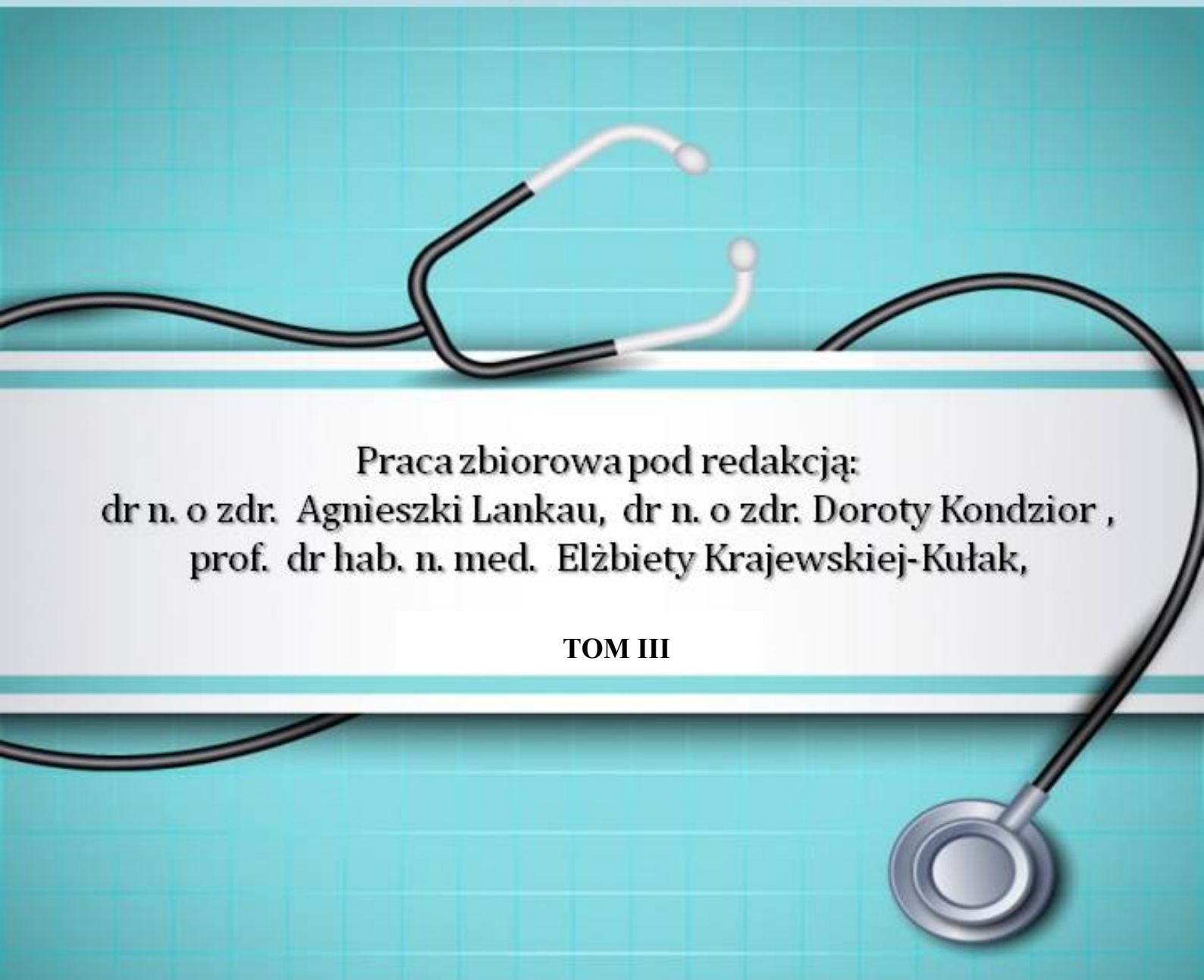


SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA



Praca zbiorowa pod redakcją:
dr n. o zdr. Agnieszki Lankau, dr n. o zdr. Doroty Kondzior ,
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kuśak,

TOM III

**SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM III**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

**SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM III**

Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. o zdr. Agnieszki Lankau
Dr n. o zdr. Doroty Kondzior
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Białystok 2018

Recenzenci monografii

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

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

Prof. dr hab. n. med. Andrei Shpakou
Yanka Kupala State University of Grodno, Białoruś

ISBN- 978-83-951075-1-1

Wydanie I

Białystok 2018

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Rysunek ze strony designed by Freepik

**Za pozyskanie zgody na wykorzystanie zamieszczonych w artykułach
fotografii, rycin, tabel odpowiedzialność
ponoszą autorzy danego rozdziału**

Druk:

„Duchno” Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

Podejmując nowe wyzwania, odkrywamy w sobie umiejętności, których istnienia nigdy nie podejrzewaliśmy - Les Brwon

Monografia, którą przekazamy Czytelnikowi jest owocem dyskusji naukowców i praktyków na tematy związane ze zdrowiem, chorobą i ogólnie pojętymi sytuacjami trudnymi w ochronie zdrowia. Kolejna, poniżej prezentowana pozycja jest dowodem, że pomimo tego że zdrowie, choroba, niepełnosprawność, życie i śmierć są tematami trudnymi ze względu na swą specyfikę i złożoność. Mimo tego jest grono osób, które podejmuje dyskusję i dzieli się wiedzą w tym zakresie, jednocześnie uznając że są to tematy ważne oraz godne podjęcia, szczególnie w kontekście radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Intencją redaktorów było zwrócenie uwagi na istotne problemy, dokonujące się przemiany w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej osób, grup społecznych uczestniczących w systemie ochrony zdrowia.

Podjęte w monografii rozważania mają charakter interdyscyplinarny, przedstawiają holistycznych wymiar opieki pielęgniarstwa wobec chorego oraz propozycje rozwiązań w sferze bio-psycho-społecznej. Mamy nadzieję, że poniższa pozycja znajdzie zastosowanie w pracy zawodowej pracowników ochrony zdrowia, jak i w procesie dydaktycznym.

