicznej ($78,47 \pm 12,81$) i socjalnej ($77,87 \pm 13,43$). Na pytanie 2. (WHOQOL-BREF), dotyczące zadowolenia z własnego zdrowia, odpowiedź niezadowolony i bardzo niezadowolony wskazywało odpowiednio 24% oraz 12% ankietowanych. 34% badanych odpowiedziało, że jest ani zadowolonych, ani nie zadowolonych z własnego zdrowia, natomiast bardzo zadowolonych było tylko 3% respondentów.

Yucel i wsp. twierdzą, że o jakości życia chorych decyduje nie tylko rodzaj leczenia, ale także czynniki takie jak stopień zaawansowania nowotworu i pole napromieniowania [6]. W badaniu własnym stwierdzono wpływ miejsca naświetlania na samoocenę jakości życia ($p = 0,003$). Podobne wyniki uzyskała Rożniecka-Hełmińska i wsp. [2]. Zależność ta najczęściej związana jest z wystąpieniem niepożądanych efektów terapii, które mają znaczący wpływ na samoocenę własnego zdrowia i jakości życia. Radioterapia jest bowiem metodą leczenia, która może skutkować szeroką gamą powikłań, zarówno miejscowych jak i ogólnoustrojowych.

W badaniu własnym, niepożądanych skutków terapii, które w największej mierze utrudniały chorym codzienne funkcjonowanie, doświadczali przede wszystkim pacjenci naświetlani w regionie głowa-szyja. Sygnalizowali oni najczęściej, ból i trudności w trakcie połykania spowodowane zmianami w jamie ustnej (49%), popromienne zapalenie skóry (42%), a także utratę smaku (35%).

Radioterapia głowy i szyi oraz przełyku powoduje: zapalenie błon śluzowych, zmniejszenie przyjmowania pokarmów i utratę masy ciała u prawie 80% pacjentów [10]. Wyniki te korespondują z wynikami innych autorów, którzy twierdzą, że czynnikami istotnie wpływającymi na ilość przyjmowanych pokarmów u pacjentów z nowotworami regionu głowy i szyi są: utrata apetytu, trudności z żuciem pokarmów, suchość jamy ustnej, gęsta ślina i ból [11]. Kacheksja nowotworowa, której elementem jest niedożywienie, stanowi poważny problem u pacjentów z chorobą nowotworową. Niedożywienie zwiększa częstość powikłań, śmiertelność oraz zmniejsza szanse na wyleczenie. U chorych z niedożywieniem dochodzi do utrudnionego gojenia się odczynu, co implikuje częstsze zakażenia wymagające leczenia farmakologicznego. W konsekwencji wpływa to na wprowadzanie przerw lub wcześniejsze zakończenie radioterapii [10]. Czynniki te mogą wpływać na obniżenie poziomu jakości życia. Weryfikacja badań własnych wykazała, że w badanej populacji zaobserwowano istotny wpływ utraty wagi na samoocenę jakości życia ($p = 0,031$). Osoby, które w trakcie terapii promieniami traciły na wadze, gorzej oceniały swoją jakość życia.

Negatywne skutki radioterapii w zakresie stanu odżywiania można minimalizować leczeniem żywieniowym. Żywnienie dojelitowe jest najbezpieczniejszą i najskuteczniejszą metodą leczenia żywieniowego u chorych z zachowaną funkcją i dostępem do przewodu pokarmowego, jednakże, jak każda forma terapii niesie za sobą ryzyko powikłań [12]. Najczęstszym powikłaniem stosowania gastrostomii może być miejscowe zakażenie rany, stwierdzone u około 15% chorych [13], wyciek treści żołądkowej z rurki, wrośnięcie wewnątrzżołądkowej części gastrostomii, zaparcia, biegunki, zaburzenia elektrolitowe. W przypadku stosowania sondy, istnieje ryzyko zapalenia zatok obocznych nosa, wystąpienie odleżyn w jamie nosa lub przełyku, co może być przyczyną bólu, infekcji, a w późniejszym czasie stenozы [10]. Powikłania te mogą powodować, że jakość życia pacjenta zostanie obniżona [12, 13]. Badania własne wykazały, że istnieje związek między stosowaniem sondy żołądkowej/gastrostomii a samooceną jakości życia ($p < 0,00001$). Respondenci, u których zastosowano odżywianie przez sondę lub gastrostomię gorzej oceniali jakość swojego życia.

Analiza zmiennych socjodemograficznych w badaniu własnym nie wykazała związku między płcią oraz miejscem zamieszkania a poziomem jakości życia pacjentów nowotworowych leczonych radioterapią w żadnej z czterech domen jakości życia. Można jednak stwierdzić, że w domenie fizycznej nieco lepszy wynik uzyskały kobiety, natomiast w trzech pozostałych domenach jakości życia – mężczyźni. Mieszkańcy miast i wsi ogólną jakość życia prezentowali na podobnym poziomie. Depta i wsp. także nie zaobserwowali wpływu miejsca zamieszkania na jakość życia [14]. Nieco inne wnioski, w wyniku analizy swoich badań, wyciągnęły Babiarczyk i Wnętrzak [8]. Autorki stwierdziły, że płeć to jedyny czynnik, który nie różnicował jakości życia pacjentów przez nie badanych. Obserwowały natomiast, że mieszkańcy miast wykazywali wyższy poziom ogólnej jakości życia [8]. Z badań Nordgrena i wsp. wynika, że płeć jest czynnikiem, który w znaczącym stopniu wpływa na samoocenę poziomu jakości życia chorych [15].

Następnym czynnikiem, który analizowano, był wiek respondentów. W opracowaniu własnym stwierdzono, że istnieje zależność między wiekiem a poziomem jakości życia w domenie środowisko. Takiej zależności nie wykazano natomiast w trzech pozostałych domenach jakości życia. Z badań innych autorów wynika, że wiek w znacznym stopniu różnicuje jakość życia chorych w niemal każdej dziedzinie [8, 16]. Babiarczyk i Wnętrzak zwracają także uwagę na ogromny wpływ wykształcenia na poziom jakości życia pacjentów. Twierdzą one, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa ogólna ocena jakości życia [8]. Z badań własnych wynika, że istnieje zależność między wykształceniem a jakością życia pacjentów leczonych promieniowaniem jonizującym w domenach: psychologicznej ($p = 0,026$), relacje społeczne ($p = 0,005$) i środowisko ($p = 0,0006$). Najlepsze wyniki w tych trzech domenach uzyskały jednak osoby z wykształceniem średnim. Poziom jakości życia w badaniu własnym różnicowany jest także przez stan cywilny. Zależność taką obserwowano w domenie relacje społeczne ($p = 0,003$) i środowisko ($p = 0,002$). Ogólną jakość życia lepiej oceniali żonaci/zamężni respondenci w porównaniu do rozwodników czy rozwódek. Podobnego zdania byli Rogers i wsp., którzy stwierdzili że osoby nie będące w stałych związkach gorzej oceniają ogólną jakość swojego życia [17].

Lęk i depresja stanowią poważny problemem medyczny u ponad połowy chorych na nowotwory, jednak dane epidemiologiczne pod tym względem nie są jednolite. Szacowany odsetek chorych na nowotwory z depresją różni się głównie w zależności od przyjmowanych kryteriów diagnostycznych i metod badawczych, rodzaju nowotworu, sposobu leczenia, a także od etapu rozwoju choroby [3]. Rozpoznanie choroby nowotworowej jest bardzo trudnym

doświadczeniem, a perspektywa ciężkiej choroby i długotrwałego procesu terapeutycznego wyzwała lęk, niepokój, złość, obawy, a często także depresję [18].

Analizując wyniki niniejszego badania zaobserwowano, że większość pacjentów (64%) nie wykazywała zaburzeń lękowych, natomiast u 18% wystąpiły wyraźne objawy lęku według podskali HADS-M lęk. Natomiast u kolejnych 18% stwierdzono stany graniczne. Podobnie prezentuje się kwestia depresji. U zdecydowanej większości badanych (67%) nie obserwuje się zaburzeń w tym zakresie. Wyraźne objawy depresji wystąpiły u 15% ankietowanych. Odmienne, od uzyskanych wyników badań własnych, prezentują się wyniki innych autorów [18, 19, 20].

Ze względu na to, że problematyka zaburzeń depresyjnych i lękowych w kontekście chorób nowotworowych jest zagadnieniem niezwykle złożonym [19], w niniejszej pracy dokonano oceny wpływu czynników socjodemograficznych na poziom lęku i depresji u osób z chorobą nowotworową leczonych metodą radioterapii.

Nasilenie objawów depresyjnych w badaniu własnym determinowały zmienne, takie jak płeć i wykształcenie. Wykazano istotny związek pomiędzy płcią a nasileniem depresji ($p = 0,043$), a także między wykształceniem a nasileniem depresji ($p = 0,016$). Związku takiego nie zaobserwowano w przypadku lęku. Najlepsze wyniki uzyskali mężczyźni oraz osoby ze średnim wykształceniem, a najgorsze osoby z wykształceniem podstawowym. Możliwe, że w tym przypadku istotną rolę odgrywał wyższy poziom świadomości związany z konsekwencjami, które wynikają z choroby nowotworowej. W badanej populacji nie zaobserwowano natomiast wpływu wieku, stanu cywilnego, czy miejsca zamieszkania na nasilenie lęku i depresji. Z kolei Baczewska i wsp., wskazują na istotnie statystyczną zależność między nasileniem depresji a wiekiem [18]. Dąbska i wsp. zaobserwowali natomiast, że wiek i poziom wykształcenia nie determinował objawów depresyjnych, za to miejsce zamieszkania i stan cywilny okazały się zmiennymi statystycznie istotnymi [19]. Z badań prowadzonych przez Sharma i Purkayastha można dowiedzieć się, że wiek, płeć oraz stan cywilny nie wpływały istotnie na wyniki nasilenia depresji u chorych na żadnym z etapów leczenia radioterapią [20]. W wyniku porównywania badań dotyczących nasilenia lęku i depresji u pacjentów chorych na nowotwory, można stwierdzić, że wyniki cytowanych powyżej autorów, różnią się między sobą. Nie można jednoznacznie określić, które ze zmiennych socjodemograficznych istotnie determinują nasilenie lęku i depresji. Rozpoznanie tych zaburzeń u osób z chorobami onkologicznymi jest trudne ze względu na dynamiczne oddziaływanie na pacjenta wielu czynników w różnym czasie. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej wciąż stanowią duże wyzwanie dla personelu medycznego,

zwłaszcza że ich objawy mogą być maskowane lub mogą mieszać się z innymi objawami typowymi dla samej choroby.

Analizując związek między poziomem jakości życia a występowaniem lęku i depresji u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych metodą radioterapii, można przyznać, że badania własne potwierdzają istotnie statyczną zależność między jakością życia a występowaniem lęku i depresji. W obu przypadkach istnieje dość silna korelacja ujemna, co oznacza, że im wyższy poziom jakości życia tym niższy wynik lęku i depresji.

Podsumowując, należy podkreślić, że ocena poziomu jakości życia oraz nasilenia lęku i depresji u chorych na nowotwory leczonych metodą radioterapii jest pojęciem dynamicznym i uzależnionym od wielu czynników. Może się też zmieniać wraz z upływem czasu.

WNIOSKI

1. Poziom jakości życia respondentów kształtował się na średnim poziomie, natomiast ocena własnego zdrowia na poziomie niskim. Najlepsze wyniki respondenci uzyskali w domenach psychologicznej i socjalnej. Pacjenci z chorobą nowotworową leczeni metodą radioterapii byli bardziej zadowoleni z jakości życia aniżeli ze swojego stanu zdrowia.
2. Poziom jakości życia determinowany był przez wiek (w domenie środowisko) oraz wykształcenie (w domenach: psychologicznej, relacje społeczne i środowisko). Na odczuwaną jakość życia nie miały wpływu takie czynniki, jak płeć i miejsce zamieszkania. Stan cywilny, w domenie relacje społeczne i środowisko, rzutował na poziom jakości życia badanych pacjentów.
3. Poziom jakości życia uzależniony był od lokalizacji naświetlania. Niższą jakość deklarowali chorzy naświetlani na okolicę głowy-szyja, natomiast najlepsze wyniki uzyskali chorzy naświetlani na okolicę klatki piersiowej.
4. Do obniżenia poziomu jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową leczonych metodą radioterapii najczęściej dochodziło na skutek uciążliwych skutków ubocznych terapii, wśród których chorzy przeważnie wskazywali na ból i trudności w trakcie połykania spowodowane zmianami w jamie ustnej, odczyn popromienny skóry oraz utratę smaku.
5. Pacjenci, którzy w wyniku bólu, trudności w połykaniu, utraty smaku i apetytu tracili na wadze i w związku z tym byli odżywiani przez zgłębnik lub gastrostomię, gorzej oceniali jakość swojego życia.

6. U większości badanych nie stwierdzono zaburzeń lękowych ani depresyjnych. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w badanej populacji 18% pacjentów wykazywało wyraźne objawy lęku. Wyraźne objawy depresji natomiast stwierdzono u 15% pacjentów.
7. Nasilenie objawów depresyjnych determinowane było przez płeć i wykształcenie. W przypadku płci lepsze wyniki uzyskiwali mężczyźni, a w przypadku wykształcenia - osoby z wykształceniem średnim. Nie stwierdzono natomiast wpływu na badany problem takich czynników, jak wiek, stan cywilny i miejsce zamieszkania.
8. Dane socjodemograficzne nie wpływały istotnie na nasilenie lęku. Należy jednak zaznaczyć, że w badaniach nie uczestniczyli chorzy w ciężkim stanie, co mogło wpłynąć na uzyskane wyniki.
9. Istnieje zależność między jakością życia a występowaniem lęku i depresji. Im wyższy poziom jakości życia chorego tym mniejsze nasilenie lęku i depresji.

PIŚMIENNICTWO

1. Dyczka J., Jassem J., Fijuth J.: Radioterapia nowotworów [w:] Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J., Kordek R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2019: 74-85.
2. Rożniecka-Hełmińska A., Maniak D.K., Kupcewicz E.: Quality of life of patients treated with radiotherapy. Journal of Education, Health and Sport 2018; 8 (3): 329-343.
3. Gołota S., Białczyk K., Wyszowska Z. i wsp.: Anxiety and depression in cancer patients - what do we lose? Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017; 11 (3): 111-117.
4. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF [w:] Jakość życia w naukach medycznych, Wołowicka L. (red.). Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001: 231-238.
5. Kozera E.: Zależność między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego. Współczesne Pielęgniarstwo w Ochronie Zdrowia 2015; 4: 85-88.
6. Yucel B., Akkaş E.A., Okur Y. et al.: The impact of radiotherapy on quality of life for cancer patients: a longitudinal study. Support Care Cancer 2014; 22 (9): 2479-87.
7. Żmijewska-Tomczak M., Milecki P., Olek-Harb K. et al.: Factors influencing quality of life in patients during radiotherapy for head and neck cancer. Archives of Medical Science 2014; 10 (6): 1153-59.

8. Babiarczyk B., Wnętrzak N.: Predyktory jakości życia pacjentów poddawanych radioterapii z powodu nowotworu okolic głowy i szyi. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2019; 4 (61): 262-269.
9. Smoleń E., Słysz M., Hombek K. i wsp.: Samoocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2020; 10 (1): 27-3.
10. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. et al.: Clinical nutrition in oncology: Polish recommendations. *Oncology Clinical Practice* 2015; 11: 172-188.
11. Farhangfar A., Makarewicz M., Ghosh S. et al.: Nutrition impact symptoms in a population cohort of head and neck cancer patients: Multivariate regression analysis of symptoms on oral intake, weight loss and survival. *Oral Oncology* 2014; 50 (9): 877-83.
12. Białas M., Biedka M.: Rola przeżskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) w poprawie lub utrzymaniu stopnia odżywienia w trakcie radioterapii lub chemioradioterapii w nowotworach regionu głowy i szyi. *Otarynolaryngologia* 2016; 15 (1): 21-27.
13. Roberge C., Tran M., Massoud C. et al.: Quality of life and home enteral tube feeding: a French prospective study in patients with head and neck or oesophageal cancer. *British Journal of Cancer* 2000; 82 (2): 263-269.
14. Depta A., Jewczak M., Skura-Madziła A.: Quality of life of patients from rural and urban areas in Poland with head and neck cancer treated with radiotherapy. A study of the influence of selected socio-demographic factors. *Archives of Medical Science* 2017; 13 (6): 1474-1482.
15. Nordgren M., Hammerlid E., Bjordal K. et al.: Quality of life in oral carcinoma: a 5-year prospective study. *Head & Neck* 2008; 30 (4): 461-470.
16. Tobiasz-Adamczyk B., Zapała J., Zawisza K. i wsp.: Wiek a zachowania w chorobie wśród osób z nowotworami głowy i szyi. *Gerontologia Polska* 2007; 15 (3): 82-89.
17. Rogers S.N., Semple C., Babb M. et al.: Quality of life considerations in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology* 2016; 130 (S2): 49-52.
18. Baczewska B., Kropornicka B., Drozd C. i wsp.: Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013; 14: 7-21.
19. Dąbska O., Humeniuk E., Krupa A.: Depresyjność u osób z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2017; 21 (2): 52-57.

20. Sharma N., Purkayastha A.: Prevalence of anxiety and depression in cancer patients during radiotherapy: A rural Indian perspective. *Journal of Cancer Research and Therapeutic* 2021; 17 (1):218-224.

WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH U PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU

Gabriel Ignaciuk¹, Grażyna Kobus²

1. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną zgonów w Polsce i na całym Świecie. Zaliczamy do nich między innymi: nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, w tym zawał serca, udar mózgu, zaburzenia rytmu serca, w tym migotanie przedsionków, niewydolność serca, wady zastawek serca. Umiera przez nie prawie 17 milionów osób rocznie. Szacuje się, że w Polsce stanowią przyczynę ok. 46% wszystkich zgonów. Wskaźnik umieralności z tego powodu jest od 1,5 do 3 razy wyższy niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej [1, 2].

Udar mózgu jest jednym z powikłań chorób sercowo-naczyniowych. Jest chorobą cywilizacyjną, dotyczącą w ogromnej większości przypadków osób powyżej 40-go roku życia. Obecnie jest to trzecia najczęstsza przyczyna zgonów na świecie. W krajach rozwiniętych, dzięki rozwojowi technik diagnostycznych i wzmożonym działaniom profilaktycznym obserwujemy spadek ryzyka wystąpienia udarów mózgu. Niestety, biorąc pod uwagę zjawisko starzejącego się społeczeństwa w krajach rozwijających się, epidemiolodzy spodziewają się wzrostu liczby udarów mózgu i związanych z tym obciążeń dla społeczeństwa i publicznej ochrony zdrowia. WHO podaje, że co roku udaru mózgu doświadcza ok. 15 milionów osób. Najczęściej są to udary niedokrwienne, ok. 70-80% przypadków, natomiast udary krwotoczne stanowią 20-30% wszystkich przypadków. W 2017r. udar mózgu był przyczyną ok. 6,2 miliona zgonów w światowej populacji, w tym 2,7 miliona zgonów nastąpiło w wyniku udaru niedokrwiennego. Stanowiło to 13% wszystkich zgonów na świecie. Ponadto, jest to jedna z głównych przyczyn niepełnosprawności na świecie (50% z rozpoznanym udarem mózgu) i druga przyczyna zespołu otępiennego (25% chorujących na udar).

W Polsce udar mózgu zajmuje trzecie miejsce (tuż po chorobach serca i nowotworach) w klasyfikacji najczęściej występujących chorób. Rocznie diagnozuje się go u ok. 80-90 tysięcy pacjentów. Dodatkowo, aż 30 tysięcy osób rocznie umiera z jego powodu, 20% pacjentów w ostrej fazie udaru, a 30% w ciągu pierwszego miesiąca od momentu zachorowania. W Polsce, podobnie jak w skali globalnej, udar mózgu stanowi jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności. 30% pacjentów wymaga pomocy w części czynności życia codziennego, a 20% chorych wymaga stałej, całodobowej opieki. Przewidywania wskazują, że w roku 2030 liczba zgonów na świecie spowodowanych przez udary wyniesie 7,68mln ludzi. W Polsce, kobiety chorują średnio 7 lat później niż mężczyźni. Szczyt zachorowań wśród przedstawicieli płci męskiej występuje w okresie między 60 a 70-tym r.ż., a drugi ok. 75. r.ż.. W grupie płci żeńskiej szczyt zachorowania występuje w przedziale między 80 a 90-tym r.ż., w starszych grupach wiekowych ich udział spada [3, 4].

Uważa się, że udar mózgu jest nadchodzącą epidemią XXI wieku. Wykazano, że wiele stanów patologicznych i behawioralnych przyczynia się do większego ryzyka występowania udarów mózgu. Dlatego obecnie pierwszorzędne znaczenie mają strategii zapobiegania udarom. Zwłaszcza w odniesieniu do ostatnich badań, które wykazują, że aż 85% wszystkich udarów można uniknąć poprzez zmianę stylu życia, a co za tym idzie zniwelowanie czynników ryzyka udarów mózgu.

Przyczyn udaru mózgu jest wiele, można je podzielić na dwie główne grupy:

Czynniki modyfikowalne – palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, hiperlipidemia, nadmierna ilość spożywanego alkoholu, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej i siedzący tryb życia.

Czynniki niemodyfikowalne, niezależne od stylu życia i leczenia – wiek powyżej 55. r.ż., płeć męska, choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne w wywiadzie rodzinnym.

Udar mózgu to choroba, której wystąpienie w znacznym stopniu pogarsza jakość życia pacjentów. Skuteczna profilaktyka jest kluczem do zmniejszenia poważnych społecznych i ekonomicznych konsekwencji udaru. Podejmowane wysiłki obejmujące zarówno leczenie farmakologiczne i nefarmakologiczne mogą istotnie przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia pierwszego incydentu udarowego, jak i uchronić pacjentów przed wystąpieniem kolejnego [5, 6, 7].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu.

MATERIAŁ I METODY

Badania miały charakter retrospektywny. Przeanalizowano dokumentację medyczną pacjentów hospitalizowanych w IV kwartale 2021 roku w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Grupę badaną stanowiło 75 pacjentów z rozpoznaniem udaru mózgu.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej (karty wypisowej) analizowano obciążenie czynnikami ryzyka. Szczególną uwagę zwracano na nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę, hipercholesterolemię, niedokrwienne ataki przejściowe (TIA, transient ischemic attack), przebyty udar mózgu, alkoholizm, otyłość i palenie tytoniu.

Zebrane dane poddano analizie w programie SPSS Statistics 27.0. Przedstawiono rozkład liczbowo-procentowy badanych parametrów z uwzględnieniem płci pacjenta oraz zbadano zależności między parametrami z zastosowaniem testów tj. test niezależności *chi-kwadrat*, test *t-studenta* dla dwóch grup niezależnych oraz analiza wariancji *ANOVA* dla kilku grup niezależnych. Istotność wyników przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

W celu przeprowadzenia badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, zgodę Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku oraz Kierownika Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku. Numer zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku APK.002.407.2021.

WYNIKI

W badanej grupie było 49,33% kobiet i 50,67% mężczyzn, w przedziale wieku 33 - 95 lat. Średni wiek kobiet to $78,32 \pm 11,89$ lat, mężczyzn $67,39 \pm 12,27$ lat.

Niezależnie od płci pacjentów największy odsetek stanowiły osoby z niedokrwinnym udarem mózgu (83,78% kobiet; 76,32% mężczyzn).

Wskaźnik BMI

Zaobserwowano istotną różnicę ($p < 0,05$) między kobietami i mężczyznami w strukturze wskaźnika BMI. W grupie mężczyzn częściej występowała otyłość i nadwaga (Tabela 1).

Tabela 1. Struktura BMI (wskaźnik masy ciała) pacjentów

		Kobieta		Mężczyzna		χ^2	p
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
BMI	17,00 - 18,49 - niedowaga	1	2,78%	0	0,00%	15,58	0,03*
	18,50 - 22,99 - norma niski przedział	11	30,56%	2	5,41%		
	23,00 - 24,99 - norma wysoki przedział	7	19,44%	5	13,51%		
	25,00 - 27,49 - nadwaga niski przedział	5	13,89%	8	21,62%		
	27,50 - 29,99 - nadwaga wysoki przedział	4	11,11%	5	13,51%		
	30- 34,90 - otyłość I stopnia	8	22,22%	10	27,03%		
	35 - 39,9 - otyłość II stopnia	0	0,00%	6	16,22%		
	> 40 - otyłość III stopnia	0	0,00%	1	2,70%		
	Razem	36	100,00%	37	100,00%		

N - liczebność, % - procent, χ^2 - statystyka testu chi-kwadrat; p – istotność * $p < 0,05$

Występowanie cukrzycy

Cukrzyca istotnie ($p < 0,05$) częściej występowała u kobiet (32,43% vs 24,32%). Insuliną było leczonych 76,92% kobiet, 55,56% mężczyzn.

Średnie wartości glukozy w dniu przyjęcia u kobiet wynosiły $142,08 \pm 52,45$ mg/dl; u mężczyzn $132,32 \pm 45,48$ mg/dl. Ok. 81% kobiet i mężczyzn miało podwyższone stężenie glukozy przy przyjęciu. Prawidłowe wartości glukozy stwierdzono u 18,92% kobiet i 15,79% mężczyzn.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze miało 86,48% kobiet i 94,29% mężczyzn. Średnie wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Średnie wartości ciśnienia i tętna

			<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ciśnienie [mmHg]	skurczowe	Kobieta	37	95,00	210,00	154,03	28,83
		Mężczyzna	37	100,00	201,00	153,70	27,19
Ciśnienie [mmHg]	rozkurczowe	Kobieta	37	63,00	110,00	84,68	11,51
		Mężczyzna	37	56,00	115,00	88,32	13,21

N - liczebność, *Min* – wynik najniższy, *Max* – wynik najwyższy, *M* - średnia, *SD* - odchylenie standardowe

Ok. 75% kobiet; 72,97% mężczyzn miało ciśnienie skurczowe powyżej normy. Ciśnienie rozkurczowe powyżej normy miało 32,43% kobiet i 48,65% mężczyzn i tętna (67,57% kobiet; 81,08% mężczyzn).

Palenie tytoniu

Zaobserwowano, że mężczyźni istotnie częściej palili papierosy (78,95% vs 5,41%; $p < 0,001$).

Spożywanie alkoholu

Płeć miała istotny wpływ na spożycie alkoholu. Mężczyźni częściej niż kobiety nadużywali alkoholu (26,32% vs 0,00%; $p < 0,001$).

Tylko w grupie mężczyzn wystąpiły przypadki potwierdzonego alkoholu we krwi podczas przyjęcia na oddział (10,53%) – Tabela 3.

Tabela 3. Struktura nadużywania alkoholu

			Kobieta		Mężczyzna		χ^2	<i>p</i>
			<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Nadużywanie alkoholu	Nie		37	100,00%	28	73,68%	11,24	0,001***
	Tak		0	0,00%	10	26,32%		
Alkohol we krwi podczas przyjęcia na oddział	Nie		37	100,00%	34	89,47%	-	-
	Tak		0	0,00%	4	10,53%		
	Razem		37	10,00%	38	100,00%		

N - liczebność, % - procent, χ^2 - statystyka testu chi-kwadrat; *p* – istotność $p < 0,001$

Zaburzenia lipidowe

W dniu przyjęcia do szpitala większość pacjentów miała wysokie stężenie cholesterolu całkowitego, stężenie cholesterolu HDL i trójglicerydów. Średnie wartości poszczególnych frakcji gospodarki lipidowej przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Gospodarka lipidowa w badanej grupie

			<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Cholesterol całkowity [mg/dl]	Kobieta		37	76,00	260,00	151,05	44,15
	Mężczyzna		38	90,00	242,00	156,97	35,78
Cholesterol HDL [mg/dl]	Kobieta		37	27,00	90,00	50,65	16,45
	Mężczyzna		38	27,10	130,00	46,58	18,18
Cholesterol LDL [mg/dl]	Kobieta		37	22,00	184,00	83,00	37,01
	Mężczyzna		38	43,00	191,00	91,76	33,07
Trójglicerydy [mg/dl]	Kobieta		37	43,00	177,00	99,27	27,76
	Mężczyzna		38	52,00	236,00	115,24	41,85

N - liczebność, *Min* – wynik najniższy, *Max* – wynik najwyższy, *M* - średnia, *SD* - odchylenie standardowe

DYSKUSJA

Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i miażdżyca są głównymi przyczynami zachorowalności, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności w Polsce i na świecie. Szacuje się, że w Europie schorzenia kardiologiczne są przyczyną 45% wszystkich zgonów na świecie [8]. Jest to szczególnie istotne,

kiedy występują w grupie pacjentów dotkniętych już innymi groźnymi dla życia schorzeniami. Schorzeniom naczyniowym mózgu można zapobiegać przez modyfikację czynników ryzyka dotyczących szczególnie zagrożonych jednostek, konkretnych populacji chorych oraz społeczności jako całości. Znaczna większość pacjentów obciążona jest więcej niż jednym czynnikiem ryzyka, a czynniki te częstowspółistniejąc ze sobą, działają w sposób sumujący się. Niezmiernie ważna staje się zatem profilaktyka udaru mózgu zarówno u osób, które dotychczas udaru nie przeżyły (profilaktyka pierwotna), jak i w populacji pacjentów po przeżytym incydencie udarowym (profilaktyka wtórna). Do skutecznej prewencji konieczna jest identyfikacja, leczenie i eliminacja czynników ryzyka udaru mózgu.

W przeprowadzonym badaniu potwierdzono występowanie licznych chorób czynników ryzyka, które mogą mieć wpływ na rozwój udaru mózgu. Było to m.in.: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, migotanie przedsionków, cukrzyca, otyłość, palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu.

Czynniki ryzyka chorób naczyniowych mózgu występują powszechnie i dotyczą dużego odsetka populacji, zwłaszcza w starszym wieku. Relatywne ryzyko zapadalności na udar mózgu wzrasta wraz z wiekiem i jest największe u osób po 70 r.ż. Zaobserwowano istotną różnicę między kobietami i mężczyznami w strukturze wieku ($p < 0,01$). Stwierdzono wyższy wiek zachorowania na udar mózgu wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Kobiety w największym odsetku były w wieku 80-89 lat (45,95%), natomiast mężczyźni w wieku 60-69 lat (42,11%). W niniejszych badaniach zwraca uwagę fakt, że najliczniejszą grupą osób z udarem niedokrwinnym są chorzy pomiędzy 60-69 r.ż., a w przypadku udaru krwotocznego 70-79 lat. Kobiety zazwyczaj później niż mężczyźni chorują na choroby układu krążenia, co wykazało badanie przeprowadzone w 2020 roku przez Wanga i wsp. [9].

Najczęstszym czynnikiem ryzyka u badanych chorych, zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn było nadciśnienie tętnicze. Według danych NFZ z 2018r. w Polsce nadciśnienie tętnicze ma 9,9mln osób dorosłych. Jest to nie tylko jedna z najczęściej występujących na świecie chorób układu sercowo-naczyniowego, ale także uznany czynnik chorób układu krążenia. W niniejszym badaniu niezależnie od płci najczęściej występującym schorzeniem współistniejącym było nadciśnienie tętnicze. Dotyczyło ono, aż 86,7% badanych (86,5% kobiet i 94,3% mężczyzn). W badaniach Nowickiego i wsp. [10], aż 55% respondentów określiło nadciśnienie tętnicze jako czynnik ryzyka występowania innych chorób sercowo-naczyniowych.

Wiadomo, że u chorych z nadciśnieniem tętniczym ryzyko wystąpienia udaru mózgu wzrasta 3-4-krotnie. Właściwa kontrola ciśnienia tętniczego ma istotne znaczenie dla prewencji chorób naczyniowych mózgu.

Kolejnym częstym schorzeniem współistniejącym było migotanie przedsionków. Jest ono najczęstszą przyczyną sercowopochodną zatoru u chorych z niedokrwiennym udarem mózgu. U chorych z bezobjawową arytmia, udar mózgu może być pierwszą manifestacją migotania przedsionków. W Rejestrze Udarów Mózgu przeprowadzonym w latach 1991-1992 w grupie chorych z udarem mózgu rozpoznanym po raz pierwszy, migotanie przedsionków występowało u 26% pacjentów. Niewada i wsp. [11] w rejestrze szpitalnym przeprowadzonym w latach 2001-2002 wykazali, że co 3. pacjent z udarem niedokrwiennym mózgu chorował na migotanie przedsionków. W naszych badaniach migotanie przedsionków miało ok.33% pacjentów.

Badania epidemiologiczne wykazały, że wzrost masy ciała jest bezpośrednio związany z ryzykiem udaru. O jej istotnym wpływie na wzrost ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia wspomina badanie zespołu badawczego prowadzonego przez Wormsera [12]. Na podstawie wskaźnika masy ciała, nadwagę stwierdzono u 29% chorych, a otyłość u 33%. Otyłość istotnie częściej dotyczyła mężczyzn. Prawdopodobieństwo udaru mózgu u osób z nadwagą jest o 22% większe, a u otyłych o 64% większe w porównaniu do osób odznaczających się prawidłową masą ciała. Niniejsze badanie było badaniem retrospektywnym i nie obliczano w nim współczynnika talia-biodra (*WHR*, waist-to-hip ratio). Jak wynika z wielu badań współczynnik powyższy może korelować ze wzrostem ryzyka udaru. W badaniu INTERHEART dowiedziono bardziej istotnej korelacji między wzrostem ryzyka udaru, a stopniem nasilenia otyłości brzusznej według oceny *WHR* niż w przypadku stosowania jako parametru BMI [13].

Cukrzyca jest uznawana za niezależny czynnik ryzyka udaru niedokrwiennego i jak pokazują dane statystyczne zwiększa to ryzyko dwukrotnie. Ponadto u pacjentów z cukrzycą stwierdza się zwiększone ryzyko czynników usposabiających do wystąpienia miażdżycy, takich jak nadciśnienie tętnicze, otyłość i dyslipidemia [14]. Wszystkie badania wykazały, że ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia dla pacjentów z cukrzycą jest od 1,7 razy wyższe dla mężczyzn i 2,1 razy wyższe dla kobiet, aż do 4 razy wyższe w porównaniu z chorymi bez cukrzycy. Wśród przebadanych pacjentów na cukrzycę chorowało 29% z nich. Insulinę przyjmowało 72% chorych, a doustne leki przeciwcukrzycowe 28% pacjentów.

Palenie tytoniu jest silnym, niezależnym czynnikiem chorób naczyniowych, w tym także udaru mózgu zarówno niedokrwiennego, jak i krwotocznego. Badania wykazały, że palacze są narażeni na ponad dwukrotnie większe ryzyko udaru, przy czym ryzyko to wzrasta znacząco u osób palących dużo [15]. W niniejszym badaniu aż 79% badanych mężczyzn paliło papierosy. Wśród kobiet odsetek ten wynosił jedynie 5%. Można więc częściowo potwierdzić postawioną tezę, która mówi o tym, że nikotynizm zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia udaru mózgu. Powyższe badanie potwierdziło to jedynie w przypadku mężczyzn, w odróżnieniu do badania przeprowadzonego w 2019r. przez zespół badawczy Kondo [15], który stwierdził, że w przypadku palenia tytoniu wzrasta ryzyko wystąpienia udaru mózgu, niezależnie od płci.

Wśród badanych pacjentów 13% z nich nadużywało alkoholu, co ważne byli to jedynie mężczyźni. Jedynie co dwudziesty pacjent z rozpoznanym udarem mózgu trafił do szpitala pod wpływem alkoholu. W 1998 roku przeprowadzono przegląd wielu badań prospektywnych, na podstawie którego stwierdzono korzystny wpływ umiarkowanych dawek alkoholu. Protekcyjne działanie wykazano przy spożyciu 1-3 jednostek alkoholu u mężczyzn i 1-2 jednostek alkoholu u kobiet. Za jednostkę uznaje się 250ml piwa, ok. 150ml wina i ok. 30ml wódki. Jeżeli jednak spożycie alkoholu przekracza wyżej opisane ilości, pojawia się bezpośrednia zależność między ilością spożywanego alkoholu, a wzrostem ciśnienia tętniczego oraz wzrostem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W badaniu INTERSTROKE [16] wykazano, że spożycie powyżej 5 jednostek alkoholu jednorazowo częściej niż 1 raz w tygodniu powoduje zwiększenie ryzyka udaru każdego rodzaju o 1,51 razy.

Pacjenci po przebytym udarze niedokrwiennym lub przemijającym ataku niedokrwiennym są w dużym stopniu obciążeni ryzykiem wystąpienia kolejnego incydentu mózgowo-naczyniowego, szczególnie w okresie tuż po wystąpieniu pierwszego udaru. Jak podają badania w pierwszym roku od zachorowania ryzyko kolejnego udaru wynosi 10-12%, a skumulowane 5-letnie ryzyko sięga aż 30-40%. Dlatego tak ważne u każdego chorego jest wczesne rozpoznanie etiologii udaru oraz wdrożenie skutecznej profilaktyki wtórnej. W udarach niedokrwiennych o etiologii miażdżycowej ogromne znaczenie mają działania ukierunkowane na stabilizację wartości ciśnienia tętniczego krwi, a także leczenie chorób współistniejących jak cukrzyca czy zaburzenia lipidowe. Końcowym efektem wdrożenia profilaktyki wtórnej jest zmniejszenie ryzyka kolejnego incydentu naczyniowego. Składa się na to: leczenie przyczynowe pierwotnego epizodu udarowego, identyfikacja i niezbędna modyfikacja klasycznych czynników ryzyka oraz wdrożenie terapii przeciwpłytkowej i przeciwkrzepliwej, dobranej indywidualnie do każdego chorego.

WNIOSKI

1. Najczęściej występującymi czynnikami ryzyka udaru mózgu było: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość i nadwaga, nikotynizm.
2. Należy położyć większy nacisk na edukację społeczeństwa w zakresie popularyzacji zasad zdrowego stylu życia. Przez wykrywanie i intensywne leczenie czynników ryzyka można w znaczącym stopniu ograniczyć zachorowalność na udar mózgu oraz istotnie wpływać na jego naturalny przebieg, zakres inwalidztwa po przebytym udarze i śmiertelność z tego powodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B.: Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. 2012: 55-74.
2. Matyjaszczyk P., Hoffmann K., Bryl W.: Epidemiologia wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Przegląd Diabetologiczny 2011; 6(4): 255-262.
3. Litwin T., Członkowska A.: Udar mózgu – wprowadzenie [w:] Neurologia, Stępień A. (red.). Medical Tribune Polska, 2014; tom II: 171-180.
4. Gawińska E.: Epidemiologia [w:] Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie, Raciborski F., Gujski M. (red.). Raport Instytutu Ochrony Zdrowia, 2016: 32-46.
5. Rosińczuk J, Kołtuniuk A, Księżyc M, et al. Selected risk factors of Ischemic Stroke. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013; 3(4): 331–335.
6. Członkowska A., Kobayashi A.: Postępowanie w udarze mózgu – wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Aktualizacja 2013: Leczenie trombolityczne. Neurologia i Neurochirurgia Polska 2013; 47(4): 303-309
7. Cichońska M, Borek M, Krawczyk W. Wybrane czynniki ryzyka, choroby i zespoły objawowe prowadzące do występowania udarów mózgu. Acta Scientifica Academiae Ostroviensis 2012; 1(sectio B): 27–46.
8. Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P. et al.: Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. European Heart Journal 2016; 37(42): 3232-3245.

9. Wang C., Yuan Y., Zheng M. et al.: Association of Age of Onset of Hypertension with Cardiovascular Diseases and Mortality. *Journal of the American College of Cardiology* 2020; 75(23): 2921-2930.
10. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. *Nursing Topics* 2009; 17(4): 321-327.
11. Niewada M., Skowrońska M., Ryglewicz D. i wsp.: Acute ischemic stroke care and outcome in centers participating in the Polish national stroke prevention and treatment registry. *Stroke* 2006; 37: 1837-1843.
12. Emerging Risk Factors Colaboration. Wormser D., Kaptoge S., Di Angeloantonino E. et al.: Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet* 2011; 377(9771): 108-1095.
13. Yusuf S., Hawken S., Ounupuu S. et al.: On behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 9.
14. Kissela B.M., Khoury J., Kleindorfer D. et al.: Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care* 2005; 28 (2), 355-359.
15. Kondo T., Nakano Y., Adachi S., Murohara T.: Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circulation Journal* 2019; 83(10): 1980-1985.
16. O'Donnell M.J., Xavier D., Liu L. et al.: Risk factors for ischaemic and intercerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010; 376: 112-123.

„DZIECKO TO PRZECIEŻ DAR” - DEPRESJA POPORODOWA W ASPEKcie Społecznym i Psychologicznym

Karolina Wanda Borkowska, Anna Grajewska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Termin depresji poporodowej funkcjonuje w nazewnictwie medycznym od końca XX w., jednak zaburzenia emocjonalne pojawiające się u kobiet w okresie połogu zauważono już w starożytności. W 460 r. p.n.e Hipokrates opisywał je jako zjawisko gorączki poporodowej, której rozwój związany jest z wpływem czynników wewnętrznych tj. wydzieliny wewnątrzustrojowe, które transportowane są do mózgu, wywołują omamy, niepokój i ataki manii. Próbkę dokładnej analizy depresji poporodowej podjęto w latach 70. XX w. Pochylenie się nad genezą tego rodzaju zaburzenia, poskutkowało wyodrębnieniem trzech jego rodzajów, w zależności od czasu trwania, objawów oraz jego skutków. W 1992 r. zjawisko depresji poporodowej zostało zakwalifikowane jako jednostka nozologiczna [1]. Depresja poporodowa klasyfikowana jest jako zaburzenie psychiczne. Diagnozowana jest jako epizod dużej depresji, występującej najczęściej w odstępie od 4 do 6 tygodni od porodu. Dane epidemiologiczne tej jednostki chorobowej wskazują, że dotyka ona od 7% do 19% kobiet w trakcie pierwszych 3 - 6 miesięcy po porodzie [2, 3]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że tego rodzaju zaburzenie psychiczne dotyka około 10 % kobiet w ciąży i oraz 13% kobiet w okresie połogu. W przypadku krajów rozwijających się odsetek ten sięga 15,6% kobiet w ciąży i aż 19,8 % kobiet w okresie okołoporodowym. W Polsce badania epidemiologiczne na ten temat nie są prowadzone. Te o charakterze ankieteryjnym wskazują na to, że depresja poporodowa dotyka od 10% do 30% polskich kobiet. W 2018 r. odnotowano w Polsce 388 tysięcy żywych urodzeń, z czego szacunkowa ilość matek dzieci dotkniętych depresją w jednym roku wynosiła 50 tysięcy [2, 3].

ROZWINIĘCIE

Wśród czynników ryzyka, które mogą prowadzić do depresji poporodowej wymienia się doświadczenie przemocy seksualnej, niechcianą lub niezaplanowaną ciążę oraz komplikacje związane z przebiegiem porodu. Podstawowymi objawami depresji poporodowej są problemy

z codziennymi czynnościami, problemy ze snem, ograniczenia racjonalnego myślenia i oceny sytuacji oraz nawracające myśli samobójcze. Należy podkreślić, że depresja poporodowa różni się od zjawiska tzw. baby blues. Syndrom ten, pomimo symptomów przypominających depresję mija najczęściej do 10 dni po porodzie [3]. Depresja poporodowa związana jest często z powszechnie nieakceptowalnymi społecznie schematami zachowań kobiety. Poczucie wrogości do noworodka, skłonności do działań destrukcyjnych wobec własnego dziecka oraz niechęć do jego pielęgnacji bywa stygmatyzowana. Skrajną postacią depresji poporodowej jest psychoza, która dotyka około 0,1% do 0,2 % matek. Objawia się halucynacjami, ogólną dezorientacją oraz utratą świadomości. Dotyka ona ok. 12 - 19% kobiet. Lucas [4] na podstawie dostępnych wyników badań statystycznych sugeruje, że ilość przypadków psychozy poporodowej pozostaje wartością niedoszacowaną i występuje częściej niż raz na 500 porodów. Autor szacuje, że liczba przypadków depresji o charakterze psychotycznym przekracza liczbę trzech przypadków na 100 porodów. Problemem w określeniu rzeczywistych statystyk pozostaje fakt braku hospitalizacji kobiet dotkniętych depresją z epizodami psychozy. Należy podkreślić, że zjawisko depresji nie dotyczy tylko kobiet, które urodziły dziecko. Podobnie częstym problemem jest depresja ciężarnych. Występowanie tego zaburzenia psychicznego podczas trwania ciąży zwiększa również ryzyko depresji po porodzie. Z uwagi na ten fakt, w klasyfikacji DSM - 5 depresja poporodowa nie została wyróżniona jako odrębna jednostka chorobowa, lecz klasyfikowana jest jako zaburzenie psychiczne występujące w okresie okołoporodowym. Według ICD – 10 depresja porodowa jest zaburzeniem psychicznym, występującym do 6 tygodni po porodzie. Według wielu specjalistów, norma określająca czas wystąpienia tego zaburzenia powinna zostać wydłużona i uwzględniać czas od 6 miesięcy do roku po porodzie. Zarówno w przebiegu depresji ciążowej jak i poporodowej, podkreśla się istotę konsekwencji zarówno dla matki, jak i dla dziecka [4]. Tego rodzaju zaburzenie psychiczne zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu, wystąpienia stanu przedrzucawkowego, cukrzycy czy potrzeby wykonania cesarskiego cięcia. Stan depresji poporodowej lub ciążowej nie pozostaje bez wpływu na rozwój dziecka w aspekcie emocjonalnym i społecznym. Pierwsze tygodnie życia noworodka mijają pod znakiem jego silnego przywiązania do głównego opiekuna, którym najczęściej pozostaje matka. Wyniki badań o charakterze populacyjnym ALSPAC wykazały, że zaburzenia o charakterze depresyjnym u matki, niosą za sobą trwałe zmiany w rozwoju dziecka. Są zauważalne nawet po ukończeniu przez nie 18-go roku życia. Zjawisko to było wyraźnie widoczne u niemowląt matek, które chorowały na depresję od 2 do 8 miesięcy po porodzie. Konsekwencje wynikające z choroby matki widoczne były również u dzieci w wieku od 3 do 4 lat. Polegały na problemach z ich zachowaniem.

Należy podkreślić, że depresja w okresie poporodowym u matki nie wpływa tylko na pierwsze lata życia dziecka. W wyżej wymienionych badaniach stwierdzono również, że dzieci kobiet zmagających się z tego rodzaju zaburzeniami na tle psychicznym, są obarczone dwukrotnie większym ryzykiem problemów z matematyką w 16-tym roku życia i aż siedmiokrotnie większym narażeniem na wystąpienie depresji po ukończeniu 18-go roku życia. Badania przeprowadzone przez Beebe i wsp. dowodzą, że depresja matki wpływa na interaktywność relacji na poziomie matka – niemowlę już w 4 miesiącu jego życia. Skutkiem zaburzenia tej zależności może być syndrom lękowego stylu przywiązania [4]. Podział ciąży na trymestry ma znaczenie nie tylko ze względu na zmieniającą się fizjonomię kobiety, ale również na zachodzące zmiany w jej psychice. Pierwszy trymestr ciąży określany jest mianem adaptacyjnego. Podczas jego trwania kobieta zмага się z wachlarzem emocji. Towarzyszące jej euforia, poczucie lęku oraz obniżenie nastroju warunkowane są przez zachodzące w organizmie zmiany neurohormonalne. W literaturze przedmiotu drugi trymestr definiowany jest jako czas stabilizacji emocjonalnej i psychicznej. U kobiety rozwija się świadomość o nowej roli w życiu. Za najtrudniejszy okres trwania ciąży uznawany jest trymestr trzeci. Towarzyszący przyszłej matce narastający lęk związany z porodem i towarzyszącym mu bólem fizycznym, wpływa również na stan psychiczny kobiety. To w tym czasie nawiązuje się najsilniejsza więź pomiędzy matką, a płodem. W trzecim trymestrze pojawia się również poczucie ciekawości dotyczącej wyglądu i zachowań noworodka. W opozycji do tych emocji pojawia się lęk o bezpieczeństwo swoje oraz dziecka, a także strach przed odnalezieniem się w nowej, nieznanej dotychczas roli. Zwieńczeniem okresu ciąży jest poród. Proces ten pod względem fizjologicznym, jak i psychicznym jest trudny. Istotnymi elementami podczas jego trwania są sposób radzenia sobie z bólem oraz emocjami współtowarzyszącymi [5].

Przyjście na świat dziecka społecznie traktowane jest jako wspaniałe i radosne przeżycie, jednak dla matki stanowi wyzwanie, związane z przymusem adaptacji do nowej sytuacji. Nie zawsze przebiega ona w sposób łatwy dla kobiety. Ciąża, poród oraz okres połogu związane są z permanentnymi zmianami w życiu matki. Ich charakter widoczny jest na polu społecznym i zawodowym. Obraz, który kreowany jest przez media, pokazujący wyłącznie wizję szczęśliwego macierzyństwa, pełnego spełnienia i radosnych chwil, jest skrajnie różny od rzeczywistości. Oczywiście, niektóre kobiety wchodzi w tę rolę w sposób naturalny, natomiast często posiadanie potomstwa wiąże się dla niektórych z poczuciem utraty autonomii i niezależności. Stan psychiczny kobiety po porodzie związany jest często z jej etapem życia. Nie bez znaczenia pozostaje tu jej status socjo – ekonomiczny oraz możliwość współdzielenia przeżywanych emocji z najbliższą osobą, czyli tatą dziecka.

Oprócz wyżej wymienionych czynników, na samopoczucie kobiety wpływ ma sposób przeżywania samego porodu oraz jego przebieg pod względem medycznym i psychicznym [6].

W 1996 roku Cheryl T. Beck [cyt. za 6] w swych badaniach ustaliła na podstawie wywiadów 9 przewodnich motywów występujących u matek z depresją poporodową. Wśród nich wymienia między innymi „mechanizację” w sposobie opieki nad noworodkiem, bez towarzyszącego przywiązania do dziecka, przytłoczenie wynikające z nowych obowiązków, chęć separacji fizycznej i psychicznej od noworodka. Kobietom z depresją poporodową towarzyszą również trudności w radzeniu sobie z emocjami, które mogą przejawiać się nawet tendencją do zachowań agresywnych. Przytoczone przez Cheryl T. Beck motywy, pojawiające się w przebiegu tego zaburzenia psychicznego, potwierdzają również inni autorzy badań. Teti, Towe – Goodman oraz Gonzales podnoszą temat zależności zachowań agresywnych z poporodową skłonnością do irytacji i nadwrażliwością. Ich wachlarz jest szeroki. Zachowania te mogą polegać na przemocy werbalnej, w postaci podnoszenia głosu, ubliżania i używania wulgaryzmów, po te o charakterze fizycznym objawiające się trzaskaniem drzwiami, niszczeniem przedmiotów, przemocą wobec dzieci, partnera czy zwierząt. Należy podkreślić, że bagatelizowanie objawów depresji poporodowej u matki może prowadzić do dzieciobójstwa lub samobójstwa matki. Pomimo skrajności obu tych sytuacji, ich przedstawienie pozwala na wyraźne podkreślenie istoty dbania o samopoczucie matki po porodzie. Realne zagrożenie zabójstwa dziecka związane jest z psychozą poporodową, opisywaną we wcześniejszych akapitach. Halucynacje lub urojenia towarzyszące kobiecie w tym zaburzeniu psychicznym może prowadzić do chęci „ochrony” dziecka przed jej destrukcyjnymi zachowaniami. Relatywnie rzadką sytuacją jest również samobójstwo matki. Tendencje do obniżonego nastroju skutkującego pojawieniem się myśli o charakterze autodestrukcyjnym, nie powinny być bagatelizowane zarówno przez specjalistów jak i członków rodziny matki dziecka [6].

Depresja poporodowa skutkuje nie tylko problemami psychicznymi kobiety, ale przekłada się na sytuację rodzinną. Badania nad relacją w związku partnerskim pokazują, że w pierwszym roku po narodzinach dziecka częstotliwość występowania konfliktów rośnie. Tendencja ta może wynikać ze zmiany priorytetów w życiu kobiety. Dodatkowym problemem pojawiającym się po porodzie są zaburzenia w życiu seksualnym pary. Zmniejszenie poziomu libido, utrata zainteresowania współżyciem seksualnym mogą być dodatkowym punktem zapalnym, prowadzącym do kłótni. Huang i Mathers przeprowadzili badania o charakterze porównawczym, w którym porównali sytuacje kobiet z depresją poporodową zamieszkujących Wielką Brytanię oraz Tajwan. Obie grupy badane były jednorodne pod względem liczebności. Aktywność seksualna tych kobiet determinowana była przez poczucie niepokoju o dziecko.

Udział czynników fizycznych również nie pozostaje w tym aspekcie bez znaczenia. 10 - 14% kobiet z porównywanych grup przyznało, że odczuwa obawy przed współżyciem, podczas gdy aż 87 - 91% kobiet zadeklarowało, że podczas trwania ciąży utrzymywały stosunki seksualne raz do dwóch razy w tygodniu. Różnice w kulturze badanych kobiet były wyraźne. U obywaterek Wielkiej Brytanii wykazano ujemny związek pomiędzy depresją poporodową, a pewnością w aspekcie seksualnym. W przypadku kobiet z Tajwanu istotnie silną zależnością okazał się wpływ słabych relacji z partnerem na niski poziom seksualnej pewności siebie w przebiegu depresji poporodowej [6]. Negatywne skutki depresji poporodowej dostrzegane są nie tylko w jakości relacji partnerskiej kobiety, lecz również kontaktach z innymi ludźmi. Strach przed oceną społeczną, komentarzami na temat wychowania i opieki nad dzieckiem prowadzą do chęci izolacji w kontaktach społecznych [6].

PODSUMOWANIE

Pomimo popularyzacji społecznego stereotypu o tym, że „dziecko to przecież dar” warto nadmienić, że zarówno sam okres ciąży, jak i posiadania nie zawsze muszą być postrzegane przez kobietę jako „błogosławieństwo”. Indywidualność jednostki, jej doświadczenia na tle psychicznym, ekonomicznym oraz społecznym mogą wpływać na samopoczucie psychiczne przyszłej mamy. Społeczna stygmatyzacja kobiet, które zmagają się z depresją poporodową, nacisk na poświęcenie stuprocentowej uwagi dziecku niezależnie od pojawiających się trudnych emocji, może doprowadzić nie do poprawy jakości opieki nad noworodkiem, ale do tragedii. Należy pamiętać, że czas ciąży, porodu i połogu to nie tylko ogrom zmian w funkcjonowaniu organizmu matki, ale również przełomowy czas dla jej zdrowia psychicznego. Akceptacja obaw kobiety dotyczących nowej roli, wsparcie osób najbliższych oraz unikanie zbędnych komentarzy na temat jej macierzyństwa są elementami niezbędnymi w przebiegu depresji poporodowej. Nie są one substytutem psychoterapii czy leczenia psychiatrycznego, lecz mogą stanowić ich fundament. Słynny lekarz średniowieczny, Paracelsus nazywał osoby z utratą tzw. „*spiryus vitae*” niewolnikami smutku. Określenie to jest nadal aktualne i doskonale opisuje sytuacje kobiet z depresją poporodową. Społecznym obowiązkiem jest ochrona przyszłych i świeżo upieczonych matek przed pozostaniem w tym „niewolnictwie”.

PIŚMIENNICTWO

1. Petrycka – Kossakowska K., Matyja – Wałęcka K.: Depresyjne zaburzenia nastroju u kobiet po narodzinach dziecka. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*, 2007; 11: 48 - 57.
2. Maliszewska K., Freund – Świątkowska M., Bidzian M. i wsp.: 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.
3. Agencja Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji Rekomendacja nr 13/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących problemu zdrowotnego depresji poporodowej.
4. Kalita L., Dętkoś – Chrzan M.: Rola wczesnej interwencji psychologicznej w profilaktyce i terapii depresji poporodowej. *Psychoterapia* 2019; 1(188): 47 - 61.
5. Wojdyła Z., Żurawicka D., Łuczak I. i wsp.: Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i porodu [w:] Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny, Żurawska D., Łuczak I., Wojtal M., Siekierka J. (red.). Wyd. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2019: 198 - 205.
6. Kossakowska K.: Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny [w:] *Kwartalnik naukowy Fides et ratio: Życie i płodność. Ujęcie interdyscyplinarne*. Kuczapska – Ślizeń E., Ryś M., Puzyna – Tataj U. (red.). 2020, 3(43): 135 - 151.

OCENA BÓLU POOPERACYJNEGO U KOBIET PO ZABIEGACH GINEKOLOGICZNYCH DROGĄ POCHWOWĄ I BRZUSZNĄ

Małgorzata Gierszewska¹, Milena Szewczyk²

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Operacja ginekologiczna definiowana jest jako zespół zabiegów przeprowadzanych w obrębie żeńskich narządów płciowych, powodując uraz tkanek [1]. W ginekologii wykorzystuje się zarówno techniki chirurgii klasycznej i endoskopowej. Każda operacja jest przeprowadzana na tkankach i narządach, której celem jest poprawa stanu zdrowia pacjentki. Może być wykonywana z przyczyn diagnostycznych lub leczniczych [2]. Konieczność przeprowadzenia operacji jest przeciwieństwem leczenia zachowawczego, będącego leczeniem nieinwazyjnym. Ta forma terapii oparta jest na farmakologii, fizjoterapii i edukacji, a także profilaktyce. Konsekwencje, jakie niesie ze sobą zabieg mają wpływ nie tylko na strefę fizyczną człowieka, ale też emocjonalną [3].

Postępowanie pooperacyjne koncentruje się na kilku aspektach, takich jak skrócenie czasu hospitalizacji i rekonwalescencji pacjenta, obniżeniu ryzyka wystąpienia powikłań, a także skutecznym leczeniu bólu. Terapia przeciwbólowa bezpośrednio wpływa na jakość życia pacjenta, a opieka pooperacyjna ma na celu poprawić i podnieść komfort chorego. Wyeliminowanie bólu pooperacyjnego jest możliwe dzięki współpracy personelu medycznego, który przy wykorzystaniu aktualnej wiedzy medycznej i dostępnych możliwości może osiągnąć zamierzony cel [4].

Istotne jest, aby opieka pielęgniarstwa skupiała się na zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Jest to możliwe dzięki wykorzystywaniu m.in. takich form jak skala do pomiaru natężenia bólu, metod zwalczania bólu, prowadzeniu dokładnej i rzetelnej dokumentacji pacjenta, a także systematyczne edukowanie chorego.

Pomiary bólu najczęściej przeprowadza się za pomocą wykorzystania różnego rodzaju skal bólu. Obejmują one także ocenę miejsca występowania, rodzaju i nasilenia bólu. W zależności od nasilenia dolegliwości dokonuje się określenia czasu, w jakim należy powtarzać ocenę natężenia bólu. Skale stosowane w takich sytuacjach to np.: skala słowna (Verbal Rating Scale –VRS), skala oceny klinicznej (Numerical Rating Scale -NRS), skala wzrokowo –analogowa (Visual Analogue Scale -VAS) [5].

Leczenie bólu pooperacyjnego jest dobierane indywidualnie i po określeniu prawdopodobnego czasu trwania terapii, rodzaju i intensywności bólu, chorób współistniejących i dotychczas przyjmowanych leków. Jest to zatem działanie wielowymiarowe i wymagające uwzględnienia wielu czynników jednocześnie [6].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena bólu pooperacyjnego po zabiegach ginekologicznych wykonanych drogą pochwową i brzuszną.

MATERIAŁ I METODY

Na potrzeby przeprowadzenia badania rozdano 200 ankiet, z czego zwrócono 198 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy. Grupa badawcza składała się ze 198 kobiet. Były to kobiety w różnym wieku, mieszkające w mieście lub na wsi. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Wypełnienie ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, zaś narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety.

WYNIKI

Odpowiedzi respondentek dotyczące odczuwanego bólu pooperacyjnego pozwoliły na przeprowadzenie analizy statystycznej zmiennych dotyczących liczby wykonanych zabiegów a czasem kiedy pojawił się ból pooperacyjny.

Tabela 1. Zróznicowanie respondentek z uwzględnieniem czasu, po jakim pojawia się ból pooperacyjny - w przypadku pacjentek, które nigdy nie miały wykonanej operacji ginekologicznej

Brak przebytych zabiegów	Czas, po jakim pacjentka zaczęła odczuwać ból				
	Bezpośrednio po operacji	Po 1 -2h od operacji	Po 3 -6h od operacji	Dopiero w pierwszej dobie po operacji	Ogółem
Tak	37 /30,28	23 /24,77	42 /46,24	7 /7,71	109
Nie	18 /24,72	22 /20,28	42 /37,76	7 /6,29	89
Ogółem	55	45	84	14	189

Tabela 2. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Brak przebytych zabiegów	Czas, po jakim pacjentka zaczęła odczuwać ból				
	Bezpośrednio po operacji	Po 1 -2h od operacji	Po 3 -6h od operacji	Dopiero w pierwszej dobie po operacji	Ogółem
Tak	1,49	0,13	0,39	0,06	2,07
Nie	1,83	0,15	0,48	0,08	2,54
Ogółem	3,32	0,28	0,87	0,14	4,61

Obliczona wartość $\chi^2=4,61$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}}=7,815$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=3$. Wartość statystyki jest mniejsza od wartości tablicowej, więc hipotezę należy odrzucić. Jest to równoznaczne z tym, że nie istnieje zależność między brakiem przebytych zabiegów w przeszłości, a bezpośrednim pojawieniem się bólu po operacji. Dla poziomu istotności większego od 0,90 statystyka robi się istotna statystycznie. Im wyższa wartość poziomu istotności tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa.

Tabela 3. Zróżnicowanie respondentek z uwzględnieniem czasu, po jakim pojawia się ból pooperacyjny - w przypadku pacjentek, u których przeprowadzono trzy lub więcej operacji

Przejsie trzech lub więcej zabiegów	Czas, po jakim pacjentka zaczęła odczuwać ból				
	Bezpośrednio po operacji	Po 1 -2h od operacji	Po 3 -6h od operacji	Dopiero w pierwszej dobie po operacji	Ogółem
Tak	4 /5,94	7 /4,88	8 /9,02	0 /0,95	21
Nie	52 /50,01	39 /41,12	77 /75,98	9 /8,05	177
Ogółem	56	46	85	9	198

Tabela 4. Zróżnicowanie respondentek z uwzględnieniem czasu, po jakim pojawia się ból pooperacyjny - w przypadku pacjentek, u których przeprowadzono trzy lub więcej operacji

Przejsie trzech lub więcej zabiegów	Czas, po jakim pacjentka zaczęła odczuwać ból				
	Bezpośrednio po operacji	Po 1 -2h od operacji	Po 3 -6h od operacji	Dopiero w pierwszej dobie po operacji	Ogółem
Tak	0,63	0,92	0,12	0,95	2,62
Nie	0,08	0,11	0,01	0,11	0,31
Ogółem	0,71	1,03	0,13	1,06	2,93

Obliczona wartość $\chi^2=2,93$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}}=7,815$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=3$. Wartość statystyki jest mniejsza od wartości tablicowej, więc hipotezę należy odrzucić. Jest to równoznaczne z tym, że nie istnieje zależność między przejściem trzech lub więcej operacji w przeszłości, a bezpośrednim pojawieniem się bólu po operacji.

Dla poziomu istotności większego od 0,90 statystyka robi się istotna statystycznie. Im wyższa wartość poziomu istotności tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa.

Tabela 5. Zróżnicowanie respondentek z uwzględnieniem wykonania operacji metodą laparoskopową a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu po podaniu leków przeciwbólowych

Poddanie się zabiegowi wykonanego metodą laparoskopową	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	0 /1,32	37 /30,32	43 /42,62	7 /12,74	87
Nie	3 /1,69	35 /40,36	39 /45,97	34 /22,98	111
Ogółem	3	72	82	41	198

Tabela 6. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Poddanie się zabiegowi wykonanego metodą laparoskopową	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	1,32	1,47	0,01	2,59	5,39
Nie	1,01	0,71	1,06	5,28	8,06
Ogółem	2,33	2,18	1,07	7,87	13,45

Obliczona wartość $\chi^2=13,45$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}}=7,815$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=3$. Wartość statystyki jest większa od wartości tablicowej, więc hipotezę należy potwierdzić. Jest to równoznaczne z tym, że istnieje zależność między wykonaniem operacji metodą laparoskopową, a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego (po podaniu leków przeciwbólowych). Im poziom istotności jest niższy tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa jest większe.

Tabela 7. Zróżnicowanie respondentek z uwzględnieniem przeprowadzonej histeroskopii a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu po podaniu leków przeciwbólowych

Poddanie się zabiegowi histeroskopii	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	0 /0,64	1 /15,06	13 /17,39	28 /8,91	42
Nie	3 /2,36	70 /55,93	69 /64,61	14 /33,09	156
Ogółem	3	71	82	42	198

Tabela 8. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Poddanie się zabiegowi histeroskopii	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	0,64	13,13	1,11	40,91	55,79
Nie	0,17	3,54	0,29	11,01	15,01
Ogółem	0,81	16,67	1,4	51,92	70,8

Obliczona wartość $\chi^2=70,8$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{kryt}=7,815$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=3$. Wartość statystyki jest większa od wartości tablicowej, więc hipotezę należy potwierdzić. Jest to równoznaczne z tym, że istnieje zależność między wykonaniem histeroskopii, a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego (po podaniu leków przeciwbólowych). Im poziom istotności jest niższy tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa jest większe.

Tabela 9. Zróżnicowanie respondentek z uwzględnieniem wykonania operacji drogą pochwową a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu po podaniu leków przeciwbólowych

Poddanie się zabiegowi wykonanego drogą pochwową	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	0 /0,71	16 /16,85	30 /20,89	1 /8,55	47
Nie	3 /2,29	55 /54,15	58 /67,11	35 /27,45	151
Ogółem	3	71	88	36	198

Tabela 10. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Poddanie się zabiegowi wykonanego drogą pochwową	Zmniejszenie stopnia nasilenia bólu (po podaniu leków przeciwbólowych)				Ogółem
	Ból nie zmniejszył się	Ból zmniejszył się w niewielkim stopniu	Ból został wyeliminowany na dłuższy czas	Ból został całkowicie wyeliminowany	
Tak	0,71	0,04	3,97	6,67	11,36
Nie	0,22	0,01	1,24	2,08	3,55
Ogółem	0,93	0,05	5,21	8,75	14,91

Obliczona wartość $\chi^2=14,91$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}} = 7,815$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=3$. Wartość statystyki jest większa od wartości tablicowej, więc hipotezę należy potwierdzić. Jest to równoznaczne z tym, że istnieje zależność między wykonaniem operacji drogą pochwową, a zmniejszeniem stopnia nasilenia bólu pooperacyjnego (po podaniu leków przeciwbólowych). Im poziom istotności jest niższy tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa jest większe.

Tabela 11. Zróznicowanie respondentek z uwzględnieniem zastosowania znieczulenia podpajęczynówkowego a czasem, kiedy nastąpiło uruchomienie po operacji

Zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego	Czas, kiedy pacjentka została uruchomiona po operacji					Ogółem
	Po mniej niż 6h po operacji	W trakcie 6 –12h po operacji	Rano, pierwszego dnia po operacji	Popołudniu, pierwszego dnia po operacji	Drugiego dnia po operacji	
Tak	1 /13,68	10 /13,89	24 /9,98	5 /3,47	3 /1,95	43
Nie /Nie pamiętam	62 /49,32	54 /50,1	22 /36,01	11 /12,53	6 /7,05	155
Ogółem	63	64	46	16	9	198

Tabela 12. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego	Czas, kiedy pacjentka została uruchomiona po operacji					Ogółem
	Po mniej niż 6h po operacji	W trakcie 6 –12h po operacji	Rano, pierwszego dnia po operacji	Popołudniu, pierwszego dnia po operacji	Drugiego dnia po operacji	
Tak	11,75	1,09	19,69	0,67	0,57	33,77
Nie /Nie pamiętam	3,26	0,3	5,45	0,19	0,16	9,36
Ogółem	15,01	1,39	25,14	0,86	0,73	43,13

Obliczona wartość $\chi^2=43,13$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}}=9,488$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=4$. Wartość statystyki jest większa od wartości tablicowej, więc hipotezę należy potwierdzić. Jest to równoznaczne z tym, że istnieje zależność między zastosowaniem znieczulenia podpajęczynówkowego, a szybszym uruchomieniem pacjentki po operacji. Im poziom istotności jest niższy tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa jest większe.

Tabela 13. Zróźnicowanie respondentek z uwzględnieniem zastosowania znieczulenia ogólnego a czasem, kiedy nastąpiło uruchomienie po operacji

Zastosowanie znieczulenia ogólnego	Czas, kiedy została pacjentka uruchomiona po operacji					Ogółem
	Po mniej niż 6h po operacji	W trakcie 6 –12h po operacji	Rano, pierwszego dnia po operacji	Popołudniu, pierwszego dnia po operacji	Drugiego dnia po operacji	
Tak	60 /47,73	52 /48,49	21 /34,85	11 /12,12	6 /6,82	150
Nie /Nie pamiętam	3 /15,28	12 /15,52	25 /11,16	5 /3,88	3 /2,18	48
Ogółem	63	64	46	16	9	198

Tabela 14. Wartości liczebności przewidywanych przy założeniu niezależności cech

Zastosowanie znieczulenia ogólnego	Czas, kiedy została pacjentka uruchomiona po operacji					Ogółem
	Po mniej niż 6h po operacji	W trakcie 6 –12h po operacji	Rano, pierwszego dnia po operacji	Popołudniu, pierwszego dnia po operacji	Drugiego dnia po operacji	
Tak	3,15	0,25	5,5	0,1	0,09	9,09
Nie /Nie pamiętam	9,87	0,79	17,16	0,32	0,31	28,47
Ogółem	13,02	1,04	22,68	0,42	0,4	37,56

Obliczona wartość $\chi^2=37,52$ została porównana z wartością krytyczną testu $\chi^2_{\text{kryt}}=9,488$, natomiast $p=0,05$. Stopień swobody wynosi $df=4$. Wartość statystyki jest większa od wartości tablicowej, więc hipotezę należy potwierdzić. Jest to równoznaczne z tym, że istnieje zależność między zastosowaniem znieczulenia ogólnego, a szybszym uruchomieniem pacjentki po operacji. Im poziom istotności jest niższy tym większe prawdopodobieństwo, że zależność jest prawdziwa jest większe.

DYSKUSJA

Istotnym elementem badania było uzyskanie odpowiedzi respondentek dotyczącej odczuwanego przez nie bólu pooperacyjnego. Podstawową kwestią był czas, po którym kobiety zaczęły odczuwać dolegliwości bólowe. Najwięcej pacjentek przyznało, że ból pojawił się w trakcie 3 - 6 h po operacji (42%). Pacjenci z reguły najsilniejszy ból odczuwają w pierwszej dobie po operacji. Takie sytuacje znajdują potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów. W porównaniu do stopnia nasilenia bólu w kolejnych dniach pierwsze godziny po operacji są źródłem największych dolegliwości bólowych. Zadanie położnej w procesie pooperacyjnym polega na zapewnieniu opieki nad pacjentką, w ramach której zostaną wprowadzone skuteczne działania w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Jednak badania innych autorów zwracają uwagę na błędy popełniane w trakcie opieki nad pacjentami. Aż 55% respondentów odpowiedziało, że nie miało badanego poziomu natężenia bólu. U 71% pacjentów nie wykonano tej czynności w drugim dniu po operacji, a u 84% osób - w trzecim. Ponadto u większości pacjentów (75%) stosowano tylko metody farmakologiczne na uśmierzanie bólu. Obejmowały one przede wszystkim podawanie leków opioidowych. W oparciu o przeprowadzone badania stwierdzono, że pomimo istniejących standardów i wytycznych postępowania w bólu ostrym, tylko 14% pacjentów było leczonych według tych zasad [7].

W przeprowadzonych badaniach zapytano respondentki także, czy po otrzymaniu leków przeciwbólowych ból zmniejszył się lub został całkowicie wyeliminowany. 41,2% respondentek odpowiedziało, że ból został wyeliminowany na dłuższy czas jako efekt przyjęcia leków przeciwbólowych. Natomiast 20,6% kobiet odpowiedziało, że ból został wyeliminowany całkowicie. Licznie prowadzone badania neurofizjologiczne w powiązaniu z farmakologicznymi pozwoliły na zrozumienie zjawiska, jakim jest ból pooperacyjny. Na ich podstawie wprowadzono optymalizację całego postępowania przeciwbólowego. W ramach tego postępowania stosuje się zarówno farmakoterapię, jak i działania nefarmakologiczne.

Istotnym elementem opieki jest także profilaktyka przed wystąpieniem w przyszłości przetrwałego bólu pooperacyjnego [8].

Piśmiennictwo zwraca uwagę na to, jak istotne jest leczenie bólu pooperacyjnego. Pozwala na zdecydowaną poprawę jakości życia pacjenta. Jednocześnie skraca hospitalizację i ryzyko powstania powikłań. Zaletą tego rodzaju postępowania jest również zminimalizowanie ryzyka wystąpienia przetrwałego bólu pooperacyjnego. Przetrwały ból pooperacyjny charakteryzowany jest jako przewlekły ból utrzymujący się dłużej niż trzy miesiące i występuje pomimo zagojenia tkanek operowanej okolicy. Leczenie przeciwbólowe prowadzone bezpośrednio po wykonanej operacji pomaga zminimalizować ryzyko wystąpienia długotrwałego bólu. Zgodnie z badaniami innych autorów stwierdzono, że jest to problem diagnozowany aż u 44% pacjentów. U 10% z tych osób jest to na tyle poważny problem medyczny, że wymaga stosowania specjalistycznego leczenia [7].

Na ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych ma również wpływ czas aktywizacji pacjentki po wykonanej operacji. W przeprowadzonym badaniu większość pacjentek została uruchomiona w trakcie sześciu do dwunastu godzin (32,5%) lub mniej niż sześciu godzin od zabiegu (31,5%). Aktywność fizyczna w znacznym stopniu wpływa na stan pacjenta i pozwala na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania organizmu. Wczesne uruchomienie pacjentki zależy od jej stanu i wydolności fizycznej, a także samopoczucia [9]. Szybkie uruchomienie pacjentki stanowi także istotny element profilaktyki przeciwzakrzepowej. Badania innych autorów potwierdziły, że w przypadku 15% chorych, u których unieruchomienie po operacji trwało mniej niż siedem dni zauważono wystąpienie żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej. Natomiast u ponad 80% chorych zauważono objawy tej choroby w sytuacji, gdy byli oni unieruchomieni dłużej niż siedem dni od operacji [10].

Opieka położnicza nad pacjentką po operacji różni się w zależności od rodzaju zabiegu, jaki został wykonany. Jest to przede wszystkim opieka pielęgnacyjno-usprawniająca. Istotne znaczenie ma także rodzaj zastosowanego znieczulenia. W zależności od czasu, jaki minął od wykonania operacji potrzeby pacjentki ulegają zmianie. Na początkowym etapie stosuje się leczenie wypoczynkowe. Tego rodzaju postępowanie polega na maksymalnym ograniczeniu wszelkich działań, które męczą pacjentkę i wymagają od niej intensywnych działań ruchowych. W trakcie całego procesu opieki etapowo wdrażana jest aktywizacja ruchowa i aktywność fizyczna [11].

Warto zwrócić uwagę, że z wykonywaniem operacji ginekologicznych ma związek nie tylko ból pooperacyjny, ale także takie zjawiska jak lęk przedoperacyjny. Jest to sytuacja ściśle powiązana z edukacją i opieką prowadzoną przez położną.

Lęk przedoperacyjny w piśmiennictwie jest opisywany jako najczęstsza oznaka strachu przed hospitalizacją, operacją i okresem pooperacyjnym. Są to emocje, które bardzo często towarzyszą pacjentom przed planowymi zabiegami operacyjnymi. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami lęk przedoperacyjny występuje u 25% do 80% pacjentów [12]. Chorzy najbardziej obawiają się samej operacji, jej efektów, zastosowanego znieczulenia i objawów, które mają miejsce po operacji –przede wszystkim wymioty i ból pooperacyjny. [13].

Jednym z elementów, który tworzy pooperacyjne postępowanie opiekuńcze to edukacja prowadzona przez położną. Edukacja polega przede wszystkim na przekazaniu informacji na temat samopielęgnacji i samoobserwacji, które powinny być prowadzone przez pacjentkę w warunkach domowych. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami najlepsze efekty i korzyści dla pacjentki przynosi początkowo przekazanie ustnie wszelkich rad i wskazówek, a następnie spisanie ich. Zalecane jest również przekazanie pacjentce ulotek lub broszur, które pomogą jej i ułatwią powrót do zdrowia [14].

WNIOSKI

1. Przebycie trzech lub więcej zabiegów operacyjnych nie ma wpływu na czas, po którym pacjentka zaczyna odczuwać ból pooperacyjny.
2. Zabieg wykonany metodą laparoskopową zmniejsza odczuwanie pooperacyjnych dolegliwości bólowych (po podaniu leków przeciwbólowych), podobnie dzieje się w przypadku przejścia histeroskopii, laparotomii oraz operacji wykonanej drogą pochwową.
3. Zastosowanie znieczulenia podpajęczynówkowego stwarza możliwość szybszego uruchomienia pacjentki po operacji, podobne możliwości stwarza zastosowanie znieczulenia ogólnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Pisarska-Krawczyk M., Jarząbek-Bielecka G.: Zagadnienia interdyscyplinarne w ginekologii praktycznej. Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta S. Wojciechowskiego, Kalisz 2014: 130-138.
2. Grys E.: Ginekologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Medipage, Warszawa 1997: 463–492.

3. Peters M. L., Sommer M., de Rijke J. M.: Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Annals of Surgery* 2017; 245: 487-494.
4. Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E., Drobnik L. i wsp.: Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008; 9: 9–22.
5. Juda M.: Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 3: 57.
6. Kapała A.: Pierwsza doba po operacji. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011; 9: 18–19.
7. Misiołek H., Cettler M., Woron J. i wsp.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014; 46 (4): 235-260.
8. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Patofizjologia bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski* 2000; 57 (4): 201-210 .
9. Krakowska A.: Strategia postępowania rehabilitacyjnego po zabiegach kardiochirurgicznych. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5 (3): 135–140.
10. Chęciński P.: Żyłna choroba zakrzepowo- zatorowa. *Przewodnik Lekarski* 2006; 5: 54-69.
11. Jarecka W., Parda I., Wszolek K.: Mięśniaki macicy–patogeneza, diagnostyka, proces terapeutyczny i rola położnej w opiece nad kobietą. *Położna* 2021; 1 (53): 28-34.
12. Romanik W., Kański A., Soluch P., i wsp.: Questionnaire and declarative anxiety level of patients before surgery. *Anestezjologia i Intensywna Terapia* 2009; 2: 94-99.
13. Ziębicka J.: Wybrane aspekty lęku u chorych oczekujących na operację. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2006; 1: 41-44.
14. Kielkiewicz-Janowiak A.: Pacjent nie współpracuje–socjopragmatyka (nie) porozumienia w ochronie zdrowia. *Poradnik Językowy* 2021; 8: 7-22.

OCENA SKUTECZNOŚCI ANALGEZJI BÓLU PORODOWEGO DLA POSTĘPU PORODU I URAZÓW OKOŁOPORODOWYCH

Grażyna Gebuza¹, Sylwia Piotrowska²

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Szpital Praski p.w Przemienienia Pańskiego w Warszawie

WSTĘP

Analgezia zewnątrzoponowa jest techniką blokowania nerwów ośrodkowych uzyskiwaną przez wstrzyknięcie środka miejscowo znieczulającego w pobliże nerwów przenoszących ból i jest szeroko stosowana jako metoda uśmierzania bólu podczas porodu. Znieczulenie zewnątrzoponowe (ZOP) jest najskuteczniejszą metodą łagodzenia bólu podczas porodu. Jest często stosowane u kobiet, chociaż może wydłużyć poród i zwiększyć ryzyko porodu z użyciem kleszczy i próżniociągu. Istnieją także obawy dotyczące niezamierzonych negatywnych skutków dla matki i niemowlęcia [1]. Podtlenek azotu i ogólnoustrojowe opioidy są również stosowane do łagodzenia bólu. Podtlenek azotu może poprawić satysfakcję z narodzin pomimo zmiennego wpływu na ból. Opioidy ogólnoustrojowe mogą być podawane przez personel lub za pomocą analgezji kontrolowanej przez pacjenta. Właściwy wybór leku powinien uwzględniać etap i postęp porodu, bezpieczeństwo oraz działanie niepożądane u matki i płodu/novorodka. Ból podczas porodu jest złożony, a kobiety powinny w pełni uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji, zanim zostanie wybrany jakakolwiek metoda [2]. Częstość stosowania metod łagodzenia bólu porodowego w Polsce jest niewielka, związane jest to z brakiem personelu, sprzętu i wdrożeniem niektórych metod przed kilkoma laty (podtlenek azotu). Wprowadzony Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej z 2018 roku i jego realizacja być może spowoduje szersze stosowanie wszystkich metod przez personel medyczny.

CEL PRACY

Celem badania była analiza uwarunkowań postępu porodu, urazów okołoporodowych z metodami łagodzącymi ból podczas porodu (znieczulenie zewnątrzoponowe, podtlenek azotu i znieczulenie zewnątrzoponowe oraz podtlenek azotu).

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Dyrektora Szpitala Powiatowego o I stopniu referencyjnym, Komisji Bioetycznej nr (KB11/2019). Do analizy retrospektywnej włączono 1410 porodów u kobiet, które odbyły poród drogami natury w roku 2017 i 2018. Podczas gromadzenia danych do analizy nie wykorzystano danych osobowych. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.6.202. Analizy wyników skal jakościowych w zależności od grupy badawczej porównywano testem χ^2 i dokładnym testem Fishera. Analizy wyników skal ilościowych w zależności od grupy badawczej porównywano testem Kruskala-Wallisa oraz post-hoc testem Dunna z poprawką Bonferroniego. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

WYNIKI

Opis grupy

W grupie 1410 kobiet, było pierworódek 693 (49,15%), wieloródek 717 (50,85%). W przypadku 1280 (90,78%) kobiet, poród odbył się drogami natury, u pozostałych 130 (9,22%) kobiet, porody rozpoczęły się siłami natury a zakończyły cięciem cesarskim. Cięcie cesarskie wykonano u 110 (15,87%) kobiet, które rodziły pierwszy raz i u 20 (2,79%) wieloródek. Pierwsza ciąża była dla 624 (44,26%) kobiet, druga dla 468 (33,19%), trzecia 194 (13,76%), czwarta 79 (5,6%), piąta lub więcej dla 45 (3,19%) kobiet. Dla 693 (49,15%) był to pierwszy poród, dla 492 (34,89%) był to drugi poród, dla 156 (11,06%) trzeci, 41 (2,91%) czwarty, dla 28 (1,99%) piąty lub więcej. W badanej grupie jedna (0,07%) kobieta urodziła w 43 tygodniu. W 42 tygodniu - 14 (0,99%), 41 tygodniu - 294 (20,85%), 40 tygodniu - 452 (32,06%), 39 tygodniu - 336 (25,96%), 38 tygodniu - 191 (13,55%), 37 tygodniu - 59 (4,18%), poniżej 37 tygodnia - 323 (2,34%). W skali Apgar -10 punktów otrzymało 886 (62,84%) noworodków, 9 punktów - 334 (23,69%) noworodki, 8 punktów - 137 (9,72%), 7 punktów - 32 (2,27%), 6 punktów i mniej - 21 (1,49%). Średnia masa ciała noworodków wynosiła 3412 gram u pierworódek i 3494 gram u wieloródek. Nacięte krocze wykonano u 240 (34,4%) kobiet, w tym 192 (27,71%) u pierworódek i 48 (6,69%) u wieloródek. Pęknięcie krocza stwierdzono u 354 (51,08%) pierworódek i u 48 (6,69%) wieloródek. Brak postępu I okresu porodu stwierdzono u 56 (3,97%) kobiet: u pierworódek - 47 (6,78%), wieloródek - 9 (1,26%). Brak postępu II okresu porodu stwierdzono u 14 (0,99%) kobiet: pierworódek - 13 (1,88%), wieloródek - 1 (0,14%).

U 130 kobiet porody rozpoczęły się fizjologicznie, ale zakończono cięciem cesarskim, był to pierwszy poród dla 110 kobiet (84,62%), a dla 20 (15,38%) drugi, 13 (10%) i dla 7 (5,39%) trzeci i czwarty. Ogółem 332 (25,95%) kobiet rodziło naturalnie z zastosowanym znieczuleniem ZOP, 244 (73,49%) rodziło po raz pierwszy, drugi - 73 (21,99%), trzeci - 12 (3,61%), czwarty - 3 (0,90%) kobiet. Pięć razy i więcej rodziło 28 kobiet, żadna z nich nie otrzymała znieczulenia ZOP. Podtlenek azotu zastosowano u 385 (27,3%) badanych, podczas pierwszego porodu u 185 (50,00%) kobiet, przy drugim u 141 (38,11%), przy trzecim u 38 (10,27%), przy czwartym u 3 (0,81%), przy piątym i każdym kolejnym u 3 (0,81%).

Poniżej w tabelach przedstawiono analizę uwarunkowań znieczulenia podczas porodu.

Tabela 1. Długość trwania I okresu porodu u pierworodek ze względu na rodzaj znieczulenia

		Bez znieczulenia	P azot	P azot + ZOP	ZOP
Średnia arytmetyczna		363	400	428	451
Mediana		330	365	465	435
Odchylenie standardowe		181	194	144	174
Minimum		60	70	190	75
Maksimum		960	900	700	1020
Kruskala-Wallisa	H	27,0776			
	p	<0.0001			
POST-HOC	Bez		0,3901	0,2536	<0.0001
	P azot	0,3901		1	0,0168
	P azot + ZOP	0,2536	1		1
	ZOP	<0.0001	0,0168	1	

Legenda: Znieczulenia zewnątrzoponowe (ZOP), Podtlenek azotu (P azot)

Długość trwania I okresu porodu u pierworodek różni się istotnie ($p < 0,01$) w zależności od znieczulenia. Najdłużej I okres porodu trwał w grupie ZOP i był istotnie wyższy niż w grupie bez znieczulenia, w której zastosowano podtlenek azotu.

Tabela 2. Długość trwania I okresu porodu u wieloródek ze względu na rodzaj znieczulenia

		Bez znieczulenia	P azot	P azot + ZOP	ZOP
Średnia arytmetyczna		249	302	426	375
Mediana		220	270	400	360
Odchylenie standardowe		133	157	201	150
Minimum		1,3	60	195	120
Maksimum		900	915	810	915
Kruskala-Wallisa	H	62,6652			
	p	<0.0001			
POST-HOC	Bez		0,0003	0,0266	<0.0001
	P azot	0,0003		0,4186	0,0009
	P azot + ZOP	0,0266	0,4186		1
	ZOP	<0.0001	0,0009	1	

Długość trwania I okresu porodu u wieloródek różni się wysoce istotnie ($p < 0,01$) w zależności zastosowanego znieczulenia. Najkrócej trwał I okres porodu w grupie bez znieczulenia i był istotnie krótszy niż w pozostałych grupach.

Tabela 3. Długość trwania II okresu porodu u pierworódek ze względu na rodzaj znieczulenia

		Bez znieczulenia	P azot	P azot + ZOP	ZOP
Średnia arytmetyczna		44	39	48	48
Mediana		35	30	40	40
Odchylenie standardowe		35	30	31	30
Minimum		10	5	10	6
Maksimum		200	210	125	190
Kruskala-Wallisa	H	14,479			
	p	0,0023			
POST-HOC	Bez		1	1	0,0494
	P azot	1		0,8422	0,0025
	P azot + ZOP	1	0,8422		1
	ZOP	0,0494	0,0025	1	

Długość trwania II okresu porodu u pierworódek różni się istotnie ($p < 0,01$) w zależności od rodzaju znieczulenia. Najdłużej trwał II okres porodu w grupie ZOP oraz ZOP i podtlenek azotu.

Tabela 4. Długość trwania II okresu porodu u wieloródek ze względu na rodzaj znieczulenia

		Bez znieczulenia	P azot	P azot + ZOP	ZOP
Średnia arytmetyczna		18	18	26	23
Mediana		10	15	15	15
Odchylenie standardowe		18	19	27	19
Minimum		5	5	5	5
Maksimum		210	200	90	100
Kruskala-Wallisa	H	17,693			
	p	0,0005			
POST-HOC	Bez		1	1	0,0002
	P azot	1		1	0,0106
	P azot + ZOP	1	1		1
	ZOP	0,0002	0,0106	1	

Długość trwania II okresu porodu u wieloródek różni się istotnie ($p < 0,01$) w zależności od zastosowanego znieczulenia. Najniższe wyniki dotyczą grupy bez znieczulenia i podtlenku azotu i są one istotnie niższe niż w grupie ZOP

Tabela 5. Wykonanie cięcia cesarskiego u pierworódek ze względu na rodzaj znieczulenia

Cięcie cesarskie	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	52	19,05	5	17,86	7	4,14	46	20,63
Nie	221	80,95	23	82,14	162	95,86	177	79,37
Chi ²	23,335							
df	3							
p	<0.0001							
Fishera	<0.0001							

Częstość wykonywania cięcia cesarskiego u pierworódek różni się istotnie ($p < 0,01$) w zależności od zastosowanego znieczulenia. Najczęściej cięcie cesarskie było wykonywane, gdy poród był bez znieczulenia lub gdy stosowano ZOP.

Tabela 6. Wykonanie cięcia cesarskiego (CC) u wieloródek ze względu na rodzaj znieczulenia

CC	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	5	5,88	0	0	3	1,67	12	2,7
Nie	80	94,12	8	100	177	98,33	432	97,3
Chi ²	4,0774							
df	3							
p	0,2532							
Fishera	0,2626							

Częstość wykonywania cięcia cesarskiego u wieloródek nie różni się istotnie ($p > 0,05$) w zależności od zastosowanego znieczulenia.

Tabela 7. Wykonanie nacięcia krocza u pierworódek ze względu na rodzaj znieczulenia

Nacięcie krocza	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	79	28,94	11	39,29	49	28,99	53	23,77
Nie	194	71,06	17	60,71	120	71,01	170	76,23
Chi ²	3,9489							
Df	3							
P	0,2670							
Fishera	0,2579							

Tabela 8. Wykonanie nacięcia krocza u wieloródek ze względu na rodzaj znieczulenia

Nacięcie krocza	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	7	8,24	0	0	16	8,89	25	5,63
Nie	78	91,76	8	100	164	91,11	419	94,37
Chi ²	3,0892							
df	3							
p	0,3781							
Fishera	0,3883							

Tabela 9. Częstość pęknięcia krocza u pierworódek ze względu na rodzaj znieczulenia

Pęknięcie krocza	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
III	7	2,79	0	0	1	0,68	4	1,97
II	21	8,37	1	5	19	12,93	23	11,33
I	72	28,69	10	50	52	35,37	65	32,02
0	151	60,16	9	45	75	51,02	111	54,68
Chi ²	10,5081							
df	9							
p	0,3109							
Fishera	0,3547							

Tabela 10. Częstość pęknięcia krocza u pierworódek ze względu na rodzaj znieczulenia

Pęknięcie krocza	ZOP		P azot + ZOP		P azot		Bez znieczulenia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
III	0	0	0	0	1	0,59	4	0,93
II	6	7,23	0	0	10	5,88	14	3,26
I	43	51,81	5	62,5	67	39,41	154	35,81
0	34	40,96	3	37,5	92	54,12	258	60
Chi ²	15,9288							
df	9							
p	0,0684							
Fishera	0,0845							

Częstość występowania nacięcia krocza i pęknięcia krocza u badanych kobiet nie różni się w zależności od zastosowanego znieczulenia.

DYSKUSJA

Celem badania była analiza uwarunkowań postępu porodu, urazów okołoporodowych z metodami łagodzącymi ból podczas porodu (znieczulenie zewnątrzoponowe, podtlenek azotu i znieczulenie zewnątrzoponowe oraz podtlenek azotu. W naszym badaniu u wszystkich kobiet poród planowano drogami natury, zastosowano różne metody znieczulenia, z czego u 9,22% zakończyło się cięciem cesarskim, a 90,78 % urodziło drogą pochwową. Na podstawie badań w Australii 28,7% respondentek doświadczyło naturalnego porodu. Chociaż jest to zgodne z wcześniejszymi australijskimi badaniami, wskaźnik ten jest niższy niż w Szkocji (35,5%) i Anglii (42%) [3].

Przeprowadzone badanie w szpitalu o pierwszym stopniu referencyjności wykazało niską częstość stosowania ZOP oraz Podtlenku azotu podczas porodów drogami natury. ZOP zastosowano u 26% pacjentek, w tym u pierworódek 72%. Znieczulenie podtlenkiem azotu zastosowano u 27% pacjentek. W 2015 roku dostępność ZOP w Polsce wynosiła 49%, rzeczywiste wykorzystanie było na poziomie 40% [4]. W jednym z amerykańskich szpitali częstość ZOP wyniosła około 21% [5]. ZOP w Pekinie otrzymało 30% kobiet, które urodziły siłami natury po wcześniejszym cięciu cesarskim [6]. Częstość stosowania ZOP w Hiszpanii jest znacznie wyższa niż w innych krajach na świecie i wynosiła 77,46% [7]. Inni badacze zaobserwowali, że ZOP częściej stosowano u pierworódek [8].

Analiza danych w Wiedniu wskazała, że niektóre z działań niepożądanych podczas porodu mogą być spowodowane wyższym odsetkiem zastosowania ZOP u pierworódek [9].

Analgezja wziewna za pomocą podtlenku azotu dostępna jest w 84% szpitali i jest najbardziej powszechną farmakologiczną metodą łagodzenia bólu według Fundacji Rodzić po Ludzku. Z Raportu Fundacji wynika, że pomimo dużej dostępności tylko w 51% porodów wykorzystano metodę [4]. Badania donoszą, że niewiele kobiet decyduje się na stosowanie podtlenku azotu podczas porodu, ponieważ ze względu na ból, indukcję porodu, przestawia się na znieczulenie neuroosiowe. Według badaczy spośród 3% (146) wszystkich porodów z zastosowaniem podtlenku azotu, aż 71,9% była pierworódkami [10]. W innym badaniu 31% kobiet, które wybrały podtlenek azotu, nie skorzystały z innej metody łagodzenia bólu, ale indukcja porodu Oksytocyną i stan po przebytym cięciu cesarskim były predyktorami przejścia na znieczulenie przewodowe [11]. Analiza drugiego okresu porodu w Iranie wykazała, że stosowanie podtlenku azotu spowodowało mniejszy ból, a także większą satysfakcję matek. Liczba cierpiących na łagodne skutki uboczne gazu była niewielka, ciężkie skutki uboczne zgłosiło 8,7% [12]. Kolejne badanie przeprowadzone w Irańskim szpitalu miało na celu zbadanie czy jest bezpieczne ciągle stosowanie podtlenku azotu. Okazało się, że średni czas trwania drugiego okresu porodu nie różnił się istotnie [13].