Dr n. o zdr. Agnieszka Lankau

Dr n. o zdr. Dorota Kondzior

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

WYKAZ AUTORÓW

Joanna Asijewska

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Anna Baranowska

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

Mgr Żaneta Bochomulska

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Paulina Borowska

Klinika Ortopedii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mgr Joanna Chojnowska

Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Pracownik nieetatowy Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa

Dr n. med. Monika Chorąży

Klinika Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Lic. Chrostowska Katarzyna

Absolwentka I stopnia studiów kierunku fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Emilia Cylwik

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

Lic. Katarzyna Czykier

Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Szpitalny Oddział Ratunkowy z Pododdziałem Intensywnej terapii USK w Białymstoku

Dr n. med. Celina Dolińska

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Dr n. med. Halina Doroszkiewicz

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Magdalena Dymek

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Kinga Godlewska

Absolwentka I stopnia studiów kierunku fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. o zdr. Agata Gołębiewska

Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży,
Oddział Neurologii, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

Lic. Patrycja Gołębiewska

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

Lic. Joanna Grabiec

Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Anna Hrubczyńska

Białostockie Centrum Onkologii

Dr n. med. Barbara Jankowiak

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

Mgr Izabella Wioletta Jasińska

Absolwentka II stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. med. Bożena Kirpsza

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Dr n. o zdr. Dorota Joanna Kondzior

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

Lic. Magdalena Kotowska

Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Aleksandra Kowalczuk

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

Dr n. med. Krystyna Kowalczuk

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

Dr n. med. Beata Kowalewska

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

Mgr Iwona Kowalska
Łomżyńskie Centrum Medyczne

Lic. Kamila Kraczaj
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. o zdr. Agnieszka Lankau
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Ilona Lenart
Absolwent, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Klaudia Angelika Leonowicz
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Łagoda
Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Monika Manuguerra
Absolwent, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Magdalena Nurkowska
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Beata Olejnik
Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Emilia Pawluczuk
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Milena Pietrzak
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Wioletta Pogroszewska
Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Monika Prusinowska
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Patrycja Radziejewicz
Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Justyna Sarosiek

Student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Monika Sasinowska

Oddział Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem leczenia bólu, Białostockie Centrum Onkologii

Sylwia Małgorzata Sienicka

Łomżyńskie Centrum Medyczne

Dr n. med. Regina Sierżantowicz

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Katarzyna Sołomianko

Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Natalia Solowianowicz

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Oddział Geriatrii, Szpital MSWiA w Białymstoku

Magda Szajkowska

Klinika Endokrynologia, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mgr Teresa Szikorowska

Stacja Dializ w Suwałkach

Mgr Martyna Wachowska

Szpital Wojewódzki w Łomży, Oddział Noworodkowy z Pododdziałem Patologii Noworodka

Mgr Karolina Wasilewska

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce, Oddział Neonatologiczny

Lic. Rafał Wasilewski

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Karolina Zambrzycka

Absolwentka I stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

SPIS TREŚCI

1. Kamila Kraczaj, Beata Kowalewska PACJENT LECZONY Z POWODU UDARU MÓZGU W OSTREJ FAZIE – STUDIUM PRZYPADKU.....	str.16-44
2. Klaudia Angelika Leonowicz, Beata Kowalewska, Katarzyna Łagoda Z PRZEPUKLINĄ PACHWINOWĄ LECZONĄ CHIRURGICZNIE – STUDIUM PRZYPADKU.....	str. 45-68
3. Magdalena Nurkowska, Beata Kowalewska, Katarzyna Łagoda WPŁYW POLISENSORYKI NA ROZWÓJ DZIECI – WIEDZA RODZICÓW.....	str. 69-100
4. Patrycja Gołębiowska, Krystyna Klimaszewska PIELĘGNOWANIE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM LECZONYM INTERFERONEM.....	str. 101-127
5. Monika Sasinowska, Monika Chorąży, Beata Olejnik, Katarzyna Krystyna Snarska – PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ ŻOŁĄDKA PODDANEGO LECZENIU CHIRURGICZNEMU.....	str. 128-153
6. Monika Prusinowska, Beata Kowalewska, Katarzyna Łagoda PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTA ZE ZDIAGNOZOWANĄ CUKRZYCĄ TYPU 1	str. 154-179
7. Patrycja Radziejewicz, Krystyna Kowalczyk MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO.....	str. 180-205
8. Sylwia Małgorzata Sienicka, Barbara Jankowiak OCENA WIEDZY I ZACHOWAŃ PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM NA TEMAT SAMOKONTROLI	str. 206-238
9. Martyna Wachowska, Krystyna Klimaszewska EUTANAZJA - POSTAWA SPOŁECZEŃSTWA W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM.....	str. 239-289
10. Karolina Wasilewska, Krystyna Klimaszewska WIEDZA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI	str. 290-343
11. Rafał Wasilewski, Agata Gołębiowska PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z RZUTOWO – REMITUJĄCĄ POSTACIĄ STWARDNIENIA ROZSIANEGO LECZONEGO INTERFERONEM W CZASIE RZUTU CHOROBY	str. 344-356

12. **Paulina Borowska, Halina Doroszkiewicz, Katarzyna Snarska, Natalia Solowianowicz**
WIELOASPEKTOWOŚĆ PROBLEMÓW OPIEKI NAD PACJENTKĄ Z OSTEOPOROZĄ - STUDIUM PRZYPADKU str. 357-385
13. **Justyna Sarosiek, Agnieszka Lankau**
PROBLEMY I WYZWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W OPIECE NAD CHORYM NAD HIV/AIDS str. 386-395
14. **Katarzyna Czykier, Anna Baranowska, Beata Olejnik, Agnieszka Lankau**
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW - ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM str. 396-429
15. **Milena Pietrzak, Regina Sierżantowicz**
OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO – INDYWIDUALNE STUDIUM PRZYPADKU..... str. 430-459
16. **Anna Hrubczyńska, Katarzyna Łagoda**
OCENA WIEDZY MŁODYCH KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI..... str. 460-482
17. **Joanna Asijewska, Katarzyna Łagoda**
PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ..... str. 483-507
18. **Magda Szajkowska, Katarzyna Łagoda**
OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH STUDENTÓW UNIwersYTETU MEDYCZNEGO BIAŁYMSTOKU..... str. 508-533
19. **Emilia Pawluczuk, Bożena Kirpsza, Dorota Joanna Kondzior**
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO USUNIĘCIU ŻOŁĄDKA Z POWODU NOWOTWORU str. 534-560
20. **Teresa Szikorowska, Dorota Joanna Kondzior**
OCENA POZIOMU WIEDZY NA TEMAT HEMODIALIZY I ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH WŚRÓD PACJENTÓW PRZEWLEKLE DIALIZOWANYCH str. 561-625
21. **Magdalena Kotowska, Agata Gołębiowska**
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNO - TERAPEUTYCZNE PACJENTA Z ZESPOŁEM GUILLAINA-BARRÉGO str. 626-642
22. **Iwona Kowalska, Barbara Jankowiak**
CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OSTEOPOROZY str. 643-681
23. **Karolina Zambrzycka, Monika Chorąży, Cecylia Dolińska, Beata Olejnik, Katarzyna Krystyna Snarska**
DEPRESJA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY-PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE str. 682-715

- 24. Magdalena Dymek, Agata Gołębiewska**
PIELĘGNOWANIE PACJENTKI PO MASTEKTOMII WE WCZESNYM OKRESIE POOPERACYJNYM str. 716-734
- 25. Emilia Cylwik, Krystyna Kowalczuk**
MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NADA PACJENTEM Z ROZPOZNANYM NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO str. 735-761
- 26. Joanna Grabiec, Beata Kowalewska, Katarzyna Łagoda**
PACJENT Z TROFICZNYM OWRZODZENIEM PODUDZI – STUDIUM PRZYPADKU str. 762-792
- 27. Aleksandra Kowalczuk, Krystyna Kowalczuk**
MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA Z ROZPOZNA-
NĄ CHOROBA WIEŃCOWĄ str. 793-836
- 28. Katarzyna Chrostowska, Joanna Chojnowska**
ROLA FIZJOTERAPII PO ZŁAMANIU TRÓJKOSTKOWYM GOLENI..... str. 837-848
- 29. Kinga Godlewska, Joanna Chojnowska**
ROLA FIZJOTERAPII W USPRAWNIANIU PACJENTA Z PRZYKURCZEM DUPUYTRENA str. 849-860
- 30. Żaneta Bochomulska, Agata Gołębiewska**
OCENA STANU WIEDZY PACJENTÓW NA TEMAT RADZENIA SOBIE Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM str. 861-874
- 31. Katarzyna Sołomianko, Cecylia Dolińska, Beata Olejnik, Katarzyna Krystyna Snarska**
CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA POZIOM SATYSFAKCJI Z PRACY str. 875-930
- 32. Monika Manuguerra, Wioletta Pogroszewska**
ZASTOSOWANIE KOMPLEKSOWEJ RHABILITACJI DLA PACJENTA Z PORAŻENIEM NERWU TWARZOWEGO str. 931-950
- 33. Ilona Lenart, Wioletta Pogroszewska**
OCENA POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO U PACJENTÓW PO ZABIEGU ENOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO..... str. 951-968
- 34. Izabela Wioletta Jasińska, Agnieszka Lankau, Dorota Kondzior, Anna Baranowska**
OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CUKRZYCY TYPU 2 NA PODSTAWIE POWIATU OLECKIEGO str. 969-1009

PACJENT LECZONY Z POWODU UDARU MÓZGU W OSTREJ FAZIE – STUDIUM PRZYPADKU

Kamila Kraczaj¹, Beata Kowalewska²

1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Udar mózgu, dawniej apopleksja, z medycznego i społecznego punktu widzenia stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Jest to stan zagrożenia życia, wymagający natychmiastowej hospitalizacji i wdrożenia odpowiedniego leczenia. W przebiegu udaru występują ogniskowe lub uogólnione zaburzenia czynności mózgu, spowodowane zaburzeniem prawidłowego krążenia krwi w naczyniach krwionośnych. Stanowią trzecią przyczynę zgonu w krajach rozwiniętych i przyczyną trwałego inwalidztwa poudarowego u osób po 40 roku życia [1].

Szacuje się, że na świecie żyje około 50 milionów osób po przebytym incydencie udarowym [2]. Każdego roku w Polsce udar dotyka 60 tys. osób. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w kraju żyje ponad 400 tys. osób po udarze mózgu, a ponad 300 tys. nie osiąga sprawności pozwalającej na samodzielne funkcjonowanie [3]. Zwiększenie efektywności leczenia, profilaktyka chorób, promocja zdrowego stylu życia czy odpowiedniej diety przyczynia się do stopniowego zmniejszenia ilości incydentów udarowych. Jednak przebycie udaru mózgu nie chroni przed kolejnym incydem, co więcej jest to silna determinanta wystąpienia kolejnego udaru [4].

Zgodnie z definicją WHO (World Health Organisation) udar mózgu to nie jednostka chorobowa a zespół kliniczny, charakteryzujący się wystąpieniem ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwający ponad 24 godziny lub prowadzący do wczesnej śmierci oraz spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi. Definicja nie obejmuje przemijającego niedokrwienia mózgowego (TIA, transient ischemic attack) [5].

Udary krwotoczne powstają na skutek krwawienia śródmózgowego bądź podpajęczynówkowego i stanowią około 9-18% wszystkich incydentów udarowych. Udar niedokrwienny zaś jest najczęstszą postacią udaru występującą w społeczeństwie europejskim i stanowi aż 80% udarów. Jest to stan ostrej niedomogi krążenia mózgowego spowodowanej zaburzeniami przepływu krwi wywołanej zakrzepem w ścianie tętnicy, zatorem tętnicy mózgowej lub zaburzeniami w perfuzji krwi [6].

Głównym obowiązującym podziałem udarów niedokrwiennych czy też inaczej zawałów mózgu jest podział według OCSP (OxfordshireCommunityStroke Project) w zależności od rozległości ogniska udarowego.

- TACI- zawał dotyczy całego przedniego unaczynienia tzn. tętnicy środkowej i przedniej. Głównymi objawami są niedowład czy też porażenie połowicze (hemiplegia), problemy z rozpoznawaniem (agnozja), zaburzenia sterowania osi ciała, niedowidzeniem połowicznym.
- POCI- udar który dotyczy unaczynienia tylnego a dokładniej układu podstawno-kostnego, Objawami manifestującymi ten typ udaru są zawroty głowy, nagłe upadki w szczególności na kolana, zbaczanie w jedną stronę w trakcie chodzenia, mroczki przed oczami, depresja poudarowa,
- LACI- inaczej zawał mózgu zatokowy spowodowany niedrożnością małych naczyń mózgowych lub tętnic przeszywających. Dochodzi do niego w przebiegu nadciśnienia tętniczego. Głównymi objawami są niedowład połowiczny ruchowy, zespół niezgrabnej ręki (dyzartrii), deficyt czuciowy. Ten typ udaru może przebiegać również bezobjawowo,
- PACI- częściowy zawał w obrębie tętnicy środkowej czy przedniej. O PACI możemy mówić gdy występują dwa z trzech wymienionych objawów: deficyt czuciowy lub ruchowy, zespół zaniedbywania połowiczego lub problemy z mową, zaburzenia widzenia [7].

Udary niedokrwienne możemy podzielić również ze względu na dynamikę pojawiających się objawów:

- Odwracalny niedokrwienny deficyt neurologiczny RIND charakteryzujący się tym, że objawy udaru ustępują przed upływem 3 tygodni
- Udar mózgu dokonany w którym objawy utrzymują się powyżej 3 tygodni
- Udar mózgu postępujący to znaczy że objawy mają charakter postępujący ze stabilizacją dopiero w 3 dobie [8].