W badaniu częstość wykonywania cięcia cesarskiego u pierworódek różniła się istotnie ze względu na zastosowane znieczulenie. Najczęściej cięcie cesarskie wykonywano u kobiet, którym nie wykonano żadnego znieczulenia lub zastosowano ZOP. Częstość wykonywania cięcia cesarskiego u wieloródek nie różniła się ze względu na zastosowane znieczulenie, ale najczęściej wykonano cięcie cesarskie, gdy wcześniej zastosowano ZOP. Badania wykazały związek między ZOP, a cesarskim cięciem. Jednak kilka ostatnich badań prospektywnych pokazało, że ZOP nie zwiększa częstości cięcia cesarskiego. Najnowsze doniesienia wskazują, że analgezja zewnątrzoponowa nie wpływała na ryzyko wykonania cesarskiego cięcia [1]. W badaniu częstość procedury nacięcia krocza i występowania pęknięcia nie różniła się ze względu na zastosowane znieczulenie. W innych badaniach ZOP nie było związane z urazami krocza, gdy kontrolowano czynniki zakłócające [7, 8].

Długość trwania I okresu porodu u pierworódek jak i wieloródek różniła się istotnie ze względu na zastosowane znieczulenie. Najdłużej I okres porodu trwał u pierworódek z ZOP oraz Podtlenkiem azotu i ZOP. U wieloródek najniższe wyniki dotyczą grupy bez znieczulenia i są one istotnie niższe niż w pozostałych grupach.

Długość trwania II okresu porodu u pierworódek i wieloródek różniła się w zależności od zastosowanego znieczulenia. Najwyższe wyniki dotyczą grupy ZOP oraz otrzymującej Podtlenek azotu i ZOP. U wieloródek poród trwał najkrócej w grupie bez znieczulenia i stosującej Podtlenek azotu. W innym badaniu całkowity czas trwania porodu i czas trwania drugiego okresu porodu został wydłużony w grupie otrzymującej ZOP [14]. Przedłużenie czasu porodu wystąpiło również u pierworódek w Malezji w porównaniu z grupą kontrolną otrzymującą Podtlenek azotu [14]. U kobiet poddanych znieczuleniu zewnątrzoponowemu w dwóch szpitalach we Wiedniu zaobserwowano wydłużony drugi okres porodu [9]. W oparciu o dostępne metaanalizy pierwszy okres porodu może być wydłużony o 42 minuty, a drugi okres o około 13-14 minut [15]. W innym badaniu charakterystyczne dla stosowania ZOP podczas porodu było przedłużenie drugiego okresu porodu [8]. Średnia długość drugiego okresu wynosiła 70 minut w Monachium. W wieloczynnikowej analizie regresji najsilniejszymi czynnikami ryzyka przedłużającego się drugiego okresu było ZOP [16]. W Wielkiej Brytanii randomizowane badania pokazały, że przy ZOP występuje dłuższy pierwszy i drugi okres [1]. W innych badaniach stwierdzono, że ZOP przedłuża drugi okres porodu [17, 18].

Badanie kliniczne w Iranie wykazało, że stosowanie podtlenku azotu spowodowało mniejszy ból w drugim okresie porodu, pozytywne doświadczenia, a także większą satysfakcję matek. Łagodne skutki uboczne wystąpiły w niewielkiej grupie kobiet [12]. Inne doniesienia sprawdzały czy bezpieczne jest ciągłe stosowanie podtlenku azotu przez kobiety przez maskę. Badanie wykazało, że średni czas trwania drugiego okresu porodu nie wskazał istotnej różnicy. Rany krocza, były istotnie mniejsze w grupie stosującej ciągłe inhalacje. Współpraca z kobietami podczas parcia i zadowolenie były znacznie wyższe w grupie ciągłej. Wyniki noworodków w skali Apgar w pierwszej i piątej minucie były akceptowalne i nie różniły się istotnie w dwóch grupach. Okazało się, że metoda ciągła jest również bezpieczna [13].

Łagodzenie bólu porodowego jest wielkim wyzwaniem dla współczesnej medycyny i personelu medycznego. Wdrożenie i realizacja Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej zapewni większy dostęp do znieczulenia podczas porodu i poprawi jakość opieki. Nie należy zapominać, że ból podczas porodu odgrywa zasadniczą rolę w postępie porodu. Niezwykle ważna jest także edukacja kobiet, przyszłych matek o procesie naturalnego porodu i możliwych sposobach obniżania bólu.

WNIOSKI

1. Znieczulenie z zastosowaniem ZOP wykonano u 26% kobiet (73% pierworódek i 27% wieloródek), podtlenek azotu podano 29% kobiet (pierworódki 50%, drugi poród 38%, każdy kolejny poród 12%), podczas porodów drogami natury.
2. Częstość wykonywania cięcia cesarskiego u pierworódek różniła się istotnie. Najczęściej cięcie cesarskie było wykonywane, gdy poród odbywał się bez znieczulenia (20%) lub, gdy stosowano ZOP (19%). W przypadku wieloródek nie istniała różnica ze względu na zastosowane znieczulenie.
3. Nacięcie oraz pęknięcie krocza nie różniły się istotnie ze względu na zastosowane znieczulenie.
4. Długość trwania I okresu porodu u pierworódek różniła się istotnie w zależności od zastosowanego znieczulenia. Najdłuższe porody dotyczyły grupy ZOP oraz Podtlenek azotu i ZOP i były dłuższe niż w grupach bez znieczulenia i w grupie, w której zastosowano Podtlenek azotu. Długość trwania I okresu porodu u wieloródek różniła się istotnie, najkrótsze wyniki dotyczyły grupy bez znieczulenia.
5. Długość trwania II okresu porodu u pierworódek różnił się istotnie. Najdłużej trwał poród u kobiet z grupy ZOP oraz Podtlenek azotu i ZOP i był on istotnie dłuższy niż w grupach bez znieczulenia i w grupie, w której zastosowano Podtlenek azotu. Długość trwania II okresu porodu u wieloródek różniła się istotnie, najkrócej trwał poród w grupie bez znieczulenia i Podtlenek azotu.

PIŚMIENNICTWO

1. Anim-Somuah M., Smyth R., Cyna AM. et al.: Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018; 21(5): 5.
2. Nanji JA., Carvalho B.: Pain management during labor and vaginal birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2020; (67): 100-112.
3. Prosser SJ., Barnett AG., Miller YD.: Factors promoting or inhibiting normal birth. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 18(1): 241.
4. Doroszevska A., Adamska-Sala I., Otffinowska A. i wsp.: Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2017.

5. Kaul B., Vallejo MC., Ramanathan S. et al.: Induction of labor with oxytocin increases cesarean section rate as compared with oxytocin for augmentation of spontaneous labor in nulliparous parturients controlled for lumbar epidural analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 2004; (16): 411-414.
6. Wu S., Dian H., Zhang W.: Labor Onset, Oxytocin Use and Epidural Anesthesia for Vaginal Birth after Cesarean Section and Associated Effects on Maternal and Neonatal Outcomes in a Tertiary Hospital in China: A Retrospective Study. *Chinese Medical Journal (Engl)* 2018; 20(131): 933-938.
7. Garcia-Lausin L., Perez-Botella M., Duran X. et al.: Relation between epidural analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. *Midwifery* 2019; 70: 76-83.
8. Loewenberg-Weisband Y., Grisaru-Granowski S., Ioscovich A. et al.: Epidural analgesia and severe perineal tears: a literature review and large cohort study. *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine* 2014; 27: 1864-1869.
9. Bodner Adler-B., Bodner K., Kimberger O. et al.: The effect of epidural analgesia on the occurrence of obstetric lacerations and on the neonatal outcome during spontaneous vaginal delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2002; 267: 81-84.
10. Sutton C., Butwick A., Riley E. et al.: Nitrous oxide for labor analgesia: Utilization and predictors of conversion to neuraxial analgesia. *Journal of Clinical Anesthesia* 2017; 40: 40-45.
11. Nodine P., Collins M., Wood C. et al.: Nitrous Oxide Use During Labor: Satisfaction, Adverse Effects, and Predictors of Conversion to Neuraxial Analgesia. *Journal of Midwifery & Women Health* 2020; 65(3): 335-341.
12. Pasza H., Basirat Z., Hajahmadi M. et al.: Maternal expectations and experiences of labor analgesia with nitrous oxide. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012; 14(12): 792-797.
13. Agah J, Baghani R, Tali S, et al. Effects of continuous use of Entonox in comparison with intermittent method on obstetric outcomes: a randomized clinical trial. *Jornal of Pregnancy*. 2014, 245907.
14. Leong E, Sivanesaratnam V, Oh L, et al. Epidural analgesia in primigravidae in spontaneous labour at term: a prospective study. *Journal of Obstetrics Gynaecology Reserch*. 2000,26(271-5).
15. McGrady E, Litchfield K. Epidural analgesia in Labour. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 2004; 4, (114-117)

16. Schiessl B., Janni W., Jundt K. et al.: Obstetrical parameters influencing the duration of the second stage of labor. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 2005; 10: 17-20.
17. Walker K., Kibuka M., Thornton J. et al.: Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 9: 11.
18. Kibuka M., Thornton JG.: Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 24: 2.

OCENA POZIOMU FUNKCJONOWANIA SEKSUALNEGO KOBIET PO MASTEKTOMII

Marzena Kaźmierczak¹, Ewelina Kaczmarek²

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Patologii Noworodka, Klinika Neonatologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje seksualność, jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego. Zdrowie seksualne jest kluczowym elementem jakości życia człowieka. Zaburzenia seksualne mogą powodować poważne konsekwencje dla jednostki [1]. Seksualność ewaluuje w czasie życia człowieka w procesie rozwoju psychoseksualnego, który trwa od narodzin aż do śmierci [2].

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. U kobiet wskaźnik zapadalności na raka piersi znacznie przewyższa występowanie innych nowotworów, zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się i dotyczy 24,2%. W Polsce w 2016 roku najczęściej rejestrowanym nowotworem złośliwym u kobiet był rak piersi. Nowotwory złośliwe piersi u kobiet stanowią drugą pozycję (po raku płuc) odsetka zgonów [3, 4].

Piersi w opinii społecznej są zarówno atrybutem kobiecości, jak i macierzyństwa [5]. Usunięcie piersi wywołuje u kobiet uczucie wstydu nie tylko przed partnerem, ale rodziną i środowiskiem. Kobiety czują się niepełnowartościowe, wskazują niższe poczucie własnej wartości i atrakcyjności (*half woman complex* – „kompleks połowy kobiety”) [6]. Leczenie onkologiczne raka piersi wiąże się z szeregiem fizycznych i psychospołecznych zmian i niepewności, które mogą mieć negatywny wpływ na partnerstwo i seksualność kobiet. Zachorowalność seksualna obejmuje szeroki zakres problemów i objawów, w tym: brak pożądania i zainteresowania seksualnego, satysfakcję z ciała, częstość stosunków płciowych, satysfakcję seksualną, pobudzenie, orgazm i ból związany ze stosunkiem seksualnym [7].

Pacjentki poddane mastektomii częściej zgłaszają spadek libido i niechęć do własnego ciała. Problemy w relacjach intymnych po mastektomii wynikają przede wszystkim z przeświadczenia o utracie atrakcyjności i niemożności wzbudzania pożądania u partnera [6].

Badania naukowe donoszą, że jedna czwarta kobiet, u których zdiagnozowano raka piersi utraciły zainteresowanie seksem i odczuwała nadmierne zmęczenie, co przyczyniło się do braku aktywności seksualnej. Kobiety istotnie częściej doświadczają suchości pochwy i bólu podczas stosunku płciowego [8], a to z kolei może prowadzić do objawów depresyjnych [9]. Avis i wsp. [10] donoszą, że czynnikami, które mają związek z brakiem aktywności seksualnej kobiet po leczeniu raka piersi jest wiek powyżej 60 lat, wcześniejsza chemioterapia, występowanie objawów depresyjnych i niższa postrzegana atrakcyjność. Zdończyk [11] podaje, że 80% kobiet po leczeniu operacyjnym gruczołu piersiowego wykazało zaburzenia funkcjonowania seksualnego w zakresie pożądania. U ponad połowy badanych występowało FSD (*Female Sexual Disorder*) w zakresie orgazmu, a u 70% respondentek zaburzenia dotyczyły problemów z podnieceniem. Seksualność jest kluczowym zagadnieniem jakości życia kobiet po mastektomii. Obszar ten zasługuje na szczególną uwagę ze strony personelu medycznego w opiece nad kobietą z rakiem piersi, uwzględniając funkcje seksualne w dobrostanie zdrowia.

CEL PRACY

Ocena poziomu funkcjonowania seksualnego kobiet po mastektomii i ustalenie czynników, które warunkują udane życie seksualne.

MATERIAŁ I METODY

Do badania zaproszono 71 kobiet po mastektomii, po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu (nr 829/2018) oraz Dyrekcji Bydgoskiego Stowarzyszenia Amazonek „Łuczniczka” i Dyrekcji „Stowarzyszenie Różowa Wstążeczka”. Kwestionariusze ankiet zostały wypełnione dobrowolnie i anonimowo. Rekrutacja kobiet do projektu badawczego odbywała się podczas spotkań grup wsparcia w wyżej wymienionych stowarzyszeniach. Badanie prowadzono od grudnia 2018 roku do kwietnia 2019 roku. Kryterium włączenia do badania stanowiły respondentki po przebytym radykalnym usunięciu piersi (mastektomia jednostronna lub dwustronna) z powodu nowotworu. Braki danych wynikają z rezygnacji kilku respondentek w wypełnianiu niektórych kwestionariuszy ankiet.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędzia badawcze stanowiły: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, Indeks Funkcji Seksualnej Kobiet (*FSFI - Female Sexual Function Index*) oraz Inwentarz Depresji Becka (*BDI - Beck Depression Inventory*).

Indeks Funkcji Seksualnej Kobiet służy do przesiewowej oceny funkcjonowania seksualnego kobiet w wielu aspektach. Ocena dotyczy 6 domen: pożądania, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji seksualnej, dolegliwości bólowych związanych z seksualnością. Ocena obejmuje okres ostatnich 4 tygodni.

Skala Depresji Becka w tłumaczeniu Parnowskiego i Jernajczyka, jest najbardziej znaną i najczęściej stosowaną w Polsce metodą pomiaru jakościowego i ilościowego poziomu nasilenia objawów depresji, zarówno populacji ogólnej, jak i klinicznej. Zakres uzyskanych punktów od 0 do 11 oznacza brak objawów depresji, 12-26 świadczy o epizodzie depresji o łagodnym nasileniu, 27-49 o epizodzie depresji o umiarkowanym nasileniu, a 50-63 o epizodzie depresji o głębokim nasileniu [12].

Analiza statystyczna została przeprowadzona w pakiecie statystycznym R, wersja 3.5.2 (<http://cran.r-project.org>). Każdą z hipotez testowano na poziomie istotności $p=0,05$.

WYNIKI

Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 59,84 z $SD=12,87$. Średnią wieku, w którym rozpoznano raka piersi zawarto w Tabeli 1. Dwoje lub więcej dzieci urodziło 71% kobiet. Nieródki stanowiły 7,3%. Piersią karmiło 75,4% respondentek. Czas trwania leczenia wynosił średnio 22 miesiące (tabela 1). Ponad połowa badanych kobiet (56,5%) sama wybadała guza piersi. Podczas mammografii wykryto zmianę u 15,9% respondentek, a podczas wizyty kontrolnej u lekarza ginekologa u 13% badanych. W trakcie badania USG piersi, zmianę wykryto u 6% kobiet, podczas wizyty u lekarza rodzinnego u jednej respondentki. U dwóch badanych zmianę wybadał partner. U ponad połowy respondentek wykonano mastektomię jednostronną bez rekonstrukcji piersi. Rodzaj podjętego leczenia raka piersi przedstawiono w Tabeli 2. Brak kontaktów seksualnych po przebytych leczeniu zadeklarowało 26,5% kobiet.

Tabela 1. Wartości średnie dla zmiennych wiek i czas trwania leczenia

	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Max.
Wiek wykrycia raka piersi	66	50,00	10,00	50,00	27,00	77,00
Czas trwania leczenia (w miesiącach)	60	22,10	40,31	12,00	1,00	276,00

Tabela 2. Rodzaj leczenia raka piersi

Zmienna	N (%)
Mastektomia jednostronna z rekonstrukcją piersi	7 (10,0)
Mastektomia jednostronna bez rekonstrukcji piersi	38 (58,0)
Mastektomia obustronna z rekonstrukcją piersi	4 (6,2)
Mastektomia obustronna bez rekonstrukcji piersi	6 (9,2)
Leczenie oszczędzające	10 (15,0)
Chemioterapia - tak	51 (75,0)
Chemioterapia – nie	17 (25,0)
Radioterapia - tak	43 (62,3)
Radioterapia - nie	26 (37,7)
Hormonoterapia - tak	45 (65,2)
Hormonoterapia - nie	24(34,8)

Średni poziom funkcjonowania seksualnego u kobiet nie różnił się w sposób istotny pomiędzy poszczególnymi obszarami. W Tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla skali FSFI.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla poszczególnych domen skali FSFI badanej próby

Domeny skali FSFI	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Max.
Pożądanie	67	2,58	1,34	2,4	1,2	6,0
Podniecenie	67	2,16	2,01	2,1	0,0	6,0
Lubrykacja	67	2,53	2,28	3,0	0,0	6,0
Orgazm	67	2,39	2,29	2,4	0,0	5,6
Satysfakcja seksualna	67	2,87	1,85	3,2	0,8	6,0
Ból	67	2,82	2,42	3,6	0,0	6,0
FSFI	67	15,37	11,54	16,5	2,0	35,6

Rodzaj podjętego leczenia raka piersi (Tabela 2) oraz czas trwania leczenia nie miały związku z satysfakcją seksualną Amazonek ($p>0,05$).

Tabela 4 przedstawia korelacje FSFI ze względu na częstość zbliżeń intymnych badanych ($p < 0,001$). Wraz ze wzrostem wieku nasilały się dysfunkcje seksualne ($p < 0,001$). Potwierdzono istotną różnicę w domenie *pożądanie* skali FSFI między grupami kobiet ($p < 0,001$). Wraz z nasileniem poziomu depresji wzrastała utrata zainteresowania seksem i obniżał się poziom funkcjonowania seksualnego w domenie *pożądanie*.

Tabela 4. Korelacja FSFI domeny *pożądania* z wybranymi zmiennymi

Zmienne	Średni poziom FSFI	Wartość statystyki chi-kwadrat / W	P
Wiek poniżej średniej (59,8 lat)	20,08	781,0	0,002
Wiek powyżej średniej (59,8 lat)	12,19		
Współczynnik korelacji Spearmana (rs)		-0,46	<0,001
Zainteresowanie seksem - tak	3,74	879,0	<0,001
Zainteresowanie seksem - nie	1,89		
Kontakty seksualne częściej niż raz w tygodniu	26,79	533,50	<0,001
Kontakty seksualne rzadziej niż raz w tygodniu	13,2		

W Tabeli 5 przedstawiono korelację skali FSFI ze względu na stan cywilny, akceptację nagości i poczucie atrakcyjności.

W Tabeli 6 przedstawiono związek między poziomem depresji według skali BDI (obszary związane z samooceną, czyli pozycje G, H i N) a poziomem funkcjonowania seksualnego według FSFI.

Tabela 5. Korelacja FSFI ze względu na stan cywilny, akceptację nagości, poczucie atrakcyjności

Zmienne	Średni poziom FSFI	Wartość statystyki chi-kwadrat / W	P
Związek partnerski	23,9	chi-kwadrat=12,67 df = 2	0,002
Mężatka	17,86		
Wdowa	6,24		
Akceptacja nagości -tak	23,65	chi-kwadrat = 19,47 df = 2	<0,001
Nie zawsze akceptacja nagości	21,04		
Brak akceptacji nagości	9,47		
Poczucie atrakcyjności w zbliżeniach intymnych z mężem/partnerem- tak	3,95	chi-kwadrat = 34,04 df = 2	<0,001
Poczucie atrakcyjności w zbliżeniach intymnych z mężem/partnerem - nie	2,07		
Akceptacja nagości dzięki zakładaniu protezy piersi - tak	12,45	W=145,50	0,309
Brak akceptacji nagości z zakładaniem protezy piersi	16,71		

Tabela 6. Korelacja FSFI z BDI w obszarze samooceny badanych

	Współczynnik korelacji Spearmana (r_s)	P
Pozycja G: Niechęć do siebie	-0,19	0,120
Pozycja H: Samokrytyka	-0,16	0,191
Pozycja N: Utrata poczucia własnej wartości	-0,04	0,772

Otrzymywane wsparcie społeczne od męża różnicowało poziom funkcjonowania seksualnego kobiet ($<0,001$) - Tabela 7.

Tabela 7. Korelacja FSFI ze względu na otrzymywane wsparcie społeczne badanych

Otrzymywane wsparcie społeczne	Średni poziom FSFI		Wartość statystyki W	P
	Tak	Nie		
Instrumentalne				
Partnera	24,43	14,74	114,0	0,060
Męża	20,59	10,17	245,5	$<0,001$
Przyjaciółki	19,79	14,13	302,5	0,053
Matki	18,00	15,56	140,5	0,413
Siostry	15,00	15,88	215,0	0,807
Emocjonalne				
Męża	18,81	11,52	317,0	0,009
Partnera	24,07	14,78	117,0	0,070
Siostry	9,03	16,11	124,0	0,339
Matki	11,37	16,00	103,0	0,766
Przyjaciółki	20,70	15,55	71,50	0,510

Objawy depresyjne występowały u 39,1% badanych. W Tabeli 8 przedstawiono wartości średnie poszczególnych stwierdzeń skali BDI. Potwierdzono istotną ujemną korelację o niewielkiej sile między wskaźnikami skali FSFI a parametrami skali BDI ($r_s=-0,26$, $p=0,034$).

Tabela 8. Statystyki opisowe dla poszczególnych pozycji skali BDI

Pozycja	N	Mean	SD
Smutek	70	0,53	0,65
Pesymizm	70	0,74	0,79
Wcześniejsze niepowodzenia	70	0,47	0,81
Utrata przyjemności	70	0,54	0,94
Poczucie winy	70	0,34	0,68
Poczucie kary	70	0,14	0,49
Niechęć do siebie	70	0,34	0,61
Samokrytyka	70	0,33	0,68
Myśli samobójcze lub chęć popełnienia samobójstwa	70	0,06	0,29
Płacz	70	0,34	0,83
Pobudliwość	70	0,53	0,81
Utrata zainteresowań	70	0,51	0,78
Niezdecydowanie	70	0,63	0,85
Utrata poczucia własnej wartości	70	0,51	0,86
Utrata energii	70	0,63	0,82
Zmiany w rytmie snu	70	0,69	0,73
Zmęczenie lub przemęczenie	70	0,81	0,71
Zmiany apetytu	70	0,34	0,63
Zmiany masy ciała	70	0,23	0,59
Obawa o zdrowie	70	0,73	0,88
Utrata zainteresowania seksem	70	0,53	0,65
BDI	70	10,86	10,63

DYSKUSJA

Badania naukowe dotyczące oceny jakości życia seksualnego u kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi dowiodły, że u większości mogą występować kliniczne dysfunkcje seksualne [11]. Zaburzenia seksualne kobiet (*FSD-Female Sexual Disorder*) definiuje się w czterech kategoriach: zaburzenia pożądania, podniecenia, orgazmu i związane z bólem [13]. W materiale własnym średni wynik skali FSFI wyniósł 15,37 punktów. Wartość 26,55 punktów lub mniejsza wskazuje według autorów skali na FSD.

Najwyższe wartości skali FSFI badane uzyskały w obszarze *satysfakcja seksualna*, w którym średnia wartość wynosiła 2,87 oraz w obszarze *ból*, dla którego średnia wartość uzyskanych punktów wynosiła 2,82. Najniższe wartości zostały uzyskane w domenie *podniecenie*, dla której średnia wartość wyniosła 2,16. Nie stwierdzono istotnej różnicy między poszczególnymi domenami funkcjonowania seksualnego według skali FSFI. Wartości średnie w zakresie poszczególnych domen skali wynosiły mniej niż 2,9 punktów na maksymalnych 6. Po uzyskaniu takich wartości należy wnioskować, że badana próba prezentowała niski poziom funkcjonowania seksualnego. Obecność FSD rozpoznano u ponad 60% kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi w badaniu Zdończyka. U większości badanych dysfunkcje seksualne dotyczyły domen w zakresie *pożądania, podniecenia i orgazmu* [13]. W badaniu Białek i wsp. [6] wykazano, że prawie połowa badanych kobiet do 18 miesięcy i do 5 lat po mastektomii odczuwa satysfakcję w relacjach intymnych z partnerem. Ponad połowa ankietowanych kobiet nie zauważyła zmian w osiąganiu satysfakcji seksualnej u partnerów. Zadowolenia z relacji intymnych nie odnotowano u 5% partnerów w obu grupach kobiet. W badaniu Tucker [14] u 80% kobiet z rakiem piersi stwierdzono FSD. Wyższy poziom satysfakcji seksualnej deklarowały kobiety po rekonstrukcji piersi. Niski poziom funkcjonowania seksualnego był powiązany z niską satysfakcją w relacjach intymnych, bólem ciała, obustronną mastektomią oraz stosowaniem inhibitorów aromatazy. Streb i wsp.[15] wykazali, że średnia uzyskana w skali PL-FSFI była znacznie niższa u kobiet po mastektomii niż u kobiet po operacji oszczędzającej piersi (13,33 vs 21,36). Porównanie wyników poszczególnych skal PL-FSFI z grupą kontrolną wykazało istotne statystycznie różnice w obszarach: *pożądania, podniecenia, lubrykacji i orgazmu*. Kobiety aktywne seksualnie, u których leczenie dotyczyło prawej piersi uzyskały niższe wyniki niż kobiety po operacji lewej piersi w skali „funkcjonowania seksualnego”, opisującej stopień zainteresowania seksem i aktywność seksualną w ciągu ostatnich 4 tygodni. Nie stwierdzono jednak różnic w zadowoleniu ze stosunku płciowego w zależności od rodzaju operacji. Wyniki naszego badania donoszą, że rodzaj podjętego leczenia raka piersi oraz czas trwania leczenia nie miały związku z satysfakcją seksualną kobiet. Mayer i wsp. [16] donoszą, że na aktywność seksualną i samopoczucie kobiet chorych na raka piersi nie miały wpływu rodzaj i radykalność zabiegu chirurgicznego ani zastosowana chemioterapia. Pacjentki, które otrzymywały terapię hormonalną wykazywały niższą częstość aktywności seksualnej, mniejszą satysfakcję i większy dyskomfort podczas aktywności seksualnej. Archangelo i wsp.[17] wykazali, że kobiety po mastektomii uzyskały ogólny wynik skali FSFI niższy niż kobiety, które przeszły mastektomię z rekonstrukcją piersi (15,4 vs 21,9).

Niskie wartości skali kobiety osiągnęły we wszystkich domenach za wyjątkiem domeny *lubrykacja i satysfakcja* [20]. W materiale własnym wykazano, że kobiety, które nie akceptowały swojej nagości prezentowały istotnie wyższe nasilenie dysfunkcji seksualnych. Wraz ze wzrostem wieku nasilały się dysfunkcje seksualne. Kobiety w wieku poniżej średniej (59,8 lat) osiągały istotnie wyższe parametry w skali FSFI niż kobiety starsze. Stan cywilny istotnie warunkował poziom funkcjonowania seksualnego kobiet. Najwyższe wartości średnie w skali uzyskały badane, które pozostawały w związku partnerskim. Hummel i wsp.[18] donoszą, że dysfunkcje seksualne u kobiet chorych na raka piersi dotyczyły najczęściej zaburzeń pożądania i podniecenia seksualnego oraz dyspareunii. Terapia hormonalna była związana z hipoaktywnym zaburzeniem pożądania, a immunoterapia była związana z dyspareunią. Starszy wiek wiązał się z mniejszym stresem seksualnym. Niższa satysfakcja seksualna partnera była związana z niższym funkcjonowaniem seksualnym osoby, która przeżyła raka piersi. Dyspareunia miała wpływ na słabszą erekcję u partnerów. Objawy depresyjne wykazywały kobiety z zaburzeniami pożądania seksualnego. W materiale własnym depresję o łagodnym nasileniu wykazano u 29,0% kobiet, o umiarkowanym nasileniu u 10,1% respondentek. Żadna z badanych nie przeżyła epizodu depresji o głębokim nasileniu. Wraz ze wzrostem poziomu satysfakcji seksualnej obniżał się poziom depresji. Inne doniesienie również wskazuje na wyższe parametry w skali BDI u kobiet po przebytej mastektomii. Porównanie grup w wieku 18–47 lat i 48–63 lat wykazało, że młodsze kobiety w grupie mastektomii osiągnęły najwyższe wyniki w Skali Depresji Becka [20]. Nasze badanie dowodzi, że kobiety, które nie akceptowały swojej nagości prezentowały wyższe nasilenie dysfunkcji seksualnych. Zakładanie protezy piersi nie różnicowało satysfakcji seksualnej u badanych. Neto i wsp. [19] donoszą, że u pacjentek, u których wykonano rekonstrukcję piersi po mastektomii, zaobserwowano poprawę funkcji seksualnych, prawdopodobnie w wyniku wyższej samooceny i lepszego obrazu własnego ciała. Potwierdziliśmy dodatnią korelację o dużej sile między poziomem funkcjonowania seksualnego według FSFI a subiektywną oceną satysfakcji seksualnej po przebyciu choroby. Wraz ze wzrostem własnej oceny satysfakcji seksualnej wzrastał poziom wskaźników FSFI. Wyższe wartości średnie skali uzyskały kobiety, które częściej niż raz w tygodniu doświadczały kontaktów seksualnych (26,79 vs 13,2), oraz które akceptowały własne ciało. Dysfunkcja seksualna to stan chorobowy, który może prowadzić do problemów w związkach, ponieważ następuje spadek libido, skóra po chemio-, radioterapii jest nadwrażliwa, kobiety tracą poczucie własnej atrakcyjności. Czynniki te utrudniają kobietom powrót do satysfakcjonującej aktywności seksualnej.

Wsparcie społeczne jest niezbędne do radzenia sobie z rozpoznaniem raka, leczeniem i późniejszymi konsekwencjami emocjonalnymi. Kobiety po mastektomii potrzebują więcej wsparcia społecznego niż kobiety zdrowe, gdyż są w sytuacji trudnej. Im więcej otrzymanego wsparcia, tym lepiej przebiega proces radzenia sobie, a tym samym lepsza jest adaptacja pacjenta do sytuacji choroby. W materiale własnym stwierdzono, że szczególnie cenne okazało się otrzymywane wsparcie instrumentalne od mężów w porównaniu ze wsparciem emocjonalnym. Najwyższe średnie skali uzyskały kobiety, które otrzymywały wsparcie społeczne (emocjonalne, instrumentalne) od partnerów, choć różnica nie była znamienista statystycznie. W badaniu Zabłockiej-Żytka [20] kobiety po mastektomii w porównaniu z kobietami zdrowymi charakteryzują się istotnie wyższym zapotrzebowaniem na wsparcie społeczne każdego rodzaju (emocjonalne, afirmacyjne oraz pomoc). Zauważono istotną rozbieżność między otrzymywanym i oczekiwanym wsparciem społecznym w jednej kategorii – afirmacja. Badane kobiety po mastektomii otrzymują więcej innego wsparcia (emocje), niż oczekują (afirmacja). Dysfunkcja seksualna jest powszechnym i często poważnym problemem, który ma negatywny wpływ na jakość życia kobiet po mastektomii. Problem jest złożony i uwzględnia czynniki: biologiczne, psychologiczne, społeczno-kulturowe i relacyjne. Satysfakcjonujące życie seksualne jest ważnym elementem ogólnego dobrego samopoczucia. Holistyczne, bio-psycho-społeczne podejście do funkcji seksualnych jest konieczne, aby w pełni zrozumieć i leczyć kluczowy element dobrostanu kobiet po mastektomii.

WNIOSKI

1. Kobiety po mastektomii wykazują znamienne dysfunkcje seksualne.
2. Wraz ze wzrostem zadowolenia z życia seksualnego obniżało się ryzyko objawów depresyjnych.
3. Wyższy poziom funkcjonowania seksualnego uzyskały kobiety do 60 roku życia, w związkach partnerskich, aktywne seksualnie, przekonane o własnej atrakcyjności, które akceptują własne ciało i otrzymują wsparcie instrumentalne od mężów.

PIŚMIENNICTWO

1. Anto-Ocrah M., Sefakor Ametepe L., Okere M. et al.: I did not know it was a medical condition: Predictors, severity and help seeking behaviors of women with female sexual dysfunction in the Volta region of Ghana. PLoS One 2020; 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226404> (data dostępu 17.07.2022).

2. Nowosielski K., Skrzypulec V.: Female sexual response cycle. [Cykl reakcji seksualnej u kobiety]. Ginekologia Polska 2009; 80: 440-444.
3. International Agency for Research Cancer. World Health Organization 2018. <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf> [data dostępu 17.07.2022].
4. Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A. i wsp.: Malignant neoplasms in Poland in 2016. National Cancer Registry. Ministry of Health 2018. [Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Ministerstwo Zdrowia 2018.] http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2016.pdf [data dostępu 17.07.2022).
5. Stręk M., Szopiński J., Szczepańska-Gieracha J.: Zaburzenia funkcji seksualnych a jakość relacji z partnerem u kobiet po mastektomii. Akademia Wychowania Fizycznego Collegium da Vinci w Poznaniu 2016; 52: 80-88.
6. Białek K., Bolek K., Kowalczyk R. i wsp.: Seksualność i jakość życia kobiet badanych do 18 miesięcy i do 5 lat po zabiegu mastektomii – analiza porównawcza. Państwo i Społeczeństwo 2015; 4: 121-129.
7. Oberguggenberger A., Martini C., Huber N. et al.: Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population – an observational study. BMC Cancer 2017; 17:599. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12885-017-3580-2>.
8. Marino JL., Saunders CM., Hickey M.: Sexual inactivity in partnered female cancer survivors. Maturitas 2017; 105: 89-94.
9. Bober SL., Varela VS.: Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. Journal of Clinical Oncology 2012; 30: 3712–3719.
10. Avis NE., Johnson A., Canzona MR. et al.: Sexual functioning among early post-treatment breast cancer survivors. Supportive Care in Cancer 2018; 26(8): 2605-2613.
11. Zdończyk SA.: The effect of selected socio-medical factors on quality of life and psychosexual functioning in women after surgical treatment of breast cancer. Pomeranian Journal of Life Sciences 2015; 61(2): 199-206.
12. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). Psychiatria Polska 1977; 11: 417-425.
13. Zdończyk SA.: Zdrowie seksualne kobiet po leczeniu chirurgicznym raka piersi. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 1(55): 38-46.

14. Tucker PE., Saunders SC., Bulsara MK. et al.: Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast* 2016; 30: 26-31.
15. Streb J., Jabłoński MJ., Słowik A. i wsp.: Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2019; 26(2): 379–384.
16. Mayer S., Iborra S., Grimm D. et al.: Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2019; 299(1): 191-201.
17. Archangelo S., Sabino MN., Veiga DF. et al.: Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics* 2019; 74 <https://dx.doi.org/10.6061%2Fclinics%2F2019%2Fe883> (data dostępu 17.07.2022).
18. Hummel SB., Hahn D., van Lankveld J. et al.: Associated With Specific Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Sexual Dysfunctions in Breast Cancer Survivors: A Study of Patients and Their Partner. *The Journal of Sexual Medicine* 2017; 14(10): 1248-1259.
19. Neto MS., de Aguiar Menezes MV., Moreira JR. et al.: Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plastic Surgery* 2013; 37(3): 643-647.
20. Zabłocka-Żytka L.: Zapotrzebowanie na wsparcie wśród kobiet po leczeniu chirurgicznym z powodu nowotworu piersi. Jakiego wsparcia i od kogo oczekują pacjentki? *Psychoonkologia* 2018; 22(2): 50–62.

NAJWIĘKSZE EPIDEMIE CHORÓB ZAKAŹNYCH W DZIEJACH LUDZKOŚCI

Grażyna Kobus¹, Daria Czykwin²

1. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Białostockie Centrum Onkologii

WPROWADZENIE

Na przestrzeni lat wystąpiło wiele globalnych katastrof. Najstraszniejsze i najbardziej śmiertelne były wojny oraz pandemie. W przypadku pandemii wróg często był nieznany, a poznanie go i ustalenie, jak z nim walczyć wymagało czasu i było powodem śmierci wielu istnień. Obecnie rozwój medycyny daje nadzieję na powstrzymanie wielu chorób przez zapobieganie w postaci szczepień czy wiedzy na temat przenoszenia czynnika chorobotwórczego. Leczenie chorób, które cechują się łatwą zakaźnością i mogą skutkować epidemią to nie lada wyzwanie dla medyków, którzy niosąc pomoc pacjentom z ciężkimi objawami jednocześnie narażają swoje życie i zdrowie.

Jedną z pierwszych epidemii naszej ery to epidemia ospy i odry, która przyniosła śmierć milionom ludzi, a obecnie dzięki szczepieniom, choroby te zostały praktycznie wyeliminowane, a śmiertelność w przypadku zachorowania znacząco zmalała ze względu na postęp medycyny. Czarna śmierć, czyli dżuma miała wiele epizodów w historii, pochłonęła wiele istnień i jest uznawana na świecie za wielką światową zarazę. W dzisiejszych czasach przyszło nam zmierzyć się w pandemią COVID-19 spowodowaną przez nowego koronawirusa 2, SARS-CoV-2. Pandemia ta niesie za sobą kryzys gospodarczy, a także wpływa na życie codzienne ludzi.

Epidemia jest to występowanie w określonym czasie i na określonym terenie przypadków zachorowań w liczbie większej niż oczekiwana. Natomiast pandemia jest to epidemia na dużym obszarze, obejmująca wiele krajów lub kontynentów. Powstawaniu pandemii sprzyjają następujące cechy choroby: niska śmiertelność, wysoka zaraźliwość, długi okres zaraźliwości (w tym okres bezobjawowy) [1]. Jedną z najczęstszych przyczyn pojawienia się i rozwoju epidemii są zmiany w samym patogenie, a także w organizmie gospodarza.

W przypadku patogenu zmiany dotyczą głównie pojawienia się bardzo zjadliwych i wysoce inwazyjnych reasortantów wirusów, adaptacji do nowych gatunków gospodarzy dzięki przeskokowi bariery międzygatunkowej i możliwości transmisji w nowej sytuacji [1].

Epidemie rozprzestrzeniają się w różny sposób: przez drogi oddechowe (droga powietrzna, kropelkowa), za pośrednictwem zanieczyszczonych przez patogeny produktów lub wody, przez zetknięcie się z zakażonymi przedmiotami, przez kontakt z chorymi ludźmi i zwierzętami, przez ukąszenie mechanicznych lub biologicznych wektorów chorób. Czasem do wywołania chorób wystarczają minimalne ilości zarazków.

Przymusowa izolacja, jako środek zapobiegawczy w przypadku epidemii była stosowana od wieków. Ludzie orientując się, że do infekcji dochodzi w bliskim kontakcie z osobą wykazującą objawy, aby uniknąć bezpośredniego kontaktu izolowali się. Kwarantanna powszechna stała się XIV wieku. Trwała 40 dni i obejmowała kupców przybywających do nowych miejsc, aby obserwować, czy nie wykazują oznak choroby.

ROZWINIĘCIE

Ospa

Najstarszą opisaną epidemią jest **Plaga Antonińska, czyli epidemia ospy prawdziwej**. Wszystko zaczęło się w walczącej na wschodnich obrzeżach imperium armii Lucjusza Werusa, który wraz z Markiem Aureliuszem rządził Rzymem w 165 roku naszej ery. Podobno w odległej od Rzymu Seleucji jeden z legionistów poszedł do świątyni Apollona. Tam przebił mieczem złotą szkatułkę, z której wyleciały straszliwe, skażone opary. I odtąd ludzie zaczęli umierać. Jednak opowieść o żołnierzu należy raczej włożyć do legendy. Faktem jest jednak, że to wracający ze wschodu do Italii legioniści Werusa rozwlekli epidemię po kraju. Dzisiaj znana jest jako zaraza „antonińska” od rodowego imienia Marka Aureliusza (Antoninus) lub jako zaraza Galena. Dziesiątkowała ludzi od Persji po Ren, atakując także plemiona galijskie i germańskie. Wreszcie znalazła się w samym Rzymie, w którym – obok armii – zebrała największe żniwo. Dzięki opisom Galena wiemy, że u zarażonych najpierw pojawiała się wysypka, a nawet owrzodzenia, które później zamieniały się w strupy i odpadały. Objawom tym towarzyszyła wysoka gorączka. Chorzy cierpieli też na biegunkę. Galen podkreślał, że zaraza, z którą miał do czynienia, była wyjątkowo śmiertelna. Nie mówił o niej inaczej, jak tylko o „bardzo długiej pladze” czy „wielkiej pladze” [2].

Eradykację, czyli zwalczenie wirusa ospy prawdziwej na całym świecie ogłoszono w 1980 roku, a zdecydowanie przyczyniła się do tego szczepionka opracowana na bazie żywego wirusa w 1796 przez E. Jennera. Co ciekawe we wcześniejszych okresach podejmowano próby zastosowania substancji, które spowodowałyby łagodniejsze lub bezobjawowe przebiecie zakażenia i nabycie odporności na daną chorobę. Na przykład w Chinach stosowano sproszkowane strupy pobrane z ciał chorych i podawano je donosowo. Natomiast w Sudanie przerywano ciągłość skóry u osoby zdrowej i wcierano płyn surowiczy pobrany od osoby z infekcją chorobową [2].

Odra

Odra jest chorobą zakaźną, która występuje zazwyczaj w okresie dziecięcym. Wywołuje ją szybko rozprzestrzeniający się wirus odry (paramyxowirus), przez co jest ona bardzo zaraźliwa. Do zakażenia odrą dochodzi drogą kropelkową, czyli przez bezpośredni kontakt z osobą zakażoną. Charakterystycznymi objawami odry są gorączka, wysypka oraz światłowstręt. Odra jest chorobą, która kiedyś wywołała epidemię i spowodowała śmierć milionów istnień. Mimo, iż szczepionka na odrę jest opracowana i stosowana od dawna nadal dochodzi do groźnych dla życia zakażeń i wielu zgonów. Chociaż choroba w dzisiejszych czasach nie osiąga rangę epidemii to nadal w wielu krajach może stwarzać zagrożenie głównie dla dzieci do 15 roku życia. Ostatni odnotowany incydent odry był w 2019 roku w Samoa, gdzie był niewielki odsetek ludzi zaszczepionych przeciwko odrze i doszło tam do wybuchu epidemii, którą zwalczano szczepieniami. Śmiertelność wyniosła niecałe 1,5% i głównie obejmowała dzieci poniżej 4-go roku życia. Za źródło tej epidemii uważa się turystę z Nowej Zelandii [1, 3].

Dżuma

Dżuma jest chorobą zakaźną o podłożu bakteryjnym, która charakteryzuje się ostrym przebiegiem. Określana często jako **czarna śmierć**, dżuma wywoływana jest przez bakterie gram-ujemne *Yersinia pestis* z rodziny *Enterobacteriaceae* – ze względu na swój kształt nazywane pałeczkami dżumy. Nazwa bakterii wywołującej dżumę bierze się od nazwiska francuskiego lekarza Alexandre'a Yersina. To on w 1894 r. jako pierwszy odkrył pałeczkę dżumy i opracował surowicę przeciwko tej chorobie. Epidemia dżumy, która w XIV w. zdziesiątkowała większość krajów europejskich, uważana jest do dziś za największą i najpoważniejszą epidemię w historii, a jej dokładne przyczyny i rozwój nie są znane.

Według większości historyków dżuma przywędrowała do Europy z Azji Środkowej poprzez jedwabny szlak, a wspomniane tatarskie oblężenie na Krymie mogło znacznie przyczynić się do jej rozprzestrzenienia. Za przenoszenie zarazków dżumy w tamtym czasie wini się jednak przede wszystkim szczury żyjące na statkach handlowych i pasożytujące na nich pchły. Wraz z nimi zaraza morowa dotarła prawdopodobnie do wszystkich krajów Starego Kontynentu, powodując śmierć od 30 do nawet 60% ludności – ze względu na małą liczbę zachowanych dokumentów trudno o dokładne liczby.

Wielu naukowców z różnych regionów świata i w różnym czasie opisywało tę zarazę co dowodzi, że dżuma powracała wielokrotnie i zawsze uznawana była za epidemię. Cykliczność dżumy naukowcy opisują jako nabycie odporności po przechorowaniu. Dżuma powracała co 10-15 lat, czyli był to czas uodpornienia ozdrowieńca na kolejne zachorowanie [1, 3].

Cholera

Choroba wywołana przez przecinkowca cholery. Występowała ona w świecie od stuleci, lecz pierwszy raz jako wielka epidemia cholery pojawiła się w roku 1817 na terenie Kalkuty. Rozpowszechniała się w okresie kolonizacji przez wyspy Brytyjskie. W latach 1831-1838 cholera urosła do rangi pandemii obejmując swym zasięgiem między innymi Europę i Azję. W XXI wieku epidemia cholery wystąpiła w 2010 roku po trzęsieniu ziemi na Haiti. Źródłem byli Nepalczycy, którzy przybyli na Haiti nieść pomoc po klęsce żywiołowej. Co ciekawe według statystyk w trakcie trwania epidemii cholery na terytorium Polski umierał co 30 Polak [1, 3]. Choroba występuje zwykle w postaci epidemii, zazwyczaj w krajach o niskim standardzie sanitarnym, z występującymi wojnami oraz klęskami żywiołowymi, zwykle w rejonach tropikalnych. Zachorowania rzadko występują jednak na całym świecie, co ma związek z migracją ludności. Do tej pory odnotowano siedem pandemii cholery oraz dużą liczbę epidemii, głównie w rejonach Azji i Afryki. Ostatnia taka epidemia miała miejsce w 2010 roku na Haiti, na skutek której zmarło co najmniej 135 osób. Wówczas przyczyną epidemii były złe warunki higieniczne oraz zła jakość wody wykorzystywanej w gospodarstwach domowych [3].

Tyfus

Dur brzuszny, nazywany też tyfusem, to ogólnoustrojowa choroba zakaźna, która wywoływana jest przez gram-ujemne pałeczki *Salmonelli typhi*. Bakterie te odkryto w 1874 roku, a drogę szerzenia dopiero w 1909 roku.

Szczepionka na Tyfus powstała z wszczepienia do jelit wszy bakterii tyfusu. Następnie karmiono je ludzką krwią po czym pod mikroskopem wydobywano z wszy ich jelita i na ich podstawie tworzone szczepionkę. Karmienie wszy odbywało się w laboratorium, gdzie ludzie zwani karmicielami otrzymywali pudełko z jednej strony otoczone cienkim materiałem z gazy, przez które wszy mogły przebić swoje ssawki. W jednym pudełku znajdowało się 500 wszy. Karmienie trwało nie więcej niż 45 minut ze względu na możliwości tych owadów. Każdy karmiciel wcześniej otrzymywał szczepionkę jednak nie chroniło to całkowicie przed zachorowaniem na tyfus, ale przebieg choroby był zazwyczaj łagodny. Nawet w przypadku ciężkiego zachorowania nie kończyło się to śmiercią [1, 3]. W Polsce szczepienie na tyfus nie jest obowiązkowe, ponieważ w naszym kraju choroba ta występuje niezmiernie rzadko, a nawet w 1971 roku została skreślona z listy chorób objętych kwarantanną. Jednak mimo to wciąż zdarzają się przypadki zachorowania, głównie u osób, które podróżują do Azji, Afryki czy Ameryki Południowej. Szczepionkę podaje się osobom, które planują wyjazd w tereny zagrożone rozwojem tyfusu albo do krajów o złych warunkach sanitarno-epidemiologicznych. Oprócz samego szczepienia na tyfus bardzo ważne jest zachowanie higieny osobistej, ponieważ tyfus to choroba, która najczęściej roznosi się w krajach, gdzie nie ma dostępu do świeżej i czystej wody, a co za tym idzie – nie ma możliwości przestrzegania wysokiej higieny osobistej. Wystarczy częste mycie rąk, właściwe zabezpieczanie śmieci czy odkażanie klamek i przedmiotów osobistego użytku, aby zapobiec epidemii tyfusu [3].

Tyfus plamisty, nazywany też dudem plamistym, to choroba wysypkowa, której powikłania mogą prowadzić nawet do śmierci. Jest to odzwierzęca choroba zakaźna. W Europie nosicielem jest wesz ludzka, która może wywołać masowe zachorowania. Tyfus plamisty szczurzy może być wywoływany lokalnie i przenoszony jest, jak nazwa wskazuje, przez pasożyty żywiące się na szczurach i myszach.

Hiszpańska grypa

Grypa hiszpańska, częściej określana i bardziej znana jako “hiszpanka”, śmiertelna choroba wywoływana przez wirusa grypy H1N1. Co ciekawe nazwa nie wywodzi się od nazwy kraju ze względu na pochodzenie wirusa ani największą zachorowalność czy śmiertelność. Hiszpania nie odegrała żadnej istotnej roli w rozpowszechnieniu wirusa grypy. Powodem powstania “hiszpanki” jest fakt braku cenzury wojennej w Hiszpanii, dzięki temu w prasie ukazywały się artykuły o śmiertelnej chorobie i docierały do krajów objętych cenzurą. Świat czerpał informacje o grypie płynące z kraju Półwyspu Iberyjskiego więc ludzie myśleli, iż wirus pochodzi właśnie stąd.

Okres największej pandemii grypy hiszpańskiej przypada na lata 1918-1919. Wtedy choroba rozpowszechniała się błyskawicznie ze względu na okres wojenny i liczne ekspansje wojsk. Przed końcem 1918 roku zaraza obejmowała już prawie całe Stany Zjednoczone wraz z Alaską i większość Europy. Najpóźniej dotarła do Azji i Australii [3, 4, 5].

Wirus grypy hiszpańskiej, który wywołał pandemię różnił się od epidemii sezonowych zachorowalnością wśród młodych, zdrowych ludzi w wieku od 18 do 40 roku życia oraz szybkość i łatwość zarażenia. Przypuszcza się, iż przyczyną tego może być działanie układu odpornościowego na szkodę organizmu, co powoduje, że ludzie z silnym układem immunologicznym byli najbardziej zagrożeni. Objawy u chorych rozwijały się z zatrważającym tempie. Za główną przyczynę zgonów uznaje się krwotoczne zapalenie płuc. Pandemia miała trzy fale z czego największa śmiertelność przypada podczas drugiej, jesienią 1918 roku. Początkowo ilość zgonów spowodowanych wirusem grypy hiszpańskiej oscylowały w granicach 21,5 miliona. Na przestrzeni lat liczba ta wielokrotnie ulegała zmianie. Ostatecznie najczęściej powielaną liczbą zgonów w tym okresie jest od 40-50 milionów i większość z nich przypada na drugą falę pandemii [4, 5].

Pandemia hiszpańskiej grypy jest uznawana za wielką katastrofę zdrowotną ze względu na śmiertelność oraz ilość zachorowań. Powodem był groźny szczep wirusa oraz I wojna światowa, która znacznie ułatwiła kontakt populacji, które wcześniej nie miały między sobą swobodnego kontaktu. Problem nasilił także niewydolny system opieki zdrowotnej oraz brak wystarczającej wiedzy lekarzy na temat choroby. Ze względu na brak konkretnych, sprawdzonych informacji jak leczyć hiszpańską gripę wprowadzano interwencje niefarmaceutyczne w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się epidemii. Wprowadzono kwarantanny osób zarażonych lub podejrzanych, które miały kontakt z osobą z objawami hiszpanki. Zamknięto szkoły, większość przedsiębiorstw oraz zakazano publicznych zgromadzeń. Zalecano stosowanie maseczek ochronnych, które były wykonane z gazy i mimo, iż pomagały przy infekcjach bakteryjnych niestety nie powstrzymywały wirusa grypy [3, 4, 5].

HIV/AIDS

Wirus HIV odkryto pierwszy raz w roku 1981 jako nieznany niedobór odporności u ludzi, a dwa lata później w roku 1983 opisano przypuszczalne drogi przenoszenia, które z czasem zostały potwierdzone. Mimo braku pewności co do sposobu zakażenia powstały zalecenie takie jak zakaz oddawania krwi i preparatów krwiopochodnych przez osoby w grupie ryzyka np.: służba zdrowia, osoby z hemofilią, czy też osoby zażywające narkotyki. Powstały zasady postępowania dla personelu medycznego, które miały zmniejszyć ryzyko zakażenia

z powodu zawodowego narażenia na kontakt z krwią. Kobiетom, u których wykryto obecność wirusa HIV odradzano planowanie rodziny do czasu poznania skutków choroby oraz wpływu na płód i dziecko. Wirusy HIV przenoszą się głównie heteroseksualną drogą płciową, ale również przez kontakt z krwią osoby zakażonej. W niewielkim stopniu ciąża, poród i karmienie piersią mogą wiązać się z ryzykiem zakażenia [6, 7].

Choroba wywołana przez wirusa HIV przybrała postać pandemii o nieokreślonej wielkości, zagrażającej życiu ludzi na całym świecie. Na przestrzeni lat wybuchały epidemie w różnych krajach i obejmowały różne grupy wiekowe. Charakterystyczne były fale infekcji wirusem HIV, które były niewidoczne, a po nich następowała widoczna fala chorób i śmierci. Badania przesiewowe na obecność wirusa HIV w krwi niemalże wyeliminowały chorych na AIDS w krajach uprzemysłowionych. Jednak w krajach mniej rozwiniętych ryzyko zakażenia nadal było bardzo wysokie. Szacuje się, że od roku 1981 z HIV żyło około 34 mln ludzi, z czego 22,9 mln osób w Afryce. Afryka Południowa jest uznawana za globalne epicentrum HIV/AIDS. Kraje Afryki Południowej to niecałe 2% światowej populacji, a stanowią jedną trzecią wszystkich przypadków zakażeń HIV [8, 9].

Chorobę AIDS wywołują retrowirusy HIV-1, które są powodem pandemii AIDS na całym świecie oraz HIV-2 panujący tylko w Afryce Zachodniej. Oba wirusy powodują AIDS, ale wirus HIV-2 wykazuje mniejszy wskaźnik postępowania choroby oraz mniejszą podatność na przenoszenie. Choroba AIDS jest powodem zaburzeń układu odpornościowego. U osób zakażonych wirusem HIV, które nie poddają się terapii, mogą wystąpić zagrażające życiu zakażenia oportunistyczne. Wiele lat trwało opracowywanie leków oraz szczepionek przydatnych w leczeniu lub zapobieganiu infekcjom wirusowym. Jednak do dziś nie wynaleziono niezawodnej ochrony przed zakażeniem wirusem HIV ani nie znaleziono sposobu na wyeliminowanie wirusa z organizmu [6].

Epidemia HIV/AIDS nadal trwa chociaż wydawać by się mogło, że w świecie, gdzie mamy tak duży dostęp do informacji oraz możliwość ochrony przed zakażeniem już dawno powinna się zakończyć. Edukacja jest kluczowym czynnikiem zapobiegającym rozprzestrzenianiu się wirusa HIV.

Świńska grypa

Wirus grypy A H1N1 wywołujący chorobę zwaną świńską gripą, był powodem pandemii, która miała miejsce w latach 2009-2010. Nazwa świńska grypa nie jest przypadkowa, ponieważ pochodzi od mutacji z wirusem grypy pochodzenia zwierzęcego, a konkretnie od świń.

Wirus grypy A H1N1 podobnie jak ten, który wywołał epidemię grypy hiszpańskiej atakował głównie młodych, zdrowych ludzi, co było nietypowe dla wirusa grypy. Średni wiek zgonów, wyliczony na podstawie przypadków potwierdzonych laboratoryjnie w Stanach Zjednoczonych, wynosił 37 lat. W pierwszym kwartale 2009 roku wirus zaczął rozprzestrzeniać się w Meksyku, a niedługo później obejmował niemal cały świat. Pod koniec kwietnia Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła, że na świecie trwa epidemia grypy, która poważnie zagraża zdrowiu publicznemu w zasięgu międzynarodowym. Możliwość handlu i podróży na arenie międzynarodowej w dużym stopniu wpłynęła na tak szerokie rozprzestrzenianie się wirusa. Do czerwca 2009 roku zarejestrowano 26 000 potwierdzonych przypadków w 73 krajach i tak epidemia przekształciła się w pandemię. Miesiąc później liczba zakażonych urosła już do 134 000, a występowanie odnotowano w 122 krajach. W tym czasie zarejestrowanych zgonów z powodu świńskiej grypy było już 800. Pandemia świńskiej grypy miała 2-3 fale w zależności od miejsca. Pierwsza fala, która przypadła na okres wiosenny była określana falą łagodną. W porównaniu do fali jesienno-zimowej, która była zdecydowanie bardziej tragiczna w skutkach. Według oficjalnych raportów świńska grypa pochłonęła 18 500 ludzi na całym świecie. Szacuje się, że rzeczywista śmiertelność z powodu zakażenia wirusem świńskiej grypy wynosiła od około 150 000 do prawie 600 000 zgonów, co świadczy o tym, że ilość przypadków potwierdzonych w laboratorium jest znacząco niższa i trudno dokładnie określić jak tragiczna w skutkach była ta pandemia [3, 4]. W przypadku pandemii świńskiej grypy wywołanej przez wirusa A H1N1 kompleksowo udokumentowano obciążenia ekonomiczne oraz zakłócenia społeczne wywołane stanem pandemicznym, bardziej szczegółowo niż to miało miejsce przy poprzednich epidemiach i pandemiach grypy. Koszty leczenia szacowano wówczas na około 200 milionów z czego sam pobyt w szpitalu jednego zakażonego pacjenta o kosztował 11 tysięcy dolarów. Tak duże koszty związane z leczeniem i walką z pandemią były powodem strat ekonomicznych i były druzgocące dla ówczesnej gospodarki. Od dziesiątek do setek milionów dolarów szacuje się koszty wynikające z zamknięcia szkół z powodu pandemii choroby o dużej zachorowalności wśród dzieci, a co za tym idzie utracono produktywność z powodu absencji w pracy rodziców. Inne działania mające na celu zapobieganie infekcjom znacznie zmniejszyły turystykę i przychody z nią związane. Nastąpiły zmiany nawyków konsumenckich ze względu na obostrzenia, co również generowało negatywne skutki ekonomiczne [4].

W Wielkiej Brytanii ognisko świńskiej grypy kontrolowano za pomocą dobrowolnych izolacji łączoną z terapią przeciwwirusową osób prawdopodobnie zakażonych oraz masową profilaktyką potencjalnych kontaktów i zaleceń dotyczących higieny rąk. W leczeniu świńskiej grypy jako odpowiedzi pandemicznej, zastosowano szczepienia ochronne i leki przeciwwirusowe. Szczepionkę H1N1 dopuszczono do obrotu 6 tygodni po rozpoczęciu się drugiej fali pandemii. W Kanadzie, która zainwestowała setki milionów w dawki szczepionek przeciwko H1N1 początkowo zaszczepiono osoby o wysokim priorytecie, a następnie innych do 1/3 populacji. Odsetek zaszczepionych w Stanach Zjednoczonych, czy w większość Europy był znacznie niższy niż w Kanadzie [4].

Obciążenia zdrowia publicznego, personelu medycznego i szpitali w wyniku szczytów pandemicznych świńskiej grypy było niezwykle istotnym problemem. System opieki zdrowotnej był obciążony i przez to niewydolny. Mimo, iż to negatywny aspekt pandemii wywołanej przez wirusa H1N1 to pokazał braki w obszarze ochrony zdrowia i pośrednio dostarczył wiedzy co należałoby zrobić, aby uniknąć takich sytuacji w przyszłości [4].

Wirus Ebola

Choroba wirusowa Ebola jest chorobą zakaźną, w dużej mierze śmiertelną, wywoływana przez wirusa Ebola, który zidentyfikowany został w roku 1976. W tym czasie ogniska Eboli (ostrej wirusowej gorączki krwotocznej) pojawiły się w Sudanie oraz w Demokratycznej Republice Konga, gdzie śmiertelność w obu przypadkach wyniosła ponad 50%. Do roku 2013 ujawniono 20 nowych ognisk Eboli i niemal 2500 przypadków. Największą epidemię Eboli przypisuje się na lata od 2013 do 2016, wystąpienie więcej niż 28000 przypadków. Epidemia gorączki krwotocznej Ebola w tym czasie spowodowała śmierć ponad 11000 ludzi, ale przypuszcza się, że rzeczywista liczba zgonów jest znacznie większa biorąc pod uwagę niedostateczne zgłaszanie nowych przypadków. Śmiertelność wśród przypadków potwierdzonych wynosiła, aż 62,9% [10, 11].

Wirus Ebola ma charakter odzwierzęcy i występuje w postaci pięciu gatunków. Za wybuchy największych epidemii odpowiedzialne są wirusy Ebola z gatunku Bundibugyo, Zair oraz Sudan. Ebolawirusy z gatunku Reston dotyczą tylko zwierząt i nie są one przyczyną choroby w ludzi [16]. Za naturalnych żywicieli wirusa Ebola uznawane są nietoperze, które żywią się owocami. Kontakt z zakażonym żywym lub martwym zwierzęciem może, ale nie musi powodować wystąpienie choroby u człowieka. Nie potwierdzono, iż bezpośredni kontakt człowieka z nietoperzem stanowi pierwotną drogę transmisji tego wirusa [10].

Człowiek może zarazić się przez bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zarażoną, u której wystąpiły objawy. Wczesne wykrycie przypadków jest kluczowym etapem w powstrzymaniu transmisji wirusa, a co za tym idzie możliwością uniknięcia rozwoju epidemii. Okres inkubacji wirusa Ebola trwa od 2 do 21 dni. Zarażenie wirusem dzielimy na trzy fazy. Pierwsza faza, w której występują objawy takie jak: ból głowy, bóle mięśni, zmęczenie, brak apetytu. W drugim etapie zakażenia dołączają się dolegliwości żołądkowo-jelitowe, których skutkiem jest niebezpieczne odwodnienie organizmu. Objawy neurologiczne, zapaść oraz krwawienie występują w fazie trzeciej i znacznie zwiększają ryzyko poważnych powikłań, a nawet zgonu. U 7 na 26 chorych wystąpiły cechy krwotoczne takie jak: zaburzenia krzepnięcia krwi, smolistej solce, krew w moczu, krwioplucie, krwawienie z dziąseł, a także w przypadku kobiet, krwawienie z dróg rodnych [10, 11].

Testy RT-PCR, wykonane od 3 do 6 dni po wystąpieniu pierwszych objawów choroby, wykrywały wysokie miano wirusa Ebola we krwi u większości pacjentów. Metoda RT-PCR w czasie rzeczywistym była podstawowym testem potwierdzającym zakażenie podczas pandemii. Pacjenci wykryci, za pomocą testów przesiewowych, w pierwszej fazie, z objawami łagodnymi byli natychmiastowo izolowani. Przypadki bezobjawowe, które mogły mieć kontakt z chorym są poddane wzmożonemu nadzorowi epidemiologicznemu [10, 11].

SARS - Severe acute respiratory syndrome

SARS - Severe acute respiratory syndrome - ciężki ostry zespół oddechowy – wirusowa choroba oddechowa, wywoływana przez koronawirusa SARS-CoV. Po raz pierwszy pojawiła się w listopadzie 2002 roku w prowincji Guangdong w południowych Chinach. Informacje o tej nowej chorobie pojawiły się dopiero wtedy, gdy zachorowali pierwsi pacjenci w Hongkongu i Wietnamie. Pierwotnym nosicielem wirusa SARS była paguma chińska. Pierwszy raz rozpoznał chorobę lekarz Światowej Organizacji Zdrowia, Carlo Urbani, który diagnozował 48-letniego biznesmena z nieznanym schorzeniem wyglądającym na zapalenie płuc, sam zakaził się od niego i zmarł 29 marca 2003 roku w Tajlandii. Po pewnym czasie choroba rozprzestrzeniła się drogą podróży lotniczych do innych krajów. Choć pierwsze przypadki pojawiły się w 2003 roku koronawirusy odkryto w roku 1965. Wtedy nikt nie przypuszczał jakie niebezpieczeństwo mogą stanowić dla całej populacji ludzkiej. Nazwa koronawirusy wzięła się od obrazu tych wirusów pod mikroskopem elektronowym, ponieważ budowa otoczki wirusa przypomina kształtem koronę. W 1965 roku wyizolowano próbkę materiału z dróg oddechowych u dorosłej osoby z przeziębieniem oraz przebadano właściwości infekcyjne tego wirusa. W przeciągu następnych dwóch lat badań odkryto i opisano kolejne

dwa koronawirusy. Po niemal 40 lata odkryto kolejnego wirusa z grupy koronawirusów i był to SARS-CoV, wirus, który skutkował ostrą niewydolnością oddechową u ludzi. Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV odnotowano w Chinach w roku 2002. Pojedyncze przypadki szybko rozprzestrzeniającej się infekcji spowodowały globalną epidemię. W wywiadach zebranych od chorych zauważono zależność, iż większość potwierdzonych przypadków miała kontakt ze zwierzętami. Stwierdzono wówczas, że źródłem epidemii SARS były zwierzęta. Badania dowodzą, że pierwotnymi rezerwuarami wirusa SARS-CoV są nietoperze, które zarażały łaskuny palmowe (zwierzęta, które stanowią przysmak kuchni chińskiej). W momencie zjedzenie zarażonego zwierzęcia wirus przeniósł się na człowieka. Proces transmisji zoonotycznej był powodem występowania wirusa odzwierzęcego w populacji ludzkiej. Udokumentowano nie mniej niż 60 rodzajów koronawirusów, które zakażają nietoperze, a tym samym pośrednio stanowią zagrożenie dla ludzi. Szacuje się, że ponad 80% zakażeń układu oddechowego u ludzi stanowią choroby wirusowe pochodzenia zwierzęcego. Układ oddechowy jest niezwykle podatny na różne czynniki chorobotwórcze, takie jak bakterie, grzyby i najczęstsze wirusy. Wirusowe zakażenie górnych dróg oddechowych, potocznie nazywane – przeziębienie – ma łagodny przebieg i ogranicza się do bólu gardła, nieżytu nosa i zatok. Koronawirusy, razem z wirusem grypy, adeno- i rinowirusami, są najczęstszą przyczyną infekcji dróg oddechowych u ludzi. Problem stanowi łatwa i szybka zachorowalność, duża chorobowość i wysoka śmiertelność [12, 13].

Epidemia SARS z 2002 roku obejmowała swoim zasięgiem 37 krajów. Potwierdzono i udokumentowano około 8 000 przypadków zachorowań z czego zgonów było prawie 800. Współczynnik śmiertelności na poziomie 10% jest stosunkowo duży. niespełna rok później Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała oświadczenie o eradykacji SARS. Całkowite zniknięcie koronawirusa z populacji ludzkiej było spowodowane szybką interwencją i izolacją chorych oraz skutecznemu leczeniu. Eradykacji sprzyjała również sezonowość zakażeń wirusem SARS-CoV. Wirus SARS-CoV wywołał pierwszą, ale nieostatnią pandemię, której powodem były koronawirusy. Świadczy to o realnym zagrożeniu jakie stanowią koronawirusy dla ludzi na całym świecie [14].

SARS-CoV-2 / COVID-19

Wirus SARS-CoV-2 zwany wirusem ciężkiego ostrego zespołu oddechowego stanowi zagrożenie ze względu na jego łatwe rozprzestrzenianie oraz dużą zakaźność.

Do marca 2020 roku stwierdzono przypadki COVID-19 w 114 krajach oraz więcej niż 4 000 zgonów. Dodatkowo wysoko rozwinięty transport i podróże międzykrajowe nie ułatwiają

powstrzymania pandemii. W Chinach w 2002 roku wirus SARS-CoV, a także w Arabii Saudyjskiej w 2012 roku wirus MERS-CoV pokazały jak tragiczne w skutkach mogą być wirusy atakujące drogi oddechowe, które mają duży potencjał pandemiczny [15].

Choroba COVID-19 inaczej zwana chorobą koronawirusa-2019 to zakaźna choroba wywołana przez nowego koronawirusa-2. Po raz pierwszy pojawił się w grudniu 2019 roku w Chinach i wywołał globalną pandemię oraz duże niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia całej ludzkiej populacji. Miesiąc później, dokładnie 30 stycznia 2020 roku COVID-19 został uznany, przez Międzynarodowy Komitet Nadzwyczajny, za stanowiący ogromne zagrożenie dla zdrowia publicznego na arenie międzynarodowej. COVID-19 to doskonały przykład złożonych zagrożeń jakie niosą za sobą choroby zakaźne we współczesnym, wysoko rozwiniętym świecie. Skutki trwającej pandemii odczuwamy dopiero z biegiem lat [16].

Przyczyną choroby COVID-19 jest wirus SARS-CoV-2. Koronawirus, SARS-CoV-2 jest wirusem o jednonicowym RNA o dodatniej polaryzacji, a jego otoczka przypomina kształtem koronę. Posiada największy genom ze wszystkich poznanych dotąd wirusów RNA. Koronawirusy mogą być przyczyną chorób zarówno u ludzi jak i zwierząt z czego 6 z nich dotyczą populacji ludzkiej. Na podstawie badań dotyczących genomu wirusa stwierdzono, że nietoperze są pierwotnym rezerwuarem wirusa SARS-CoV-2, natomiast nie określono żywiciela pośredniego między nietoperzem, a człowiekiem [17]. Na początku grudnia 2019 roku wystąpił pierwszy zgon pacjenta z 41 przebywających w szpitalu w mieście Wuhan, w prowincji Hubei, w środkowych Chinach. Większość hospitalizowanych pacjentów była wcześniej na rynku Huanan, na którym odbywała się hurtowa sprzedaż owoców morza. Władze zdrowotne miasta Wuhan zgłosiły dużą zachorowalność na ciężkie zapalenie płuc o nieznannej etiologii. Chińskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób przebadło próbki pobrane z dolnych dróg oddechowych chorych na zapalenie płuc i zidentyfikowało nowego koronawirusa oraz ujawniło jego sekwencje genomową. Próbki pobrane od pacjenta z objawami nowej, nieznannej choroby wykazały niemniej niż 70% podobieństwa do choroby SARS z 2002 roku.

Do zakażenia poprzez wdychanie wirusa może dojść podczas kontaktu z osobą chorującą na COVID-19 lub przez dotknięcie skażonej powierzchni, a następnie oczu, nosa lub ust. Wirus rozprzestrzenia się łatwiej w pomieszczeniach oraz zatłoczonych miejscach. Według badań SARS-CoV-2 powodujący chorobę COVID-19 utrzymuje się w powietrzu do 3 godzin, na powierzchniach miedzianych do 4 godzin, na powierzchniach papierowych do 24 godzin. Najdłużej wirus utrzymuje się na plastiku oraz stali nierdzewnej od 2 do 3 dni. Wirus wnika do organizmu człowieka przez wiązanie się z jego receptorami w komórce. Do pierwotnej replikacji wirusa SARS-CoV-2 dochodzi w błonie śluzowej górnych dróg oddechowych, a następnie w dolnych

drogach oddechowych oraz śluzówce przewodu pokarmowego następuje dalsze namnażanie. Inkubacja wirusa SARS-CoV-2 to około 5 dni w zakresie od 4 do 7 dni. Maksymalny okres inkubacji wynosi od 12 do 13 dni [18].

Przebieg choroby może być różnorodny. Większość pacjentów (ok. 81%) może przechodzić ją bezobjawowo lub mieć łagodne objawy, przypominające inne choroby górnych dróg oddechowych, które ustępują po około dwóch tygodniach, podczas gdy część pacjentów może mieć ostrą (14%) lub krytyczną (5%) postać choroby, co wymaga 3 do 6 tygodni do wyleczenia. U pacjentów z postacią krytyczną, którzy zmarli, czas od wystąpienia objawów do śmierci wynosił od 2 do 8 tygodni [19]. U zmarłych pacjentów wykryto oznaki niedotlenienia mózgu, bez objawów zakażenia i zapalenia mózgu, czyli wynikało ono z braku dostatecznej ilości tlenu we krwi z powodu niewydolności płuc.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do 24 kwietnia 2021 roku zgłoszono ponad 145 milionów potwierdzonych przypadków COVID-19. Wśród nich zarejestrowano ponad 3 milionów zgonów. Najwięcej przypadków w Amerykach (niemal 61 milionów), a najmniej na Zachodnim Pacyfiku (ponad 2 miliony). Występowanie wirusa SARS-CoV-2 odnotowano na wszystkich kontynentach, a śmiertelność według tych danych klaruje się na poziomie około 2%. Według WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 największe ryzyko śmierci i ciężkich objawów mają osoby po 60 roku życia, a także chorzy na cukrzycę, nadciśnienie, raka i choroby układu oddechowego [20].

PODSUMOWANIE

Pandemie wpływają bezpośrednio na ludzi zakażonych, a pośrednio na osoby, które chcą zakażenia uniknąć. Epidemia może mieć negatywny wpływ zarówno na jednostkę, jak i populację biorąc pod uwagę zmianę stylu życia poprzez obostrzenia, zakazy i nakazy tworzone w celu opanowania epidemii. To czy epidemia ma negatywny czy pozytywny wpływ na styl życia populacji ludzkiej można ocenić w trakcie trwania pandemii. Jednak długofalowe skutki po pandemii pozostaną nieznane i nie wiadomo czy w ogóle będą, a jeśli tak to po jakim czasie je odczujemy.

PIŚMIENNICTWO

1. Gliński Z., Żmuda A.: Epidemie i pandemie chorób zakaźnych. Życie Weterynaryjne 2020; 95(9): 554-559.

2. Saunders-Hastings P., Krewski D.: Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission. *Pathogens* 2016; 5(4): 66.
3. Gilliam JF.: The Plague under Marcus Aurelius. *The American Journal of Philology* 1961; 82(3): 225-251.
4. Henderson D.: The development of surveillance systems. *American Journal of Epidemiology* 2016; 183: 381–386.
5. Hatzioannou T., Evans DT.: Animal models for HIV/AIDS research. *Nature Reviews Microbiology* 2012; 10: 852–867.
6. Nowak – Starz G., Siwek M.: Zakażenia wertykalne wirusami przenoszonymi drogą krwi: HIV, HBV, HCV. *Polish Journal of Health and Fitness* 2017; 6: 85-97.
7. De Cocka KM., Jaffea HW., Curranb JW.: The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *Specjal Review AIDS* 2012; 26: 1205–1213.
8. Sharp P. M., Hahn B. H.: Origin of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor Perspectives of Medicine* 2011; (1)1: a006841.
9. Fineberg HF.: Pandemic Preparedness and Response — Lessons from the H1N1 Influenza of 2009. *The New England Journal of Medicine* 2014; 370:1335-1342.
10. Laupland KB., Valiquette L.: Ebola Virus Disease. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* 2014; 25:128-129.
11. Malvy D., McElroy AK., De Clerck H., Günther S., Griensven J.: Ebola virus disease. *The Lancet* 2019; 393(10174): 936-948.
12. Mrukowicz J.: Ciężki ostry zespół oddechowy (SARS). *Artykuły przeglądowe [on-line]. Mp.pl, pulmonologii*; 2003.
13. Zając K., Zając A.: Koronawirusy – realne zagrożenie? *Acta Uroboroi -W kręgu epidemii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Lekarski, Wrocław* 2018; 1: 115-122.
14. Pyré K.: Ludzkie koronawirusy. *Postępy Nauk Medycznych* 2015; 28: 48-54.
15. El Zowalaty ME., Järhult JD.: From SARS to COVID-19: A previously unknown SARS-related coronavirus (SARS-CoV-2) of pandemic potential infecting humans – Call for a One Health approach. *One Health* 2020; 9: 100124.
16. Ling Ma N., Peng W., Soon C. et al.: Covid-19 pandemic in the lens of food safety and security. *Environmental Research* 2021; 93: 110405.
17. Trilla A.: Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19 (One world, one health: The novel coronavirus COVID-19 epidemic). *Medicina Clinica (Barc)*. 2020; 154(5): 175–177.

18. Park SE.: Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19). Clinical and Experimental Pediatrics 2020; 63(4): 119–124.
19. Tu YF., Chien CS., Yarmishyn A. et al.: A Review of SARS-CoV-2 and the Ongoing Clinical Trials. International Journal of Molecular Sciences 2020; 21(7): 2657.
20. WHO, Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

OPIEKA NAD NOWORODKIEM Z PRZETRWAŁYM PRZEWODEM TĘTNICZYM-STUDIUM PRZYPADKU

Agnieszka Dombrowska-Pali^{1,2}, Julia Adamska³

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Położniczo –Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
3. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Przetrwały przewód Botalla (*ang. patent ductus arteriosus* – PDA) występujący jako połączenie naczyniowe między tętnicą płucną i aortą zstępującą szczególnie u dzieci urodzonych przedwcześnie może prowadzić do zwiększonego przepływu krwi przez płuco powodując obciążenie lewej części płuca oraz śródmiąższowy obrzęk płuc. Potencjalnymi komplikacjami przetrwałego przewodu Botalla są: przedłużona wentylacja, dysplazja oskrzelowo-płucna, martwicze zapalenie jelit oraz perforacja, krwotok śródkomorowy oraz zgon dziecka [1]. Częstymi chorobami, które towarzyszą przetrwałemu przewodowi tętniczemu są: zespół zaburzeń oddychania oraz dysplazja oskrzelowo-płucna. Objawy kliniczne PDA obejmują: tachypnoe, chrząkanie, retrakcje ścian klatki piersiowej, obrzęk błony śluzowej nosa, sinicę i hipoksję prowadzącą do niewydolności oddechowej [2].

CEL PRACY

Celem pracy było rozpoznanie problemów, jakie występują w opiece nad dzieckiem z przetrwałym przewodem Botalla oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 54/2022 przy Collegium Medicum w Bydgoszczy oraz pisemną zgodę od opiekuna prawnego dziecka.

Studium przypadku noworodka z przetrwałym przewodem tętniczym opracowane zostało na podstawie analizy dokumentacji medycznej uzyskanej od opiekuna prawnego noworodka, przeprowadzonego wywiadu oraz dokonanych pomiarów i obserwacji.

WYNIKI

Matka dziecka -M. S., 35 lat, ciąża 1, poród 1. Pacjentka pod opieką ginekologiczno-położniczą od 6 tygodnia ciąży. Regularnie odbywała wizyty kontrolne u lekarza prowadzącego ciążę i wykonywała zlecone badania, których wyniki były prawidłowe. Pacjentka od 3 lat przed ciążą leczyła się nad nadciśnienie tętnicze krwi. Stosowała Labetalol 100 mg 2 x 1 tabletka dziennie, natomiast w czasie ciąży Dopegyt 250 mg 3 x 2 tabletki na dobę. Pacjentka w 26 tygodniu ciąży zgłosiła się do szpitala w trybie pilnym z powodu nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego i złego samopoczucia. Wskazaniem do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego był stan przedrzucawkowy u pacjentki i zagrożenie rzucawką. Ciśnienie tętnicze 165/110mmHg. U pacjentki wystąpił ból głowy, zaburzenia widzenia oraz wymioty. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono w moczu obecność białka. Skurcze mięśnia macicy występowały w częstotliwości 4/20 minut. Pęcherz płodowy był zachowany. Rozwarcie szyjki macicy na 2cm. W badaniu USG stwierdzono ciążę pojedynczą, położenie miednicowe płodu. Pacjentce podano siarczan magnezu w szybkiej infuzji 5g w ciągu 20 minut. Następnie podawano siarczan magnezu 2g na godzinę i zwiększono dawkę o 0,5 g, co 30 minut. Zastosowano domięśniową steroidoterapię -12 mg Celestonu, 9 godzin przed porodem. Podano również Nepresol w dawce 25mg na dobę. Noworodek urodzony w 26 tygodniu ciąży, drogą cięcia cesarskiego, ze skrajnie małą masą urodzeniową –820g, długość 33cm, obwód głowy 24 cm, obwód barków 22cm i obwód klatki piersiowej 21cm. Punktacja w skali Apgar: 6 pkt. (w 1 min. życia), 5 pkt. (w 3 min. życia), 5 pkt. (w 5 min. życia) i 6 pkt (w 10 min. życia). Stan noworodka ciężki. Płeć męska. Po urodzeniu noworodka zaintubowano i wentylowano za pomocą aparatu Ambu. Przyjęto do OITN, rozpoczęto wentylację inwazyjną, podano dotchawiczo preparat surfaktantu -Curosurf w dawce 120mg. Rozpoczęto żywienie parenteralne oraz antybiotykoterapię Ampicyliną w dawce 25 mg, co 12 godzin przez 10 dni. Z uwagi na narastające zapotrzebowanie na tlen w mieszaninie oddechowej, cechy zespołu zaburzeń oddychania III stopnia. W 10 godzinie życia podano drugą dawkę surfaktantu – Curosurf w dawce 120mg, uzyskując możliwość redukcji stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej (FiO₂ 0,4). Stan dziecka pozostawał ciężki. W 3 dobie życia w badaniach laboratoryjnych wykazano leukopenię oraz podwyższone wykładniki zapalne.

Leukocyty na poziomie 2,37 tys./ul. CRP 10,5 mg/l. Zmodyfikowano antybiotykoterapię rozszerzając leczenie o preparat immunoglobulin. W 5 dobie życia z uwagi na narastającą kwasicę oddechową zmieniono tryb wentylacji na oscylacyjny. Z uwagi na hipotensję rozpoczęto wlew ciągły katecholamin. W badaniu echokardiograficznym uwidoczniło istotny hemodynamicznie przewód tętniczy Botalla. Ligację farmakologiczną prowadzono między 6 a 8 dobą życia uzyskując częściową ligację przewodu tętniczego.

Od 9 doby życia obserwowano powolną stabilizację stanu ogólnego. W 10 dobie życia zmieniono ponownie tryb wentylacji na konwencjonalny. W 13 dobie ukończono podaż amin katecholowych. W 14 dobie życia rozpoczęto podaż hydrokortyzonu systemowo (do 20 dnia życia) - Corhydron w dawce 25mg x 5amp. + 2 ml rozpuszczalnika, i.v. W badaniu echokardiograficznym wykazano obecność przewodu tętniczego jednak bez istotności hemodynamicznej. Od 20 doby życia wyłączono leczenie bronchodilatatory wziewnie - Flixotide 50 µg w dawce bezfreonowej 120 dawek. W 25 dobie życia nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego noworodka. Obserwowano narastające obrzęki, zaburzenia ukrwienia oraz wzrastające zapotrzebowanie na tlen w mieszaninie oddechowej. W badaniach laboratoryjnych wykazano wzrost wskaźników zapalnych - CRP na poziomie 19,8 mg/l. W zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej wykazano obecność zmian zapalnych z cechami dysplazji oskrzelowo-płucnej. Z powodu utrzymującej się kwasicy oddechowej w badaniach gazometrycznych konieczna była zmiana trybu wentylacji na oscylacyjny. Badanie echokardiograficzne wykazało PDA o cechach częściowej istotności hemodynamicznej. Żywienie enteralne troficzne wprowadzono w 2 dobie życia jednak z uwagi na zielone zalegania w zgłębniku żołądkowym i wzdęcia brzucha możliwość żywienia troficznego uzyskano w 5 dobie życia z dobrą tolerancją. Żywienie parenteralne ukończono w 28 dobie życia. Karmiony enteralnie pokarmem matki przez zgłębnik dożołądkowy (8 x 24ml).

W 27 dobie życia stwierdzono przejściową niedoczynność tarczycy, rozpoczęto leczenie. W 31 dobie z powodu niedokrwistości wykonano transfuzję uzupełniającą KKCz. W 32 dobie życia z powodu wysokich parametrów wentylacji z retencją CO₂ oraz cech częściowej istotności PDA w badaniu echokardiograficznym noworodek został przekazany do Kliniki Kardiologii Dziecięcej celem konsultacji echokardiograficznej. Przekazany w 32 dobie życia w stanie ciężkim do Kliniki Zakażeń szpitala III stopnia referencyjności celem wykonania zabiegu ligacji chirurgicznej przewodu tętniczego. Przy przyjęciu noworodek w stanie krytycznym, wentylowany mechanicznie przy użyciu wysokich częstotliwości (HFO), zapotrzebowanie na tlen 90-100%. Noworodek w trakcie antybiotykoterapii z powodu zapalenia płuc. W kontrolnych badaniach niedokrwistość wymagająca przetoczenia krwi.

W 35 dobie życia wykonano zabieg operacyjny. Po zabiegu, w kolejnym dniu, stan dziecka nadal pozostawał krytyczny. Pojawiły się wykładniki zespołu poligacyjnego pod postacią hipotensji oraz anurii. Dziecko nadal wymagało wysokich parametrów wentylacji. Włączono ciągły wlew Milrinonu oraz Dopaminy, którą zamieniono na Noradrenalinę. Stopniowo obserwowano poprawę. Katecholaminy odstawiono w 38 dobie życia. W 45 dobie życia zakończono antybiotykoterapię. W kolejnych dobach wykonano badanie USG przezciemieniowe oraz TK, które wykazało w okolicy płatów czołowych obustronnie obecność jam malacyjnych ze wzmożoną echogenicznością otaczającego mięszu oraz zanikiem tkanki mózgowej (stan po udarze mózgu). Od 90 doby życia rozpoczęto próby karmienia przez smoczek. Dziecko karmione początkowo Bebilon Pepti MCT, następnie Nutramigen. Pod opieką neurologopedy prowadzono naukę koordynacji procesu ssanie - połykanie – oddychanie. Konsultacja okulistyczna wykazała, że przedni odcinek obu oczu prawidłowy. Dno obu oczu: tarcza nerwu II płaska, granice wyraźne, plamki bez refleksu, naczynia nieposzerzone-1 stopień retinopatii wcześniaków w II strefie. W trakcie pobytu z powodu niedokrwistości dwukrotnie w 16 oraz 59 dobie pobytu wykonano transfuzję uzupełniającą KKCz. Noworodek wypisany do domu w stanie stabilnym, w 138 dobie życia z masą ciała 4230g. Z powodu nadal utrzymującego się zapotrzebowania na tlen w mieszaninie oddechowej (1-2 l/min) chłopiec przekazany pod opiekę hospicjum domowego.

1. Diagnoza pielęgniarska: Przetrwały przewód tętniczy u noworodka urodzonego przedwcześnie.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań związanych z leczeniem przetrwałego przewodu tętniczego u noworodka.

Działania pielęgniarskie:

1. Monitorowanie stanu ogólnego noworodka podczas leczenia farmakologicznego. Obserwacja objawów klinicznych skazy krwotocznej oraz wykonanie USG przezciemniaczkowego.
2. Wykonanie testu pulsoksymetrycznego w 1. dobie życia, wynik ujemny jest wtedy, gdy saturacja wynosi 95-100% na prawej dłoni oraz stopie.
3. Obserwowanie objawów klinicznych, które mogą wystąpić u noworodka z przetrwałym przewodem tętniczym: duszność, tachypnoe, tachykardia, chybkie tętno, nietolerancja karmienia, krwista wydzielina w drogach oddechowych.

4. Asystowanie przy badaniu echokardiograficznym, które wykonywane jest w pierwszych 2 dniach życia u noworodków urodzonych < 28 tygodniem ciąży w celu wczesnego wykrycia wad serca.
5. Pobranie krwi na oznaczenie poziomu markera biochemicznego: N-końcowego fragmentu propeptydu natriuretycznego w celu potwierdzenia decyzji o sposobie leczenia przetrwałego przewodu tętniczego.
6. Zastosowanie leczenia farmakologicznego według zlecenia lekarskiego. Podaż ibuprofenu przez 3 dni w dawce 20-10-10mg/kg m.c. w odstępach 24-godzinnych między 6 a 8 dobą życia.
7. Asystowanie przy zabiegu zamknięcia przewodu tętniczego wykonanego u noworodka z powodu niepowodzenia zastosowanego leczenia farmakologicznego oraz wykazania istotności hemodynamicznej przetrwałego przewodu tętniczego.

Ocena efektów działania: U noworodka zastosowano leczenie farmakologiczne przetrwałego przewodu tętniczego, które okazało się nieskuteczne. Następnie podjęto leczenie chirurgiczne przetrwałego przewodu tętniczego. Podjęte działania pielęgniarские przyczyniły się do poprawy stanu ogólnego noworodka oraz zminimalizowania powikłań związanych z leczeniem przetrwałego przewodu tętniczego.

2. Diagnoza pielęgniariska: Poporodowa niewydolność oddechowa spowodowana niedojrzałością układu oddechowego noworodka urodzonego przedwcześnie.

Cel opieki: Przywrócenie wydolności oddechowej noworodka.

Działania pielęgniarские:

1. Umieszczenie noworodka pod promiennikiem ciepła, okrycie noworodka polietylenową folią (oprócz twarzy), bez wcześniejszego osuszania.
2. Wstępna ocena czynności serca noworodka. Założenie na prawą górną kończynę pulsoksymetru w celu ciągłej kontroli saturacji.
3. Pocieranie pleców noworodka i podeszwowej części stopy w celu stymulacji oddechu.
4. Ocena napięcia, oddychania oraz czynności serca dziecka.
5. Odpowiednie ułożenie noworodka w celu zapewnienia drożności dróg oddechowych. Ułożenie dziecka w pozycji na plecach, z lekko odgiętą szyją pod kątem 10-15° w stosunku do podłoża.
6. Przygotowanie zestawu do intubacji dotchawiczej noworodka, konieczność podania dotchawiczo surfaktantu i asystowanie podczas przeprowadzonego zabiegu.

7. Rozpoczęcie wentylacji oddechowej za pomocą worka samorozprężalnego-aparatem typu Ambu. Sprawdzenie czy aparat jest wyposażony w sprawnie działającą zastawkę ciśnieniową przed rozpoczęciem wentylacji.
8. Wykonanie 5 oddechów w tym celu należy zastosować dodatnie ciśnienie i utrzymywać je przez 2–3 sekundy, aby rozprężyć płuca. Ciśnienie potrzebne do upowietrznienia wypełnionych płynem płuc u noworodków wymagających resuscytacji to 15–30 cm H₂O, monitorowanie SaO₂ (wysycenie krwi tętniczej tlenem).
9. Ponowna ocena parametrów życiowych noworodka po 30 sekundach wentylacji, stabilizacja stanu ogólnego noworodka.
10. Asystowanie przy podaży surfaktantu w dawce 120 mg.
11. Przekazanie noworodka na oddział OITN.
12. Informowanie rodziców o stanie dziecka.

Ocena efektów działania: Ustabilizowanie stanu ogólnego noworodka. Prawidłowa podaż surfaktantu spowodowała przywrócenie wydolności oddechowej noworodka.

3. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko nieefektywnego podania surfaktantu noworodkowi urodzonemu przedwcześnie.

Cel opieki: Prawidłowa podaż surfaktantu.

Działania pielęgniarskie:

1. Położenie noworodka w inkubatorze o stałej temperaturze oraz wilgotności powietrza.
2. Monitorowanie stanu ogólnego noworodka podczas przeprowadzanego zabiegu.
3. Przygotowanie sterylnego sprzętu potrzebnego do podaży surfaktantu.
4. Przygotowanie zestawu do badania równowagi kwasowo-zasadowej i RTG klatki piersiowej w trybie pilnym.
5. Pobranie krwi na badanie gazometryczne.
6. Na zlecenie lekarza podanie leków uspokajających noworodkowi.
7. Przygotowanie surfaktantu zgodnie z zaleceniami producenta, z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
8. Na zlecenie lekarza podaż tlenu przez maskę.
9. Ułożenie noworodka na plecach bez rotacji głowy, opieka nad noworodkiem w czasie podaży surfaktantu.
10. Obserwacja noworodka ze szczególną uwagą na możliwość wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem takich jak: sinica, bradykardia, przejściowe obniżenie podatności płuc.

11. Po podaży surfaktantu ważne jest, aby unikać odśluzowywania wydzieliny z rurki intubacyjnej przez 2-3 godziny.

Ocena efektów działania: Dzięki zastosowaniu powyższych działań pielęgniarских uniknięto powikłań związanych z podażą surfaktantu noworodkowi, a parametry oddechowe noworodka uległy poprawie.

4. Diagnoza pielęgniariska: Ciężki stan ogólny noworodka spowodowany niedokrwistością wymagającej transfuzji uzupełniającej koncentratem krwinek czerwonych.

Cel opieki: Ograniczenie jatrogennej utraty krwi. Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych.

Działania pielęgniarские:

1. Po wykazaniu zgodności grup krwi układu AB0 matki i dziecka, gdy u matki nie stwierdza się alloprzeciwciał oraz test antyglobulinowy u noworodka jest ujemny dobranie KKCz zgodne z grupą krwi dziecka.
2. Pomiar i udokumentowanie temperatury ciała, tętna, ciśnienia krwi, częstości oddechów przed transfuzją krwi oraz po 15 minutach od rozpoczęcia, a także po zakończeniu transfuzji krwi.
3. Obserwowanie noworodka przez 12 godzin po zakończeniu transfuzji krwi.
4. Odnotowanie w dokumentacji noworodka oraz w książce transfuzyjnej przetoczenie krwi.
5. Pobranie badań na stężenie hemoglobiny, hematokrytu, retikulocytów, erytroblastów, transferryny, ferrytyny, poziomu żelaza, a także wykonanie rozmazu krwi i układu krzepnięcia.
6. Podanie żelaza elementarnego leczniczo w dawce 3,5 mg.

Ocena efektów działania: Poziom hemoglobiny u noworodka wzrósł po przetoczeniu KKCz oraz podaży żelaza. Stan ogólny dziecka znacząco uległ poprawie.

5. Diagnoza pielęgniariska: Dysplazja oskrzelowo-płucna spowodowana porodem przedwczesnym i skrajnie niską masą urodzeniową noworodka.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka powikłań oraz nasilenia objawów związanych z dysplazją oskrzelowo-płucną.

Działania pielęgniarские:

1. Monitorowanie stanu ogólnego noworodka.
2. Zastosowanie tlenoterapii używając maski tlenowej pod kontrolą pulsoksymetru.

3. Pobranie krwi na badanie gazometrii krwi tętniczej.
4. Utrzymanie prawidłowego bilansu płynów.
5. Podaż dożylna glikokortykosteroidów w okresie pourodzeniowym zgodnie ze zleceniem lekarskim.
6. Podanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza w celu zmniejszenia obrzęku płuc.
7. Edukacja rodziców na temat postępowania po wypisie noworodka ze szpitala.