Udar niedokrwienny mózgu jest chorobą ozłożonej i wieloczynnikowej etiologii. Jego wystąpienie jest efektem wielu procesów patofizjologicznych, czynników genetycznych i środowiskowych. U 1/3 chorych nie udaje się ustalić jednoznacznej przyczyny wystąpienia udaru mózgu. Najczęstszymi przyczynami udaru niedokrwiennego są miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i zatory pochodzenia sercowego. Niedokrwienie może być wynikiem zwężenia lub całkowitego zamknięcia jednej z tętnic mózgowych. Może do tego dojść przez powstanie zakrzepu na blaszce miażdżycowej. Inną przyczyną udaru niedokrwiennego jest materiał zatorowy który niesiony z prądem krwi może zamknąć naczynie, głównie dotyczy to tętnic wewnątrzmożgowych. Materiałem zamykającym może być skrzeplina, tłuszcz, powietrze czy komórki nowotworowe. Stąd, ze względów patogenetycznych mówimy o udarze niedokrwiennym zakrzepowym, zakrzepowo- miażdżycowym , zatokowym i zatorowym [9]. Udar może też wystąpić w mechanizmie hemodynamicznym polegającym na zamknięciu naczynia przez skrzeplinę lub blaszkę miażdżycową w miejscu jej powstania. Ten typ udaru stanowi 16-20% wszystkich udarów niedokrwiennych. Istnieją również udary sercowo- zatorowe których przyczyną są choroby serca, a w szczególności migotanie przedsionków. Ten udar niedokrwienny występuje stosunkowo często i szacuje się że stanowi 30% wszystkich udarów. Należy także pamiętać o możliwości udrożnienia przez materiał wędrujący we krwi małych tętnic przeszywających. W następstwie dochodzi do ich włóknienia i szkliwienia co prowadzi również do udaru [9,10].

Dobrze poznane są przyczyny zakrzepicy żyłnej. Są to czynniki genetyczne (wrodzone zaburzenia krzepnięcia krwi), choroba nowotworowa, duży zabieg operacyjny, ciąża, niektóre leki oraz długie unieruchomienie. Zakrzepica żylna, zwłaszcza żył miednicy może mieć charakter bezobjawowy, manifestująca się dopiero udarem mózgu [10].

Nie należy też zapominać rzadszych przyczyn udaru takich jak wszelakie choroby naczyń (zapalenie tętnic, uraz tętnic mózgowych, tętniaki, malformacje tętniczo-żyłne) czy migreny. Należy podkreślić też fakt, że udary o etiologii mieszanej czy też trudnej do identyfikacji stanowią ponad 30% wszystkich udarów niedokrwiennych. Obecnie mówi się o istnieniu ponad 150 prawdopodobnych przyczynach udaru mózgu [11].

Objawy kliniczne występujące w przebiegu udaru, mają niebagatelny wpływ na postawienie trafnej i szybkiej diagnozy, a co za tym idzie podjęcia właściwych działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Zgodnie z amerykańskimi i europejskimi wytycznymi czas wdrożenia leczenia trombolitycznego w przebiegu udaru to 4.5 godziny od momentu wystąpienia jego objawów. Jednakże, optymalnym, obarczonym największą skutecznością

terapeutyczną czasem do rozpoczęcia powyższego leczenia jest 1.5 godziny od dokonania się udaru [12].

W trakcie oceny stanu ogólnego pacjenta mnogość zaburzeń neurologicznych powinna nasuwać podejrzenie niedokrwienia. W początkowej fazie zachorowania objawy udaru niedokrwiennego mózgu są słabo nasilone, jednak gwałtownie ulegają one progresji i czasem członkowie rodziny czy też świadkowie potrafią trafnie zidentyfikować ten zespół kliniczny. Typowym objawem udaru jest asymetria twarzy która manifestuje się obniżeniem kąca ust po stronie dotkniętej udarem, opadanie powieki czy też uczucie mrowienia połowy twarzy. Mowa staje się bełkotliwa, niewyraźna, czasem występuje niemożność wypowiedzenia jakichkolwiek słów albo ich rozumienia. Mogą wystąpić zaburzenia widzenia, trudności z utrzymaniem pionowej pozycji ciała. Charakterystyczne są również zaburzenia siły mięśniowej, oraz czucia kończyn. Dochodzi do porażenia połowiczego lub porażenia kończyny [13]. U niektórych chorych objawy udaru nie są tak jednoznaczne i stanowią problem diagnostyczny. Wśród atypowych objawów udaru można wyróżnić zaburzenia neuropsychiatryczne takie jak manie, majaczenia, do zaburzeń świadomości włącznie. Mogą również wystąpić zaburzenia ruchowe w postaci drgawek. Niecharakterystycznymi objawami udaru mózgu są również nagłe zawroty głowy, mdłości, wymioty, oczopląs które sugerują inne jednostki chorobowe stąd też utrudniają one postawienie trafnej i szybkiej diagnozy [14].

Pacjent trafiający na izbę przyjęć, czy też szpitalny oddział ratunkowy z podejrzeniem udaru mózgu wymaga pilnej diagnostyki której nie należy odwlekać. Należy pamiętać że incydent udarowy to stan bezpośredniego zagrożenia życia. Kolejnym krokiem jest dokładne rozpoznanie i określenie typu udaru na oddziale neurologii czy oddziale udarowym najszybciej jak to możliwe [6,15].

W ocenie deficytu neurologicznego stosuje się skalę udarową National Institutes of Health Stroke Scale [NIHSS]. Skala ta pozwala ocenić nasilenie objawów udaru mózgu. Dotyczy ona oceny określonych parametrów takich jak świadomość, ruchomość gałek ocznych czy siła mięśniowa kończyn. Im wyższa punktacja tym, większy deficyt neurologiczny pacjent posiada. Jej główne zalety to: proste i jasne kryteria oceny oraz duża wartość prognostyczna w zakresie śmiertelności. W praktyce oznacza to rozmiar ogniska niedokrwienia. Skala cechuje się dużą wrażliwością i jest szeroko używana w praktyce lekarskiej, pielęgniarskiej i ratowniczej [16].