Ocena efektów działania: Zminimalizowanie objawów dysplazji oskrzelowo-płucnej u noworodka. Poprawa stanu ogólnego noworodka.

6. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia martwiczego zapalenia jelit spowodowane zmniejszonym dopływem krwi do układu pokarmowego noworodka przedwcześnie urodzonego.

Cel opieki: Wczesne wykrycie martwiczego zapalenia jelit.

Działania pielęgniarskie:

1. Obserwacja noworodka w kierunku wystąpienia objawów klinicznych martwiczego zapalenia jelit.
2. Edukacja matki dziecka na temat znaczenia karmienia noworodka ze skrajnie małą masą urodzeniową mlekiem kobiecym jako profilaktyki wystąpienia martwiczego zapalenia jelit.
3. Karmienie enteralne w miarę możliwości pokarmem kobiecym.
4. RTG jamy brzusznej w celu wykrycia rozdęcia jelit, obecności gazu w ścianie jelita bądź perforacji
5. USG jamy brzusznej umożliwiające wizualizację objawów niewidocznych na zdjęciach rentgenowski.

Ocena efektów działania: Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych w kierunku wykrycia martwiczego zapalenia jelit nie stwierdzono obecności choroby. Matka dziecka została zmotywowana do ściągania pokarmu, by dziecko mogło być karmione jej mlekiem.

7. Diagnoza pielęgniarska: Przejściowa niedoczynność tarczycy spowodowana niedoborem jodu u noworodka urodzonego przedwcześnie.

Cel opieki: Wdrożenie procedur mających na celu zminimalizowanie ryzyka wystąpienia objawów klinicznych wynikających z przejściowej niedoczynności tarczycy.

Działania pielęgniarские:

1. Przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń metabolicznych.
2. Pobranie badań laboratoryjnych: T3, T4, TSH pomiędzy 3 a 5 dobą życia.
3. Asystowanie przy badaniu USG tarczycy.
4. Ocena czynników ryzyka przyczyniających się do obniżenia stężenia tyroksyny całkowitej: niedożywienie, niedojrzałość wątroby oraz zespół błon szklistych.
5. Konsultacja z endokrynologiem dziecięcym po otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych oraz zalecenie regularnych konsultacji u specjalisty po wypisie ze szpitala.
6. Podaż L-tyroksyny w dawce 10–15 µg/kg/dobę.

Ocena efektów działania: Podjęte działania spowodowały, że objawy kliniczne wynikające z przejściowej niedoczynności tarczycy nie wystąpiły.

8. Diagnoza pielęgniarская: Ryzyko wystąpienia retinopatii wcześniaków wynikająca z niedojrzałej siatkówki noworodka urodzonego przedwcześnie.

Cel opieki: Wczesne rozpoznanie retinopatii oraz wdrożenie leczenia mającego na celu zahamowanie rozrostu naczyniowowłóknistych proliferacji do ciała szklistego oraz uniknięcie odwarstwienia siatkówki.

Działania pielęgniarские:

1. Asystowanie przy okulistycznym badaniu przesiewowym w kierunku retinopatii.
2. Podanie doustnie sacharozy w celu zminimalizowania bólu związanego z badaniem.
3. Wykonanie testu pulsoksymetrycznego w celu kontroli saturacji.
4. Udzielenie rodzicom szczegółowych informacji dotyczących retinopatii wcześniaków – czynniki ryzyka, profilaktyka oraz leczenie.

Ocena efektów działania: Wykonane badania przesiewowe nie potwierdziły wystąpienia retinopatii wcześniaków.

9. Diagnoza pielęgniarская: Ryzyko zakażenia miejsca wkłucia obwodowego.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia miejsca wkłucia obwodowego.

Działania pielęgniarские:

1. Podczas zakładania wkłucia obwodowego należy zastosować zasady aseptyki i antyseptyki.
2. Przed każdą interwencją medyczną należy umyć i zdezynfekować ręce.
3. Założenie jednorazowych rękawiczek ochronnych.

4. Przygotowanie płynów oraz leków z zachowaniem zasad jałowości.
5. Gdy obecne są łączniki lub trójniki należy każdorazowo przed podaniem leków je zdezynfekować poprzez przetarcie jałowym gazikiem nasączonym środkiem antyseptycznym uwzględniając czas jego działania.
6. Przed każdorazowym wykorzystaniu kaniuli w celu infuzji dożylniej należy sprawdzić drożność wkłucia obwodowego za pomocą przynajmniej 3 ml 0,9% NaCl, a po podaży leku przepłukać kaniulę przynajmniej 5 ml 0,9% NaCl w celu usunięcia z niej pozostałości podanego leku oraz zapewnienia lepszej drożności.
7. Obserwacja miejsca wkłucia w kierunku zaczerwienienia i obrzęku, które mogą świadczyć o wystąpieniu zakażenia. Należy również zwrócić uwagę czy kaniula nie wysunęła się podczas manipulacji przy miejscu wkłucia.
8. Zmiana opatrunku przy wkłuciu obwodowym w przypadku każdego zabrudzenia krwią.

Ocena efektów działania: Utrzymanie obwodowego wkłucia bez wystąpienia cech zapalnych.

WNIOSKI

1. Noworodek przedwcześnie urodzony został poddany holistycznej opiece.
2. Przeprowadzono szereg badań diagnostycznych mających na celu wykluczenie bądź potwierdzenie wystąpienia takich chorób jak: przetrwały przewód tętniczy, niedokrwistość, dysplazja oskrzelowo-płucna, przejściowa niedoczynność tarczycy, martwicze zapalenie jelit, retinopatia wcześniaków.
3. Noworodkowi z przetrwałym przewodem Botalla udzielono kompleksowej opieki przedoperacyjnej, co zminimalizowano dolegliwości bólowe i trudności w oddychaniu.
4. Leczenie farmakologiczne hemodynamicznie przetrwałego przewodu tętniczego nie przyniosło oczekiwanych efektów.
5. Konieczna była interwencja chirurgiczna mająca na celu zamknięcie drożnego przewodu tętniczego, która zakończyła się powodzeniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Hamrick S., Sallmon H., Rose A. et al.: Patent Ductus Arteriosus of the Preterm Infant. *Journal of Pediatrics* 2020; 146(5): 1-15.
2. Khalesi N., Choobdar F., Khorasani M. et al.: Accuracy of oxygen saturation index in determining the severity of respiratory failure among preterm infants with respiratory distress syndrome. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2021; 34 (14): 2334-2339

ZWIĄZEK ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH Z JAKOŚCIĄ ŻYCIA Kobiet W OKRESIE ROZRODCZYM

Bogumiła Lubińska-Żądło¹, Klaudia Franczak², Bożena Zawadzka³, Bożena Kowalczyk¹

1. Instytut Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu
2. Absolwentka Kierunku Fizjoterapia Instytutu Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu
3. Zakład Pedagogiki Zdrowia i Kultury Fizycznej Instytutu Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

WSTĘP

Współczesne kobiety świadome są swojego ciała i chętnie o nie dbają, coraz popularniejsze stają się wizyty na siłowni czy u fizjoterapeuty, ale niestety bardzo często pojawiają się problemy nieregularnego miesiączkowania czy inne nieprawidłowości. Problemy z płodnością, zaburzeniami miesiączkowania, PMS, zespołami bolesnego miesiączkowania to coraz częstszy problem kobiet XXI wieku.

Okres rozrodczy to bardzo intensywny czas dla organizmu kobiety. W tym okresie życia organizm kobiety przechodzi szereg zmian, które dotyczą wyglądu, budowy, czy różnic związanych ze zmianami stężeń hormonów oraz uzyskaniem płodności. Aktywacja procesu wydzielania hormonów, to główny czynnik, który inicjuje proces pokwitania, a więc dojrzewania płciowego. To działanie hormonów uzależnia przemiany, które pozwalają na regularne miesiączkowanie, stanowiące podstawę okresu rozrodczego. Istotnym, a wręcz przełomowym momentem w życiu i okresie dojrzewania kobiet jest pojawienie się pierwszego krwawienia miesiączkowego – menarche, które przypada mniej więcej w wieku 12 - 13 lat, zwykle 2 - 3 lata od wystąpienia pierwszych cech. Wydarzenie to wiąże się z wieloma emocjami, strachem, niepewnością, bólem, wahaniem nastrojów i złym samopoczuciem. Istotną w tym czasie kwestią jest także masa ciała, która nie powinna być za niska aby uruchomić funkcje jajników i doprowadzić do cyklicznych krwawień miesiączkowych [1]. Przemiany jakie dokonują się cyklicznie przez następne kilkanaście lat dając kobiecie możliwości reprodukcyjne, aż do menopauzy, która kończy okres rozrodczy i wiąże się z brakiem płodności [2].

Wśród wielu czynników, które mogą zaburzyć cykl miesięczkowy to otyłość wymieniana jest na pierwszym miejscu. Może powodować nieregularność cykli miesięczkowych, obfite krwawienia, a nawet przyczyniać się do rozrostu endometrium. Obserwacja cykli miesięczkowych i kontrolowanie ich przebiegu jest bardzo ważne, dostarcza to potrzebnych informacji umożliwiających zajście w ciążę [3].

Nieprawidłowości cyklu miesięczkowego to problem wielu kobiet. Według danych około 75% pacjentek w wieku rozrodczym zmagają się z tym problemem i jest on powodem zgłaszania się ich do specjalisty [4]. Występowanie nieregularności cykli uznawane jest za fizjologiczne, ale tylko w pierwszych dwóch latach pojawienia się miesiączkowania. W wieku pokwitania szczególną czułością na bodźce patogenne cechuje się układ podwzgórzowo-przysadkowo-jajnikowy, co bardzo często jest przyczyną zaburzeń cykli miesięczkowych. Inną przyczyną mogą być nieprawidłowości pochodzące także z innych gruczołów wydzielania, które dopiero dojrzewają, niedobory żywieniowe bądź choroby współistniejące.

Nieprawidłowości miesiączkowania pojawiają się w bardzo różnym wieku. Do takich zaburzeń należą przede wszystkim: zespół policystycznych jajników (PCOS), zespół napięcia przedmiesiączkowego, a także niewydolność lutealna i bolesne miesiączkowanie [5].

Czas prokreacji to moment, gdzie organizm musi być w jak najlepszej formie pod każdym względem. Oprócz czynników jak zdrowie, prawidłowe leczenie bardzo ważną rolę odgrywa ustabilizowana masa ciała. To prawidłowa masa ciała pozwala utrzymywać prawidłowe funkcjonowanie układu rozrodczego, hormonalnego i metabolicznego [6].

Prawidłowa dieta to klucz do utrzymania płodności na wysokim poziomie i przygotowanie organizmu do przyjęcia nowego człowieka oraz uniknięcia sztucznej suplementacji. Warto pamiętać także, że w tym okresie niezbędne jest dostarczanie odpowiedniej ilości kwasu foliowego, który jest jedną z ważniejszych substancji potrzebnych do prawidłowego rozwoju płodu [7]. W okresie rozrodczym fizjoprofilaktyka jest tak samo ważna jak w każdym innym okresie życia [8].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena związku zachowań zdrowotnych z jakością życia kobiet w okresie rozrodczym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 207 kobiet w okresie rozrodczym. Badania przeprowadzono w okresie września 2021 do lutego 2022 roku. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę stanowiła ankieta, a narzędziami wykorzystanymi były: autorski kwestionariusz ankiety, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych - IZZ, będący częścią zbioru autorstwa Juczyńskiego Z., Skala oceny jakości życia WHOQOL - BREF w polskiej adaptacji Jaracz K.

Analizę wpływu wybranych czynników w wynikach przeliczonych prowadzono: testem t-Studenta, jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA, korelacją liniową Pearsona. Duża liczba badanych pozwoliła na interpretację współczynników korelacji r oceniających siłę związku pomiędzy badanymi parametrami. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,050$. Wszelkie obliczenia wykonano pakietem STATISTICA 13.3 PL.

WYNIKI

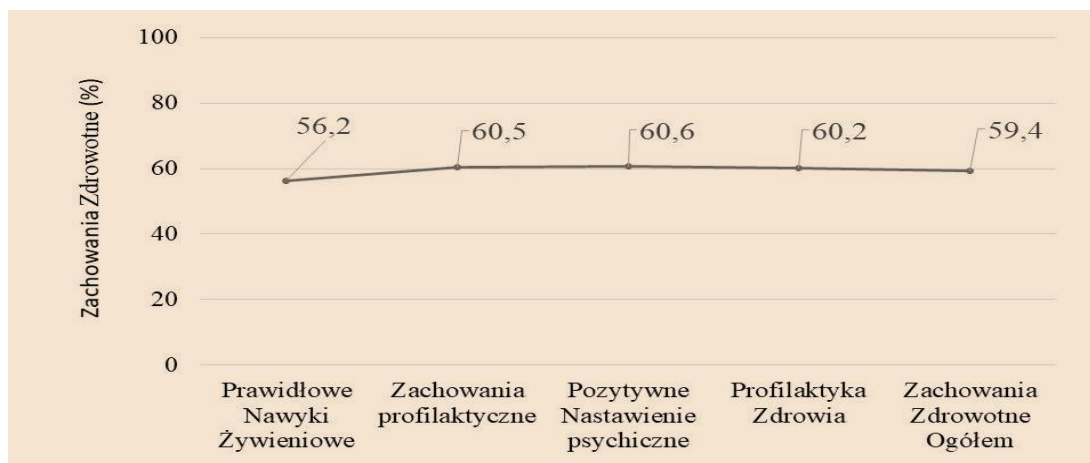
Badania przeprowadzono na grupie 207 kobiet, które były w okresie rozrodczym, przedział wiekowy obejmował od 15 do 50 lat. Większość stanowiły kobiety w grupie wiekowej 21-30 lat (67,1%). Były to mieszkanki wsi 50,7% i miast 49,3%. Badane kobiety to głównie mężatki 30,4%, będące w związku partnerskim stanowiły 22,2%. Nieco ponad połowa posiadała wykształcenie średnie 50,2%, wykształcenie zawodowe posiadało 24,2%, wyższe 22,2%. Badane w większości swoje warunki życiowe oceniły jako dobre 61,8%, bardzo dobre 29,5% (Tabela 1).

W badanej grupie kobiet menarche wystąpiło w wieku 12-14 lat (68,8%), w wieku 9-11 lat (16,4%), natomiast u 15% badanych w wieku 15-17 lat.

Zachowania zdrowotne w badanej grupie kobiet w wieku rozrodczym kształtowały się w zależności od wymiaru od 56,2% dla zachowań zdrowotnych w wymiarze prawidłowe nawyki żywieniowe do 60,6% dla wymiaru pozytywne nastawienie psychiczne. Średnia poziomu zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz profilaktyki zdrowia była na tym samym poziomie i wynosiła 20,5, natomiast średnia poziomu prawidłowych nawyków żywieniowych wynosiła mniej bo 19,5 (Rycina 1).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych kobiet.

Dane socjodemograficzne	Liczba	Procent
	Średnia ± odch.std (min-max)	
Wiek (lata)	27,6 ± 8,9 (15-54)	
15-20 lat	16	7,7%
21-30 lat	139	67,1%
31-40 lat	23	11,1%
41-50 lat	29	14,0%
Miejsce zamieszkania		
Wieś	105	50,7%
Miasto	102	49,3%
Stan cywilny		
Zamężna	63	30,4%
Związek partnerski	46	22,2%
Rozwiedziona lub wdowa	4	1,9%
Wykształcenie		
Gimnazjalne	7	3,4%
Średnie	104	50,2%
Wyższe zawodowe	50	24,2%
Wyższe	46	22,2%
Warunki życiowe		
Bardzo dobre	61	29,5%
Dobre	128	61,8%

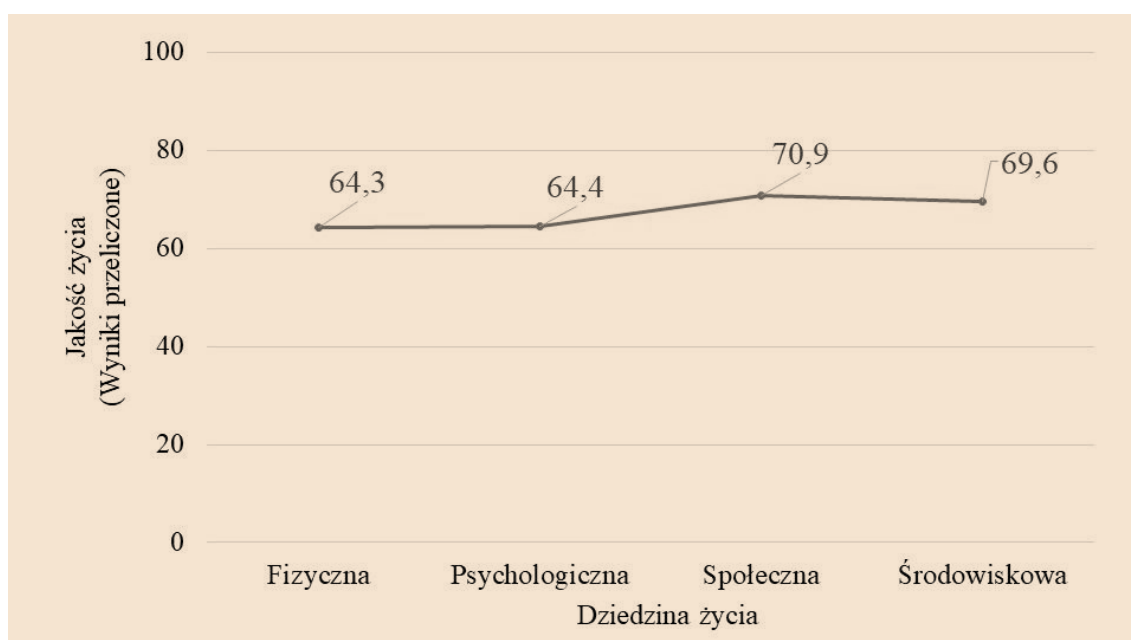


Rycina 1. Średni profil zachowań zdrowotnych badanych kobiet

Kwestionariusz WHOQOL-BREF oprócz pytań oceniających obiektywnie jakość życia w czterech dziedzinach zawiera dwa pytania o poczucie jakości życia o zadowolenia z własnego zdrowia.

Badane kobiety oceniały swoje zadowolenie z jakości swojego życia na 3,8, a zadowolenie ze swojego zdrowia niżej 3,6 pkt w 5 punktowej skali.

Jakość życia w poszczególnych dziedzinach zawierała się w przedziale od 70,9 w dziedzinie relacji społecznych do 64,3 pkt w dziedzinie fizycznej. Najwyżej oceniona została dziedzina społeczna 70,9, kolejno środowiskowa 69,6, nieco niżej psychologiczna 64,4, a najniżej fizyczna 64,3 (Rycina 2).



Rycina 2. Średni profil jakości życia badanych kobiet

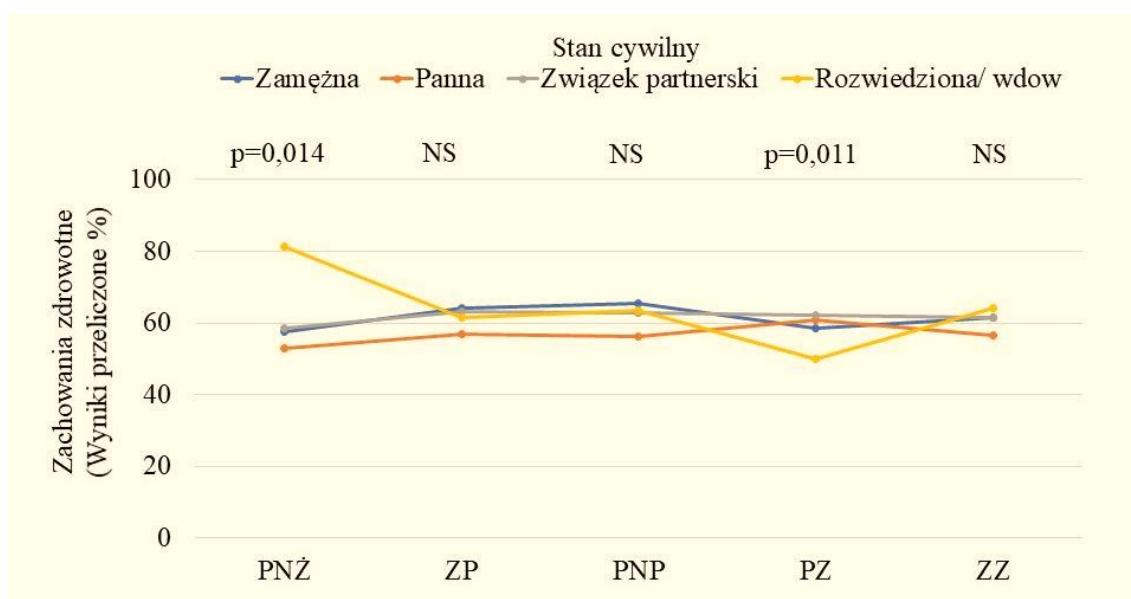
Analizowano zależność zachowań zdrowotnych od danych demograficznych. Korelacja pomiędzy wiekiem badanych kobiet, a ich zachowaniami zdrowotnymi była bardzo słaba lub nie występowała w ogóle. Wiek badanych kobiet nie miał wpływu na zachowania zdrowotne (Tabela 2).

Tabela 2. Analiza zależności zachowań zdrowotnych badanych kobiet od ich wieku.

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone %)	Wiek (lata)	
Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ)	r= 0,1314	Korelacja bardzo słaba
Zachowania profilaktyczne (ZP)	r= 0,1352	Korelacja bardzo słaba
Pozytywne Nastawienie Psychiczne (PNP)	r= 0,1369	Korelacja bardzo słaba
Profilaktyka Zdrowia (PZ)	r= -0,1687	Korelacja bardzo słaba
Zachowania Zdrowotne Ogółem (ZZ)	r= 0,0862	Brak korelacji
r - współczynnik korelacji liniowej Pearsona		
p - poziom istotności		

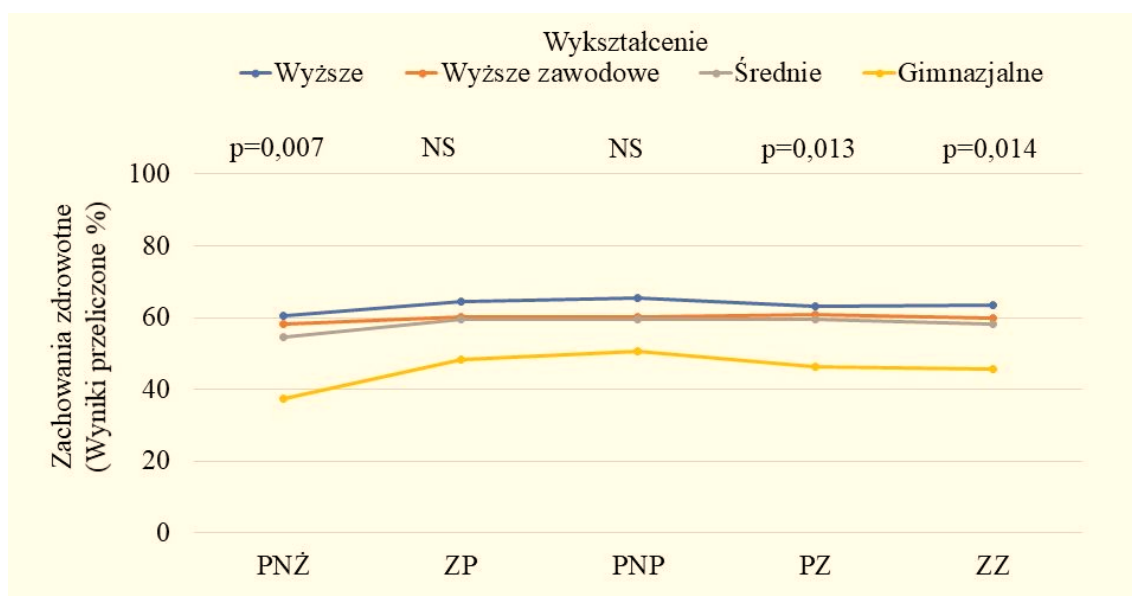
Miejsce zamieszkania badanych kobiet nie miało wpływu na ich zachowania zdrowotne. Badane mieszkające na wsi wyżej oceniły wpływ miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne takie jak zachowania profilaktyczne 61,3, pozytywne nastawienie psychiczne 62,0, profilaktyka zdrowia 61,8. Natomiast kobiety mieszkające w mieście wyżej oceniły wpływ zamieszkania na prawidłowe nawyki żywieniowe 56,7.

Z kolei stan cywilny badanych miał statystycznie znamieny wpływ na zachowania zdrowotne w obszarze PNŻ ($p=0,014$) i PZ ($p=0,011$) (Rycina 3).



Rycina 3. Zachowania zdrowotne badanych kobiet a ich stan cywilny

Również wykształcenie badanych miało statystycznie znamieny wpływ na zachowania zdrowotne w obszarze PNŻ ($p=0,007$), PZ ($p=0,013$) i ZZ ogółem ($p=0,014$). Zachowania zdrowotne kobiet z wykształceniem gimnazjalnym było najniższe we wszystkich wymiarach przy czym w wymiarach ZP i PNP bez znamienności statystycznej. Najwyżej wpływ wykształcenia na zachowania zdrowotne takie jak prawidłowe nawyki żywieniowe oceniły badane z wykształceniem wyższym 60,7 a najniżej z wykształceniem gimnazjalnym 37,5 (Rycina 4).



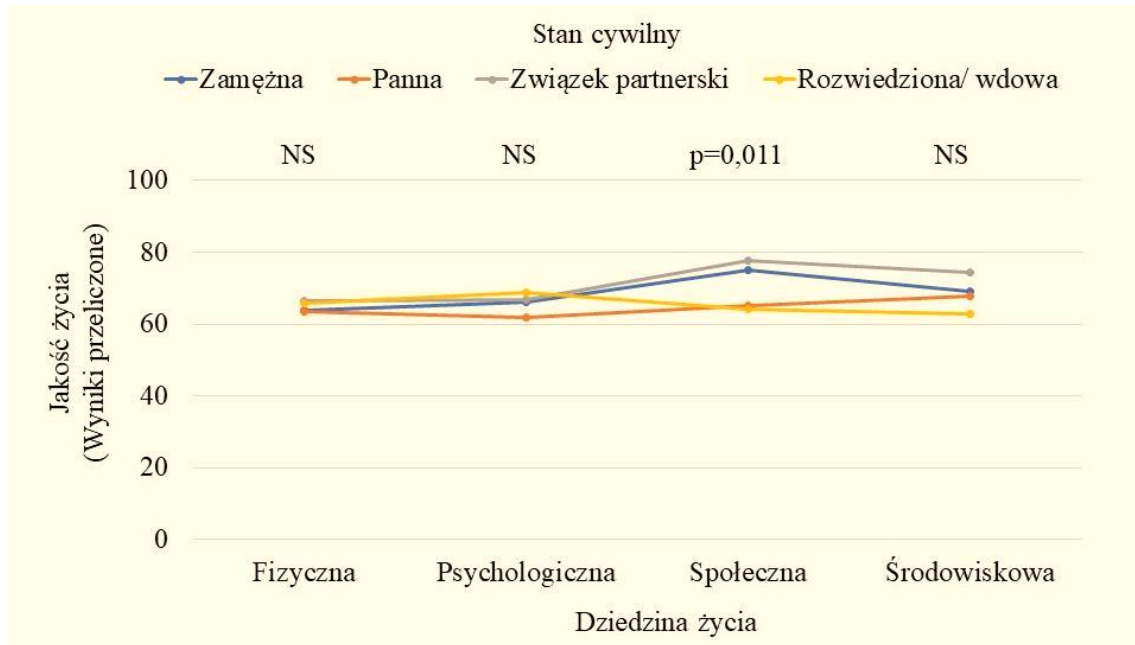
Rycina 4. Zachowania zdrowotne badanych kobiet a ich wykształcenie

Badano zależność jakości życia kobiet w okresie rozrodczym od danych socjodemograficznych.

Nie stwierdzono korelacji pomiędzy wiekiem badanych kobiet a ich jakością życia w czterech dziedzinach w g WHOQOL-BREF. Wiek nie miał wpływu na jakość życia badanych kobiet.

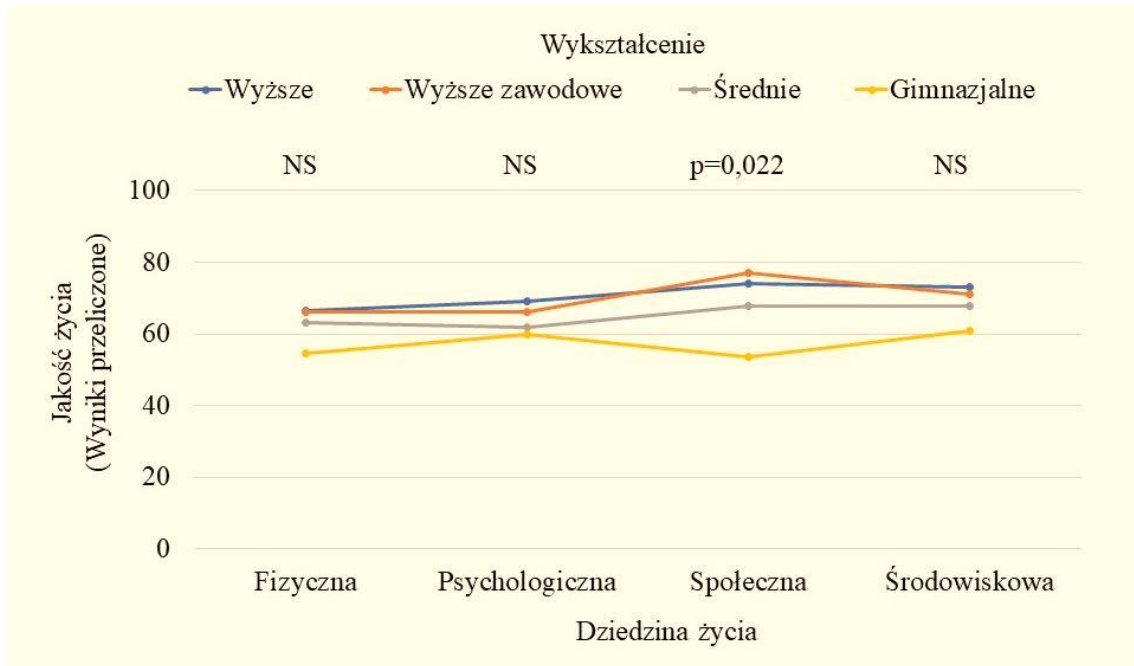
Miejsce zamieszkania również nie miało wpływu na ich jakość życia w czterech dziedzinach życia wg WHOQOL-BREF. Badane mieszkające w mieście wyżej oceniały dziedzinę społeczną 72,0, środowiskową 70,8 oraz fizyczną 64,7 niż badane mieszkające na wsi. Natomiast badane mieszkające na wsi wyżej oceniły dziedzinę psychologiczną 64,9 niż badane mieszkające w mieście.

W dziedzinie relacji społecznych jakość życia badanych kobiet zależała statystycznie znamienne ($p=0,011$) od ich stanu cywilnego. Natomiast w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej stan cywilny badanych nie miał wpływu na jakość życia (Rycina 5).



Rycina 5. Jakość życia badanych kobiet a ich stan cywilny

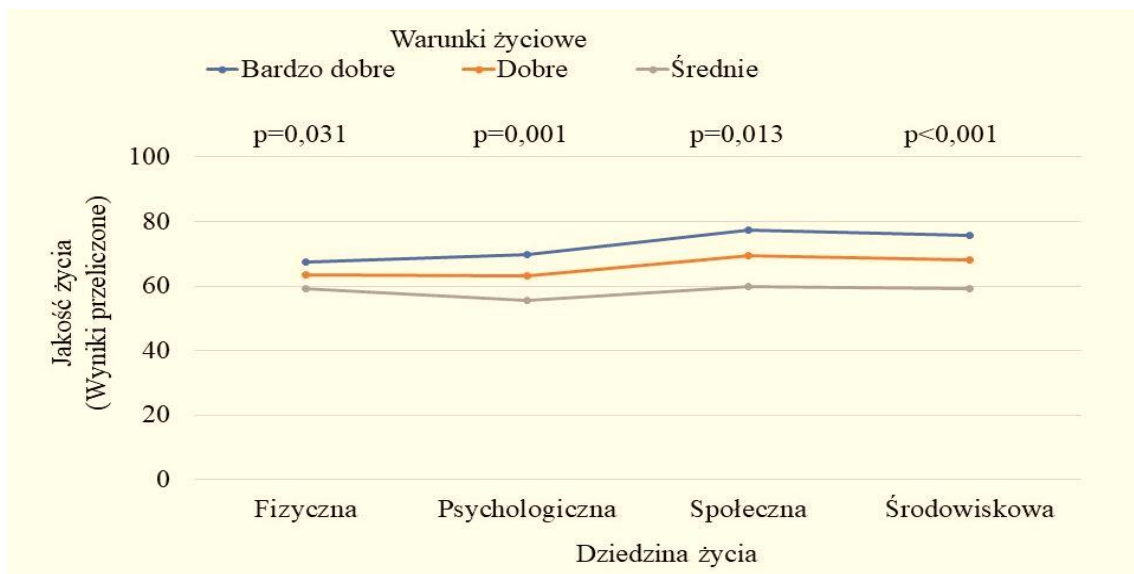
W dziedzinie relacji społecznych jakość życia badanych kobiet zależała statystycznie znamienne ($p=0,022$) od ich wykształcenia. Wykształcenie badanych kobiet nie miało wpływu na ich jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej i środowiskowej (Rycina 6).



Rycina 6. Jakość życia badanych kobiet a ich wykształcenie

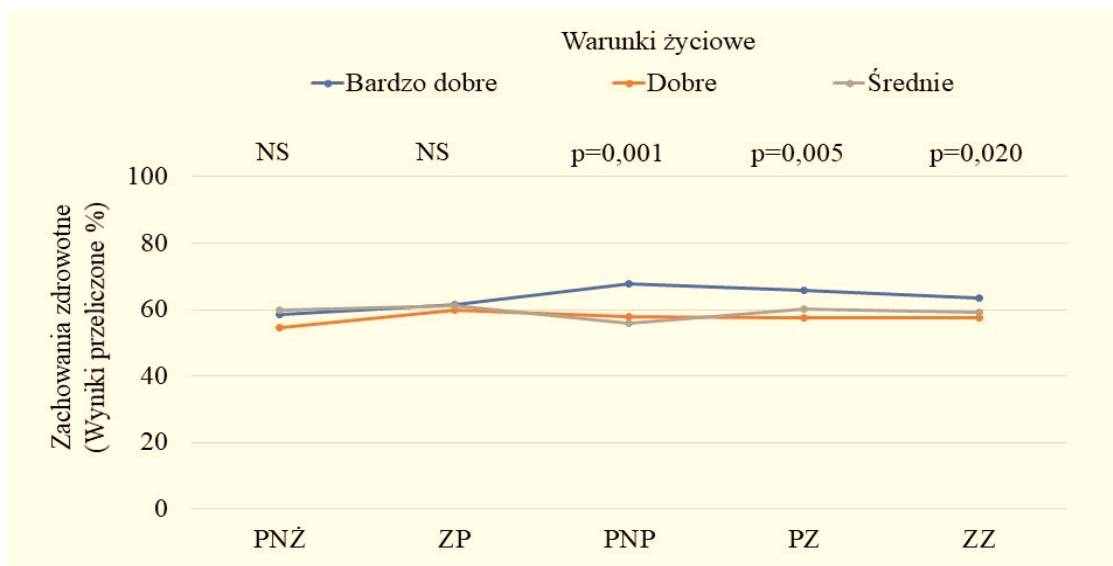
Analizowano wpływ warunków życiowych na jakość życia i zachowania zdrowotne badanych kobiet.

Warunki życiowe badanych kobiet w wieku rozrodczym miały statystycznie znamiennejny wpływ na ich jakość życia w dziedzinach: fizycznej ($p=0,031$), psychologicznej ($p=0,001$), społecznej ($p=0,013$ i środowiskowej $p<0,001$) (Rycina 7).



Rycina 7. Jakość życia badanych kobiet a ich warunki życiowe

Warunki życiowe badanych kobiet w wieku rozrodczym miały statystycznie znamieny wpływ na zachowania zdrowotne w wymiarach: PNP ($p=0,001$), PZ ($p=0,005$) i ZZ Ogółem ($p=0,020$) (Rycina 8).



Rycina 8. Zachowania zdrowotne badanych kobiet a ich warunki życiowe

Badano zależność między zachowaniami zdrowotnymi kobiet w okresie rozrodczym i wpływem na jakość życia.

W Tabeli 3 przedstawiono wyniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w obszarze PNŻ a ich jakością życia w czterech dziedzinach według WHOQOL-BREF. Korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w czterech dziedzinach życia, a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze PNŻ była bardzo słaba. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w obszarze Prawidłowych Nawyków Żywnościowych nie miały wpływu na ich jakość życia.

W Tabeli 4 przedstawiono wyniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w obszarze ZP a jakością życia w czterech dziedzinach wg WHOQOL-BREF.

Dodatnia korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie psychologicznej, dziedzinie społecznej i dziedzinie środowiskowej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze ZP była słaba. Wzrost poziomu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w obszarze Zachowań Profilaktycznych słabo wpływał na poprawę ich jakości życia w dziedzinie psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie fizycznej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze ZP była bardzo słaba. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w obszarze Zachowań Profilaktycznych nie miały wpływu na ich jakość życia w dziedzinie fizycznej.

Tabela 3. Analiza wpływu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w okresie rozrodczym w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych na ich jakość życia

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone)	Dziedzina życia (wyniki przeliczone)			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ)	r= 0,1086	r= 0,1693	r= 0,1414	r= 0,1477
	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja	bardzo słaba korelacja
r -współczynnik korelacji liniowej Pearsona p - poziom istotności				

Tabela 4. Analiza wpływu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w okresie rozrodczym w obszarze zachowań profilaktycznych na ich jakość życia

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone)	Dziedzina życia (wyniki przeliczone)			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Zachowania profilaktyczne (ZP)	r= 0,1887	r= 0,2095	r= 0,2123	r= 0,2122
	bardzo słaba korelacja	słaba korelacja	słaba korelacja	słaba korelacja
r -współczynnik korelacji liniowej Pearsona p - poziom istotności				

W Tabeli 5 przedstawiono wyniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w obszarze PNP a jakością życia w czterech dziedzinach według WHOQOL-BREF.

Dodatnia korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie fizycznej i dziedzinie środowiskowej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze PNP była słaba. Wzrost poziomu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w obszarze Pozytywnego Nastawienia Psychicznego miał słaby wpływ na ich jakość życia w dziedzinie fizycznej i środowiskowej. Dodatnia korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie psychologicznej i dziedzinie społecznej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze PNP była wyraźna. Wzrost poziomu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w obszarze Pozytywnego Nastawienia Psychicznego miał wyraźny wpływ na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej i społecznej.

Tabela 5. Analiza wpływu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w okresie rozrodczym w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego na ich jakość życia

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone)	Dziedzina życia (wyniki przeliczone)			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Pozytywne Nastawienie Psychiczna (PNP)	r= 0,2703	r= 0,4868	r= 0,4635	r= 0,3219
	słaba korelacja	wyraźna korelacja	wyraźna korelacja	słaba korelacja
r -współczynnik korelacji liniowej Pearsona p - poziom istotności				

W Tabeli 6 przedstawiono wyniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w obszarze PZ a ich jakością życia w czterech dziedzinach wg WHOQOL-BREF.

Korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w czterech dziedzinach życia, a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze PZ była bardzo słaba. Zachowania zdrowotne badanych kobiet w obszarze Profilaktyki Zdrowia nie miały wpływu na ich jakość życia.

Tabela 6. Analiza wpływu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w okresie rozrodczym w obszarze profilaktyki zdrowia na ich jakość życia

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone)	Dziedzina życia (wyniki przeliczone)			
Profilaktyka Zdrowia (PZ)	r= 0,1262	r= 0,1346	r= 0,1737	r= 0,1616
	bardzo słaba	bardzo słaba	bardzo słaba	bardzo słaba
	korelacja	korelacja	korelacja	korelacja
r -współczynnik korelacji liniowej Pearsona p - poziom istotności				

W Tabeli 7 przedstawiono wyniki korelacji pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych kobiet w obszarze ZZ Ogółem a ich jakością życia w czterech dziedzinach według WHOQOL-BREF.

Dodatnia korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej i dziedzinie środowiskowej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze ZZ Ogółem była słaba.

Wzrost ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych badanych kobiet miał słaby wpływ na ich jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej.

Tabela 7. Analiza wpływu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w okresie rozrodczym w zakresie zachowań zdrowotnych ogółem na ich jakość życia

Zachowania zdrowotne (wyniki przeliczone)	Dziedzina życia (wyniki przeliczone)			
	fizyczna	psychologiczna	społeczna	środowiskowa
Zachowania Zdrowotne	r= 0,2576	r= 0,3318	r= 0,3266	r= 0,2773
Ogółem (ZZ)	słaba korelacja	słaba korelacja	słaba korelacja	słaba korelacja
r -współczynnik korelacji liniowej Pearsona p - poziom istotności				

DYSKUSJA

Zachowania zdrowotne mają istotny wpływ na zdrowie człowieka i są kształtowane już od najmłodszych lat przez całe życie. Zachowania prozdrowotne - sprzyjające zdrowiu są niezmiernie ważne dla kobiety, aby jak najlepiej przygotować się do pełnienia funkcji prokreacyjnej. Wielu autorów potwierdza pozytywny wpływ systematycznej aktywności fizycznej, unikania używek, ograniczania stresu, odpowiedniego odżywiania, odpowiedniej ilości snu na różne sfery naszego życia, jednak niewielu z nich zwraca uwagę na wpływ tych czynników na cykl miesięczkowy, jego przebieg czy nieregularność.

Badania przeprowadzone przez Bień i wsp. na grupie 200 kobiet w przedziale wiekowym 18 a 35 lat, dotyczyły wpływu danych socjodemograficznych na zachowania zdrowotne kobiet w okresie prokreacji. Badania wykazały, że wraz z wiekiem zwiększały stopień dbania o swoje zdrowie w zakresie m.in. żywienia, dbałości o ciało czy bezpieczeństwa. Badania ukazały także, że miejsce zamieszkania kobiet w okresie rozrodczym różnicuje zachowania zdrowotne w zakresie zachowania bezpieczeństwa. Osoby mieszkające w miastach wykazały niższy stopień zachowania bezpieczeństwa w porównaniu z osobami mieszkającymi na wsi. Kolejnym aspektem było wykształcenie, kobiety z wykształceniem wyższym dbają w większym stopniu o sposób odżywiania, niż kobiety z wykształceniem zawodowym. Badane z wykształceniem wyższym licencyjnym czy magisterskim wykazywały większą dbałość o ciało oraz dbałość o bezpieczeństwo niż badane z wykształceniem zawodowym bądź średnim. Badanie wykazało także, że kobiety w okresie prokreacji kreują zachowania zdrowotne na dużo niższym poziomie niż kobiety ciężarne [9].

Wyniki badań własnych ukazały, że stan cywilny badanych kobiet miał statystycznie znamieny wpływ na ich zachowania zdrowotne w obszarze prawidłowe nawyki żywieniowe i profilaktyka zdrowia. Średni poziom zachowań zdrowotnych w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych był najwyższy w grupie kobiet owdowiałych lub rozwiedzionych natomiast średni poziom zachowań zdrowotnych w obszarze profilaktyki Zdrowia był najniższy w tej grupie kobiet. Uzyskane w prowadzonych badaniach własnych wyniki pokazały, że warunki życiowe badanych kobiet w wieku rozrodczym miały statystycznie znamieny wpływ na ich jakość życia w dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. We wszystkich tych dziedzinach najwyższą jakość życia występowała w grupie kobiet, których jakość życia była bardzo dobra a najniższe u kobiet ze średnią jakością życia. Ważnym aspektem badań własnych była ocena zależności między zachowaniami zdrowotnymi badanych a ich wpływem na jakość życia badanych kobiet. Dodatnia korelacja pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinie psychologicznej i dziedzinie społecznej a ich zachowaniami zdrowotnymi w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego była wyraźna. Wzrost poziomu zachowań zdrowotnych badanych kobiet w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego miał wyraźny wpływ na ich jakość życia w dziedzinie psychologicznej.

Badania przeprowadzone przez Kucharską i wsp. na grupie 104 kobiet mieszkających w Radomiu wykazały, że większość badanych kobiet uważa, że prowadzi zdrowy tryb życia i zwraca uwagę na zachowania zdrowotne 55,8%, a tylko 10 % z nich przyznała, że nie myślała czy prowadzi zdrowy tryb życia. Ukazano, że ponad połowa kobiet podejmuje różne zachowania antyzdrowotne takie jak np. brak aktywności fizycznej, aż 32,7% badanych kobiet przyznała, że nie wykonuje badań profilaktycznych, a 3,8% badanych przyznała, że nadmiernie się odchudzała. Badanie potwierdziło, że kobiety mają świadomość powiązania między zachowaniami zdrowotnymi, a prawidłowym funkcjonowaniem zdrowia reprodukcyjnego [10].

Istotnym przejawem zachowań zdrowotnych jest aktywność fizyczna. Badanie Wantuch, które obejmowało grupę 186 kobiet w wieku 18-45 lat, które regularnie miesiączkują oraz regularnie uprawiają aktywność fizyczną wykazały, że ponad połowa 57,4% badanych wskazało pozytywny wpływ aktywności fizycznej na regularność cykli miesięczkowych, a 32,8% badanych odczuwało mniejsze nasilenie bólu miesięczkowego. Badania potwierdziły, że regularna aktywność fizyczna przyczynia się statystycznie do zwiększenia regularności cykli miesięczkowych oraz zmniejszenia objawów bólu miesięczkowego, jak również osłabienia objawów PMS aż w 96 % przypadkach [11].

Z kolei badanie Makowskiej przeprowadzone na grupie 190 uczennic szkół podstawowych, które miesiączkowały wskazują na problem braku aktywności fizycznej podczas miesiączkowania, wynikające bardzo często z niewiedzy. Badania wykazały, że jedynie 32,7% uczennic było aktywnych na zajęciach wychowania fizycznego podczas miesiączkowania. Tak niska frekwencja na zajęciach spowodowana była brakiem wiedzy na temat pozytywnego wpływu ćwiczeń i aktywności fizycznej na przebieg miesiączkowania, bo tylko 12,6% badanych uczennic posiadało wiedzę na ten temat. Tak duża niewiedza wynikała także z braku zachęcania i uświadomienia dziewczynek przez swoje mamy. Jedynie 3,6% matek wykazywało pozytywny stosunek do zachęcania córek do uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego podczas miesiączkowania [12].

Badania własne przeprowadzone na grupie 207 kobiet, które były w okresie rozrodczym, wykazały, że aktywność fizyczna badanych kobiet w czasie miesiączkowania miała statystycznie znamienny wpływ na ich jakość życia badanych kobiet w dziedzinach fizycznej i społecznej. W obu tych dziedzinach jakość życia kobiet uprawiających aktywność fizyczną w czasie miesiączkowania była wyższa, niż u kobiet nieuprawiających w tym okresie aktywności fizycznej. W badanej grupie kobiet nie stwierdzono występowania zależności pomiędzy jakością życia badanych kobiet w dziedzinach: psychologicznej i społecznej.

WNIOSKI

1. Stwierdzono, że zachowania zdrowotne statystycznie znamienne zależały od stanu cywilnego i wykształcenia natomiast nie zależą od wieku i miejsca zamieszkania.
2. Stwierdzono, że jakość życia kobiet w okresie rozrodczym zależała istotnie statystycznie od stanu cywilnego, wykształcenia w dziedzinie społecznej, natomiast wiek oraz miejsca zamieszkania takiego wpływu nie miały.
3. Warunki życiowe miały istotny statystycznie wpływ na ich jakość życia we wszystkich dziedzinach oraz na zachowania zdrowotne w domenie pozytywnego nastawienia psychicznego, profilaktyki zdrowia i zachowań zdrowotnych ogółem. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych w tych trzech domenach posiadały kobiety żyjące w warunkach bardzo dobrych.
4. Wzrost ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych badanych miał słaby wpływ na ich jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Natomiast w poszczególnych domenach zachowań zdrowotnych wyraźny wpływ na jakość życia zaobserwowano w pozytywnym nastawieniu psychicznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Ślizień Kupczapska E., Szmyczyńska J., Rabijewski M.: Wybrane zagadnienia zaburzeń kształtowania się zdrowia prokreacyjnego u dziewcząt. Czy warto włączyć obserwację cyklu do praktyki lekarskiej? Część I. Naturalny przebieg procesu dojrzewania u dziewcząt - granice fizjologii i patologii. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* 2020; 3 (43): 286-298
2. Szukiewicz D.: Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Wyd. PZWL, Warszawa 2017.
3. Springwald A. Matusik P.: Zaburzenia miesiączkowania u otyłych dziewcząt. *Położnictwo i Ginekologia* 2018; 41 (8): 49-53.
4. Slap G.B.: Menstrual disorders in adolescence. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecol* 2003; 17 (1): 75-92.
5. Jarząbek-Bielecka G., Sowińska-Przepiera E., Mizgier M., i wsp.: Eating disorders as a result of sexual abuse of children - endokrynological and sexuological aspects. *Pediatric Endocrinology* 2017; 16 (2): 133-136.
6. Gęstek-Peszek M.: Wpływ sposobu żywienia na płodność kobiet oraz mężczyzn - przegląd doniesień naukowych [w:] *Nowe trendy w dietetyce*, Krzystyniak K.L., Klonowskiej J. (red.) Wyd. Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia, Warszawa 2019: 60-64.
7. Bojanowska M., Kostecka M.: Dieta i styl życia jako czynniki wpływające na płodność. *Kosmos Problemy Nauk Biologicznych* 2018; 67 (2): 425–439.
8. Kubińska Z., Zaworski K.: Preventive Physical Therapy as a Health Need and Service. Theoretical Background. *Fizjoterapia Polska* 2018; 18 (2): 58-68.
9. Bień A., Rzońca E., Krysa J. i wsp.: Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22 (3): 210-215.
10. Kucharska K., Rychlicka I., Dugiel G.: Zachowania zdrowotne kobiet w aspekcie zdrowia reprodukcyjnego. *Polish Journal of Health and Fitness* 2020; 1: 34-50.
11. Wantuch K.: Wpływ regularnej aktywności fizycznej na przebieg cyklu menstruacyjnego kobiet w okresie rozrodczym. *Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego* 2020.
12. Makowska B.: Aktywność ruchowa dziewcząt w czasie menstruacji. *Prace Naukowe. Kultura Fizyczna* 2000; 3: 117-123.

POCZUCIE WPŁYWU NA PRZEBIEG CHOROBY U PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIĄ

Kamila Choruży¹, Julia Sawicka²

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Schizofrenia jest psychozą endogenną, charakteryzuje się deterioracyjnym przebiegiem, nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu obejmującym zaburzenia procesów strukturalnych oraz czynnościowych. Zaburzenia schizofreniczne występują stosunkowo u ludzi młodych. Pacjenci hospitalizowani z powodu schizofrenii, to w większości osoby w wieku 20-49 lat. Największy odsetek występuje około 30-39 roku życia [1]. Etiopatogeneza schizofrenii jest wieloczynnikowa. Istotną rolę przypisuje się teorii neurorozwojowej, w której to predyspozycja genetyczna pełni najbardziej znaczącą rolę w powstawaniu zaburzeń schizofrenicznych. Czynniki oddziałujące w okresie prenatalnym, okołoporodowym, wczesnodziecięcym aż po okres dojrzewania zwiększają ryzyko zachorowania na schizofrenię i pojawienia się pierwszego epizodu psychiatrycznego [2].

Poczucie wpływu na przebieg choroby jest czynnikiem angażującym pacjenta w proces leczenia, stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Efektem takiego postępowania może być wydłużenie okresu remisji choroby oraz poprawa komfortu życia pacjenta.

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie poczucia wpływu na własną chorobę u chorych ze schizofrenią.

MATERIAŁ I METODY

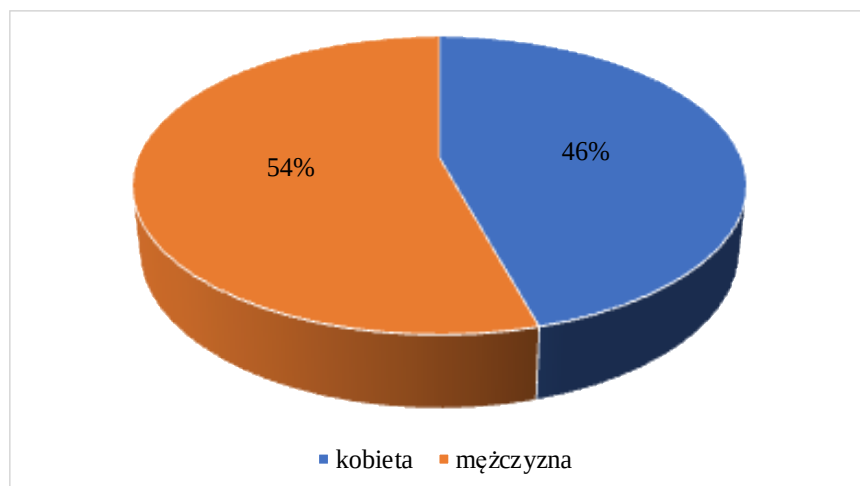
Badaniem objęto 103 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Uchwała nr: APK.002.298.2021.

W postępowaniu badawczym zastosowano Krótką skalę poczucia wpływu na przebieg choroby. Skala składała się z pięciu stwierdzeń. Badany pacjent wyrażał własną opinię na każde z nich: zgadzam się w pełni- 4, raczej się zgadzam - 3, trudno powiedzieć – 2, raczej się nie zgadzam - 1, nie zgadzam się - 0. Całkowitą punktację uzyskuje się sumując punkty za poszczególne stwierdzenia. Zakres wyników mieścił się w przedziale od 0 do 20 punktów. Wyższy wynik wskazywał o wysokim wpływie na poczucie własnej choroby i zaangażowaniu się w proces leczenia. Wyniki badań poddano analizie statystycznej w programie R w wersji 4.1.1 firmy The R Foundation. Uzyskane dane o charakterze nominalnym opisywano dzięki utworzeniu szeregów rozdzielczych. Wyszczególniano w nich warianty cech za pomocą zbadania ich liczności i częstości pojawiania się w ogóle badanej społeczności. Uzyskane szeregi opisano za pomocą statystyk opisowych, zaliczanych do podstawowych. Wymienia się: średnią, medianę, kwartyl górny i dolny, a także odchylenie standardowe. Dane przedstawiono przy pomocy rycin oraz tabel. Do interpretacji badań posłużyły następujące sposoby analizy danych ilościowych: współczynnik korelacji Pearsona (opierający się na teście chi-kwadrat), test istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowalnych) - statystyka chi- kwadrat. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05.

WYNIKI

Charakterystyka społeczno-demograficzna grupy badanej

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 103 osób, wśród których było 56 mężczyzn (54%) oraz 47 kobiet (46%) (Rycina 1).



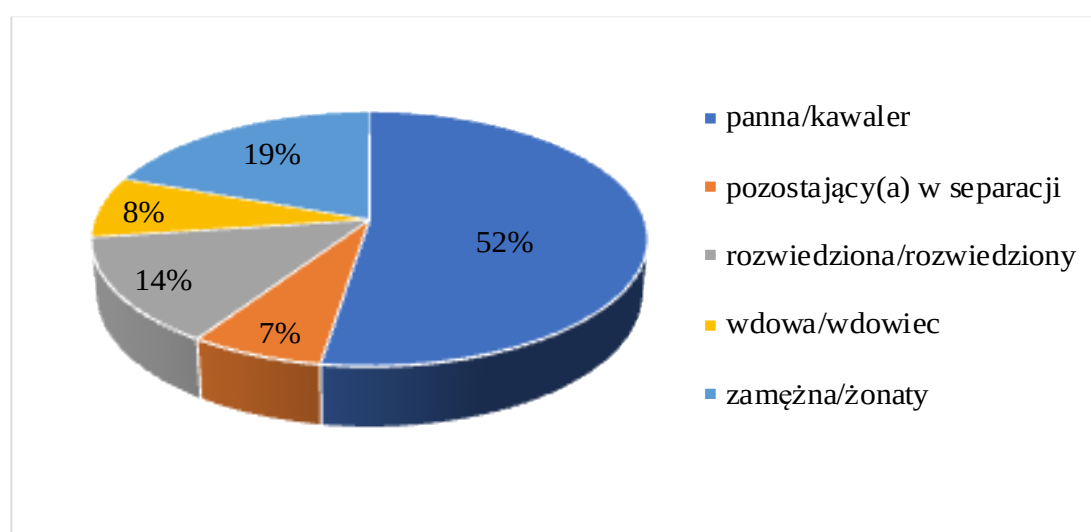
Rycina 1. Struktura badanych ze względu na płeć

Średni wiek badanej grupy wynosił $44,83(\pm 18,5)$ lata. Połowa ankietowanych miała co najmniej 49 lat, zaś pozostała połowa co najwyżej 49 lat. Najmłodszy respondent miał 18 lat, zaś najstarszy 91 lat, co wskazuje na znaczne zróżnicowanie grupy badanej pod względem wieku. Co czwarty badany miał nie więcej niż 35,5 roku (dolny kwartył = 35,5), zaś co czwarty miał co najmniej 63 lata (Tabela 1).

Tabela 1. Rozkład zmiennej: wiek badanych

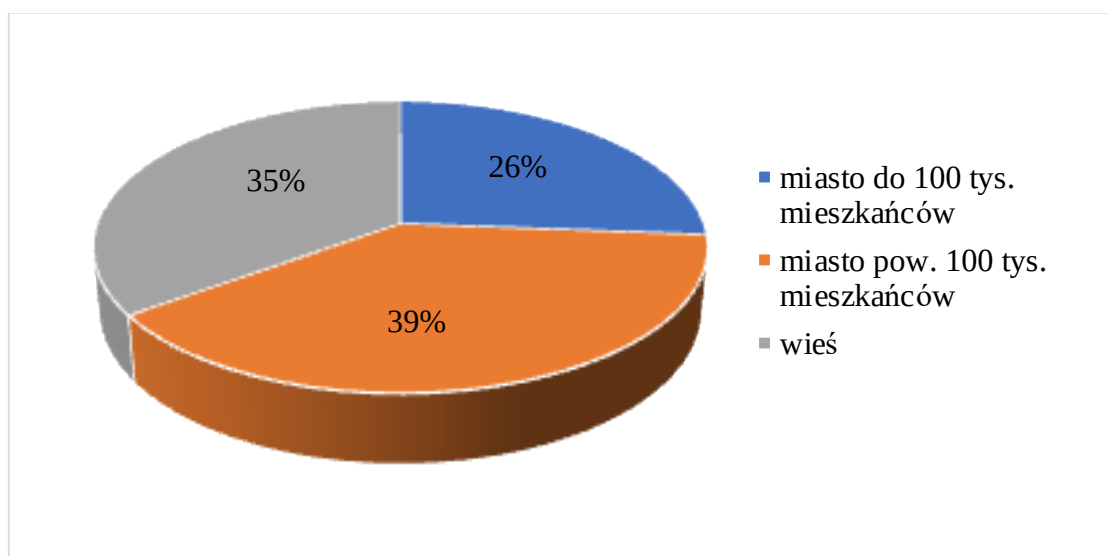
Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartył	Górny kwartył
Ogółem	103	$44,83 \pm 18,50$	49	18	91	35,5	63

W badanej grupie największy udział stanowiły osoby stanu wolnego: panna/kawaler, stanowiąc 52% ogółu. Ankietowani deklarujący stan cywilny jako zamężna/żonaty 19%, zaś rozwiedziony/rozwiedziona 14%. W separacji pozostawało 7% respondentów, zaś stan cywilny wdowa/wdowiec charakteryzował 8% badanych (Rycina 2).



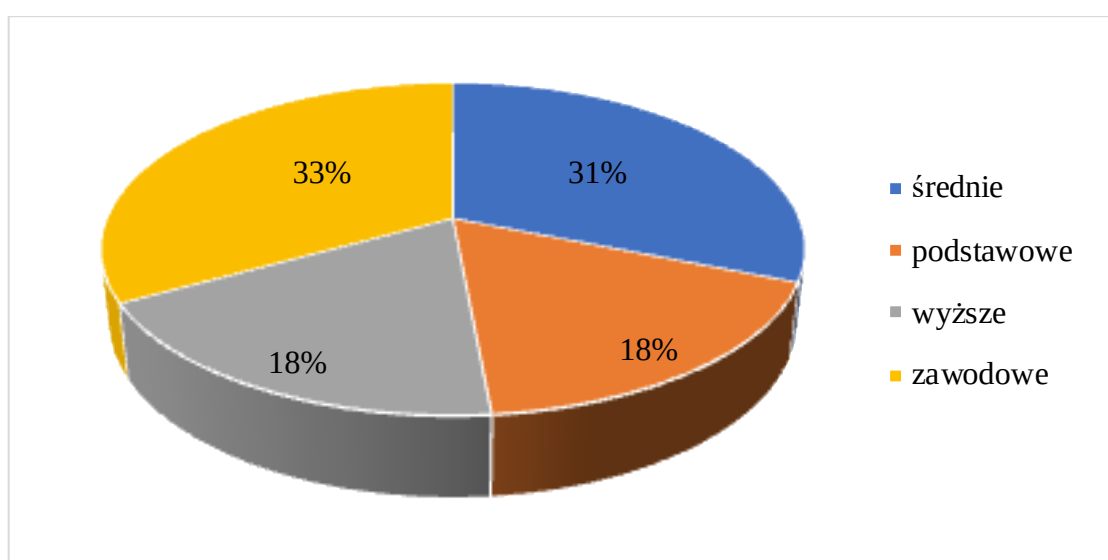
Rycina 2. Struktura badanych ze względu na stan cywilny

Wśród ankietowanych największy udział stanowili mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców (39%). Nieznacznie mniej respondentów (35%) zamieszkiwało wsie oraz miasta do 100 tys. mieszkańców (26%) (Rycina 3).



Rycina 3. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Największa liczba respondentów posiadała wykształcenie zawodowe (33%) oraz średnie (31%). Nieco mniej ankietowanych wskazało na posiadanie wykształcenia podstawowego (18%) oraz wyższego (18%). Dane te przedstawia poniższa Rycina 4.



Rycina 4. Struktura badanych ze względu na wykształcenie

Badani zostali zdiagnozowani średnio $20,15 \pm 15,61$ lat temu. Nieznacznie dłużej choroba trwała u kobiet – przeciętnie $20,34 \pm 15,61$ lat niż u mężczyzn, u których średni czas trwania choroby wyniósł $19,98 \pm 16,78$ lat. W przypadku obu płci odchylenie standardowe było nieznacznie niższe niż wartość średnia, co wskazuje na duże zróżnicowanie czasu od diagnozy wśród respondentów.

Najkrótszy czas trwania choroby zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn wyniósł 1 rok, zaś najdłuższy w przypadku kobiet 60 lat, zaś w grupie mężczyzn 55 lat. Co czwarta osoba chorowała nie dłużej niż 6 lat (dolny kwartył dla ogółu = 6), zaś jednocześnie co czwarty badany chorował co najmniej 30 lat (górny kwartył dla ogółu = 30) (Tabela 2).

Tabela 2. Rozkład zmiennej: czas trwania choroby

Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartył	Górny kwartył
Ogółem	103	20,15 $\pm$ 15,61	20	1	60	6	30
Kobiety	47	20,34 $\pm$ 14,27	20	1	60	8	30
Mężczyźni	56	19,98 $\pm$ 16,78	17,5	1	55	5	36

Wyniki Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby

Kwestionariusz krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby składa się z pięciu pytań, na które można odpowiedzieć: zgadzam się w pełni, raczej się zgadzam, trudno powiedzieć, raczej się nie zgadzam oraz nie zgadzam się. Każdej z odpowiedzi przyporządkowana jest odpowiednia liczba punktów, a następnie sumarycznie zdobyta liczba punktów podlega interpretacji. Wynik skali należy do zakresu od 0 do 20 punktów, gdzie wyższy wynik wskazuje na wyższe poczucie wpływu na przebieg choroby – osoby z takim poczuciem mają właściwe podejście do farmakoterapii i są zaangażowane w proces leczenia. W przypadku uzyskania niskiego wyniku kwestionariusza (poniżej 10 punktów) należy liczyć się z trudnościami we właściwym podejściu do prowadzonej terapii, pacjenci mogą w sposób bierny uczestniczyć w procesie leczenia, ale również odstawić leki z powodu braku widocznej zależności pomiędzy zaniechaniem farmakoterapii a nawrotem objawów choroby.

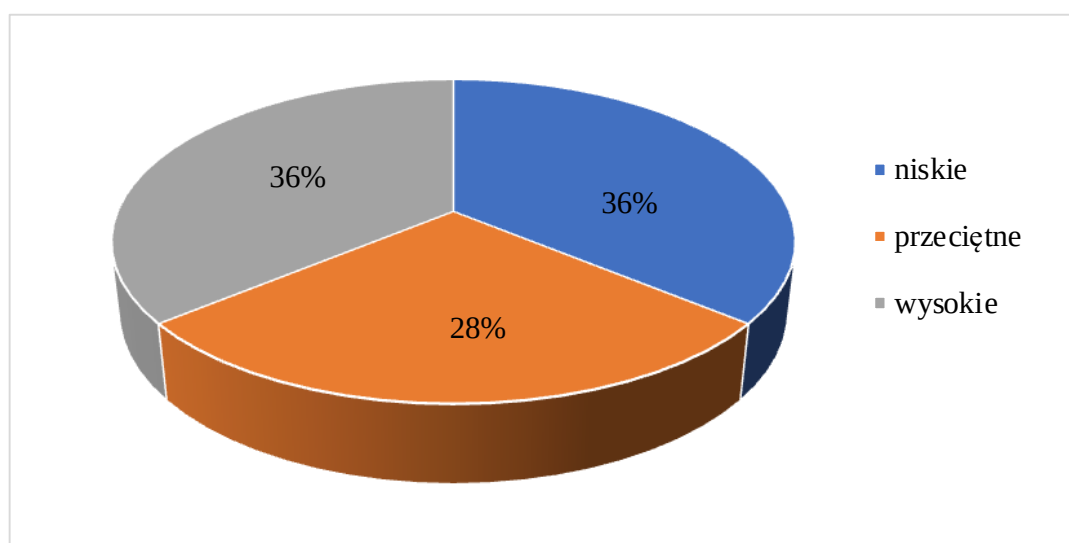
Wśród badanych osób najniższy uzyskany sumaryczny wynik kwestionariusza wynosił 0 punktów i wynik taki uzyskała jedna osoba. Oznacza to, że u jednego respondenta poczucie wpływu na przebieg choroby było bardzo niskie. Z kolei aż 4 osoby uzyskały maksymalny możliwy wynik wynoszący 20 punktów, co wskazuje na najwyższe możliwe poczucie wpływu na przebieg choroby. Należy podkreślić, że oba skrajne wyniki – maksymalny oraz minimalny zaobserwowano w grupie kobiet. W przypadku mężczyzn, najniższa uzyskana suma punktów wyniosła 3, zaś najwyższa 18. Średni wynik uzyskany dla ogółu ankietowanych wynosił 11,83 $\pm$ 4,43 punktu, zaś z podziałem na grupy wynosił dla kobiet 12,09 $\pm$ 4,58 punktu, zaś dla mężczyzn 11,62 $\pm$ 4,34 punktu. Różnice pomiędzy płciami nie były znaczące.

Mediana liczby uzyskanych punktów dla ogółu respondentów wyniosła 12, taki sam wynik uzyskano w grupie mężczyzn, zaś w przypadku kobiet mediana wyniosła 13 punktów. Można zatem wnioskować, że kobiety średnio uzyskiwały nieco wyższy wynik w Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby, co wskazuje na posiadania większego wpływu u kobiet niż u mężczyzn. Różnice pomiędzy wynikami uzyskanymi przez kobiety i mężczyzn nie były jednak statystycznie istotne ($p = 0,579$). Dane te przedstawiono w poniższej Tabeli 3.

Tabela 3. Rozkład wyników Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby ogółem oraz wśród kobiet i mężczyzn

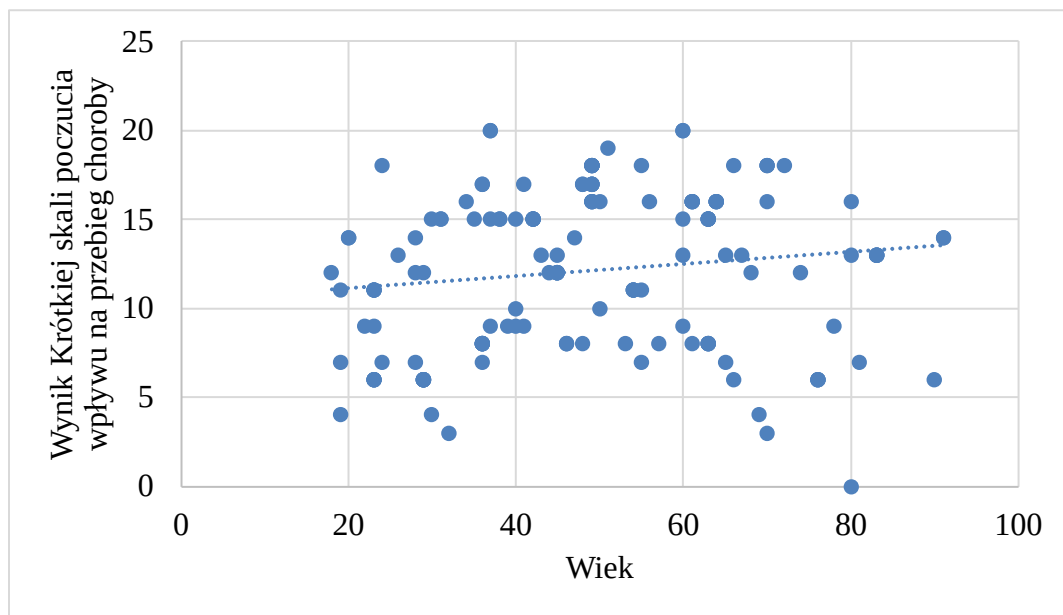
Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
Ogółem	103	11,83 $\pm$ 4,43	12	0	20	8	15,5
Kobiety	47	12,09 $\pm$ 4,58	13	0	20	9	15
Mężczyźni	56	11,62 $\pm$ 4,34	12	3	18	7	16

Analizując interpretację punktową wyniku kwestionariusza Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby, należy stwierdzić, iż więcej ankietowanych uzyskało wyniki skrajne. Taka sama liczba respondentów – po 37 osób (36%) uzyskało wynik wskazujący na niskie oraz wysokie pocucie wpływu na przebieg choroby. Nieznacznie mniej liczna okazała się grupa pacjentów posiadających przeciętne pocucie wpływu na przebieg choroby. Wynik taki uzyskało 29 pacjentów, stanowiąc 28% ogółu (Rycina 5).



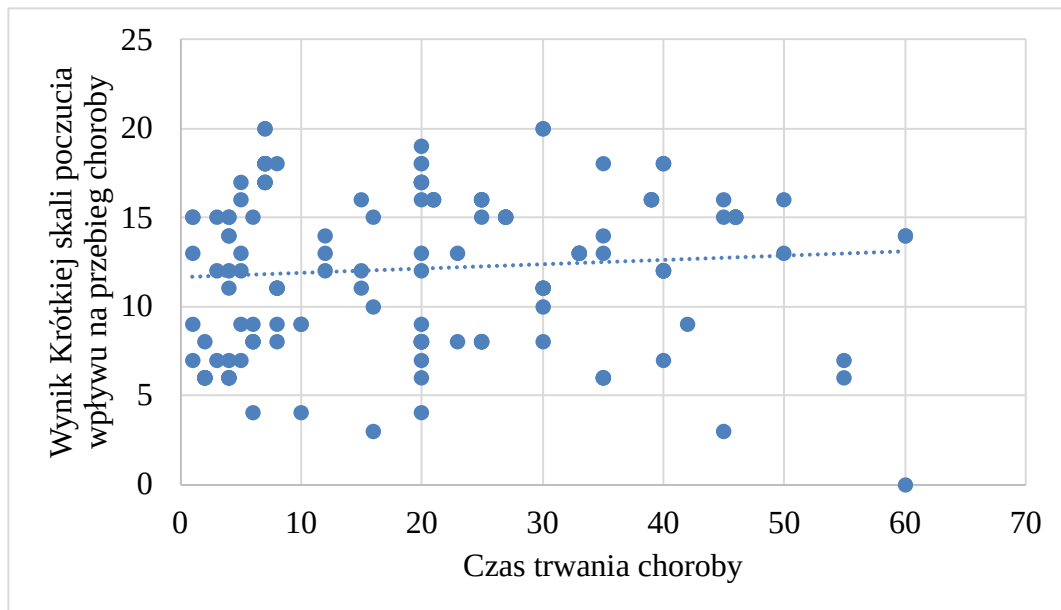
Rycina 5. Struktura badanych ze względu na interpretację kwestionariusza

Następnie analizowano, czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a ich poczuciem wpływu na przebieg choroby. Pomiedzy wiekiem i wynikiem kwestionariusza zaobserwowano niską korelację dodatnią. Współczynnik korelacji Spearmana przyjął wartość $\rho = 0,129$ i korelacja ta okazała się nie być statystycznie istotna, na co wskazuje uzyskana wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,196 > 0,05$. Oznacza to, że nie ma powodów aby twierdzić, że starsi respondenci odznaczają się większym lub mniejszym poczuciem wpływu na przebieg choroby w stosunku do młodszych respondentów (Rycina 6).



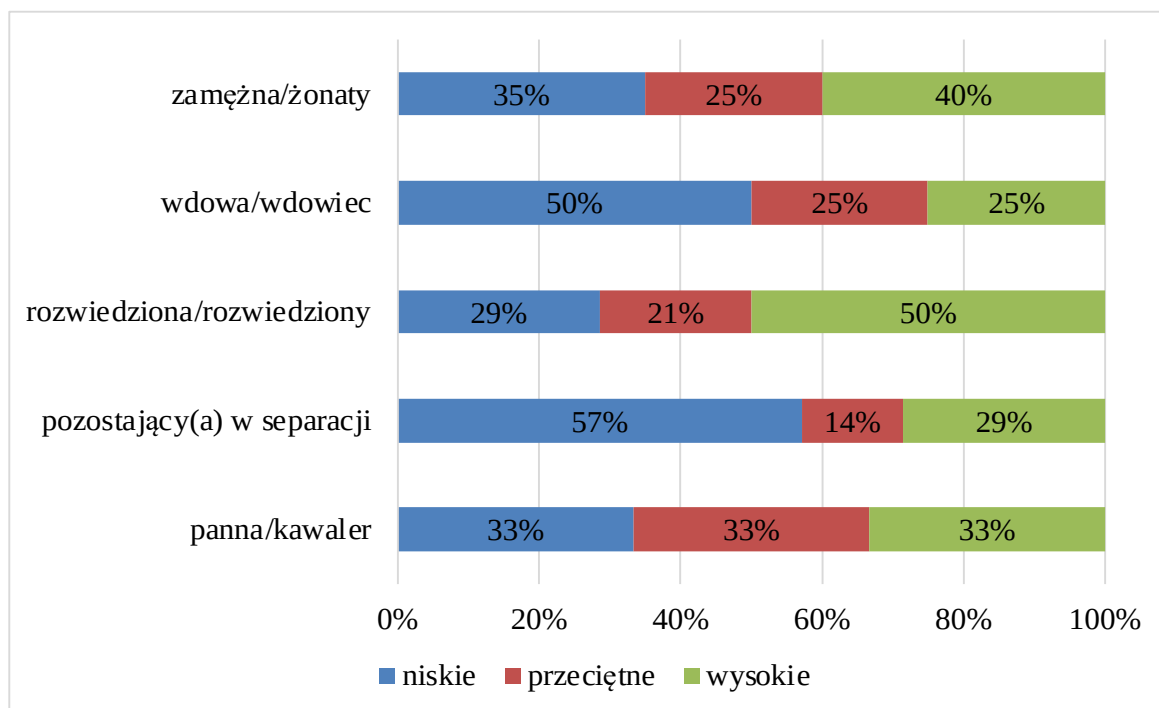
Rycina 6. Korelacja pomiędzy wiekiem ankietowanych a wynikiem kwestionariusza

Niższy współczynnik korelacji ($\rho = 0,122$), który okazał się nieistotny statystycznie ($p = 0,217$) uzyskano dla związku pomiędzy czasem trwania choroby, a wynikiem krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby. Oznacza to, że nie ma powodów, by twierdzić, że wraz ze wzrostem czasu trwania choroby następuje wzrost lub spadek poczucia wpływu na przebieg choroby (Rycina 7).



Rycina 7. Korelacja pomiędzy czasem trwania choroby a wynikiem kwestionariusza

Poczucie wpływu na przebieg choroby nie było statystycznie istotnie różne w zależności od stanu cywilnego ankietowanych (uzyskana wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,830$). Najwięcej respondentów z wysokim poczuciem własnej wartości znalazło się wśród rozwiedzionych i odsetek ten wynosił 50%. Osoby z niskim poczuciem wpływu stanowiły w tej grupie 29%, zaś z przeciętnym 21%. Nieznacznie niższy odsetek wysokiego poziomu wpływu na przebieg choroby zaobserwowano wśród mężatek oraz żonatych mężczyzn (40%). Niskie poczucie wpływu w tej podgrupie charakteryzowało 35% osób, zaś przeciętne 25%. W przypadku respondentów pozostających w separacji ponad połowa (57%) posiadała niski poziom wpływu, u 14% poziom był przeciętny, zaś u 29% wysoki. U wdów oraz wdowców niski poziom poczucia wpływu na przebieg choroby charakteryzował połowę badanych, zaś po ¼ posiadało poziom przeciętny i wysoki. Jedynie wśród ankietowanych stanu wolnego osób z niskim, przeciętnym i wysokim poczuciem wpływu na przebieg choroby było po tyle samo i każda z grup stanowiła 33% (Rycina 8).



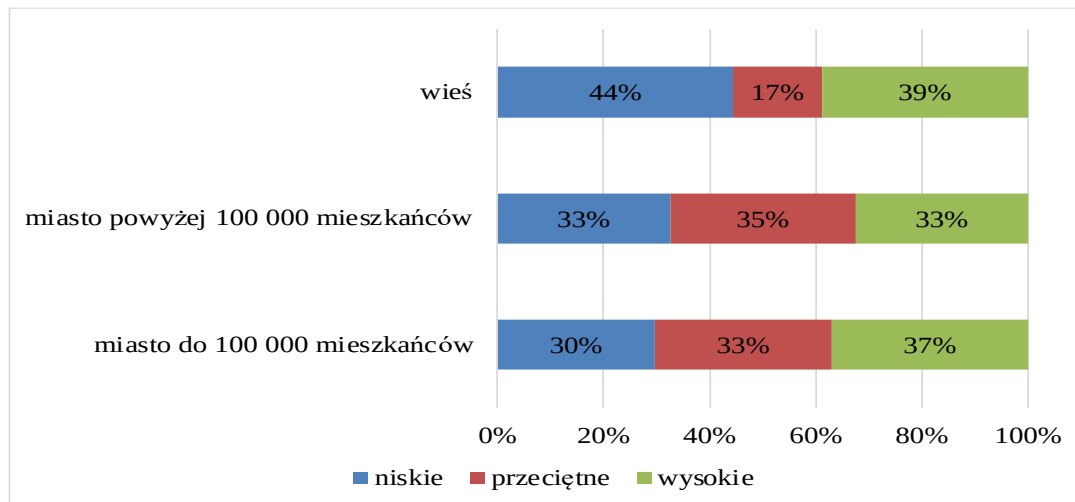
Rycina 8. Interpretacja wyniku kwestionariusza Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby a stan cywilny

Średnie wyniki Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby wśród osób z różnym stanem cywilnym były zbliżone. Najwyższy przeciętny wynik zaobserwowano w grupie osób rozwiedzionych i wynosiła ona 12,29 punktu. Grupa ta charakteryzowała się jednocześnie najniższym zróżnicowaniem (najniższa wartość odchylenia standardowego). Najniższy średni wynik uzyskali respondenci pozostający w separacji uzyskując wynik $10,71 \pm 5,35$ punktu (Tabela 4).

Tabela 4. Rozkład wyników Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby wśród osób z różnym stanem cywilnym

Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
Ogółem	103	11,83 $\pm$ 4,43	12	0	20	8	15,5
Zamężna/żonaty	20	11,60 $\pm$ 5,34	11,5	0	20	7,75	16
Wdowa/wdowiec	8	10,75 $\pm$ 5,28	11	3	18	6,75	14,5
Rozwiedziony/rozwiedziona	14	12,29 $\pm$ 3,91	14	4	18	9,25	15
Pozostający/a w separacji	7	10,71 $\pm$ 5,35	9	3	19	8	14
Panna/kawaler	54	12,11 $\pm$ 4,05	12	4	20	8	16

Najwyższy odsetek ankietowanych z niskim poczuciem wpływu na przebieg choroby dotyczył osób zamieszkujących wsie i wynosił 44%, jednak jednocześnie grupa ta charakteryzowała się najwyższym odsetkiem osób z wysokim poczuciem wpływu na przebieg choroby (39%). W przypadku respondentów zamieszkujących miasta powyżej 100 tys. mieszkańców najczęściej obserwowano przeciętne poczucie wpływu na chorobę (35%), zaś niskie i wysokie poczucie wpływu charakteryzowało po 33%. W miastach do 100 tys. mieszkańców najczęściej uzyskiwanym rezultatem był wynik wskazujący na wysoki wpływ na przebieg choroby (37%). Różnice pomiędzy sumą punktów uzyskanych przez respondentów z podziałem na miejsce zamieszkania nie były statystycznie istotne ($p = 0,407$). Dane te zilustrowano na poniższej Rycinie 9.



Rycina 9. Interpretacja wyniku kwestionariusza Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby a miejsce zamieszkania

Najwyższy średni wynik Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby dotyczył mieszkańców miast do 100 tys. mieszkańców i wynosił $12,11 \pm 4,20$ punktu. W grupie tej zaobserwowano również najwyższą medianę, która wyniosła 13 punktów. Oznacza to, że połowa respondentów zamieszkujących miasta do 100 tys. mieszkańców uzyskała co najmniej 13 punktów w kwestionariuszu. Najniższą sumą punktów w tej grupie były 4 punkty, zaś najwyższą maksymalny możliwy do uzyskania wynik – 20 punktów. Najniższy średni wynik dotyczył respondentów zamieszkujących wsie i wynosił on $11,39 \pm 4,63$ punktu. W grupie mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców średni wynik był nieco wyższy, jednak mediana była taka sama jak wśród mieszkańców wsi oraz mediana dla ogółu respondentów i wynosiła 12 punktów.

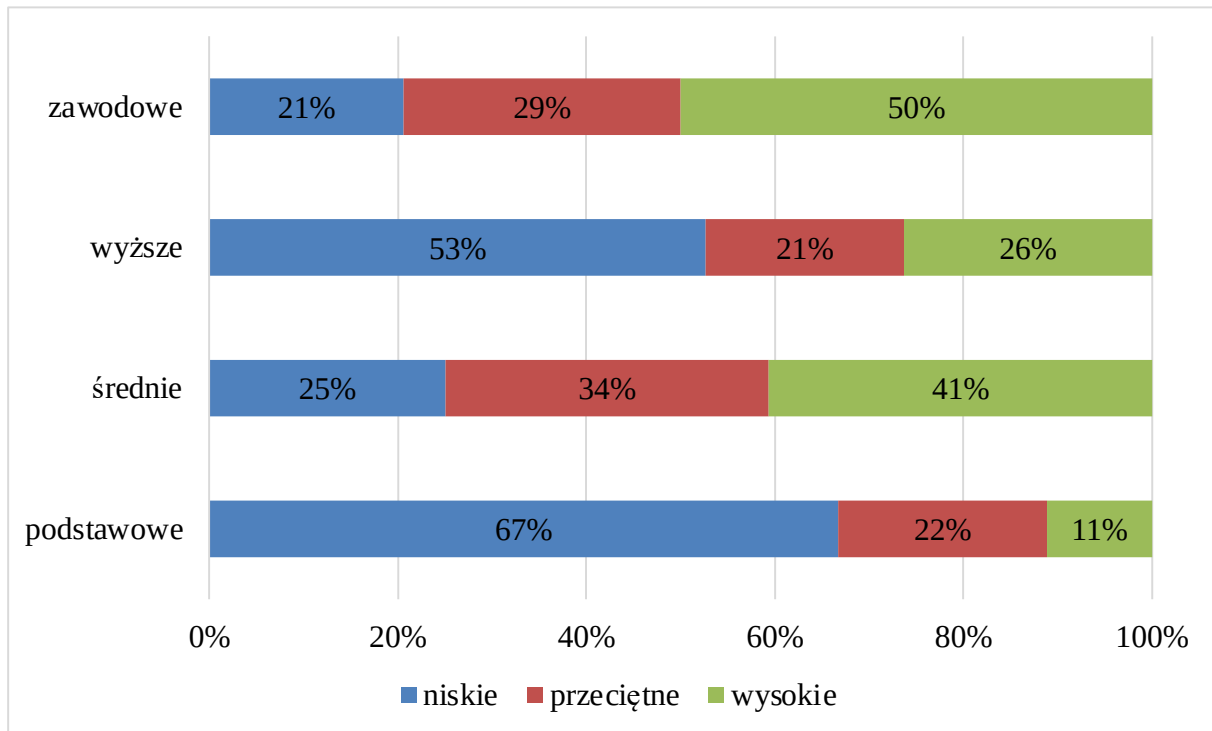
Najniższy zaobserwowany w tej grupie wynik był jednocześnie najniższym wynikiem dla ogółu oraz najniższym możliwym do uzyskania wynikiem w ramach kwestionariusza (Tabela 5).

Tabela 5. Rozkład wyników Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby wśród osób z podziałem na miejsce zamieszkania

Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
Ogółem	103	11,83 $\pm$ 4,43	12	0	20	8	15,5
Wieś	36	11,39 $\pm$ 4,63	12	3	18	8	16
Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	40	12,05 $\pm$ 4,49	12	0	19	9	15
Miasto do 100 tys. mieszk.	27	12,11 $\pm$ 4,20	13	4	20	9	15

Niskie poczucie wpływu na przebieg choroby zaobserwowano u ankietowanych z najniższym wykształceniem – podstawowym (67%) oraz z najwyższym wykształceniem – wyższym (53%). Najniższy udział osób z niskim poczuciem wpływu na przebieg choroby zanotowano z kolei wśród respondentów z wykształceniem zawodowym (21%) oraz średnim (25%). W grupach tych jednocześnie uzyskano najwyższy odsetek badanych, u których sumaryczny wynik kwestionariusza wskazywał na wysoki poziom pocucia wpływu na przebieg choroby. W przypadku respondentów posiadających wykształcenie zawodowe dotyczyło to połowy respondentów, zaś wśród osób z wykształceniem średnim nieco mniej i kształtowało się na poziomie 41%.

Zależność pomiędzy wykształceniem, a interpretacją wyniku uzyskanego za pomocą przeprowadzonego kwestionariusza okazała się być statystycznie istotna, co potwierdził przeprowadzony test niezależności oraz uzyskana dla niego wartość prawdopodobieństwa testowego ($p = 0,013 < 0,05$) (Rycina 10).



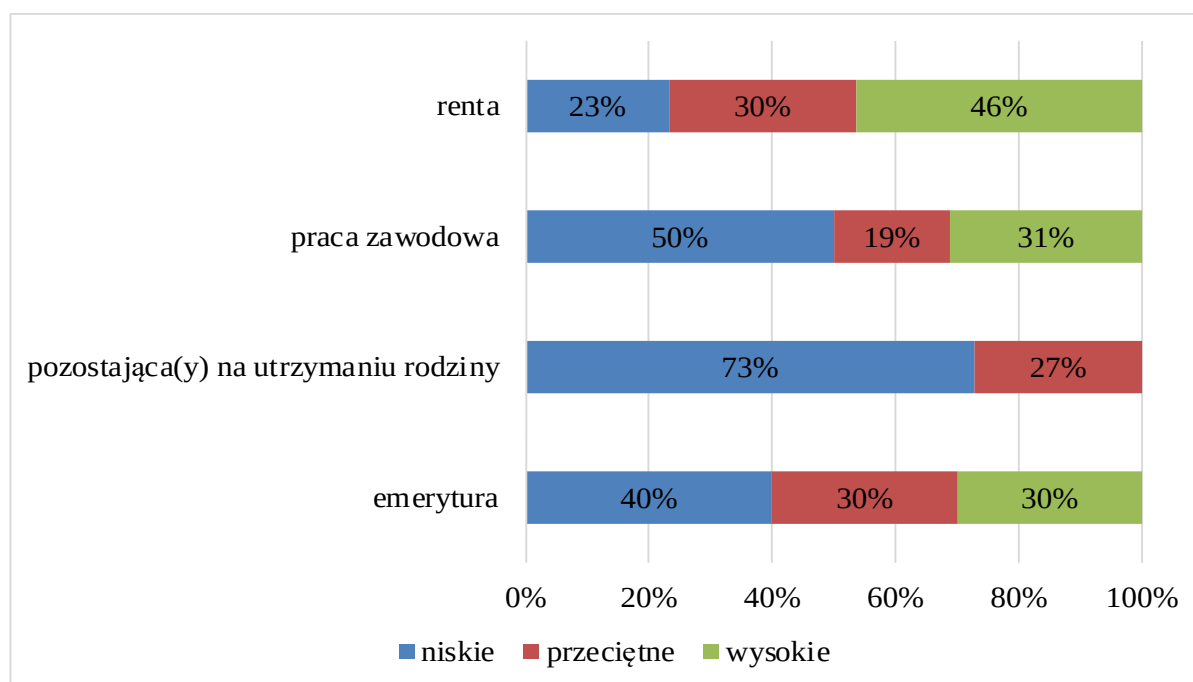
Rycina 10. Interpretacja wyniku kwestionariusza Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby a wykształcenie

Analizując średnie wyniki uzyskane dla każdej z grup wykształcenie ankietowanych, należy stwierdzić, że osoby z wykształceniem podstawowym uzyskiwały przeciętnie znacznie niższe wyniki niż osoby z pozostałym poziomem wykształcenia. Średnia dla tej grupy osób wyniosła $8,89 \pm 4,46$ punktu, zaś połowa respondentów posiadających wykształcenie podstawowe uzyskała z kwestionariusza nie więcej niż 8 punktów. Ponadto, 75% respondentów z najniższym poziomem wykształcenia uzyskało co najwyżej 11,75 punktu. Przeprowadzone testy dla średniej wykazały, że średni wynik uzyskany dla respondentów z wykształceniem podstawowym był istotnie niższy w porównaniu ze wszystkimi innymi kategoriami wykształcenia (wyższym, zawodowym, średnim). Oznacza to, że osoby posiadający wykształcenie podstawowe uzyskiwały istotnie niższy wynik kwestionariusza w porównaniu z pozostałymi ankietowanymi. Najwyższy średni wynik uzyskały osoby z wykształceniem zawodowym i wynosił on $13,26 \pm 4,11$ punktu. W grupie tej zanotowano również najwyższą medianą – połowa ankietowanych z wykształceniem zawodowym uzyskała w ramach kwestionariusza co najmniej 14,5 punktu. Najniższy wynik w tej grupie wynosił 4 punkty (Tabela 6).

Tabela 6. Rozkład wyników Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby wśród osób z podziałem na wykształcenie

Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartył	Górny kwartył
Ogółem	103	11,83 $\pm$ 4,43	12	0	20	8	15,5
Zawodowe	34	13,26 $\pm$ 4,11	14,5	4	20	11	16
Wyższe	19	11,32 $\pm$ 3,96	9	7	20	8,5	14
Średnie	32	12,28 $\pm$ 4,36	13	3	19	9,75	15,25
Podstawowe	18	8,89 $\pm$ 4,46	8	0	18	7	11,75

Najwięcej respondentów z niskim poczuciem wpływu na przebieg choroby znalazło się wśród osób pozostających na utrzymaniu rodziny (73%). Warto również podkreślić, że w grupie tej u żadnej z osób nie uzyskano wyniku wskazującego na wysoki poziom wpływu na przebieg choroby, zaś u 27% uzyskano wynik przeciętny. Najwyższy udział osób posiadających wysoki wpływ wystąpił wśród ankietowanych przebywających na rencie (46%). Nieco niższe odsetki zanotowano wśród respondentów wykonujących pracę zawodową (31%) oraz będących na emeryturze (30%). Zależność pomiędzy wynikiem kwestionariusza a źródłem utrzymania była statystycznie istotna ($p = 0,027$) (Rycina 11).

**Rycina 11. Interpretacja wyniku kwestionariusza Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby a źródło utrzymania**

Średni wynik Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby u ankietowanych przebywających na utrzymaniu rodziny zdecydowanie odbiegał od osób z pozostałymi źródłami utrzymania i wynosił $8,91 \pm 2,70$ punktu. W grupie tej połowa badanych uzyskała nie więcej niż 9 punktów, zaś maksymalny uzyskany wynik wynosił zaledwie 14 punktów. Najwyższy przeciętny wynik uzyskały osoby utrzymujące się z renty uzyskując średnio $13,00 \pm 4,21$ punktu. W grupie tej połowa respondentów uzyskała co najmniej 13,5 punktu. W przypadku pozostałych dwóch kategorii źródła utrzymania: emerytury oraz pracy zawodowej, wyniki te były nieco wyższe w porównaniu do badanych pozostających na utrzymaniu rodziny, jednak niższe od średniej dla ogółu. Co więcej, istotną statystycznie różnicę w średnim wyniku zaobserwowano wyłącznie pomiędzy grupą osób pozostających na utrzymaniu rodziny oraz respondentów utrzymujących się z renty ($p = 0,003$). Różnice pomiędzy pozostałymi grupami nie były statystycznie istotne (Tabela 7).