W pierwszych godzinach od wystąpienia udaru zmiany niedokrwienne są bardzo dyskretne. Czasami widoczne są tzw. wczesne objawy udaru takie jak zmniejszenie gęstości jądra soczewkowatego po stronie której dokonał się udar, zatarcie granicy pomiędzy istotą białą a istotą szarą, czy wzmocnienie hiperdensji tętnicy środkowej mózgu. Z kolei krwotok mózgowy w obrazach TK jest widoczny od razu. Zaletą tej metody jest nieinwazyjność oraz krótki czas badania. Badanie rezonansem magnetycznym (MRI) zdecydowanie lepiej w porównaniu do TK uwidacznia obszar niedokrwiony. Jest metodą którą wykorzystuje się do oceny podstawy czaszki i i tylnej jamy czaszki. Ponadto duża rozdzielczość MRI pozwala uwidoczniać nawet niewielkie udary lakunarne. Najbardziej przydatne jest MRI z funkcją DWI która jest stosowana w ocenie świeżych udarów. Zmiany niedokrwienne są widoczne już po kilku minutach od ich wystąpienia. Pozostałe sekwencje wykorzystywane w fazie ostrej udaru to FLAIR, T2, T1, ADC. Z kolei do uwidaczniania zmian krwotocznych służą gradient ECHO i SWI [6]. Pacjentów do dalszego leczenia niezbędne jest zastosowanie metod obrazowania pozwalające dokładnie określić stopień rozległości udaru jego typ oraz obszar martwiczych komórek nerwowych. Obecnie stosuje się różne metody neuroobrazowania. Rutynowo wykorzystywana jest tomografia komputerowa (TK) głowy bez kontrastu [17].

Ostatnie dziesięć lat to proces szybkiego rozwoju metod leczenia ostrej fazy udaru. Opieka nad pacjentem ze zdiagnozowanym ostrym incydemem mózgowo- naczyniowym powinna być całościowa i oparta na tak zwanym łańcuchu przeżycia. Aby to uzyskać niezbędna jest współpraca ratowników medycznych, pielęgniarek, lekarzy rodzinnych, lekarzy neurologów. Istnieje potrzeba tworzenia oddziałów ratunkowych i udarowych, systemu pomocy ratunkowej [18].

Złotym standardem w leczeniu udarów w Polsce jest rt-PA (tkankowy aktywator plazminogenu, alteplaza) podane drogą dożylną. Dawka wynosi 0.9 mg/kg masy ciała przy czym 10% leku podawanie jest w bolusie a 90% we wlewie infuzyjnym. Należy również wspomnieć że nie należy przekraczać dawki 90 mg alteplazy. Mechanizm działania leków trombolitycznych polega na przekształceniu plazminogenu w enzym proteolityczny plazminę, który powoduje rozpad włókniaka a tym samym rozpuszczenie zakrzepu który spowodował udar. Dochodzi do udrożnienia zamkniętego lub zwężonego przez skrzep naczynia [19]. Nie każdy jednak kwalifikuje się do leczenia alteplazą w warunkach oddziału neurologicznego. Kryterium włączenia leczenia są osoby w przedziale od 18 do 80 roku życia lub starsze, kliniczne rozpoznanie ostrego niedokrwionego mózgu zróżnicowane z innymi epizodami

uogólnionego niedokrwienia mózgu (np. omdlenie), wykluczenie krwawienia śródczaszkowego, czas od wystąpienia objawów nie dłuższy niż 4.5 h. Istnieje również gro przeciwwskazań do tego aby podać rt-PA drogą dożylną. Jednymi z najważniejszych jest krwotok śródmózgowy zdiagnozowany na podstawie CT lub MRI, czas trwania objawów powyżej 4.5 h, ciśnienie tętnicze krwi powyżej wartości 185/110 mm Hg nie ulegające obniżeniu po podaniu labetalolu, urapidylu lub innego leku podanego dożylnie. U osób zakwalifikowanych do podania alteplazy przed, w trakcie i po podaniu leku należy kontrolować ciśnienie tętnicze krwi do wyżej wspomnianej wartości 185/110 mmHg. Jednym z głównych działań niepożądanych stosowania rt-PA jest możliwość wystąpienia krwawienia śródczaszkowego, stąd w przypadków nagłego silnego bólu głowy, oznak utraty świadomości czy wymiotów należy przerwać podaż tkankowego aktywatora plazminogenu. Sporadycznie dochodzi do wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego czy dróg moczowych, niemniej jednak, w tym przypadków istnieją również wskazania do zatrzymania wlewu i zabezpieczenia drożności dróg oddechowych. Po zakończeniu terapii z użyciem rt-PA i po wykonaniu kontrolnej TK należy rozważyć leczenie antyagregacyjne. Stosowanym lekiem jest kwas acetylosalicylowy. Stosując trombolizę u chorego trafnie i szybko zdiagnozowanego możemy zapobiec progresji i nawrotowi niedokrwienia mózgu [6,20].

Jeżeli chory nie kwalifikuje się do leczenia trombolitycznego, lub nie udało się go wykonać w ciągu 4.5 godziny od wystąpienia objawów, należy rozważyć leczenie zachowawcze obejmujące terapię przeciwzakrzepową, kontrolę ciśnienia tętniczego krwi, pomiar glikemii, wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych i innych parametrów życiowych.

Pacjenci leczeni zachowawczo tak jak i ci po trombolizie powinni otrzymać dawkę zalecaną ASA (kwas acetylosalicylowy) 160-300mg maksymalnie do 48 godzin od wystąpienia objawów udaru. Tomografię komputerową mózgu w przypadku podania wyłącznie ASA należy wykonać w ciągu 48 godzin od podania leku. Nie zaleca się też łączenia kwasu acetylosalicylowego z kłopidogrelem, jak ma to miejsce w chorobie wieńcowej, ponieważ takie połączenie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań krwotocznych [21].

W przeciwieństwie do leczenia farmakologicznego, mechaniczne metody leczenia są dostępne w nielicznych ośrodkach specjalistycznych. Wewnątrznaczyniowe metody leczenia udaru w jej ostrej fazie współgrają z farmakologicznymi metodami leczenia. Jedną z metod

jest wewnątrznacyniowa trombektomia. Ramy czasowe określające możliwość jej wykonania to 6-8 godzin od momentu wystąpienia objawów udaru. Wewnątrznacyniowe leczenie udaru w jego ostrej fazie ma szereg zalet, ale również może prowadzić do wielu powikłań. Zastosowanie wewnątrznacyniowej trombektomii może spowodować zmniejszenie podaży leków trombolitycznych, co skutkuje mniejszym ryzykiem wystąpienia krwawienia. Co więcej jest to metoda kierowana do pacjentów u których istnieją przeciwwskazania do zastosowania rt-PA. Z drugiej strony wewnątrznacyniowa trombektomia może spowodować rozwarstwienie naczynia, jego uszkodzenie czy przemieszczenie się fragmentów materiału zatorowego co może doprowadzić do zatorowości dalszych odcinków naczynia[22]. Zabieg mechanicznej trombektomii przeprowadza się w analgosedacji lub znieczuleniu ogólnym. Przez tętnicę udową wprowadza się cewnik którego koniec finalnie ma znajdować się w tętnicy szyjnej wewnętrznej lub tętnicy kręgowej. Kolejnym krokiem jest wprowadzenie mikrocewnika wraz przewodnikiem do naczyń mózgowych celem rozprężenia naczynia i ewakuacji skrzepu do cewnika umieszczonego na szyi. Ponadto na czas usuwania skrzepu zostaje zatrzymany przepływ krwi w tętnicy co zapobiega przemieszczaniu się fragmentów skrzepu, a mogłoby skutkować kolejnym udarem. Kolejną wewnątrznacyniową metodą leczenia udarów jest aspiracja zatoru, czyli inaczej tromboaspiracja. W tym rodzaju leczenia wykorzystywane jest urządzenie które tworzy ciśnienie za pomocą którego użyta sól fizjologiczna działa jako siła ssąca która doprowadza do rozpadu zator. Powstałe fragmenty zatoru są zasysane do odpowiedniego cewnika [23].

Według statystyk należy mówić o tym, że 30% wszystkich hospitalizowanych pacjentów jest narażonych na niedożywienie. Ryzyko niedożywienia jest jeszcze większe u pacjentów z chorobami neurologicznymi. Istnieje wiele przyczyn, które mogą spowodować rozwój niedożywienia u pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu. Do nich należy zaliczyć niedowłady, drżenia rąk, dysfagię, zmiany w metabolizmie czy też fakt, że u osób po udarze często współistnieją przykładowo na cukrzyca czy choroby serca [24]. Ponadto, ogromny wpływ na rozwój niedożywienia u osób po udarze mają zaburzenia świadomości, ograniczone możliwości poruszania się czy depresja. Istotnym faktem jest również to, że większość pacjentów których dotyka udar jest po 65 roku życia co dodatkowo zwiększa ryzyko rozwoju niedożywienia. Niedobory zarówno białek jak i tłuszczów przyczyniają się do utrudnienia procesu zdrowienia, dlatego też w momencie gdy nie ma możliwości włączenia

diety doustnej przez okres 7 dni nie należy odwlekać wyboru metody leczenia żywieniowego [25].

Dieta doustna jest najbardziej zalecanym sposobem odżywiania, gdyż pozwala zachować fizjologiczną drogę przemieszczania się pokarmu i utrzymać prawidłową pracę jelit. Obecnie stosowane są trzy metody żywienia: doustne, enteralne, parenteralne i w takiej kolejności należy je wdrażać mając pod uwagę stan pacjenta i fakt, czy rzeczywiście wymaga sztucznego odżywiania dojelitowego czy pozajelitowego. Należy też wziąć pod uwagę przeciwwskazania dotyczące każdego z rodzajów żywienia, jeśli takowe występują [26]. W wyniku przeprowadzonych badań klinicznych, stwierdzono że najlepszym sposobem żywienia chorego po udarze, u którego przeciwwskazane jest żywienie doustne przez okres 2-3 tygodni jest PEG (przeżskórna gastrostomia endoskopowa). Jeśli jednak prognozowany jest powrót możliwości odżywiania drogą doustną zalecane jest karmienie dojelitowe za pomocą zgłębnika nosowo-żołądkowego [26,27]. Bez względu na sposób żywienia pacjenta po przebytych udarach mózgu należy zapobiegać jego niedożywieniu. Stąd też należy pokryć zapotrzebowanie kaloryczne, które w związku z wystąpieniem stresu metabolicznego zostało zwiększone. W ostrej fazie udaru zapotrzebowanie energetyczne wynosi 30-35 kcal/ kg na dobę. Zapotrzebowanie na białko wzrasta do 2.5g/ kg na dobę. Dla pacjentów którzy nie są w stanie spożyć doustnie takiej ilości pokarmu proponowane są preparaty odżywcze, które dostarczą im niezbędną dynamicznego procesu zdrowienia, ilość kalorii i białka, w zmniejszonej objętości preparatu [27].

Głównym problemem z którymi borykają się pacjenci po udarze jest dysfagia, czyli problemy z połykaniem. Może ona doprowadzić do niedożywienia, odwodnienia, zakrztuszenia i jest ona czynnikiem ryzyka wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc. Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek sposobu żywienia pacjenta po udarze należy sprawdzić czy pacjent cierpi na dysfagię. Małą łyżeczką podajemy pacjentowi niewielką ilość wody sprawdzając tym samym odruch połykania. W przypadku trudności z połykaniem zalecane jest podawanie pacjentowi pokarmu w małych ilościach, o konsystencji papkowatej zagęszczonych specjalistycznym zagęstnikiem [26, 27].

Kompleksowy proces rehabilitacji ma na celu przywrócenie choremu po udarze niedokrwiennym mózgu zarówno sprawności fizycznej jak i psychicznej. Zgodnie z Deklaracją Helsińską, wczesną rehabilitację poudarową należy rozpocząć jak najwcześniej. Ekspertki szacują, że należy ją rozpocząć w 1-2 dobie od wystąpienia incydentu

udarowego [28]. Podjęty proces rehabilitacyjny ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań związanych z unieruchomieniem i powikłań spowodowanych niedokrwieniem. Oba te cele są realizowane poprzez poprawę funkcjonowania układu oddechowego, poprawę krążenia obwodowego co zmniejsza ryzyko wystąpienia zakrzepu oraz zapobieganie wystąpieniu odleżyn. Mobilizacja układu oddechowego i układu krążenia jest realizowana przez ćwiczenia oddechowe, oklepywanie, naukę efektywnego kaszlu, ćwiczenia bierne i czynne (jeśli to możliwe) obu kończyn górnych i dolnych [29, 30].

Profilaktyka przeciwodleżynowa opiera się przede wszystkim na utrzymaniu higieny ciała, czystości bielizny pościelowej, zmianie pozycji ciała i stosowaniu specjalistycznych materaców przeciwodleżynowych. Pozycja ułożeniowa pacjenta z nadwagą, czy u osób o ciężkim przebiegu udaru powinna być zmieniana co 2 godziny, celem uniknięcia miejscowego niedokrwienia skóry i tkanek podskórnych [31].

Aby cykl ćwiczeń rehabilitacyjnych był skuteczniejszy należy ocenić skalę niepełnosprawności pacjenta. Do oceny służy skala Barthel, która punktuje możliwość wykonania czynności życia codziennego takie jak ubieranie się, chodzenie po powierzchni płaskiej, czy po schodach. Pomaga ona określić czy po wykonaniu serii ćwiczeń nastąpiła poprawa funkcji ruchowych u pacjenta czy też nie [32].