Tabela 7. Rozkład wyników Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby wśród osób z podziałem na źródło utrzymania

Grupa	N	Średnia ($\pm$ SD)	Mediana	Min	Max	Dolny kwartył	Górny kwartył
Ogółem	103	$11,83 \pm 4,43$	12	0	20	8	15,5
Renta	56	$13,00 \pm 4,21$	13,5	3	20	10	16
Praca zawodowa	16	$10,81 \pm 4,55$	10	6	19	6,75	15
Utrzymanie rodziny	11	$8,91 \pm 2,70$	9	4	14	7,5	10
Emerytura	20	$11,00 \pm 4,86$	13	0	18	7	15

DYSKUSJA

Poczucie świadomości własnej choroby wiąże się z wieloma czynnikami, które wpływają na jej przebieg. Jednym z takich czynników jest stopień nasilenia objawów psychopatologicznych. Według badań dotyczących związku wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii, pacjenci o bardziej nasilonych objawach psychopatologicznych są mniej przekonani o możliwości wpływu na przebieg choroby [3]. Według doniesień brak przekonania o chorobie cechuje 50-80% pacjentów ze schizofrenią [4]. Samoświadomość własnej choroby i jej przebiegu warunkuje współpracę pacjenta w procesie terapeutycznym.

Poczucie wpływu na przebieg choroby może powodować zmniejszenie liczby hospitalizacji, skrócenie czasu zaostrzenia objawów choroby, pozwala na lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie. Chorzy z wysokim poczuciem wpływu charakteryzują się większą wiedzą na temat korzyści płynących z leczenia (asertywność, komfort, funkcjonowanie społeczne) oraz chęcią uczestniczenia w terapii.

Im wyższe poczucie wpływu w schizofrenii, tym wyższa świadomość funkcjonowania społecznego, dotycząca wszystkich aspektów w życiu chorego. Pojawia się świadomość i konieczność stosowania zasad leczenia choroby, samodzielność w zaspakajaniu codziennych potrzeb, samoobserwacja, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych. Wszystkie wymienione wyżej aspekty przyczyniają się do wydłużenia okresów remisji choroby, lepszego funkcjonowania w społeczeństwie oraz do poczucia wolności od choroby, która znacząco wpływa na funkcjonowanie na każdym etapie.

W badaniach własnych obejmujących 103 pacjentów ze schizofrenią było 47 kobiet (46%) i 56 mężczyzn (54%). Średnia wieku badanych wynosiła około 45 lat. Do oceny poczucia wpływu na własną chorobę zastosowano Krótką skalę poczucia wpływu na przebieg choroby. Zakres wyników mieścił się w przedziale od 0 do 20 punktów. Im większa liczba punktów, tym wyższe poczucie wpływu na własną chorobę. Najniższą liczbę punktów zdobyła 1 osoba z wynikiem 0, natomiast 4 osoby uzyskały wynik maksymalny- 20 punktów. Średni wynik skali w badanej grupie wyniósł $11,83 \pm 4,43$ punktu, natomiast średni wynik w skali u kobiet wyniósł $12,09 \pm 4,58$ punktu, a u mężczyzn $11,62 \pm 4,34$ punktu. Różnice w płci nie były znaczące, ale można wywnioskować, że kobiety uzyskiwały średnio większy wynik w skali niż mężczyźni, co wskazuje na posiadanie większego wpływu na chorobę przez kobiety. Różnice nie były jednak statystycznie istotne ($p = 0,579$), a więc wyniki Krótkiej skali poczucia wpływu na przebieg choroby nie były znaczące. 37 osób (36 %) uzyskało wyniki niskie i tyle samo osób uzyskało wyniki wysokie. Przeciętne poczucie wpływu wystąpiło u 29 osób (28%). W innych badaniach u pacjentów ze schizofrenią wykazano, że poziom wglądu w chorobę oraz poczucie wpływu na jej przebieg są przeciętne. Pacjenci z wyższym poziomem poczucia wpływu na przebieg choroby wykazują lepsze funkcjonowanie społeczne w zakresie motywacji do podjęcia i utrzymywania pracy, umiejętności komunikowania się, nawiązywania podtrzymywania relacji interpersonalnych oraz samodzielności w zaspakajaniu potrzeb [5].

W analizie wyników osób uczestniczących w badaniu zbadano wpływ wieku na świadomość choroby. Wykazano, że wiek nie wpływa na większą lub mniejszą świadomość choroby, z tego wynika, że starsi respondenci nie odznaczają się mniejszym albo większym poczuciem wpływu, w porównaniu do młodszych badanych.

W badaniach nie stwierdzono związku pomiędzy czasem chorowania na schizofrenię, a wpływem na poczucie własnej choroby.

Stan cywilny nie pełnił roli istotnej statystycznie, ze względu na uzyskaną wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,830$. Grupa osób rozwiedzionych, charakteryzowała się wysokim poczuciem wpływu na przebieg choroby i stanowiło to 50% osób z tej grupy. Zbiorowość ta charakteryzowała się najwyższym przeciętnym wynikiem spośród innych grup. Osoby rozwiedzione uzyskały średnio 12,29 punktu. Grupa osób pozostająca ze swoimi partnerami w separacji, charakteryzowała się najniższym poczuciem wpływu na przebieg choroby i stanowiło to 57% osób z tej grupy. Najniższy średni wynik w tej grupie wynosił $10,71 \pm 5,35$ punktu.

Zbadano wpływ miejsca zamieszkania na poczucie choroby. Najwyższy średni wynik $12,11 \pm 4,20$ punktu dotyczył mieszkańców miast do 100 tysięcy mieszkańców. Najniższy średni wynik $11,39 \pm 4,63$ punktu dotyczył mieszkańców wsi.

Statystycznie istotna wartość, w którym $p = 0,013$ dotyczyło zależności odnośnie posiadanego wykształcenia. Niskie poczucie wpływu posiadały osoby z wykształceniem podstawowym (67%) i ta grupa osób uzyskiwała statystycznie niższe wyniki, niż reszta grup. Średnia dla grupy osób z wykształceniem podstawowym wyniosła $8,89 \pm 4,46$ punktu. Najwyższy średni wynik uzyskała grupa osób z wykształceniem zawodowym, a wynosił on $13,26 \pm 4,11$ punktu.

Zależność pomiędzy liczbą uzyskanych punktów z użytej skali, a źródłem dochodu była istotna statystycznie, ze względu na wynik: $p = 0,027$. Wynik osób pozostających na utrzymaniu rodziny odbiegał znacznie od wyników osób mających inne źródło utrzymania. Wynik ten wskazywał na niskie poczucie wartości wśród osób pozostających na utrzymywaniu rodziny (73%), a średni wynik wyniósł $8,91 \pm 2,70$ punktu. Wynik wysokiego poczucia wartości uzyskały osoby na rencie (46%), a średni wynik wyniósł $13,00 \pm 4,21$ punktu.

Różnica z $p = 0,003$, była istotnie statystyczna tylko i wyłącznie w grupie osób utrzymujących się z renty oraz u osób, które były na utrzymywaniu rodziny. Różnice pomiędzy innymi grupami nie były istotne statystycznie.

W badaniach innych autorów nie zaobserwowano zależności pomiędzy płcią oraz długością trwania choroby, a poczuciem wpływu na chorobę. Wyniki istotne statystycznie odnosiły się do wykształcenia. Im wyższe wykształcenie, tym wyższe było poczucie wpływu na własną chorobę [6].

Według badań wykonanych przez innych autorów wnioskuje się, iż w Krótkiej skali pocucia wpływu na przebieg choroby zarówno osoba uważająca się za zdrową (a będąca bezkrytyczna do samego siebie) oraz osoba stosująca się do zaleceń, która ma faktycznie wysokie poczucie wpływu- może rozwiązać test na podobną liczbę punktów. Autor uważa, że skala powinna mieć zastosowanie tylko i wyłącznie u osób z przynajmniej minimalnym wglądem w swoją jednostkę chorobową [6].

W badaniach własnych wykazano, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje poczucie wpływu na przebieg choroby: $p = 0,013 < 0,05$. Stwierdzono, że osoby ze schizofrenią z najniższym wykształceniem jakim jest wykształcenie podstawowe- mają najniższe poczucie wpływu.

Ponad połowa ankietowanych (67%) z wykształceniem podstawowym miała niskie poczucie wpływu. 53% osób z wykształceniem wyższym, również miało niskie poczucie wpływu. Kolejno 25% osób z grupy osób z wykształceniem średnim oraz 21% osób z wykształceniem zawodowym miało niskie poczucie wpływu. Najwyższe poczucie wpływu na własną chorobę wystąpiło wśród osób z wykształceniem zawodowym.

Wykazano, iż źródło utrzymania istotnie statystycznie różnicuje poczucie wpływu na przebieg choroby: $p = 0,027$. Osoby pozostające na utrzymaniu rodziny uzyskały znacznie niższe wyniki niż osoby z pozostałych grup, 73% badanych będących na utrzymaniu rodziny wykazywało niskie poczucie wpływu na własną chorobę oraz u żadnej z tej grupy osób nie uzyskano wyniku, który by wskazywał na wysokie poczucie wpływu. Prawie połowa badanych (46%) przebywających na rencie wykazała wysokie poczucie wpływu, 31% aktywnych zawodowo oraz 30% osób będących na emeryturze cechowało wysokie poczucie wpływu.

WNIOSKI

1. Kobiety posiadają większe poczucie wpływu na przebieg własnej choroby niż mężczyźni.
2. Czas trwania choroby, wiek badanych, stan cywilny oraz miejsce zamieszkania nie wpływały istotnie statystycznie na poczucie wpływu na przebieg choroby wśród badanych ze schizofrenią.
3. Wykazano, że poziom wykształcenia istotnie różnicuje poczucie wpływu na przebieg choroby. Stwierdzono, że osoby ze schizofrenią z wykształceniem podstawowym mają najniższe poczucie wpływu.

4. Wykazano, że źródło utrzymania istotnie statystycznie różnicuje poczucie wpływu na przebieg choroby. Osoby pozostające na utrzymaniu rodziny mają znacznie niższe wyniki niż osoby z pozostałych grup.

PIŚMIENNICTWO

1. Bogdańska E., Rysiak E., Czajkowski P., Zaręba I.: Schizofrenia - problem społeczny i ekonomiczny. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 4(49): 396-400.
2. Rybakowski J.: Etiopatogeneza schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2021; 55(2): 261-274.
3. Gawęda L., Buciński P., Staniszewski K. i wsp.: Związki wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii. *Psychiatria* 2008; 5(4): 124-133.
4. Amador X., Gorman J.M.: Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Schizophrenia* 1998, 21: 27-42.
5. Wilczek-Rużyczka E., Halicka D.: Wgląd w chorobę i poczucie wpływu na jej przebieg a funkcjonowanie społeczne pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2013; 13(1): 50-57.
6. Skodlar B., Henriksen M.G.: Toward a Phenomenological Psychotherapy for Schizophrenia. *Psychopathology* 2019; 52(2): 117-125.

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z CUKRZYCĄ W KONTEKŚCIE WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I MEDYCZNYCH

Bożena Kowalczyk¹, Joanna Jura², Bogumiła Lubińska-Żądło¹, Ewelina Lebek³

1. Instytut Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu
2. Absolwentka Kierunku Fizjoterapia Instytutu Zdrowia Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu
3. Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

WSTĘP

Cukrzyca w ścisłym znaczeniu nie jest jednostką chorobową lecz zespołem zaburzeń biochemicznych i objawów klinicznych ujawniających się w przebiegu różnych stanów chorobowych dla których wspólną cechą jest hiperglikemia [1]. W XXI wieku cukrzyca stanowi jedno z największych zagrożeń zdrowotnych dla ludzkości. Organizacja Narodów Zjednoczonych uznała, że choroba ta ma charakter epidemiczny. W 2016 roku cukrzyca stała się tematem przewodnim Światowego Dnia Zdrowia, podczas którego WHO wezwała do wzmocnienia działań na rzecz zapobiegania cukrzycy.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia i Koalicji (NFZiK) wskazuje, iż około 3,5 miliona osób w Polsce choruje na cukrzycę, z czego 1/3 nie jest jeszcze zdiagnozowana. Szacunkowo ilość diabetyków wzrasta 2,5% rocznie. Z raportu NFZiK wynika, iż chorych na cukrzycę w 2020 roku było około 4 milionów, oznacza to, że co 10 Polak choruje na cukrzycę [2]. W Polsce według danych szacunkowych, na cukrzycę choruje 5% społeczeństwa, ale tylko połowa chorych z tej liczby to przypadki cukrzycy „znanej” i leczonej [3]. Pacjent żyjący ze świadomością choroby przewlekłej, umniejsza swoją rolę i pozycję społeczną. Postrzega siebie wyłącznie przez pryzmat choroby. Prowadzi to do poczucia bezradności, zwątpienia, a nawet depresji, podczas gdy, posiadanie adekwatnego obrazu choroby, a następnie zmiana walki z chorobą w „zadanie do wykonania”, jest podstawą do poprawy jakości życia [4].

Jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym mającym wiele znaczeń, którym zajmują się badacze z zakresu socjologii, filozofii, ekonomii, statystyki, gdzie stan zdrowia jest traktowany w sposób marginalny oraz z zakresu medycyny i psychologii, gdzie jakość życia uwarunkowana jest stanem zdrowia [5].

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje pojęcie jakości życia (*QOL*, ang. *quality of life*) jako: *subiektywną ocenę przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której ta jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań* [6]. Zaproponowana w 1997 roku przez WHO definicja powstała na potrzeby oceny zdrowia publicznego, jednak ostatecznie zaakceptowana została przez naukowców różnych dyscyplin [7]. W definicji WHO wskazana jest podmiotowość i indywidualność oceny odnoszącej się do jakości życia. Uwagę zwraca również kontekst społeczno-kulturowy. Narzędzia do badania jakości życia w medycynie stosowane są praktycznie do wszystkich kategorii osób chorych, jednak badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są szczególnie istotne. Wskazują one bowiem trzy najistotniejsze obszary w ocenie jakości życia:

- a) punkt widzenia pacjenta (opinia pacjenta może być całkowicie odmienna od stanowiska profesjonalnego personelu medycznego);
- b) decyzje terapeutyczne (subiektywne oceny pacjentów są źródłem informacji mogącym mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji o kierunkach prowadzonej terapii w tym prowadzenie terapii uporczywej)
- c) wskazanie na potrzeby osoby chorej w sytuacji, gdy opieka nad pacjentem zostaje przeniesiona na grunt domowy, poza środowisko szpitalne [8].

Na ocenę jakości życia mają wpływ takie czynniki, jak: stopień akceptacji choroby, strategie radzenia sobie ze stresem, zachowania zdrowotne, a także otrzymywane wsparcie społeczne [9]. Akceptacja choroby to niejednorodny i długotrwały proces, który u każdego człowieka przebiega inaczej. W przypadku chorób przewlekłych jest ona bardzo ważna, ponieważ związana jest z długoletnim leczeniem [10]. Akceptacja to wieloaspektowy problem wiążący się z koniecznością radzenia sobie ze zmianami w jakości życia wywołanymi przez chorobę [11].

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena stopnia akceptacji choroby i jakości życia osób z klinicznym rozpoznaniem cukrzycy w zależności od czynników socjodemograficznych i medycznych.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badany stanowiło 113 osób z klinicznym rozpoznaniem cukrzycy. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do lipca 2021 roku na terenie Sanatorium „Dzwonkówka” w Szczawnicy.

Wiek badanych osób zamykał się w przedziale od 18 do 88 lat, dając średnią $38,7 \pm 17,13$. Grupa badana składała się głównie z kobiet, które stanowiły 77% oraz mężczyzn 23%. Najliczniejszą grupą wiekową były osoby między 18-29 rokiem życia (37,2%), średnia wieku wynosiła 38,7 lat. Wśród badanych dominowały osoby w związkach małżeńskich (42,5%), następnie panny i kawalerowie (36,3%), wolny związek (16,8%), najmniej było wdów oraz wdowców (4,4%). Wśród ankietowanych najwięcej było osób z wyższym wykształceniem (46,9%), średnie (33,6%), zawodowe (15,1%) a podstawowe (4,4%). 36,3% ankietowanych deklarowało wykonywanie pracy umysłowej, a 21,2% to osoby pracujące fizycznie. Bezrobotni stanowili 8%, a 7,1% ankietowanych to emeryci, natomiast renciści stanowili 6,2%. Rolnicy stanowili 3,5% badanej populacji. Ponad połowa (59,3%) badanych zamieszkiwała na terenie miasta. Pod względem wskaźnika masy ciała najliczniejszą grupą były osoby o prawidłowym wskaźniku (37,2%), nadwagę miało 30,1%, a otyłość dotyczyła 25,6% badanych.

Ustalono następujące kryteria włączenia do badań:

- dobrowolna zgoda na udział w badaniu
- stan zdrowia pozwalający na udział w badaniu
- zdiagnozowanie cukrzycy typu 1 lub 2 badaniami lekarskimi
- osoby powyżej 18-go roku życia.

Metodą badań był sondaż diagnostyczny. W celu zgromadzenia materiału badań wykorzystano autorską ankietę, analizę dokumentów medycznych oraz kwestionariusz ze standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen w polskiej adaptacji Juczyńskiego, zawierającą 8 pytań. Skala AIS została wykorzystana za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Odpowiedz udzielona na każde stwierdzenia punktowana jest od 1 do 5. Uzyskane wyniki Skali Akceptacji Choroby podzielono na trzy poziomy według punktów: od 8 do 18 - brak akceptacji, od 19 do 29 pkt - przeciętna akceptacja, od 30 pkt do 40 pkt- wysoka akceptacja choroby. Niski wynik punktowy wskazuje na brak akceptacji oraz problemy emocjonalne związane z chorobą. Skala ma na celu pomiaru stopnia akceptacji choroby u osób dorosłych. Kwestionariusz znajduje zastosowanie w każdej jednostce chorobowej [12, 13].

Oceny jakości życia badanej grupy dokonano według kwestionariusza WHOQOL-BREF, który zawiera 26 pytań zamkniętych o punktacji 1-5 pkt i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: ruchowej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Dwa z tych pytań dotyczą samooceny globalnej percepcji jakości życia i ogólnej percepcji własnego stanu zdrowia i są poddawane indywidualnej analizie. Punktacja dziedzin ma Kierunku pozytywny – im więcej punktów, tym lepsza jakość życia. Wyniki surowe można przekształcić do przedziału 4-20 lub do skali 0-100. Narzędzie badawcze WHOQOL-BREF ma charakter ogólny i globalny [14].

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego, programu R-4,0.3 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016.

Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą m.in. średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka).

Istotność różnic między dwoma grupami (model zmiennych niepowiązanych) zbadano testem istotności różnic tj. testem U Manna-Whitney'a/ testem Kruskala-Wallisa w przypadku niespełnienia rozkładu normalnego oraz testu t Studenta/ analizy wariancji ANOVA, w przypadku spełnienia rozkładu normalnego.

Zależności między zmiennymi mierzonymi na skali ilościowej zostały obliczone za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana.

We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

WYNIKI

Analiza wyników badań własnych dotycząca poziomu akceptacji choroby według kwestionariusza AIS wyniosła $28,86 \pm 8,39$ pkt w skali od 8-40 pkt (Tabela 1).

Tabela 1. Wartości ogólne według Skali Akceptacji Choroby (AIS)

Skala	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
AIS	28,86	8,39	8,00	40,00	22,00	30,00	36,00

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Q1 – kwartył 25%, Me – mediana, Q3 – kwartył 75%

Zadowolenie z jakości życia badanych wyniosła $3,62 \pm 0,8$ pkt. Z kolei zadowolenie ze stanu swojego zdrowia diabetyków wyniosło $3,12 \pm 0,91$ pkt. Dokonując analizy wyników poziomu jakości życia w czterech sferach życia stwierdzono, iż najwyższy poziom jakości życia badani uzyskali w obrębie sfery środowiskowej $28,50 \pm 4,6$ pkt, a najniższy w obszarze socjalnym $11,12 \pm 2,5$ (Tabela 2).

Tabela 2. Analiza wyników poziomu jakości życia według skali WHOQOL- BREF

Jakość życia wg skali WHOQOL BREF	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Zadowolenie z jakości życia	3,62	0,80	2,00	5,00	3,00	4,00	4,00
Zadowolenie ze stanu swojego zdrowia	3,12	0,91	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00
Somatyczna	25,38	4,95	12,00	35,00	22,00	26,00	29,00
Psychologiczna	19,27	4,28	9,00	28,00	16,00	20,00	23,00
Socjalna	11,12	2,50	5,00	15,00	9,00	11,00	13,00
Środowiskowa	28,50	4,60	15,00	38,00	25,00	29,00	32,00
Ogółem	25,38	4,95	12,00	35,00	22,00	26,00	29,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył 25%, Me – mediana, Q3 – kwartył 75%

Za pomocą testu U Manna-Whitney’a zbadano występujące różnice w poziomie akceptacji choroby ze względu na typ cukrzycy występujący u badanych. Nie wykazano statystycznie istotnej zależności między analizowanymi zmiennymi (Tabela 3).

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby (AIS) a typ cukrzycy

Typ cukrzycy	Średnia	Odch. stand.	Wartość statystyki Z	Poziom istotności (p)
I typ cukrzycy	28,74	8,92	-0,019	0,9848
II typ cukrzycy	29,23	7,32		

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a/ t-Studenta zbadano występujące różnice w poziomie jakości życia wg skali WHOQOL ze względu na typ cukrzycy. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie jakości życia tylko w obszarze somatycznym ze względu na typ cukrzycy. Osoby, które chorują na I typ cukrzycy mają lepszą jakość życia w tym obszarze w porównaniu do osób, które chorują na II typ cukrzycy (Tabela 4).

Tabela 4. Jakość życia a typ cukrzycy

Jakość życia wg skali WHOQOL BREF	Typ cukrzycy				Wartość statystyki Z*/t**	Poziom istotności (p)
	I		II			
	M	SD	M	SD		
Zadowolenie z jakości życia	3,68	0,80	3,43	0,74	-1,361	0,1734*
Zadowolona ze swojego zdrowia	3,18	0,96	2,94	0,80	-1,199	0,2305*
Domena somatyczna	26,06	4,93	23,86	4,78	-2,181	0,0292*
Domena psychologiczna	19,36	4,28	19,00	4,39	-0,477	0,6333*
Domena socjalna	11,34	2,59	10,54	2,23	-1,547	0,1218*
Domena środowiskowa	29,31	4,29	26,57	4,71	0,284	0,7765**

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, *Z – test U Manna-Whitney'a, **t – test t Studenta

Za pomocą testu U Manna-Whitney'a/Kruskala-Wallisa zbadano występujące różnice w poziomie skali akceptacji choroby ze względu na płeć, stan cywilny, status zawodowy, miejsce zamieszkania. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie akceptacji choroby ze względu na stan cywilny. Osoby owdowiałe mają niższy poziom akceptacji choroby niż osoby innego stanu cywilnego (Tabela 5).

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano zależność między AIS a wykształceniem, wiekiem, wskaźnikiem BMI. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między wiekiem a skalą akceptacji choroby. Wraz z wiekiem wzrasta poziom akceptacji choroby (Tabela 6).

Tabela 5. Zależność między poziomem akceptacji choroby (AIS) a danymi socjodemograficznymi

Dane socjodemograficzne		M	SD	Wartość statystyki U*/H**	Poziom istotności (p)
Płeć	kobieta	29,13	8,41	-0,693	0,4886*
	mężczyzna	27,96	8,43		
Stan cywilny	panna/ kawaler	27,49	9,06	9,087	0,0282**
	zamężna/ żonaty	30,81	7,18		
	wdowa/ wdowiec	19,80	5,07		
	wolny związek	29,28	8,87		
Status zawodowy	pracownik fizyczny	30,52	7,29	10,410	0,1084**
	pracownik umysłowy	30,07	7,88		
	rolnik	32,25	6,45		
	rencista	19,86	5,93		
	emeryt	29,88	9,09		
	bezrobotny	27,22	9,58		
	inny	27,25	9,44		
Miejsce zamieszkania	wieś	28,58	8,35	0,374	0,7085*
	miasto	29,04	8,48		

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, *test U Manna-Whitney'a, **test Kruskala-Wallisa

Tabela 6. Poziom akceptacji choroby (AIS) a wykształcenie, wiek i wskaźnik BMI

AIS	Współczynnik korelacji rang Spearmana R	Poziom istotności (p)
Wykształcenie	0,024	0,7980
Wiek	0,228	0,0156
Wskaźnik BMI	0,028	0,7674

Zbadano występujące różnice w poziomie jakości życia wg skali WHOQOL ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy, miejsce zamieszkania oraz BMI. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie jakości życia ze względu na stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy i BMI. Osoby owdowiałe mają niższy poziom jakości życia w obszarze somatycznym i środowiskowym oraz subiektywnej jakości życia ze swojego zdrowia ze względu na stan cywilny. Analiza statystyczna wykazała również istotnie statystycznie zależność między jakością życia w obszarze somatycznym i środowiskowym a wykształceniem. Im wyższe wykształcenie tym wyższy poziom jakości życia w obszarze somatycznym i środowiskowym. Ze względu na aktywność zawodową analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie różnice w poziomie jakości życia w obszarze somatycznym i psychologicznym. Renciści mają gorszą jakość życia w jakości życia w obszarze somatycznym w porównaniu do innych grup zawodowych. Pracownik umysłowy, rencista, bezrobotny, wykonujący inny zawód mają gorszą jakość życia w obszarze psychologicznym niż pracownik fizyczny, rolnik, emeryt. Natomiast w obszarze socjalnym oraz subiektywnej jakości życia i zadowolenia ze swojego zdrowia w wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano istotne statystycznie różnice ze względu na wskaźnik BMI. Im wyższy wskaźnik BMI tym niższa jakość życia w obszarze socjalnym, subiektywnej jakości życia oraz poziomie zadowolenia ze swojego zdrowia.

Analizując tę próbę zauważyć należy zależność pomiędzy zadowoleniem ze swojego zdrowia a wiekiem i wykształceniem. Poziom istotności zależności pomiędzy zmiennymi na poziomie $p = 0,0648$ i $p = 0,0513$, pozostaje w przedziale ufności $\alpha = 0,1$, co znaczy, że na obecnym etapie badań nie można wykluczyć istnienia zależności pomiędzy zmiennymi. Badania nad występowaniem zjawiska winny być kontynuowane celem weryfikacji uzyskanych zależności.

Również po przeanalizowaniu wyników przeprowadzonych badań ujawniła się zależność w przedziale ufności $\alpha = 0,1$ pomiędzy domeną środowiskową a wiekiem, statusem zawodowym i wskaźnikiem masy ciała (BMI) (Tabela 7).

Tabela 7. Zależność między wybranymi czynnikami a poziomem jakości życia według skali WHOQOL BREF

Jakość życia wg skali WHOQOL	Poziom istotności (p)					
	wiek	płeć	wykształcenie	stan cywilny	status zawodowy	BMI
Zadowolenie z jakości życia	0,1106***	0,8578*****	0,1269***	0,0221**	0,0862**	0,0049***
Zadowolona ze swojego zdrowia	<u>0,0648***</u>	0,6649*****	<u>0,0513***</u>	0,0928**	0,1132**	0,0039***
Domena somatyczna	0,0966***	0,9891*****	0,0279***	0,0200*	0,0017*	0,4359***
Domena psychologiczna	0,4715***	0,2448*****	0,2004***	0,1340**	0,0492**	0,7509***
Domena socjalna	0,1254***	0,6974*****	0,1105***	0,4452**	0,0772**	0,0011***
Domena środowiskowa	<u>0,0564***</u>	0,8511*****	0,0377***	0,0101*	<u>0,0506*</u>	<u>0,0623***</u>

* analiza wariancji ANOVA, ** test Kruskala-Wallisa, *** korelacja rang Spearmana, ****t – test t Studenta, ***** test U Manna-Whitney’a

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano zależność między akceptacją choroby a jakością życia. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między jakością życia w obszarze somatycznym, psychologicznym, socjalnym i środowiskowym oraz subiektywną jakością życia i zadowoleniem ze swojego zdrowia a skalą akceptacji choroby. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym lepsza jakość życia w obszarze somatycznym, psychologicznym, socjalnym i środowiskowym oraz subiektywną jakością życia i zadowoleniem ze swojego zdrowia (Tabela 8).

Tabela 8. AIS a jakość życia wg skali WHOQOL BREF

Jakość życia wg skali WHOQOL BREF	Współczynnik korelacji rang Spearmana R	Poziom istotności (p)
Zadowolenie z jakości życia	0,372	0,0001
Zadowolona ze swojego zdrowia	0,522	<0,0001
Domena somatyczna	0,694	<0,0001
Domena psychologiczna	0,516	<0,0001
Domena socjalna	0,373	0,0001
Domena środowiskowa	0,454	<0,0001

DYSKUSJA

Przeprowadzenie badań własnych oraz ich analiza pozwoliły ocenić wpływ akceptacji choroby przewlekłej jaką jest cukrzyca na jakość życia pacjentów oraz sprawdzić jakie czynniki socjodemograficzne i medyczne warunkują ją.

W badaniach własnych uzyskany średni wynik na skali AIS w całej badanej grupie chorych na cukrzycę wskazuje na przeciętną akceptację choroby. Wynik badań Olszak i wsp. również wskazywał na przeciętny poziom akceptacji choroby [15].

Cukrzyca i jej potencjalne powikłania często prowadzą do obniżenia jakości życia. Brak akceptacji choroby może zwiększyć ryzyko wystąpienia problemów takich jak depresja, lęk czy otyłość [16]. W badaniach Abbasi-Ghahramanloo i wsp. poziom jakości życia obywateli Iranu zmagających się z cukrzycą typu 2 mierzony skalą WHOQOL BREF w poszczególnych sferach był wyższy niż w badaniach własnych i wyniósł odpowiednio $49,33 \pm 16,79$; $48,39 \pm 15,58$; $54,16 \pm 18,39$; $52,89 \pm 13,73$ [16]. Natomiast w badaniach Al-Taie i wsp. pacjenci z cukrzycą w Austrii uzyskali średnie $\pm$ odchylenie standardowe dla domeny fizycznej, domeny psychologicznej, domeny społecznej i domeny środowiskowej odpowiednio $61,9 \pm 19,1$, $71,5 \pm 17,8$, $71,0 \pm 19,6$ i $81,3 \pm 11,1$ [17]. W badaniach Amin i wsp. przeprowadzonych wśród pacjentów z cukrzycą z Bangladeszu wyniki QoL były poniżej średniej, i wyniosły odpowiednio: dla zdrowia fizycznego $37,2 \pm 20,5$, zdrowia psychicznego $44,2 \pm 21,0$, relacji społecznych $39,6 \pm 23,2$ i domeny środowiskowej $41,6 \pm 19,5$ [18].

Olszak i wsp. w przeprowadzonych badaniach wskazali, iż obniżenie poziomu akceptacji choroby związane było z zaawansowanym wiekiem i dłuższym czasem trwania choroby. Na wzrost akceptacji choroby miały również wpływ czynna praca zawodowa [15].

W badaniach własnych wykazano, że stan cywilny i wiek to determinanty wyższego poziomu akceptacji choroby.

Na wiele czynników socjodemograficznych np. wiek, płeć i medycznych, jak czynniki genetyczne nie mamy wpływu. Pozostają jednak tzw. czynniki modyfikowalne, na których należy skoncentrować uwagę osób które zmagają się z chorobą przewlekłą, jak cukrzyca. Analiza wyników badań Amin i wsp. wykazała, że poziom wykształcenia pacjenta i miesięczny dochód rodziny były znaczącymi pozytywnymi modyfikatorami jakości życia. W sposób istotny z czynników socjodemograficznych obniża poziom jakości życia starszy wiek i niższy poziom wykształcenia, natomiast z medycznych występowanie otyłości [18]. Wyniki badań własnych wskazały, iż wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy oraz wskaźnik masy ciała istotnie warunkują poziom jakości życia.

Samopoczucie oraz subiektywna ocena jakości życia jest bardzo ważna. Z tej perspektywy należy podejmować działania mogące zagwarantować jej wysoki poziom. Choroba nie wyklucza posiadania wysokich wyników w tym obszarze. Aby były one jak najlepiej dostosowane warto przeprowadzać badania, aby móc diagnozować istniejące potrzeby oraz określać na jakim poziomie jest stan obecny. Osoby z cukrzycą powinny mieć zagwarantowaną właściwą opiekę i wsparcie.

WNIOSKI

1. Istnieje bardzo silna zależność poziomu akceptacji choroby względem jakości życia.
2. Stan cywilny i wiek to determinanty wyższego poziomu akceptacji choroby, a co za tym idzie lepszej jakości życia. Osoby owdowiałe i młodsze istotnie gorzej radzą sobie z akceptacją choroby.
3. Takie czynniki jak: wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy oraz wskaźnik masy ciała istotnie warunkują poziom jakości życia. Osoby, które straciły małżonka oraz o wysokim wskaźniku BMI mają niższą ocenę poziomu jakości życia, a wyższe wykształcenie warunkuje wyższy poziom jakości życia. Wykazano, że renciści mają gorszą jakość życia w obszarze somatycznym w porównaniu do innych grup zawodowych, a w obszarze psychologicznym istotnie niższy poziom jakości życia doświadczają osoby deklarujące wykonywanie pracy fizycznej w ciągu życia.
4. Wykazano, iż typ cukrzycy warunkuje sferę fizyczną w obszarze oceny jakości życia, natomiast nie warunkuje poziomu akceptacji choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Humańska M.A., Kaczmarczyk K., Ulenberg A., Felsmann M.: Sposoby radzenia sobie ze stresem w cukrzycy typu 2 u osób starszych [w:] Jakość życia w naukach medycznych i społecznych – tom I, Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska – Kułak E. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2017: 470-479.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Brussels, Belgium: 2019. <https://www.diabetesatlas.org> (data pobrania 21.08.2021).
3. Janeczko D.: Epidemiologia chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę. Kardiologia na co Dzień 2007; 2 (1): 12–16.
4. Wiśniewska E., Zagroba M., Ostrowska B., Marcysiak M.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie - charakterystyka pojęcia [w:] Jakość życia w naukach medycznych i społecznych – tom I, Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska – Kułak E. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2017: 43 – 53.
5. Kowalczyk B., Zawadzka B.: Life style and life quality of working-age people after cerebral stroke. Acta Clinica Croatica 2020; 59: 30-36.
6. WHO: WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. 1997. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2015/05/WHOQOL-Measuring-Quality-of-Life.pdf> (data pobrania 21.02.2022).
7. Petelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia – globalnie i lokalnie, Pomiar i wizualizacje. Wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016.
8. Czapiński J.: Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu, Psychologia Jakości Życia 2002; 1: 9-34.
9. Kurpas D., Czech T., Mroczek B.: Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania? Family Medicine & Primary Care Review 2012; 14(2): 177–181.
10. Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklik M.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie Tętnicze 2014; 18 (3): 143-150.
11. Kowalczyk B., Tabak K., Lubińska-Żądło B.: Stopień akceptacji choroby a jakość życia pacjentek leczonych napromienianiem [w:] Human health in ontogenesis - biomedical and psychosocial aspects : studies of Polish, Slovak and Czech researchers. T. 2. Psychosocial aspects, Knapik A., Beno P., Rottermund J. (ed.). Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2020: 22-30.

12. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
13. Olszak C., Nowicka E., Baczeńska B. et al.: The influence of selected socio-demographic and medical factors on the acceptance of illness in a group of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016, 6(12):11-28.
14. Wołowicka L.: Jakość życia w naukach medycznych, Wyd. UM Poznań, Poznań 2002.
15. Olszak C., Nowicka E., Baczeńska B. et al.: The influence of selected socio-demographic and medical factors on the acceptance of illness in a group of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(12):11-28.
16. Abbasi-Ghahramanloo A., Soltani-Kermanshahi M., Mansori K. et al.: Comparison of SF-36 and WHOQoL-BREF in Measuring Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *International Journal of General Medicine* 2020; 11(13): 497-506.
17. Al-Taie N., Maftai D., Kautzky-Willer A., Krebs M., Stingl H.: Assessing the quality of life among patients with diabetes in Austria and the correlation between glycemic control and the quality of life. *Primary Care Diabetes* 2020;14(2): 133-138.
18. Amin M.F., Bhowmik B., Rouf, R. et. al.: Assessment of quality of life and its determinants in type-2 diabetes patients using the WHOQOL-BREF instrument in Bangladesh. *BMC Endocr Disord* 2022; 22: 162.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W EDUKACJI PACJENTA

Ewa Szynkiewicz¹, Karolina Kocińska²

1. Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Edukacja pacjenta to „proces zamierzonego wpływu na osobowość pacjenta (i osób z jego najbliższego otoczenia), na jego motyw, postawy i przekonania dotyczące zdrowia. Jest to proces kształtowania poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie osób najbliższych; również kształtowanie postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku zgodnym ze społecznie akceptowanymi celami promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Edukacja pacjenta to także proces, którego treścią jest przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji oraz do świadczenia opieki nieprofesjonalnej, przygotowanie do samopielęgnowania i samoopieki”. Obszar edukacji pacjenta powinien obejmować treści edukacji zdrowotnej, może dotyczyć także działań związanych z umiejętnością życia z chorobą, z niepełnosprawnością, bycia pacjentem służby zdrowia. W edukacji pacjenta cele ukierunkowane są nie tylko na wzmacnianie i odzyskanie zdrowia, ale także na uczenie go, jak powinien sobie radzić z nową dla niego sytuacją życiową związaną z chorobą. Pojęcie edukacji zdrowotnej od edukacji pacjenta różni fakt, iż „podmiotem w edukacji zdrowotnej może, ale nie musi, być pacjent”. Natomiast w edukacji pacjenta powinny być realizowane cele edukacji zdrowotnej, ale przede wszystkim te, które wynikają z oceny jego stanu zdrowia. Pomijając oczywiście sytuacje, w których pacjent nie decyduje o własnych zachowaniach, np. pacjent nieprzytomny, w stanie zagrożenia życia” [1].

ROZWINIĘCIE

Edukacja zdrowotna to zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla ochrony, utrzymania i umacniania swego zdrowia [2].

Edukacja zdrowotna wykorzystuje elementy kilku nauk, jej treści pochodzą przede wszystkim z nauk medycznych, społecznych i pedagogicznych. Wyjaśniają one uwarunkowania zachowań pacjenta związanych z jego zdrowiem i chorobą. Pokazują też możliwości, jakie daje im edukacja [3], która jest procesem uczenia się jak żyć, aby zachować zdrowie oraz w przypadku wystąpienia choroby uczestniczyć w jej leczeniu [4]. W edukacji zdrowotnej ważne jest nauczenie pacjenta podejmowania odpowiednich i świadomych decyzji w trakcie leczenia specjalistycznego [5].

Modele edukacji zdrowotnej:

1. model edukacji zdrowotnej ukierunkowany na zdrowie (edukacja promująca lub uczestnicząca) – przekazanie wiedzy i kształtowanie umiejętności wdrażania zachowań korzystnych dla zdrowia, aktywizowanie do podejmowania działań prozdrowotnych,
2. model edukacji zdrowotnej zorientowany na czynniki ryzyka (edukacja autorytatywna) – motywowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek, wspieranie we wprowadzaniu zmian pozytywnie wpływających na zdrowie – komunikacja jednokierunkowa,
3. model edukacji zdrowotnej zorientowany na chorobę (edukacja uczestnicząca) – uświadamianie związku między różnorodnymi czynnikami ryzyka a określoną chorobą, wspólne poszukiwanie rozwiązania problemu zdrowotnego. Celem tej edukacji jest przede wszystkim: udzielenie pomocy w zrozumieniu choroby, uczenie się życia z chorobą, przygotowanie do współpracy w procesie terapeutycznym, funkcjonowanie w roli pacjenta, ochrony zdrowia oraz przygotowanie do samoopieki [6].

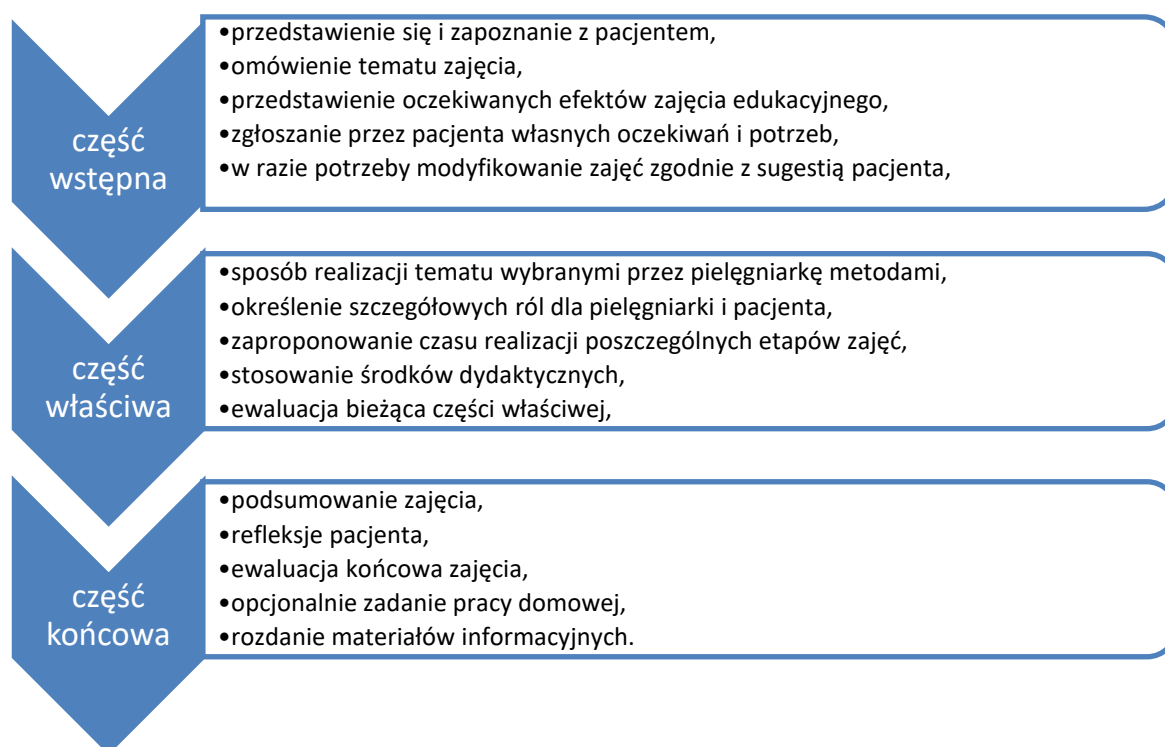
Odpowiednie efekty w nauczaniu daje program obejmujący cztery główne etapy edukacji: diagnozowanie, planowanie, realizacja i ocena podjętych działań [7]. Planowanie, opierające się na postawionej diagnozie, powinno być procesem elastycznym i ciągłym. Obejmuje określenie:

1. zadań, celów, jakie pielęgniarka chce osiągnąć;
2. efektów edukacji (wiedza, umiejętności i postawy uczestników, oczekiwane po zakończonym procesie edukacji);
3. niezbędnych treści edukacji, warunkujących osiągnięcie zaplanowanych efektów;
4. możliwych zasobów: rzeczowych – pomieszczenie, sprzęt, środki dydaktyczne oraz osobowych – dobór edukatorów – różni profesjonaliści zdrowia, przygotowani merytorycznie do realizacji zadań edukacji i metodycznie;
5. form organizacyjnych (indywidualna, grupowa bądź zbiorowa);

6. metod dydaktycznych;
7. środków dydaktycznych, wykorzystanych w trakcie realizacji spotkań i drukowanych materiałów informacyjnych dla pacjentów;
8. czasu potrzebnego do osiągnięcia efektów (liczba spotkań, czas trwania pojedynczych zajęć);
9. metod ewaluacji procesu edukacji [8].

Pielęgniarka przygotowując się do edukacji pacjenta opracowuje program zawierający informacje metodyczne o planowanej organizacji zajęć wynikające z jego potrzeb edukacyjnych. Do poszczególnych spotkań przygotowuje scenariusz zajęć, który zawiera:

1. Diagnozę (deficyt wiedzy, ryzyko powikłań, zagrożenie chorobą, nieumiejętność radzenia sobie, brak motywacji, itp.).
2. Cele zajęć (co pielęgniarka chce osiągnąć, jakie stawia sobie zadania).
3. Oczekiwane efekty edukacji (po realizacji zajęć edukacyjnych pacjent określi czynniki ryzyka wystąpienia zaostrzenia choroby, wyjaśni zależność między prowadzonym trybem życia a ryzykiem zachorowania, omówi zasady przyjmowania leków, przedstawi plan aktywności ruchowej, zastosuje ćwiczenia oddechowe, opracuje własną dietę, zgodnie z zaleceniami (wskaźnik BMI), akceptuje chorobę, wyraża chęć podejmowania walki z chorobą, jest odpowiedzialny za własne zdrowie, komunikuje się z zespołem terapeutycznym, współpracuje z opiekunem).
4. Warunki wstępne (wiedza wyjściowa uczestników zajęć edukacyjnych, kryterium doboru grupy pod względem np. czasu trwania choroby, wieku odbiorców, poziomu percepcji, problemów zdrowotnych).
5. Metody dydaktyczne (podające, problemowe, eksponujące, z użyciem technologii informacyjnych, praktyczne).
6. Środki dydaktyczne (materiały drukowane, modele, plansze, mapy, podręczniki, płyta CD, pendrive, program TV, komputer, odtwarzacz CD, MP3, MP4, magnetofon, fantomy, sprzęt medyczny, kredki, kartki papieru).
7. Aranżacja przestrzeni (układ stołów, krzeseł, wystrój pomieszczenia).
8. Metody ewaluacji (obserwacja, testy, quizy, opracowania własne, pogadanka).
9. Czas trwania zajęć.
10. Opis przebiegu zajęć [9].



Rycina 1. Przebieg zajęć z podziałem na 3 części

Źródło: na podstawie Szlosek F., Wstęp do dydaktyki przedmiotów zawodowych, Radom 1995 opracowanie własne, 2022.

Zgodnie z ustalonym planem wdrażany jest program edukacyjny, w którym zadaniem pielęgniarki jest monitorowanie jego przebiegu i końcowa ewaluacja. Program edukacyjny może się zmieniać, w zależności od potrzeb pacjenta. Pielęgniarka powinna wykorzystać w miarę możliwości czasowych i lokalowych każdą sytuację do uczenia pacjenta, konsultować podjęte działania z innymi osobami, aby była zachowana systematyczność i ciągłość procesu edukacyjnego. Ostatni etap zorganizowanej edukacji to ewaluacja przyjętego do realizacji programu, w kontekście zmian, jakie obserwuje się w zachowaniu pacjenta, a które są wynikiem edukacji [10]. W przypadku nie osiągnięcia podczas zajęcia celów, pielęgniarka analizuje jeszcze raz zrealizowane etapy procesu edukacyjnego, zaczynając od:

1. postawienia diagnozy (trafność identyfikacji problemów),
2. określenia efektów (stopień trudności oczekiwanych rezultatów),
3. przemyślenia etapu planowania (właściwy dobór np. pielęgniarki, jej kompetencje w realizacji zajęć, znajomość i przestrzeganie zasad nauczania, zaplanowanie właściwych metod ewaluacji),
4. analizy przebiegu procesu realizacji, doboru form, metod, środków dydaktycznych [10].

Zadaniem pielęgniarki w edukacji pacjenta jest sumienne przygotowanie się do zajęć, mając na względzie zaawansowanie swoje i pacjenta w trakcie zajęć [11].

W edukacji skierowanej do osób zdrowych lub osób zagrożonych ryzykiem choroby proponuje się formy pracy grupowej, natomiast w edukacji pacjenta formy pracy indywidualnej [12]. Podstawy dydaktyki edukacji zdrowotnej dla pielęgniarki są potrzebne i nieuniknione w pracy skierowanej na zmianę zachowań uczonych osób [13]. Obecnie „edukację pacjenta rozumie się jako kilkuetapowy, zamierzony i celowy proces oddziaływania na osobę, która jest klientem systemu opieki zdrowotnej” [14]. Edukacja zdrowotna w zakresie ochrony zdrowia należy do działań obligatoryjnych w odniesieniu do zadań zawodowych: lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, dietetyka, psychologa jako członka zespołu terapeutycznego zajmującego się pacjentem. Jako element postępowania terapeutycznego powinna towarzyszyć wszystkim etapom diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, dzięki czemu ułatwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących procesu opiekuńczo–terapeutyczno–leczniczego [15].

W edukacji zdrowotnej pacjenta jest ważne, aby wynikały z niej korzyści, gdyż niezależnie od tego, w jaki sposób edukacja jest wdrażana, dotychczasowe doświadczenia wykazują konieczność weryfikacji stosowanych metod oraz ich ewentualnego zróżnicowania, z uwzględnieniem możliwości percepcyjnych pacjenta, tzn.:

1. pacjentom przekazywać wiedzę na temat procesu podejmowania decyzji zdrowotnych wraz z ich konsekwencjami, jednak nie należy im narzucać, jakie decyzje powinni podjąć,
2. spośród metod edukacji stosować dokładne instruowanie pacjenta (instrukcje ustne, informacje pisemne, programy nauczania),
3. poszerzyć kontakt z pacjentem, w tym poradnictwo (automatyczny telefoniczny, wspierany komputerowo monitoring i poradnictwo, kontrole telefoniczne, oddziaływanie na rodziny pacjentów),
4. umożliwić różne sposoby poprawy wygody leczenia (opieka zdrowotna i zaopatrzenie w leki w miejscu pracy, uproszczenie dawkowania leków),
5. zwiększyć zaangażowanie pacjenta w samokontrolę,
6. w trakcie edukacji pacjenta stosować „przypominacze” (dostosowanie schematu przyjmowania leków do codziennych nawyków pacjenta, specjalne pakowanie leków, przypominanie o wizytach kontrolnych i konieczności uzupełnienia leków),
7. wprowadzać i stosować działania poprawiające współpracę lub nagradzające pacjenta za poprawę przestrzegania zaleceń i skuteczności leczenia [16].

PODSUMOWANIE

Zakres edukacji zależy od stopnia posiadanej przez pacjenta wiedzy. Pielęgniarka określa cel edukacji, ustala plan działania a następnie realizuje i ocenia wyniki swoich działań. Pielęgniarka powinna dobrać odpowiednie metody edukacji. Przekazywanie informacji powinno być zaplanowane, celowe i przebiegać w formie kilku spotkań. Wiedza powinna być przekazywana w sposób przystępny oraz zrozumiały dla pacjenta.

Zwiększenie świadomości chorego oraz umiejętne kształtowanie postawy prozdrowotnej w dużym stopniu mogą się przyczynić do lepszego funkcjonowania w życiu codziennym. Motywacja i przekonanie do zaleceń edukacyjnych proponowanych przez pielęgniarkę mogą w dużym stopniu zmniejszyć objawy choroby, częstość powikłań i hospitalizacji.

Po zakończeniu edukacji pielęgniarka powinna ocenić przyswojoną przez chorego wiedzę. Jeżeli pacjent po zakończeniu zaplanowanej edukacji nadal wykazuje braki, wówczas zadaniem pielęgniarki będzie powtórzenie edukacji w tych obszarach [17].

PIŚMIENNICTWO

1. Ciechaniewicz W.: Pedagogiczne aspekty pracy z pacjentem i jego rodziną
<https://www.piellegniarki.info.pl/files/8180b86d987630b5745feb15a3dae87f1829.pdf>.
2. Woynarowska B.: Metodyka edukacji zdrowotnej [w:] Edukacja zdrowotna, Woynarowska B. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 140-204.
3. Woynarowska B.: Materiały edukacyjne – wychowanie fizyczne blok tematyczny – edukacja zdrowotna:
<http://www.bc.ore.edu.pl/Content/121/Materia%C5%82y+edukacyjne+-+wychowanie+fizyczne+blok+tematyczny+-+edukacja+zdrowotna+prof.+dr+hab.+med.+Barbara+Woynarowska.pdf> [dostęp: 18.02.2022].
4. Woynarowska B.: Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009; 90(3): 293-298.
5. Woynarowska B.: Metodyka edukacji zdrowotnej [w:] Edukacja zdrowotna, Woynarowska B. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016: 140-204.
6. Ciechaniewicz W. (red.): Pedagogika. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

7. Sierakowska M.: Metodyka w edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek: Podstawy tworzenia projektów edukacyjnych dla pacjentów [w:] Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej, Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015; 51-65.
8. Sierakowska M.: Metodyka edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek. Przygotowanie pielęgniarek do diagnozowania problemów edukacyjnych odbiorców opieki zdrowotnej [w:] Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej, Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 41-50.
9. Szlosek F.: Wstęp do dydaktyki przedmiotów zawodowych. Wydawnictwo ITE, Radom 1995
10. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Ewaluacja efektów kształcenia w obszarze edukacji zdrowotnej. Metodyka edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek [w:] Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej, Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 116-124.
11. Sierakowska M.: Metodyka w edukacji zdrowotnej w kształceniu zawodowym pielęgniarek: Podstawy tworzenia projektów edukacyjnych dla pacjentów [w:] Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej, Sierakowska M., Wrońska I. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 51-65.
12. Sierakowska M., Wrońska I. (red.): Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
13. Kózka M.: Edukacja jako element przygotowania chorego do samoopieki [w:] Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych, Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 51-60.
14. Ciechaniewicz W.: Pedagogiczne aspekty pracy z pacjentem i jego rodziną: <https://www.piellegniarki.info.pl/files/8180b86d987630b5745feb15a3dae87f1829.pdf>.
15. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. PWN Warszawa 2007.
16. Andruszkiewicz A., Bronisz A., Goch A. i wsp.: Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego <https://core.ac.uk/download/pdf/268444891.pdf>.
17. Jurkowska G., Łagoda K. (red.): Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z PERFORACJĄ WRZODU ŻOŁĄDKA

Klaudia Choroszuca¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Choroba wrzodowa znana jest od tysięcy lat. W XIX i XX wieku rozpowszechniła się w Europie. Jest to powszechna choroba górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Chorobę tworzą wrzody żołądka, które przedstawia się jako ubytki w ścianach żołądka. Brak leczenia lub jego nieprawidłowe prowadzenie, może prowadzić do krwotoku lub perforacji.

Nieleczone stadium dolegliwości może powodować powikłania, takie jak perforacja wrzodu trawiennego, niedrożność ujścia żołądka, krwawienie przewodu pokarmowego, rak żołądka. Ryzyko perforacji wrzodu żołądka obserwuje się u około 2% do 7% osób cierpiących na tą jednostkę chorobową [1].

Wrzody żołądka - Etiologia i epidemiologia

Choroba wrzodowa znana jest od tysięcy lat. W XIX i XX wieku rozpowszechniła się w Europie i Stanach Zjednoczonych.

Częstość zachorowań odnotowano u 5-10% całej dorosłej populacji. Perforacja stanowi około 50% powikłań wrzodów i 30% śmiertelności na świecie. Warunki sprzed XX wieku sprzyjały w Europie zakażeniu *Helicobacterem pylori*, który przyczyniał się do powstawania wrzodów żołądka, poprzez niekorzystne standardy życia, niedobory witamin, częste infekcje [2].

Nadrzędną przyczyną uszkodzenia błony śluzowej i prowadzącą do powstawania wrzodów jest pepsyna i kwas solny oraz stosowanie kwasu acetylosalicylowego i NLPZ (*Non-steroidal Anti-inflammatory Medicines*, Niesteroidowe Leki Przeciwpalne). Jednak przede wszystkim odpowiedzialna jest bakteria *Helicobacter pylori* [3].

Patogeneza choroby

Wrzód żołądkowy to ubytek rozlegający się głęboko przekraczając błonę śluzową i mięśniową z gromadzeniem się stanu zapalnego oraz martwicą skrzepową.

Najczęstszym czynnikiem powodującym chorobę wrzodową żołądka jest *Helicobacter pylori*, zakaźna choroba, odpowiadająca za około 70% występowania [4].

To spiralna bakteria Gram-ujemna, posiadająca kilka wici, które pozwalają na przenikanie między warstwami śluzu komórek nabłonkowych żołądka. *Helicobacter pylori*, poprzez hamowanie kwasu solnego potrafi przetrwać w kwaśnym środowisku żołądka.

Powikłanie choroby wrzodowej może nastąpić po operacji bariatrycznej, stosowaniu NLPZ i kortykosteroidów. Pęknięcie może być skutkiem użytkowania kokainy [5].

Perforacja wrzodu trawiennego pojawia się przy gwałtownym wytwarzaniu soku żołądkowego.

Obraz kliniczny choroby

Choroba wrzodowa nasila się stopniowo, a jej pierwsze objawy mogą wykazywać podobieństwo do zaburzeń czynnościowych.

Powszechnymi objawami są zgaga, wzdęcia, biegunka, zaparcia. Mogą być też nudności lub wymioty, zaburzenia połykania oraz smoliste stolce. Statystycznie występuje ból w nadbrzuszu w trakcie spożywania pokarmu. Jednak w wielu przypadkach choroba wrzodowa przebiega bezobjawowo [6].

Wrzody żołądka mogą być przyczyną czkawki, wzdęć, nadmiernego wydzielania śliny. Powikłania schorzenia mogą prowadzić do krwawień lub perforacji, a gwałtowne, silne i nieprzemijające bóle w nadbrzuszu mogą wskazywać na perforację wrzodu.

Rozpoznanie

Rozpoznanie choroby wrzodowej określa się badaniem endoskopowym lub niekiedy poprzez RTG.

Gastroskopia, jako badanie endoskopowe, polega na wprowadzeniu endoskopu z wbudowaną kamerą przez jamę ustną, z uwidocznieniem zawartości żołądka i możliwością pobrania wycinka błony śluzowej do badań oraz dokonania konkretnego zabiegu [7].

Jako, iż *Helicobacter pylori* jest w dużej mierze odpowiedzialny za wrzody trawienne, wykonuje się też testy ureazowe, testy oddechowe, testy na antygeny *Helicobacter pylori* w kale, badanie histologiczne wycinka błony śluzowej.

Czynniki ryzyka

Istotny wpływ na powstawanie wrzodów żołądka mają czynniki takie jak: niesteroidowe leki przeciwzapalne, czynniki genetyczne, stres, dieta, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu [8].

Niesteroidowe leki przeciwzapalne, jako słabe kwasy wysuszają błonę śluzową żołądka, narażając tym na intensywne działanie kwasu żołądkowego i zmniejszenia wydzielania śluzu. Prowadzą także do zwiększenia przepuszczalności błon komórkowych.

Obecny podział zawiera trzy grupy NLPZ:

I generacja - kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, ketoprofen, naproksen, indometacyna, diklofenak,

II generacja - meloksykam, nimesulid

III generacja - celekoksyb.

Uwarunkowania genetyczne wrzodów trawiennych są w stanie dotyczyć ilości komórek okładzinowych żołądka, produkujących kwas solny, a także są wrażliwe na czynność gastryny.

Stres odpowiada u 30-60% występowania wrzodów trawiennych. Aktywuje on działania obronne układu autonomicznego, który silnie unerwia przewód pokarmowy, w następstwie dochodzi do jego pobudzenia, prowadzącego do stanu napięcia.

Palenie papierosów zwiększa zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka, przyczynia się do częstych nawrotów i powoduje cięższe gojenie wrzodów, poprzez składniki dymu tytoniowego.

Etanol obecny w napojach alkoholowych zmniejsza produkcję śluzu żołądkowego, poprzez uszkodzenie śluzówki żołądka [9].

Metody leczenia wrzodów żołądka

Celem leczenia choroby wrzodowej jest zmniejszenie lub ustanie objawów, przyspieszony przebieg gojenia, przeciwdziałanie nawrotom choroby i jej powikłaniom oraz postępowanie podczas powikłań, takich jak perforacja wrzodu.

Leczenie zachowawcze

Kuracja niepowikłanych owrzodzeń żołądka jest leczeniem zachowawczym. W celu wygojenia wrzodów dodaje się eradykację bakterii *Helicobacter pylori*.

Należy odstawić palenie papierosów, spożywanie alkoholu oraz zaprzestanie zażywania Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych.

Posiłki powinny być spożywane regularnie w małych a częstych porcjach. Z diety należy wykluczyć żywność źle tolerowaną przez organizm oraz wzmagającą emisję kwasu solnego, takich jak ostre przyprawy. Zredukować należy picie alkoholu, kawy i czarnej herbat [10].

*Leczenie zakażenia *Helicobacter pylori**

Kuracja lekami pierwszego rzutu w celu eradykacji *Helicobacter pylori*, opiera się na zażywaniu inhibitorów pompy protonowej razem z amoksycyliną i metronidazolem oraz klarytromycyną i metronidazolem.

Podczas farmakoterapii, trwającej 10-14 dni i podwójnej dawce leków rezultat sięga około 80-90% skuteczności eradykacji [11].

Wagotomia

Resekcja żołądka opiera się na powierzchniowym wycinku i połączeniu jego pozostałego fragmentu z dwunastnicą lub jelitem cienkim.

Zalecane jest dołączenie wagotomii, dlatego iż reszta odcinka żołądka produkuje za dużo soku żołądkowego, niewystarczająco zneutralizowanego. Zamierzeniem zabiegu jest ograniczenie wydzielania kwasu solnego.

- Wagotomia pniowa polega na nacięciu pni nerwów żołądka. Umożliwia skutecznie zredukować kwas żołądkowy z niewielkim ryzykiem ponawiania się wrzodów. Zabieg niesie za sobą możliwość powstania zespołu poresekcyjnego.
- Wysoce wybiórcza wagotomia charakteryzuje się cięciem gałązek nerwów błędnych prowadzących do dna żołądka, po czym rozcina się gałęzie idące do trzonu żołądka. Wówczas zszywa się błonę żołądkową [12].

Wagotomię i plastykę odźwiernika przeprowadza się, celem naprawy opróżniania żołądka uszkodzonego przecięciem nerwów błędnych, podczas gdy plastyka odźwiernika przecina wzdłuż żołądka nad odźwiernikiem, a także przekątnym zszyciu.

Resekcja żołądka wraz z wagotomią, na ogół pniową, jest stosowana dla pacjentów, którzy zmagają się ze zbyt dużym wytwarzaniem kwasu solnego.

Leczenie chirurgiczne

Leczenie operacyjne perforowanego wrzodu obejmuje zacisk kleszczami chirurgicznymi przedziurawionego wrzodu, płukaniem jamy otrzewnej oraz usunięcie wrzodu i odesłanie go na badanie histopatologiczne. Następuje zszycie miejsca owrzodzenia w przypadku łagodnego charakteru oraz dren Redona. W momencie stwierdzenia charakteru złośliwego, jest możliwość całkowitego wycięcia narządu [13].

CEL PRACY

1. Rozpoznanie i omówienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po zabiegu operacyjnym perforacji żołądka.
2. Planowanie i realizacja podmiotowego procesu pielęgnowania pacjenta.
3. Przygotowanie programu edukacji chorego z perforowanym wrzodem żołądka.
4. Określenie wytycznych dotyczących dalszej pielęgnacji.

MATERIAŁ I METODY

Podmiotem badań jest pacjent w wieku 49 lat, operowany w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej z przyczyny perforowanego wrzodu żołądka.

W pracy przedstawiono proces pielęgnowania chorego po zabiegu zszycia perforacji żołądka, zawierając przedsięwzięte działania pielęgniarские wraz z ich skutkami.

W celu zgromadzenia informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz ustalenia diagnozy pielęgniarской, użyto:

- ☐ Wywiad pielęgniarский
- ☐ Pomiary RR (ciśnienia tętniczego krwi), HR (tętno), temperatura ciała, wzrost, masa ciała, dobowy diureza
- ☐ Skala Norton (ryzyko odleżyn), skala VAS (natężenie bólu),
- ☐ Obserwacja pacjenta

Choremu, za pomocą powyższych metod przypisano działania pielęgnacyjne wraz z oceną skuteczności podjętych postępowań oraz edukacji na temat pooperacyjnej samoopieki.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent J.M., lat 49, przyjęty do szpitala w trybie nagłym celem laparotomii, zszycia perforacji żołądka w okolicy przedodźwiernikowej oraz płukania i drenażu jamy otrzewnej. Operowany w znieczuleniu ogólnym, w oddziale chirurgii.

Pacjent w momencie przybycia skarżył się na silny ból w nadbrzuszu, określony jako “pchnięcie nożem” po wysiłku. Skóra jest blada, zimna i wilgotna. Brzuch jest twardy i napięty. Występują zaparcia oraz objawy otrzewnowe. W dzieciństwie przebyta przepuklina.

Z wywiadu wynika, że czynnikiem ryzyka choroby jest palenie papierosów, około 20 dziennie przez chorego. Mężczyzna chwilowo nie pracuje, diety oraz aktywności fizycznej nie prowadzi.

W dniu przyjęcia na SOR wykonano Tomografię Komputerową z kontrastem. Na oddziale została pobrana krew na badania laboratoryjne.

Chory operowany w znieczuleniu ogólnym, z bloku operacyjnego wrócił wybudzony. Po powrocie z bloku RR wynosiło 180/105 mmHg, na zlecenie lekarza podano 25mg Tachybenu we wlewie dożylnym, po czym ciśnienie tętnicze krwi obniżyło się do 117/80mmHg.

Pacjent w I dobie po zabiegu operacyjnym. Ogólnie osłabiony, apatyczny, mało aktywny ruchowo w obrębie łóżka. Opatrunek na ranie pooperacyjnej suchy, dreny dootrzewnowe utrzymane, ślad treści surowiczo-krwistej. Sonda żołądkowa utrzymana. Cewnik Foleya prawidłowy, mocz spływa.

RR 130/75mmHg, HR 75/min, temperatura 36,7°C. Pacjent w stanie ogólnym średnio dobrym, zgłasza ból w okolicy rany pooperacyjnej w skali VAS 7-8/10.

W pompie infuzyjnej wchłania się Esomeprazol 80mg, w przepływie 5ml/h oraz przeciwbólowo Oxynorm 1 ampułka z przepływem 0,5ml/h.

W celu oceny ryzyka odleżyn, zastosowano skalę Norton, z której pacjent otrzymał 18/20pkt.

Plan opieki pielęgniarskiej

1. Diagnoza pielęgniarska: Ból rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ustalenie nasilenia bólu za pomocą skali VAS
- Powiadomienie lekarza o dolegliwościach bólowych
- Ułożenie pacjenta w odpowiedniej dla niego pozycji, np. półwysokiej
- Podanie leków przeciwbólowych według zleceń lekarskich
- Zagwarantowanie ciszy i spokoju

Ocena: Ból pooperacyjny uległ zmniejszeniu z 7-8/10 na 4-5/10 skali VAS.

2. Diagnoza pielęgniarska: Zagrożenie zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia operowanego miejsca oraz wczesne wykrycie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwacja rany na obecność wydzieliny w drenach oraz monitorowanie i kontrola jej ilości
- Obserwacja jakości opatrunku i jego przesiąknięcia przez wydzielinę
- Zmiana opatrunków zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- Kontrola drożności wraz ze szczelnością drenów
- Obserwacja stanu ogólnego (gorączka, wzrost tętna, zaczerwienienie, obrzęk brzegów rany)

Ocena: Brak wystąpienia objawów zakażenia, ryzyko zminimalizowane.

3. Diagnoza pielęgniarska: Niebezpieczeństwo powstania krwawienia lub krwotoku po przeprowadzonym zabiegu.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Prowadzenie pomiarów ciśnienia tętniczego, tętna, oddechów, saturacji w przeciągu 2 godzin od zabiegu co 15 minut, po czym co 1 godzinę
- Obserwacja ilości wydzieliny krwistej gromadzonej w drenach
- Obserwacja koloru i stanu skóry (zimna, blada, obecność potu)
- Nadzorowanie bólu i jego nasilenia

- Kontrolowanie opatrunku na ranie i jego przesiąknięcia

Ocena: Nie zaobserwowano objawów krwotoku.

4. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wytworzenia się przepukliny u osoby palącej papierosy.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania przepukliny.

Interwencje pielęgniarskie:

- Objasnienie samodzielnego ustabilizowania rany, podczas ruchów fizjologicznych, np. kaszlu
- Pacjent samodzielnie przybiera pozycje na boku, siada, bez używania drabinek, które powodować mogą napinanie mięśni brzucha
- Uniemożliwienie rozwoju infekcji dróg oddechowych
- Edukacja na temat powstrzymywania się od przeciążeń
- Użycie pasa ściągającego w oparciu na zlecenie lekarskie

Ocena: Nie zaobserwowano powstania przepukliny.

5. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko uszkodzenia lub podrażnienia jamy ustnej i nosowej, a także wystąpienia bólu i trudności w oddychaniu przez założony zgłębnik żołądkowy.

Cel opieki: Zapobieganie powikłaniom umiejscowionej sondy.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stosowanie toalety jamy ustnej odpowiednimi preparatami (płyny antyseptyczne)
- Wykonywanie toalety jamy nosowej i używanie środków chroniących przed zmianami (natłuszczanie i nawilżanie)
- Kontrola śluzówek jamy ustnej i nosowej w celu wykrycia ich uszkodzeń i zmian zapalnych
- Umiejscowienie urządzenia w sposób odpowiedni do swobodnego oddychania
- Poinformowanie pacjenta o konieczności utrzymania zgłębnika w żołądku

Ocena: Sonda żołądkowa utrzymana, bez zaobserwowanych powikłań.

6. Diagnoza pielęgniarska: Możliwość zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych stanem pooperacyjnym.

Cel opieki: Przeciwdziałanie wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Prowadzenie bilansu płynów
- Podawanie substancji odżywczych do żywienia przez założony zgłębnik na zlecenie lekarskie
- Zastosowanie płynów we wlewie kroplowym na zlecenie lekarskie
- Obserwacja pod kątem objawów odwodnienia i przewodnienia

Ocena: Upośledzenie gospodarki wodno-elektrolitowej nie wystąpiło.

7. Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych.

Cel opieki: Przeciwdziałanie w powstaniu powikłań.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola parametrów życiowych
- Zastosowanie leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarskie, clexane 40mg
- Odpowiednie i szybkie uruchomienie pacjenta
- Pobranie krwi na czas jej krzepnięcia na zlecenie lekarskie
- Edukacja pacjenta na temat specjalnych ćwiczeń

Ocena: Nie odnotowano zaburzeń zatorowo-zakrzepowych.

8. Diagnoza pielęgniarskie: Zagrożenie pojawienia się zakażenia układu moczowego, na skutek założonego cewnika Foleya.

Cel opieki: Profilaktyka infekcji układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Monitorowanie diurezy
- Zadbanie o higienę osobistą pacjenta
- Monitorowanie stanu moczu (barwa, przejrzystość, ilość)
- Prawidłowa pielęgnacja chorego i miejsca założonego cewnika, aseptyka i antyseptyka

Ocena: Nie zaobserwowano objawów oznaczających infekcję dróg moczowych.

- 9. Diagnoza pielęgniarska:** Skłonność do powikłań założonego wkłucia dożylnego na skutek przzerwania tkanki skórnej i umieszczenia kaniuli w naczyniu krwionośnym.

Cel opieki: Profilaktyka w powstaniu zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnienie czystości pacjenta
- Obserwacja miejsca wkłucia w kierunku oznak stanu zapalnego - obrzęk, zmiana zabarwienia i temperatury powłoki skórnej
- Stosowanie aseptyki i antyseptyki
- Zmiana opatrunku przy zabrudzeniu lub przemoczeniu oraz codzienna jego wymiana
- Stosowanie koreczków do zabezpieczenia przed tworzeniem się skrzepów
- Wymiana wenflonu po 72 godzinach od jego założenia
- Kontrola drożności, za pomocą przepłukiwania kaniuli, np. NaCl

Ocena: Brak objawów stanu zapalnego miejsca wkłucia.

- 10. Diagnoza pielęgniarska:** Niewystarczająca wiedza pacjenta na temat choroby wrzodowej oraz jej perforacji.

Cel opieki: Dokształcenie pacjenta na temat jednostki chorobowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukacja chorego w kwestii choroby
- Przedstawienie zaleceń dietetycznych
- Zalecenie stosowania samokontroli przewodu pokarmowego podczas wdrażania nowych produktów do odżywiania

Ocena: Pacjent jest skłonny do zastosowania zaleceń i informacji.

Program edukacyjny

Plan edukacji polegał w głównej mierze na objaśnieniu i sprawdzeniu przyswojenia wiedzy danego tematu.

Pacjentowi zostały przedstawione wiadomości o czynniku chorobowym w formie wykładu i rozmowy. Informacje zawierały wskazówki w dalszej pielęgnacji, diecie, czynnikach sprzyjających ponownemu rozwojowi schorzenia. Przebieg miał też formę dyskusji, podczas której chory mógł zadawać pytania.

Jako podsumowanie, zastosowano ocenę zrozumienia i zapamiętania przekazanej treści. Pacjentowi zostały przekazane ulotki informacyjne.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- ☐ Należy udać się po około 14 dniach do poradni chirurgicznej celem usunięcia szwów
- ☐ Odebranie wyniku histopatologicznego pobranego materiału w wyznaczonym terminie
- ☐ Wskazane ograniczenie czynności obciążających operowane miejsce, np. dźwiganie ciężkich przedmiotów
- ☐ Zastosowanie diety lekkostrawnej, składającej się z małych a częstych porcji, około 6-8 razy dziennie co 2-3 godziny z wykluczeniem produktów smażonych, ciężkostrawnych i wzdymających
- ☐ Odstawienie napojów gazowanych, alkoholu, papierosów, kawy
- ☐ Należy ograniczyć płyny przed posiłkami, a jedynie przyjmować przed lub po jedzeniu
- ☐ Kontrola samopoczucia, reakcji organizmu na nietolerancję pokarmową po włączaniu nowych produktów do diety
- ☐ Picie odpowiedniej ilości płynów, około 2-3 litry
- ☐ Stosowanie kuracji przeciwzakrzepowej na zlecenie lekarza; instruktaż wykonywania podaży leków
- ☐ Zalecane wizyty kontrolne i badania endoskopowe w celu monitorowania nawrotu choroby wrzodowej

PODSUMOWANIE

1. Rola pielęgniarki jest kluczowa w pooperacyjnym etapie pielęgnowania i edukacji pacjenta
2. Ograniczenie lub całkowite odstawienie używek oraz prowadzenie zdrowego stylu życia są bardzo ważne w profilaktyce oraz zmniejszeniu ryzyka perforacji.
3. Leczenie chirurgiczne jest główną interwencją postępowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Pawlak K., Kurek K.: Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy bez tajemnic: kompendium dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pacjentów. Czelej, Lublin 2020.

2. De Araújo ERD., Guerra GCB., Andrade AWL. et al.: Gastric Ulcer Healing Property of Bryophyllum pinnatum Leaf Extract in Chronic Model In Vivo and Gastroprotective Activity of Its Major Flavonoid. *Front Pharmacol* 2021.
3. Kołodziej G. Klasik-Ciszewska S.: Profilaktyka i terapia żywieniowa w chorobie wrzodowej żołądka. *Medycyna Rodzinna* 2018; 8: 245-251.
4. Ford AC., Gurusamy KS., Delaney B. et al.: Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 4(4) DOI: 10.1002/14651858.CD003840.pub5.
5. Schäfer A., Gehwolf P., Kienzl-Wagner K.: Linear or circular: Anastomotic ulcer after gastric bypass surgery. *Surgical Endoscopy* 2021; 36(5): 3011–3018.
6. Malik TF., Gnanapandithan K., Singh K.: Peptic Ulcer Disease. *StatPearls, Treasure Island (FL)* 2021.
7. Jarzynkowski P., Piotrkowska R., Książek J., Dobosz M.: Satysfakcja pacjentów z badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego. *Medycyna Rodzinna* 2017; 2: 90-97.
8. Gajda E.: Postępowanie fitoterapeutyczne oraz dietetyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. *Postępy Fitoterapii* 2020; 3: 185-195.
9. Badr AM., El-Orabi NF., Ali RA.: The implication of the crosstalk of Nrf2 with NOXs, and HMGB1 in ethanol-induced gastric ulcer: Potential protective effect is afforded by Raspberry Ketone. *PLoS One*. 2019; 14(8): e0220548.
10. Skrzydło-Radomańska B.: Schematy postępowania w wybranych chorobach gastroenterologicznych. *Medical Education, Warszawa* 2020.
11. Ralston SH., Penman ID., Strachan MWJ., Hobson RP.: *Davidson Choroby wewnętrzne Tom 2*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2020.
12. Wallner G., Banasiewicz T.: *Chirurgia Tom 2 Chirurgia jamy brzusznej Cz.1*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
13. Skandalakis LJ., Skandalakis JE.: *Anatomia chirurgiczna i technika zabiegów operacyjnych*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019.

PIERWSZA POMOC PRZEDMEDYCZNA

Mateusz Dariusz Pasiuk^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
2. Absolwent Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Pierwszą pomoc przedmedyczną definiuje się jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia do chwili dotarcia służb ratunkowych. W przypadku braku dostępu do wykwalifikowanego personelu, ważne jest, aby to właśnie świadkowie zdarzenia podjęli czynności ratujące, zmniejszając ryzyko uszczerbku zdrowotnego uczestników zajścia. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej powinna posiadać każda osoba, a udzielenie jej traktować jako obowiązek nie tylko prawny, ale i moralny. W nagłych wypadkach o losie poszkodowanego decydują czynności podjęte przed przyjazdem służb ratowniczych, a za najcenniejsze uważa się pierwsze minuty od zdarzenia. Szybką i prawidłowo udzieloną pomoc świadków zdarzenia, można więc uznać za podstawowe ogniwo ratowania życia i zdrowia [1].

ROZWINIĘCIE

Obowiązek prawny udzielania pierwszej pomocy

O obowiązku udzielania pierwszej pomocy stanowi polskie prawo. Regulacje prawne znajdziemy w art. 162 Kodeksu Karnego: „§ 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”, Istnieje również zapis w Kodeksie Drogowym stanowiący: art. 44 ust. 2 pkt 1: „Jeżeli w wypadku jest zabity lub ranny, kierujący pojazdem jest obowiązany ponadto: 1) udzielić niezbędnej pomocy ofiarom wypadku oraz wezwać zespół Ratownictwa Medycznego oraz Policję.”. Należy dodać, że art. 44 ust. 3 Kodeksu Drogowego rozszerza powyższy obowiązek na wszystkich uczestników zdarzenia.

Nieudzielenie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowotnego i/lub życia niesie za sobą odpowiedzialność karną, jednakże należy również nadmienić o obowiązku moralnym niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Za minimum uważa się wezwanie służb specjalistycznych na miejsce wypadku [2, 3].

Polskie prawo dopuszcza ewentualność nieudzielania pierwszej pomocy w przypadku, gdy możemy narazić siebie na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. Mówi o tym już wcześniej wspomniany § 1. art. 162. Kodeksu Karnego oraz § 2.: „Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.”. Z tego zapisu wynika, że po przyjeździe służb ratowniczych, świadkowie zdarzenia są zwolnieni z konieczności niesienia pomocy, jednakże ich udział może okazać się użyteczny [2].

Według art. 5 ust. 1 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, „Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) dla funkcjonariuszy publicznych.”. Natomiast art. 5 ust. 2 wyżej wymienionej ustawy stanowi: „Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.”. Wedle prawa osoba podejmująca czynności mające na celu ratowania życia i/lub zdrowia posiada nie tylko obowiązki z odpowiedzialnością karną, lecz jest także przez nie chroniona na wypadek roszczeń ze strony osoby poszkodowanej [2].

Udzielanie pierwszej pomocy może być zainicjowane przez każdego, należy jednak podkreślić, że taka osoba powinna być zaznajomiona z zakresem swoich kompetencji i zdawać sobie sprawę z ograniczeń wynikających z przeszkolenia/wykształcenia. Edukacja pierwszej pomocy musi być prowadzona w łatwo przyswajalny sposób, stając się przy tym uniwersalnym zbiorem wiedzy opartym na aktualnych dowodach naukowych. W krajach europejskich, za kompendium takiej wiedzy uważa się Europejskie Wytyczne Resuscytacji. Znajomość zaleceń zawartych we wspomnianych wytycznych zmniejsza obawy świadków przed podjęciem działań na miejscu zdarzenia. Skutkuje to poprawą przeżywalności poszkodowanych oraz zmniejszenie rozległości uszczerbku na zdrowiu wynikających z nieudzielenia pomocy [1].

Bezpieczeństwo na miejscu zdarzenia

Udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej w każdym przypadku rozpoczyna się od sprawdzenia własnego bezpieczeństwa. Jest to niezbędne by ograniczyć ilość potencjalnych osób w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Kolejnymi ogniwami są zapewnienie bezpieczeństwa poszkodowanemu, świadkom zdarzenia oraz miejsca zdarzenia. Według tego podziału, przede wszystkim należy zadbać o ochronę osobistą. Używając jednorazowych rękawiczek ochronnych czy też maseczki do oddechów ratowniczych można zniwelować zagrożenia biologiczne. Wiele chorób zakaźnych jest przenoszonych przez krew i inne płyny ustrojowe. W przypadku bezpieczeństwa osoby poszkodowanej, należy wymienić takie aspekty jak łatwość dotarcia oraz odpowiednie oznakowanie, tak by służby ratownicze mogły łatwo zlokalizować potrzebujących pomocy. Dbając o bezpieczeństwo miejsca zdarzenia należy ocenić otoczenie pod względem czynników zewnętrznych mogących zagrażać poszkodowanym, osobom udzielającym pomocy oraz wszystkim postronnym. Należą do nich na przykład: ulatniający się gaz z kuchenki, prąd elektryczny, ruch uliczny, zwierzęta [4].

Łańcuch przeżycia

Jedno z najczęściej stosowanych pojęć w pierwszej pomocy z jakimi możemy się spotkać to- Łańcuch Przeżycia. Koncepcja ta podkreśla wagę podjęcia w jak najszybszym czasie niezbędnych interwencji dla zmaksymalizowania perspektywy przeżycia. Składa się na niego:

- 1) Wczesne rozpoznanie i wezwanie pomocy - wskazuje się istotność identyfikacji oznak pogorszenia stanu zdrowotnego, poprzedzających nagłe zatrzymanie krążenia.
- 2) Szybkie podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez świadków zdarzenia - niezwłoczne podjęcie czynności resuscytacyjnych podczas oczekiwania na przyjazd wykwalifikowanej pomocy drastycznie zwiększa szanse na przeżycie.
- 3) Wczesna defibrylacja - dostęp do AED wpływa korzystnie na przeżywalność wśród pacjentów z rytmami defibrylacyjnymi. Z upływem każdej minuty opóźnienia defibrylacji szanse przeżycia zmniejsza się o 10-12%.
- 4) Wczesne zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i standardowa opieka poresuscytacyjna - powiadomienie służb ratowniczych uważa się za minimum, jakie należy wykonać na miejscu zdarzenia. Dostępność wykwalifikowanej opieki medycznej pierwszego kontaktu oraz hospitalizacja poresuscytacyjna przekłada się na lepsze wyniki przeżywalności.

Łańcuch Przeżycia wskazuje wzajemne powiązanie pomiędzy poszczególnymi jego ogniwami oraz zaznacza konieczność jak najszybszego i skutecznego podjęcia działań w celu optymalizacji perspektywy przeżycia bez uszczerbku zdrowotnego. Można zauważyć, że trzy z czterech ogniw Łańcucha jest bezpośrednio zależna od świadków zdarzenia, przez co stają się oni kluczowym elementem przeżywalności pacjentów [5].

Ocena stanu osoby poszkodowanej

Ocena stanu przytomności

W ocenie przytomności osoby poszkodowanej stosuje się skalę AVPU:

A (Alert) - pełna przytomność,

V (Voice) - próba nawiązania kontaktu słownego,

P (Pain) - reakcja na dotknięcie ramienia, delikatne potrząśnięcie ramionami,

U (Unresponsive) - nieprzytomny, bez reakcji na bodźce zewnętrzne.

Jest to jeden z najłatwiejszych etapów pierwszej pomocy, a jednocześnie bardzo szybko informuje o prawdopodobnym stanie pacjenta. Protokół badania inicjuje podejścia do poszkodowanego w taki sposób, aby ratownik był widoczny przez cały czas. Powinno się unikać podchodzenia od strony głowy czy od tyłu. Udzielający pomocy w sposób głośny i stanowczy powinien próbować nawiązać kontakt słowny: Czy Pan/Pani mnie słyszy? Proszę otworzyć oczy. Kolejnym etapem jest sprawdzenie odpowiedzi na dotknięcie, jeśli nic nie wskazuje na uraz kręgosłupa chorego i nie stwierdza się reakcji, możemy delikatnie potrząsnąć ramionami chorego. W przypadku braku jakiegokolwiek reakcji poszkodowanego należy uznać za nieprzytomnego [4, 5].

Ocena oddechu

Na układ oddechowy składają się płuca, drogi oddechowe i klatka piersiowa razem z mięśniami oddechowymi. Zauważalną czynnością tego systemu jest wykonywanie oddechu, którego ocena jest niezbędna do rozpoznania stanu poszkodowanego. Istotą oddychania jest wymiana gazów po pierwsze w płucach, poprzez dyfuzję gazów z pęcherzyków płucnych do naczyń krwionośnych, po drugie na poziomie komórkowym, gdzie gazy dyfundują na granicy naczyń włosowatych i ścianą komórki.

Aby ocenić oddech stosuje się manewr udrożnienia dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy ku tyłowi łapiąc za czoło i żuchwę poszkodowanego oraz regułę „widzę, słyszę czuję”, która sprowadza się ona do obserwowania ruchów klatki piersiowej,

nasłuchiwania szmeru oddechu oraz wyczucia ciepła wydychanego powietrza. Ocena oddechu nie powinna trwać dłużej niż 10 sekund. Fizjologicznie zdrowy dorosły człowiek oddycha z częstością 12-17/min co zapewnia prawidłową wentylację płuc i utlenowanie krwi. Z powyższego można obliczyć, że podczas oceny oddechu u osoby poszkodowanej wymagane jest stwierdzenie co najmniej dwóch prawidłowych oddechów z poprawną fazą wdechu i wydechu [5].

Rozpoznanie nieprawidłowego oddechu u poszkodowanego jest niezmiernie trudnym zadaniem. Należy przywiązywać szczególną uwagę do oceny jakości oddychania. Pośród literatury wskazuje się, że najczęściej mylonym z oddechem prawidłowym jest oddech agonalny. Jest on nierzadkim zjawiskiem występującym tuż po zatrzymaniu akcji serca i tym samym może opóźnić decyzję o rozpoczęciu niezbędnego RKO. Można go opisać jako nieregularne próby łapania oddechu, podobnego do nabierania powietrza przez rybę po wyjęciu z wody.

Jeśli podczas badania chorego występują jakiegokolwiek wątpliwości co do poprawności i jakości oddechu, należy jak najszybciej poprosić o pomoc osób postronnych, lub jeśli jesteśmy sami w pierwszej kolejności zadzwonić pod numer alarmowy i następnie rozpocząć resuscytację krążeniowo- oddechową [5].

Osoba oddychająca, nieprzytomna

Poszkodowany z obniżonym stanem przytomności, oddychający w niezaburzony sposób kwalifikuje się do zastosowania pozycji bezpiecznej. Polega ona na stabilnym ułożeniu osoby w pozycji leżącej na boku z odchyloną głową ku tyłowi. Zaleca się wykonanie następujących działań: uklęknienie przy boku poszkodowanego i zadbanie o wyprostowanie jego nóg, bliższą kończynę górną zgiąć pod kątem 90 stopni w stawie barkowym i łokciowym, a ramię dalsze przełożyć w poprzek klatki piersiowej układając dłoń pod policzek podopiecznego. Wolną ręką należy chwycić dalszą nogę tuż ponad kolaniem i podciągnąć ją ku górze, nie odrywając przy tym stopy od ziemi i zdecydowanym ruchem przeturlać poszkodowanego na swoją stronę. Kolejnym etapem jest poprawienie obu kończyn dolnych tak, aby przeciągana noga była zgięta w stawie biodrowym i kolanowym pod kątem prostym zapewniając w ten sposób stabilne ułożenie pacjenta. Głowa powinna być lekko odchylona ku tyłowi zapewniając drożność dróg oddechowych, w razie potrzeby można poprawić dłoń znajdującą się pod policzkiem poszkodowanego. Należy stale pozostawać przy poszkodowanym, aby monitorować jego stan oraz obecność oddechu, by w razie jego zatrzymania jak najszybciej podjąć resuscytację krążeniowo- oddechową [6].



Fotografia 1. Pozycja boczna bezpieczna

Źródło: Autorstwo własne

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Nagłe zatrzymanie krążenia

Nagłym zatrzymaniem krążenia określa się niespodziewane zaprzestanie pracy serca jako pompy odpowiedzialnej za przepływ krwi w organizmie z powodu zaburzeń wytwarzania i przenoszenia impulsów elektrycznych w układzie bodźcotwórczo-przewodzącym. Podczas badania poszkodowanego z NZK nie stwierdza się jakiegokolwiek reakcji na bodźce zewnętrzne a oceniając oddech rozpoznamy jego brak lub oddech agonalny. Uznaje się, że nagłe zatrzymanie krążenia jest trzecią co do częstości przyczyną śmierci w Europie i dotyczy 38 na 100 000 osób rocznie ze śmiertelnością sięgającą nawet 90%. Do wystąpienia NZK predysponuje płeć męska, zaś w grupie osób z chorobami układu krążenia jest przyczyną 60% zgonów [1, 7].

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa uważana jest za kluczowy element pierwszej pomocy, ze względu na to, że ratuje to co najcenniejsze- ludzkie życie. Wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia przekłada się na zwiększenie przeżywalności nawet czterokrotnie. Z tego powodu edukacja populacji stała się pierwszorzędnym celem Europejskiej Rady Resuscytacji. Nawet dobrze przeprowadzone RKO przez świadków zdarzenia wymaga wezwania wykwalifikowanego personelu medycznego celem rozpoczęcia zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych oraz zapewnienia odpowiedniej opieki poresuscytacyjnej. Łącznikiem tych dwóch członów jest dyspozytor medyczny pełniący rolę nie tylko przyjmowania zgłoszenia i dysponowania odpowiedniego zespołu ratownictwa medycznego, ale również odpowiada za ewentualny instruktaż udzielania pomocy.

BLS- podstawowe zabiegi resuscytacyjne definiowane są jako czynności podejmowane na przez świadków zdarzenia, podczas gdy zostanie przez nich rozpoznane NZK. Do tych działań zaliczamy wykonanie oddechów ratunkowych oraz pośredniego masażu serca, których celem jest podtrzymanie pracy układu krążenia i niedopuszczenie do niedotlenienia komórek, zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego. Istotą podstawowych zabiegów resuscytacyjnych jest wczesne rozpoznanie zatrzymania krążenia i rozpoczęcie RKO. Istniejący algorytm BLS został opracowany przez Europejską Radę Resuscytacji i zostały w nim zawarte wszystkie niezbędne kroki pomocy osobie z NZK [1, 8].

Przed rozpoczęciem resuscytacji krążeniowo-oddechowej należy mieć pewność co do bezpieczeństwa poszkodowanego, osób postronnych oraz ratowników. Niedopuszczalnym jest udzielanie pomocy, gdy występuje jakiegokolwiek niebezpieczeństwo na miejscu zdarzenia, co może skutkować zwiększeniem ilości ofiar lub pogorszeniem stanu pacjenta [8].

Badanie poszkodowanego rozpoczyna się od oceny jego stanu przytomności za pomocą skali AVPU. Gdy stwierdza się, że pacjent jest nieprzytomny i nie odpowiada na żadne bodźce zewnętrzne, kolejnym krokiem jest ocena oddechu, która nie powinna trwać dłużej niż 10 sekund. W ciągu tego czasu badający powinien usłyszeć co najmniej dwa prawidłowe oddechy. Przy jakichkolwiek wątpliwościach co do jakości i prawidłowości oddechu należy wezwać pomoc. Jeśli na miejscu zdarzenia są osoby postronne, zdecydowanym głosem powinno się wybrać jedną z nich, poprosić o powiadomienie służb ratowniczych i rozpocząć zabiegi resuscytacyjne. W sytuacji, gdy ratownik działa samodzielnie, w pierwszej kolejności wymaga się od niego wybrania numeru alarmowego i w trybie głośnomówiącym zgłosić zdarzenie, jednocześnie rozpoczynając resuscytację krążeniowo-oddechową. Gdy dochodzi

do konieczności pozostawienia poszkodowanego w celu wezwania pomocy, służby ratownicze powinno się wezwać przed przystąpieniem do RKO [9, 10].

Wdrożenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej inicjują uciśnięcia klatki piersiowej. Europejskie Wytyczne Resuscytacji jasno określają ich wymagania: prowadzone na twardej i płaskiej powierzchni, uciskana jest dolna połowa mostka (środek klatki piersiowej), częstotliwość ucisków to 100-120/ minutę na głębokość 5-6 cm, zapewnienie pełnej relaksacji klatki piersiowej. Po wykonaniu 30 uciśnięć klatki piersiowej, należy wykonać dwa oddechy ratownicze. W tym celu po raz kolejny stosuje się manewr „czoło - żuchwa”, aby udrożnić drogi oddechowe, następnie należy zatkać nos poszkodowanego i objąć lekko otwarte usta poszkodowanego swoimi. W sytuacji stresu powinno unikać się zbyt dużych objętości oddechowej, a wymaganą ilość wtłaczanego powietrza określa się jako jeden normalny, niepogłębiony oddech ratownika. Przed nabraniem kolejnego wdechu ratunkowego należy odwrócić głowę w kierunku klatki piersiowej, aby ocenić jego efektywność. Po wykonaniu prawidłowego oddechu ratunkowego należy wykonać kolejny analogicznie oceniając jego skuteczność. Przeprowadzenie dwóch oddechów ratunkowych nie powinno trwać dłużej niż 5 sekund. Jeśli zrealizowane oddechy nie są wydajne nie należy podejmować kolejnych prób i przejść do nieprzerwanych ucisków klatki piersiowej. Jeden „cykl” resuscytacji krążeniowo-oddechowej zawiera 30 uciśnięć klatki piersiowej oraz 2 oddechy ratunkowe i jest powtarzany aż do momentu przejęcia czynności resuscytacyjnych przez Zespół Ratownictwa Medycznego, pojawieniu się oznak spontanicznego powrotu krążenia, pojawieniu się zagrożenia na miejscu zdarzenia lub opadnięcia z sił osób udzielającej pomocy. Europejska Rada Resuscytacji dopuszcza ograniczenie RKO do samych uciśnięć klatki piersiowej. W takiej sytuacji uciski należy wykonywać nieprzerwanie. Wynika to z faktu, że efektywny i nieprzerwany pośredni masaż serca przynosi dużo większe korzyści niż nieudane próby oddechów ratowniczych [1, 8, 9, 10].

Automatyczny zewnętrzny defibrylator AED

Ostatnim elementem algorytmu BLS jest wykorzystanie Automatycznego Zewnętrznego Defibrylatora. Jest to urządzenie służące do przywrócenia prawidłowej pracy układu bodźcotwórczo-przewodzącego serca poprzez wyładowanie ładunku elektrycznego. Jeśli w pobliżu miejsca zdarzenia znajdują się osoby postronne należy poprosić je o znalezienie i dostarczenie automatycznego defibrylatora zewnętrznego. Wczesna defibrylacja w pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia może zwiększyć przeżywalność NZK sięgającą nawet 49-79%.