Pierwszy cykl ćwiczeń rehabilitacyjnych opiera się siadaniu ze spuszczonej nogami, uczenia się kontroli osi ciała. Rehabilitant uczy jak wykonać konkretny ruch a pacjent go naśladuje tworząc tym samym wzorzec ruchowy który zapamiętuje. Proces ten wymaga dużej ilości czasu i cierpliwości, jednak jest on jedynym sposobem poprawy funkcji motorycznych. Zarówno przed wykonaniem ćwiczenia jak i po należy zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturację, temperaturę ciała. Należy również pamiętać o nawodnieniu pacjenta. W trakcie wykonywania ćwiczeń ruchowych nie należy zapominać o ćwiczeniach aparatu mowy. Często w tym celu angażuje się logopedę. Dobra tolerancja wysiłku sprzyja powtarzaniu prawidłowego wzorca siadania, ćwiczeń w obrębie niedowładnej kończyny górnej lub dolnej i wydłużeniu czasu ćwiczeń. Przyjęcie pionowej postawy stanowi kamień milowy tego okresu rehabilitacji. Pionizacja przeciwdziała patologicznym przygięciom ciała, rozciąga porażoną część ciała i stanowi podstawę do rozpoczęcia prób chodzenia [32].

Po ukończeniu 3 miesięcznego cyklu ćwiczeń rehabilitacyjnych pacjent powinien chodzić samodzielnie lub z asystą. Powinno również być zauważalne zgięcie w stawie

biodrowym w trakcie chodu. Mogą utrzymywać się afazja, dlatego też zalecana jest dalsza rehabilitacja wielospecjalistyczna [32, 33].

Zadaniem pielęgniarek które należą do zespołu interdyscyplinarnego należy współdziałanie w sytuacji zagrożenia życia jak i procesie leczenia. Pielęgniarka powinna zebrać wywiad ze szczególnym uwzględnieniem następujących informacji: czas od wystąpienia objawów, leki które pacjent przyjmuje na stałe, choroby współistniejące oraz czy wcześniej zdarzały się takie lub podobne incydenty. Ocenia się podstawowe funkcje życiowe: ilość oddechów na minutę, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturację, temperaturę ciała. Duże znaczenie we wczesnej fazie udaru ma kontrola glikemii, gdyż zbyt długo utrzymująca się hiperglikemia pogarsza rokowanie. Najlepsze rokowanie dotyczy pacjentów u których poziom glukozy we krwi wynosi 80-110 mg/dl. W podwyższonych poziomach cukru na zlecenie lekarza podaje się insulinę. Gdy poziom glukozy we krwi spada poniżej 50 mg/dl wtedy na zlecenie lekarza podaje się 10-20 procentowy roztwór glukozy we wlewie dożylnym [20].

Ponadto, na zlecenie lekarza pobierana jest krew do badań laboratoryjnych które potwierdzą lub wykluczą zaburzenia krzepnięcia krwi, liczbę płytek krwi oraz pozwolą zakwalifikować pacjenta do wykonania trombolizy [33].

W ostrej fazie udaru dążymy do utrzymania prawidłowego wysycenia hemoglobiny tlenem. Zaleca się podaż skoncentrowanego tlenu przy użyciu wąsów lub maski tlenowej. W ciężkim niedotlenieniu niezbędna jest intubacja dotchawicza zapewniająca utrzymanie drożności dróg oddechowych. Jeśli chodzi zaś o ciśnienie tętnicze krwi, większość osób dotkniętych udarem ma podwyższone wartości ciśnienia [20,33].

W ciągu pierwszych kilku dni od wystąpienia udaru wartości powinny samoistnie wrócić do prawidłowego poziomu. Gdy wartość ciśnienia przekracza 220/120 mmHg niezbędne jest podanie leków hipotensyjnych na zlecenie lekarza. W wypadku nadciśnienia tętniczego które nie zmniejsza się po podaniu leków hipotensyjnych dopuszcza się zastosowanie nitrogliceryny. Jeśli występują zaś spadki ciśnienia krwi, należy szukać przyczyny tego stanu. Może to być spowodowane rozwarstwieniem aorty, zatruciem czy zaburzeniami rytmu mięśnia sercowego [20,33].

Warto też zaznaczyć, że gwałtowne spadki ciśnienia krwi są niekorzystne w ostrej fazie udaru gdyż może to doprowadzić do zmniejszenia ilości krążącej krwi w obrębie już niedokrwionego obszaru mózgu. U pacjentów w ostrej fazie udaru należy prowadzić kartę

bilansu płynów. W momencie wystąpienia obrzęku mózgu bilans powinien być ujemny. Roztwory hiposmotyczne nie powinny być podawane z uwagi na to że mogą nasilić obrzęk [20,33].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie i analiza problemów biologicznych i psychospołecznych pacjenta w ostrej fazie niedokrwienia mózgu
2. Objęcie holistyczną i wielokierunkową opieką pacjenta w ostrej fazie udaru niedokrwinnego za pomocą indywidualnie opracowanego planu opieki pielęgniarskiej

MATERIAL I METODA BADAŃ

Badaniem przeprowadzonym w okresie od 26.11. do 01.12.2017 objęto kobietę lat 83 hospitalizowaną w Klinice Neurologii i Oddziale Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu udaru niedokrwinnego mózgu.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, z zastosowaniem procesu pielęgnowania, który pozwolił rozpoznać problemy pacjenta, postawić diagnozę i podjąć odpowiednie działania pielęgniarskie.

Celem zebrania materiału badawczego posłużono się:

- obserwacją pacjenta,
- wywiadem pielęgniarskim przy użyciu arkusza do zbierania danych,
- pomiarami temperatury, ciśnienia tętniczego krwi, liczby oddechów, saturacji, tętna,
- analizą dokumentacji medycznej (karta zleceń lekarskich, karta gorączkowa, historia choroby).

Do oceny stanu pacjenta dodatkowo wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie
- Skala Barthel służąca do oceny sprawności chorego, a co za tym idzie jego zapotrzebowanie na opiekę
- Skala VAS służąca ocenie nasilenia bólu
- Skala NIHHS określająca zaawansowanie i ciężkość udaru mózgu
- Geriatryczna Skala Oceny Depresji 30 punktowa.

Opis przypadku

Dzień prowadzonej obserwacji 27.11.2017:

HR: 97 u/min	ilość oddechów: 22/ min
RR: 155/100 mmHg	saturacja: 98%
Temperatura: 36.7 °C	

Świadomość: pełna Kontakt słowno logiczny: zachowany
Stan zmysłów

Wzrok: w normie	Słuch: w normie
Dotyk: w normie	Węch: w normie

Niedowłady lub porażenia: niedowład połowiczny prawostronny

Chora skarży się silny ból głowy (9 w skali VAS), wymioty, obniżenie siły mięśniowej, uczucie zmęczenia, problemy z zasypianiem.