Zapewnienie i umiejętne wykorzystanie AED na miejscu zdarzenia jest jednym z ogniw „Łańcucha Przeżycia”, ponieważ pozwala na dokonanie defibrylacji na wiele minut przed przyjazdem Zespołu Ratownictwa Medycznego. Używanie AED przez osoby niemedyczne uważa się za bezpieczne i skuteczne. Po włączeniu urządzenia ratownik powinien skupić się na wykonywaniu poleceń głosowych, które przeprowadzi go przez algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych. Naklejanie elektrod nie powinno zaburzać prowadzonych czynności resuscytacyjnych, jedynie w trakcie oceny rytmu serca oraz ewentualnej defibrylacji, żadna z osób udzielających pomoc nie powinna dotykać poszkodowanego. AED wydaje proste i spójne instrukcje na każdym etapie prowadzenia RKO co staje się bardzo dużym ułatwieniem w trakcie bardzo stresowej sytuacji jaką niewątpliwie jest zatrzymanie krążenia [11].

Użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego podczas zatrzymania krążenia wiąże się nie tylko z wykonaniem defibrylacji, ale także przeprowadza krok po kroku przez algorytm RKO. Wydaje się więc być uzasadnionym, że dostarczenie AED na miejsce zdarzenia jest tak ważnym elementem pierwszej pomocy w NZK. Należy jednak zaznaczyć, że pomimo tak dużego znaczenia wczesnej defibrylacji, nie zawsze jest ona wymagana. Do zatrzymania pracy serca dochodzi wówczas, gdy zaburzona jest praca układu bodźcotwórczo-przewodzącego skutkująca upośledzeniem pracy mechanicznej serca jako pompy. Wyróżnia się cztery mechanizmy zatrzymania akcji mięśnia sercowego: częstoskurcz komorowy bez tętna - VT, migotanie komór - VF, czynność elektryczna bez tętna - PEA oraz asystolia. Tylko dwa pierwsze rytmy są rytмами wrażliwymi na defibrylację i okazuje się ona bardzo skuteczna w pierwszych minutach NZK [11].



Fotografia 2. AED dostępny w miejscu publicznym

Źródło: Autorstwo własne

Odmienności w resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dzieci

Algorytm RKO dzieci nieznacznie różni się od tego u osób dorosłych. Wiąże się to z innymi przyczynami zatrzymania krążenia u pacjentów pediatrycznych, gdzie w większości przypadków mówi się o czynniku oddechowym. Pierwszą odmiennością jest sposób udrażniania dróg oddechowych u noworodków i niemowląt, gdzie odchylenie główki ku tyłowi może spowodować zamknięcie dróg oddechowych. Rozwiązaniem tego problemu jest podłożenie pod łopatki dziecka, na przykład elementu ubrania tak, aby broda i czubek nosa znajdowały się na tym samym poziomie. Resuscytację krążeniowo-oddechową rozpoczyna się od 5 oddechów ratunkowych, przy czym należy pamiętać, że objętość oddechu u dzieci jest znacznie mniejsza niż u dorosłych. Ze względów anatomicznych, u najmłodszych ściśnięcie płatków nosa przy wykonywaniu oddechów ratunkowych jest problematyczne, z tego powodu

ustami należy objąć usta oraz nos dziecka. Cykl RKO jest prowadzony w sekwencji 15 ucisków klatki piersiowej do dwóch oddechów ratunkowych. Przy pośrednim masażu serca, ponownie ze względów anatomicznych, powinno się używać jednej dłoni przy małych dzieciach lub dwóch palców u noworodków i niemowląt. Cenną wskazówką może okazać się opcja wykonywania RKO trzymając niemowlę jedną ręką, a palcami drugiej uciskać klatkę piersiową. Można w ten sposób się przemieszczać w celu wezwania pomocy, gdy ratownik działa w pojedynkę. Wykorzystanie wymienionych odrębności nie jest zarezerwowane wyłącznie wykwalifikowanemu personelowi medycznemu i wiedza ta jest przekazywana na kursach atestowanych przez Europejską Radę Resuscytacji. Jednakże nie zawsze osoba udzielająca pierwszej pomocy jest przeszkolona. W takim przypadku postępowanie według algorytmu BLS u dorosłych nie będzie żadnym błędem i zawsze przyniesie zdecydowanie większe korzyści, aniżeli niepodejmowanie żadnych działań [1, 12].

Pierwsza pomoc w wybranych stanach nagłych

Omdlenie

Omdlenie spowodowane jest przez zmniejszenie przepływu krwi przez ośrodkowy układ nerwowy, na skutek czego dochodzi przemijającej utraty przytomności z samoistnym całkowitym jej powrotem. Należy zaznaczyć, że Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne wyklucza z definicji omdlenia jakąkolwiek utratę przytomności na skutek urazu głowy oraz stworzyło następujący podział:

- 1) Odruchowe (pochodzenia neurologicznego)
 - a) wazowagalne - wynikające z przyjęcia pozycji stojącej, bądź w wyniku doświadczenia silnych emocji takich jak silny ból, strach, fobia.
 - b) sytuacyjne - występują na przykład podczas oddawania moczu, defekcji, kaszlu, kichania wysiłku fizycznego.
- 2) Na skutek hipotensji ortostatycznej - wynikająca z nieprawidłowo dobranego leczenia diuretykami, lekami hipotensyjnymi i przeciwdepresyjnymi. Do tej grupy również zalicza się omdlenia wynikające ze zmniejszonej objętości krwi na skutek odwodnienia w przebiegu biegunek, wymiotów lub krwawienia.
- 3) Pochodzenia sercowego (kardiogenne) - dotyczą zarówno zaburzeń pracy układu bódźco-twórczoprzewodzącego jaki i niewydolności mechanicznej serca [13].

Omdlenie często zwiastuje tak zwany „stan przedomdleniowy”, którego głównymi objawami jest bladość z potliwością, uczucie zawrotów głowy, rzadko nudności i wymioty. Już na tym etapie można rozpocząć pierwszą pomoc polecając osobie usiąść na ziemi lub asekuracyjnie przytrzymać, jeśli występują zaburzenia równowagi. Kiedy dojdzie do utraty przytomności i upadku, należy ułożyć poszkodowanego na plecach, sprawdzić oddech i jeśli jest obecny unieść jego nogi. Jeśli osoba poszkodowana nie odzyska przytomności w przeciągu kilku minut należy ponownie sprawdzić oddech a w przypadku jego braku rozpocząć RKO. W warunkach prawidłowego oddechu postępować tak jak z osobą nieprzytomną, oddychającą [14].

Zadławienie

Zadławienie czy niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym jest stanem nagłym, który można wyleczyć w ramach pierwszej pomocy przedmedycznej. Najczęściej dochodzi do niej podczas spożywania posiłków, powodując częściowe lub całkowite zamknięcie światła dróg oddechowych. Naturalną obroną organizmu przy zadławieniu jest kaszel, który przez zwiększenie ciśnienia w klatce piersiowej ma za zadanie ewakuację ciała obcego. Istota pierwszej pomocy przy zadławieniach polega na tym, by nie pomylić tego stanu z żadną inną sytuacją nagłą taką jak: omdlenie, drgawki czy zawał serca, które również mogą powodować zaburzenia oddychania, sinicę lub utratę przytomności [15].

W postaci łagodnej zadławienia poszkodowany jest w stanie nabierać oddech i mówić, jednak ma z tym zauważalną trudność. W tym przypadku jakiegokolwiek manewry uciśnięcia nadbrzusza i uderzania w okolicę międzyłopatkową może pogłębić niedrożność. Postępowanie w przypadku łagodnej niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym sprowadza się do zachęcania do kaszlu i stałej obserwacji poszkodowanego, ze względu na możliwość rozwinięcia się ciężkiej postaci zadławienia [14, 15].

W przypadku wystąpienia ciężkiej niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym poszkodowany nie jest w stanie oddychać, mówić ani kaszleć, lub kaszel staje się nieefektywny. Pierwsza pomoc polega na wykonaniu pięciu uderzeń w okolicę międzyłopatkową, a następnie wykonanie pięciu uciśnień nadbrzusza, inaczej zwanych rękoczynem Heimlicha. Wykonując uderzenia, powinno się stać za poszkodowanym i przytrzymując go, lekko pochylić do przodu. W tej samej pozycji realizuje się uciśnięcia nadbrzusza, które polegają na objęciu osoby w górnej części jamy brzusznej, pomiędzy pępkiem a klatką piersiową. Jedną dłoń należy objąć drugą zaciśniętą w pięść i zdecydowanym, krótkim ruchem pociągnąć do siebie i w górę. Po wykonaniu każdego

uderzenia i uciśnięcia nadbrzusza należy sprawdzić, czy ciało obce nie zostało ewakuowane. Jeśli działania ratownicze okażą się nieskuteczne, należy powtarzać naprzemiennie 5 uderzeń w okolicę międzyłopatkową oraz 5 uciśnięć nadbrzusza [15].

Jeśli na którymkolwiek etapie pomocy poszkodowany straci przytomność należy w pierwszej kolejności ostrożnie ułożyć go na ziemi. Następnym krokiem jest wykonanie telefonu na Pogotowie Ratunkowe oraz rozpoczęcie RKO. W tym przypadku ocena oddechu jest nieuzasadniona i odradza się jej wykonanie, aby zminimalizować przerwy w uciskach klatki piersiowej. Po wykonaniu ucisków, zaleca się sprawdzenie jamy ustnej w poszukiwaniu ciała obcego, a jeśli się tam znajduje należy je usunąć. Resuscytację krążeniowo-oddechową kontynuuje się do momentu oznak powrotu krążenia, przejęcia czynności resuscytacyjnych przez Zespół Ratownictwa Medycznego lub opadnięcia z sił osób udzielających pierwszej pomocy [1, 15].



Fotografia 3. Uderzenia międzyłopatkowe

Źródło: Autorstwo własne

Zasada udzielania pierwszej pomocy w razie wystąpienia niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym u niemowlęcia różni się od tych stosowanych u osób dorosłych. Czynności podejmujemy tylko wtedy, gdy dziecko nie kaszle bądź kaszel nie przynosi efektu. Należy wówczas ułożyć niemowlę na brzuchu na przedramieniu główką w dół i wykonać pięć uderzeń w okolicę międzyłopatkową, przytrzymując jednocześnie jego żuchwę kciukiem i palcem wskazującym. Jeśli nie przyniesie to efektu, powinno się przełożyć dziecko na plecki, główką skierowaną do dołu na wolne przedramię, trzymając dłonią potylicę dziecka. Następnie należy przejść do pięciu uciśnień dolnej części mostka przy użyciu dwóch palców. Schemat powtarzany jest do momentu przywrócenia drożności dróg oddechowych lub dotarciu Zespołu Ratownictwa Medycznego [1, 14, 15].



Fotografia 4. Uderzenia międzyłopatkowe u niemowlęcia

Źródło: Autorstwo własne

Drgawki

Jednym ze stanów zagrożenia życia o szczególnie dramatycznym przebiegu jest napad drgawek. Świadczenie na widok mimowolnych skurczy mięśni z towarzyszącymi innymi objawami takimi jak utrata przytomności, ślinotok, prężenia czy sinica są przestraszeni a podjęcie pierwszej pomocy staje się dużym wyzwaniem wymagającym od nich zachowania racjonalnego myślenia. W zależności od przyczyny napad drgawek może mieć różny czas trwania oraz przebieg, a po incydencie, poszkodowany może doświadczać przejściowych zaburzeń świadomości, splątania, senności lub w ogóle nie odzyskać przytomności [16].

Do głównych przyczyn drgawek zalicza się:

- epilepsja,
- wysoka temperatura ciała powyżej 40°C- zwłaszcza u dzieci,
- zatrucie niektórymi toksynami,
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej oraz spadki glikemii,
- incydenty neurologiczne takie jak: udar mózgu, krwawienie śródmózgowe, guzy mózgu,
- urazy ośrodkowego układu nerwowego,
- niedotlenienie na skutek zasnęnięcia,
- rzucawka u kobiet w ciąży [16, 17].

Do napadu drgawek najczęściej dochodzi u osób chorujących na epilepsję, gdzie najbardziej typowymi są drgawki toniczno-kloniczne. Fazę toniczną opisuje się jako prężenia i duże napięcie mięśni z nienaturalnym odgięciem głowy do tyłu trwającą od kilku do kilkunastu sekund. W trakcie można zauważyć sinicę, bezdech i przygryzanie języka. Po fazie tonicznej dochodzi do drgawek klonicznych charakteryzujących się mocnymi, lecz nieuporządkowanymi skurczami mięśni wywołanych przez niekontrolowane wyładowania układu nerwowego, które mogą się okazać przyczyną wtórnych obrażeń ciała. Czas trwania fazy klonicznej może trwać nawet kilkanaście minut. Po incydencie napadu drgawek u poszkodowanych stwierdza się niepamięć wsteczną, splątaniem i spowolnieniem reakcji, ale również może wystąpić pobudzenie psychoruchowe [17].

W początkowym okresie napadu drgawek udzielenie pierwszej pomocy będzie polegało na przytrzymaniu głowy poszkodowanego oraz podłożeniu pod nią miękkiego przedmiotu w celu zniwelowania wtórnych urazów głowy. W celu zapewnienia bezpieczeństwa poszkodowanego oraz ratownika powinno się usunąć wszystkie niebezpieczne przedmioty

z najbliższego otoczenia. W przypadku wystąpienia wymiotów lub silnego ślinotoku, poszkodowanego należy ułożyć na boku, a gdy nie ma takiej możliwości obrócić jego głowę w celu eliminacji wydzieliny. Po wygaszeniu drgawek należy ocenić przytomność, a jeśli jest zaburzona sprawdzać obecność i jakość oddechu co minutę po ustąpieniu napadu [18].

Powiadomienie służb ratowniczych nie jest konieczne w każdym przypadku wystąpienia napadu drgawek. Uzasadnionym wezwaniem ZRM jest sytuacja, gdy do incydentu doszło pierwszy raz w życiu lub osoba jest nam nieznana. Jeśli wiemy, że poszkodowany choruje na epilepsję, w takim wypadku wezwać pomoc powinno się, gdy dochodzi do kolejnego napadu w przeciągu 30 minut, braku powrotu przytomności, wystąpiły wtórne urazy ciała lub rozpoznano nagłe zatrzymanie krążenia [17, 18].

Oparzenia

Oparzeniem nazywamy uraz tkanek na skutek działania energii, do której zaliczamy wysoką temperaturę, prąd elektryczny i substancje chemiczne. Szybkie rozpoznanie czynnika wywołującego oraz ograniczenie jego dalszego działania znacząco poprawiają rokowanie oraz przyczynia się do szybszego zakończenia leczenia. W zależności od rozległości oparzenia i uszkodzenia bariery ochronnej, uszkodzenie tkanek może sprzyjać rozwojowi uogólnionej reakcji zakaźnej całego organizmu i prowadzić do śmierci. Szczególnym rodzajem oparzeń jest poparzenie dróg oddechowych, które w bardzo krótkim czasie może doprowadzić do destabilizacji stanu pacjenta i wymaga natychmiastowej pomocy medycznej.

Podział oparzeń:

- 1) Oparzenia termiczne- najczęściej występujące oparzenia, które w wyniku działania wysokiej temperatury doprowadzają do uszkodzenia skóry i tkanek wewnętrznych. Skala obrażeń jest uzależniona od czasu ekspozycji oraz wysokości temperatury. Spowodowane są przez gorące płyny, parę wodną, kontakt z gorącym przedmiotem lub płomieniem.
- 2) Oparzenia chemiczne- występują na skutek kontaktu tkanek z kwasem lub zasadą. Te substancje chemiczne występują w postaci płynnej i stałej, mogą również wytwarzać szkodliwe opary. Poparzenia zasadami są szczególnie niebezpieczne ze względu na powodowanie martwicy rozplywnej.
- 3) Oparzenia elektryczne- dochodzi do nich na skutek porażenia prądem z instalacji elektrycznych lub piorunem. Uszkodzenie skóry podczas tego typu poparzenia występują w dwóch miejscach, kontaktu ze źródłem prądu oraz miejscem uziemienia. Podczas działania na człowieka prądu dużej energii często dochodzi do nagłego zatrzymania krążenia.

- 4) Oparzenia radiacyjne- należy wspomnieć o występowaniu oparzeń na skutek promieniowania jonizującego jednak powszechnie występującym rodzajem jest oparzenie słoneczne (promieniowanie ultrafioletowe), której objawia się rozległym zaczerwienieniem skóry i mogą się pojawić od razu po narażeniu lub z opóźnieniem [19].

Do oceny stopnia oparzeń ze względu na głębokość uszkodzenia tkanek używa się czterostopniowej skali:

- Pierwszy stopień oparzenia- charakteryzuje się lekkim bólem, zaczerwienieniem oraz obrzękiem, dotyczy jedynie naskórka. Proces gojenia trwa do 5 dni i bez pozostawienia blizn.
- Drugi stopień oparzenia:
 - Powierzchnowe- dotyczy naskórka i części skóry właściwej, występuje duża bolesność miejsca poparzonego oraz pęcherze z treścią surowiczą. Goi się w trakcie 10-21 dni i nie pozostawia blizn.
 - Głębokie- obejmuje naskórek i skórę właściwą. Powierzchnia jest biała z możliwymi czerwonymi punktami w okolicy cebulek włosowych. Ze względu na uszkodzenie zakończeń nerwów bolesność jest mniejsza niż w przypadku oparzeń powierzchniowych. Gojenie trwa kilka tygodni, występują blizny.
- Trzeci stopień oparzenia- uszkodzona zostaje pełna grubość skóry oraz część podskórnej tkanki tłuszczowej. Skóra jest twarda i sucha, koloru bladoszarego lub brązowego. Poprzez zniszczenie zakończeń nerwowych jest niebolesna. Leczenie może obejmować przeszczep skóry, a gojenie trwa długo. Pozostawia blizny.
- Czwarty stopień oparzenia- dotyczy wszystkich tkanek w miejscu oparzenia (pełna grubość skóry, mięśnie, powięzi kości). Zauważa się cechy zwęglenia oparzanej okolicy [19].

Podczas oceny stanu osoby poparzonej należy określić nie tylko stopień oparzenia, ale również jego rozległość. Służą do tego reguła Wallace'a, zwana regułą „dziewiątek” oraz reguła dłoni, gdzie przyjmuje się, że powierzchnia dłoni poszkodowanego odpowiada jednemu procentowi powierzchni ciała. Przy regule „dziewiątek” ciało zostało podzielone na obszary odpowiadające 9% powierzchni ciała: głowa, każda z kończyn górnych, klatka piersiowa, brzuch, górna część pleców, lędźwie, każde z ud i każde z podudzi wraz ze stopą oraz krocze

jako ostatni 1%. Znajduje ona zastosowanie jedynie u pacjentów powyżej 15 roku życia. U młodszych poszkodowanych stosuje się regułę dłoni.

Przystępując do udzielania pomocy osobie poparzonej w pierwszym krokiem jest bezpieczeństwo własne, osób postronnych i otoczenia. Należy rozpoznać czynnik szkodliwy i przerwać ekspozycję poszkodowanego, a w razie konieczności ewakuować go z miejsca zagrożenia, zwracając szczególną uwagę na bezpieczeństwo własne. Następną czynnością jest rozebranie osoby poszkodowanej z ubrań narażonych na wysoką temperaturę lub chemikalia, pamiętając o nieodrywaniu wtopionego w skórę materiału. Uszkodzoną okolicę ciała powinno się polewać czystą, letnią wodą w przypadku oparzeń termicznych przez około 15-20 minut i w przypadku oparzeń chemicznych około jednej godziny. Po oczyszczeniu i ochłodzeniu rany należy ocenić stopień oraz rozległość oparzenia a następnie zabezpieczyć je jałowymi gazikami. Po ocenie stanu przytomności oraz obszaru i rodzaju oparzenia należy wezwać Pogotowie Ratunkowe. Sytuacją szczególną jest oparzenie chemiczne przewodu pokarmowego na skutek wypicia substancji żrących, gdzie najważniejszą zasadą jest nieprovokowanie wymiotów [20].

W przypadku oparzeń elektrycznych należy zwrócić uwagę nie tylko na uszkodzenie tkanek, ale również na wysokie ryzyko wystąpienia zatrzymania krążenia. Do pomocy można przystąpić dopiero, gdy źródło prądu będzie wyłączone. Należy pamiętać o tym, że oparzenie elektryczne będzie obecne w miejscu wejścia i wyjścia prądu. Zabezpieczanie poparzonych części ciała powinniśmy rozpocząć dopiero po ocenie poszkodowanego pod kątem przytomności i prawidłowego oddechu. Jeśli chory nie oddycha lub oddech jest nieprawidłowy, powinno się niezwłocznie podjąć czynności resuscytacyjne z jednoczasowym wezwaniem Pogotowia Ratunkowego [20, 21].

Złamania

Urazy układu kostnego i kostno-stawowego powstają w wyniku działania siły zewnętrznej znacznie przekraczającej fizjologiczną wytrzymałość kości lub stawu. Rozróżnia się złamania, skręcenia oraz zwichnięcia. Na skutek dużej siły urazu może dojść jednocześnie do wszystkich tych uszkodzeń danej okolicy, a kończyna może przybrać nienaturalne ułożenie.

O złamaniu kości mówi się, gdy dochodzi do przerwania jej ciągłości na skutek sił zewnętrznych. Jako objawy wymienia się silną bolesność, obrzęk, ograniczoną lub zniesioną ruchomość oraz niekiedy krwiak. W niektórych sytuacjach dochodzi do przebiccia powłok skóry na skutek powstałych ostrych fragmentów złamanej kości, mówi się wówczas o złamaniu otwartym. Do diagnostyki urazów układu kostno-stawowego wykorzystuje się zarówno

badanie fizykalne pacjenta, jak i badania obrazowe takie jak zdjęcie rentgenowskie, tomografię komputerową czy badanie rezonansem magnetycznym [22].

Pierwsza pomoc w urazach stawów i kości stanowi zlokalizowanie urazu oraz jego obszaru. Następnie zalecenie poszkodowanemu przyjęcie najbardziej dogodnej pozycji a także ustabilizowanie kończyny, aby ograniczyć jej ruchomość w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych. Stabilizacja złamanej kości polega na unieruchomieniu jej dwóch sąsiednich stawów, a w przypadku urazu stawu, należy unieruchomić dwie najbliższe kości w pozycji dogodnej dla poszkodowanego. Ze względu na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku, konieczne jest zdjęcie biżuterii oraz obuwia z kończyny. Podczas wystąpienia złamania otwartego, dodatkowym aspektem pomocy będzie zadbanie o czystość powstałej rany. W tym celu należy zabezpieczyć ją jałowymi gazami i pod żadnym pozorem nie próbować „wpychania” do środka odłamów kostnych.

Każde złamanie wymaga fachowej pomocy medycznej, której udzielają placówki medyczne. Wezwanie ZRM jest uzasadnione tylko w sytuacjach, gdy stan poszkodowanego nie pozwala na samodzielne zgłoszenie się do szpitala lub dodatkowo występują inne wskazania [22].

Podtopienie

Podtopienie jest sytuacją, gdzie na skutek tonięcia dochodzi do niedotlenienia. Na skutek naturalnego mechanizmu obronnego jakim jest skurcz krtani w początkowej fazie tonięcia do dróg oddechowych dostaje się niewielka ilość wody, która zazwyczaj nie utrudnia wentylacji poszkodowanego. W dalszym przebiegu następuje utrata przytomności i rozluźnienie mięśni co powoduje mimowolnie zalanie płuc wodą. Z powodu wypłukania surfaktantu dochodzi do zapadania się pęcherzyków płucnych, co znacznie utrudnia wentylację poszkodowanego i drastycznie zmniejsza szanse przeżycia bez opieki wykwalifikowanego personelu medycznego [8, 12].

Postępowanie z poszkodowanym tonącym powinno się rozpocząć od zapewnienia bezpieczeństwa własnego i wezwania pomocy ratowników WOPR. Wyławianie osoby dopuszczalne jest jedynie w sytuacjach niezagrożających bezpieczeństwa osób udzielających pierwszej pomocy. W tym celu można użyć lin, kół ratowniczych, a w razie konieczności holowania tonącego należy utrzymywać jego twarz nad powierzchnią wody. Postępowanie z wyłowioną osobą sprowadza się do oceny stanu przytomności oraz sprawdzenia obecności oddechu. W razie rozpoznania nagłego zatrzymania krążenia należy rozpocząć resuscytację

kążeniowo-oddechową zaczynając od 5 oddechów ratunkowych. Podczas prowadzenia RKO, poszkodowany powinien zostać osuszony i w razie potrzeby ogrzany [23, 24].

PODSUMOWANIE

Nagłe zatrzymanie krążenia jest stanem zagrożenia życia, który wymaga natychmiastowej reakcji. Od tego, jakie działania podejmą świadkowie, zależy zdrowie i życie osoby poszkodowanej. Świadomość, jak ważne jest natychmiastowe rozpoczęcie resuscytacji kążeniowo-oddechowej, wzrasta w naszym społeczeństwie. Coraz więcej się o tym mówi, powstają kampanie społeczne i liczne akcje promujące naukę pierwszej pomocy. Zajęcia z tego zakresu odbywają się nawet w przedszkolach.

PIŚMIENNICTWO

1. Patryn R., Żyśko M., Sobczyńska M.: Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2012; 18(4): 324-329.
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr.88 poz. 553 ze zmianami).
3. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. 1997 nr 98 poz. 602)
4. Sanak T., Dąbrowski M., Przemysław Kluj P., Dąbrowska A., Sip M.: Specyfika udzielania pierwszej pomocy medycznej poszkodowanemu w warunkach bojowych w środowisku taktycznym na bazie standardu TCCC. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2013; 7: 94-103
5. Hryniewicz T.: Stany Nagłe. *Medical Tribune Polska* 2014; 10 (11): 10-11.
6. Żaba C., Świdorski P., Żaba Z., Marcinkowski J.T., Podlewski R., Janusz Kołowski J.: Aspekty prawno-medyczne udzielania pierwszej pomocy ofiarom wypadków drogowych. *Orzecznictwo Lekarskie* 2013; 8(2): 94-99.
7. Adamski J., Nowakowski P., Goryński P., Onichimowski D., Weigl W.: Ocena częstości występowania wewnątrzszpitalnego nagłego zatrzymania krążenia w Polsce. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2016; 48 (5): 303-308.
8. Opielak G., Nadulska A., Kowalik A.: Wiedza i umiejętności w udzielaniu pierwszej pomocy przedlekarskiej wśród ratowników WOPR i Nauczycieli W-F. *Episteme* 2013; 21: 27-39.

9. Bryła R.: Pierwsza pomoc przedlekarska. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Promotor BHP 2018; (1-2): 8-13.
10. Savastano S., Vanni V.: Cardiopulmonary Resuscitation in Real Life: The Most Frequent Fears of Lay Rescuers. Resuscitation 2011; (82): 568–571.
11. Bryk A., Łaski M.: Użycie Automatycznego Defibrylatora Zewnętrznego – AED. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2015; (1): 12-13.
12. Bartkowiak Z., Toboła E., Wawrzyniak R.: Czynności resuscytacyjne podejmowane przez świadków NZK – czy mają wpływ na wynik resuscytacji i reanimacji pacjentów? Stany Nagłe po Dyplomie 2018; 3: 50-53.
13. Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. Kardiologia Polska 2016; 74: 821–893.
14. Piątkowska A.: Nieinwazyjne metody stosowane w diagnostyce omdleń. Choroby Serca i Naczyń 2017; 14(3): 160-162.
15. Aleksandrowicz D., Gaszyński W., Gaszyński T.: Wytyczne dotyczące udrażniania dróg oddechowych w warunkach pozaszpitalnych u chorych po urazach. Anestezjologia i Ratownictwo 2013; (2): 233-243.
16. Wojtyniak B., Stokwiszewski J.: Trendy czasowe umieralności ogółem oraz z powodu głównych grup przyczyn: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych oraz przyczyn zewnętrznych w Polsce na tle sytuacji w krajach UE15. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015; 13 (4): 316–327.
17. Skrzos K.: Pierwsza pomoc w przypadku napadu drgawek. Promotor 2018; 3: 17-19.
18. Biedroń A., Kaciński M.: Postępowanie w pierwszym napadzie drgawek. Pediatria po Dyplomie 2017; 21(6):11–18.
19. Burzec A., Mess E., Ornat M., Pirogowicz I.: Oparzenia u dzieci – rodzaje, ocena ciężkości oraz zasady postępowania. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017; (3): 98–103.
20. Guła P., Wiśniewski T., Broughton K.: Combat Orthopedic Trauma. The Journal of Orthopedic Trauma Surgery and Related Research 2014; 1: 34-35.
21. Gierlotka S.: Działanie prądu elektrycznego na człowieka. Wiadomości Elektrotechniczne 2013; 81(12): 28-30.
22. Guła P., Machała W.: Postępowanie Przedszpitalne w Obrażeniach Ciała. PZWL, Warszawa 2016.
23. Górecki, T.: Pierwsza pomoc w przypadku podtopienia. Medycyna Praktyczna Pediatria 2017; 4: 89–93.

24. Kaczor M.M., Mirowska-Guzel D.M., Doroszevska A., Filipiak K.J., Górnicka B.: Ocena umiejętności praktycznych w zakresie resuscytacji wśród studentów ostatniego roku kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *Folia Cardiologica* 2020; 15 (6): 393-397.

ANALIZA POZIOMU WIEDZY I ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH SPOŁECZEŃSTWA

W ZAKRESIE CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

Patrycja Ślepowrońska^{1,2}, Krystyna Klimaszewska³

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Choroby przenoszone drogą płciową należą do grupy chorób zakaźnych, są wywołane przez bakterie, wirusy, grzyby, pierwotniaki, pasożyty i robaki. Do transmisji zakażenia dochodzi ST. Choroby charakteryzują się zmianami w obrębie narządów płciowych oraz skóry, lecz może również dojść do zakażenia uogólnionego.

Wczesne rozpoznanie i leczenie STD jest bardzo ważne, gdyż zapobiega rozwojowi długotrwałych i ciężkich ogólnoustrojowych powikłań oraz przerywa transmisję zakażenia na partnerów seksualnych. Diagnostyka chorób przenoszonych drogą płciową opiera się na obserwacji obrazu klinicznego poszczególnych jednostek chorobowych. Do charakterystycznych objawów zakażenia zalicza się powiększenie węzłów chłonnych, świąt pochwy lub prącia, pieczenie podczas oddawania moczu, ból w podbrzuszu, ból podczas stosunków seksualnych, krwawienie z pochwy nie związane z menstruacją, zaczerwienienie okolic intymnych, ogólne osłabienie organizmu, złe samopoczucie, obecność ropnej lub śluzowej wydzieliny, a także wysypka i inne miejscowej zmiany w okolicy narządów płciowych. W przypadkach pojawienia się pierwszych objawów zakażenia koniecznie jest zgłoszeni się do dermatologa, wenerologa, ginekologa lub urologa [1].

Bardzo ważnym aspektem zapobiegania rozprzestrzeniania się chorób przenoszonych drogą płciową edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki i odpowiednich zachowań zdrowotnych. Profilaktyka powinna obejmować wszelkie zachowania zmniejszające ryzyko infekcji, do których zalicza się posiadanie stałego partnera seksualnego przebadanego pod kątem chorób wenerycznych, unikania przygodnych kontaktów seksualnych oraz prostytucji, stosowanie ochrony mechanicznej, czyli prezerwatyw ochronnych podczas stosunków

płciowych, wykonywania badań przesiewowych, dbanie o higienę miejsc intymnych poprzez stosowanie odpowiednich żeli i dokładne osuszanie, ograniczenie spożycia alkoholu, zaprzestanie stosowania środków narkotycznych. Ponadto zachęca się do korzystania ze szczepień ochronnych [2].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Ocena wiedzy społeczeństwa na temat chorób przenoszonych drogą płciową.
2. Analiza porównawcza wiedzy kobiet i mężczyzn.
3. Analiza zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową.

MATERIAL I METODY

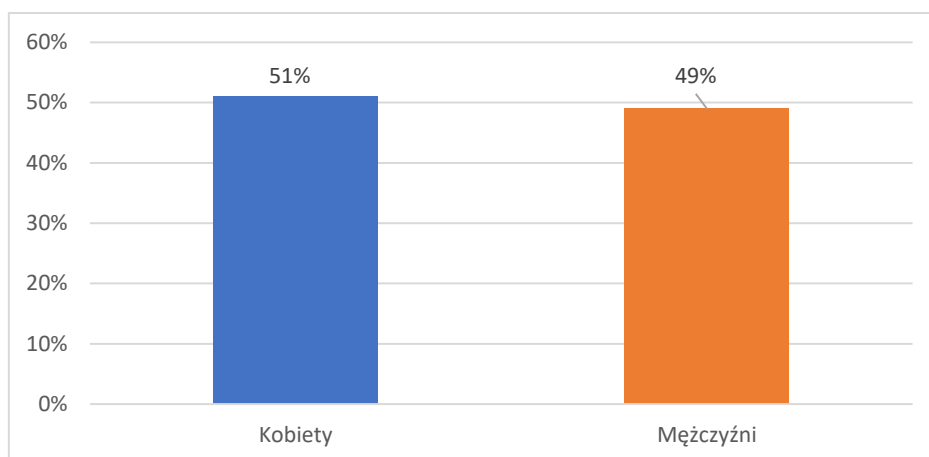
W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, stosując technikę ankietową. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety udostępniany drogą internetową, który składał się z 5 pytań merytorycznych i 25 pytań właściwych. W ankiecie zawarto pytania zamknięte, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji etyki UMB o numerze APK. 002.565.2021

Badania przeprowadzono od lutego 2022 roku do marca 2022. Objęto nimi 105 respondentów. Uzyskane informacje przy pomocy kwestionariusza ankiety poddano analizie statystycznej w programie Statistica, a następnie ich opisu. Podstawowym testem statystycznym, którym się posłużono był test niezależności Chi- kwadrat, stosowany do weryfikacji hipotezy, że dwie zmienne są niezależne w populacji generalnej oraz test nieparametryczny U Manna Withneya.

WYNIKI

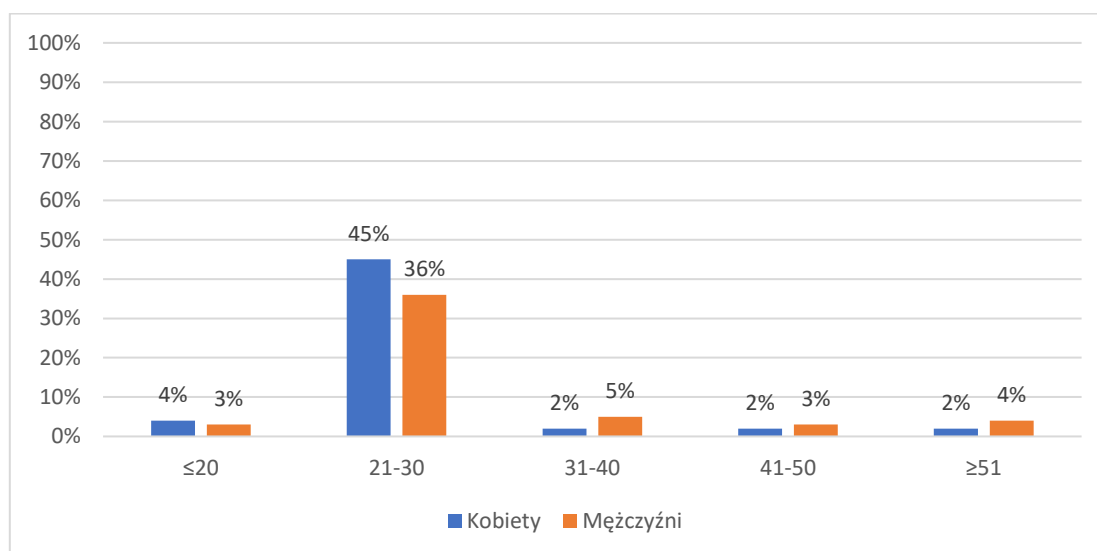
W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 54 kobiet (51%) i 51 mężczyzn (49%). W sposób obrazowy przedstawiona na Rycinie 1.

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



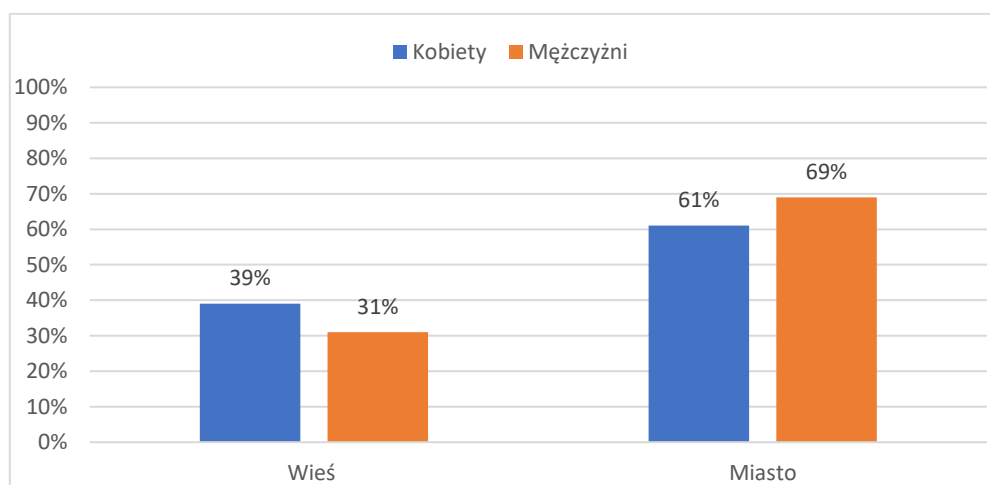
Rycina 1. Płeć respondentów

Ankietowani w kolejnym pytaniu zostali zapytani o ich wiek. Najbardziej liczebną grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 21-30 lat, następnie poniżej 20-go roku życia i w przedziale 31-40 lat. Przeprowadzono test U Manna-Whitneya, aby sprawdzić czy rozkład wieku kobiet i mężczyzn różni się między sobą. Otrzymane dane okazały się nie istotne statystycznie: $p=0,08 > 0,05$, więc badane grupy nie różnią się istotnie wiekiem. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Wiek respondentów

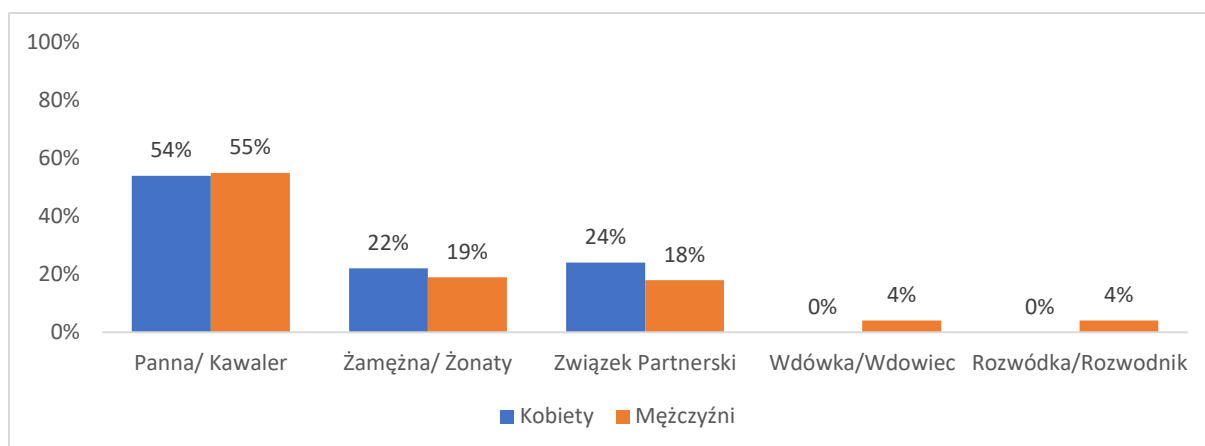
W kolejnym pytaniu merytorycznym zapytano respondentów o miejsce zamieszkania. Największą grupę stanowią osoby mieszkające w mieście zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. W grupie kobiet znajdowało się 33 osób (61%) z miasta, a w grupie mężczyzn 35 osób (69%). Przy pomocy testu U Manna-Whitneya określono, czy grupy różnią się miejscem zamieszkania. Otrzymany wynik okazał się nie istotny statystycznie: $p=0,42 > 0,05$. Oznacza to, że grupy nie różnią się miejscem zamieszkania. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 3.



Rycina 3. Miejsce zamieszkania

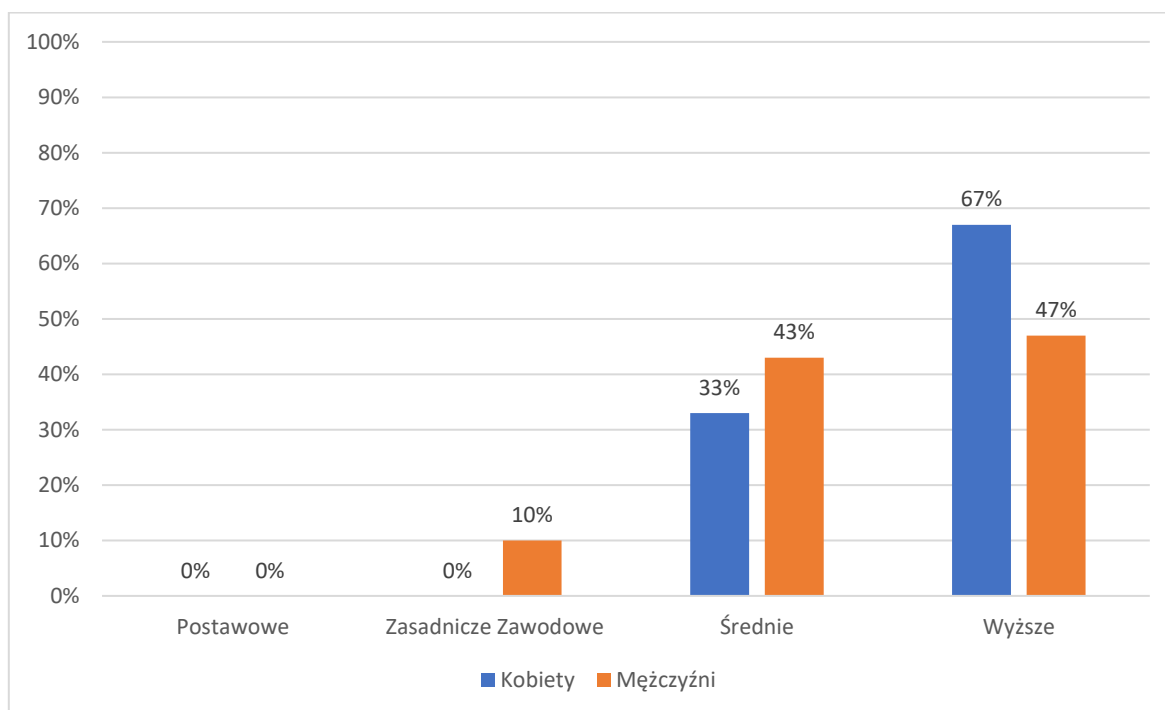
Ankietowani zostali zapytani o stan cywilny. Najliczniejszą grupę zarówno wśród kobiet i mężczyzn stanowią panny i kawalerowie. W przypadku kobiet grupę tą tworzyły 29 osób (54%), a u mężczyzn 28 osób (55%). Przeprowadzono test chi-kwadrat, aby sprawdzić, czy dane grupy różnią się stanem cywilnym. Dany wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=4,84$; $p=0,3 > 0,05$, co oznacza, że grupy nie różnią się stanem cywilnym. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 4.

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



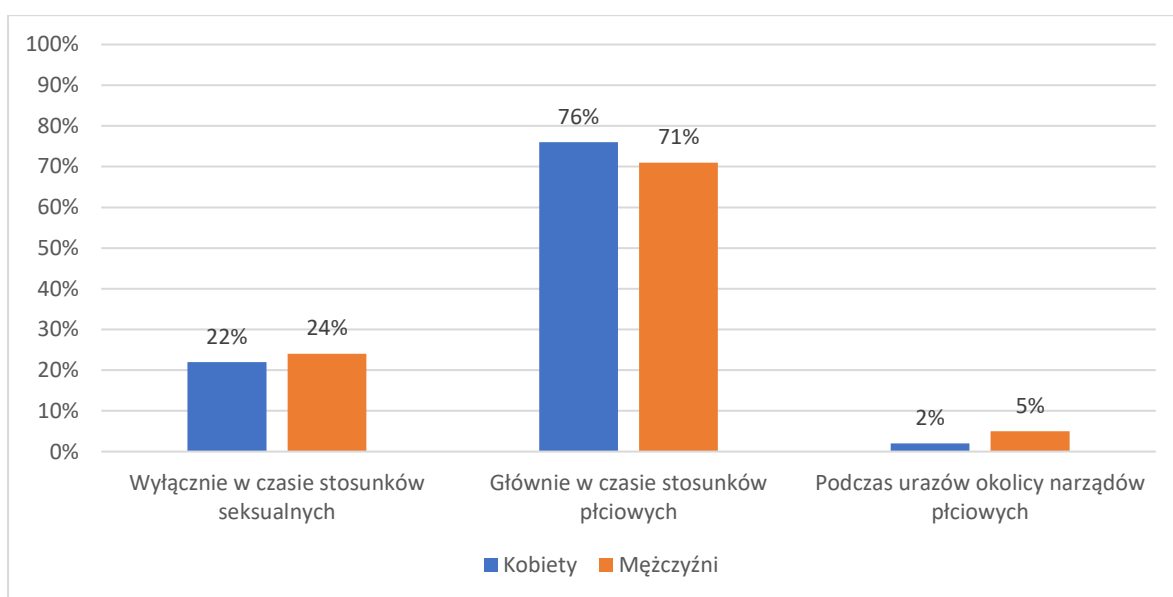
Rycina 4. Stan cywilny

W ostatnim pytaniu merytorycznym respondenci zostali zapytani o poziom wykształcenia. Najliczniejszą grupę stanowią osoby z wyższym wykształceniem 36 kobiet (67%) i 24 mężczyzn (47%). Przy pomocy testu chi-kwadrat sprawdzono, czy grupy różnią się wykształceniem. Otrzymane dane są istotne statystycznie: $\chi^2=7,72$; $p=0,02<0,05$. Oznacza to, że grupy różnią się posiadanym wykształceniem. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 5.



Rycina 5. Posiadane wykształcenie

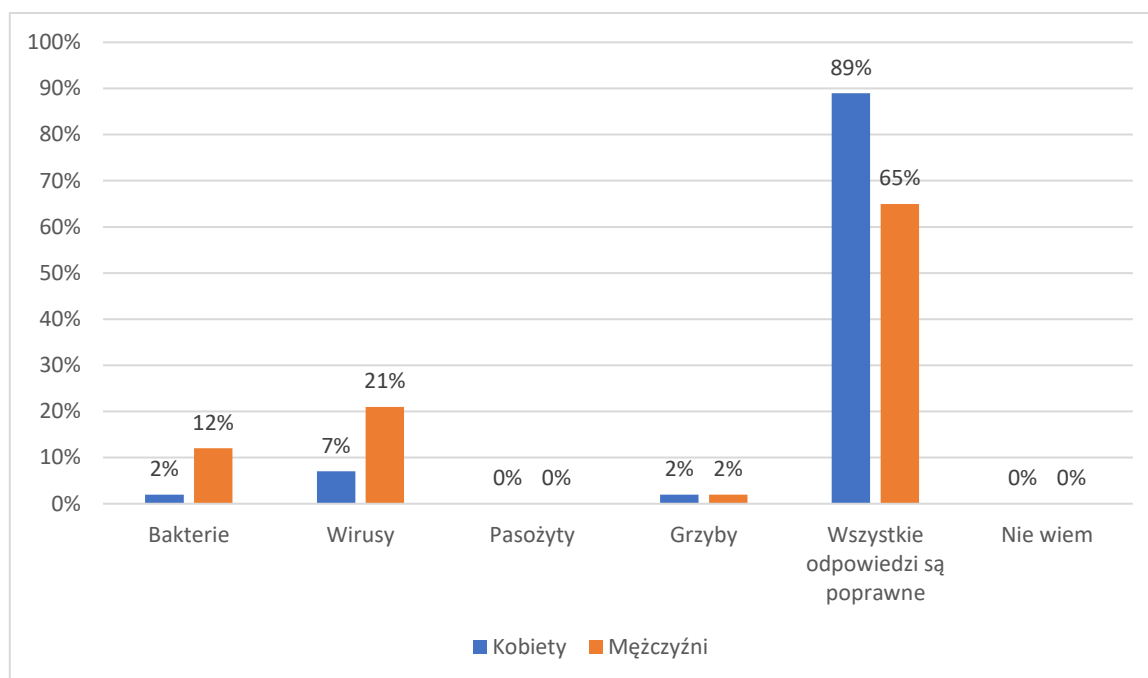
Respondentów zapytano jak dochodzi do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Odpowiedzi „Głównie w czasie stosunków seksualnych” udzieliło 41 kobiet (76%) i 36 mężczyzn (71%), odpowiedzi „Wyłącznie w czasie stosunków płciowych” udzielił 12 kobiet (22%) i 12 mężczyzn (24%), natomiast odpowiedzi „Podczas urazów okolicy narządów płciowych” udzieliła 1 kobiet (2%) i 3 mężczyzn (6%). Przeprowadzono test chi-kwadrat w celu sprawdzenia, czy pomiędzy grupami zachodzi różnica. Otrzymany wynik okazał się nie istotny statystycznie: $\chi^2 = 1,24$; $p = 0,5 > 0,05$. Oznacza to, że płeć nie wpływa na wiedzę w zakresie zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 6.



Rycina 6. Jak dochodzi do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową?

W kolejnym pytaniu zapytano badanych co do czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową? Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „Wszystkie odpowiedzi są poprawne” udzieliło jej 48 kobiet (89%) i 33 mężczyzn (65%). W celu sprawdzenia czy płeć na związek z wiedzą na temat czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową przeprowadzono test chi-kwadrat. Wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2 = 9,54$; $p = 0,02 < 0,05$. Co oznacza, że płeć ma wpływ na wiedzę w zakresie czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 7.

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



Rycina 7. Co należy do czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową?

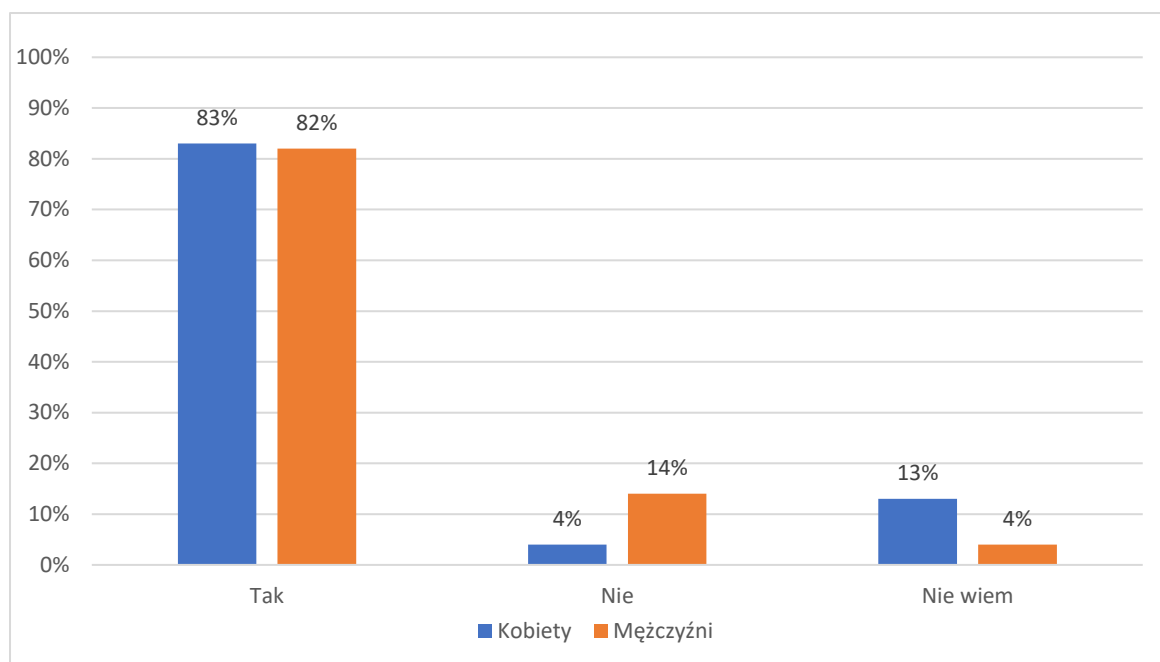
Aby zapobiec rozprzestrzenianiu chorobą wenerycznym należy wiedzieć jakie czynniki zwiększają ryzyko oraz predysponują do wystąpienia zakażenia. Respondentów w badaniach zapytano co należy do czynników ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową? Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Wśród najczęściej wybieranych odpowiedzi znalazły się „Przygodne kontakty seksualne”, które zaznaczyło 51 kobiet (94,4%) i 41 mężczyzn (80,4%), „Duża liczba partnerów seksualnych” wybrana przez 50 kobiet (92,6%) i 45 mężczyzn (90,2%) oraz „Stosunek płciowy bez zabezpieczenia” zaznaczony przez 48 kobiet (88,9%) i 46 mężczyzn (90,2%). Płeć żeńska jest jednym z czynników predysponującym zakażeniu, lecz odpowiedzi tej udzielił jedynie 13 respondentów (12,4%). Przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat, aby sprawdzić, czy płeć na związek z wiedzą na temat czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=2,52$; $p=0,32>0,05$. Oznacza to, że zarówno kobiety jak i mężczyźni w takim samym stopniu odrzucają i uznają poszczególne czynniki ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Dokładną analizę przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Co należy do czynników ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową?

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Płeć żeńska	5	9,3%	8	15,7%	13	12,4%
Płeć męska	4	7,4%	2	3,9%	6	5,7%
Duża liczba partnerów seksualnych	50	92,6%	46	90,2%	96	91,4%
Preferencje seksualne- stosunki homoseksualne, biseksualne	24	44,4%	34	66,7%	58	55,2%
Stosowanie środków antykoncepcji hormonalnej	2	3,47%	8	15,7%	10	9,5%
Przygodne kontakty seksualne	51	94,4%	41	80,4%	92	87,6%
Palenie papierosów	6	11,1%	0	0	6	5,7%
Narkomania	21	38,9%	23	45,1%	44	41,9%
Stosunek płciowy bez zabezpieczenia	48	88,9%	46	90,2%	94	89,5%

Respondentów zadano pytanie czy choroby przenoszone drogą płciową mogą przebiegać bezobjawowo? 45 kobiet (83%) i 42 mężczyzn (82%) udzieliło odpowiedzi „Tak”, 2 kobiet (4%) i 7 mężczyzn (14%) odpowiedziało „Nie”, natomiast odpowiedzi „Nie wiem” udzieliło 7 kobiet (13%) i 2 mężczyzn (4%). Aby ocenić związek płci z wiedzą na temat bezobjawowego przebiegu chorób przenoszonych drogą płciową przeprowadzono testem chi-kwadrat. Uzyskany wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=5,56$; $p=0,06>0,05$. Oznacza to, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni wiedzą, że choroby te mogą przebiegać bezobjawowo. Dokładne dane przedstawiono na Rycinie 8,

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



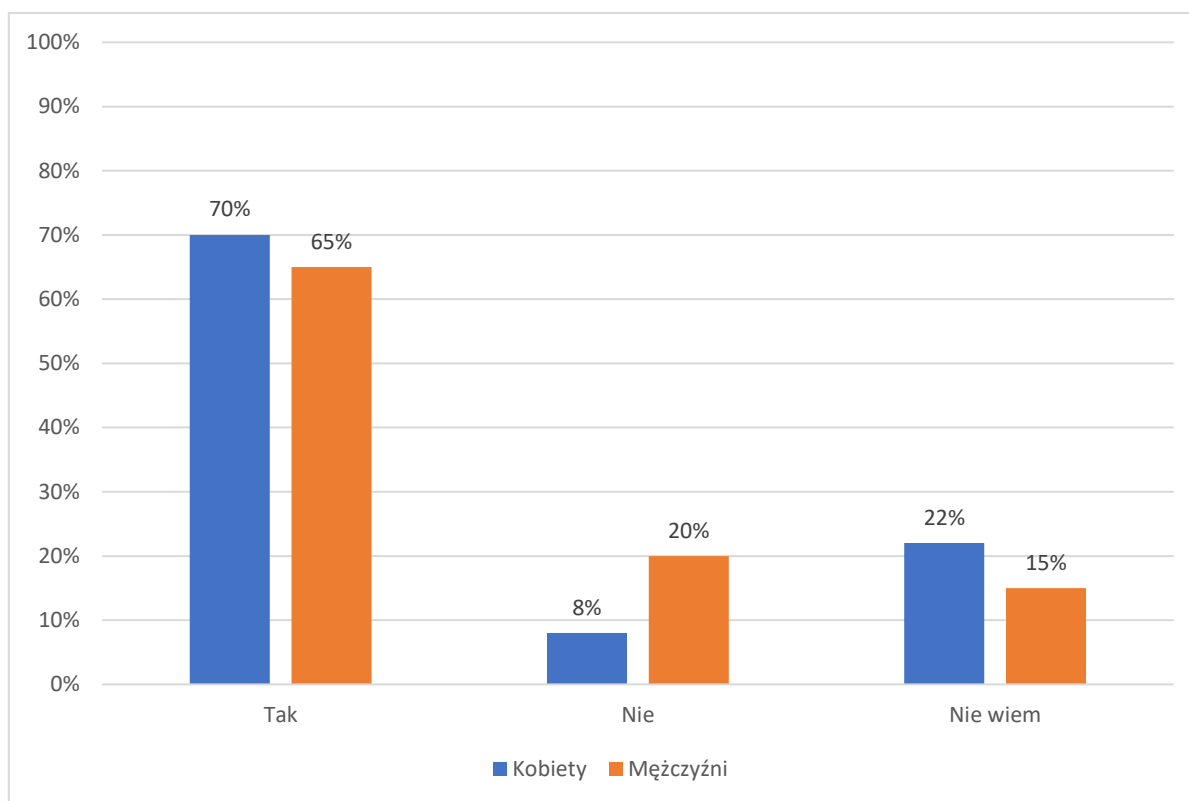
Rycina 8. Czy choroby przenoszone drogą płciową mogą przebiegać bezobjawowo?

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów, które z wymienionych chorób zalicza się do chorób przenoszonych drogą płciową. Najczęściej wybieraną odpowiedzią przez obie grupy było „AIDS” udzieliło jej 48 kobiet (88,9%) i 48 mężczyzn (94,1%) oraz „Kiła” zaznaczona przez 47 kobiet (87%) i 37 mężczyzn (72,6%). Drożdżycę, która należy do chorób wenerycznych wywołanych przez grzyby wybrało jedynie 44 osoby (42%). Odpowiedzi poddano testowi niezależności chi-kwadrat, aby sprawdzić czy obie grupy różnią się między sobą. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=4,81$; $p=0,19>0,05$. Oznacza to, że zarówno kobiety jak i mężczyźni w podobnym stopniu wiedzą jakie choroby zalicza się do chorób przenoszonych drogą płciową. Szczegółową analizę przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Choroby zaliczane do chorób przenoszonych drogą płciową

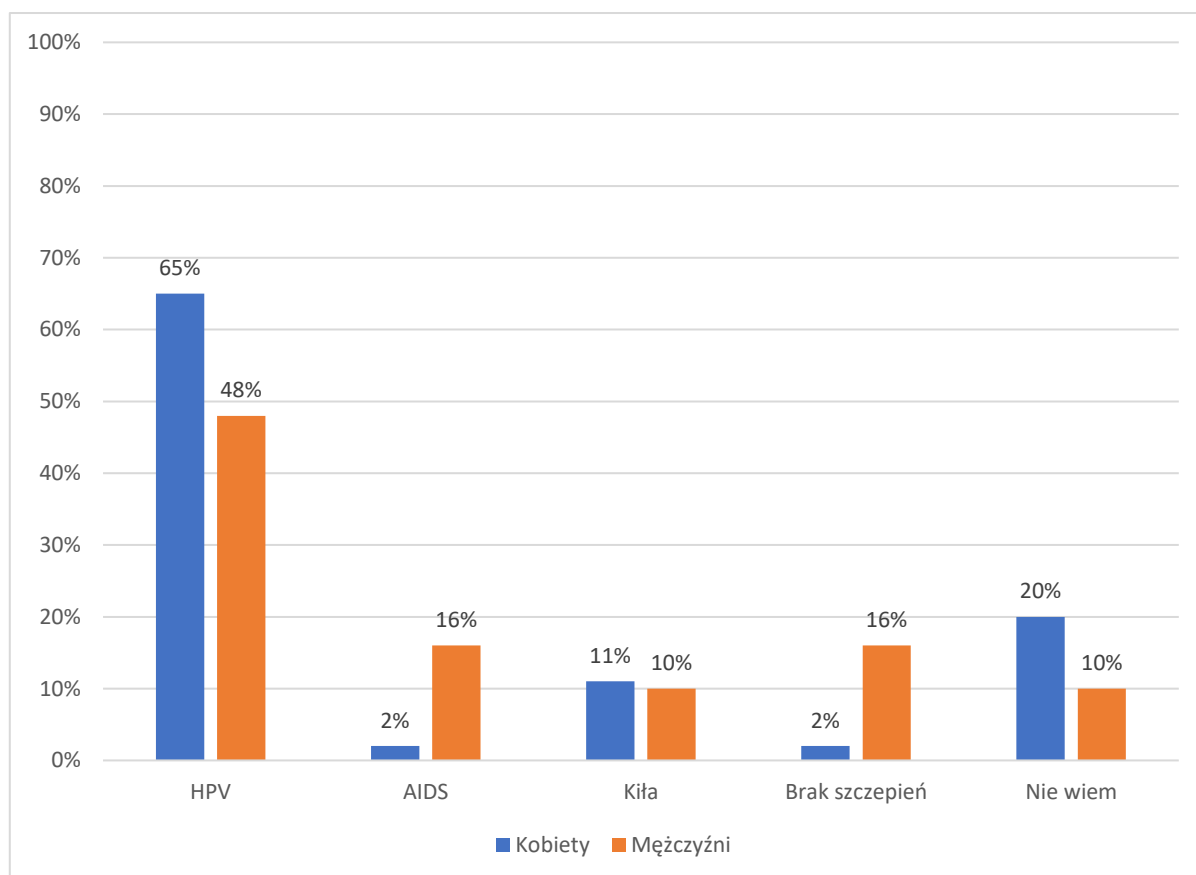
Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Chlamydia	37	68,5%	34	66,7%	71	67,6%
Gruźlica	0	0	2	3,9%	2	1,9%
Wzw typu B	23	42,6%	34	66,7%	57	54,3%
Kiła	47	87%	37	72,6%	84	80%
Rak szyjki macicy	7	13%	0	0	7	6,7%
AIDS	48	88,9%	48	94,1%	96	91,4%
Rak jąder	1	2%	0	0	1	1%
HPV	45	83,3%	29	56,9%	74	70,5%
Drożdżycy	32	59,3%	12	23,5%	44	42%

Respondentów zapytano czy są szczepienia ochronne przeciwko niektórym chorobom przenoszonym drogą płciową? Najwięcej respondentów udzieliło odpowiedzi „Tak” 38 (70%) kobiet i 33 (65%) mężczyzn, odpowiedzi „Nie” udzieliło 4 (8%) kobiety i 10 (20%) mężczyzn, natomiast odpowiedzi „Nie wiem” 12 (22%) kobiet i 8 (15%) mężczyzn. W celu sprawdzenia, czy odpowiedzi grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Uzyskany wynik jest nieistotny statystycznie: $\chi^2=3,64$; $p=0,16>0,05$. Oznacza to, że zarówno kobiety jak i mężczyźni wiedzą, że na rynku występują szczepienia przeciwko niektórym chorobom przenoszonym drogą płciową. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 9.



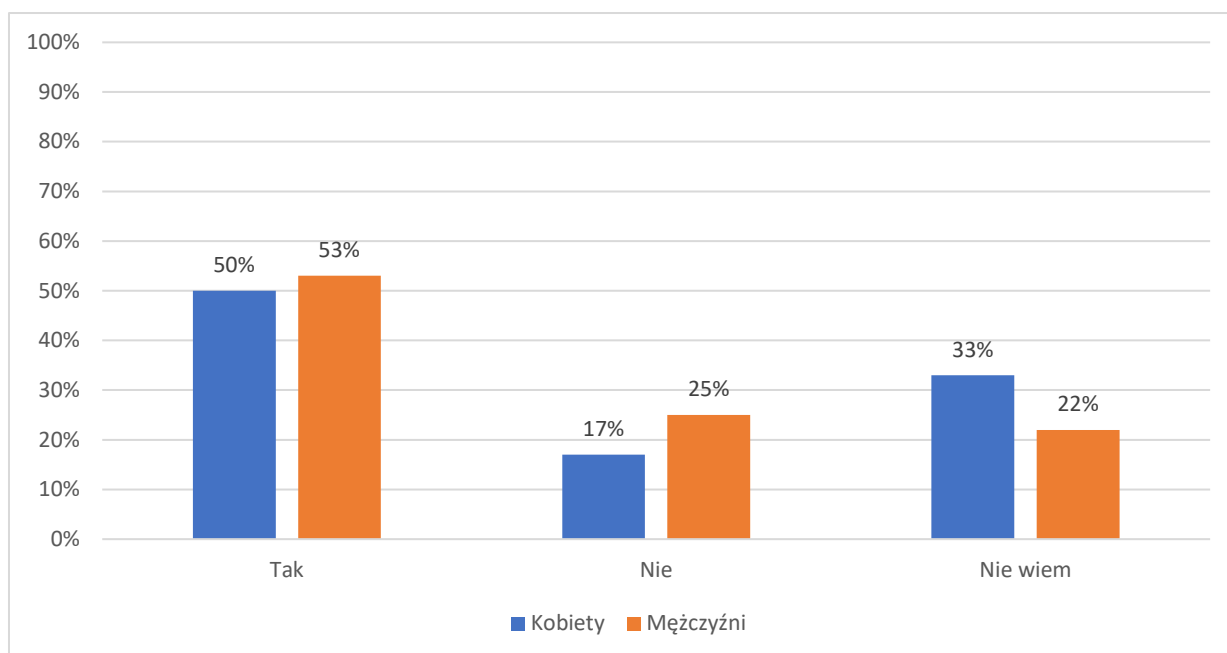
Rycina 9. Czy są szczepienia ochronne przeciwko niektórym chorobom przenoszonym drogą płciową?

W poprzedni pytaniu respondenci wykazali się wiedzą na temat obecności szczepień ochronnych jako profilaktyka niektórych chorób przenoszonych drogą płciową. W kolejnym pytaniu poszczególne grupy zapytano przeciwko jakim chorobom przenoszonym drogą płciową można się zaszczepić? Większość badanych wybrało odpowiedzi „HPV”, w tej grupie znalazło się 35 kobiet (65%) i 25 mężczyzn (48%), 11 kobiet (20%) i 5 mężczyzn (10%) udzieliło odpowiedzi „Nie wiem”, 1 kobieta (2%) i 8 mężczyzn (16%) wybrali odpowiedzi „AIDS” oraz „Brak szczepień”, natomiast 6 kobiet (11%) i 5 mężczyzn (10%) udzieliło odpowiedzi „Kiła”. Aby sprawdzić czy odpowiedzi poszczególnych grup różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Uzyskany wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2=14,82$, $p=0,005<0,05$. Oznacza to, że płeć wpływa na znajomość szczepień przeciwko chorobom przenoszonym drogą płciową. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 10.



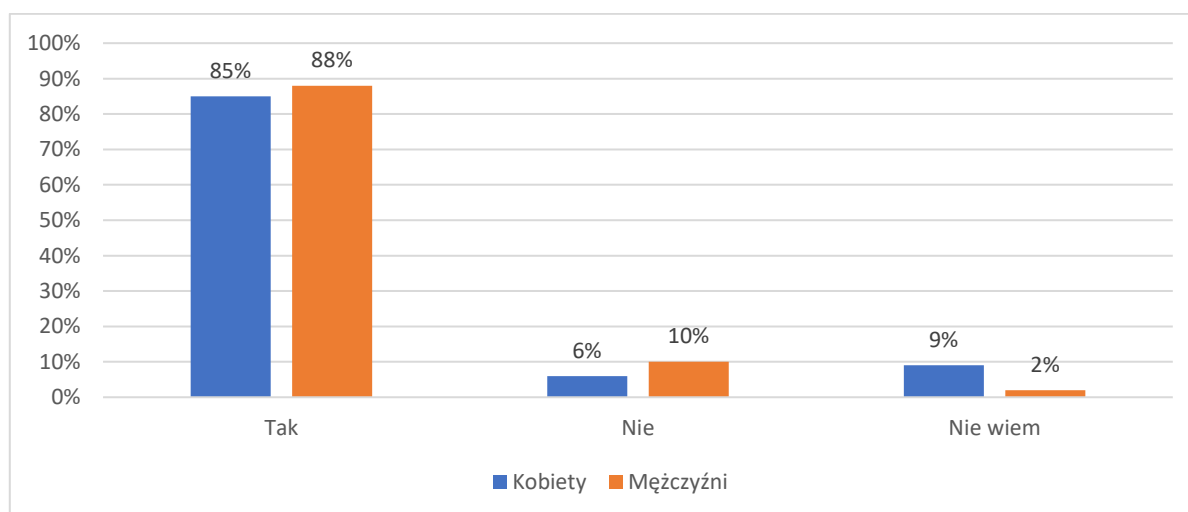
Rycina 10. Przeciwno jakim chorobom przenoszonym drogą płciową można się zaszczepić?

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów, czy szczepienie przeciwko WZW typu B należy do kalendarza szczepień ochronnych? Odpowiedzi „Tak” udzieliło większość respondentów obu płci 27 kobiet (50%) i 27 mężczyzn (53%), 18 kobiet (33%) i 11 mężczyzn (22%) wybrało odpowiedzi „Nie wiem”, natomiast 9 kobiet (17%) i 13 mężczyzn (25%) udzieliło odpowiedzi „Nie”. W celu sprawdzenia, czy grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=2,33$; $p=0,31>0,05$. Oznacza to, że obie grupy w średnim stopniu wiedzą, że szczepienie przeciwko WZW typu B należy do kalendarza szczepień ochronnych. Szczegółową analizę przedstawiono na Rycinie 11.



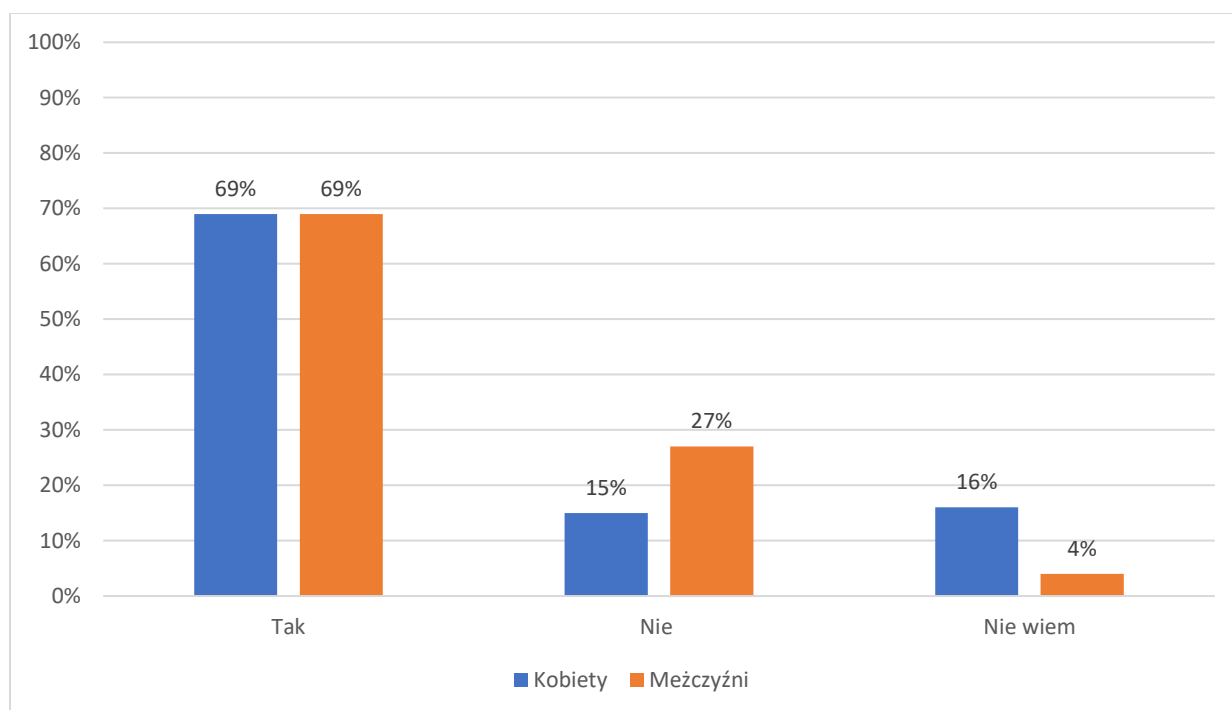
Rycina 11. Czy szczepienie przeciwko WZW typu B należy do kalendarza szczepień ochronnych?

Respondentów zapytano czy przez stosunek analny można zarazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową? W zdecydowanej większości badani zaznaczyli odpowiedzi „Tak” 46 kobiet (85%) i 45 mężczyzn (88%), odpowiedzi „Nie” udzieliło 3 kobiet (6%) i 5 mężczyzn (20%), a odpowiedzi „Nie wiem” 5 kobiet (9%) i 1 mężczyzna (2%). Uzyskane odpowiedzi poddano testowi chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=3,09$; $p=0,21>0,05$. Oznacza to, że obie grupy wiedzą, że chorobami przenoszonymi drogą płciową można zarazić się poprzez stosunki analne (Rycina 12).



Rycina 12. Czy przez stosunek analny można zarazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową?

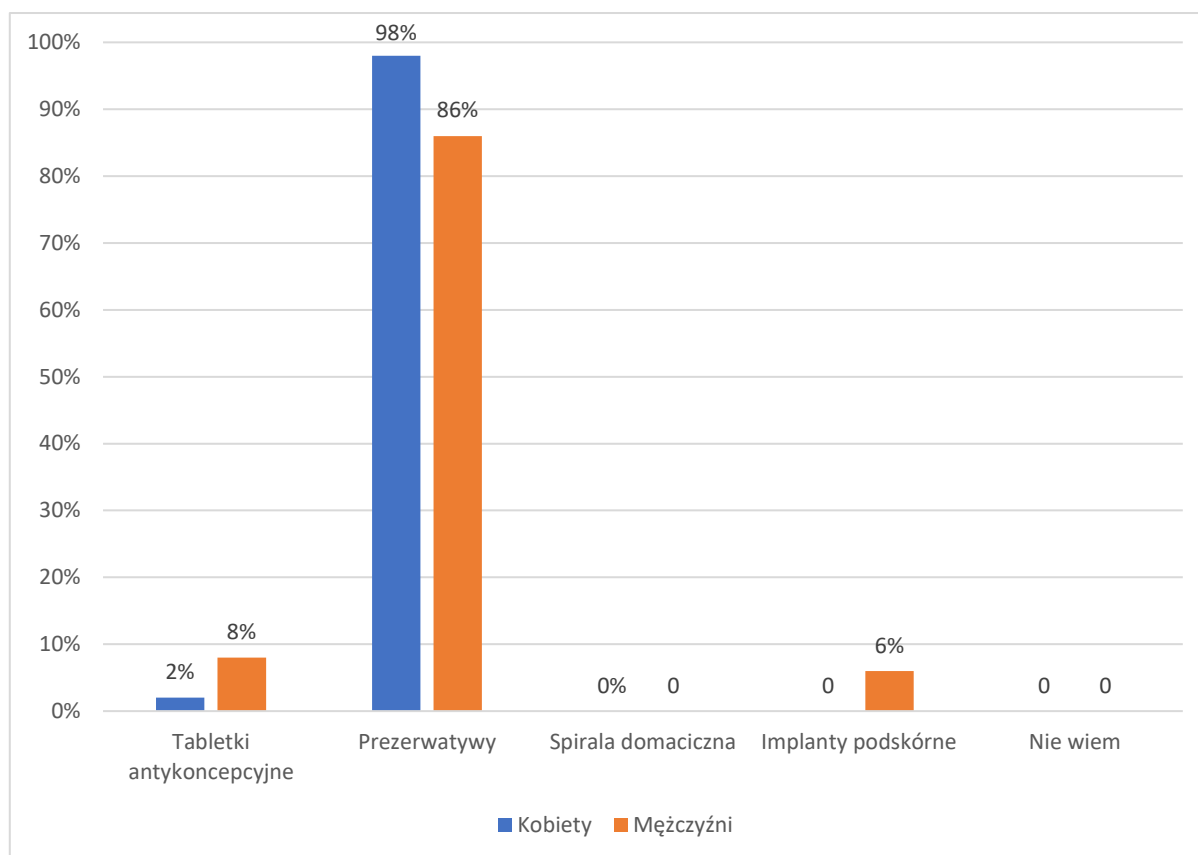
W poprzedni pytani badani wykazali się wiedzą na temat sposobu zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. W kolejnym pytaniu poszczególne grupy zapytano, czy przez stosunek oralny można zarazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową? Większość badanych udzieliło odpowiedzi „Tak” 37 kobiet (69%) i 35 mężczyzn (69%). W celu sprawdzenia, czy grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2=6,07$; $p=0,048<0,05$. Oznacz to, że płeć ma wpływ na wiedzę na temat zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową przez stosunki oralne. Szczegółowa analiza została przedstawiona na Rycinie 13.



Rycina 13. Czy przez stosunek oralny można zarazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową?

W kolejnym pytaniu zapytano badanych jakie środki antykoncepcji zmniejszają ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową? W zdecydowanej większości respondentów obu płci udzielili odpowiedzi „Prezerwatywy” 53 kobiety (98%) i 44 mężczyzn (86%). Odpowiedzi poddano testowi niezależności chi-kwadrat, aby sprawdzić czy grupy różnią się między sobą. Otrzymany wynik okazała się nieistotny statystycznie: $\chi^2= 5,55$; $p=0,06>0,05$. Oznacz to, że zarówno kobiety jak i mężczyźni wiedzą, że stosowanie prezerwatyw zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową. Obecnie metoda ta jest uznawana za najbardziej skuteczną (Rycina 14).

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



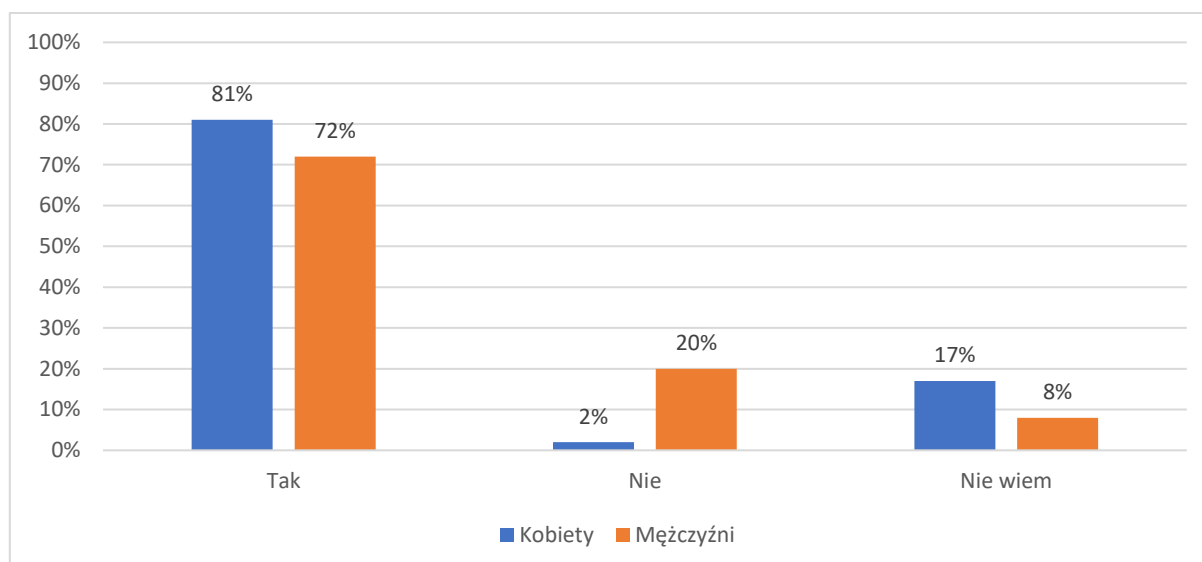
Rycina 14. Jakie środki antykoncepcji zmniejszają ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową?

Aby zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób wenerycznych trzeba zwiększać świadomość społeczeństwa gdzie istnieje ryzyko zakażenia. Badanych w kolejnym pytaniu wielokrotnej odpowiedzi zapytano w jakich można zrazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową? Zdecydowana większość wybrała odpowiedzi „Podczas stosunku seksualnego” ogółem 102 osoby (97,1%). Wśród mężczyzn drugą najczęściej udzielaną odpowiedzią było „W studiu tatuażu” 42 osoby (82,4%), natomiast u kobiet „Korzystając z publicznej toalety” 29 osób (53,7%). W celu sprawdzenia, czy grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2 = 4,27$; $p = 0,49 > 0,05$. Oznacza to, że obie grupy w podobny stopniu wiedzą w jakich sytuacjach może dojść do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Dokładna analiza została przedstawiona w Tabeli 3.

Tabela 3. W jakich sytuacjach można zrazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową?

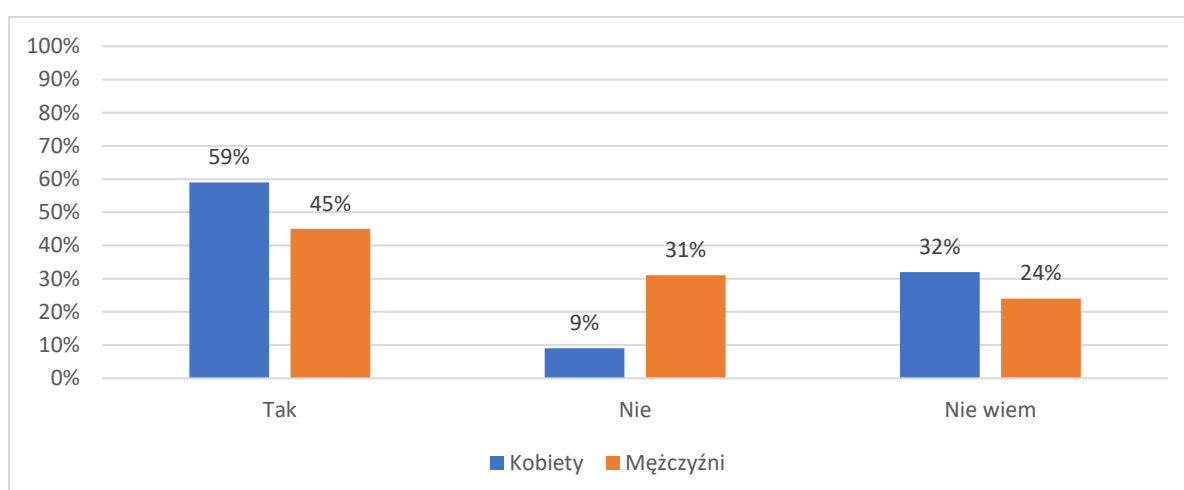
Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Podczas stosunku seksualnego	52	96,3%	50	98%	102	97,1%
Na basenie	22	40,7%	21	41,2%	43	41%
U fryzjera	4	7,4%	5	10%	9	8,6%
U stomatologa	9	16,7%	25	49%	34	32,4%
W studiu tatuaży	22	40,7%	42	82,4%	64	61%
Podczas pocałunków	4	7,4%	8	15,7%	12	11,4%
Korzystając z publicznej toalety	29	53,7%	25	49%	54	51,4%
W solarium	9	16,7%	9	17,7%	18	17,1%

Respondentów zapytano czy nieleczone choroby weneryczne mogą powodować niepłodność? Większość osób z obu grup udzieliło odpowiedzi „Tak” 44 kobiety (81%) i 37 mężczyzn (72%), odpowiedzi „Nie” 1 kobieta (2%) i 10 mężczyzn (20%), a „Nie wiem” 9 kobiet (17%) i 4 mężczyzn (8%). Uzyskane odpowiedzi poddano testowi chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2 = 9,81$; $p = 0,07 > 0,05$. Oznacza to, że przedstawiciele obu grup wiedzą, że nieleczone choroby weneryczne mogą powodować niepłodność. Szczegółowa analiza znajduje się na Rycinie 15.



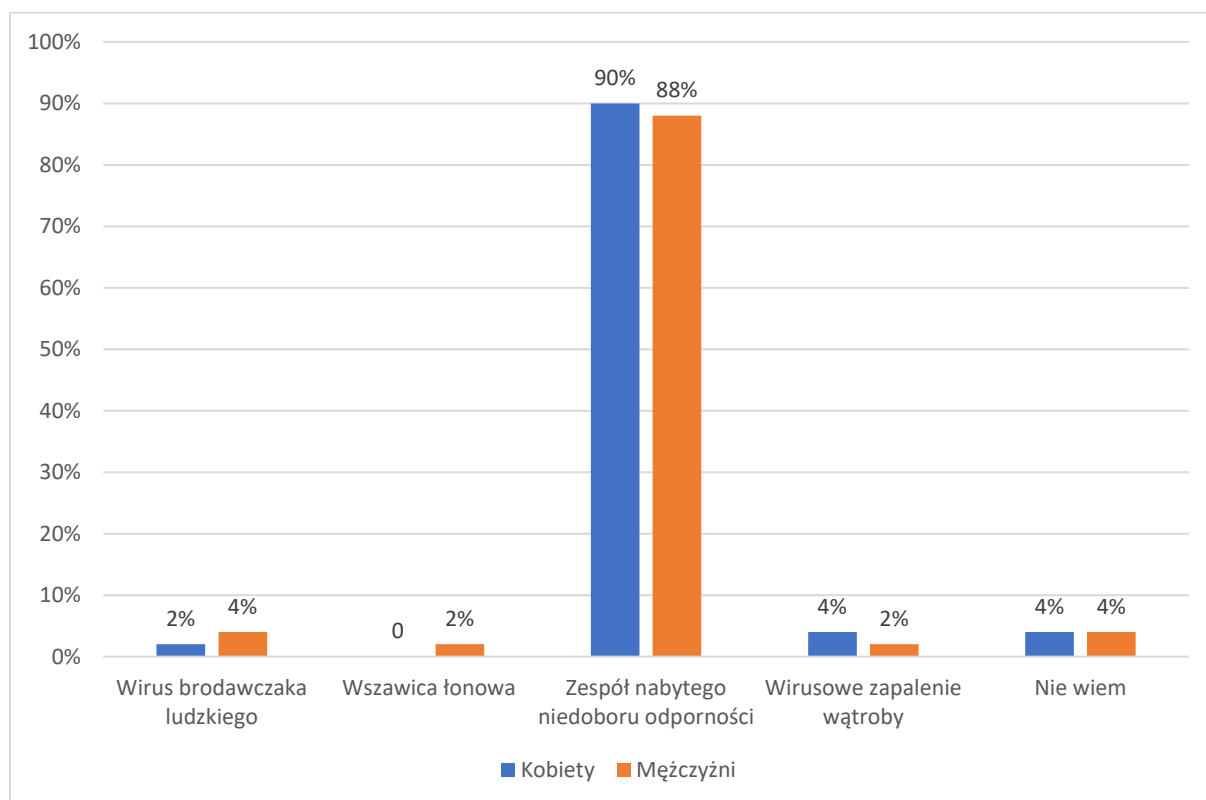
Rycina 15. Czy nielezione choroby weneryczne mogą powodować niepłodność?

W kolejnym pytaniu respondentów zapytano czy zakażenie HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) jest potencjalnie rakotwórcze? Najczęściej wybieraną przez badanych odpowiedzią była „Tak”, w tej grupie znalazło się 32 kobiety (59%) i 23 mężczyzn (45%), „Nie wiem” wybrało 17 kobiet (32%) i 12 mężczyzn (24%), natomiast „Nie” 5 kobiet (9%) i 16 mężczyzn (31%). Odpowiedzi poddano testowi niezależności chi-kwadrat, aby sprawdzić czy grupy różnią się między sobą. Uzyskany wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2=8,02$; $p=0,02<0,05$. Oznacza to, że płeć ma wpływ na wiedzę w zakresie potencjału rakotwórczego zakażenia HPV. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 16.



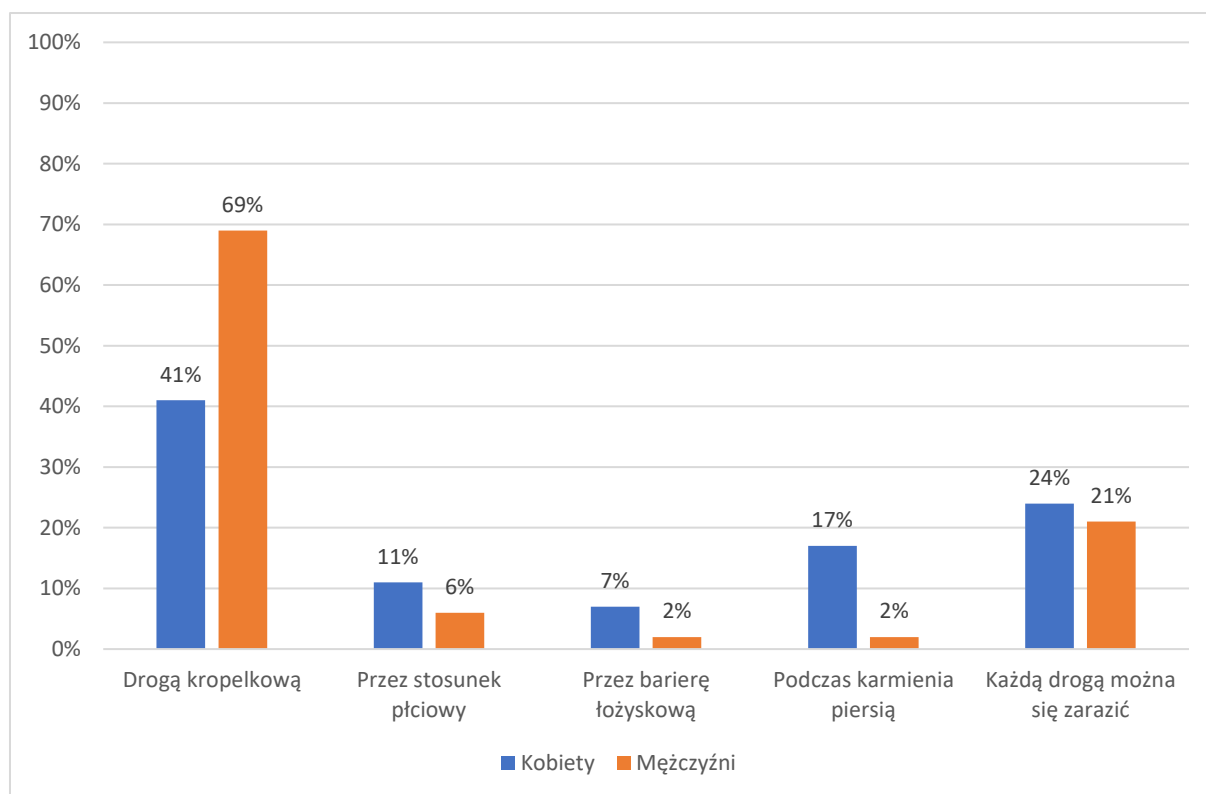
Rycina 16. Czy zakażenie HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) jest potencjalnie rakotwórcze?

Badanych zadano pytanie co to jest AIDS? Zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi „Zespół nabytego niedoboru odporności”, w grupie tej znalazło się 49 kobiet (90%) i 45 mężczyzn (88%). Uzyskane odpowiedzi poddano testowi chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=1,75$; $p=0,78>0,05$. Oznacza to, że obie grupy wiedzą, że AIDS to zespół nabytego niedoboru odporności. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 17.



Rycina 17. Co to jest AIDS?

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów jaką drogą nie można się zarazić wirusem HIV? Odpowiedzi „Drogą kropelkową” udzieliło 22 kobiety (41%) i 35 mężczyzn (69%), natomiast „Każdą drogą można się zarazić” wybrało 13 kobiet (24%) i 11 mężczyzn (21%). W celu sprawdzenia, czy grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2=12,26$; $p=0,02<0,05$. Oznacza to, że płeć ma wpływ na wiedzę w zakresie dróg zakażenia wirusem HIV. Dokładna analiza znajduje się na Rycinie 18.



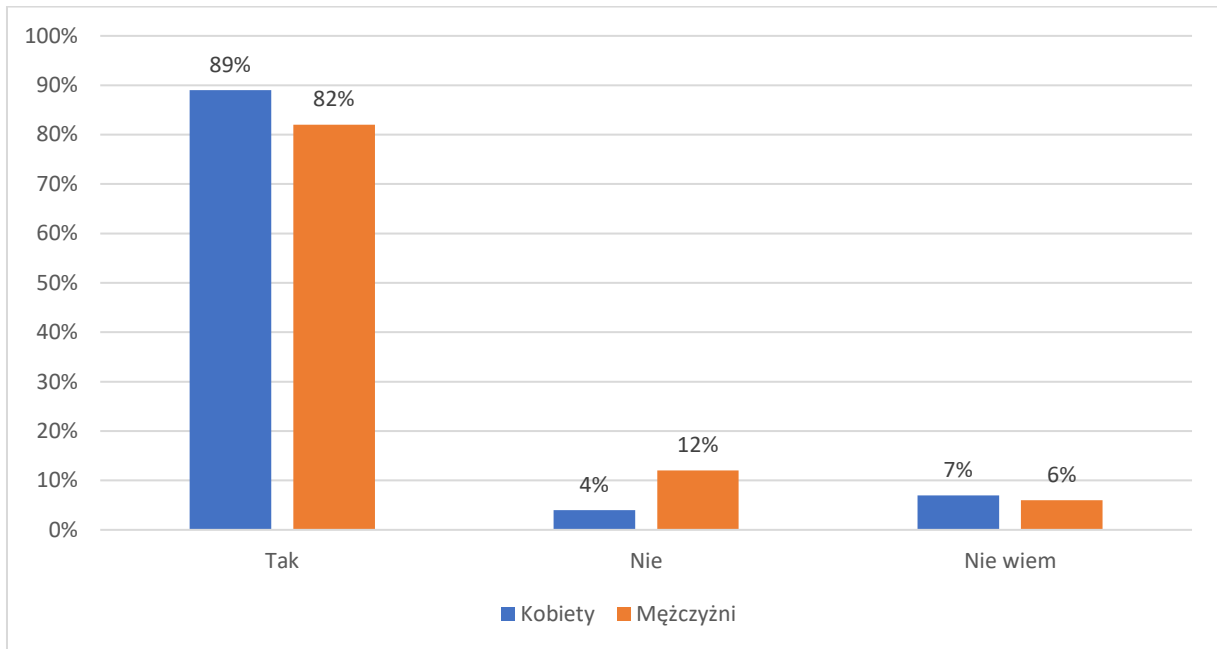
Rycina 18. Jaką drogą nie można się zarazić wirusem HIV?

Badanych zapytano przez jakie płyny ustrojowe można się zarazić się wirusem HIV? Zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi „Krew” 54 kobiety (100%) i 49 mężczyzn (96%) oraz „Sperma” 44 kobiety (81,5%) i 42 mężczyzn (82,4%), lecz tylko 46 osób (43,8%) z obu grup wybrało odpowiedzi „Mleko matki”, które stanowi główny czynnik zakażenia wśród noworodków. Uzyskane odpowiedzi poddano testowi chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=2,32$; $p=0,3>0,05$. Oznacza to, że płeć nie wpływa na znajomość płynów ustrojowych, przez które można zarazić się wirusem HIV. Szczegółowa analiza została przedstawiona w Tabeli 4.

Tabela 4. Przez jakie płyny ustrojowe można się zarazić się wirusem HIV?

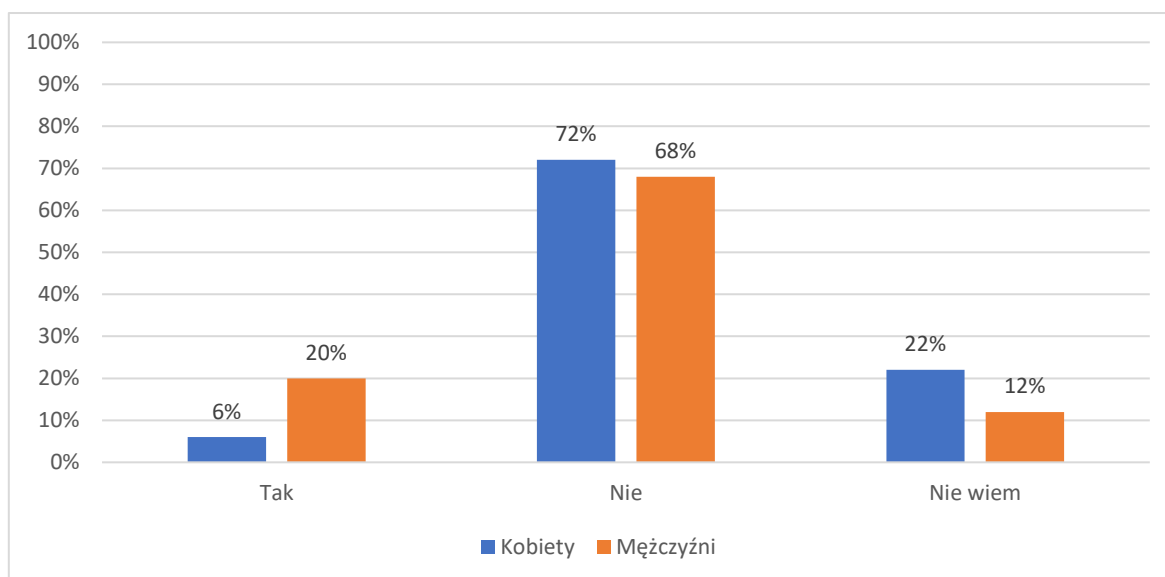
Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Mleko matki	19	35,2%	27	53%	46	43,8%
Krew	54	100%	49	96%	103	98,1%
Ślina	13	24,1%	6	11,8%	19	18,1%
Mocz	10	18,5%	7	13,7%	17	16,2%
Sperma	44	81,5%	42	82,4%	86	81,9%

Badanych zapytano czy AIDS przez pierwszych kilka lat może przebiegać bezobjawowo? Zdecydowana większość respondentów udzieliła poprawnej odpowiedzi „Tak”, do tej grupy należało 48 kobiet (89%) i 42 mężczyzn (82%). Uzyskane odpowiedzi poddano testowi niezależności chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=2,46$; $p=0,29>0,05$. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni wiedzą, że AIDS przez pierwszych kilka lat może mieć bezobjawowy przebieg. Dokładna analiza znajduje się na Rycinie 19.



Rycina 19. Czy AIDS przez pierwszych kilka lat może przebiegać bezobjawowo?

W następnym pytaniu badanych zapytano czy choroby weneryczne mają podłoże genetyczne? Odpowiedzi „Nie” udzieliło 39 kobiet (72%) i 35 mężczyzn (68%). W celu sprawdzenia, czy odpowiedzi grup różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Otrzymane dane okazały się nie istotne statystycznie: $\chi^2=5,9$; $p=0,052>0,05$. Oznacza to, że obie grupy wiedzą, że choroby weneryczne nie mają podłoża genetycznego. Szczegółowa analiza znajduje się na Rycinie 20.



Rycina 20. Czy choroby weneryczne mają podłoże genetyczne?

Aby szybko zdiagnozować chorobę i rozpocząć terapię leczniczą konieczna jest znajomość obrazu klinicznego schorzenia. W następnym pytaniu wielokrotnej odpowiedzi zapytano respondentów jakie objawy mogą świadczyć o zakażeniu chorobami przenoszonymi drogą płciową? W obu grupach najczęściej wybieraną odpowiedzią był „Świąt pochwy/prącia” ogółem udzieliło jej 99 osób, co stanowi 94,3% oraz „Zaczerwienienie okolic intymnych” wybrane przez 92 osoby (97,6%). Uzyskane odpowiedzi poddano testu niezależności chi-kwadrat w celu sprawdzenia, czy odpowiedzi grup różnią się między sobą. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=4,38$; $p=0,21>0,05$. Oznacza to, że obie grupy w podobnym stopniu wiedzą jakie objawy mogą sygnalizować zakażenie chorobami przenoszonym drogą płciową. Dokładna analiza znajduje się w Tabeli 5.

W kolejnym pytaniu zapytano respondentów o działania zmniejszające ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Najwięcej osób z obu grup wybrało odpowiedzi „Stosowanie prezerwatyw podczas stosunków płciowych” 51 kobiet (94,4%) i 46 mężczyzn (90,2%) oraz „Unikanie przygodnych kontaktów seksualnych” 51 kobiet (94,4%) i 45 mężczyzn (88,2%), a także 47 kobiet (87%) i 43 mężczyzn (84%) udzieliło odpowiedzi „Posiadanie stałego partnera seksualnego”. Odpowiedzi zostały poddane testowi chi-kwadrat. Wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=0,62$; $p=0,47>0,05$. Oznacza to, że zarówno kobiety jak i mężczyźni wiedzą jakie działania zmniejszają ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Dokładna analiza znajduje się w Tabeli 6.

Tabela 5. Jakie objawy mogą świadczyć o zakażeniu chorobami przenoszonymi drogą płciową?

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Powiększenie węzłów chłonnych	25	46,3%	19	37,3%	44	41,9%
Gorączka	29	53,7%	15	29,4%	44	41,9%
Świąt pochwy/prącia	52	96,3%	47	92,2%	99	94,3%
Pieczenie podczas oddawania moczu	45	83,3%	31	60,8%	76	72,4%
Ból w podbrzuszu	31	57,4%	15	29,4%	46	43,8%
Ból podczas stosunków seksualnych	43	79,6%	36	70,6%	79	75,3%
Krwawienie z pochwy nie związane z menstruacją	41	76%	23	45,1%	64	61%
Wysypka kończy górnych i dolnych	21	39%	10	19,6%	31	29,5%
Zaczerwienienie okolic intymnych	47	87%	45	88%	92	87,6%

Tabela 6. Działania zmniejszają ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Unikania przygodnych kontaktów seksualnych	51	94,4%	45	88,2%	96	91,4%
Stosowanie prezerwatyw podczas stosunków płciowych	51	94,4%	46	90,2%	97	92,4%
Dbanie o higienę miejsc intymnych poprzez stosowanie odpowiednich żeli i dokładne osuszanie	35	64,8%	29	56,9%	64	61%
Posiadanie stałego partnera seksualnego	47	87%	43	84%	90	85,7%
Stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej	3	5,6%	5	9,8%	8	7,6%
Zaprzestanie palenia tytoniu	7	13%	4	7,8%	11	10,5%
Ograniczenie spożycia alkoholu	10	18,5%	11	21,6%	21	20%
Inne	0	0	0	0	0	0

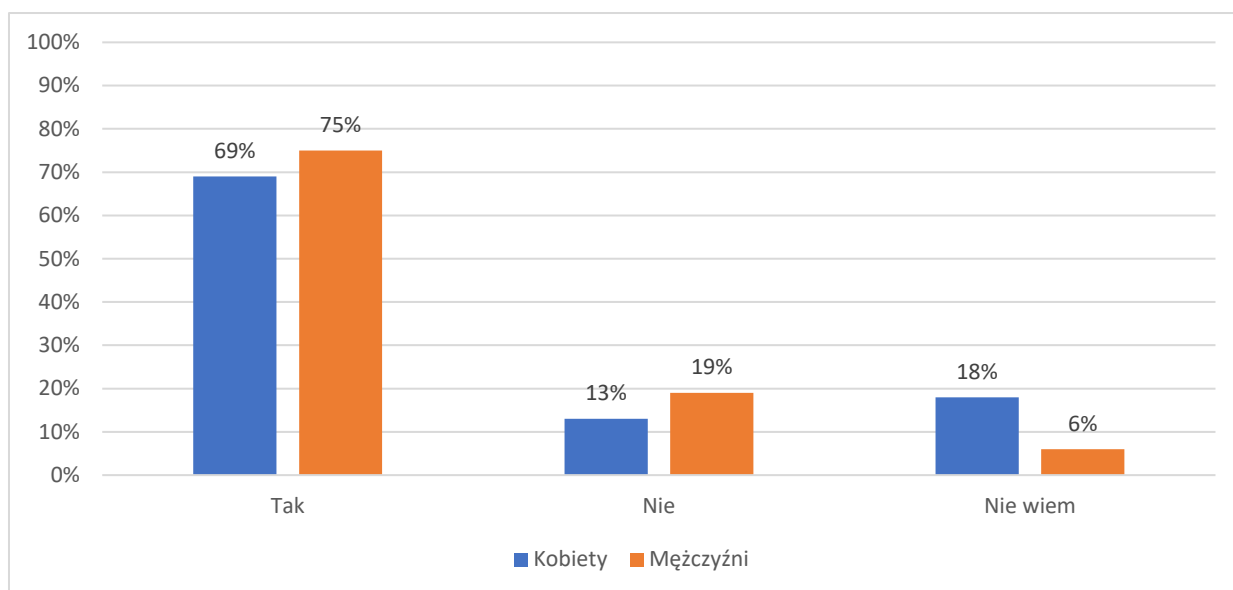
Zadano pytanie, w jakich sytuacjach powinno się wykonać test na obecność wirusa HIV? Odpowiedzi „Po kontakcie seksualny z osobą posiadającą wielu partnerów” była najczęściej wybierana przez płęć żeńską, udzieliło jej 49 kobiet (90,7%), natomiast mężczyźni najczęściej zaznaczali odpowiedzi „Po zrobieniu tatuażu niesterylnym sprzętem” udzieliło jej 43 mężczyzn (84,3%). Otrzymane dane poddano testowi niezależności chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się nieistotny statystycznie: $\chi^2=2,53$; $p=0,46>0,05$. Oznacza to, że obie grupy w podobny stopniu wiedzą w jakich sytuacjach powinno się wykonać test na obecność wirusa HIV. Dokładna analiza została przedstawiona w Tabeli 7.

Tabela 7. W jakich sytuacjach powinno się wykonać test na obecność wirusa HIV?

Odpowiedzi	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Po kontakcie seksualny z osobą posiadającą wielu partnerów	49	90,7%	34	66,7%	83	79,1%
Po zrobieniu tatuażu niesterylnym sprzętem	38	70,4%	43	84,3%	81	77,1%
Po kontakcie z cudzą krwią, która znalazła się na uszkodzonej błonie śluzowej	45	83,3%	42	82,4%	87	82,9%
Po kontakcie seksualnym, podczas którego doszło do uszkodzenia prezerwatywy	42	77,8%	38	74,5%	80	76,2%
W przeszłości był zakażony chorobą weneryczną	27	50%	23	45,1%	50	47,6%

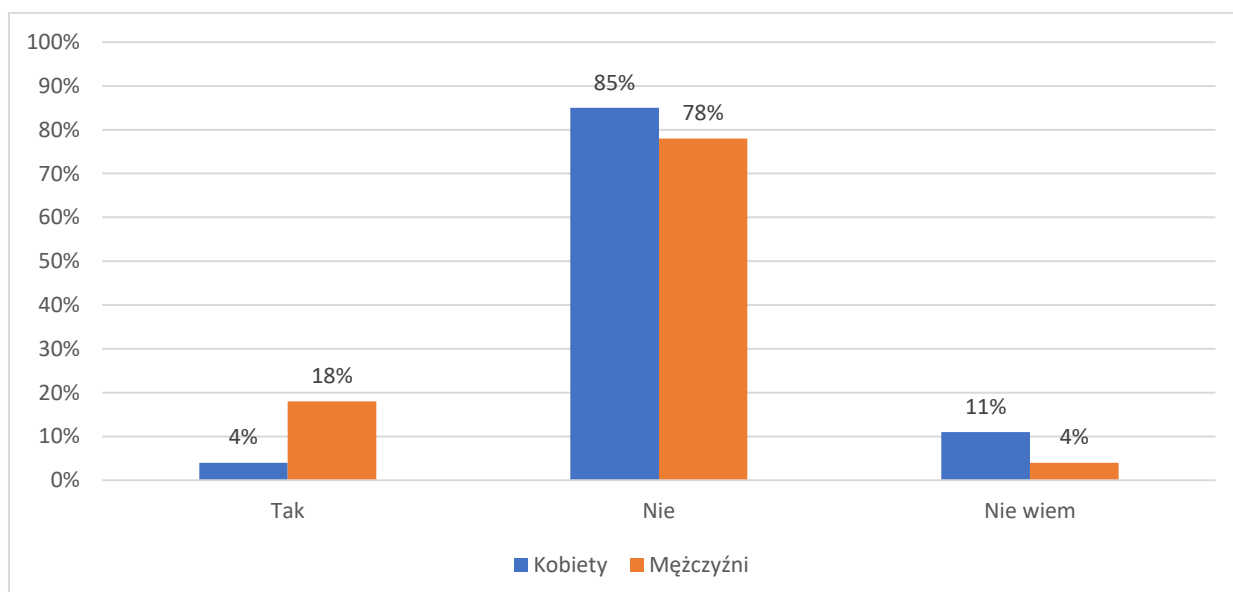
Respondentów zapytano czy dzieci, które nie zaczęły inicjacji seksualnej, mogą zrazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową? Zarówno większość respondentów płci żeńskiej jak i męskiej udzieliło odpowiedzi „Tak”, w grupie tej znajdowało się 37 kobiet (69%) i 38 mężczyzn (75%). Otrzymane dane poddano testowi niezależności chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się nie istotny statystycznie: $\chi^2=4,23$; $p=0,12>0,05$. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni wiedzą, że dzieci, które nie zaczęły inicjacji seksualnej, mogą zrazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Dokładna analiza znajduje się na Rycinie 21.

Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową



Rycina 21. Czy dzieci, które nie zaczęły inicjacji seksualnej, mogą zrazić się chorobami przenoszonymi drogą płciową?

W ostatni pytaniu respondentów zapytano, czy wszystkie choroby przenoszone drogą płciową są uleczalne? Odpowiedzi „Nie” udzieliło 46 kobiet (85%) i 40 mężczyzn (78%). W celu sprawdzenia, czy grupy różnią się między sobą przeprowadzono test niezależności chi-kwadrat. Otrzymany wynik okazał się istotny statystycznie: $\chi^2=6,8$; $p=0,03<0,05$. Oznacza to, że płeć ma wpływ na wiedzę na temat rokowań chorób przenoszonych drogą płciową. Dokładna analiza została przedstawiona na Rycinie 22.



Rycina 22. Czy wszystkie choroby przenoszone drogą płciową są uleczalne?

DYSKUSJA

Badania własne ukazały, że wśród chorób zaliczanych do STD respondenci potrafili wymienić AIDS (91,4%), kiłę (80%), HPV (70,5%), Chłamydiozę (67,6%) i WZW typu B (54,3%), znacznie mniej osób wie, że drożdżycza (42%), również jest zaliczana do tej grupy. Ponadto nie wykazano różnicy poziomu wiedzy dzieląc badanych ze względu na płeć, zarówno kobiety, jak i mężczyźni w podobnym stopniu wiedzą jakie choroby zalicza się do chorób przenoszonych drogą płciową. Według badań przeprowadzonych przez Pierzaka, Wychowañca [3], do chorób przenoszonych drogą płciową najczęściej zaliczano AIDS (92%), rzeżączkę (80%), kiłę (52%) i wszawicę łonową (48%). Rzadziej wybierali Chłamydiozę (32%), HPV (24%) oraz kłykciny kończyste (20%). Dodatkowo kobiety wykazały się wyższym poziomem wiedzy w porównaniu do mężczyzn.

Dokonano analizy, wiedzy społeczeństwa na temat sytuacji w jakich może dojść do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową w badaniach własnych respondenci najczęściej wybierali kontakty seksualne (97,1%) oraz w trakcie wykonywania tatuażu (61%). W badaniach przeprowadzonych przez Szymusiak i wsp. [4], można było zaobserwować innego drogi zakażenia, do których należały: kontakty seksualne (89%), używanie wspólnych igieł i strzykawek (89%), podczas ciąży i porodu w wyniku zakażenia dziecka przez chorą matkę (69%) oraz podczas oddawania krwi (60%). Dodatkowo w pracy przeprowadzonej przez Mężyk i wsp [5], większość ankietowanych (82,6%) wiedziało, że do zainfekowania może dojść korzystając z usług salonów tatuażu, fryzjerskich i kosmetycznych, lecz jedynie 38,7% uważało, że w czasie oddawania krwi.

W przeprowadzonych badaniach własnych 89% respondentów wykazało się wiedzą, że AIDS jest to zespół nabytego upośledzenia odporności, w odróżnieniu od badań przeprowadzonych przez Szymusiak i wsp. [4], gdzie wynik był zdecydowanie niższy, jedynie 55% społeczeństwa udzieliło poprawnej odpowiedzi.

Nie wszystkie choroby przenoszone drogą płciową są uleczalne, z niektórymi możemy walczyć tylko łagodząc dolegliwości oraz opóźniając rozwój schorzenia. W przeprowadzonych badaniach własnych aż 82% respondentów wykazało się wiedzą na ten temat, w odróżnieniu od ankietowanych w pracy Mężyk i wsp [5], wśród których jedynie 22% udzieliło poprawnej odpowiedzi.

W celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się STD wprowadzono programy edukacyjne zwiększające świadomość społeczeństwa na temat profilaktyki i zapobieganiu zakażeniu.

W przeprowadzonych badaniach własnych respondenci wykazali się dużą wiedzą i świadomością, jak zminimalizować możliwość zainfekowania, wśród tych działań znalazło się stosowanie prezerwatyw w trakcie stosunków płciowych (92,4%), unikanie przygodnych kontaktów seksualnych (91,4%), posiadanie stałego partnera seksualnego (85,7%) oraz dbanie o higienę miejsc intymnych poprzez stosowanie odpowiednich żeli i dokładne osuszanie. Z analizy przeprowadzonej przez Zhang i wsp. [6] wynika, że najskuteczniejszą metodą profilaktyki jest stosowanie prezerwatyw (90,4%), zmniejszenie liczby partnerów seksualnych (66,4%) i mycie narządów płciowych po stosunku (64,6%).

Uważa się, że istnieje związek pomiędzy ryzykiem rozwoju nowotworu w obrębie jamy ustnej, a stosunkami oralnymi, ponadto do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową również może dojść na drodze seksu oralnego z chorym partnerem. Według własnych wiedzy na temat możliwości zainfekowania STD w trakcie stosunku oralnego wykazało się 69% respondentów. W analizie przeprowadzonej przez Shah i wsp. [7] poprawnej odpowiedzi udzieliło 80% społeczeństwa, natomiast w pracy Luces Lago i wsp. [8] tylko 52%.

Prawidłowe rozpoznanie obrazu klinicznego poszczególnych jednostek chorobowych należących do STD umożliwia szybką diagnozę i wczesne wprowadzenia leczenia, co zapobiega rozwojowi poważnych powikłań ogólnoustrojowych organizmu. Z badań własnych wynika, że najczęściej rozpoznawanymi objawami chorób przenoszonych drogą płciową są świąd prącia lub pochwy (94,3%), zaczerwienie okolic intymnych (87,6%), ból podczas stosunku seksualnego (75,3%), pieczenia podczas oddawania moczu (83,3%), krwawienie z pochwy niezwiązane z menstruacją (61%). Powiększenie węzłów chłonnych i gorączka będącymi charakterystycznymi objawami kiły wskazało jedynie 41,9% respondentów. Podobne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych przez Carvalho S dos Ribeiro i wsp. [9], badani wymienili objawy takie jak owrzodzenie narządów płciowych (72,4%), upławy (68,6%), powiększenie pachwinowych węzłów chłonnych (65,7%), bólem i pieczeniem podczas oddawania moczu (65,7%), swędzeniem w okolicy narządów płciowych (62,9%) oraz ból brzucha (42,9%).

WNIOSKI

1. Płeć nie wpływa na wiedzę w zakresie zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, zarówno kobiety, jak i mężczyźni wiedzą, że dochodzi do tego głównie w czasie inicjacji seksualnej.

2. Wiedza kobiet w zakresie czynników wywołujących choroby przenoszone drogą płciową, do których zalicza się bakterie, wirusy, pasożyty oraz grzyby jest wyższa od wiedzy mężczyzn.
3. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni w takim samym stopniu odrzucają i uznają poszczególne czynniki ryzyka zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Potrafią wymienić czynniki takie jak duża liczba partnerów seksualnych, przygodne kontakty seksualne, stosunek płciowy bez zabezpieczenia, lecz jedyne połowo badanych uznała narkomanię i preferencje seksualne- stosunki homoseksualne, biseksualne, jako czynnik stanowiący zagrożenie.
4. Płeć nie ma wpływu na wiedzę w zakresie choroby zalicza się do chorób przenoszonych drogą płciową. Zarówno kobiety jak i mężczyźni potrafią wymienić AIDS, kiłę, HPV, chłamydiozę, lecz niewiele osób do grupy STD zalicza drożdżycę.
5. Zdecydowana większość społeczeństwa wie, że prezerwatywy są najlepszym środkiem antykoncepcyjnym zmniejszającym ryzyko zachorowania na choroby przenoszone drogą płciową.
6. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni w podobnym stopniu potrafią wymienić sytuację ryzykowną, w których może dojść do zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Większość społeczeństwa wybierała odpowiedzi podczas stosunku seksualnego, w studiu tatuażu, korzystając z publicznej toalety, lecz nie niewiele wiedziało, że w trakcie wizyty w solarium, u stomatologa, czy fryzjera może dojść do zainfekowania STD.
7. Ponad połowa społeczeństwa nie wie, że do zakażenia wirusem HIV dochodzi w wyniku spożywania mleka matki przez dzieci.
8. Zdecydowana większość społeczeństwa potrafi wymienić pieczenie podczas oddawania moczu, swędzących pochwy i prącia, zaczerwienienie okolic intymnych, czy ból podczas stosunków seksualnych jako objawy mogące sygnalizować zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, lecz niewiele wie, że powiększenie węzłów chłonnych, czy ból w podbrzuszu również mogą o tym świadczyć.

PIŚMIENNICTWO

1. Maciejewski S., Rudnica I.: Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2010 roku. Przegląd Epidemiologii 2012; 66: 453-458.

2. Krajewska- Kułak E.: Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej Lublin 2012; 24: 149-194.
3. Pierzak M., Wychowaniec M.: Wiedza studentów na temat chorób przenoszonych drogą płciową [w:] Zeszyty Studenckiego Ruchu Naukowego Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Zieliński A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego. Kielce, 2014; 21: 181-190.
4. Szmusiak A., Rzepka E., Hładki W.: poziom wiedzy na temat HIV i AIDS wśród społeczeństwa. Ostry Dyżur, 2015; 8(4): 108-112.
5. Mężyk I., Kubel M., Skrzypulec-Plinta V. i wsp.: Świadomość czynników ryzyka i metod profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową wśród młodzieży licealnej aglomeracji śląskiej. Wellness and Socjety 2013; 4: 123-128.
6. Zhang L., Gong R. L., Hanq R.. et al.: Survey of knowledge, attitude and practice regarding reproductive health among urban men in China: a descriptive study. Asian Journal of Andrology 2015; 17: 309-314.
7. Shah A., Malik A., Garg A. et al.: Oral sex and human papilloma virus-related head and neck squamous a cell cancer: a review of the literature. Postgraduate Medical Journal 2017; 93: 704-709.
8. Luces Lago AM., Porto Esteiro M., Mosquera Pan L., Tizon Bouza E.: A different approach to sexuality, contraception and prevention of sexually transmitted infections from school on Costa da Morte. Enfermeria Global, 2015; 14: 137-154.
9. Carvalho S dos Ribeiro P.M., Guimaraes RA., Moraes PA., Teles SA., Matos MA.: Prevalence of signs and symptoms and knowledge about sexually transmitted diseases. Acta Paulista de Enfermagem 2015; 28: 95-100.

ROLA I ZNACZENIE OPIEKI ZORIENTOWANEJ NA PACJENTA – SPOSOBY OBSERWACJI DOŚWIADCZEŃ PACJENTA I DĄŻENIE DO ICH POPRAWY, JAKO NOWY KIERUNEK W POMIARACH JAKOŚCI FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Katarzyna Wiśniewska^{1,2}, Agnieszka Zaucha Prażmo³, Ewa Kulbaka^{3,4}

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
2. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomiczna w Łodzi
3. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
4. Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

WSTĘP

Podstawowym założeniem systemu opieki zdrowotnej jest roztaczanie kompleksowej opieki nad pacjentami. Najważniejszym beneficjentem wszelkich działań podejmowanych przez światowe systemy zdrowia powinien być człowiek. Jego potrzeby zdrowotne kształtują organizację, strukturę oraz procedury funkcjonujące wewnątrz tego aparatu. System opieki zdrowotnej – w tym także lekarze, pielęgniarki i pozostały personel medyczny – nie może istnieć w oderwaniu od pacjenta. Odpowiedzią na wzrost świadomości dotyczącej zdrowia oraz działań profilaktycznych jest więc modyfikacja roli pełnionej przez poszczególne podmioty systemu zdrowia.

Rozwój technologii cyfrowej pozwolił na łatwiejszą edukację społeczeństwa w zakresie rozpoznawania swojego aktualnego stanu zdrowia, możliwych metod leczenia oraz praw przysługujących pacjentom. Powszechny dostęp do informacji o usługach wykonywanych w sektorze ochrony zdrowia pozwala na formułowanie konkretnych oczekiwań co do ich jakości. W tak ukształtowanym systemie dominującą rolę odgrywa już nie usługodawca, ale pacjent będący użytkownikiem poszczególnych usług. Dlatego decyzje dotyczące zmian w systemie opieki zdrowotnej nie mogą być podejmowane bez uwzględnienia głosu pacjentów. Postawienie pacjenta w centrum zainteresowania systemu ochrony zdrowia oznacza podniesienie jakości w relacjach zawodowych, organizacyjnych i osobistych pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami i ich rodzinami [1].

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Z tego względu popularyzacja opieki skoncentrowanej na pacjencie powinna podkreślać także rolę każdego z podmiotów budujących system zdrowotny: pacjenta (świadczeniobiorcy) i rodziny lub opiekunów pacjenta oraz lekarzy pielęgniarek i pielęgniarzy (świadczeniodawców).

Celem pracy jest spopularyzowanie w polskim systemie zdrowia modelu opieki zdrowotnej zaprezentowanego w koncepcjach *Patient Experience* oraz *pacjentocentryzmu*. Istotnym elementem jest także przedstawienie wpływu nowych trendów oraz roli monitorowania pacjenta w zwiększeniu jakości świadczonych usług medycznych.

ROZWINIĘCIE

System opieki zdrowotnej dbający o jakość oferowanych świadczeń powinien koncentrować się przede wszystkim na pacjencie oraz jego doświadczeniach [2, 3, 4]. Kluczowymi przejawami kierowania uwagi na doświadczenia pacjenta jest roztaczanie nad nim odpowiedniego wymiaru opieki oraz dbałość o utrzymywanie partnerskich relacji z pacjentem i jego rodziną.

Prawidłowo funkcjonująca opieka zdrowotna, korzystająca z europejskich standardów oraz konstytucji WHO, uwzględnia potrzeby pacjenta w procesie planowania swoich działań. W ten sposób pacjenci oraz ich rodziny stają się istotnym podmiotem w systemie, który mogą czynnie kształtować. Jednocześnie, mają także prawo oczekiwać od tego systemu wielowymiarowej pomocy – medycznej, socjalnej oraz psychologicznej [5, 6].

W literaturze podejmującej temat pozycji i roli pacjentów w polskim systemie zdrowia można odnaleźć wiele pomysłów i teorii. Wśród nich znajduje się także idea *pacjentocentryzmu* [7], która podkreśla potrzebę projektowania opieki medycznej na podstawie potrzeb, preferencji i sytuacji bytowej pacjentów. Koncepcja ta znalazła swoje miejsce także w nowej strategii Ministerstwa Zdrowia o nazwie „*Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030*” [7]. W tym kontekście warto zastanowić się nad działaniami, które pozwoliłyby osiągnąć rzeczywiste efekty na tym polu.

Koncentracja na pacjencie jest widoczna także w koncepcji *Patient Experience* definiowanej jako suma wszystkich interakcji pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. W ostatecznym rozrachunku, to właśnie one wpływają na to jak pacjent postrzega cały system zdrowotny oraz jaki będzie miał do niego stosunek w przyszłości [8].

Idea *Patient Experience* dotyczy interakcji między pacjentem a systemem, którego bezpośrednim przedstawicielem jest personel medyczny. Skupienie uwagi na jakości świadczonych usług oraz poprawne dopasowywanie się do potrzeb pacjenta pozwala na stworzenie efektywnego systemu skoncentrowanego na człowieku [9, 10]. Uwzględnianie koncepcji *Patient Experience* może posłużyć jako cenny wskaźnik jakości usług oferowanych przez poszczególne placówki. Odpowiednia analiza i wnioski dają więc perspektywę poprawy jakości całego systemu zdrowotnego, w tym także wyników klinicznych i opieki profilaktycznej [9, 11, 12]. Ocena doświadczeń pacjentów oraz ich opiekunów pozwala określić konkretne sfery wymagające modyfikacji, wdrożyć zmiany oraz uzyskać wyższą jakość usług, które będą koncentrować się na pacjencie [10, 13].

Po raz pierwszy znaczenie doświadczeń pacjenta wyeksponowały Stany Zjednoczone. Amerykański *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* już w 2007 roku włączył poprawę jakości świadczeń i doświadczenia pacjenta do celów strategicznych systemu ochrony zdrowia (*Triple Aim*). W ten sposób – obok zarządzania zdrowiem populacji oraz zmniejszenia kosztów opieki – przywiązywanie wagi do doświadczeń pacjentów stało się kluczowym narzędziem optymalizacji działania systemu opieki zdrowotnej [14, 15]. Niezwykle istotnym wydarzeniem dla koncepcji *Patient Experience* było stworzenie ujednoliconego instrumentu pomiarowego i strategii do zbadania doświadczeń pacjenta o nazwie *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Research and Quality (HCAHPS)*. Ta metodyka zbierania danych została wdrożona w 2006 roku w Stanach Zjednoczonych i do chwili obecnej jest tam stosowana jako narzędzie służące do pomiaru jakości doświadczeń pacjentów przebywających w szpitalach. Wyniki tych badań mają także wpływ na system publicznej refundacji [16, 17, 18, 19]. Stosowanie rozwiązań bazujących na doświadczeniach pacjentów jest powszechne także w innych krajach, takich jak Wielka Brytania (PPE-15), Szwecja, czy Norwegia.

Doświadczenia polskich pacjentów zostały zbadane po raz pierwszy w 2019 roku przez Siemens Healthineers. Raport badawczy pt. *Doświadczenia pacjenta w Polsce* zawierał dogłębną analizę systemu zdrowia w Polsce, dokonaną na podstawie ocen wystawionych przez niemal 2 tys. pacjentów oraz ich opiekunów [20]. Pod lupę wzięto doświadczenia wynikające z pobierania świadczeń w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Badania przeprowadzone przez Siemens Healthineers podjęły analizę doświadczeń pacjentów, dzieląc je na trzy podstawowe obszary: niezawodność systemu, dobrostan oraz zaangażowanie. Wśród 29 badanych czynników znalazły się następujące parametry: dbałość o poczucie godności, dostępność usług medycznych, jakość kontaktów z personelem lekarskim, pielęgniarskim i administracyjnym,

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

skuteczność leczenia, sprawność dostarczania usług medycznych, szacunek dla pacjenta, troska o dobrostan fizyczny i psychiczny, warunki w placówkach ochrony zdrowia.

Raport badawczy pt. *Doświadczenia pacjenta w Polsce* z 2019 roku wykazał, że jedynie 18% respondentów oceniło pozytywnie polski system ochrony zdrowia. Aż 39% badanych określiło kondycję tego systemu jako złą lub bardzo złą. Najlepiej ocenionymi placówkami zostały przychodnie POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) – 37% ankietowanych pacjentów i opiekunów oceniło swoje doświadczenia w tych placówkach jako w pełni satysfakcjonujące. W przypadku przychodni AOS (Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna) respondenci wykazywali już niższy poziom zadowolenia – satysfakcjonujące doświadczenia potwierdziło 32% badanych. Jednak zdecydowanie najniżej zostały ocenione szpitale, w których o pozytywnych doświadczeniach mówiło jedynie 26% pacjentów, podczas gdy 36% ankietowanych określiło swoje doświadczenia jako negatywne [20].

Zdolności komunikacyjne i edukacyjne personelu w polskich placówkach medycznych zostały ocenione dobrze. Pacjenci i opiekunowie zapytani o ostatnią interakcję z personelem medycznym odpowiedzieli, że informacje, które uzyskali były w pełni zrozumiałe – w przypadku przychodni odpowiedziało tak 38% respondentów, a w przypadku szpitali 32% respondentów. Ankietowani potwierdzili także, że bez żadnych przeszkód mogli zadawać pytania w razie pojawienia się wątpliwości – 39% w przychodni, 31% w szpitalu [20].

Respondenci ocenili przygotowanie do dalszej ścieżki leczenia, jako pozytywne i wystarczające. Prawie 50% ankietowanych otrzymało zrozumiałe wytyczne na temat dalszych kroków, które powinni wykonać. 44% badanych wystawiło także ocenę zdecydowanie pozytywną w pytaniu o otrzymywanie zrozumiałych wskazówek dotyczących dbania o zdrowie [20].

Ogólne poszanowanie godności pacjenta również zostało ocenione dobrze przez pacjentów. 46% badanych potwierdziło, że zapewniono im prywatność zarówno podczas pobytu w placówkach przychodni, jak i w trakcie wykonywanych tam procedur medycznych. 44% respondentów miało także doskonałe doświadczenia w kwestii zapewnienia im prywatności podczas przeprowadzania rozmów o zdrowiu. Nieco mniej pozytywnych doświadczeń w temacie prywatności odnotowano w nawiązaniu do pobyków szpitalnych – odpowiednio 35% dla zapewnienia prywatności w szpitalach oraz 34% w kwestii prywatności w rozmowach [20].

Duża część ankietowanych pacjentów potwierdziła, że w relacjach z personelem otrzymali traktowanie odznaczające się szacunkiem – 38% doskonałych doświadczeń podczas wizyt w przychodniach oraz 35% podczas wizyt w szpitalach [20].

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Istotnym czynnikiem wpływającym na doświadczenia pacjenta jest także czas poświęcony mu przez personel. W przeprowadzonym badaniu 38% ankietowanych oceniło ten czynnik pozytywnie w odniesieniu do przychodni, zaś 33% w odniesieniu do szpitala [20].

Na podstawie przeprowadzonego kwestionariusza, negatywne doświadczenia pacjentów wynikają w dużym stopniu z braku empatii ze strony personelu oraz ze zbyt małego – w ich odczuciu – zainteresowania stanem emocjonalnym pacjentów. Aż 31% respondentów doszło do wniosku, że personel medyczny nie wykazywał zainteresowania ich stanem emocjonalnym, zaś 32% badanych uważało, że nie otrzymali odpowiedniego wsparcia emocjonalnego w odwiedzanych placówkach medycznych. Nieco lepiej oceniono dbanie o kondycję fizyczną pacjentów, jednak w dalszym ciągu aż 20% badanych zasygnalizowało, że personel medyczny w szpitalu, w którym przebywali nie interesował się poziomem bólu odczuwanym przez leczonych pacjentów [20].

Na brak kompletnych informacji dotyczących ryzyka zdrowotnego płynącego ze stosowania konkretnych leków narzekało 38 % pacjentów – w odniesieniu do szpitala – oraz 31% pacjentów – w odniesieniu do przychodni. Zdaniem pacjentów, personel medyczny nie informuje też dostatecznie o ryzyku związanym z podejmowanymi procedurami medycznymi. 26% pacjentów przychodni oraz 28% pacjentów szpitalnych nie czuło się wystarczająco poinformowanych w tej kwestii. Ankietowani przyznali także, że placówki medyczne, z którymi mieli styczność, nie angażowały ich w podejmowanie decyzji dotyczących bezpośrednio pacjentów – dotyczyło to 24% badanych w odniesieniu do przychodni oraz 31% w odniesieniu do szpitali [20].

Interakcje na linii pacjenci – pracownicy administracyjni to obszar, który według badania Siemens Healthineers z 2019 roku wymaga solidnej poprawy: niemal 30% ankietowanych pacjentów i ich bliskich potwierdziło, że komunikaty formułowane przez personel administracyjny są zupełnie niezrozumiałe. Ma to negatywny wpływ na doświadczenia pacjenta w konkretnych placówkach prowadzące do uczucia zagubienia oraz dezorientacji co do przestrzeni oraz określonych procesów [20].

Na uwagę zasługuje także jakość wyżywienia podczas pobytów szpitalnych – aż 48% pacjentów określiło je jako zdecydowanie negatywne [20].

Dużym problemem z punktu widzenia pacjentów jest także czas oczekiwania na termin usługi. Swoje negatywne odczucia w tej kwestii wyraziło 28% pacjentów odwiedzających przychodzie oraz 30% pacjentów wizytujących szpitale. Komfort tych placówek też nie został oceniony najlepiej – odpowiednio 18% ankietowanych zapytanych o warunki w przychodniach oraz 28% zapytanych o warunki w szpitalach określiło je jako nieodpowiednie [20].

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Bardzo dużą rolę w kształtowaniu doświadczeń pacjenta odgrywa jego relacja z personelem, w tym przede wszystkim: poświęcanie pacjentowi odpowiednio dużo czasu, zapewnianie przestrzeni do nieskrępowanego zadawania pytań, czytelność i klarowność w objaśnianiu kolejnych etapów leczenia, a także zapewnianie koniecznej edukacji zdrowotnej. Niezwykle istotna jest także wrażliwość personelu na ból odczuwany przez pacjenta, jak również odpowiednie nim zarządzanie. Wymienione doświadczenia już teraz kształtują się na zadowalającym poziomie, dlatego należy zadbać jedynie o ich dalsze rozwijanie i wzmacnianie. Z drugiej strony są jednak doświadczenia, które nie zostały ocenione dobrze przez pacjentów i wymagają wprowadzenia mniejszych lub większych zmian. Dotyczy to przede wszystkim zagadnień z zakresu podmiotowości pacjenta, jak również spełniania potrzeb pacjentów i ich rodzin co do partnerstwa w relacjach oraz stopnia okazywanej empatii. Jakość czynności podejmowanych przez personel w zakresie dbania o dobrostan fizyczny zostało ocenione umiarkowanie pozytywnie. Z kolei empatia i wsparcie pacjenta w jego aktualnym stanie emocjonalnym, czy też uwzględnianie preferencji i stanowiska pacjenta podczas podejmowania decyzji odnośnie leczenia – w przypadku tych czynników konieczne jest wypracowanie lepszych rozwiązań i bardziej uważnego podejścia.

Poprawy wymagają także kwestie dotyczące infrastruktury oraz sprawności procesowej, a zwłaszcza elementów takich jak: zbyt niska przejrzystość harmonogramu leczenia i pobytu w konkretnej jednostce medycznej, niedostateczne zastosowanie nowoczesnej technologii medycznej, a także nieodpowiedni poziom komfortu w odwiedzanych placówkach zdrowotnych.

PODSUMOWANIE

Aby zrozumieć motywacje stojące za pozytywnymi oraz negatywnymi ocenami wystawianymi przez świadczeniobiorców, należy dokonać szczegółowej analizy ich doświadczeń nabytych podczas styczności z systemem zdrowia.

Doświadczenia to wielowarstwowe zagadnienie, ponieważ zawierają w sobie zarówno obiektywne fakty, jak i subiektywne, indywidualne odczucia. Mieszczą także wszelkie spostrzeżenia i wspomnienia powstałe podczas kontaktu pacjentów i opiekunów z systemem opieki zdrowotnej. To co pacjent zapamiętał, dostrzegł i zrozumiał jest więc kwestią indywidualną i niepowtarzalną, jednak nie należy zapominać o tym, że ogół doświadczeń pacjenta będzie rzutował w przyszłości na postrzeganie całego systemu ochrony zdrowia.

Tuż obok zaangażowania pracowników medycznych oraz zarządzania kosztami, poprawienie doświadczeń pacjenta jest trzecim filarem budowania wydolnego systemu opieki zdrowotnej w krajach wysokorozwiniętych [20]. Dostrzeżenie znaczenia doświadczeń pacjenta oraz otwartość służby zdrowia na dialog z pacjentem może przyczynić się do realnej poprawy jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Aby doszło do pozytywnej zmiany należy pamiętać także o podjęciu działań mających na celu poprawienie czynników ocenianych przez pacjentów i opiekunów najsłabiej. Uwzględnianie doświadczeń pacjentów i uczynienie ich integralnym składnikiem systemu zdrowia będzie miało realny wpływ na zwiększenie tempa i skali zmian w obrębie tego systemu.

Pierwszym krokiem polskiego systemu zdrowia w kierunku dorównania światowym standardom opartym na zarządzaniu doświadczeniami pacjentów jest stworzenie spójnego schematu bazującego na badaniu doświadczeń. Aby tak się stało potrzeba odpowiednich narzędzi badawcze, które pomogą wyodrębnić zarówno mocne, jak i słabe punkty w procesie tworzenia doświadczeń u pacjentów. Niezwykle istotne jest także inspirowanie się i rzetelna ocena systemów opieki zdrowotnej działających w krajach wysoko rozwiniętych, a także korzystanie z ogólnodostępnych baz danych w tej tematyce. Włączenie koncepcji *Patient Experience* oraz zagwarantowanie homogenicznego, spójnego schematu badania doświadczeń pacjenta, jak również potraktowanie tych doświadczeń jako ważnego wskaźnika jakości opieki zdrowotnej – oto kluczowe zadania stojące przed systemem zdrowotnym w Polsce.

PIŚMIENNICTWO

1. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser CS., Stange KC.: Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(8): 1489-1495.
2. Institute of Medicine. *Envisioning the National Health Quality Report*. Washington, DC: National Academies Press, 2001.
3. Golinowska S., Sowada C., Tambor M. et.al.: Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce - stan i perspektywy. *Zeszyt mbank - CASE* 2018; 156: 11.
4. Skarysz - Wolska H., Wronka M.: Efektywność w opiece zdrowotnej - zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji. *Studia Ekonomiczne, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach* 2013; 168: 256-269.

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

5. Skowron S., Dziewulski J.: Efektywność ochrony zdrowia w świetle zasad i funkcji współczesnego zarządzania [w:] Skuteczne zarządzanie placówką medyczną, Krajewski K., Wójtowicz M. (red.). Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001, 76..
6. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz.U. 1948 nr 61).
7. Ministerstwo Zdrowia „Zdrowa przyszłość”. Rany strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030, <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12348352/12798638/12798639/dokument509773.pdf> [data pobrania 22.6.2022).
8. Wolf JA.: Reframing the conversation on patient experience: Three considerations. Patient Experience Journal 2019; 6(1), article 1: 12-15.
9. Doyle C., Lennox L., Bell D.: A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open 2013; 3(1): 25-27.
10. Bleich SN., Özaltin E., Murray CJL.: How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ 2009; 87(4): 271-278.
11. Anhang Price R., Elliott MN., Zaslavsky AM. et al.: Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. Medical Care Research and Review 2014; 71(5): 522-554.
12. Gary TL., Maiese EM., Batts-Turner M., Wang NY., Brancati FL.: Patient satisfaction, preventive services, and emergency room use among African-Americans with type 2 diabetes. Disease Management 2005; 8(6): 361-371.
13. Denise DQ., Palimaru A., Lerner C., Hays RD.: A Review of Best Practices for Monitoring and Improving Inpatient Pediatric Patient Experiences. Hospital Pediatrics 2020; 10(3): 277-285.
14. Quigley DD., Mendel PJ., Predmore ZS., Chen AY., Hays RD.: Use of CAHPS® patient experience survey data as part of a patient-centered medical home quality improvement initiative. Journal of Healthcare Leadership 2015; 7: 41-54.
15. Little P., Everitt H., Williamson I. et al.: Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001; 323(7318): 908-911.

Rola i znaczenie opieki zorientowanej na pacjenta-sposoby obserwacji doświadczeń pacjenta i dążenie do ich poprawy, jako nowy kierunek w pomiarach jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

16. Mead N., Bower P.: Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000; 51(7): 1087-1110.
17. Toomey SL., Elliott MN., Zaslavsky AM. Et al.: Variation in Family Experience of Pediatric Inpatient Care As Measured by Child HCAHPS. *Pediatrics* 2017; 139(4): 23-29.
18. Agency for Healthcare Research and Quality. The CAHPS Child Hospital Survey. www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hospital/about/child_hp_survey.html. (data pobrania 22.06.2022)
19. Rosen KL., Allen S.: The Gift of Feedback: Child HCAHPS. *Pediatrics* 2017; 139(4): 12-15.
20. The blueprint for setting up an impactful patient experience program. A paper on "Improving patient experience" with an introduction by Jayson A. Wolf, PhD, CPXP, Siemens Healthineers 2019.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ

**Ewa Kulbaka^{1,2}, Grzegorz Kozłowski³, Marzena Janczaruk^{4,5}, Katarzyna Wiśniewska^{6,7},
Jolanta Stachyra^{5,8}**

1. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
3. Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
4. II Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie
5. Uniwersytet Medyczny w Lublinie
6. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
7. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
8. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

WSTĘP

Pomimo postępu medycyny, amputacje kończyn dolnych pozostają poważnym problemem klinicznym i interwencją konieczną w niektórych stanach zdrowia pacjenta. Amputacja jest związana z postępowaniem interdyscyplinarnym, w którym uczestniczą chirurg, ortopeda, rehabilitant medyczny, psycholog i lekarze innych specjalności. Zabieg ten w 90% przypadków wynika z przyczyn naczyniowych, przede wszystkim przebiegu niedokrwienia miażdżycowego i cukrzycy. Pozostałe przypadki powodowane są urazami lub późniejszymi następstwami urazów, nowotworami i wadami rozwojowymi [1].

Decyzję o amputacji kończyny dolnej podejmuje zespół chirurgów po stwierdzeniu, że wyczerpano inne metody leczenia. W ocenie pacjenta uwzględnia się obszar zmienionych tkanek, postęp procesu chorobowego i stan ogólny osoby chorej. Podczas planowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem należy uwzględnić przygotowanie chorego przed operacją oraz właściwe postępowanie w okresie pooperacyjnym. Amputacja kończyny dolnej może prowadzić do wystąpienia wielu powikłań. Są to krwaki, infekcje, martwica, przykurcze, nerwiaki i dolegliwości bólowe. Ważnym aspektem jest wsparcie emocjonalne pacjenta w trudnej dla niego sytuacji życiowej. W opiece nad pacjentem po amputacji pielęgniarka wykonuje wiele czynności, w tym bierze udział w usprawnianiu, prowadzi profilaktykę powikłań oddechowych i profilaktykę przeciwzakrzepową oraz z zakresu zapobiegania

przykurczy. Należy też uwzględnić edukację pacjenta, zwłaszcza na temat ogólnych zasad podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia oraz na temat właściwego układania kikuta, pielęgnowania skóry, techniki bandażowania i hartowania [2].

Definicja amputacji

Amputację definiuje się jako zabieg chirurgiczny, który polega na usunięciu części albo całego narządu. Jest wykonywany w ostateczności, po wyczerpaniu innych możliwości leczenia pacjenta. W obrębie kończyny dolnej amputacja polega na odjęciu kończyny i wytworzeniu poprzez protezowanie nowego narządu, który przejmie funkcję podpory ciała i funkcję lokomocyjną, jaką wykonuje naturalna kończyna dolna. Wskutek amputacji powstaje kikut, czyli część kończyny lub palca do najbliższego stawu. Optymalnie zaplanowana amputacja wiąże się z wytworzeniem takiego kikuta, który da szansę na usprawnienie pacjenta [1, 2].

Jest to jeden z najstarszych zabiegów operacyjnych, już lekarze starożytni wykonywali amputacje. Przez wiele lat problemem medycznym była nie sama technika wykonania amputacji, ale utrzymanie hemostazy pacjenta po operacji, więc wiele zabiegów kończyło się zgonem pacjenta. Dawnym chirurgom brakowało wiedzy na temat tamowania krwawienia z dużych naczyń krwionośnych, dopiero w XVI wieku wypracowano technikę podwiązki żył i tętnic. Trudności te znacznie zmniejszono po wprowadzeniu leków znieczulających, opasek uciskowych, podwiązek naczyniowych. Operacje odjęcia kończyny dolnej zaczęły być wykonywane coraz częściej w medycynie wojskowej od XIX wieku, wskutek upowszechnienia broni palnej. Od połowy XIX wieku zaczęto stosować zasady aseptyki i antyseptyki oraz znieczulenie eterowe [2].

Wskazania do amputacji kończyny dolnej

Wskazania do amputacji dzieli się na bezwzględne (w tej grupie pierwotne oraz wtórne) oraz względne.

Wskazania bezwzględne wiążą się z występowaniem uwarunkowań życiowych. Operacja musi zostać wykonana, ponieważ odstępianie od niej oznacza dla chorego utratę życia. Wskazania pierwotne, inaczej nazywane natychmiastowymi, występują wówczas, gdy amputacja została dokonana już przez uraz, wystąpiło masywne zmiążdżenie kończyn lub stwierdzono zgorzel gazową o gwałtownym przebiegu. Jeśli kończyna została uszkodzona przez uraz, lekarz musi jak najszybciej zatrzymać krwawienie i zaopatrzyć ranę chirurgicznie.

Przy masywnym zmiażdżeniu lub zgorzeli gazowej przeprowadza się szybką ocenę, czy możliwe jest inne postępowanie terapeutyczne. Zabiegi przeprowadzane w trybie pilnym ze wskazań natychmiastowych mają na celu ratowanie życia, więc często nie rozważa się wtedy kwestii związanych z wyglądem czy przyszłą funkcją kikuta. Wskazania wtórne (odroczone) występują w przypadku głębokich oparzeń lub odmrożeń oraz postępującego niedokrwienia przebiegającego z martwicą kończyny, jeśli wyczerpano inne możliwości terapii leczenie zachowawcze, chirurgiczną poprawę ukrwienia. Są to przypadki, gdy amputacja jest konieczna, ale może być odłożona w czasie na tyle, żeby przygotować pacjenta do operacji, poprawić jego stan ogólny, przeanalizować poziom i sposób przeprowadzenia amputacji [1, 3].

Wskazania względne to wszystkie sytuacje, w których odjęcie kończyny pozwala poprawić funkcję narządu ruchu albo uwolnić pacjenta od szpecących zniekształceń lub poprawić jakość życia chorego, poprzez uwolnienie od uporczywych dolegliwości bólowych, przewlekłej przetoki lub niegojącej się rany. Ten typ amputacji przeprowadza się, gdy kończyna jest dotknięta wadami wrodzonymi czy nabytym zniekształceniem uniemożliwiającym obciążanie kończyny. Inny przypadek to zainfekowane stawy rzekome. Przed operacją ze wskazań względnych dokonuje się bilansu korzyści i strat planowanego odjęcia kończyny wraz z uwzględnieniem konsultacji ze specjalistą w zakresie protezowania [1].

U pacjenta z KNKD amputacja jest związana z dużym ryzykiem, zależnym od liczby i rodzaju chorób współistniejących, np. miażdżycy tętnic wieńcowych, trzewnych i mózgowych. Powinno dążyć się do zachowania stawu kolanowego, ale przy utrwalonym przykurczu koniecznością jest amputacja na poziomie uda. Główne wskazania do amputacji to martwica rozplywna stopy lub goleni, utrwalony przykurcz kończyny, stopień zaawansowania zmian niedokrwiennych niepozwalający na zabiegi naprawcze, ból niereagujący na farmakoterapię [4].

U pacjenta z ZSC wskazania do amputacji kończyny dolnego to poprawa zdrowia, funkcjonowania i/lub cel kosmetyczny. Decyzja o amputacji zapada, gdy nie były skuteczne inne sposoby leczenia. Konieczność amputacji wiąże się z ryzykiem wystąpienia poważnych i trudnych do leczenia infekcji. Nawet drobne uszkodzenie stopy może prowadzić do poważnego zakażenia, jeśli nie uda się go wyleczyć, amputacja jest ostatnią opcją leczenia. W ZSC do wskazań bezwzględnych zalicza się przerwanie unaczynienia obwodowego kończyny, zgorzel gazową, martwicę, rozległe oparzenia III stopnia, odmrożenia III stopnia. Wskazania względne to zniszczenie skóry i mięśni na dużej przestrzeni, zmiażdżenia, ubytki 1/3 części kości długich ze zniszczeniem skóry i mięśni, rozległe ropowice lub ropnie, uszkodzenie pnia nerwu kulszowego. W ocenie pacjenta bierze się pod uwagę wystąpienie zakażenia

zagrożającego życiu, bólu spoczynkowego, utrwalonego przykurcza kończyny, rozległej martwicy tkanek stopy [5].

W aspekcie wskazań do operacji należy jeszcze przedstawić kwestię zgody wyrażonej przez pacjenta. Przepisy prawa i normy etyczne nakładają na lekarza obowiązek uzyskania świadomej zgody na proponowane leczenie, przy czym dla potrzeb wykonania zabiegu operacyjnego powinna to być zgoda w formie pisemnej. Warunkiem formalnym uzyskania świadomej zgody jest przedstawienie choremu informacji na temat jego zdrowia, metody leczenia (istoty zabiegu), skutków i ryzyka związanych z leczeniem. Pacjent musi zrozumieć informacje istotne dla podejmowania decyzji. W przypadku pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, splątanego, nieprzytomnego, z chorobą otępienną lekarz działa na podstawie zgody zastępczej przedstawiciela ustawowego, albo opiekuna faktycznego lub zgody sądu opiekuńczego. Tylko w sytuacji, gdy zwłoka związana z wyrażeniem zgody na leczenie może stwarzać sytuację zagrożenia życia, lekarz po konsultacji z innymi specjalistami może zdecydować o rozpoczęciu leczenia [6].

Kliniczne aspekty amputacji kończyny dolnej

Przyczyny amputacji kończyn dolnych znacznie różnią się od powodów amputacji kończyn górnych. Kończyny górne są najczęściej amputowane z przyczyn urazowych, na poziomie nadgarstka, przedramienia i wyższym. Amputacje kończyn dolnych w 9 na 10 przypadków wynikają z powikłań przebiegu chorób naczyniowych, pojawienia się niedokrwienia w miażdżycy i wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej w cukrzycy. Urazy pozostają przyczynami około pozostałych 10%, wraz z nowotworami lub wadami rozwojowymi [1, 7].

Choroba tętnic obwodowych (PAD) wiąże się z przewlekłym niedokrwieniem tętnic postępującym wskutek rozwoju miażdżycy. Choroba ta rozwija się także w obrębie kończyn dolnych. U 60% pacjentów proces niedokrwienia postępuje, a w tej grupie 1-2% przypadków kończy się krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych (KNKD). Nawet przy łagodnym przebiegu niedokrwienia u pacjenta mogą pojawić się trudno gojące owrzodzenia kończyny dolnej, zwłaszcza przy występowaniu innych czynników ryzyka, cukrzycy, dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego. Kryteria rozpoznania KNKD to ciśnienie skurczowe krwi na poziomie kostek mniejsze niż 50 mm Hg albo ciśnienie na paluchu mniejsze niż 30 mm Hg lub ciśnienie parcjalne tlenu w pomiarze przez skórny mniejsze niż 30 mm Hg. KNKD stwierdza się u chorych na miażdżycę, gdy ponad 2 tygodnie trwa spoczynkowy ból niedokrwienno, wystąpi owrzodzenie lub martwica związana z chorobą tętnic.

Można zaobserwować na kończynie wysuszoną skórę, zgrubiałe i zniekształcone paznokcie, atrofię mięśni, oziębienie kończyny, słabe tętno albo brak tętna, bladą i zasinioną skórę. Wskaźnik kostka-ramię (ABI, prawidłowe 0,4-1,15) jest mniejszy niż 0,4, chociaż już wartości mniejsze niż 0,9 wskazują na występowanie miażdżycy zarostowej, a wartość większa niż 1,3 pozwala rozpoznać tętnice niepodatne na ucisk i wysokie zagrożenie amputacją. Częstość takiego stanu szacuje się na 400-1000 przypadków na 1 mln mieszkańców i rokowanie jest bardzo złe. Chorych leczy się objawowo, terapią podciśnieniową, preferuje się rewaskularyzację przywracającą przepływ krwi. Około 30% pacjentów poddawanych jest amputacji, a w tej grupie tylko co piąty po operacji może samodzielnie chodzić (zakres amputacji jest zwykle duży) [4, 8, 9, 10].

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) to jedno z najgroźniejszych powikłań w przebiegu nieskutecznie leczonej albo w ogóle nieleczonej cukrzycy. Obejmuje wszystkie tkanki stopy, definiowany jest jako obecność infekcji, owrzodzenia i destrukcji tkanek głębokich połączone z zaburzeniami neurologicznymi albo chorobą naczyń obwodowych – objawy te zlokalizowane poniżej kostki kończyny dolnej mogą mieć różne stopnie zaawansowania. Stopa ze względu na pełnioną funkcję podpory ciała jest narażona na obciążenia i ryzyko różnych urazów, a u pacjenta chorującego na cukrzycę każdy uraz lub zranienie może skończyć się powikłaniami. Wyróżnia się ZSC w postaci neuropatycznej, niedokrwiennej i mieszanej [5, 11, 12].

Neuropatyczna stopa cukrzycowa wiąże się z zespołem uszkodzeń obwodowego układu nerwowego, do których dochodzi wskutek hiperglikemii, nadciśnienia, zaburzeń lipidowych. Palenie tytoniu przyspiesza zmiany, pojawiają się owrzodzenia kończyny dolnej związane z uszkodzeniem unerwienia skórno i nieprawidłowym odżywieniem tkanek stopy. U pacjenta występuje zmniejszenie lub całkowity zanik czucia dotyku, bólu, temperatury, wibracji przy zachowanym krążeniu i tętnie na tętnicach grzbietowych stopy. Formują się palce młoteczkowate, wysoki łuk sklepienia stopy, zniekształcenia stawów (stopa Charcota) i modzele w punktach podparcia stóp. Dalsza faza obejmuje zaburzenia unerwienia tętnic i tętniczek, zmiany w strukturze kości, zaburzenia przepływu krwi. Ważne jest, że pacjent pozbawiony czucia w stopie nie zauważa urazów i stanów zapalnych [5, 13].

Postać niedokrwienno jest związana z wystąpieniem miażdżycy naczyń krwionośnych w obrębie stopy i podudzia, obejmującej tętnice i żyły kończyny dolnej (makroangiopatia cukrzycowa) albo mikronaczynia kończyny dolnej (mikroangiopatia cukrzycowa). Objawami niedokrwienia są początkowo cienka i sucha skóra, zanik owłosienia, pęknięcia na skórze pięty, zasinienie palców lub stopy w pozycji opuszczonej, bladość po uniesieniu kończyny.

Potem dochodzi do zaniku tkanek miękkich i wydłużenia czasu wypełnienia żylnego, pacjent odczuwa osłabienie mięśni kończyny, parestezje, jest bardziej podatny na odczucie zimna. Można zaobserwować chromanie przystankowe, występuje ból (podczas chodzenia i spoczynkowy), drętwienie, stwardnienie mięśni. W zaawansowanej fazie pojawia się martwica tkanek w obrębie palców stopy [5, 14].

Zespół mieszany stopy cukrzycowej występuje najczęściej. Jest to połączenie cech oraz objawów stopy neurotycznej i niedokrwiennej. Najwięcej przypadków ZSC, zakończonych wskazaniem do amputacji, występuje u pacjentów powyżej 60 roku życia. Ryzyko, że u pacjenta dojdzie do amputacji ocenia się przy stosowaniu kryteriów zaawansowania owrzodzenia i obecności infekcji albo niedokrwienia. Przy obecności niedokrwienia, ale bez owrzodzeń jest to 25% ryzyka, natomiast przy wystąpieniu owrzodzenia ryzyko rośnie do 50% albo 100% zależnie od głębokości owrzodzeń [5, 7].

Według innej typologii przyczyny amputacji można podzielić na wrodzone oraz nabyte. Do przyczyn wrodzonych należą ubytki albo braki kończyn powstające wskutek nieprawidłowości rozwojowych w okresie prenatalnym. Większą grupę przyczyn stanowią przyczyny nabyte związane z przebiegiem schorzeń albo urazów (amputacje traumatyczne) [15].

Rodzaje i poziomy amputacji kończyny dolnej

Amputacji kończyny dolnej dokonuje się w obrębie stopy, na poziomie goleni i na poziomie uda. Amputacja przeprowadzana w obrębie stopy może mieć różny zakres:

1. Amputacja Sharpa-Jagera – odjęcie większej części przodostopia.
2. Amputacja Lisfranca – odjęcie mniejszej części przodostopia, co pozwala pacjentowi chodzić bez protezy, w butcie ortopedycznym albo w obuwiu zaopatrzonym we wkładki ortopedyczne.
3. Amputacja Choparta – odjęcie na poziomie kości stępu, stwarza potem trudności zaprotezowania.
4. Amputacja Boyda – odjęcie stopy z pozostawieniem kości piętowej.
5. Amputacja Syme'a – odjęcie całej stopy.
6. Amputacja Pirogowa – odjęcie całej stopy z pozostawieniem dolnej części kości piętowej przykładanej do końca piszczeli po usunięciu chrząstki stawowej [5].

Amputacje wykonywane w ZSC często mają niewielki zakres, obejmują pojedyncze palce, place z częściami kości śródstopia, golenie. Poziom amputacji jest wyznaczony poziomem zmian, np. martwicy, występowaniem ukrwienia tkanek, rokowania co do zagojenia rany [5].

Amputacje przeprowadzane na poziomie goleni i uda (rycina 2) mogą zostać zaplanowane z utworzeniem tak zwanego kikuta oporowego (odjęcie w stawie kolanowym), kikuta Callandera (usunięcie rzepki w całości przy zachowaniu aparatu ścięgnowo-powięziowego) lub amputacją podkrętarzową (pozostawienie w stawie głowy z odcinkiem kości udowej i zachowaniem przyczepów mięśniowych). Podczas amputacji bierze się pod uwagę, jaka jest możliwość zaopatrzenia w protezę [5].

Wśród amputacji kończyny dolnej można rozróżnić duże amputacje kończyn – przeprowadzane na poziomie goleni i wyżej. Stosuje się w nich dwie techniki:

1. Amputację otwartą - stosowaną dość rzadko w operacjach przeprowadzanych w trybie pilnym z powodu zmiażdżenia kończyn, po amputacji dokonanej urazem albo z powodu masywnej infekcji, zwłaszcza beztlenowej. Zabieg jest tak przeprowadzany, aby pozostawić ranę całkowicie lub częściowo otwartą na wypadek masywnego ropienia, martwicy tkanek. W przyszłości planuje się reamputację albo wykonanie plastyki przystosowującej kikut do protezy.
2. Amputację definitywną, zamkniętą – wykonuje się ją tak, aby nad szczytem kikuta kostnego zszyć mięśnie i płaty skóry, kikut pokryty warstwą mięśni jest silniejszy, odporniejszy na ucisk i urazy, można go zaprotezować z dobrym wynikiem [15, 16, 17].

Odmianą amputacji zamkniętej jest amputacja mioplastyczną, która polega na łączeniu przeciwstawnych grup mięśni nad szczytem kikuta kostnego albo na mocowaniu grup mięśni do kości. Pozwala to uzyskać skurcze fizjologiczne, izometryczne mięśni, zamiast skurczów patologicznych. Jako odmianę wyróżnia, się też amputacje urazowe – takie, w których faktyczne odjęcie kończyny zostało dokonane wskutek mechanizmu urazu, a w czasie operacji opracowuje się kikut, starając się maksymalnie oszczędzić powstały ubytek. Chirurg wyrównuje ranę, wytwarza płaty skóry, skraca lekko kość, opracowuje więzadła i ścięgna stawowe [15, 16].

Amputacja, jako odmiana operacji mimo postępu technik chirurgicznych pozostaje zabiegiem obciążonym wysokim ryzykiem i dużą śmiertelnością. Wykonuje się ich w Polsce rocznie ponad 12 tysięcy. Po dużej amputacji kończyn wskaźnik śmiertelności wynosi 10-20%, a w grupie starszych pacjentów po wykonaniu amputacji powyżej stawu kolanowego może wynosić nawet 30% [18].

Determinanty jakości życia pacjenta oraz psychologiczne aspekty

Amputacja kończyny dolnej jest zabiegiem okaleczającym i nieodwracalnym, wpływającym na upośledzenie czynności narządu ruchu i w związku z tym skutkującym problemami lub ograniczeniami w obszarze samodzielności pacjenta. Możliwości lokomocyjne są bardzo ważne w aspekcie jakości życia. Często amputacja zmienia całkowicie sytuację pacjenta i jego rodziny w aspekcie społecznym, ekonomicznym i psychicznym. Aktywność chorego ulega pogorszeniu, chory napotyka wiele trudności podczas poruszania się, co ogranicza jego życie prywatne i społeczne, możliwość podejmowania pracy czy nauki, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów towarzyskich. Sporym problemem jest poczucie zależności od innych. Nasilenie odczuwanej obniżonej jakości życia zależy u pacjenta po amputacji kończyny dolnej od stopnia, w jakim nauczy się radzić sobie z codziennymi obowiązkami. Większe utrudnienia w tym zakresie mają osoby starsze, pacjenci w krótkim czasie po operacji, chorzy z niższym poziomem wykształcenia [19, 20, 21].

W jakim stopniu po wykonaniu amputacji można podnieść poczucie jakości życia pacjenta, zależy od możliwości wykonywania codziennych czynności. Gorszą sytuację mają chorzy z amputacją obustronną, ponieważ nieodzowna jest dla nich pomoc w trakcie przemieszczania się, mycia, korzystania z toalety. U części pacjentów odczuwających wcześniej wskutek zmian chorobowych duże dolegliwości bólowe amputacja może poprawić jakość życia, jeśli nastąpi po niej szybkie protezowanie, podjęcie rehabilitacji i wskutek tego uzyskanie możliwości poruszania się [18, 22].

Pacjentowi trudno jest zaakceptować konieczność amputacji kończyny. To zabieg podejmowany w ostateczności, dla ratowania życia, ale po uzyskaniu diagnozy oraz informacji chory postrzega to przede wszystkim jako poważne okaleczenie. Ma świadomość, że sytuacja po amputacji zmieni się diametralnie, będzie wymagała rezygnacji z wielu aktywności i zmieni wygląd ciała. Nawet pacjenci, którzy wcześniej doświadczyli wielu dolegliwości z powodu choroby kończyny, mają wiele problemów emocjonalnych na myśl o perspektywie straty. Akceptacja zmienionego wyglądu ciała jest szczególnie trudna dla pacjentów młodszych i dla kobiet, myśl o ciele bez kończyny dolnej sprawia, że obniża się samoocena. Istotny jest też

poziom przeprowadzenia amputacji, bo duże problemy mają najczęściej osoby, które zmuszone są po zabiegu korzystać z wózka inwalidzkiego [2].

Pacjent skonfrontowany z koniecznością amputacji jest niejako skazany na przeżywanie silnych emocji negatywnych. Operacja jest drastyczna i nieodwracalna, więc od chwili pierwszej wiadomości chory znajduje się w bardzo trudnej sytuacji. Ciężkim przeżyciem staje się już wyrażenie zgody na zabieg. Pacjent obawia się samej operacji i jej wyniku, odczuwa strach na myśl o przyszłości bliższej i dalszej. W bliskiej perspektywie musi się liczyć z bólem i unieruchomieniem, w dalszej – z inwalidztwem, ograniczonymi możliwościami pracy zawodowej albo niemożliwością pracy zawodowej, niskim statusem materialnym, brakiem kontaktów z innymi ludźmi. Ten ostatni aspekt często wynika z nastawienia psychicznego, osoby po amputacji nierzadko zaczynają unikać innych ludzi. W okresie po amputacji wiele osób zaczyna dostrzegać, jak dużo w ich otoczeniu jest elementów ograniczających możliwości, krawężniki, schody. Nawet w codziennym otoczeniu domowym dostrzega się wiele barier, które wcześniej nie były ograniczające [18, 22].

Bóle fantomowe po amputacji

Przeżycia fantomowe to zjawisko urojonej kończyny, w zakres którego mogą wchodzić bóle, ale także inne odczucia, swędzenia, pieczenia, ciepła lub zimna w obrębie amputowanej kończyny. Bóle fantomowe nie są wyjaśnione w sposób medyczny, mogą być błędem interpretacyjnym pobudzonych receptorów. Wiążą się z aktywnością pewnych obszarów mózgu, w których komórki przez jakiś czas zachowują pamięć o usuniętej kończynie. Zjawisko odczuwania nieobecnej części ciała występuje u sporej liczby pacjentów. W postaci bólu pojawia się u 42-79% chorych po amputacji różnych części ciała, częściej występuje właśnie w grupie pacjentów po amputacji kończyn górnych. Ból może być odczuwany od razu po operacji albo pojawia się nawet kilka lat po utracie kończyny. Największe grupy pacjentów mają to odczucie podczas miesiąca po amputacji albo około roku po amputacji. Najczęstszą postacią bólu jest mrowienie, rwanie, klucie albo drętwienie w różnym nasileniu, pojawiające się ze zróżnicowaną częstotliwością i z różnym czasem trwania, od kilku minut do kilku godzin. Ból fantomowy jest odczuwany jako ból o różnej lokalizacji w miejscach urojonej kończyny, zawsze pogarsza sen i samopoczucie pacjenta [23, 24].

Z medycznego punktu widzenia czucie fantomowe jest subiektywnym stanem pacjenta i iluzją, ale wpływa na nastrój pacjenta i jego gotowość do uczestniczenia podczas postępowania terapeutycznego. U części pacjentów czucie fantomowe zmienia się z czasem po operacji, przechodząc w tak zwany efekt teleskopowy, pacjent ma wrażenie, że nieistniejąca

kończyna zmniejsza się stopniowo aż do osiągnięcia rozmiarów kikuta. Ryzyko bólów fantomowych zmniejsza się po dopasowaniu protezy i prowadzeniu rehabilitacji. Bóle fantomowe mogą poza tym współwystępować z rzeczywistymi bólami kikuta, czego doświadczą około 60 % pacjentów. Często ból rzeczywisty jest oznaką powikłań, nerwiaka, odleżyny, stanu zapalnego blizny, zapalenia kości [2].

Opieka pielęgniarska sprawowana nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej

Pielęgniarka wchodząca w skład zespołu terapeutycznego sprawuje opiekę nad pacjentem już w trakcie przygotowania do amputacji oraz po wykonaniu operacji. Spełnia szczególną rolę, bo najczęściej jest przy pacjencie i w razie potrzeby służy jako łącznik chorego z innymi osobami z zespołu, chirurgiem, anestezjologiem, psychologiem, rehabilitantem, dietetykiem, innymi specjalistami. Przed operacją celem opieki jest uzyskanie optymalnie dobrego stanu ogólnego dzięki wyrównaniu współistniejących zaburzeń metabolicznych. Dobre przygotowanie pacjenta zwiększa szanse na lepsze wyniki leczenia. W ramach przygotowania do operacji trzeba uwzględnić zaakceptowanie przez pacjenta konieczności leczenia. Po informacji związanej z amputacją pojawia się wiele problemów emocjonalnych, co wymaga udzielania wsparcia i przekazywania informacji. Dobrą metodą jest zorganizowanie spotkania z innymi pacjentami, którzy wcześniej mieli amputację i już poruszają się przy wykorzystaniu protezy [2, 25].

Pacjent musi być też przygotowany rehabilitacyjnie i fizycznie do zabiegu. Najczęściej stosuje się ćwiczenia zapobiegające przykurczom stawowym, poprawiające ogólną wydolność fizyczną i sprawność ruchową, np. odwracanie się z pleców na boki, siadanie, utrzymywanie równowagi. Oprócz tego ćwiczenia wzmacniają mięśnie kończyn górnych, bo silne ręce ułatwią pacjentowi wykonywanie różnych czynności. Zaleca się też wzmocnienie układu oddechowego, ćwiczenia oddechu, kaszlu, gimnastykę oddechową. Przed operacją kontrolowane są parametry życiowe pacjenta, wykonuje się toaletę całego ciała, 2 godziny przed zabiegiem przygotowuje się pole operacyjne. Chory nie otrzymuje pokarmów stałych i płynnych, aby zabezpieczyć przed aspiracją treści pokarmowej, dąży się też do wyrównania niedoborów elektrolitów. Pielęgniarka zapewnia dostęp żylny u pacjenta, sprawdza dokumentację, w tym podpisanie przez chorego zgody na zabieg [2, 26].

W okresie pooperacyjnym pielęgniarka monitoruje świadomość pacjenta, prowadzi pomiar podstawowych funkcji życiowych, ciśnienia tętniczego co 15-30 minut przez 2 godziny po zabiegu, później co 2-3 godziny, pomiar tętna, temperatury ciała, oddechu, ilości wydalonego moczu. Obserwacji podlega opatrunek, rodzaj i ilość wydzieliny z rany

operacyjnej, obserwuje się też zachowanie pacjenta. Należy dbać o prawidłowe ułożenie amputowanej kończyny z odwiedzeniem w stawie biodrowym, poza tym wykonywać zalecenia lekarskie i dokumentować wszystkie czynności pielęgniarskie. W opiece pielęgniarskiej nad pacjentem po amputacji należy wziąć pod uwagę występowanie takich powikłań, jak krwaki, infekcje, martwica, przykurcze, nerwiaki oraz bóle. Każde powikłanie wydłuża okres hospitalizacji. Łóżko pacjenta powinno być płaskie, nie ugiąć się pod ciężarem ciała, wyposaża się je w pomoce do siadania i zmiany pozycji. W opiece pielęgniarskiej należy wziąć pod uwagę także ryzyko pojawienia się odleżyn, zaników mięśniowych, zapalenia płuc, powikłań zatorowo-zakrzepowych, zaparcia oraz obniżenia nastroju [2, 5, 27].

Ważnym postępowaniem po operacji jest rehabilitacja i prewencja wtórna. Celem usprawnienia we wczesnym okresie pooperacyjnym jest wsparcie możliwości samodzielnego funkcjonowania. Usprawnianie zaczyna się w kolejnym dniu po operacji i jest kontynuowane przez cały czas hospitalizacji. Konieczne jest postępowanie fizjoterapeutyczne, które obejmuje hartowanie kikuta, opracowanie blizny i terapię ułożeniową. Hartowanie jest ważne w procesie usprawniania, bo kikut nadmiernie wrażliwy na ucisk może źle zareagować na zaopatrzenie ortopedyczne. W ramach hartowania wykonuje się masaż klasyczny kikuta, naprzemiennie stosuje się ciepłą i zimną wodę, pociera się kikut rękawicą frotte. Opracowanie blizny polega na stosowaniu technik głaskania i rozcierania z masażu klasycznego od obwodu w kierunku blizny i odwrotnie, stosowanie dodatkowo technik ugniatania. Pacjent jest odpowiednio układany i powinien być edukowany, jakie pozycje przyjmować, aby uchronić kikut przed wystąpieniem przykurczy. Pojawiające się przykurcze należy minimalizować poprzez ćwiczenia czynne, zakładania wyciągów i ćwiczenia oporowe. Edukacja obejmuje także naukę prawidłowego bandażowania kikuta oraz zalecanych ćwiczeń koordynacyjnych i równoważnych oraz pozwalających na uzyskanie prawidłowej pozycji ciała. Edukacją należy obejmować także rodzinę pacjenta, która w warunkach domowych będzie pielęgnować chorego, pomagać mu podczas ćwiczeń i nauki chodu. Ważne zagadnienie ujęte w edukacji to kwestie dotyczące choroby podstawowej i chorób współistniejących, które przyczyniły się do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i w dalszej perspektywie po amputacji mogą też powodować zagrożenia dla zdrowia [5, 12, 28].

Edukacja pacjenta po amputacji kończyny dolnej musi uwzględniać kwestie bezpiecznego wykonywania różnych ruchów, ponieważ chorzy po takiej operacji są wysoko narażeni na ryzyko upadków, które mogą kończyć się poważnymi uszkodzeniami. Rolę profilaktyki upadków pełnią ćwiczenia poprawiające stabilność postawy ciała i kształtujące wzorce postępowania, np. podczas przemieszczania się albo zmiany pozycji.

Pacjent potrzebuje też wiedzy o sposobie takiego ustawiania łóżka w domu, aby amputowana kończyna była po stronie ściany i podczas wstawania kończyna podporowa pierwsza dosięgała podłoga. Otoczenie domowe chorego powinno być inaczej zorganizowane, należy usunąć dywany lub chodniki z pomieszczeń albo przymocować je do podłogi [2].

CEL PRACY

Głównym celem pracy jest przedstawienie procesu organizowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po zabiegu amputacji kończyny dolnej.

Cel pracy przedstawiono w postaci następującego pytania:

Jak sprawowana jest opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu amputacji kończyny dolnej?

Pytania szczegółowe postawiono w następujący sposób:

1. Jakim problemem jest najdotkliwiej spostrzegany przez pacjenta po zabiegu amputacji kończyny dolnej?
2. Jaki zakres profilaktyki trzeba uwzględnić w opiece nad pacjentem po zabiegu amputacji kończyny dolnej?
3. Jakie są potrzeby edukacyjne pacjenta po zabiegu amputacji kończyny dolnej?

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o metodę indywidualnego przypadku. Podczas własnych badań zastosowano techniki wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej i pomiaru.

Wśród narzędzi badawczych zastosowano: arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, Skalę numeryczną oceny bólu VAS (*Visual Analogue Scale VAS*), Wskaźnik masy ciała BMI (*body mass index*), Skala Barthel, Skala Glasgow (*GCS, Glasgow Coma Scale*), Skala Norton.

WYNIKI

Studium przypadku pacjenta po amputacji kończyny dolnej – analiza i opis

Opisywanym przypadkiem badań jest mężczyzna wieku 71 lat, z zawodu technik elektryk, od sześciu lat na emeryturze. Zamieszkały z żoną i synem w domu jednorodzinnym, na wsi, niedaleko miasta powiatowego. Warunki mieszkaniowe określił jako dobre, w domu 5 pomieszczeń, dostęp do mediów. Pacjent bez nałogów (wcześniej palił papierosy – rzucił 10 lat temu). Ponad 20 lat wcześniej zdiagnozowano u niego cukrzycę typu 2.

Pozostawał pod opieką poradni diabetologicznej jest leczony insuliną. Wśród chorób współistniejących podaje nadciśnienie tętnicze, nadwagę.

Pacjent przyznał, że dawki insuliny przyjmował nieregularnie, ale według jego informacji w pomiarach wykonywanych w domu wyniki glikemii były dobre. Niesystematycznie też przyjmował leki hipotensyjne, w chwili przyjęcia do szpitala nie potrafił dokładnie podać, jakie leki przyjmuje. Przyznał, że od jakiegoś czasu odczuwał mrowienie w lewej stopie i drętwienie, zaniki czucia. Zgłosił się do lekarza POZ w związku z podejrzeniem infekcji po utrzymującym się przez kilka dni stanie podgorączkowym i ogólnym osłabieniu, dodatkowo zgłosił dolegliwości lewej kończyny dolnej (od kilku dni utykał). Podczas kontroli w przychodni stwierdzono podwyższone wartości ciśnienia i glikemii, zmiany w obrębie palców lewej stopy. Pacjent nie zgodził się na skierowanie do szpitala, ale kilka dni później w domu zasłabł i upadł, wtedy został przywieziony przez ZRM do szpitala wojewódzkiego.

Opis stanu pacjenta na podstawie kwestionariusza wywiadu pielęgniarskiego:

Układ krążenia: Tętno 76/min, dobrze napięte, miarowe.

Ciśnienie tętnicze krwi 179/95 mmHg. Obrzęki w kończynach dolnych. Pacjentowi założono kaniulę (wenflon na przedramieniu lewej ręki).

Układ oddechowy: 17 oddechów/min, oddech prawidłowy, brak kaszlu, saturacja 96%. U pacjenta występowała duszność wysiłkowa przy zachowanej drożności dróg oddechowych.

Układ nerwowy: W chwili przyjęcia do szpitala stan pacjenta ogólnie dobry, pacjent przytomny, w dobrym kontakcie logiczno-słownym, świadomość według skali Glasgow 15 pkt. W wywiadzie brak informacji o zaburzeniach snu, zasypianie prawidłowe.

Funkcjonowanie zmysłów: Wzrok, słuch, smak u pacjenta były prawidłowe. Czucie było prawidłowe oprócz obszaru lewej stopy – pacjent nie reagował na słaby dotyk, odczucie ciepła i zimna. Pacjent zgłaszał promieniujący ból w obrębie lewej kończyny, nasilenie bólu 7 pkt. w skali VAS.

Układ pokarmowy: U pacjenta występowało zmniejszone łaknienie i wzmożone pragnienie. Sposób odżywiania doustny, zastosowano dietę lekkostrawną, stwierdzono ubytki w uzębieniu, połykanie było prawidłowe i wydalanie stolca prawidłowe.

Układ moczowo-płciowy: W zakresie układu moczowego stwierdzono zwiększoną diurezę, kolor moczu prawidłowy. Pacjentowi założono cewnik Foleya.

Skóra: Temperatura ciała 37,5°C; skóra czysta, zabarwienie bladoróżowe, wilgotność prawidłowa, stan higieniczny dobry. W obrębie lewej stopy skóra blada, przesuszona, napięta,

na dwóch palcach zaawansowane owrzodzenia ze zmianami martwiczymi. Zagrożenie odleżynami oceniono w skali Norton na 14 pkt.

Stan odżywienia: Masa ciała pacjenta 86 kg, wzrost 170 cm, BMI 29,75 (nadwaga).

Uwagi dodatkowe:

Podczas pobytu w szpitalu wystąpiły podwyższone wartości glikemii i wahania poziomu glikemii: od 200 mg% do 246 mg%, uzyskano tego dnia obniżenie tylko do 176 mg%. Aktywność fizyczna pacjenta ograniczona, najczęściej czas spędza biernie. Pacjent nie stosował diety cukrzycowej. W sferze psychicznej i społecznej stwierdzono niepokój, rozdrażnienie, obniżony nastrój związany z postępem choroby i hospitalizacją. Pamięć i myślenie prawidłowe. Wiedza na temat występujących chorób przewlekłych wystarczająca, ale niska motywacja do leczenia – pacjent nie odczuwał wcześniej większych dolegliwości w związku z przebiegiem cukrzycy i nadciśnienia tętniczego. W skali Barthel oceniającej samodzielność pacjenta w zakresie podstawowych czynności życiowych, pacjent uzyskał 70 punktów: wymagał pomocy przy kąpieli, podczas korzystania z toalety, wkładania dolnych części garderoby, z łóżka na wózek inwalidzki lub z powrotem przemieszczał się z pomocą, podczas leżenia w łóżku miał problem ze zmianą pozycji (przewracanie z boku na bok), ale za pomocą uchwytu przy łóżku nauczył się samodzielnie siadać i podczas siadania utrzymywał równowagę.

Proces pielęgnowania nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej

Diagnoza pielęgniarska nr 1: Niepokój i obniżony nastrój wskutek pogorszonego zdrowia i hospitalizacji.

Cel interwencji: Zmniejszenie niepokoju i poprawa komfortu psychicznego pacjenta.

Plan interwencji:

1. Nawiązanie rozmowy z pacjentem, okazanie empatii i zainteresowania.
2. Udzielenie informacji o oddziale, zapoznanie pacjenta z urządzeniem przyzywowym.
3. Wysłuchanie pacjenta.
4. Udzielenie wyjaśnień odnośnie planowanych badań i innych czynności.
5. Zachęcenie pacjenta do zgłaszania pytań i wyjaśniania wątpliwości.
6. Umożliwienie pacjentowi kontaktu z rodziną.
7. Konsultacja z lekarzem na temat farmakoterapii – podania leków uspokajających.

Ocena interwencji: Niepokój pacjenta nieznacznie zmniejszony, pacjent zaczął akceptować hospitalizację.

Diagnoza pielęgniarska nr 2: Deficyt możliwości w zakresie samo opieki i samo pielęgnacji pacjenta wskutek osłabienia i utrudnionego poruszania.

Cel interwencji: Zwiększenie możliwości pacjenta w zakresie wykonywania codziennych czynności.

Plan interwencji:

1. Zorganizowanie otoczenia pacjenta z ułatwionym dostępem do rzeczy osobistych, w tym przyborów higienicznych.
2. Rozmowa z pacjentem i ustalenie, jakie czynności może wykonać samodzielnie, a przy jakich skorzysta z urządzenia przyzywowego i zapewni sobie asystę pielęgniarki.
3. Zapewnienie pacjentowi urządzeń pomocniczych w celu unikania obciążania chorej kończyny.
4. Zapewnienie pacjentowi odpowiednich warunków do wykonywania czynności higienicznych.
5. Asystowanie pacjentowi i zapewnienie bezpieczeństwa podczas korzystania z czynności higienicznych.

Ocena interwencji: Pacjent częściowo samodzielnie wykonywał czynności higieniczne, korzystając z asysty pielęgniarki.

Diagnoza pielęgniarska nr 3: Ból kończyny dolnej lewej związany z martwicą tkanek palców.

Cel interwencji: Złagodzenie bólu i poprawa komfortu pacjenta.

Plan interwencji:

1. Objasnienie pacjentowi zasady posługiwania się skalą VAS do oceny bólu.
2. Ocena nasilenia bólu (7/10 w skali VAS).
3. Ustalenie lokalizacji i charakteru bólu – promieniujący w lewej stopie, przeszywający.
4. Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
5. Zastosowanie prawidłowej pozycji chorej kończyny.
6. Prowadzenie rozmowy z pacjentem w celu odwrócenia uwagi od dolegliwości.
7. Monitorowanie skuteczności farmakoterapii.

Ocena interwencji:

Pacjent zgłosił zmniejszenie dolegliwości bólowych do 4/10 w skali VAS.

Diagnoza pielęgniarska nr 4: Ryzyko podwyższonych wartości glikemii w przebiegu cukrzycy u pacjenta.

Cel interwencji: Utrzymanie prawidłowego poziomu glikemii.

Plan interwencji:

1. Kontrolowanie poziomu glikemii we krwi pacjenta, odnotowywanie wyników i porównywanie wyników.
2. Edukowanie pacjenta na temat prawidłowych wartości glikemii i objawów, które mogą świadczyć o nieprawidłowych wartościach (nadmierne pragnienie, nadmierne łaknienie), zachęcenia pacjenta do samoobserwacji objawów.
3. Analiza schemat przyjmowanych leków.
4. Wprowadzenie diety cukrzycowej u pacjenta.
5. Uświadomienie pacjentowi znaczenia diety w leczeniu cukrzycy.
6. Rozmowa z pacjentem na temat unikania stosowania przekąsek lub napojów przekazywanych przez rodzinę bez konsultacji z pielęgniarką, ponadto bezwzględnego unikania pokarmów zawierających glukozę.
7. Dostarczenie pacjentowi materiałów edukacyjnych na temat prawidłowego odżywiania w warunkach domowych.

Ocena interwencji: Wartości glikemii u pacjenta ustabilizowały się w kolejnych dniach hospitalizacji.

Diagnoza pielęgniarska nr 5: Obniżony nastrój u pacjenta wskutek konieczności wykonania amputacji dwóch palców lewej stopy zajętych martwicą.

Cel interwencji: Poprawa nastroju pacjenta i ułatwienie akceptacji leczenia.

Plan interwencji:

1. Wyjaśnienie pacjentowi patomechanizmu zmian występujących w zespole stopy cukrzycowej.
2. Przekazanie informacji, że zaistniałe zmiany nie poddadzą się leczeniu zachowawczemu.
3. Objasnienie, jakie skutki miałyby zaniechanie leczenia.
4. Wyjaśnienie, że zabieg zostanie wykonany w znieczuleniu.

5. Omówienie z pacjentem zakresu amputacji i możliwości korzystania po operacji z wkładek ortopedycznych.
6. Zapewnienie pacjenta, że jest pod dobrą opieką medyczną.
7. Przekazanie pacjentowi gotowości do odpowiadania na pojawiające się pytania czy wątpliwości.

Ocena interwencji: Nastrój pacjenta nieznacznie poprawiony, chory zaczął akceptować swoją sytuację zdrowotną.

Diagnoza pielęgniarska nr 6: Ryzyko infekcji związane z założeniem wkłucia obwodowego.

Cel interwencji: Przeciwdziałanie powstaniu infekcji w miejscu wkłucia obwodowego.

Plan interwencji:

1. Założenie wkłucia obwodowego zgodnie z procedurami.
2. Założenie i prowadzenie karty monitorowania dostępu naczyniowego.
3. Sprawdzanie drożności wkłucia.
4. Przekazanie pacjentowi informacji o postępowaniu w związku z założonym wkłuciem.
5. Zmiana opatrunku w miejscu wkłucia po każdym zabrudzeniu lub odklejeniu.
6. Ustalenie z pacjentem, że będzie zgłaszał potencjalne występowanie dolegliwości bólowych w obrębie wkłucia.

Ocena interwencji: Nie doszło do infekcji w związku z wkłuciem obwodowym.

Diagnoza pielęgniarska nr 7: Zaparcia u pacjenta wskutek zmniejszonej aktywności fizycznej.

Cel interwencji: Przywrócenie prawidłowego wydalania.

Plan interwencji:

1. Sprawdzenie ilości i częstotliwości wypróżnień.
2. Wprowadzenie diety bogatej w błonnik.
3. Zwiększenie podaży płynów.
4. Zachęcanie pacjenta do popijania niedużych ilości płynów w ciągu dnia.
5. Zachęcenie pacjenta do ruchu w miarę możliwości – zmiany pozycji ciała, wstawania.
6. Wykonanie masażu brzucha w celu pobudzenia perystaltyki jelit.
7. Zastosowanie czopków glicerynowych.
8. Monitorowanie wypróżnień

Ocena interwencji: Przywrócono prawidłowe wydalanie u pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska nr 8: Dolegliwości bólowe pacjenta po wykonaniu zabiegu amputacji – odjęcia dwóch palców lewej stopy.

Cel interwencji: Zmniejszenie dolegliwości bólowych pacjenta.

Plan interwencji:

1. Ocena bólu występującego w operowanej kończynie – 7/10 w skali VAS.
2. Wyjaśnienie pacjentowi mechanizmu bólu pooperacyjnego.
3. Sprawdzenie opatrunku, zapewnienie pacjenta, że operowana kończyna nie jest zagrożona powikłaniami (brak krwawienia, brak oznak infekcji).
4. Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
5. Zastosowanie prawidłowej pozycji ułożeniowej kończyny.
6. Monitorowanie dolegliwości bólowych pacjenta.

Ocena interwencji: Ból pooperacyjny u pacjenta stopniowo się zmniejszał.

Diagnoza pielęgniarska nr 9: Trudności w poruszaniu spowodowane częściową amputacją – odjęciem dwóch palców lewej stopy.

Cel interwencji: Ułatwienie pacjentowi poruszania.

Plan interwencji:

1. Edukowanie pacjenta na temat doboru sprzętu i jego obsługi.
2. Zachęcenie pacjenta do prawidłowego ułożenia laski (kuli) po stronie chorej kończyny i przyjęcia odpowiedniej pozycji.
3. Udzielenie objaśnień na temat sposobu wykonywania kroków: zdrowa kończyna – laska – chora kończyna.
4. Asystowanie pacjentowi i zapewnienie bezpieczeństwa przy krótkim spacerze.
5. Przekazanie pacjentowi informacji o doborze odpowiedniego obuwia – usztywnione, z twardą podeszwą, możliwość zastosowania silikonowego wypełnienia w miejscu amputacji.

Ocena interwencji: Pacjent zmniejszył obawy przed wykonywaniem ruchów.

Diagnoza pielęgniarska nr 10: Deficyt wiedzy u pacjenta na temat pielęgnowania stóp w cukrzycy.

Cel interwencji: Zwiększenie wiedzy pacjenta i motywacji do prawidłowej pielęgnacji stóp.

Plan interwencji:

1. Zachęcenie pacjenta do udziału w zmianie opatrunku, oglądania rany pooperacyjnej.
2. Wskazanie na nadmierną suchość skóry i wyjaśnienie znaczenia jej właściwej pielęgnacji.
3. Zachęcenie pacjenta do wykonania pod opieką pielęgniarki czynności prawidłowego mycia zdrowej kończyny – sprawdzenie temperatury wody, unikanie długiego moczenia, stosowanie łagodnych środków myjących, dokładne osuszanie bez energicznego pocierania, właściwe obcinanie paznokci, dokładne obejrzenie stopy.
4. Zachęcenia pacjenta do zastosowania kremu natłuszczającego na skórę.
5. Edukowanie na temat nieprzegrzewania stóp i systematycznej kontroli stanu stóp, codziennie przed snem.
6. Edukowanie na temat postępowanie z opatrunkiem i raną pooperacyjną po wypisie ze szpitala.

Ocena interwencji: Wiedza pacjenta na temat pielęgnacji stóp została zwiększona.

Diagnoza pielęgniarska nr 11: Dyskomfort pacjenta spowodowany bólem głowy wskutek wysokich wartości ciśnienia tętniczego.

Cel interwencji: Normalizacja wartości ciśnienia tętniczego i poprawa komfortu pacjenta.

Plan interwencji:

1. Ocena nasilenia bólu głowy u pacjenta – 6/10VAS.
2. Pomiar parametrów życiowych, rozpoznanie podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego 166/72 mm Hg.
3. Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
4. Analiza schematu leków hipotensyjnych przyjmowanych przez pacjenta.
5. Wywietrzenie pomieszczenia, sprawdzenie temperatury pomieszczenia.
6. Umożliwienie pacjentowi przyjęcia dogodnej pozycji.
7. Zapewnienie ciszy i spokoju.
8. Monitorowanie parametrów ciśnienia.

Ocena interwencji: Ciśnienie u pacjenta uległo stabilizacji i zbliżyło się do wartości prawidłowych (130/80 mm Hg).

Diagnoza pielęgniarska nr 12: Obniżenie sprawności ruchowej pacjenta wskutek choroby i wcześniejszych nawyków.

Cel interwencji: Zmotywowanie pacjenta do zwiększenia aktywności ruchowej.

Plan interwencji:

1. Edukowanie pacjenta na temat optymalnej dziennej dawki ruchu, np. mierzonej liczbą kroków za pomocą krokomierza albo mierzonej liczbą minut poświęcanych na ruch.
2. Zachęcenie pacjenta do wykonania prostych ćwiczeń przy otwartym oknie.
3. Pomoc pacjentowi w wykonaniu spaceru po oddziale.
4. Zaprezentowanie prostych ćwiczeń do wykonania w pozycji siedzącej lub leżącej.
5. Ustalenie stosowania zajęć ruchowych po kilka minut w ciągu dnia.

Ocena interwencji: Pacjent zwiększył swoją aktywność ruchową.

Diagnoza pielęgniarska nr 13: Ryzyko zakażenia rany stopy wskutek niewłaściwej pielęgnacji po wypisie.

Cel interwencji: Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany stopy.

Plan interwencji:

1. Przypomnienie pacjentowi zasad postępowania z raną stopy po wypisie ze szpitala i przestrzegania terminu kontroli ambulatoryjnej.
2. Zachęcenie pacjenta, aby wziął udział w zmianie opatrunku.
3. Zmiana opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i obserwacja rany pod kątem niepokojących objawów.
4. Wyjaśnienie pacjentowi, na jakie oznaki powinien zwracać uwagę i kiedy jak najszybciej zgłosić się do lekarza, w przypadku odczuwania bólu, wystąpienia zaczerwienienia, pojawienia się wysięku.
5. Rozmowa z pacjentem na temat organizacji otoczenia w domu zmniejszającej ryzyko wystąpienia upadku lub urazu.

Ocena interwencji: Wiedza pacjenta na temat pielęgnacji rany stopy została zwiększona.

Diagnoza pielęgniarska nr 14: Deficyt wiedzy u pacjenta na temat prowadzenia farmakoterapii w cukrzycy.

Cel interwencji: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat zasad farmakoterapii w cukrzycy.

Plan interwencji:

1. Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia prowadzenia prawidłowej farmakoterapii w cukrzycy.
2. Omówienie z pacjentem schematu przyjmowanych leków.
3. Zwrócenie pacjentowi uwagę na dawki i okoliczności przyjmowania leków.
4. Wykonanie przez pacjenta pod nadzorem pielęgniarki pomiaru glikemii oraz interpretowanie wyników.
5. Podkreślenie, że prawidłowa dieta wspiera farmakoterapię w cukrzycy.
6. Przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych.

Ocena interwencji: W informacji zwrotnej pacjent jest wyedukowany.

Diagnoza pielęgniarska nr 15: Deficyt wiedzy pacjenta na temat znaczenia utrzymywania prawidłowej masy ciała w przebiegu występujących chorób.

Cel interwencji: Zwiększenie wiedzy pacjenta na temat znaczenia prawidłowej masy ciała i zmotywowanie do zmniejszenia masy ciała.

Plan interwencji:

1. Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia wskaźnika BMI i zachęcenie, aby wyliczył wskaźnik dla siebie i go zinterpretował.
2. Wyliczenie masy ciała należącej dla pacjenta.
3. Edukowanie pacjenta na temat wpływu nadmiernej masy ciała na przebieg cukrzycy i nadciśnienia tętniczego.
4. Rozmowa z pacjentem na temat sposobów normalizacji masy ciała: wprowadzenie zmian w diecie, zwiększenie aktywności ruchowej.
5. Przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych.

Ocena interwencji: Wiedza pacjenta na temat znaczenia prawidłowej masy ciała została zwiększona.

WNIOSKI

Pielęgniarka odgrywa ważną rolę w działaniach pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych, jakich potrzebuje pacjent po zabiegu amputacji kończyny dolnej. Właściwa opieka pooperacyjna, w tym kontrolowanie parametrów życiowych i prowadzenie rehabilitacji już w okresie pobytu szpitalu przyczyniają się do zwiększenia szans pacjenta na powrót do codziennego funkcjonowania. Pielęgniarka planuje, realizuje i ocenia interwencje

pielęgniarskie pod kątem pomocy choremu w powrocie do samodzielności, co zmniejsza ryzyko ponownych hospitalizacji. Chory potrzebuje wiedzy i nabycia umiejętności z zakresu samoopieki i samopielęgnacji.

Ważną okolicznością jest występowanie chorób współistniejących, w tym cukrzycy, która miała wpływ na powikłanie prowadzące do amputacji. Pacjent powinien mieć świadomość, że to on przede wszystkim odpowiada za kontrolowanie poziomu glikemii, a podczas przebiegu cukrzycy nawet małe zranienia i drobne uszkodzenia skóry w obrębie stopy mogą prowadzić do poważnych powikłań i zakażenia, które jest zagrożeniem dla życia.

W opiece nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej należy wziąć pod uwagę fakt, że u chorego występują inne schorzenia, które wpłynęły na ryzyko amputacji, a po jej wykonaniu mogą wpływać na przebieg zdrowienia pacjenta, potencjalnie też mogą się przyczyniać do występowania powikłań.

W badaniu wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wśród problemów wynikających z dolegliwości pacjenta i pojawiających się podczas opieki nad chorym po zabiegu amputacji kończyny dolnej należy zwrócić uwagę na odczuwanie bólu. Taki problem wymaga za każdym razem podjęcia postępowania terapeutycznego. Pacjent ocenia ból subiektywnie, jest dla niego przykrym odczuciem i chory oczekuje szybkiej interwencji dla złagodzenia dolegliwości.
2. Zakres profilaktyki, który trzeba uwzględnić w opiece nad pacjentem po zabiegu amputacji kończyny dolnej, wiąże się przede wszystkim z zapobieganiem infekcjom. Ze względu na ranę pooperacyjną i zastosowanie wenflonu u chorego dochodzi do przerwania skóry, co zwiększa ryzyko zakażenia. Obszary rany i wkłucia muszą podlegać systematycznej obserwacji pod kątem możliwych powikłań, a wszystkie manipulacje muszą być prowadzone z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki.
3. Potrzeby edukacyjne pacjenta po zabiegu amputacji kończyny dolnej należy rozpoznać i ocenić indywidualnie, nie tylko w aspekcie przeprowadzonej operacji, ale także chorób współistniejących. Pacjent przed wypisem musi poznać zasady pielęgnowania rany pooperacyjnej i zasady przestrzegania reżimu leczenia w istniejących chorobach.

PIŚMIENNICTWO

1. Wasiak K.: Amputacje kończyn [w:] Chirurgia. Tom 1, Noszczyk W. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018: 418-428.
2. Juszcak K., Peruga E., Balcerzak A., Leki M.: Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2019; 4: 121-129.
3. Badora A., Będkowska P., Budziński G.: Pierwotne i wtórne amputacje kończyn dolnych w materiale jednego ośrodka. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2012; 3: 7-12.
4. Korn T., Raciborski W., Hendiger W., Słowiński P., Madycki G., Staszekiewicz W.: Postępowanie terapeutyczne w krytycznym niedokrwieniu kończyn dolnych u chorych geriatrycznych. *Postępy Nauk Medycznych* 2016; 11B: 39-42.
5. Wanot B., Nierobisz E., Biskupek-Wanot A.: Amputacja kończyny dolnej jako najcięższe powikłanie cukrzycy. *Medycyna Rodzinna* 2017; 20(1): 68-73.
6. Kiciński P., Przybylska-Kuc S., Zakrzewski M. i wsp.: Problem świadomej zgody na amputację u chorej ze zgorzelą kończyn dolnych – aspekty etyczne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(3): 1809-192.
7. Kapuściok J.: Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) – profilaktyka i edukacja pacjenta w praktyce pielęgniarskiej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2017; 7-8: 14-17.
8. Kowal K.: Przeżycia fantomowe u osób z deficytem kończyn(y) – perspektywa fenomenologiczna. *Hygeia Public Health* 2014; 49(1): 91-97.
9. Spanbauer A., Berwecki A., Ridan T., Mika P., Chwała M.: Miażdżycowe niedokrwienie kończyn dolnych – o czym powinni wiedzieć fizjoterapeuta i pielęgniarka. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2017; 11(4): 117-127.
10. Szymański F.: Diagnostyka i farmakoterapia pacjentów z chorobą tętnic obwodowych – o czym powinniśmy pamiętać w codziennej praktyce? *Choroby Serca i Naczyń* 2014; 11(3): 152-158.
11. Kuklińska A.: Rola pielęgniarski w opiece nad pacjentem przygotowywanym do amputacji kończyny dolnej spowodowanej zespołem stopy cukrzycowej. Studium przypadku w parciu o ICON®, <https://www.pwod.pwshplock.pl> (dostęp online 20.04.2022).

12. Wolnik-Piernicka K., Hałoń-Gołąbek M., Wolnik B. i wsp.: Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjenta z zespołem stopy cukrzycowej po amputacji kończyny dolnej na poziomie podudzia. *Diabetologia Praktyczna* 2017; 3(6): 2.
13. Drela E., Mielcarz G.: Zespół stopy cukrzycowej niedokrwiennej – od epidemiologii do diagnostyki. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2017; 11(3): 73-77.
14. Włodarczyk M.: Leczenie ran przewlekłych i zespołu stopy cukrzycowej w Polsce. *Rany* 2020; 1: 31-39.
15. Pogorzała A. M., Rohde A.: Przyczyny, rodzaje i poziomy amputacji kończyn dolnych [w:] *Fizjoterapia – wiedza i doświadczenia*, Dudzińska AM. (red.). WSEiT, Poznań 2018: 35-46.
16. Pietkun K., Simińska J., Stocka J., Ogurkowski K., Hagner W., Nowacka K.: Przegląd metod leczenia i najczęstszych przyczyn amputacji otwartych i zamkniętych w obrębie kończyny górnej. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(3): 311-324.
17. Sznepka M., Ziaja K., Domalik J. i wsp.: Krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych. Niedokrwienna rana przewlekła stopy u chorych bez cukrzycy – zalecenia leczniczo-pielęgnacyjne. *Chirurgia Polska* 2015; 17(1-2): 32-39..
18. Grzebień A., Chabowski M., Malinowski M., Uchmanowicz I., Milan M., Janczak D.: Analiza wybranych czynników warunkujących jakość życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2017; 2(89): 57-61.
19. Łuczak E., Słaba S., Rochmiński R., Rżewska E.: Ocena poprawności i sprawności chodu u pacjentów po amputacji kończyny dolnej w obrębie uda. *Inżynieria Biomedyczna* 2014; 20(1): 29-38.
20. Ponczek D., Wieliczko A., Humańska M., Głowacka M.: Poczucie jakości życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej z powodu miażdżycy tętnic. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2013; 2(35): 91-95.
21. Ponczek D., Wieliczko A., Humańska M., Głowacka M.: Wpływ czynników społeczno-demograficznych na poczucie jakości życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej z powodu miażdżycy tętnic. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2013; 2(35): 96-101.
22. Czuchryta E., Kowalski W.: Jakość życia chorych po amputacji kończyn dolnych. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2017; 1(2): 29-37.
23. Krasieński Z., Gaciong Z., Szymański F., Kowalewski R., Urbanek T.: Stanowisko polskich ekspertów dotyczące leczenia zachowawczego u pacjentów z chorobą tętnic kończyn dolnych. *Acta Angiologica* 2019; 25(2): 77-114.

24. Kupniewski M. H., Królikowska M.: Mapa układu nerwowego w mózgu a bóle fantomowe. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2017; 23(3): 176-178.
25. Chłodzińska S., Modzelewska P., Sierżantowicz R.: Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjentów do wybranych operacji chirurgicznych [w:] *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, Krajewska – Kułak E., Łukaszuk CR., Lewko J., Kułak W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2015: 420-428.
26. Nowakowski A., Rohde L.: Zaopatrzenie ortopedyczne, protezowanie i amputacje kończyn [w:] *Ortopedia i traumatologia*, Nowakowski A., Mazurek T.. Wydawnictwo Naukowe Exemplum, Poznań 2017.
27. Rutkowska E.: *Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
28. Dorosz G., Kowalczyk K.: Pacjent w sytuacji trudnej ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2 [w:] *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia*. Tom II, Lankau A., Kondzior D., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017: 490-513.
29. Bororwiak E., Kostka T.: Analiza sprawności funkcjonalnej osoby w starszym wieku. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym [w:] *Geriatryczna i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wieczorkowska- Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008: 83-91.

OCENA STOPNIA PRZYGOTOWANIA FIZYCZNEGO I EMOCJONALNEGO KOBIEŃ DO PORODU

Magdalena Rylewicz¹, Anna Jenczura²

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Pełnienie roli matki wpisane jest w rolę społeczną kobiety znacznie wyraźniej niż ojcostwo w rolę społeczną mężczyzny. Powszechnie podkreśla się również biologiczną naturalność posiadania potomstwa przez kobietę, stąd też założenie, że opieka nad nowonarodzonym dzieckiem nie będzie stwarzać kłopotów i trudności. Liczne obserwacje kliniczne wskazują jednak, że przystosowanie do zadań rodzica nie zawsze jest proste. Czas po narodzinach u większości przynosi oczekiwane szczęście i radość, jednak u części kobiet problemy, a nawet zaburzenia emocjonalne. Ponieważ nowa sytuacja życiowa jest związana z gwałtownymi zmianami, uznawany jest jednak za stresujące wydarzenie życiowe [1, 2, 3].

Definicja porodu

Poród definiowany jest jako okres po ciąży i porodzie, w czasie którego w organizmie kobiety stopniowo ustępują anatomiczne, morfologiczne i czynnościowe zmiany powstałe w czasie ciąży i porodu. W tym czasie także ma miejsce inicjacja laktacji. Poród rozpoczyna się w momencie urodzenia kompletnego płodu i trwa 6 tygodni [4].

Okres ten dzieli się na:

- bezpośredni, obejmujący pierwsze 24 godziny po porodzie,
- wczesny - pierwszy tydzień po porodzie,
- późny - trwający około sześć tygodni po porodzie – w tym czasie dochodzi do całkowitej inwolucji narządu rodniczego, a u większości kobiet niekarmiących piersią pojawiają się cykle miesiączkowe [5].

Emocjonalność w porodzie

Zaburzeniom zdrowia psychicznego po porodzie uwagę poświęcił już Hipokrates określając je melancholią zależną od nadmiaru czarnej żółci lub w przemieszczaniu krwi z macicy do głowy bądź pokarmu z piersi. Platon natomiast doszukiwał źródła zaburzeń emocjonalnych kobiet w „zabłąkanym łonie” – kobieta może osiągnąć równowagę psychiczną tylko wtedy, gdy łono jest „używane” do rodzenia dzieci [1].

Marce L. utożsamiał zaburzenia psychotyczne po porodzie ze zmianami zachodzącymi w narządzie rodym - był to XIX wiek [1, 6].

Lata 80 – te XX wieku przyniosły podział postaci klinicznych stanów depresyjnych okresu poporodowego. Wyszczególniono wówczas przygnębienie poporodowe, depresję poporodową i psychozę poporodową [7, 8, 9].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena stopnia przygotowania fizycznego i emocjonalnego kobiet do porodu.

- Cele szczegółowe:

1. Określenie najczęstszych źródeł pozyskiwania wiedzy na temat porodu.
2. Określenie najczęstszych dolegliwości występujących w pierwszym tygodniu porodu.

- Hipotezy badawcze:

3. Zakłada się, że występuje zależność pomiędzy wiekiem badanych a ich poziomem wiedzy (na podstawie jej samooceny) na temat porodu.
4. Zakłada się, że kobiety posiadające więcej niż jedno dziecko są lepiej przygotowane do porodu niż kobiety które zostały mamą po raz pierwszy.
5. Problemy w tracie pierwszego tygodnia porodu położnice wolą rozwiązywać indywidualnie bez angażowania położnej.

MATERIAŁ I METODY

Wykorzystano metodę ilościową, w której określono parametry liczbowe badanego doświadczenia. W przeprowadzeniu badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którego celem była ocena stopnia przygotowania fizycznego i emocjonalnego kobiet do porodu.

W omawianej pracy zastosowaną techniką badawczą była ankieta. Autorski kwestionariusz ankietowy posłużył jako narzędzie badawcze. Zawierał on zbiór pytań zamkniętych. Pytania te składały się ze zbioru pytań z kafeterią dysjunktywną, w której ankietowane mogły wskazać tylko jedną z możliwych odpowiedzi oraz koniunktywną w której możliwe było wskazanie więcej niż jedna odpowiedzi.

Do analizy statystycznej obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R ver.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019 oraz arkusza kalkulacyjnym Microsoft Excel 2019, dzięki którym opracowano statystykę opisową oraz graficzną. Wyniki badania przedstawiono w Rycinach. Materiał badawczy został zebrany na podstawie ankiety, dostosowanej na potrzeby badania.

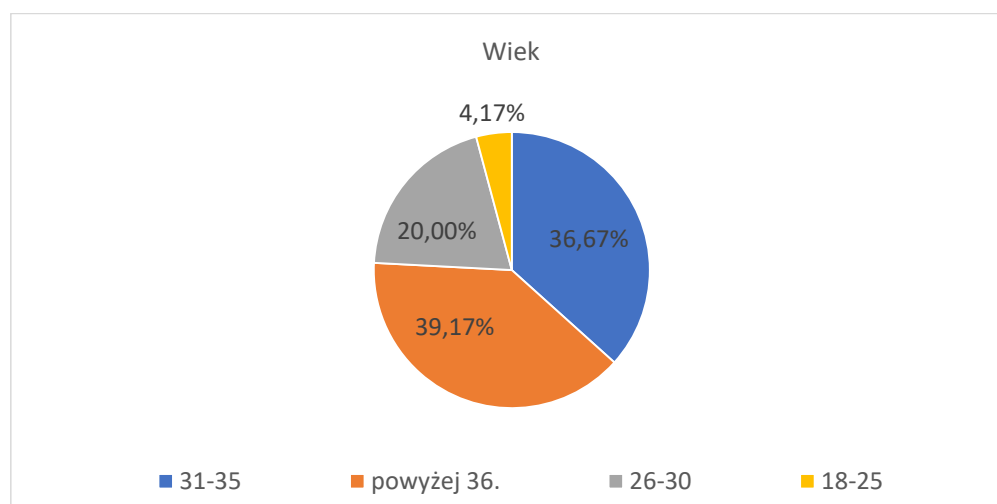
- Kryteria włączenia do badania

Kwestionariusz ankietowy przeprowadzono anonimowo w dniach 22-23. 02. 2022 roku wśród 120 kobiet. Za kryterium włączenia uznano kobiety pełnoletnie w okresie porodu. Ankietę przeprowadzono na internetowej platformie społecznościowej Facebook.

WYNIKI

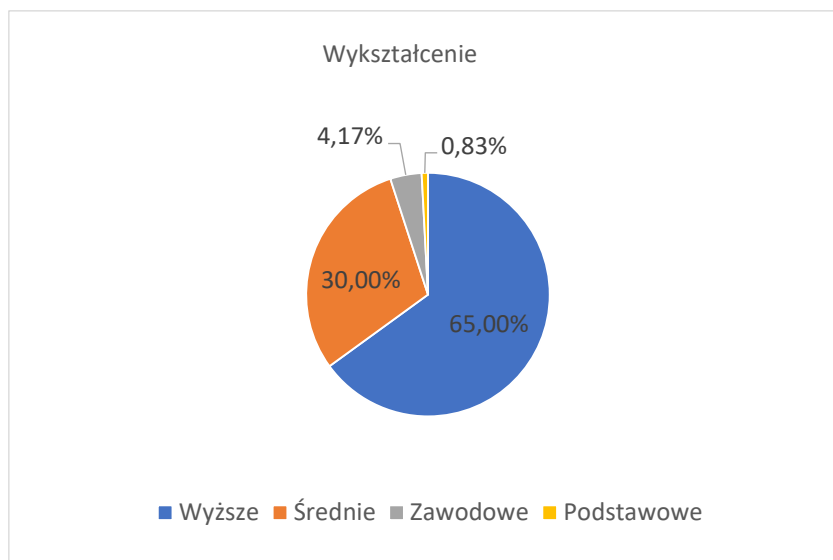
Charakterystyka grupy badanej

Kobiet powyżej 36 r. ż. było 47 (39% badanej grupy), 44 respondentki (37%) to osoby w przedziale wiekowym 31-35 lat. W przedziale wiekowym 26-30 lat były 24 respondentki (20%), a 5 kobiet (4%) były to osoby w wieku 18-25 lat.



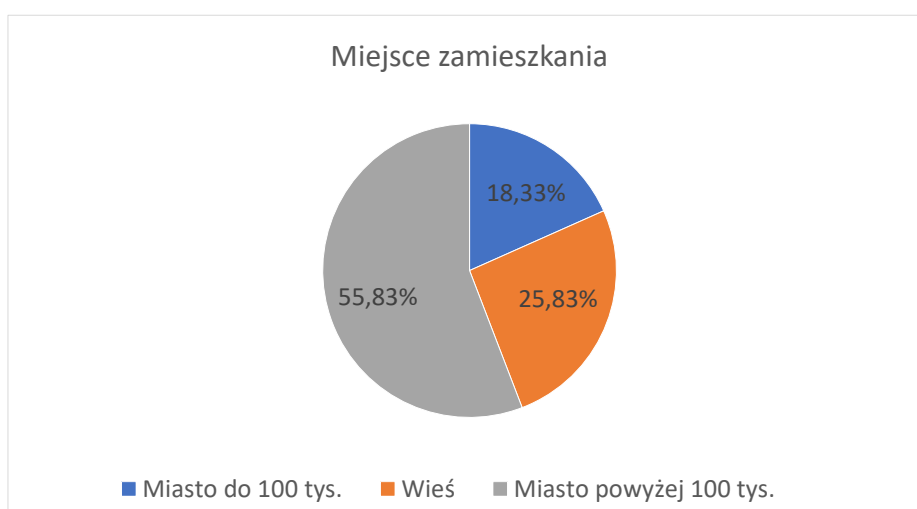
Rycina 1. Wiek respondentek

Wyższe wykształcenie deklarowało 78 ankietowanych kobiet (65%), 36 (30%) z grupy badanych- średnie. 5 respondentek (4%) były to osoby z wykształceniem zawodowym natomiast wykształcenie podstawowe deklarowała 1 kobieta (1%).



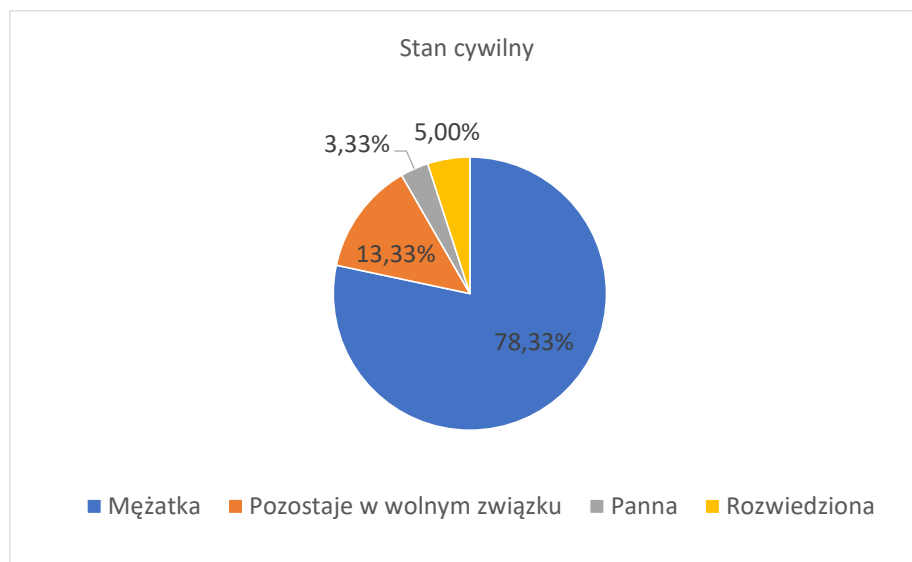
Rycina 2. Wykształcenie respondentek

Kobiet zamieszkujących miasta powyżej 100 tys. mieszkańców było 67 (56% badanej grupy), 31 ankietowanych kobiet (25%) deklarowało, że mieszkało na wsi; 22 uczestniczki badania (18%) pochodziły z miast do 100 tys. mieszkańców.



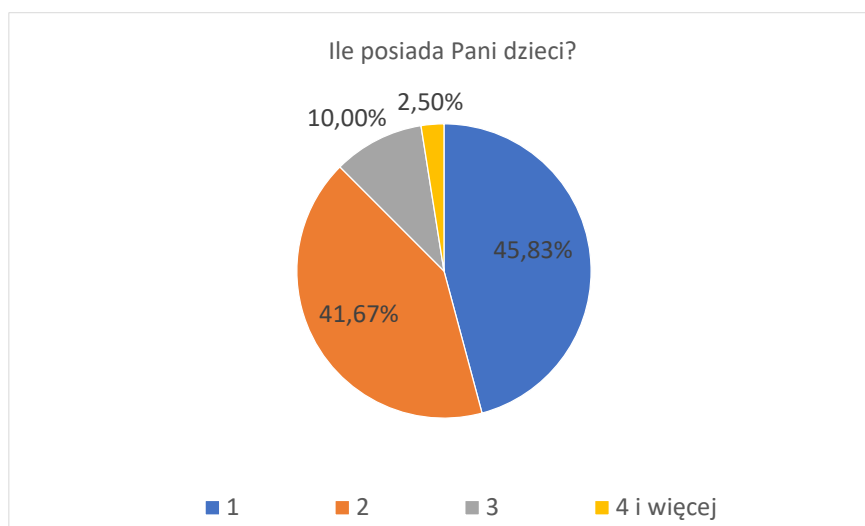
Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentek

Mężatki stanowiły zdecydowaną większość- 94 respondentki (78%), 16 ankietowanych (13%)- były to kobiety pozostające w wolnym związku. 6 uczestniczek badania (5%) to osoby po rozwodzie, natomiast 4 respondentki (3%) deklarowały się jako panny.



Rycina 4: Stan cywilny respondentek

Posiadanie jednego dziecka deklarowało 55 ankietowanych kobiet (46%), 50 (42%)- dwoje, 12 (10%)- troje dzieci. Matkami czworga i więcej dzieci były jedynie 3 uczestniczki badania (2,5% całej grupy).

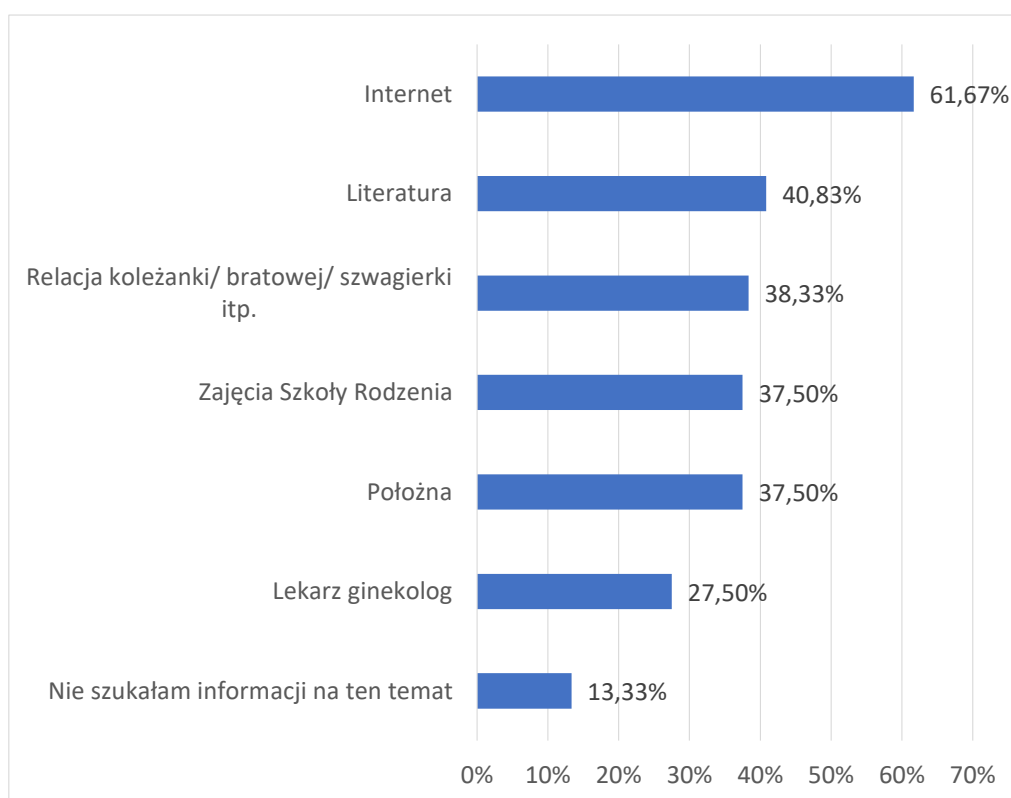


Rycina 5. Liczba posiadanych dzieci

Analiza statystyczna

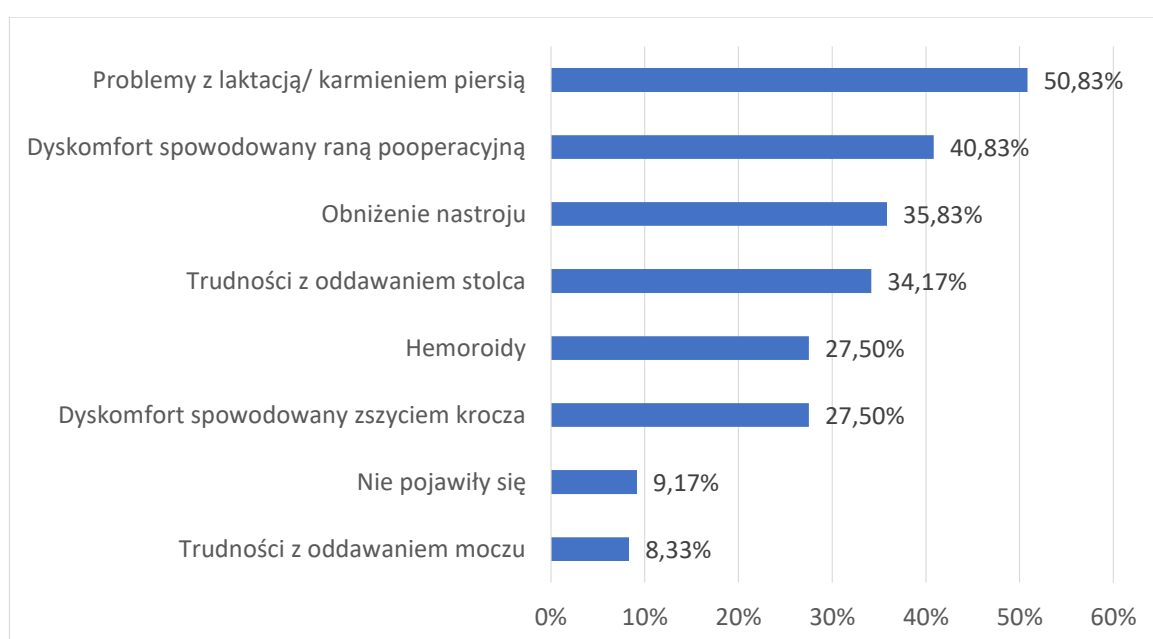
Dane przedstawiono jako odsetek respondentek wskazujących daną odpowiedź (%) i przedstawiono na Rycinach. Do analizy zmiennych jakościowych posłużono się testem Chi2 Pearsona. Wartości $p < 0,05$ uznawano za istotne. Analizę wykonano korzystając z oprogramowania Rstudio (RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>).

Najpopularniejszym źródłem wiedzy respondentek na temat porodu był Internet – wskazały go 74 respondentki (62% grupy badanej), następnie literatura (49 respondentek, 41% grupy badanej) oraz relacje koleżanki/bratowej/szwagierki-(46 respondentek, 38% grupy badanej). Zajęcia w Szkole Rodzenia wskazało 45 respondentek (38% grupy badanej), tyle samo uważało położną za źródło wiedzy dotyczącej porodu. 33 respondentki (28% grupy badanej) uzyskało wiedzę od lekarza ginekologa. 16 respondentek (13% grupy badanej) nie szukało informacji na ten temat (Rycina 6).



Rycina 6. Źródła wiedzy respondentek na temat porodu

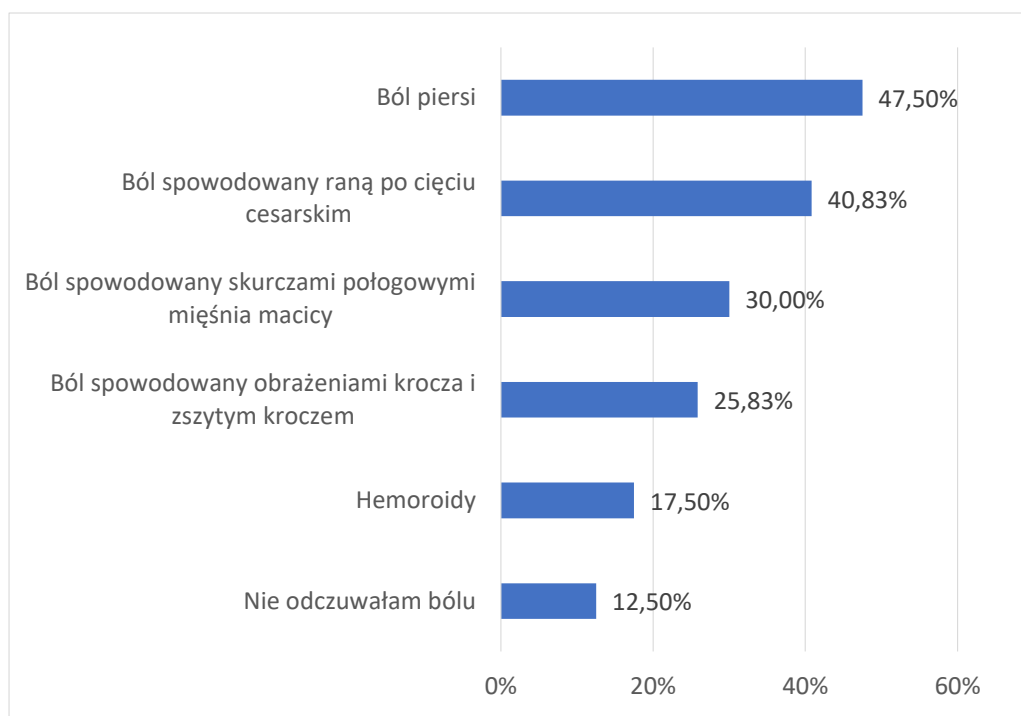
Najczęstszymi problemami, które wystąpiły u respondentek w pierwszym tygodniu po porodzie były: trudności z laktacją/karmieniem piersią (61 respondentek, 51% grupy badanej), dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną (49 respondentek 41% grupy badanej), obniżenie nastroju (43 respondentki, 36% grupy badanej), trudności z oddawaniem stolca (41 respondentek, 34% grupy badanej), hemoroidy (33 respondentki, 28% grupy badanej), dyskomfort spowodowany zszyciem krocza (33 respondentki, 28% grupy badanej), trudności z oddawaniem moczu (10 respondentek, 8% badanej grupy). U 11 ankietowanych kobiet (9% badanej grupy) nie pojawiły się żadne trudności w pierwszym tygodniu po porodzie (Rycina 7).



Rycina 7. Problemy, które wystąpiły u respondentek w pierwszym tygodniu po porodzie

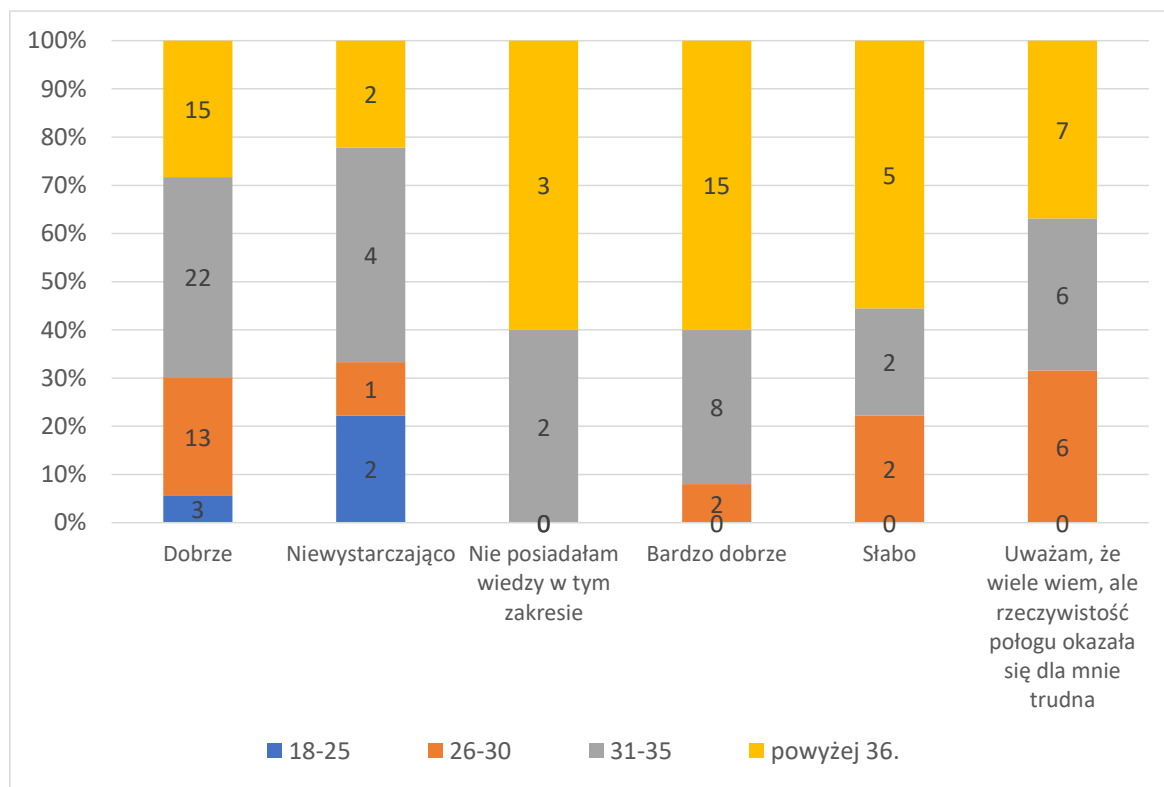
Jedynie 15 ankietowanych kobiet (13% badanej grupy) nie odczuwało bólu w czasie porodu. Najczęstszymi przyczynami dolegliwości respondentek były: ból piersi (57 ankietowanych, 48% badanej grupy), ból spowodowany raną po cięciu cesarskim (49 ankietowanych, 41% badanej grupy), ból spowodowany skurczami połogowymi mięśnia macicy (36 ankietowanych, 30% badanej grupy), ból spowodowany obrażeniami krocza i zszytym kroczem (31 ankietowanych, 26% badanej grupy) oraz hemoroidy (21 ankietowanych, 18% badanej grupy) – Rycina 8.

Ocena stopnia przygotowania fizycznego i emocjonalnego kobiet do porodu



Rycina 8. Przyczyna dolegliwości bólowych w czasie porodu

Hipoteza 1: Zakłada się, że występuje zależność pomiędzy wiekiem badanych, a ich poziomem wiedzy (na podstawie samooceny) na temat porodu.

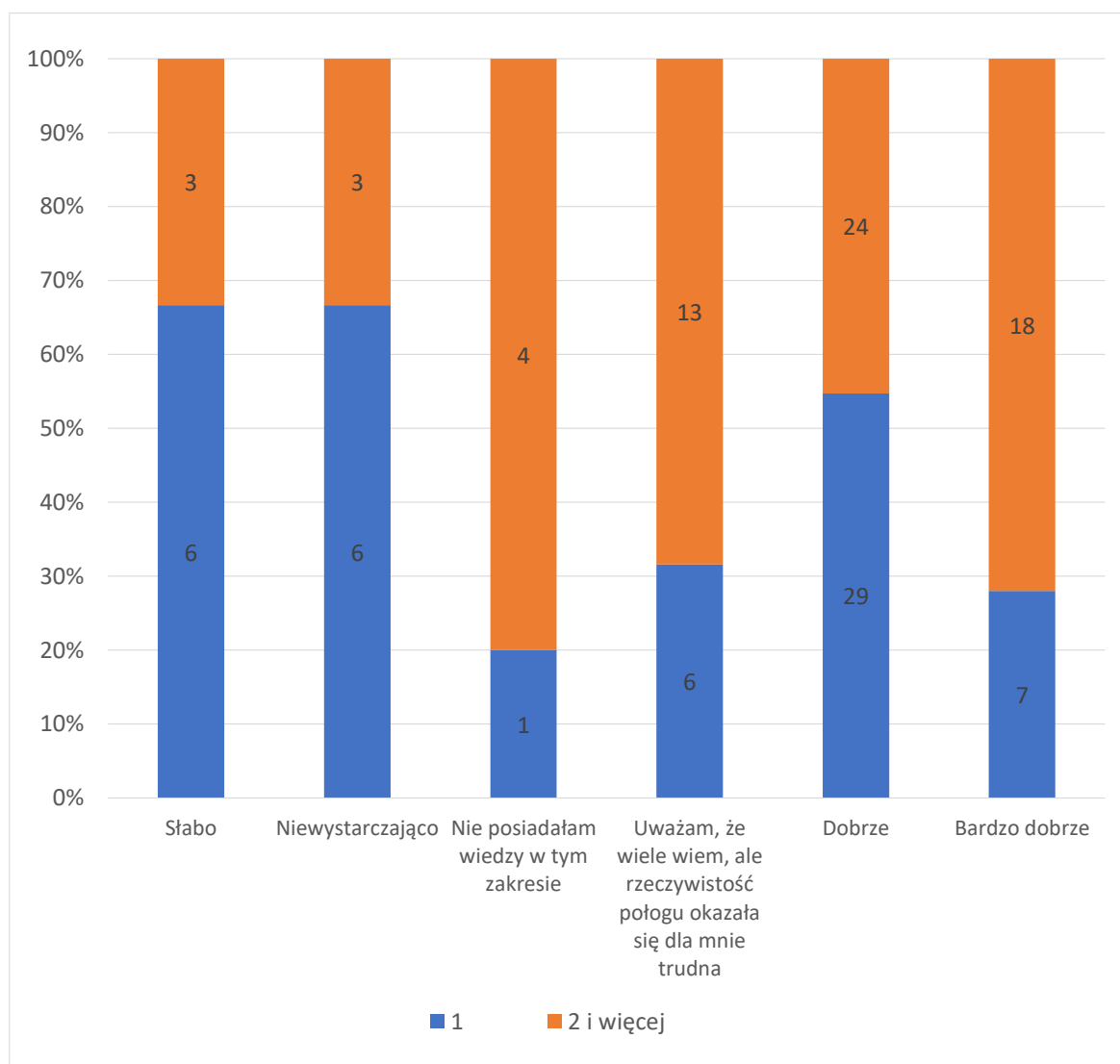


Rycina 9. Zależność pomiędzy wiekiem respondentek a subiektywną oceną przygotowania do porodu-wynik badań własnych (test chi kwadrat, $p=0,101$)

Hipotezę zweryfikowano negatywnie - nie zaobserwowano istotnej zależności między wiekiem respondentek a ich subiektywnym stopniem przygotowania do porodu.

Wiek kobiet nie miał bezpośredniego przełożenia- na wyższy u kobiet starszych, bądź niższy u młodszych kobiet- poziom wiedzy na temat porodu w badanej grupie.

Hipoteza 2: Zakłada się, że kobiety posiadające więcej niż jedno dziecko są lepiej przygotowane do porodu niż kobiety, które zostały mamą po raz pierwszy.

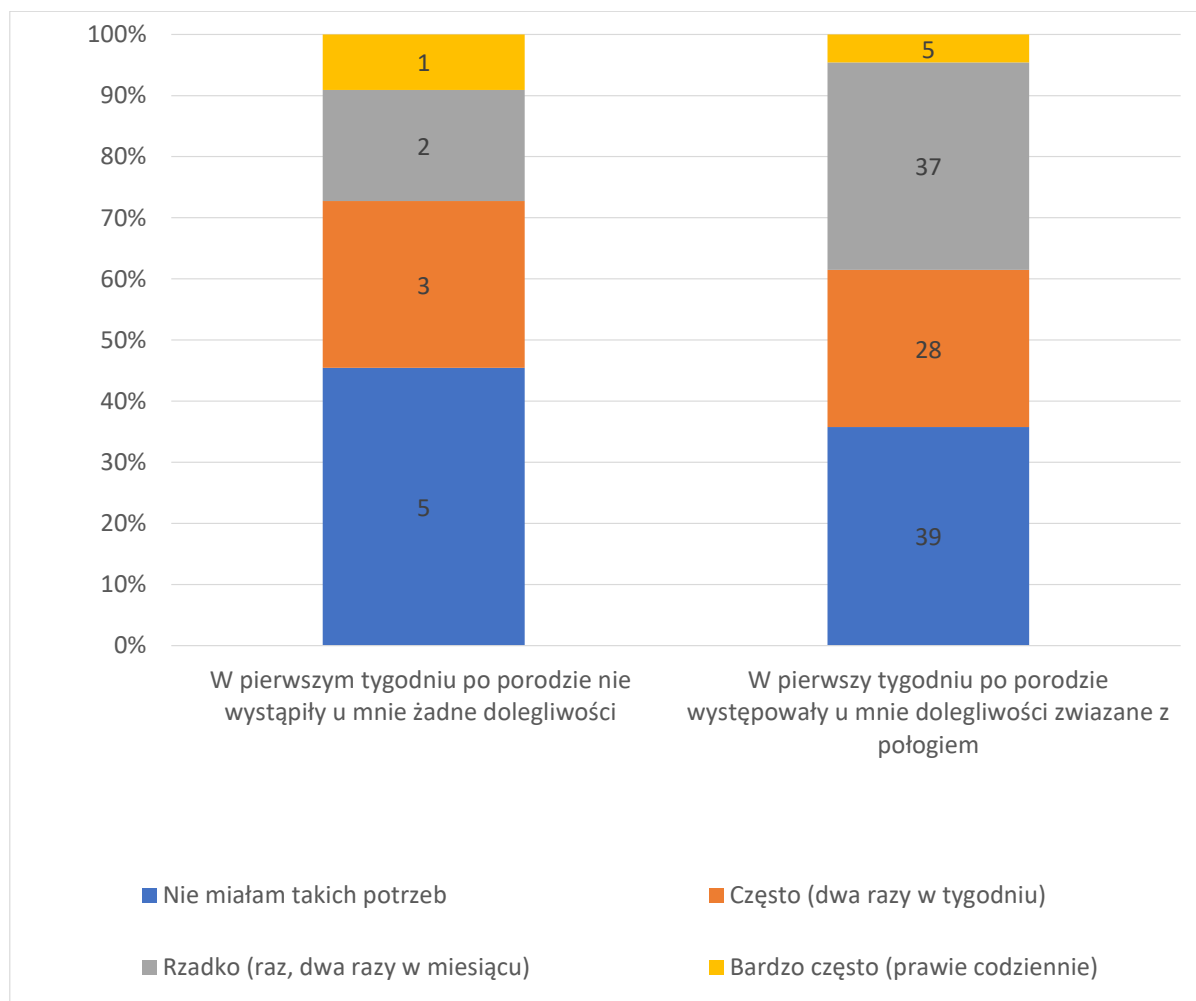


Rycina 10. Zależność między subiektywną oceną przygotowania respondentek do porodu a liczbą posiadanych dzieci- wynik badań własnych (test chi kwadrat, $p=0,046$)

Hipoteza zweryfikowana pozytywnie- istnieje zależność pomiędzy ilością posiadanych dzieci a subiektywną oceną przygotowania do porodu.

Wśród kobiet, które oceniają swoje przygotowanie do porodu jako słabe lub niewystarczające przeważają pierworódki, natomiast w grupie, która postrzega swoje przygotowanie jako bardzo dobre dominują wieloródki.

Hipoteza 3: Problemy w trakcie pierwszego tygodnia porodu kobiety wolą rozwiązywać indywidualnie bez angażowania położnej.



Rycina 11: Zależność między występowaniem u respondentek dolegliwości związanych z porodem w pierwszym tygodniu po porodzie a częstością potrzeby skorzystania z pomocy położnej- wynik badań własnych (test chi kwadrat, $p=0,697$)

Hipoteza zweryfikowano negatywnie - nie zaobserwowano zależności między występowaniem dolegliwości związanych z porodem w pierwszym tygodniu po porodzie a chęcią skorzystania z pomocy położnej. W całej grupie badanej jedynie 6 respondentek (5% ankietowanych) bardzo często (prawie codziennie) odczuwało potrzebę skorzystania z pomocy położnej, natomiast 31 respondentek (26% badanych)- często (dwa razy w tygodniu).

DYSKUSJA

Doświadczenie macierzyństwa zmienia kobietę nie tylko fizycznie, ale również emocjonalnie. Ciąża, poród i poród, jak wykazuje wielu badaczy, mają ogromny wpływ także na jakość ich życia [10, 11, 12].

Jednym z elementów badania było określenie najczęstszych źródeł pozyskiwania wiedzy na temat porodu oraz uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia. Ponad połowa respondentek (50,83%) uczestniczyła w zajęciach Szkoły Rodzenia, co dla 37,5% stanowiło źródło informacji na temat okresu porodu. Pomimo iż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie porodu oraz opieki nad noworodkiem edukację powinna prowadzić położna tylko 37,5% ankietowanych wskazało ją jako źródło pozyskiwanych informacji. Jako najczęstsze źródło wiedzy respondentki wskazały Internet (61, 67%). Ponad połowa badanych przez Wszółek uczestniczyła w Szkole Rodzenia, a 60 % respondentek korzystała z Internetu w poszukiwaniu informacji na temat porodu [10].

Z badań własnych wynika iż 44% kobiet oceniło swoje przygotowanie do porodu jako dobre, 21% jako bardzo dobre a 7,5% jako niewystarczające. Badania Wszółek wykazały, że dobre przygotowanie deklarowało aż 61%, bardzo dobre 15% a niewystarczające 5% badanych kobiet [10].

W prezentowanych powyżej badaniach własnych okazało się, że u 9,1% badanych nie wskazało żadnej dolegliwości w pierwszym tygodniu porodu. Z badań Czerwińskiej- Osipiak wynika, że brak dolegliwości w pierwszym tygodniu porodu wskazało 2,5% badanych [13].

Najczęstszym deklarowanym problemem w pierwszym tygodniu porodu był problem z karmieniem piersią/ laktacją (50,83%), następnie dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną (40,83%) oraz obniżenie nastroju (35,83%). Badania Gebuzy i wsp. przeprowadzone wśród położnic przebywających w oddziałach położniczych wskazują, iż najczęstszym wymienianym przez położnice problemem był dyskomfort spowodowany raną krocza (69,8%), problemy z laktacją (29,6%), pogorszenie nastroju (26%) oraz ograniczenia związane z karmieniem noworodka (13,0%) [3].

Porównanie ujawniło, iż w badaniu własnym pojawiły się niewielkie odstępstwa względem innych opracowań, natomiast ogólny zarys problemu pozostał tożsamy.

WNIOSKI

W wyniku analizy statystycznej wyników uzyskanych z badania ankietowego wyciągnięto następujące wnioski:

Cel główny

Kobiety w większości dobrze oceniają swoje przygotowanie do porodu (44% grupy badanej). Jedynie 5 (4% respondentek) wskazało na brak wiedzy w tym zakresie.

Cele szczegółowe

1. Najczęstszym źródłem pozyskiwania wiedzy dotyczącej okresu porodu był Internet, następnie literatura i relacje koleżanki/bratowej/szwagierki itp.
2. Najczęstszymi dolegliwościami w pierwszym tygodniu po porodzie były: trudności z laktacją/karmieniem piersią, dyskomfort spowodowany raną pooperacyjną oraz obniżenie nastroju.

Hipotezy badawcze:

Hipoteza nr 1 nie została potwierdzona. Oznacza to, że subiektywna ocena przygotowania do okresu porodowego nie jest zależna od wieku kobiety.

Hipoteza nr 2 została potwierdzona. Oznacza to, że kobiety, które zostały mamą po raz kolejny są lepiej przygotowane do porodu niż kobiety doświadczające macierzyństwa po raz pierwszy.

Hipoteza nr 3 nie została potwierdzona. Oznacza to, że problemy występujące w ciągu pierwszego tygodnia porodu, położnice rozwiązują samodzielnie, rzadko inicjują konsultację z położną.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M.: Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 18(4): 503– 511.
2. Mojs E., Czarnecka-Iwańczuk M., Głowacka M.: Poziom lęku jako stanu i cechy oraz depresji we wczesnym porodu – doniesienia wstępne. *Psychiatria Polska* 2013; XLVII(1): 31-40.
3. Kaźmierczak M., Gebuza G., Gierszewska M., Michalska E.: Problemy kobiet w porodu i ich przyczyny. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010; 3(4): 290.
4. Bręborowicz GH. (red.): *Położnictwo i ginekologia Tom 1-2*. PZWL, Warszawa 2020.

5. Sipiński A., Sipińska K., Machura M.: Problemy w porodzie fizjologicznym. [w:] Opieka w położnictwie, Sipiński A. (red.). Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2012: 177-179; 222-226.
6. Cierpka A., Żuralska R., Olszewski J., Gaworska-Krzemińska A.: Wiedza położnic na temat karmienia piersią. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15(2-3): 172-174.
7. Bielawska– Batorowicz E.: Psychologiczne aspekty prokreacji. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2005: 221-242.
8. Hannah P., Adams D., Lee A., Glover V., Sandler M.: Links between early post-partum mood and post-natal depression. The British Journal of Psychiatry 1992; 160: 777-780.
9. 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.
10. Wszolek K.: Identyfikowanie czynników mogących mieć wpływ na stan emocjonalny położnic. Rozprawa Doktorska, Poznań 2014.
11. Majzoobi MM., Majzoobi MR., Nazari-pouya F., Biglari M., Poorolajal J.: Comparing Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section. Journal of Midwifery and Reproductive Health 2014; 2(4): 207-2014.
12. Snow S. Zdrowie psychiczne w okresie okołoporodowym [w:] Praktyka zawodowa. Biblioteka Położnej, Edwins J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 187-208.
13. Czerwińska– Osipiak A.: Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w okresie porodu. Rozprawka Doktorska, Gdańsk 2016.

PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ

Natalia Fryszkowska¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Etymologia słowa „schizofrenia” pochodzi od greki. „σχίζειν” (schizo) znaczy rozszczepienie, a „φρεν” (frenia) umysł. Twórcą pojęcia jest E. Bleuler – szwajcarski psychiatra, który zaproponował to określenie w 1908 roku. Wcześniej próbę opisu schizofrenii podjął E. Kraepelin, który nazwał ją otępieniem przedwczesnym. Dziś wiemy, że schizofrenia nie spełnia kryteriów otępienia, ale wcześniej właśnie tak próbowano wytłumaczyć deficyty poznawcze w tej chorobie [1].

Bleuler odnosząc się do rozszczepienia opisał objawy osiowe choroby, które nazwał „4A”. Ambi- (walencja, sentencja, tendencja), czyli sprzeczne uczucia, osądy i dążenia. Autyzm – odcięcie od rzeczywistości. Afekt, a właściwie jego spływanie polegające na zubożeniu emocji. Asocjacje zaburzone tzn. rozkojarzenia widoczne w komunikacji.

Kurt Schneider podjął się próby opisu najbardziej charakterystycznych objawów schizofrenii w latach 50. XX wieku. Zaliczył do nich omamy (wrażenia bez rzeczywistego istnienia bodźca – przede wszystkim słuchowe komentujące i dyskutujące na temat chorego), urojenia (zaburzenia myślenia polegające na fałszywych osądach opornych na argumentację), poczucie ugięcia myśli.

Nowoczesne podejście do schizofrenii rozwinęło się dopiero 40 lat temu. N. Andreassen i T. Crowe podzielili objawy choroby na pozytywne tj. wytwórcze (omamy i urojenia) i negatywne – ubytkowe (wycofanie z interakcji i spływanie emocji) [1, 2].

Schizofrenia jest uznawana za jedną z najcięższych chorób psychicznych. Nadal nie ma jednoznacznej teorii dotyczącej etiologii. Chorobę uznaje się za wieloczynnikową. Wśród tych czynników wymienia się podatność na stres wywołujący zmiany w mózgu, predyspozycje genetyczne, zaburzenia metabolizmu neuroprzekaźników, okołoporodowe uszkodzenie mózgu dziecka, neuroinfekcje, predysponujące cechy osobowości, zaburzenia w interakcjach rodzinnych [1, 2, 3].

Definicja schizofrenii paranoidalnej

Schizofrenia paranoidalna jest najczęstszą postacią schizofrenii. Najbardziej charakterystyczne dla tej choroby są urojenia. Warto podkreślić różnicę między urojeniami paranoidalnymi, a paranoicznymi. Pierwsze są zupełnie nielogiczne, nieprawdopodobne i w żaden sposób niewyjaśnialne – np. urojenia odsłonięcia polegające na tym, że inni potrafią czytać w myślach osoby chorej albo oddziaływania, kiedy pacjent jest przekonany, że ktoś kontroluje jego myśli. Drugie to możliwe do zaistnienia, jednak nadal fałszywe przekonania. Najczęściej są to urojenia prześladowcze, ksobne, odnoszące. Pacjent jest przekonany o tym, że inni ludzie śmieją się z niego, komentują, krytykują. Kolejnym wiodącym objawem są omamy (halucynacje), przede wszystkim słuchowe. Warto podkreślić różnicę między halucynacjami, a pseudohalucynacjami. Omamy są zlokalizowane w otoczeniu pacjenta, a pochodzenia pseudohalucynacji pacjent nie potrafi sprecyzować – najczęściej podaje, że są w głowie. Pacjent ma wrażenie, że słyszy głosy. Te głosy są najczęściej przykre, a mogą mieć też charakter nakazujący np. popełnienie samobójstwa. Chorzy na schizofrenię w czasie pełnoobjawowej choroby często szukają rozwiązania swojego problemu – próbują uciec od ludzi, którzy chcą zrobić im krzywdę, ukrywają się, w skrajnych sytuacjach popełniają samobójstwo [1, 2, 3].

Diagnostyka schizofrenii

Zanim zostaną przedstawione kryteria diagnostyczne schizofrenii warto podkreślić diagnostykę różnicową tej choroby. W ostrej psychozie należy przede wszystkim wykluczyć przyczyny somatyczne tzn. choroby mózgu i internistyczne. Należy rozważyć wykonanie badań dodatkowych. Badania obrazowe mózgowia mogą wykluczyć zmiany organiczne, EEG jest przydatne gdy podejrzewa się padaczkę, a badania laboratoryjne pozwolą prawdopodobnie wykluczyć zaburzenia hormonalne, elektrolitowe, zatrucia, niedobory witamin czy infekcje [2]. W Polsce (i wielu innych krajach) obowiązuje Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób [International Classification of Diseases ICD]. Aktualnie następuje zmiana z 10. na 11. edycję. W tej klasyfikacji zawarte są bardzo precyzyjne kryteria diagnostyczne zaburzeń i chorób psychicznych, w tym schizofrenii [4].

W ICD-11 objawy pierwszorzędne będą miały mniejsze znaczenie, a zaburzenia funkcjonowania jako kryterium obowiązkowe zostanie usunięte.

Klasyfikacja schizofrenii

Światowa Organizacja Zdrowia w 2018 roku ogłosiła, że od 1 stycznia 2022 roku obowiązywać będzie nowa, uaktualniona Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w poprzedniej wersji, czyli ICD-10 zebrane były w jednej grupie, w nowej wersji ICD-11 zastosowano kod „Schizofrenia i inne pierwotne zaburzenia psychotyczne”. W ICD-11 nastąpiła zmiana w stosunku do ICD-10, jeśli chodzi o podtypy schizofrenii. Zrezygnowano ze starszego podziału z ICD-10, ponieważ nie ma wystarczających dowodów na ich kliniczną użyteczność i stabilność rozpoznania z upływem czasu. Nadal będzie można kodować różne typy, ale z uwzględnieniem dominujących objawów, z podziałem na kolejne epizody zaostrzeń albo przewlekły przebieg [4, 5, 6].

W ICD-10 wyróżnia się następujące typy schizofrenii [1, 2]:

- paranoidalna (opisana niżej)
- hebefreniczna – dominuje niedostosowanie emocjonalne i rozkojarzenie
- katatoniczna – stan zagrożenia życia, zahamowanie albo pobudzenie psychoruchowe
- niezróżnicowana – spełnia kryteria ogólne, ale żadne ze szczegółowych
- depresja poschizofreniczna – dominuje po pierwszym zaostrzeniu choroby
- rezydualna – przewlekłe stadium choroby, w którym dominują objawy negatywne
- prosta – dominują objawy negatywne od początku choroby, ale bez typowych pozytywnych

Rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej polega na spełnieniu wyżej opisanych kryteriów ogólnych. Zgodnie z ICD-10 dodatkowo muszą być nasilone urojenia (spośród prześladowczych, odnoszących, niewiary, szczególnej misji) i omamy (takie jak słuchowe, węchowe, dotykowe, seksualne). Poza tym musi być obecne spłycenie lub niedostosowanie afektu. Objawy katatoniczne albo rozkojarzenie nie mogą dominować w obrazie klinicznym. [1, 2].

Leczenie schizofrenii

Schizofrenia charakteryzuje się zaburzeniami w przekąźnictwie dopaminergicznym (za odkrycie tych mechanizmów A. Carlsson, P. Greengard oraz E. Kandel otrzymali Nagrodę Nobla w 2000 roku). Poza tym w etiopatogenezie choroby rolę odgrywają między innymi szlaki serotoninergiczne oraz glutaminergiczne [7].

Cele leczenia schizofrenii to zniwelowanie objawów i utrzymanie jak najdłuższej remisji, powrót do funkcjonowania w życiu prywatnym i zawodowym oraz minimalizowanie ryzyka działań niepożądanych leków. Podstawą terapii są neuroleptyki, czyli leki przeciwpsychotyczne. Interwencje nefarmakologiczne znajdują zastosowanie jedynie jako wspomagające farmakoterapię [1, 2, 7].

Zastosowanie mają neuroleptyki I i II generacji. Istnieją 2 główne drogi podania: domięśniowa i doustna. Na przykładzie aripiprazolu postać parenteralna może mieć także formę o przedłużonym uwalnianiu, a tabletki mogą ulegać rozpadowi już w jamie ustnej. Dostępność różnych form sprzyja optymalnej farmakokinetyce zarówno w leczeniu ostrej psychozy, jak i w przewlekłej terapii [1, 2, 7].

Pierwsza (starsza) generacja to leki tzw. typowe i działają one głównie jako antagoniści receptora D_2 – to znaczy zmniejszają ilość impulsów nerwowych przekazywanych przez dopaminę blokując docelowy dla niej receptor. Takie działanie zmniejsza przede wszystkim objawy pozytywne. Niestety typowe leki przeciwpsychotyczne z racji niepożądanego powinowactwa do innych rodzajów receptorów mogą mieć szereg działań ubocznych. Przedstawicielami tej grupy leków są m.in. chlorpromazyna, prochlorperazyna, haloperidol, chlorprotiksen, zyklopentiksol [1, 7].

Druga (nowsza) generacja to leki tzw. atypowe. Mają one mniejsze powinowactwo do blokowania receptora D_2 , za to hamują przekaznictwo serotonergiczne jako antagoniści receptora $5-HT_2$. W przeciwieństwie do typowych neuroleptyków zmniejszają zarówno objawy pozytywne jak i negatywne. Bardziej wybiórcze powinowactwo do konkretnych receptorów zmniejsza ryzyko działań niepożądanych. Do leków przeciwpsychotycznych II generacji należą np. aripiprazol, risperidon, kwetiapina, olanzapina, kłozapina [8].

Leczenie nefarmakologiczne polega na psychospołecznym oddziaływaniu na pacjenta. W zakres takiego oddziaływania wchodzi psychoterapia indywidualna, grupowa, a także psychoedukacja, w tym także członków rodziny pacjenta. Udowodniono, że multidyscyplinarna opieka nad osobą chorą na schizofrenię zmniejsza ryzyko ponownej hospitalizacji, poprawia jakość życia i codzienne funkcjonowanie. Niestety największym problemem jest niedostępność takiej opieki oraz niechęć pacjentów. Edukacja na temat działań niepożądanych leków oraz ryzyka nawrotu ostrego rzutu choroby zwiększa prawdopodobieństwo regularnego przyjmowania leków, co jest kluczowe dla utrzymania remisji [9].

Rzadko używaną metodą leczenia jest terapia elektrowstrząsowa. Wskazaniami do niej są schizofrenia katatoniczna oraz schizofrenia oporna na klozapinę [1, 2, 9].

Rokowania skuteczności leczenia

Po pierwszym epizodzie psychiatrycznym, po którym stawia się diagnozę schizofrenii leczenie powinno trwać co najmniej 2-3 lata. Decyzja co do dłuższej terapii zależy od obrazu klinicznego, zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i po powyższym okresie. Jeśli w wywiadzie chorobowym jest więcej niż 1 rzut choroby, terapia powinna być wdrożona na stałe. Kompromisowym rozwiązaniem jest redukcja dawek neuroleptyków do najniższych skutecznych, aby zmniejszyć ryzyko działań niepożądanych.

Nieleczona schizofrenia z czasem prowadzi do pogłębiania się deficytów poznawczych i społecznych – słabną objawy pozytywne, ale nasilają się negatywne [1, 2]. Najczęstszym powodem nawrotu objawów choroby jest nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków. Zależnie od literatury szacuje się, że nawet około 60% pacjentów nie przyjmuje regularnie leków [10]. Rozwiązaniem tego problemu może być podawanie domięśniowych form długo działających neuroleptyków. Jeśli istnieje umiarkowana pewność co do regularnego stosowania leków, a mimo to pacjent wciąż ma objawy, do rozważenia jest diagnoza lekoopornej schizofrenii. Z racji braku jednoznacznych kryteriów diagnostycznych tej postaci choroby trudno oszacować jej powszechność. Zależnie od literatury uważa się, że nawet połowa pacjentów prawidłowo leczonych może nie uzyskać satysfakcjonujących efektów [11]. W takiej sytuacji lekiem z wyboru jest klozapina. Najgroźniejszym działaniem niepożądanym tego leku jest agranulocytoza. Niestety, jest również pewien odsetek pacjentów u których klozapina nie wywołuje efektu terapeutycznego.

Najogólniej określając rokowanie przyjmuje się tzw. „regulę trzech” to znaczy 1/3 chorych żyje względnie normalnie, 1/3 prezentuje objawy radząc sobie wystarczająco dobrze, ale niekoniecznie samodzielnie, a 1/3 jest zaburzona i wymaga częstych interwencji, w tym hospitalizacji [1].

Schorzenia współtowarzyszące schizofrenii

Pacjent z diagnozą schizofrenii ma większe ryzyko współistniejących zaburzeń psychicznych. Do najczęstszych rozpoznań towarzyszących tej chorobie należą zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe i nadużywanie środków psychoaktywnych [12]. Wszystkie zaburzenia powinny być leczone niezależnie od schizofrenii. Sama schizofrenia jest bardzo istotnym czynnikiem ryzyka samobójstwa – wśród dokonanych samobójstw prawie

10% miało miejsce u osób z tym rozpoznaniem, a próby samobójczej podejmuje się prawie 5% pacjentów ze schizofrenią [13]. Dodatkowo, na skutek opisanych we wcześniejszym rozdziale działań niepożądanych, może dochodzić do wielu chorób neurologicznych i internistycznych. Zespół parkinsonowski polega na spowolnieniu psychoruchowym, sztywności mięśni i drżeniu. Jest odwracalny za pomocą zmiany neuroleptyków, bądź samej ich dawki lub poprzez włączenie leków stosowanych w chorobie Parkinsona. Późne dyskinezy to z kolei niebezpieczne, potencjalnie nieodwracalne i niezależne od woli skurcze w obrębie mięśni twarzy [7, 8]. Wśród pacjentów chorych na schizofrenię istnieje zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, demencji, impotencji, zaburzeń miesiączkowania. To wszystko skutkuje skróceniem średniej długości życia nawet o 20 lat w porównaniu do populacji ogólnej [14].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki ze schizofrenią paranoidalną.
2. Opracowanie planu opieki pielęgniarstwa.
3. Określenie roli pielęgniarstwa w nauce samoopieki i samopielęgnacji pacjentki.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 49 lat z rozpoznaniem *schizofrenia paranoidalna*, chorującą od 9 lat. Pierwszy epizod psychiatryczny wystąpił u niej w wieku 17 lat, lecz został wówczas uznany za napad lęku o nieznanym podłożu. Wystąpienie epizodu paranoidalnego z towarzyszącymi omamami słuchowymi i wzrokowymi, zaistniało natomiast w 2013 roku, czyli w wieku 40 lat. Badania przeprowadzono w środowisku domowym, w terminie 17-18 kwietnia 2022.

Materiał zebrano na podstawie obserwacji pacjentki, wywiadu, pomiaru podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, liczba oddechów, wzrost, masa ciała) i analizy dokumentacji medycznej.

Ocenę problemów pielęgnacyjnych wykonano za pomocą metody indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka A.S.C. lat 49, z wykształcenia pielęgniarka. Obecnie rencistka, nie pracuje. Mieszka z mężem w bloku, w mieście. Ma dorosłą córkę, która mieszka w innej miejscowości. Pacjentka ocenia sytuację materialną jako dobrą. Nałogi neguje. Wzrost: 152cm, masa ciała: 90kg, BMI: 38,95 kg/m². Nie zgłasza alergii, obecnie przyjmuje aripiprazol (Abilify 15mg) w dawce 15 mg raz na dobę.

Wywiad rodzinny: siostra i brat pacjentki chorują na cukrzycę typu II-go. Matka pacjentki zmarła w sierpniu 2021 roku w wyniku komplikacji pooperacyjnych, operowano wówczas tętniaka aorty wstępującej oraz wymieniano zastawkę aortalną. Ojciec pacjentki zmarł w 2001 roku na skutek przewlekłej niewydolności nerek.

Pacjentka naukę zakończyła w 1993 roku. Z powodu wystąpienia epizodu psychotycznego hospitalizowana psychiatrycznie po raz pierwszy w 2013 roku. Z relacji rodziny wynika, iż pierwsze dziwaczne zachowania pacjentka wykazywała w wieku 17 lat. Dziwaczne zachowania to między innymi: nadmierna higiena, utrzymywanie przesadnego porządku, konfliktowa postawa wobec rodziny, na zmianę z okresami łagodnego, wycofanego usposobienia. W 1991 roku przyjęta na oddział neurologiczny szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku, z powodu podejrzenia psychozy i nerwicy, ostatecznie rozpoznano histerię. Chora leczona wówczas Pernazyną i Mirenilem. Z relacji pacjentki wynika, iż źle znosiła praktyki w szpitalu, co przyczyniło się do rozwinięcia zaburzeń. Po powrocie do domu każdego dnia płakała nad losem chorych ludzi, bardzo stresowały ją wszelkie procedury, przeżywała sytuację każdego pacjenta. Osiągała bardzo dobre wyniki w nauce, liceum medyczne zakończyła z wyróżnieniem. Po zdaniu matury zaszła w nieplanowaną ciążę, po porodzie chorowała na depresję poporodową. W 1994 roku udała się do lekarza psychiatry z objawami myśli rezygnacyjnych, obojętności wobec dziecka oraz ogólnego uczucia zmęczenia fizycznego i psychicznego. Lekarz zdiagnozował depresję poporodową, zalecił odpoczynek, nie zlecił natomiast farmakoterapii. Pacjentka wraz z mężem i dzieckiem przeprowadziła się do innego miasta, w celu zmiany środowiska i polepszenia sytuacji materialnej. Objawy psychotyczne nasiliły się. Pacjentka wykazywała zachowania ambiwalentne wobec utrzymywania czystości, przestała dbać o higienę osobistą, jednocześnie dbając nadmiernie o porządek w domu. Nie pozwalała podnosić przedmiotów z podłogi, jeśli coś upadło, należało to wyrzucić, bez względu na wartość rzeczy. Sprzeciw wywoływał u chorej agresję. Z czasem pojawiły się epizody chronicznej bezsenności, trwające kilka miesięcy w roku. Pacjentka wykazywała wrogą

postawę wobec rodziny, nie wpuszczała nikogo z jej członków do domu. Przestała wychodzić z domu. W 1999 roku wystąpił pierwszy objaw pozytywny – wytwórczy, pacjentka twierdziła, że widziała na niebie Matkę Boską oraz że ów obraz przemawiał do pacjentki. Rodzina zignorowała opowieści kobiety. W 2001 roku doszło do traumatycznego zdarzenia, zmarł ojciec pacjentki, z którym była bardzo związana emocjonalnie. Po pogrzebie wystąpił epizod depresji, kobieta przez 6 miesięcy pozostawała w łóżku, wstawała tylko w celu zapewnienia potrzeb fizjologicznych. Epizod depresyjny przybrał formę letargu psychicznego, bowiem pacjentka odmawiała kąpieli, toalety przyłóżkowej oraz posiłków. Nie utrzymywała kontaktów społecznych, interakcji z rodziną, wystąpił całkowity zanik mowy. Spożywała tylko płyny, bowiem utrzymywała, że nie ma siły gryźć stałych posiłków. Wszelkie namowy kontaktu z lekarzem odbierane były jako atak i konsekwentnie przez pacjentkę odrzucane, z jednoczesnym pogłębianiem się jej stanu. Po 6 miesiącach stan pacjentki zmienił się diametralnie. Rodzina cieszyła się, że pacjentka sama wyzdrowiała, jednakże jej stan zmienił się z depresyjnego w agresywny. U kobiety zaobserwować można było myśli urojeniowe, polegające na oskarżaniu rodziny o próby jej otrucia. Pacjentka dużo mówiła, często sama do siebie, jakby prowadziła z kimś dialog. Powróciły epizody bezsenności, na zmianę z okresami głębokiego snu trwającego kilka dób pod rząd. Pacjentka nadal nie dbała o higienę osobistą, jednocześnie zmuszając członków rodziny do mycia rąk po kontakcie z jakimkolwiek przedmiotem. Wymagała, aby mycie rąk trwało 60 sekund i odbywało się według schematu Ayliffe’a. Nie wykazywała zainteresowania swoim dzieckiem. Była do niego nastawiona wrogo, oskarżając córkę o swój stan. Pacjentka jednocześnie zaprzeczała, że jej zachowanie odbiega od normy i czuła się chora. Odmawiała wizyty u lekarza oraz hospitalizacji. Rodzina uznała, że pacjentka ma trudny charakter i uległa dziwnym zachowaniom.

W 2013 roku o poranku pacjentka ubrała się, prowadząc monolog, następnie powiedziała córce, że musi wyjść, ponieważ grozi jej niebezpieczeństwo. Następnie wybiegła z domu. Znalaziono ją nieprzytomną na wysokim piętrze w budynku oddalonym od miejsca zamieszkania o 5 km. Z relacji świadków wynikało, iż kobieta cały czas biegła oglądając się za siebie. Po przywiezieniu do Izby Przyjęć była spokojna, zgłosiła iż uciekała, ponieważ ktoś do niej strzelał z broni palnej. Zapytana o utratę przytomności powiedziała, że ktoś użył na niej paralizatora. U pacjentki wykonano badanie EEG, RTG klatki piersiowej i badania laboratoryjne. Na podstawie wyników badań zdiagnozowano ostry epizod schizofrenii. Pacjentka została przewieziona do szpitala psychiatrycznego w Toruniu. Pozostała w nim 2 miesiące. W leczeniu oprócz farmakoterapii zastosowano arteterapię i psychoterapię.

Stan psychiczny na początku i w trakcie hospitalizacji: Kontakt powierzchowny, świadomość jasna. Wypowiada urojenia ksobne, prześladowcze, żywo halucynuje słuchowo. Niedostosowana afektywnie. Dziwaczna, autystyczna, bezkrytyczna. W oddziale uzyskano ustąpienie objawów wytwórczych oraz poprawę w zakresie aktywności i komunikacji z innymi.

Stan psychiczny przy wypisie: pacjentka bez ostrych objawów wytwórczych z wyraźnymi cechami negatywnymi schizofrenii, stereotypowa, ambiwalentna, ambisententna, z zanikiem szerszych zainteresowań. Wycofana do najbliższego środowiska rodzinnego, autystyczna i bezkrytyczna. Afekt jednostajnie pogodny. Wymaga mobilizacji, ukierunkowania, systematycznego leczenia i treningu umiejętności społecznych.

W warunkach domowych pacjentka chętnie przyjmowała leki, jednak stan ulegał pogorszeniu. Ponownie wystąpiły problemy z higieną, pojawił się problem nadmiernej senności. Wystąpiły drżenia samoistne, zaburzenia równowagi oraz kłopoty z pamięcią krótkotrwałą. Pacjentka była leczona lekiem: Clopixol depot podawanym w iniekcjach domięśniowych w dawce 200 mg raz na 14 dni, Clopixol acuphase w dawce 50mgx1, Zolaxa 10mg, Trilafon 16mg. Podawano również: witaminę PP, Akineton, Pridinol. W 2018 roku córka pacjentki widząc, że stan matki pogarsza się, znalazła innego lekarza psychiatrę. Nowy schemat leczenia obejmował odstawienie wszystkich dotychczas przyjmowanych leków, zmianę głównej substancji leczniczej na aripiprazol, w dawce 30mg podzielonej na 15mg 2 razy dziennie oraz citalopram w dawce 10mg. Po roku kurację zmodyfikowano, lekarz odstawił citalopram i obniżył dawkę aripiprazolu do 15mg na dobę.

Od 2019 roku pacjentka leczona jest jedynie aripiprazolem, od tamtego czasu ustąpiły drżenia samoistne, zaburzenia równowagi i pamięci. Pacjentka uczęszcza na wizyty kontrolne u lekarza psychiatry regularnie, co 2 miesiące.

Stan pacjentki na dzień 17.04.2022 rok

Parametry życiowe: RR: 141/95 mmHg, HR: 102 ud/min., temperatura: 36,8 °C, liczba oddechów: 15. Pacjentka zgłasza uczucie ciągłego zmęczenia, kołatanie serca i szybką męczliwość wysiłkową. Wchodzi samodzielnie na parter, osiągnięcie pierwszego piętra wymaga odpoczynku. Nie zgadza się na kontrolne wykonanie badań laboratoryjnych oraz wizytę u lekarza rodzinnego, ponieważ twierdzi, że jest zdrowa, jednocześnie skarży się na dolegliwości ze strony układu krążenia i oddechowego. Stale towarzyszy jej uczucie pragnienia, często korzysta z toalety. Cierpi na zaparcia. Pacjentka ma problem z utrzymaniem higieny, nie myje się samodzielnie, oczekuje pomocy. Do wykonania toalety ciała trzeba ją

namawiać, ponieważ twierdzi, że jest czysta, jednocześnie ciało nosi ślady braku higieny (nieprzyjemna woń, przetłuszczone włosy i twarz). Na skutek braku higieny jamy ustnej pacjentka straciła górne i dolne zęby od 1 do 4. Pacjentka ma również trudność z obcinaniem paznokci, nie pozwala obciąć ich przez opiekuna, sama robi to nieporadnie, na skutek czego paznokcie są bardzo długie, postrzępione, utrudniają codzienne funkcjonowanie. Chora spożywa nadmierną ilość cukru w diecie, pije 5 herbat dziennie z 3 łyżeczkami cukru, dodatkowo po każdym posiłku zjada coś słodkiego, najchętniej chałwę, sezamki, czekoladę i maślane ciastka. Chora nie ma orientacji czasowej, myli dni tygodnia, nie wie który jest rok. Pacjentka wykazuje zainteresowanie pracami plastycznymi, wyszywa i rysuje. Lubi gotować, interesuje się kulinariami. Z relacji rodziny wynika, iż pacjentka wykazuje zachowania ambitendentne. Kupuje dużo kosmetyków pielęgnacyjnych, jednakże ich nie używa. Utrzymuje porządek w domu, ale nie dba o higienę osobistą. Twierdzi, że jest zdrowa, jednocześnie przyjmuje chętnie leki przepisane przez lekarza psychiatrę. Mąż pacjentki zgłasza, iż występuje u niej chrapanie i bezdech nocny. Pacjentka nie jest w stanie samodzielnie przejść 100 metrów, łatwo się męczy, ma przyspieszony oddech, zaczerwienia się na twarzy. Dodatkowo u pacjentki występują obrzęki kończyn dolnych i górnych. Pacjentka w ostatnim czasie poprosiła o zmianę obuwia na bardziej miękkie, gdyż zgłasza brak czucia i drętwienie w dużym palcu lewej stopy.

WNIOSKI

Za pomocą następujących metod badawczych: obserwacja pielęgnarska, wywiad i analiza dokumentacji medycznej, rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjentki chorującej na schizofrenię paranoidalną:

- Brak higieny jamy ustnej
- Zaparcia spowodowane prawdopodobnie przez siedzący tryb życia, dietę ubogoresztkową bogatą w cukry proste oraz spożycie niedostatecznej ilości płynów
- Otyłość spowodowana zbyt dużą podażą kalorii w diecie oraz siedzącym trybem życia
- Chrapanie i bezdech nocny
- Brak higieny osobistej
- Słaba wydolność wysiłkowa wynikająca prawdopodobnie z siedzącego trybu życia, nadmiernej masy ciała i problemu z chrapaniem
- Ryzyko rozwoju cukrzycy typu II-go wynikające z nadmiernego spożycia cukrów w diecie, siedzącego trybu życia i predyspozycji rodzinnych

- Nadciśnienie tętnicze będące prawdopodobnie wynikiem zbyt dużej podaży soli w diecie, otyłością oraz brakiem ruchu
- Obrzęki kończyn górnych i dolnych.

W toku pracy stworzony został plan indywidualnej opieki pielęgniarstwa pacjentki. Chorej zaproponowano rozwiązania zmniejszające lub niwelujące rozpoznane problemy pielęgnacyjne. Podjęte działania zostały poddane ocenie. Została przeprowadzona edukacja zdrowotna pacjentki.

PIŚMIENNICTWO

1. Gałęcki P., Szulc A.: Psychiatria. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
2. Jarema M.: Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
3. Wójciak P., Remlinger-Molenda A., Rybakowski J.: Etapy przebiegu schizofrenii – koncepcja stagingu. Psychiatria Polska 2016, 50(4): 717–730.
4. Krawczyk P., Świącicki Ł.: ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. Psychiatria Polska 2020, 54(1): 7-20.
5. Frances, A., Nardo J.: ICD-11 should not repeat the mistakes made by DSM-5. British Journal of Psychiatry 2013, 203(1): 1-2.
6. World Health Organization, International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information
Dostępne: www.who.int/classifications/classification-of-diseases.
7. Korbut R.: Farmakologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
8. Katzung B., Kruidering-Hall M., Tuan R., Vanderah T., Trevor A.: Pharmacology: Examination & Board Review. McGraw Hill 2021, 12: 236-240.
9. Kane J., Robinson D., Schooler N.: Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. The American Journal of Psychiatry 2016, 174(4): 173-180.
10. Zhang J., Gallego J., Robinson D.: Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. The International Journal of Neuropsychopharmacology 2013, 16(6): 1205-1218.

11. Leucht S., Leucht C., Huhn M.: Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *American Journal of Psychiatry* 2017, 174(10): 927-942.
12. Opoka S., Lincoln T.: The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Psychiatry Clinic North America* 2017, 40(4): 641-659.
13. Olfson M., Stroup TS., Huang C. et al.: Suicide Risk in Medicare Patients With Schizophrenia Across the Life Span. *JAMA Psychiatry* 2021, 78(8): 876-885.
14. Olfson M., Gerhard T., Huang C. et al.: Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015, 72(12): 1172-1181.

OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CUKRZYCY TYPU 2

Kinga Jarocka¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, która polega na upośledzonym działaniu całego organizmu spowodowane nieprawidłowym wydzielaniem insuliny. Cechuje ją podwyższony poziom glukozy we krwi, czyli tzw. hiperglikemią, wynikającą z zaburzonego działania insuliny. Niedostateczne wydzielanie insuliny i/lub zmniejszona odpowiedź tkanek na insulinę upośledza złożone działanie insuliny w tkankach docelowych, co skutkuje zaburzeniem metabolizmu węglowodanów, lipidów i białek. Deficyt insuliny lub brak odpowiedniego jej działania prowadzi do hiperglikemii, a jej stała obecność w organizmie powoduje uszkodzenie, zaburzenie czynności oraz niewydolność narządów. Cukrzyca może dotyczyć zaburzeń od dominującej insulinooporności ze względnym niedoborem insuliny do dominującego upośledzenia wydzielania z insulinoopornością lub bez niej. Choroba ta prowadzi do różnych groźnych powikłań dotyczących układu naczyniowego. Są to m.in. choroba niedokrwienna serca, zawał serca, proces miażdżycowy, a także retinopatia, cukrzycowa choroba nerek, czyli nefropatia, czy neuropatia. Cukrzyca wykrywana jest najczęściej podczas badań przesiewowych lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia [1, 2, 3, 4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2.

MATERIAŁ I METODY

Badanie wiedzy społeczeństwa zostało przeprowadzone w styczniu 2022 roku wśród 200 losowo wybranych osób. Grupę badawczą stanowiły losowo wybrane wyłącznie osoby dorosłe z województwa podlaskiego.

Materiał do badania zebrano za pomocą sondażu diagnostycznego, która według definicji umożliwia gromadzenie danych o charakterze ilościowym i jakościowym. Do narzędzi tej metody należy kwestionariusz ankiety, który został wykorzystany w pracy jako technika

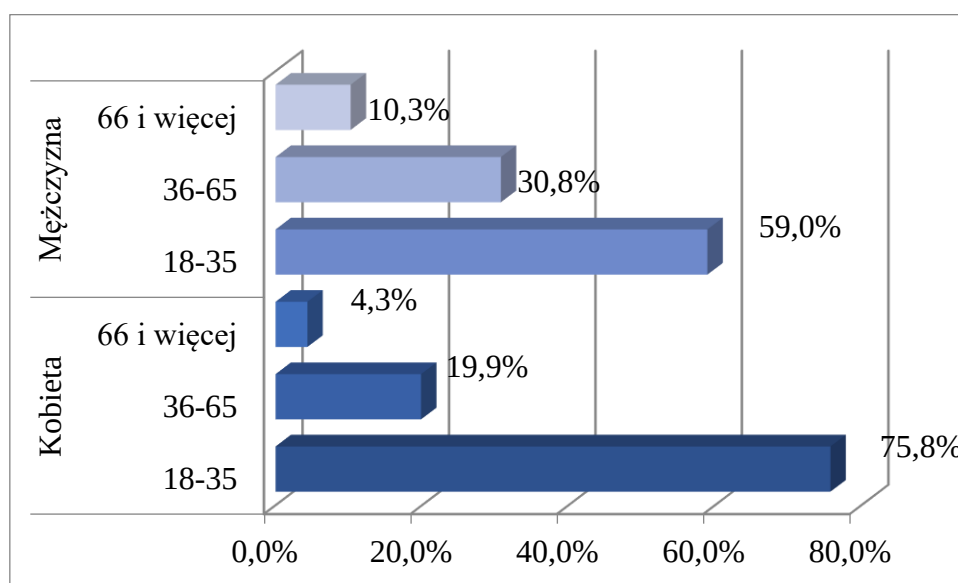
badawcza. Autorski kwestionariusz ankiety stworzono na potrzeby badania, a w jego skład wchodziły dwie części:

- część metryczki, w której zawarto podstawowe dane o pacjencie (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania)
- część zasadnicza złożona z pozostałych pytań.

Uzyskane wyniki opracowano w formie danych liczbowych i procentowych oraz przedstawiono z wykorzystaniem tabel i rycin. Zależności badano metodą χ^2 .

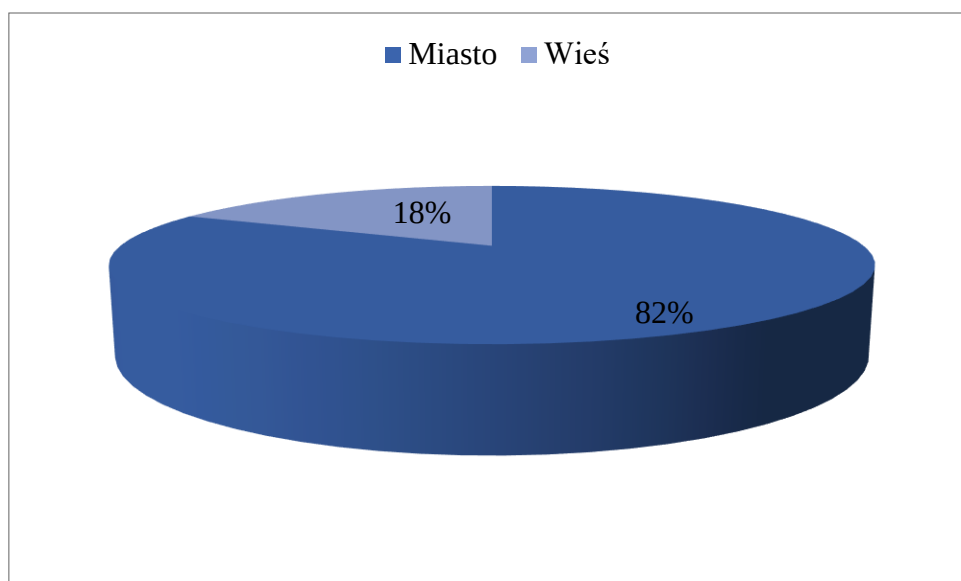
WYNIKI

Do badania przystąpiło 200 ankietowanych. 80,5% stanowiły kobiety (n=161), mężczyzn uczestniczących w badaniu było 39 (19,5%). Dodatkowo dokonano podziału respondentów na trzy grupy wiekowe. Na Rycinie 1 zobrazowano szczegółowe informacje.



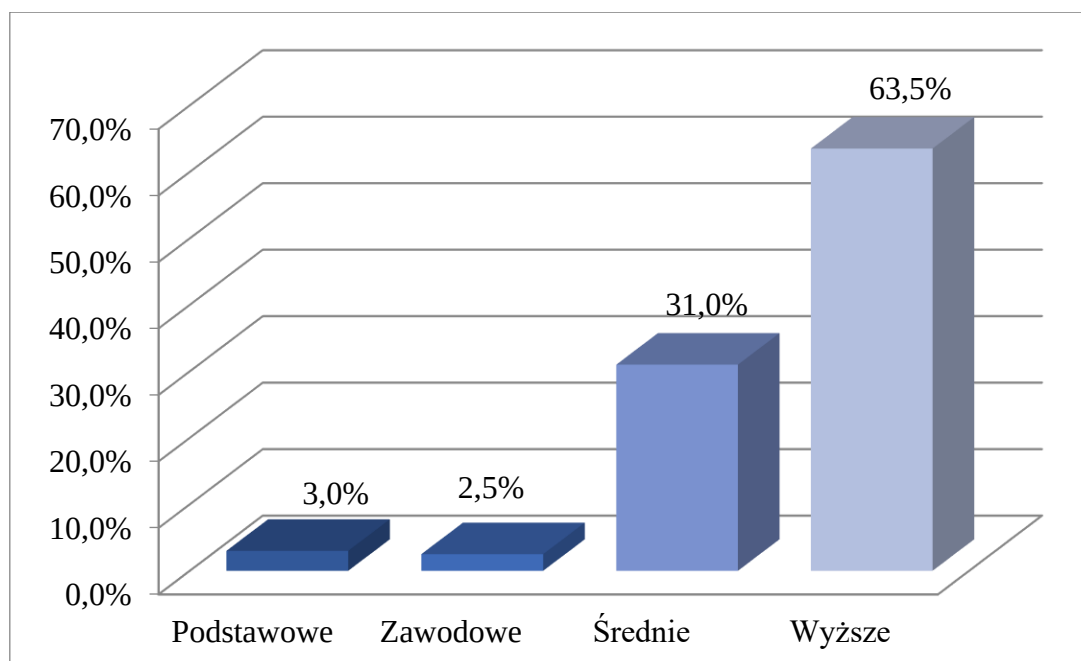
Rycina 1. Wiek respondentów z podziałem na płeć

Wśród opiniodawców dominowały osoby, które zamieszkiwały obszary miejskie (n=166; 83,0%) – Rycina 2.



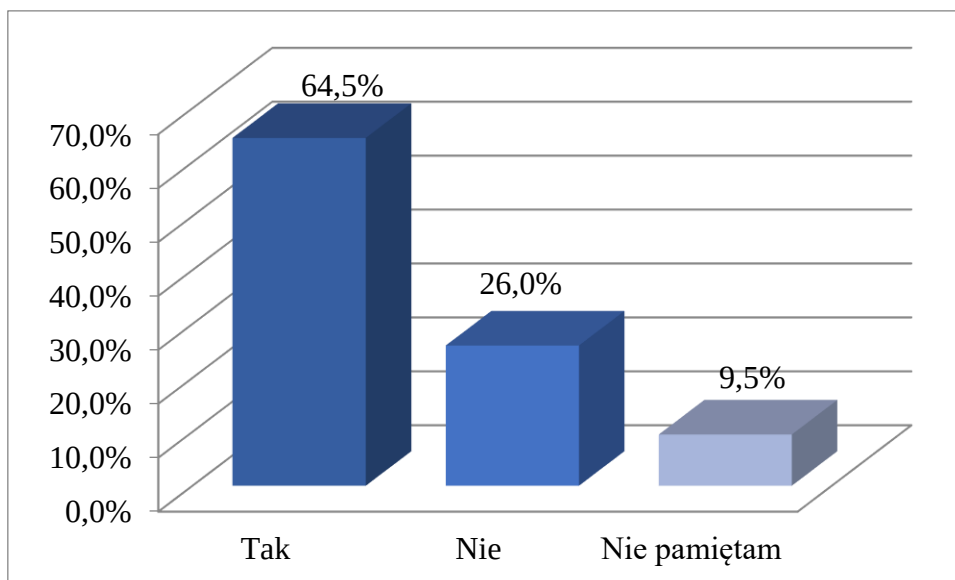
Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów

Następną dominantą było wykształcenie grupy badanej. O zakończeniu nauki na poziomie zawodowym przyznało się 5 respondentów (2,5%). Ponad połowa badanych posiadała wykształcenie wyższe (n=127; 63,5%). Na Rycinie 3 zilustrowano również inne odpowiedzi.



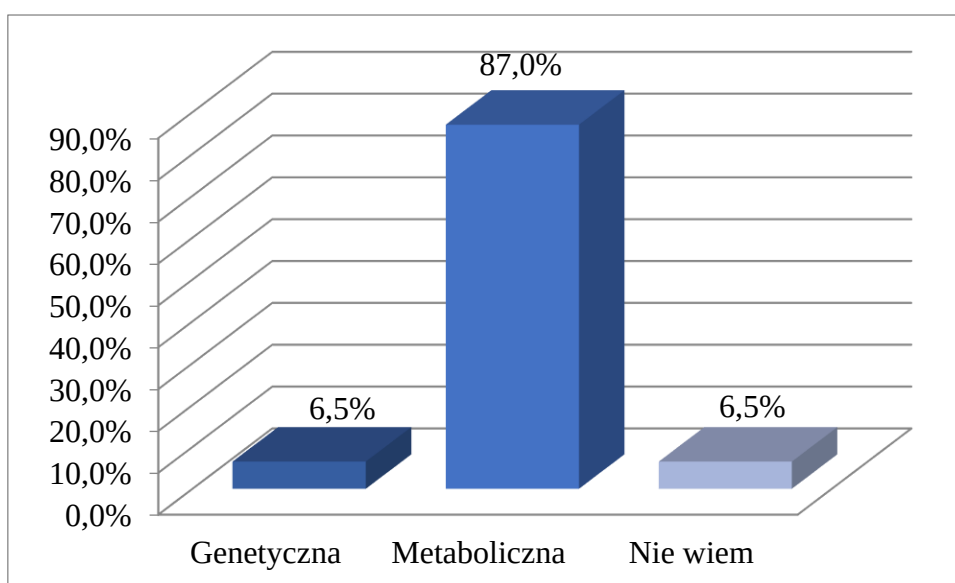
Rycina 3. Wykształcenie respondentów

Jedynym z badań pozwalających zdiagnozować cukrzycę jest pomiaru poziomu glikemii na czczo. Badania tego doświadczyło 129 ankietowanych, stanowiło to 64,5%. Pozostałe informacje ukazano na Rycinie 4.



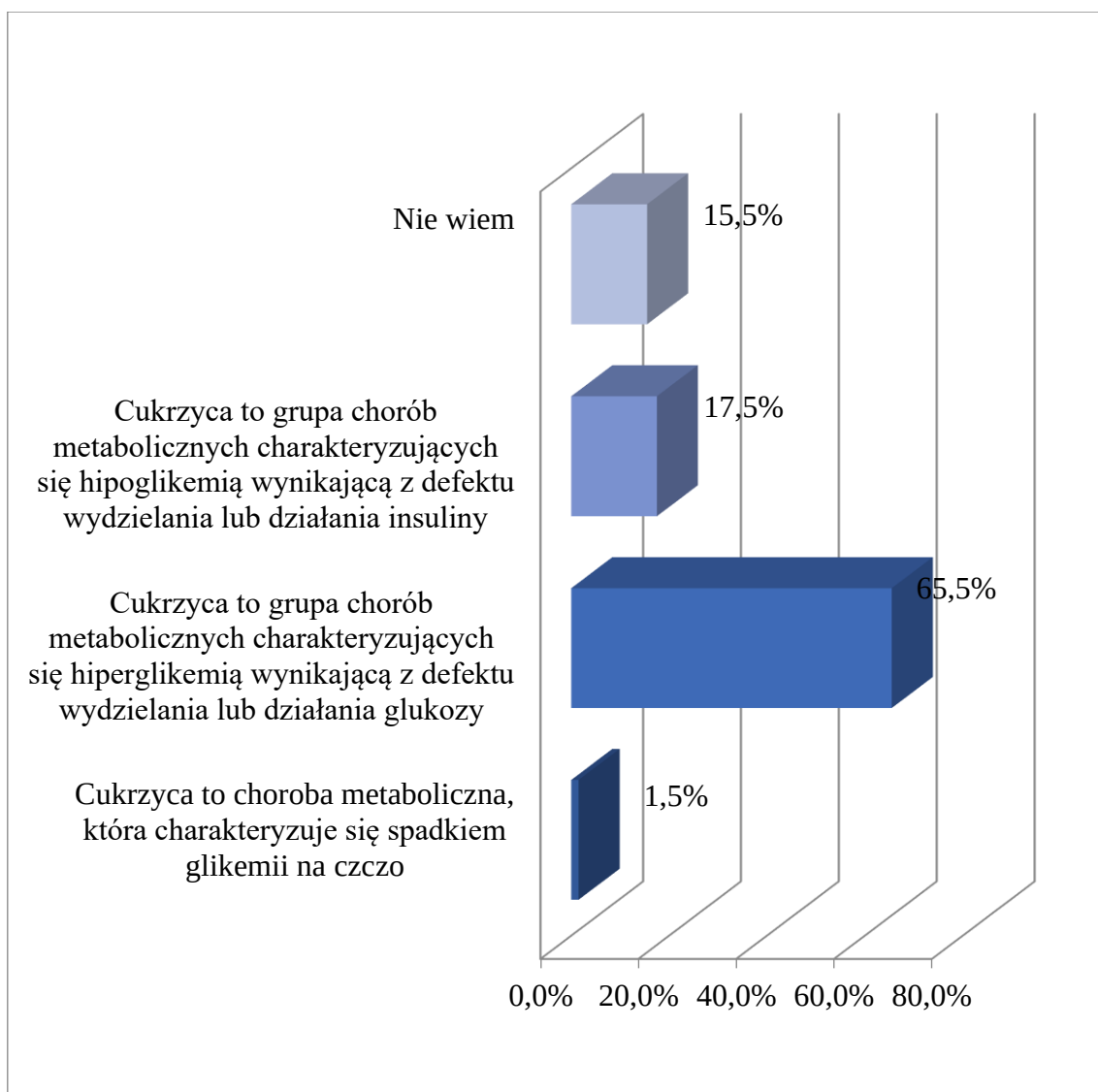
Rycina 4. Przystąpienie respondentów do badania poziomu glikemii na czczo

Do chorób metabolicznych między innymi zalicza się cukrzycę. Choroby te niekorzystnie wpływają na przetwarzanie oraz rozkład składników pokarmowych. Znaczna część ankietowanych posiadała tę wiedzę (n=174; 87,0%). Pozostałe odpowiedzi zobrazowano na Rycinie 5.



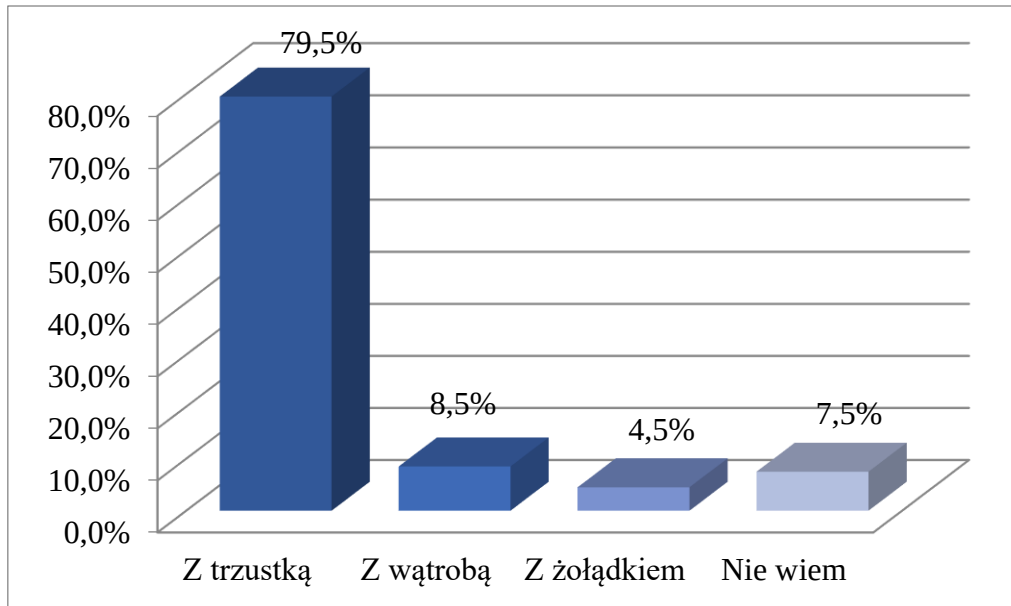
Rycina 5. „Cukrzyca typu 2 to choroba...” – według respondentów

Prawidłowa definicja cukrzycy według Światowej Organizacji Zdrowia brzmi „Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny”. Poprawną odpowiedź wybrała 1/5 respondentów (n=35; 17,5%) – Rycina 6.



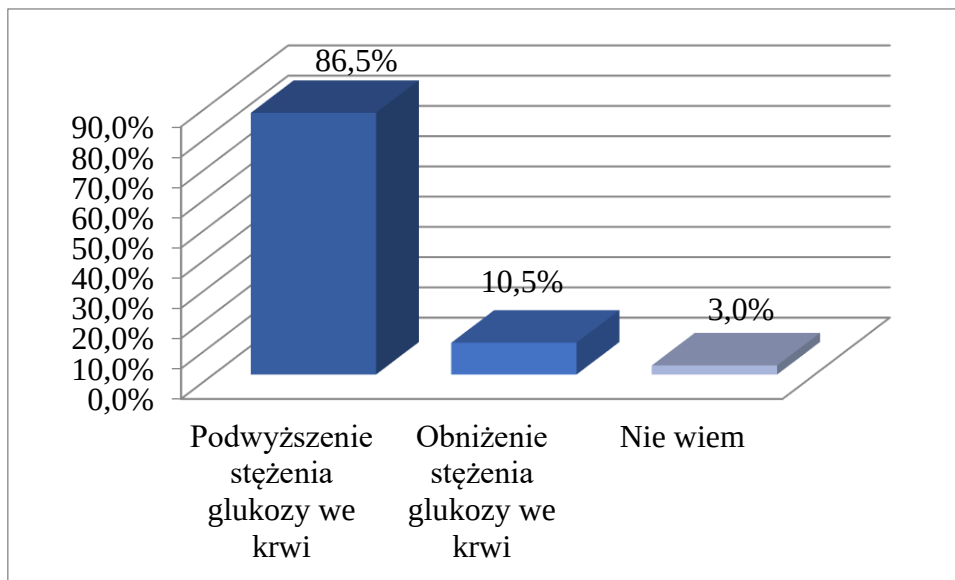
Rycina 6. Definicja cukrzycy według WHO zdaniem respondentów

Narzędziem, który związany jest z cukrzycą typu 2 jest trzustka. Świadomość tego miało prawie 80% grupy badanej (n=159; 79,5%). Inne odpowiedzi zostały ukazane również na Rycinie 7.



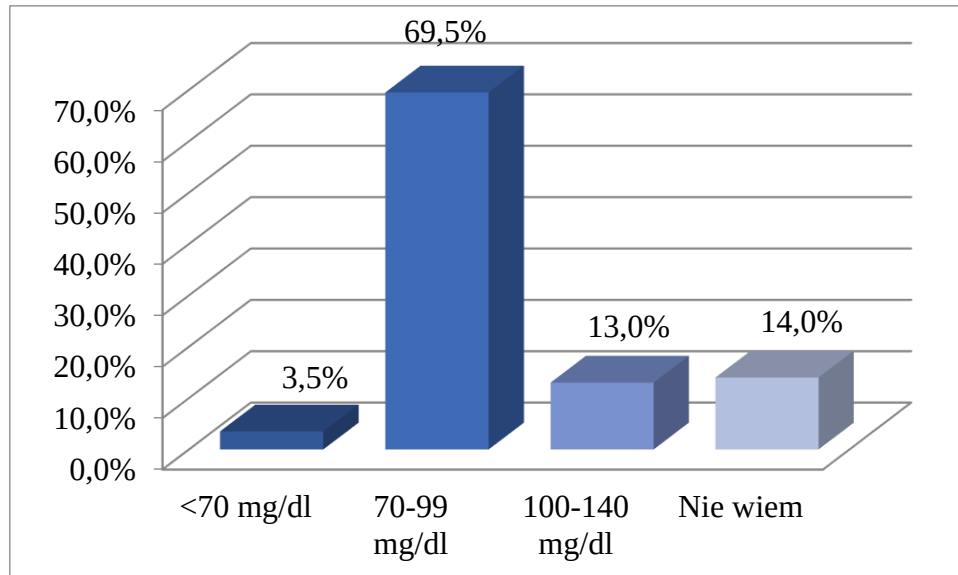
Rycina 7. Narząd, który związany jest z cukrzycą typu 2

Głównym objawem świadczącym o wystąpieniu cukrzycy jest podwyższenie stężenia glukozy we krwi (n=173; 86,5%). Znajomości symptomów cukrzycy nie wykazało 27 badanych – Rycina 8.



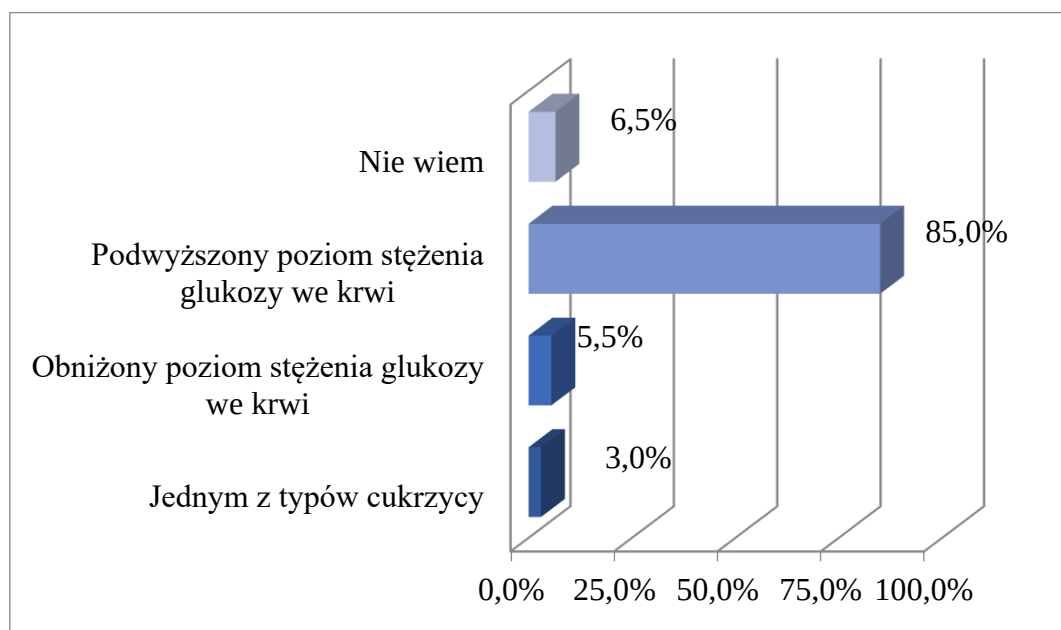
Rycina 8. Główny objaw cukrzycy według respondentów

Prawidłowy poziom glukozy we krwi wykonywany na czczo u osoby zdrowej wynosi od 70 do 99 mg/dl. Prawidłową odpowiedź wybrało 139 badanych, stanowiło to 69,5%. Brak wiedzy na w/w temat wykazało 14,0% grupy (n=28) – Rycina 9.



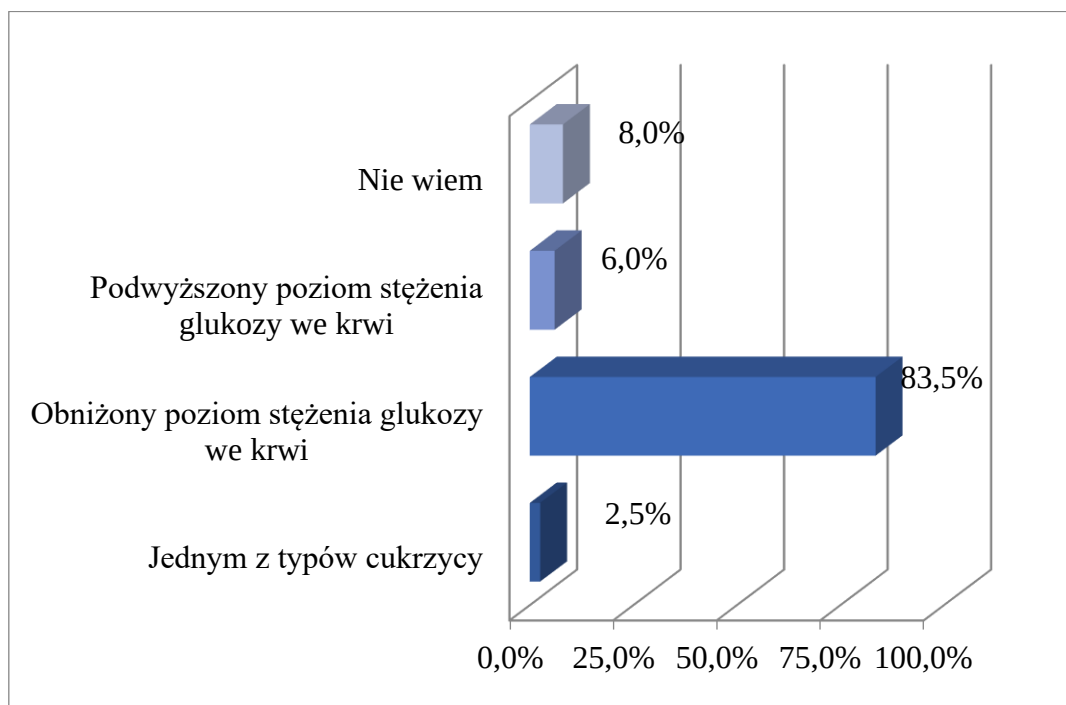
Rycina 9. Prawidłowy poziom glukozy we krwi na czczo

Hiperglikemia jest to stan, w którym osoba ma podwyższony poziom stężenia glukozy we krwi. O znajomości pojęcia hiperglikemii poinformowało 170 badanych (85,0%) – Rycina 10.



Rycina 10. Definicja hiperglikemii

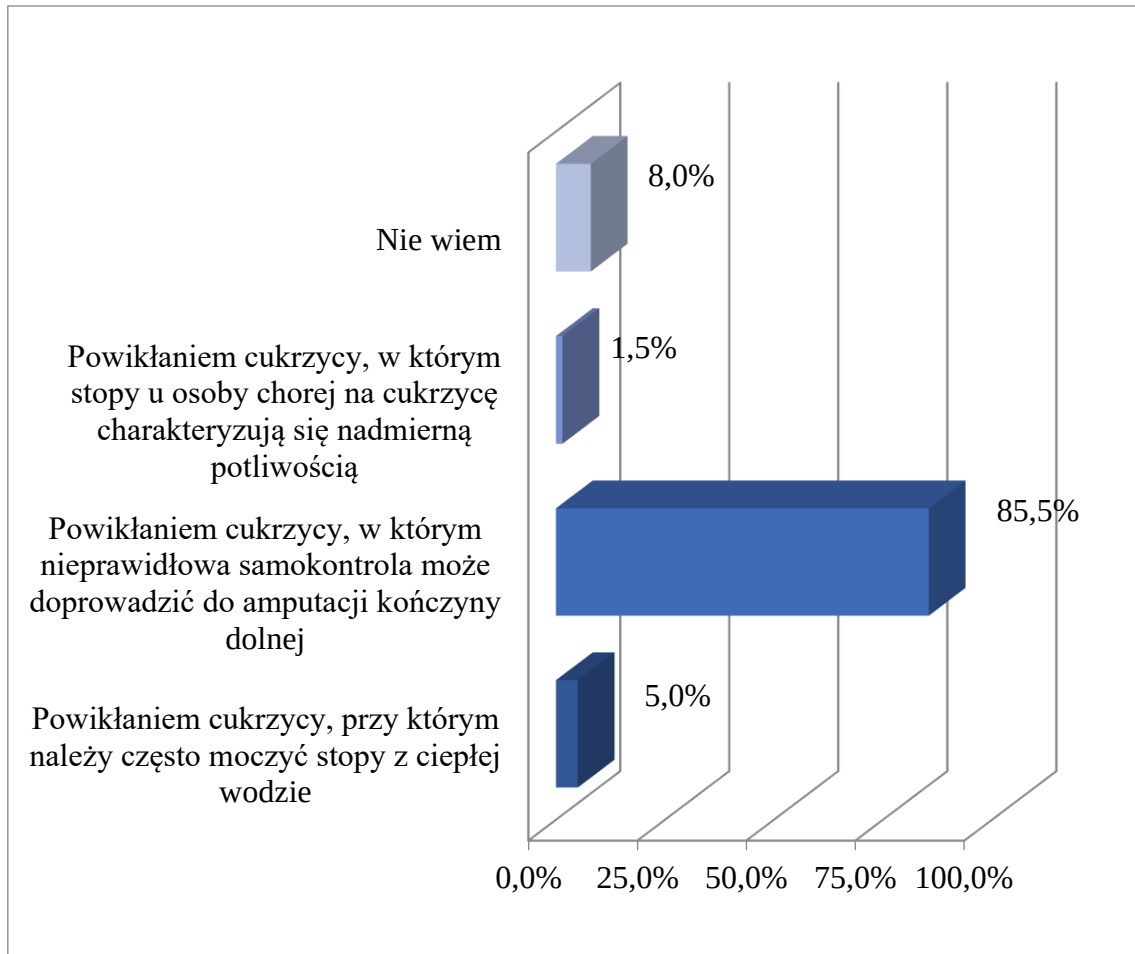
Z kolei hipoglikemia definiowana jest jako obniżony poziom stężenia glukozy we krwi – odpowiedź tę zaznaczyło 83,5% (n=167) – Rycina 11.



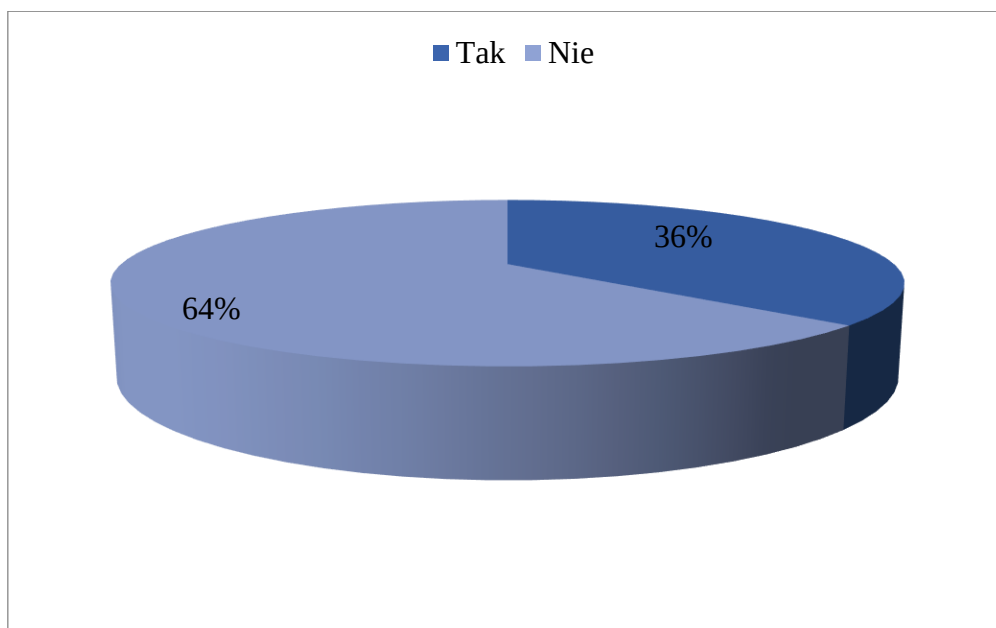
Rycina 11. Definicja hipoglikemii

Groźnym powikłaniem cukrzycy jest między innymi zespół specyficznych przypadłości, czyli stopa cukrzycowa. Nieprawidłowa samokontrola może doprowadzić do amputacji kończyny dolnej (n=171; 85,5%). Inne, również błędne odpowiedzi ukazano na Rycinie 12.

Retinopatia cukrzycowa jest kolejnym powikłaniem cukrzycy. Dochodzi wtedy do uszkodzenia naczyń krwionośnych, które znajdują się w siatkówce oka. Pojęcie „retinopatia cukrzycowa” znana była wśród grupy 73 osób, stanowiło to 36% - Rycina 13.

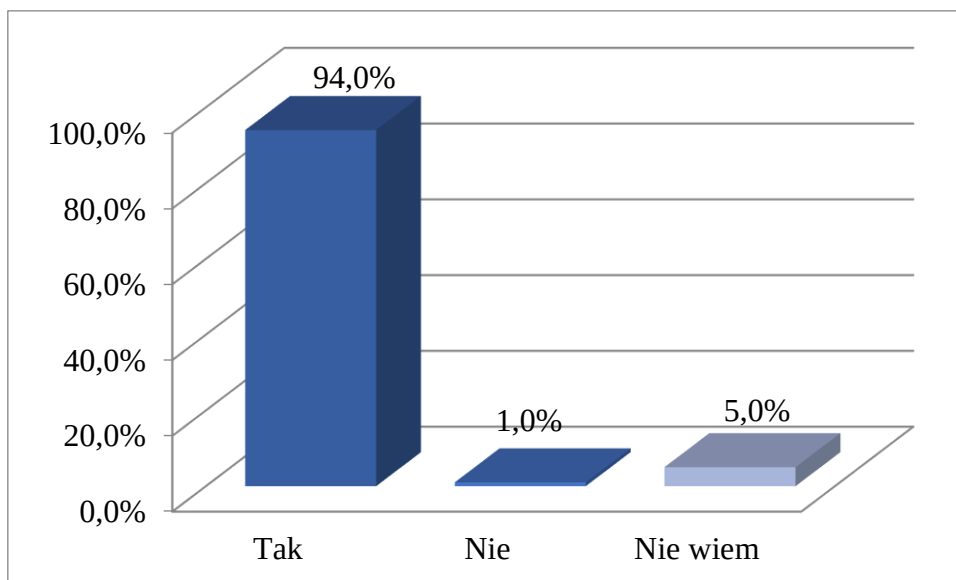


Rycina 12. „Stopa cukrzycowa jest...” – według respondentów



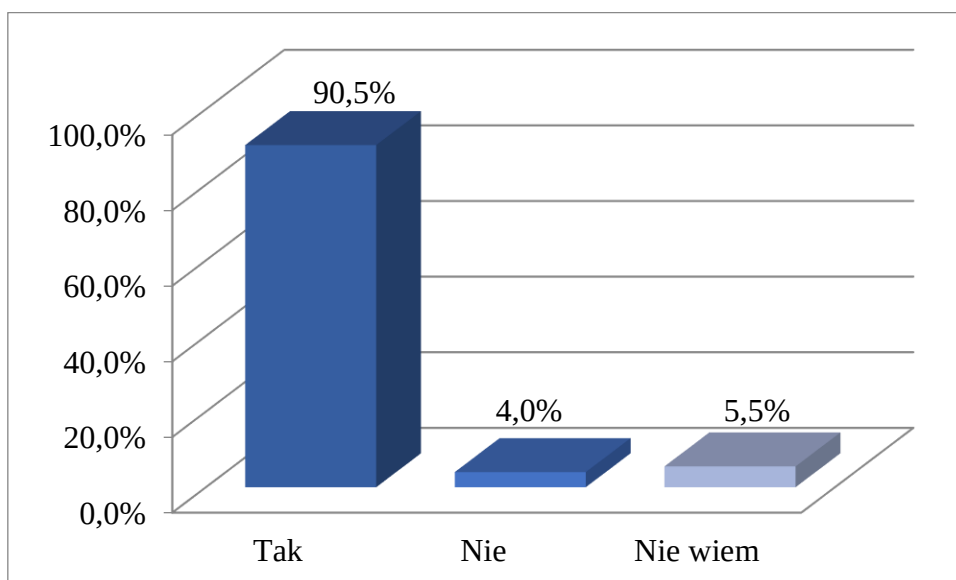
Rycina 13. Znajomość pojęcia „retinopatia cukrzycowa”

Ankietowanych zapytano, czy złe nawyki żywieniowe mogą wpłynąć na rozwój cukrzycy typu 2. Ponad 90% respondentów odpowiedziało twierdząco (n=188; 94,0%) – Rycina 14.



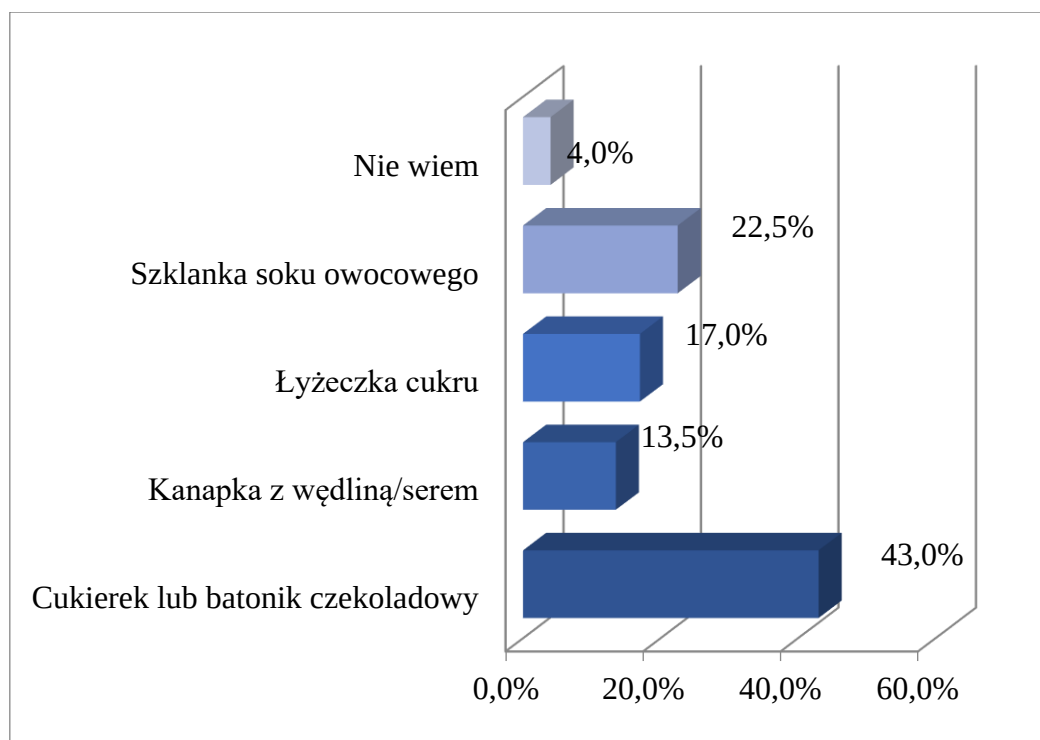
Rycina 14. Wpływ złych nawyków żywieniowych na zachorowalność na cukrzycę typu 2

Zapytano również czy badani uważają, że brak aktywności fizycznej może wpłynąć na rozwój cukrzycy typu 2. Odpowiedź „tak” wybrało 90,5% badanych (n=181) – Rycina 15.



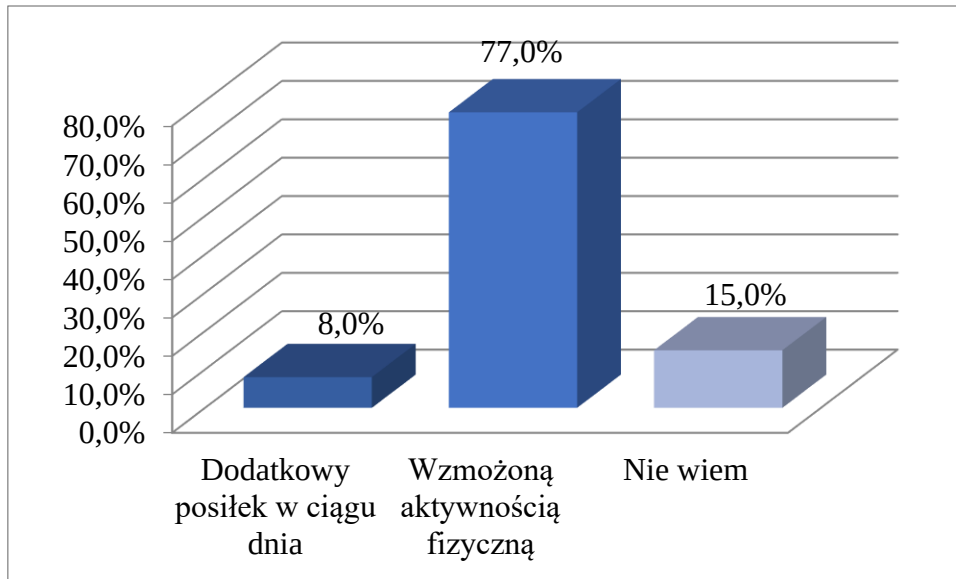
Rycina 15. Wpływ braku aktywności fizycznej na zachorowalność na cukrzycę typu 2

Cukierek lub baton czekoladowy jest to produkt, który należy podać osobie chorej na cukrzycę typu 2, kiedy poziom glikemii spadnie poniżej 70mg/dl (n=86; 43,0%). O podaniu szklanki soku owocowego wspomniało 45 opiniodawców (22,5%). Pozostałe informacje przedstawiono na Rycinie 16.



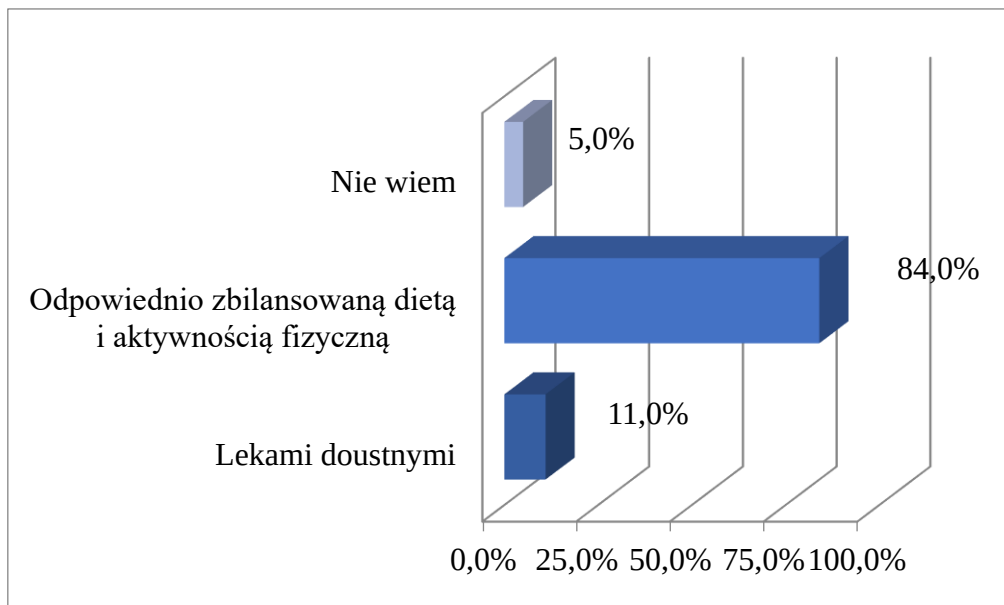
Rycina 16. Produkty, które według ankietowanych należy podać osobie chorej na cukrzycę typu 2, gdy poziom glikemii spadnie poniżej 70 mg/dl

Według respondentów hipoglikemia może być wywołana przez wzmożoną aktywność fizyczną (n=154; 77,0%). Pozostałe warianty wybrało 46 osób badanych. Dokładne dane zilustrowano na Rycinie 17.



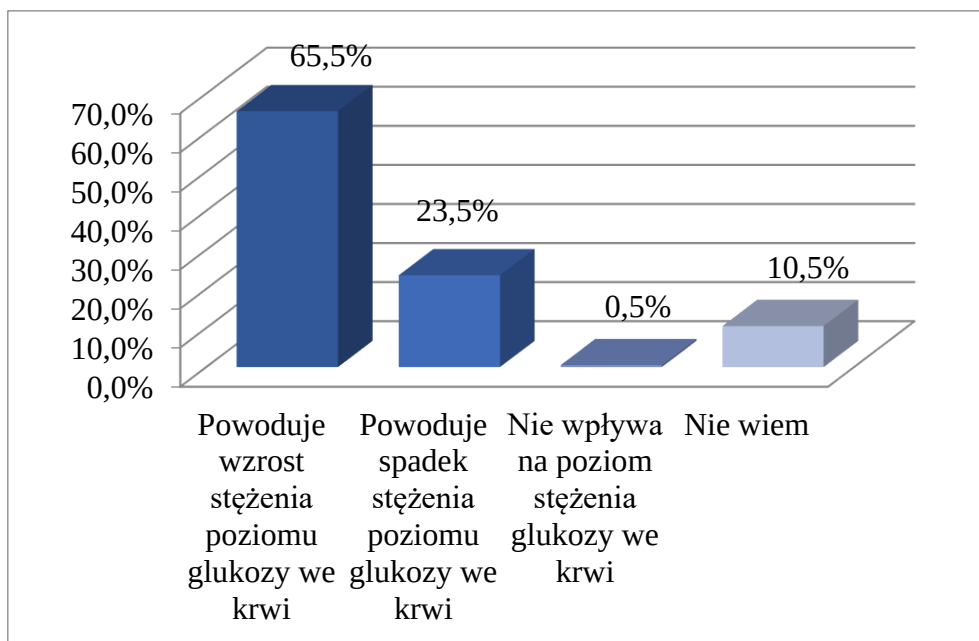
Rycina 17. „Hipoglikemia może być wywołana przez” – zdaniem respondentów

Początkowo cukrzycę typu 2 można leczyć odpowiednio zbilansowaną dietą i aktywnością fizyczną. Zdanie te podzieliło 168 ankietowanych (84,0%). O lekach doustnych wspomniało 22 respondentów (11,0%) – Rycina 18.



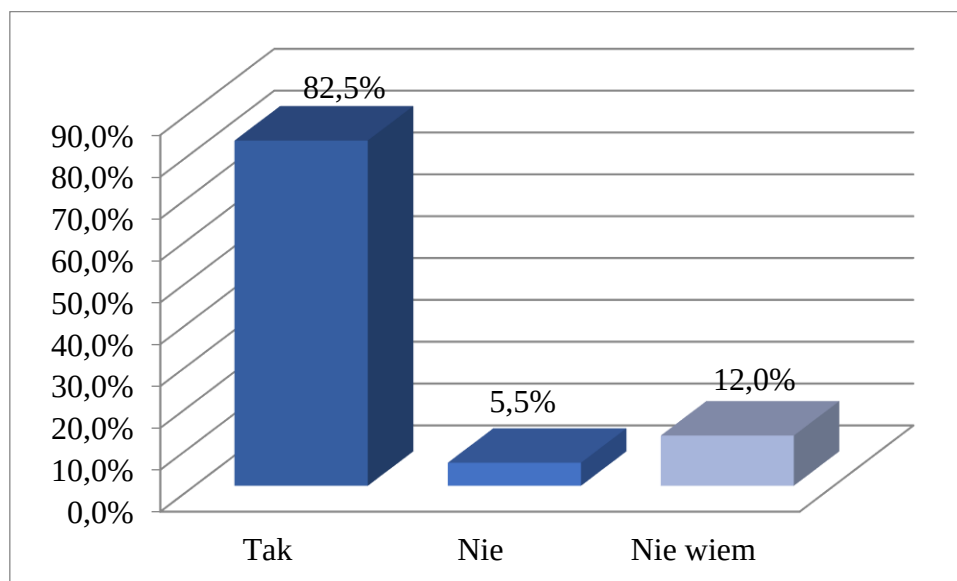
Rycina 18. Początkowe leczenie cukrzycy typu 2 według respondentów

Alkohol powoduje wzrost stężenia poziomu glukozy we krwi. Poprawną odpowiedź wybrało 131 badanych, stanowiło to 65,5%. Jedna osoba stwierdziła, że alkohol nie wpływa na poziom stężenia glukozy we krwi – Rycina 19.



Rycina 19. Wpływ alkoholu na poziom stężenia glukozy we krwi

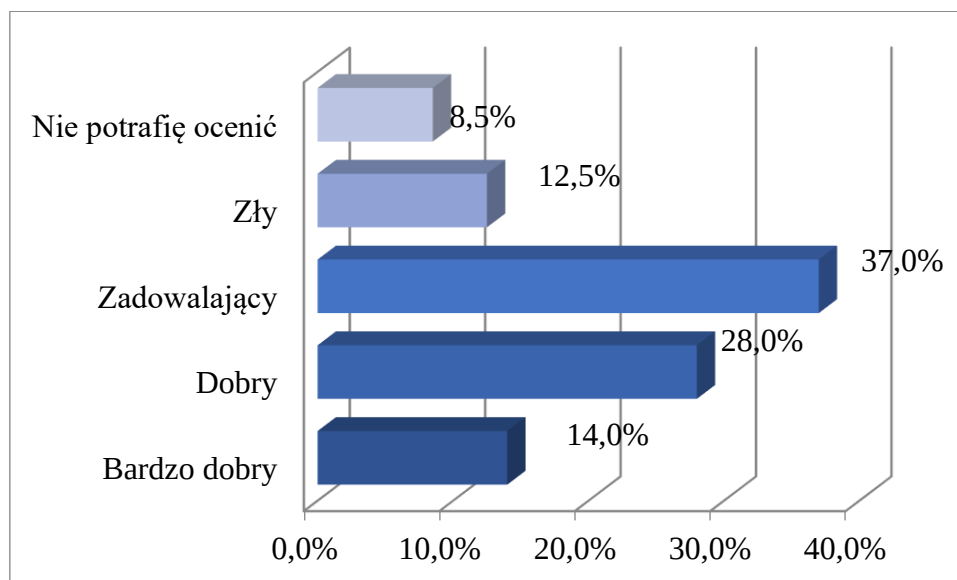
Nadmierne spożycie węglowodanów negatywnie wpływa na poziom stężenia glukozy we krwi. Respondenci odpowiedzi twierdząco (n=165; 82,5%) – Rycina 20.



Rycina 20. Negatywny wpływ nadmiernego spożywania węglowodanów na poziom stężenia glukozy we krwi

Każdy z przepytanych został poproszony o samoocenę swojej wiedzy w zakresie cukrzycy typu 2. Respondenci mieli do wyboru 4-stopniową skalę ocen.

Najwięcej osób zdecydowało, że ich wiedza w czasie wykonywania badania była zadowalająca (n=74; 37,0%). Oceny nie dokonało 17 badanych (8,5%). Szczegółowe informacje przedstawiono na Rycinie 21.

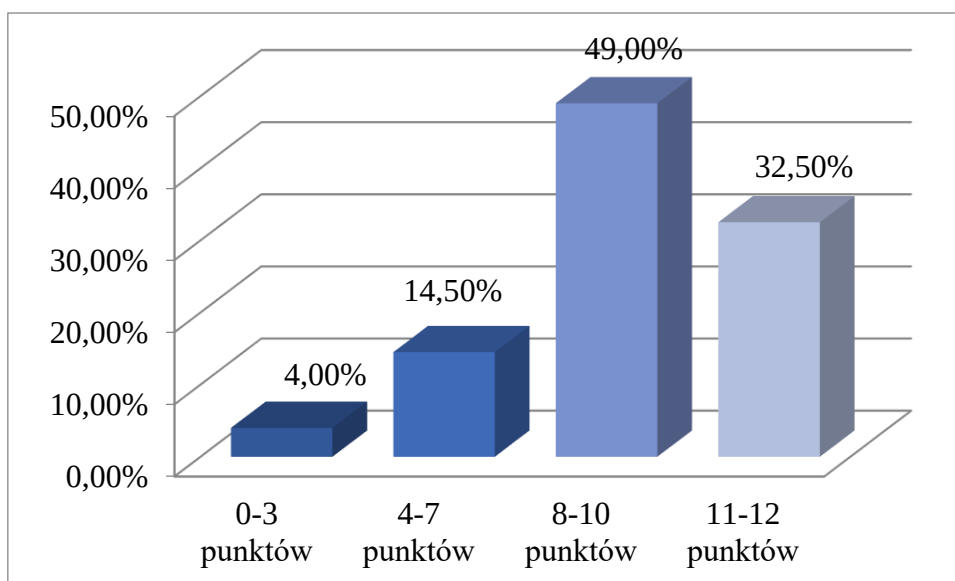


Rycina 21. Samoocena wiedzy respondentów na temat cukrzycy typu 2

Zsumowano wszystkie prawidłowe odpowiedzi na pytania dotyczące cukrzycy typu 2. Maksymalna możliwa liczba punktów wynosiła 12 (1 punkt = 1 odpowiedź prawidłowa). Poniżej przedstawiono interpretację wyników:

- Od 0 do 3 punktów – wiedza na złym poziomie;
- Od 4 do 7 punktów – wiedza na zadowalającym poziomie;
- Od 8 do 10 punktów – wiedza na dobrym poziomie;
- Od 11 do 12 punktów – wiedza na bardzo dobrym poziomie.'

Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy typu II w większości jest na poziomie dobrym. Szczegółowe dane zaprezentowano na Rycinie 22.



Rycina 22. Ocena wiedzy respondentów na temat cukrzycy typu 2

Szczegółowa analiza danych

Zbadano czy zależność między płcią badanych a wiedzą, że cukrzyca to choroba metaboliczna jest istotna statystycznie. Współczynnik p wynosi 0,0017, oznacza to, że wykazano istotność statystyczną – Tabela 1.

Tabela 1. Płeć a cukrzyca jako choroba metaboliczna

Płeć	Cukrzyca to choroba metaboliczna	
	Tak	Nie
Kobieta	146	15
Mężczyzna	28	11

Wiek powyżej 66-go roku życia a zachorowalność na cukrzycę typu 2 jest zależnością istotną statystycznie. Współczynnik p wynosi 0,000001 – Tabela 2.

Tabela 2. Wiek a zachorowalność na cukrzycę typu 2

Cukrzyca typu II	Wiek powyżej 66 roku życia	
	Tak	Nie
Tak	5	11
Nie	6	189

Analizie statystycznej poddano zależność pomiędzy znajomością głównego objawu cukrzycy a posiadaniem w swoim otoczeniu osób chorujących na cukrzycę typu 2. W/w zależność nie jest istotna statystycznie ($p=0,5328$) – Tabela 3.

Tabela 3. Główny objaw cukrzycy a cukrzyca typu 2 w bliskim otoczeniu

Cukrzyca typu 2 w bliskim otoczeniu	Znajomość głównego objawu cukrzycy	
	Tak	Nie
Tak	83	12
Nie	80	15

Zbadano istotność statystyczną między miejscem zamieszkania osób biorących udział w ankiecie a znajomością prawidłowego poziomu glukozy. Nie wykazano istotności statystycznej ($p=0,7592$) – Tabela 4.

Tabela 4. Miejsce zamieszkania a znajomość prawidłowego poziomu glukozy

Miejsce zamieszkania	Znajomość prawidłowego poziomu glukozy	
	Tak	Nie
Miasto	115	51
Wieś	24	12

DYSKUSJA

Cukrzyca w dzisiejszych czasach staje się coraz częstszym i bardziej poważnym problemem społeczeństwa. Każdego roku liczba osób chorujących na cukrzycę stale wzrasta. Choroba ta zaczęła mieć miano choroby cywilizacyjnej. Do najczęściej występujących rodzajów cukrzycy należy typ 1 oraz typ 2. Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoimmunologiczną, która rozpoczyna się zwykle u osób przed 30. r.ż. Choroba ta polega na powolnym zaniku komórek β trzustki, które są odpowiedzialne za wydzielanie insuliny niezbędnej do metabolizowania glukozy. Cukrzyca typu 2 jest chorobą metaboliczną, która polega na nieprawidłowym działaniu całego organizmu. Spowodowane jest to zaburzonym wydzielaniem insuliny. Charakterystyczną cechą cukrzycy jest podwyższony poziom glukozy we krwi, nazywany hiperglikemią. Powodem tej choroby jest również oporność organizmu na insulinę, a także niedobór insuliny. Wynika to z prowadzenia nieprawidłowego stylu życia, niskiej aktywności fizycznej, nadwagi czy otyłości.

Cukrzyca jest chorobą postępującą – rozpoczyna się od stanów przedcukrzycowych, ale może występować przez dłuższy czas bezobjawowo. Podejrzanie występowania cukrzycy jest podwyższone stężenie glikemii we krwi, a także objawy, które świadczą o jej przebiegu. Ostatnie lata miały bardzo ważne znaczenie w rozwoju badań nad patogenezą cukrzycy, ale również nad jej diagnostyką i leczeniem. Ważne jest poznanie poziomu wiedzy pacjentów na temat ich choroby, objawów oraz konsekwencji z nią związanych.

Najważniejszą kwestią w rozpoznaniu i leczeniu tego schorzenia jest świadomość i edukacja społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2. Diabetycy, jak również osoby im bliskie potrzebują stałej edukacji diabetologicznej. Wszyscy niezależnie od wieku, płci, typu cukrzycy, czasu trwania choroby oraz wykształcenia powinni posiadać wiedzę na temat choroby, czynników predysponujących czy powikłań jakie niesie to schorzenie.

W badaniach Łagody i wsp. oceniono, że poziom wiedzy pacjentów na temat cukrzycy i profilaktyki stopy cukrzycowej jest niezadowolający [5].

W przeprowadzonych badaniach własnych stwierdzono, że wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2 w większości jest na poziomie dobrym. Wśród 200 ankietowanych najwięcej osób zdecydowało, że ich wiedza w czasie wykonywania badania była zadowolająca ($n=74$; 37,0%). Poprawną definicję cukrzycy znało 1/5 respondentów ($n=35$; 17,5%). Z badań Araszkiewicz i wsp. [52] wynika, że poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą typu 2 jest niewystarczający głównie wśród mieszkańców wsi. Prawdopodobnie jest to spowodowane słabą dostępnością do źródeł wiedzy. W badaniach tych wykazano również, że poziom wiedzy u osób z wykształceniem podstawowym oraz u emerytów jest niższy, niż w pozostałych grupach wiekowych. Wyniki tych badań wykazują konieczność dalszej i wzmożonej edukacji pacjentów na temat cukrzycy typu 2 i jej przewlekłych powikłań [6].

Marcinkowska i wsp. [7] w swoich badaniach ujawnili niski stopień wiedzy o chorobie wśród mieszkańców Wielkopolski chorujących na cukrzycę. Średnia ocena w teście wiedzy na temat przewlekłych powikłań była zaledwie dostateczna. W badaniach tych wśród ankietowanych niewielka grupa chorych z typem 2 cukrzycy cechowała się wysokim poziomem wiedzy o schorzeniu na poziomie 80%.

W badaniach własnych stwierdzono, że wiedza o cukrzycy typu 2 i jej powikłaniach jest większa u kobiet niż u mężczyzn. Zależność pomiędzy definicją i objawami cukrzycy a posiadaniem w swoim otoczeniu osób chorujących na cukrzycę typu nie wykazała istotnego związku. Podobne wyniki uzyskał Duda i wsp. [8]. W grupie analizowanych osób wykazali, że dostateczną wiedzę o chorobie posiadało 66% ankietowanych.

W badaniach Janikowskiej [9] dotyczących oceny wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2 - 58% ankietowanych uzyskała dostateczny poziom wiedzy z testu, 52% dobry, porównywalnie do badań własnych. Analiza badań Janikowskiej nie wykazała istotnego związku pomiędzy cechami demograficznymi a posiadaną wiedzą, zarówno na poziomie wiedzy na temat cukrzycy typu 2, podobnie jak w badaniach własnych.

Wiedza większości badanych u Kalinowskiego i wsp. o powikłaniach cukrzycy była niedostateczna. Zdecydowana większość osób nie potrafiła wskazać wszystkich ostrych powikłań mogących wystąpić w cukrzycy. Część badanych nie wiedziała, że cukrzyca może prowadzić do licznych powikłań [10].

W badaniach własnych 85,5% respondentów odpowiedziało prawidłowo, czym jest stopa cukrzycowa. Zdecydowana mniejszość ankietowanych nie potrafiła wskazać powikłań cukrzycy. W analizowanym materiale Kalinowskiego i wsp. zauważono, że blisko ¼ respondentów nie potrafi wymienić przyczyn hipoglikemii, a tylko 31% za przyczynę tego stanu uznało: zbyt dużą dawkę insuliny lub doustnego leku hipoglikemizującego [10].

Głównym objawem świadczącym o wystąpieniu cukrzycy jest podwyższenie stężenia glukozy we krwi, o czym wiedziało 173 badanych (86,5%). Znajomości symptomów cukrzycy nie wykazało 27 badanych. Wyniki badań własnych pokazały, iż wraz z wiekiem poziom wiedzy jest niższy.

W pracy Kowalskiej i wsp. [11] stwierdzono, że mimo długoletniej cukrzycy poziom wiedzy badanych pacjentów na temat samokontroli i samoopieki jest niewystarczający. W wyniku badań Toczковского, który wykazał zaniechania w edukacji chorych na cukrzycę [12]. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleciło podjęcie należytych działań w tej dziedzinie. Dzięki programom edukacyjnym podniósł się poziom wiedzy pacjentów i poprawiła się jakość leczenia.

W pracy u Żebrowskiej i wsp. ankietowani pacjenci mają niepełną wiedzę na temat rozpoznawania cukrzycy typu 2. Istnieje związek pomiędzy posiadaną wiedzą na temat rozpoznawania i leczenia cukrzycy typu 2 a cechami badanej populacji [13].

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2 jest na poziomie dostatecznym, w niektórych przypadkach dobrym. Poziom wiedzy zależy od tego, czy dana osoba choruje, lub ma osobę chorą na to schorzenie w otoczeniu. Aby poprawić sytuację dotyczącą świadomości na temat cukrzycy typu 2 należy edukować społeczeństwo. Edukacja jest szczególnie ważna w cukrzycy, ponieważ stosowanie się chorych do zaleceń medycznych i zapobieganie powstawaniu ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy wpływa na jakość życia.

WNIOSKI

1. Wiedza społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2 jest na poziomie dobrym.
2. Nie wykazano zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a znajomością prawidłowego poziomu glukozy.
3. Poziom wiedzy kobiet dotyczący definicji cukrzycy jest wyższy niż mężczyzn.
4. Na poziom wiedzy na temat objawów cukrzycy nie wpływa posiadanie w otoczeniu osoby chorej na cukrzycę.
5. Zaznacza się wyraźna potrzeba zwiększenia edukacji na rzecz cukrzycy w grupie badanych powyżej 66-go roku życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P., Szczeklik A.: Cukrzyca. Interna Szczeklika 2019. Medycyna Praktyczna, Kraków 2019: 1481-1520.
2. Drągowski P., Czyżewska U., Cekała E. i wsp.: Cukrzyca jako problem społeczny i ekonomiczny. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2016; 2(39): 163-166.
3. Górski J. Układ wydzielania wewnętrznego. Fizjologia człowieka. PZWL, Warszawa 2010: 229-230.
4. Jagielski A. K., Piesiewicz A.: Cukrzyca wyzwaniem dla XXI wieku- wnioski z badań klinicznych i biochemicznych. Postępy Biochemii 2011; 57(2): 191-199.
5. Łagoda K., Kamińska K., Kobus G., Bachórzewska-Gajewska H., Kinalska I.: Ocena wiedzy pacjentów na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej. Przegląd Kardiadiabetologiczny 2009; 4(2): 64–70.
6. Araszkievicz A., Piasecka D., Wierusz-Wysocka B.: Ocena wiedzy pacjentów z typem 2 cukrzycy na temat przewlekłych powikłań choroby. Nowiny Lekarskie 2012; 81(2): 158–163.
7. Marcinkowska M., Pobłocka-Molińska M., Wierusz-Wysocka B.: Edukacja zdrowotna w oddziałach szpitalnych miasta Poznania w opinii chorych na cukrzycę. Nowiny Lekarskie 1998; 67: 593–599.
8. Duda G., Wichura-Demska A.: Wpływ wybranych czynników socjo-demograficznych na poziom wiedzy osób zdrowych na temat cukrzycy. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna 2009; 42(3): 995–999.
9. Janikowska M.: Ocena stanu wiedzy społeczeństwa na temat cukrzycy typu 2 oraz zaleceń żywieniowych. Praca Magisterska, 2015-10-09.

10. Kalinowski P., Bojakowska U., Kowalska M. E.: Ocena wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(4): 302–307.
11. Kowalska K., Pliszka M.: Ocena potrzeb edukacyjnych pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w poradniach diabetologicznych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018; 55-61.
12. Toczkowski M.: Organizacja opieki diabetologicznej przez lekarzy opieki podstawowej. *Przewodnik Lekarski* 1997; 9: 6-72.
13. Żebrowska M., Medak E., Pachuta M., Brodowicz-Król M.: Ocena poziomu wiedzy pacjentów POZ na temat rozpoznawania i leczenia cukrzycy typu 2. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7: 338-356.

PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTKI Z NADCZYNNOŚCIĄ TARCZYCY

Klaudia Dybicz¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Nadczynność tarczycy to choroba, na którą cierpi około 1,5% społeczeństwa. W większości przypadków wiąże się z obecnością choroby Gravesa – Basedowa. Rzadziej choroba związana jest z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy, gruczolakami tarczycy lub wolem guzowatym. W występowaniu choroby duże znaczenie ma dziedziczność. Choroba nie ma określonego czasu występowania, może pojawić w każdym wieku. Najczęściej choroba pojawia się w okresie ciąży, menopauzy czy pokwitania [1, 2].

Nadczynność tarczycy inaczej tyreotoksykoza spowodowana jest zbyt dużym wytwarzaniem hormonów przez tarczycę (T3 i T4). Wynika to ze zwiększonego wytwarzania hormonów w tarczycy, upośledzoną funkcją receptorów wiążących hormony tarczycowe, zaburzeń w metabolizmie obwodowym oraz przedawkowania hormonów w trakcie leczenia choroby [2].

Przyczyny nadczynności tarczycy

Do głównych przyczyn nadczynności tarczycy zaliczamy:

- choroba Gravesa - Basedowa –autoimmunologiczne schorzenie, które jest wynikiem produkcji immunoglobulin klasy IgG przez organizm. Naśladuje ono fizjologiczną czynność hormonu tyreotropowego (TSH) przysadki, stymulując tarczycę do produkcji hormonów tarczycowych, czyli tyroksynę (T4) oraz trójjodotyroninę (T3). Nadmiar tych hormonów powoduje pojawienie się charakterystycznych objawów klinicznych, np.: orbitopatia tarczycowa (oftalmopatia) czy wole mięsiste;
- autonomiczny nadczynny guzek tarczycy;
- choroba Plummera – wole guzkowe nadczynne;
- wole jajnikowe;

- choroba de Quervaina – podostre zapalenie tarczycy;
- choroba Hashimoto – przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy;
- poporodowe zapalenie tarczycy;
- za duża podaż hormonów tarczycy lub jodu;
- nadczynność wtórna tarczycy powiązana z gwałtownym wydzieleniem przez guzy przysadki hormonu tyreotropiny (TSH);
- raki tarczycy (pęcherzykowy, brodawkowy);
- za duża ilość wydzielanego czynnika tyreotropowego (HCT) poprzez guzy trofoblastu (zaśniad groniasty, kosmówczak) [2, 3, 4].

Objawy nadczynności tarczycy

Do objawów nadczynności tarczycy należą:

- spadek masy ciała – występuje prawie u wszystkich chorych. Wynika z szybszego spalania kalorii, które spowodowane są szybszym metabolizmem i wyższym poziomem hormonów we krwi. Chory zazwyczaj czuje ciągły głód. Zdarza się, że wybudza się w nocy aby coś zjeść. Spadek masy ciała waha się od 2 do nawet 35 kilogramów. Zdarza się jednak czasem tak, że apetyt wzrasta tylko niewiele i chory przybiera na wadze nieznacznie. Po zaczęciu leczenia waga wraca do swej wyjściowej wartości;
- drażliwość – występuje często u kobiet posiadających małe dzieci. Osoby chore zdarza się, że mają trudności ze stawianymi im wymaganiami oraz gorzej znoszą stres obecny w trakcie opieki nad dziećmi. Kobiety szybciej się wtedy denerwują i są bardziej wrażliwe. Pogorszeniu może ulec także koncentracja, co powoduje gorsze wyniki w miejscu pracy, na uczelni czy w szkole;
- kołatanie serca – spora ilość chorych cierpi na szybkie bicie serca co powoduje odczuwanie dyskomfortu. Podczas długotrwałej i nieleczonej nadczynności tarczycy, a szczególnie u osób w wieku podeszłym może pojawić się migotanie przedsionków, a w dalszym ciągu nawet niewydolność serca;
- nadwrażliwość na zimno oraz nadmierna potliwość – podczas zwiększonej przemiany materii zostaje wytwarzana większa ilość ciepła przez organizm człowieka i zostaje usunięta poprzez pocenie się. Osoba chora czuje dyskomfort w upalne dni oraz pomieszczeniach ogrzewanych, a w mroźne dni ubiera się bardzo lekko;
- drżenie rąk –większość chorych cierpi na drżenie rąk, co może sprawiać im trudność w codziennym życiu. Charakter pisma również ulega pogorszeniu;

- osłabienie mięśni – wcześniej silne mięśnie ulegają osłabieniu w trakcie choroby. Chorzy mają trudności z czynnościami, które wcześniej nie sprawiały im problemu (wchodzenie po schodach, podnoszenie się z fotela bez pomocy rąk);
- duszność – bardzo często pojawia się po wysiłku, u osób chorujących na astmę dolegliwości nasilają się;
- problemy z włosami, paznokciami oraz skórą – niektóre osoby cierpią na świąd skóry, a u osób chorujących na chorobę Gravesa – Basedowa mogą pojawić się swędzące, obrzęknięte i czerwone plamy na stopach i podudziach. Włosy zaczynają robić się rzadsze i cieńsze, a paznokcie są bardziej łamliwe i stają się brzydkie;
- nieregularne miesiączki – są zazwyczaj nieregularne i skąpe, w niektórych przypadkach nawet zanikają. Dopóki nie wprowadzi się leczenia, kobieta może mieć trudności z zajściem w ciążę;
- biegunka – w trakcie choroby dochodzi do zwiększenia się częstotliwości oddawania kału (2-3 razy dziennie), a konsystencja stolca zmienia się w bardziej rzadszą;
- problemy z oczami – u osób z chorobą Gravesa – Basedowa częstym problemem jest nadmierne łzawienie oczu, które nasila się w wietrzny i jasny dzień. Chorym dokucza również ból i uczucie piasku pod powiekami, zamazanie obrazu oraz podwójne widzenie. U wielu chorych dochodzi do rozwinięcia się wytrzeszczu oczu lub pojawienia się tzw. worków pod oczami;
- wole – chory zauważa wole dopiero w chwili, gdy jest ono widoczne gołym okiem. Przed jego pojawieniem się nie czuje żadnych objawów, jedynie ucisk w gardle [1].

Diagnostyka nadczynności tarczycy

Do diagnostyki nadczynności tarczycy zaliczamy:

- badania laboratoryjne – do potwierdzenia nadczynności potrzebne jest podwyższone stężenie hormonów wolnych w krwi: trójiodotyroniny i tyroksyny oraz niskie stężenie TSH (podczas pierwotnej nadczynności tarczycy) albo podwyższone podczas nadczynności tarczycy w przebiegu chorób układu podwzgórzowo – przysadkowego. Badania laboratoryjne potwierdzają występowanie neuropatii, zwiększenie poziomu bilirubiny, fosfatazy alkaicznej i transaminazy oraz niedokrwistości. Często uwidacznia się również niedobór magnezu oraz nadmiar wapnia we krwi.
- osłuchanie pacjenta za pomocą stetoskopu oraz wykonanie badania elektrokardiografii (EKG) – u osób cierpiących na nadczynność tarczycy często występują zaburzenia

rytmu serca w postaci częstoskurczu (tachykardia), które lekarz odkrywa za pomocą osłuchowego badania stetoskopem albo podczas badania EKG.

- przeprowadzenie badania ultrasonograficznego (USG) – za pomocą tego badania lekarz je wykonujący może zdiagnozować powiększenie gruczołu, rozpoznać obecność lub brak wola, odbiegającą od normy budowę gruczołu o zaburzonej echogeniczności oraz uwidocznienie miejsca, z którego zostanie pobrana tkanka do badania pod mikroskopem.
- scyntygrafia tarczycy – badanie za pomocą izotopów jodu lub technetu metastabilnego pokazuje aktywność symportera sodowo – jodowego. Izotopy uwalniają promieniowanie gamma, które zapisywane jest za pomocą kamer gamma znajdujących się na zewnątrz. Im więcej pierwiastka pochłonie gruczoł to oznacza, że lepiej funkcjonuje. Badanie to jest bezpieczne i można je stosować nawet u noworodków.
- test jodochwytności – interpretacja badania opiera się na założeniu, że stopień wychwytu jodu przez tarczycę jest proporcjonalny do jej czynności [1, 2, 5, 6, 7].

Sposoby leczenia nadczynności tarczycy

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne jest wstępnym przygotowaniem do strumektomii, czyli chirurgicznego wycięcia tarczycy lub do leczenia jodem promieniotwórczym, lecz zazwyczaj jest podstawową metodą leczenia nadczynności tarczycy. Leki powodują hamowanie wytwarzania nowych hormonów przez tarczycę, lecz nie usuwają już tych uwolnionych do krwi.

- tionamidy – pierwsze skutki ich zażywania widać po tygodniu, lecz na pełne działanie należy poczekać nawet do czterech tygodni. Jak już wcześniej zostało wspomniane leki przeciwtarczycowe hamują wytwarzanie nowych hormonów i nie mają wpływu na już wcześniej wytworzone i uwolnione hormony do krwi.
- Tiamazol – jest pochodną tioimidazolu, jego działanie opiera się na blokowaniu jodowania tyreoglobuliny oraz hamowaniu utleniania jodków do jodu. Jego działanie stymuluje wydzielanie TSH i może prowadzić do powiększenia tarczycy. Leczenie tyreostatykami wybierane jest w przypadku niezbyt nasilonej nadczynności z występującym małym wolem oraz duża szansa pojawienia się remisji po zastosowaniu leczenia zachowawczego, u osób z dużym ryzykiem operacyjnym i przewlekłe chorych, a także u chorych, które niezdolne są do przestrzegania zasad ochrony radiologicznej po leczeniu jodem. Tyreostatyki to skuteczna metoda leczenia, ponieważ pozwala ona

na szybką kontrolę hormonów, a odpowiednio długo podawane tłumią odpowiedź immunologiczną. Terapia ta wiąże się również z wystąpieniem reakcji niepożądanych – uszkodzeniem wątroby oraz agranulocytozą;

- leki β – adrenolityczne – to leki uzupełniające. Najczęściej stosuje się propranolol, ponieważ ma on zdolność hamowania konwersji tyroksyny do trójjodotyroniny. Przeciwwskazaniem do stosowania propranololu jest astma oskrzelowa oraz niewydolność krążenia. Leki z grupy β -adrenolityków zmniejszają ryzyko wystąpienia objawów arytmii, takich jak częstoskurcz nadkomorowy, migotanie przedsionków oraz minimalizują wystąpienie symptomów tyreotoksykozy (kołatanie serca, drżenie rąk, nietolerancja ciepła, potliwość);
- węglan litu – jest stosowany u chorych nadwrażliwych na inne tyreostatyki oraz u chorych z zespołem Jod – Basedow (nadczynność tarczycy indukowana jodem), ma on słabe działanie przeciwtarczycowe. Związek ten gromadzi się w gruczole tarczowym i hamuje uwalnianie hormonów tarczycy z tyreoglobuliny do krwioobiegu. Wydłuża to biologiczny okres półtrwania jodu. Kilkudniowe zażywanie węglanu litu hamuje przemianę T4 do T3 i obniża poziom fT3 i fT4, przy tym nie wpływając na zmianę poziomu TSH;
- glikokortykosteroidy – dzięki obecności w składzie pochodnych kortyzolu hamują obwodową konwersję T4 do T3, obniżają temperaturę ciała oraz blokują wydzielanie hormonów w chorobie Gravesa – Basedowa. Lek działa przeciwzapalnie dlatego stosowany jest przy popromiennym i podoстрыm zapaleniu tarczycy oraz nadczynności indukowanej amiodaronem.;
- preparaty jodu – nieorganiczny jod hamuje syntezę i uwalnianie hormonów. Jest to efekt Wolffa – Chaikoffa i pojawia się podczas wysokiego poziomu jodu lub zmniejszenia jego wydalania co prowadzi do oksydacji i organifikacji jodków w tarczycy. Preparaty jodu stosowane są w postaci płynu Lugola 1% lub 5%. Są one jednak rzadko używane ze względu na ich krótkotrwałe działanie;
- nadchloran potasu – jest nieorganicznym związkiem chemicznym, który wykorzystywany jest do leczenia nadczynności tarczycy indukowanej jodem po użyciu amiodaronu lub przed zastosowaniem jodowych środków kontrastowych. Często powoduje skutki uboczne dlatego stosowany jest bardzo rzadko. Hamuje transport jodu do tarczycy co powoduje uwalnianie z niej nadchloranów [8, 9, 10, 11].

Leczenie jodem promieniotwórczym

Leczenie to wykorzystuje promieniowanie beta oraz gamma o różnej energii. Radioizotop, który znajduje się w tarczycy niszczy komórki gruczołu tarczowego, co uniemożliwia ich wychwyt. Aktywność terapeutyczna izotopu zależy od guzków w tarczycy, objętości tkanki, rodzaju zaburzeń tarczycy, okresu półtrwania jodu promieniotwórczego oraz jodochwytności. Takie leczenie prowadzone jest przez lekarza w warunkach szpitalnych, co umożliwia określenie wskazań oraz przeciwwskazań do stosowania tej terapii. Przeciwwskazaniem do zastosowania terapii jodem promieniotwórczym jest ciąża, karmienie piersią, nowotwór złośliwy tarczycy, nadczynność, która zagraża przełomem tarczycowym, niski wychwyt jodu przez tkanki oraz orbitopatia w aktywnej fazie [12, 13].

Leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne tarczycy, czyli strumektomia to zabieg polegający na usunięciu całego gruczołu lub pozostawieniu fragmentu czynnej tarczycy. Do zabiegu strumektomii kwalifikowani są tylko pacjenci, którzy są leczeni tyreostatykami, ponieważ przed zabiegiem należy wyrównać poziom hormonów. Usunięcie gruczołu prowadzi do szybkiego powrotu prawidłowej czynności czyli eutyrozy. Pacjent do końca życia musi przyjmować hormony tarczycowe, aby organizm funkcjonował poprawnie. Najczęstszą przyczyną wycięcia tarczycy jest rak gruczołu lub wole powodujące uciążliwy i nieprzyjemny ucisk. Do strumektomii kwalifikowani są również osoby, które z pewnych powodów nie mogą poddać się leczeniu farmakologicznemu [2, 12, 14].

Edukacja pacjenta z nadczynnością tarczycy

Edukacja chorego i jego rodziny odgrywa kluczową rolę w postępowaniu wobec pacjenta z nadczynnością tarczycy. Działania edukacyjne powinny obejmować zakres funkcjonowania pacjenta w czasie choroby oraz przygotowanie rodziny chorego do radzenia sobie z problemami opiekuńczymi i pielęgnacyjnymi jakie mogą wystąpić. Do najważniejszych działań edukacyjnych pielęgniarzki zalicza się:

- przedstawienie pacjentowi i jego rodzinie istoty choroby, występujących objawów, możliwych powikłań i problemów i sposobów radzenia sobie z nimi;
- poinformowanie chorego o konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków, możliwych działań niepożądanych;

- polecenie pacjentowi wykonywania regularnych badań kontrolnych oraz samoobserwacji pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych przyjmowanych preparatów i w razie jakichkolwiek symptomów zgłoszenie się do lekarza;
- chory powinien wybierać posiłki lekkostrawne (niezbyt tłuste, gotowane i pieczone – zamiast smażonych) aby złagodzić dolegliwości ze strony układu trawiennego; należy unikać produktów obciążających przewód pokarmowy takich jak: kapusta, brukselka, orzechy, migdały, groch, soja, kasze gruboziarniste;
- w trakcie choroby mogą wystąpić zasłabnięcia i omdlenia spowodowane zawrotami głowy. Należy poinformować o tym pacjenta i zalecić regularną ocenę podstawowych parametrów życiowych i ich odnotowywanie (ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, temperatura ciała), w okresie nasilonych objawów zalecenie pozostania chorego w łóżku, zachęcić chorego do powolnej zmiany pozycji ciała i asekuracji;
- w trakcie zwiększonej pobudliwości nerwowej oraz wahań nastroju w wyniku zaburzeń neurowegetatywnych, należy poinformować pacjenta aby unikał sytuacji konfliktowych, które mogą powodować dyskomfort, należy również poinformować aby w tym czasie pacjent unikał spożywania kofeiny i alkoholu;
- poinformowanie pacjenta o możliwości spadku masy ciała, która związana jest ze zwiększoną przemianą materii. W tym celu należy poinformować pacjenta o kontrolowaniu masy ciała raz w tygodniu i prowadzenia dzienniczka samokontroli, zapoznanie pacjenta z zasadami zalecanej diety oraz zaproponowanie konsultacji z dietetykiem w celu opracowania indywidualnej diety [15, 16, 17].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki chorej na nadczynność tarczycy.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 37 lat z rozpoznaniem *nadczynność tarczycy*, chorującą od 12 lat. Nasilenie objawów u pacjentki występuje od 4 tygodni. Badania przeprowadzono podczas hospitalizacji pacjentki w dniach 11 – 14.11.2021r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych.

Materiał zebrano na podstawie obserwacji pacjentki, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich.

Do oceny problemów pielęgnacyjnych posłużono się metodą indywidualnych przypadków.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka, Anna T. urodzona 20.03.1985 r. pochodzi z Białegostoku. Posiada wykształcenie wyższe, z zawodu jest księgową. Źródłem utrzymania jest praca w zawodzie. Pani Anna mieszka z mężem i dwójką dzieci w domu jednorodzinnym. Posiada dobre warunki higieniczno – bytowe. Pacjentka choruje na nadczynność tarczycy od 12 lat. Od 10 lat pali papierosy (7 sztuk dziennie). Wzrost 168 cm, masa ciała 55 kg. Choroba zaczęła się od nadmiernego wypadania włosów, przez które pacjentka zgłosiła się do lekarza. Lekarz zlecił oznaczenie stężenia TSH, które wynosiło 0,120 μ U/ml (norma: 0,270-4,200). Po dwóch miesiącach pojawiły się obrzęki w okolicy kostek, zmęczenie, zmniejszenie tolerancji wysiłku, kołatanie serca, nadmierna potliwość, stałe uczucie gorąca, drżenie rąk oraz trudności w zasypianiu. Chora skarżyła się również na zwiększoną ilość wypróżnień w ciągu dnia (z 1 do 3 razy na dobę). W ciągu kolejnych czterech miesięcy schudła 4 kg mimo prawidłowego łaknienia. Tętno: 88 uderzeń/minutę, RR: 148/94 mmHg, 19 oddechów/minutę

W dniach 11-14.11.2021 r. pacjentka przebywała w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w Klinice Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, do którego trafiła z powodu nasilenia objawów występujących od 4 tygodni.

Stosowana farmakoterapia w czasie pobytu pacjenta w szpitalu obejmowała następujące leki: thyrozol, propranolol oraz witamina D₃.

Wyniki badań laboratoryjnych:

Immunochemia:

TSH: <0,005 μ U/ml

fT₄: 2,44 ng/dl

fT₃: 5,78 pg/ml

anty-TPO: >600,0 IU/ml

anty-TG: 364 IU/ml

Morfologia:

WBC: $6,60 \cdot 10^3/\mu\text{l}$

RBC: $4,45 \cdot 10^6/\mu\text{l}$

HGB: 14,0 g/dl

HCT: 40,3 %

MCV: 91,0 fl

MCH: 31,4 pg

MCHC: 34,7 g/dl

PLT: $329,0 \cdot 10^3/\mu\text{l}$

RDW-CV: 14,2 %

PWD: 14,0 %

MPV: 7,2 fl

USG tarczycy:

Tarczycza niepowiększona, płaty symetryczne o wymiarach: długi: 56mm, szeroki: 24 mm, głęboki: 18 mm. Wymiar głęboki cieśni ok.: 4 mm. Miąższ tarczycy bez zmian ogniskowych, węzły chłonne szyi niepowiększone, przytarczycy niewidoczne.

Stan pacjentki podczas prowadzenia obserwacji

37 – letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych z powodu nasilających się objawów chorobowych nadczynności tarczycy. U pacjentki występują częste kołatania serca oraz wysokie ciśnienie tętnicze. Mimo, że pacjentka regularnie stosowała leki objawy nie ustawały. Dalej występują również takie objawy jak nadmierna potliwość, drżenie rąk, zmęczenie, trudności w zasypianiu, utrata masy ciała, kołatanie serca oraz częste wypróżnienia. Pani Anna bagatelizowała występujące objawy, ale teraz obawia się o swoje zdrowie.

Plan opieki pielęgniarstwa

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu powikłań ze strony układu krążenia.

Działania pielęgniarstwa:

- Regularna kontrola parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego, tętna, oddechów, ocieplenia skóry, zabarwienia powłok skórnych.

- Podanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń (Tritace 5mg, Bisocard 5mg).
- Polecenie pacjentce aby zaczęła stosować dietę z obniżoną zawartością soli.
- Polecenie pacjentce unikania sytuacji stresowych, nerwowych.

Ocena: Po podaniu leków na zlecenie lekarza ciśnienie tętnicze obniżyło się i wynosiło 123/82mmHg. Polecono pacjentce wyeliminowanie soli z diety oraz regularne przyjmowanie leków na nadciśnienie. Dokonano regularnego pomiaru parametrów życiowych, które wynosiły (tętno: 80 uderzeń/minutę; oddechy: 17/minutę).

Diagnoza pielęgnarska 2: Wyraźny spadek masy ciała pacjentki poprzez wzrost przemiany materii.

Cel: Pomoc pacjentce zapobiec utracie masy ciała poprzez zalecenie jej odpowiednich działań.

Działania pielęgnarskie:

- Zalecenie pacjentce aby zasięgnęła porady dietetyka, który pomoże jej w dobraniu odpowiedniej, indywidualnej diety, dostosowanej do jej potrzeb.
- Przedstawienie oraz poinformowanie pacjentki odnośnie zalecanej dla niej diety. Przedstawienie najistotniejszych informacji o diecie wysokokalorycznej, bogato białkowej, które pomogą jej podnieść masę ciała.
- Zaproponowanie pacjentce aby sama próbowała zwiększać kaloryczność posiłków (np.: poprzez dodawanie majonezu, sosów, śmietany, makaronu).
- Poradzić pacjentce aby kontrolowała masę ciała minimum raz w tygodniu i zaczęła zapisywać każdy wynik. W ten sposób będzie miała pewność, że stosowana dieta przynosi efekty.
- Pacjentkę należy poinformować o konieczności wyeliminowania lub ograniczeniu palenia tytoniu oraz spożywania produktów zawierających kofeinę czy ograniczenie spożycia błonnika pokarmowego.

Ocena: Przedstawiono pacjentce działania, które pomogą w zwiększeniu masy ciała, do których chora zobowiązała się przestrzegać. Pacjentka zauważyła, że dzienniczek samokontroli będzie dobrym rozwiązaniem w kontrolowaniu wagi i również zobowiązała się do jego stosowania. Postanowiła, że skonsultuje swoje zachowania żywieniowe z dietetykiem, który pomoże ułożyć indywidualny jadłospis przystosowany do jej potrzeb.

Pacjentce zostały przedstawione skutki nadmiernego palenia tytoniu oraz spożywania dużej ilości kofeiny w przypadku jej choroby. Zobowiązała się do stopniowego rzucenia palenia oraz spożycia kawy bezkofeinowej.

Diagnoza pielęgnarska 3: Częste korzystanie z toalety w celu wypróżnienia, które związane jest z nadmiernym pasażem jelitowym.

Cel: Uregulowanie wypróżnień, zapobieganie odwodnieniu pacjentki, wyeliminowanie czynników przyspieszających przemianę materii.

Działania pielęgnarskie:

- Pacjentkę należy poinformować o konieczności ograniczenia lub całkowitej rezygnacji z produktów, które spożywa lecz nasilają u niej pasaż jelitowy są to np.: owoce i soki owocowe, kofeina, napoje gazowane, produkty mleczne, alkohol, produkty zbożowe, słodczyce czy warzywa kapustne.
- Zalecenie pacjentce aby jej dzienne spożycie płynów zwiększyła do 2,5 litra, aby nie doprowadzić do odwodnienia organizmu.
- Należy ocenić stan nawodnienia pacjentki poprzez przeprowadzenie bilansu płynów, zliczyć diurezę dobową, dokonać pomiaru masy ciała.
- Przedstawienie zalet oraz nakłonienie pacjentki do włączenia do swojej diety produktów zapierających np.: herbaty, jagód, kakao, galaretki czy ryżu.
- Zaproponowanie chorej, aby zrezygnowała z czynników, które nasilają jej dolegliwości czyli częste korzystanie z toalety, są to np.: palenie tytoniu, stres czy nadmierny wysiłek fizyczny.
- Podpowiedzenie pacjentce aby po każdym oddaniu stolca zaczęła stosować masć bądź wazelinę na okolice odbytu w celu zmniejszenie nieprzyjemnych objawów takich jak podrażnienia związane z częstym podcieraniem się.

Ocena: Przedstawiono pacjentce zalecenia, które mają nie dopuść do odwodnienia organizmu. Pacjentka zobowiązała się do ich przestrzegania. Zapoznano pacjentkę z czynnikami nasilającymi jej dolegliwości. Oceniono stan nawodnienia pacjentki poprzez sprawdzenie elastyczności i koloru skóry, wygląd śluzówek oraz na podstawie diurezy dobowej. Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjentka jest właściwie nawodniona.

Diagnoza pielęgnarska 4: Nadmierna potliwość skóry spowodowana zaburzeniami hormonalnymi, które wzmagają pracę gruczołów potowych.

Cel: Zmniejszenie potliwości u pacjentki, która powoduje dyskomfort. Zaproponowanie działań, które pomogą jej ograniczyć nadmierną potliwość i występujący przez to dyskomfort psychiczny.

Działania pielęgnarskie:

- Przedstawienie pacjentce czynników, które nasilają jej dolegliwości. Zalecenie unikania zmęczenia, noszenia nieprawidłowej, nieprzewiewanej, sztucznej odzieży. Poradzenie, aby unikała sytuacji stresowych czy klimatyzacji.
- Wyjaśnienie pacjentce, że jej dolegliwości z nadmierną produkcją potu związane są z zaburzeniami hormonalnymi, które u niej występują.
- Zaproponowanie takich rozwiązań jak jonoforeza czy botoks w miejscach najbardziej potliwych. Zabiegi te jednak należy powtarzać i nie spowodują one całkowitego wyeliminowania problemu.
- Zaproponowano pacjentce aby zaczęła stosować antyseptyczne i antybakteryjne mydła lub żele do kąpieli. Dobrym sposobem aby uniknąć potu jest stosowanie blokerów potu, które ułatwią jej funkcjonowanie i zapobiegą brzydkiemu zapachowi. Nakłonienie do codziennej zmiany ubrań i bielizny. Zalecenie codziennej kąpieli oraz unikania ubrań z małą zawartością bawełny. Zalecono również aby zapewniano optymalną temperaturę otoczenia, w którym przebywa.
- Zalecenie chorej aby wyeliminowała ze swojej diety ostre przyprawy, owoce cytrusowe czy kofeinę, które stymulują produkcję potu.

Ocena: Wy tłumaczono pacjentce dlaczego występuje u niej nadmierna potliwość. Przedstawiono działania, które pomogą jej w codziennym funkcjonowaniu z tą dolegliwością. Zmotywowano pacjentkę do wyeliminowania czynników nasilających problem.

Diagnoza pielęgnarska 5: Doświadczenie przez pacjentkę dyskomfortu i strachu o zdrowie i życie, które wywołuje palpitacja serca.

Cel: Wyrównanie pracy serca i wyeliminowanie odczuwanego dyskomfortu. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Działania pielęgnarskie:

- Regularne kontrolowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi, tętna oraz oddechów i zapisywanie tych parametrów, aby móc je później skonsultować z lekarzem.

- Zalecenie pacjentce kontrolowania w jakich sytuacjach dochodzi do palpacji serca. Obserwacja czy występują one bez jakiegokolwiek przyczyny czy może w określonych sytuacjach.
- Przeprowadzenie badania elektrokardiograficznego (EKG) lub założenie holtera w momencie przyjęcia do szpitala i w miarę możliwości gdy dolegliwości nasilają się.
- Za zleceniem lekarza wykonano badania laboratoryjne aby sprawdzić poziom magnezu, wapnia, jodu i potasu we krwi chorej.
- Zalecenie pacjentce aby ograniczyła spożycie kofeiny, która nasila jej dolegliwości związane z kołataniem serca.
- Zalecenie aby w trakcie wystąpienia palpacji pacjentka oddychała głęboko i spokojnie.
- Zalecenie pacjentce aby kontrolowała swoje zaburzenia. Może prowadzić dzienniczek samokontroli, w którym wszystko rzetelnie będzie zapisywała.
- Podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarskim w trakcie wystąpienia zaburzeń sercowych.

Ocena: Po zastosowaniu leków (Tritace 5 mg, Bisocard 5 mg), które zostały zalecone oraz przepisane przez lekarza dolegliwości zniknęły. Pacjentka zadeklarowała się do stosowania umiarkowanego wysiłku fizycznego oraz zaczęła uprawiać jogę, która ma za zadanie wyciszyć jej organizm. Pacjentka zadeklarowała się również do unikania sytuacji stresowych, w miarę możliwości, które mogłyby nasilić jej objawy. Pacjentka przebywając na oddziale została regularnie badana pod kątem parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze: 123/82 mmHg, tętno: 80 uderzeń/minutę oraz oddechy: 17/minutę). Otrzymane wyniki zostały udokumentowane.

Diagnoza pielęgnarska 6: Występowanie trudności w zasypianiu, które spowodowane są niepokojem o swój stan zdrowia i strachem przed dalszym życiem z daną jednostką chorobową.

Cel: Uspokojenie psychiczne chorej, skrócenie czasu potrzebnego na zaśnięcie oraz uzyskanie efektywnego snu. Zapewnienie odpowiedniej długości snu i wypoczęcia organizmu.

Działania pielęgnarskie:

- Rozmowa z pacjentką na temat jej stylu życia. Głównie należy skupić się na wykonywanej przez nią aktywności fizycznej czy jak spędza swój wolny czas i czy ma jakieś hobby. Poruszyć należy również temat odżywiania i stosowanych przez chorą używek.

W rozmowie należy uwzględnić rodzaj wykonywanej pracy oraz warunki panujące w sypialni pacjentki.

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką aby wyeliminować takie czynniki jak stres czy problemy osobiste, które mogą mieć znaczący wpływ na sen chorej.
- Podczas przebywania w oddziale należy zapewnić pacjentce ciszę i spokój, aby umożliwić jej odpoczynku w ciągu dnia.
- Nauczenie pacjentki technik relaksacji, które będzie mogła zastosować gdy dopadnie ją lek czy niepokój. W razie potrzeby umożliwi chorej kontakt z psychologiem.
- Zapewnienie odpowiednich warunków w pomieszczeniu, w którym przebywa. Należy wywietrzyć salę oraz zadbać o odpowiednią temperaturę.
- Wy tłumaczenie pacjentce pobudzającego działania kofeiny na organizm i zalecenie aby minimum 3 godziny przed snem powstrzymała się od spożywania obfitych posiłków oraz produktów zawierających kofeinę.
- W razie potrzeby podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza oraz obserwacja ich skuteczności.

Ocena: Po zastosowaniu zaproponowanych działań chora zaczęła szybciej zasypiać oraz lepiej się wysypiać. Nie wybudza się już w nocy, przesypia całą noc. Zapewniono pacjentce spokój oraz ciszę na Sali w trakcie jej przebywania w szpitalnym oddziale. Wyedukowano pacjentkę na temat działania kofeiny oraz jej złego wpływu na zasypianie. Pacjentka zobowiązała się przestrzegać zasad, które zostały jej zaproponowane aby móc w pełni się wyspać.

Diagnoza pielęgnarska 7: Występowanie zwiększonej pobudliwości nerwowej oraz drżenia rąk w wyniku zaburzeń neurowegetatywnych. Występowanie wahań nastroju u pacjentki, które spowodowane są obecnymi u niej dolegliwościami.

Cel: Zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa oraz spokoju i wyciszenia podczas jej pobytu w oddziale szpitalnym.

Działania pielęgnarskie:

- Regularny pomiar i zapis ciśnienia tętniczego, tętna i saturacji.
- Zalecenie aby zrezygnowała z picia kawy czy alkoholu, gdyż produkty te wzmagają pobudliwość nerwową.

- Udzielanie pomocy jeśli pacjentka wyraża na to zgodę w wykonywaniu drobnych czynności gdy sama nie jest w stanie ich wykonać z powodu drżenia rąk, np.: nalewanie napoju do szklanki, zawiązanie sznurowadła, zapięcie guzików w kurtce.

- Zalecenie oraz umożliwienie pacjentce kontaktu z psychologiem.

Ocena: Wyedukowano pacjentkę w zakresie jej dolegliwości. Dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych oraz udzielono pomocy pacjentce w drobnych czynnościach, z którymi nie mogła sobie sama poradzić. Pacjentka zadeklarowała się do rezygnacji ze spożywania napojów zawierających duże ilości kofeiny.

WNIOSKI

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: obserwację pielęgniarską, wywiad i analizę dokumentacji medycznej rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjenta z nadczynnością tarczycy.

Rozpoznane problemy pielęgnacyjne obejmowały:

- możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego krwi

- utrata masy ciała związana ze zwiększoną przemianą materii
- częste wypróżnienia związane z nadmiernym pasażem jelitowym
- nadmierna potliwość skóry spowodowana zaburzeniami hormonalnymi
- uczucie dyskomfortu spowodowane kołataniem serca
- trudności z zasypianiem spowodowane niepokojem o swój stan zdrowia
- zwiększona pobudliwość nerwowa, drżenie rąk powodujące wahania nastroju w wyniku zaburzeń neurowegetatywnych

2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjenta i zaproponowano czynności zmierzające do rozwiązania rozpoznanych problemów.

3. Poddano ocenie podjęte działania.

4. Przeprowadzono edukację zdrowotną z chora.

PIŚMIENNICTWO

1. Toft A.: Choroby tarczycy. Poradnik medyczny. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 2012.
2. Ponichtera A., Borowiak E.: Choroby tarczycy jako poważny problem medyczny w Polsce. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16(1, 2): 192-198.

3. Ruchała M.: Choroby tarczycy – cz. 1: Choroba Hashimoto i niedoczynność tarczycy. Medycyna Praktyczna, Poznań 2014.
4. Siuda K., Kolesińska Z., Niedziela M.: Amiodaron a funkcja tarczycy. Kardiologia Polska 2011; 5(69): 493–498.
5. Jarzab B., Płaczekiewicz-Jankowska E.: Choroby tarczycy. Interna Szczeklika, Mały Podręcznik, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
6. Łacka K., Czyżyk A.: Leczenie nadczynności tarczycy. Farmacja Współczesna 2008; 1: 69-78.
7. Puxeddu E., Romagnoli S., Dottorini M.E.: Leczenie ukierunkowane chorych na zaawansowanego raka tarczycy. Onkologia po Dyplomie 2011; 8(2):27-36.
8. Dubczak I., Niemczyk L.: Fizjologia hormonów tarczycy i przyczyny zaburzeń tarczycowych w przewlekłej niewydolności nerek. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2016; 20: 258-261.
9. Haraldsdottir S., Shah M.H.: Ukierunkowane molekularnie leczenie chorych na raka tarczycy. Onkologia w Praktyce Klinicznej 2014; 10(2): 121–130.
10. Proczko-Markuszczyńska M.: Znaczenie śródoperacyjnej detekcji izotopowej w ocenie doszczętności wtórnych zabiegów operacyjnych chorych leczonych z powodu wysokozróżnicowanego raka tarczycy. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2009.
11. Szymczyk H., Zakrocka I., Danilczuk Z.: Lit we współczesnej medycynie. Farmacja Współczesna 2017; 10: 247-254.
12. Budlewski T., Franek E.: Diagnostyka obrazowa chorób tarczycy. Choroby Serca i Naczyń 2011; 6: 37-41.
13. Szczepańska E., Jastrzębska H., Gietka-Czernel M.: Współczesne zasady leczenia radiojodem nadczynności tarczycy. Postępy Nauk Medycznych 2016; 29(12): 934-941.
14. Kowalska A.: Standardy leczenia nadczynności tarczycy. Medycyna po Dyplomie 2017; 12(260): 28-32.
15. Tuchendler P., Zdrojewicz Z.: Dieta w chorobach tarczycy. Medycyna Rodzinna 2017; (4): 299-303.
16. Cooper D.S., Greenspan F.S., Ladenson P.W.: Gruczoł tarczowy [w:] Endokrynologia ogólna i kliniczna Greenspana. T. 2, Gardniera D.G., Shoback D. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2011; 263-278.
17. Witczak – Błoszyk K., Bednarek A.J., Głodowska K.B.: Opieka nad pacjentem z nadczynnością tarczycy. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20: 269-278.



ISBN Tom VII
978-83-964323-5-3