Pragnienie: obniżone Łaknienie: w normie

Jama ustna: proteza Wypróżnianie: zaparcia

Dolegliwości: dysfagia, wymioty

Wydalenie: pieluchomajtki

Stan odżywienia: Waga 78kg –wzrost 163cm– Wskaźnik BMI29

Diureza dobową 1500ml/dobę

Mocz: Słomkowy , przejrzysty

Wydalenie: Cewnik Foley'a

Klinicznie zaobserwowano obniżony kącik ust po stronie prawej, opadanie powieki prawego oka, wygładzenie bruzdy nosowej, niedowład połowiczny po stronie prawej, afazję ruchową. Pacjentka leżąca, z deficytem samo opieki.

Zastosowano:

1. Badania diagnostyczne

- tomografia komputerowa
- badanie ogólne krwi i moczu
- echo serca
- USG Doppler
- rehabilitację usprawniającą
- Holter RR

2. Wdrożone leczenie farmakologiczne:

- 2% Xylocaine 10 ml i.v
- Cerebrolizyna 30 ml i.v.
- Mannitol 2*125 mli.v.
- Płyn wieloelektrolitowy 500 mli.v.
- 0.5 amp. MgSO₄ i.v.
- Metoclopramid 1 amp. w razie wymiotów i.v.
- Proxacin 2* 400 mg i.v
- Acard 150 mg p.o
- Valsacor 80 mg p.o
- Spironol 25 mg p.o
- Furosemid 40 mg co 2 dni p.o
- Simvastrol 10 mg p.o
- Atoris 10 mg p.o
- Lakcid 3* 1 amp
- Lactulosum 3* 15 ml

3. Leczenie fizjoterapeutyczne

- ćwiczenia oddechowe w krótkich, ale częstych seriach 4 razy po 10-15 minut

- ćwiczenia czynne i bierne kończyny górnej i dolnej prawej 3-4 razy po 15 minut
- ćwiczenia czynne kończyny górnej i dolnej lewej 3-4 razy po 10-15 minut
- stopniowa pionizacja pacjentki

W USG Doppler naczyń domózgowych zdiagnozowano miażdżycę ścian tętnic szyjnych, które najprawdopodobniej były przyczyną udaru niedokrwiennego mózgu. Tomografia komputerowa wykazała zwyrodnienie kręgów C1-C2 .

Badanie krwi wykazało podniesiony poziom cholesterolu LDL 160 mg/dl (norma poniżej 135mg/dl).

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Problem 1. Występowanie silnego bólu głowy na skutek wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego

Cel: Zminimalizowanie bólu

Planowanie:

1. Ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS
2. Eliminowanie bodźców ze środowiska takich jak hałas, drażniący zapach, silne oświetlenie
3. Ustalenie lokalizacji bólu, określenie pozycji w której ból się nasila, lub ustaje
4. Ocena podstawowych parametrów życiowych temperatury, ciśnienia tętniczego, ilości oddechów na minutę, tętna.
5. Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza i obniżających ciśnienie śródczaszkowe
6. Zastosowanie zimnego okładu w okolicy czoła i skroni
7. Monitorowanie skuteczności zastosowanej terapii przeciwbólowej

Realizacja:

1. Pacjentka ocenia ból na 9 pkt w skali VAS
2. Pacjentka nie potrafi określić lokalizacji bólu, jest on według niej tępy, nie do wytrzymania
3. Oceniono podstawowe parametry życiowe, w tym: saturację: 98%
temperaturę: 36.8°C, tętno: 107 u/minutę, ciśnienie tętnicze krwi: 138/87 mmHg
glikemię: 120mg%, ilość oddechów : 25 oddechów/min
udokumentowano na karcie gorączkowej pacjentki i w kartach kontroli
4. Podano flakon paracetamolu na zlecenie lekarza

5. Podano 125 ml Mannitolu we wlewie kroplowym na zlecenie lekarza
6. Po zastosowaniu leku pacjentka czuje się lepiej ocenia ból na 5 pkt w skali VAS

Ocena: Dzięki podjętym działaniom pacjentka ocenia ból głowy z 9 punktów na 5 w skali VAS. Zalecane jest dalszy pomiar parametrów życiowych i monitorowanie zgłaszanych przez pacjentkę dolegliwości bólowych

Problem 2. Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno- elektrolitowych na skutek uporczywych wymiotów

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno- elektrolitowych

Planowanie:

1. Obserwacja wymiocin pod kątem ilości, koloru, domieszki śluzu, żółci lub krwi
2. obserwacja pacjenta pod kątem odwodnienia (suchość skóry, stan błony śluzowej języka)
3. Ułożenie chorej w pozycji wysokiej celem zabezpieczenia przed zachłyśnięciem
4. Zapewnienie pacjentce ligniny i miski nerkowatej oraz wody do płukania ust
5. Zapewnienie dostępu świeżego powietrza na sali
6. Założenie karty bilansu wodnego i dokumentacja płynów przyjętych i oddanych
7. Podanie leków p/wymiotnych na zlecenie lekarza
8. Monitorowanie skuteczności działania leku
9. Prowadzenie płynoterapii na zlecenie lekarza
10. Zmiana bielizny pościelowej i osobistej w razie konieczności
11. Toaleta jamy ustnej boraxem z gliceryną

Realizacja:

1. Pacjentka zwymiotowała około 200 ml treści pokarmowej
2. Pacjentkę ułożono w pozycji wysokiej
3. Zapewniono miskę nerkowatą, ligninę oraz wodę do płukania ust
4. Zmieniono bieliznę pościelową oraz osobistą pacjentki
5. Podano Metoclopramid 1 amp. na zlecenie lekarza
6. Wykonano toaletę jamy ustnej boraxem z gliceryną
7. Podano 500 ml PWE we wlewie dożylnym na zlecenie lekarza

Ocena: Na skutek podjętych działań wymioty nieco zmniejszyły się, jednak pacjentka nadal odczuwa nudności. Zalecana dalsza pielęgnacja pacjentki i obserwacja pod kątem występowania wymiotów.

Problem 3. Możliwość wystąpienia powikłań spowodowanych skokami ciśnienia tętniczego krwi (zawał mięśnia sercowego, powstanie tętniaków, niewydolność serca, kolejny udar mózgu, niewydolność nerek, uszkodzenie siatkówki oka)

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań spowodowanych wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi.

Obniżenie ciśnienia do wartości nie zagrażających życiu.

Planowanie:

1. Trzykrotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi i informowanie pacjenta o jego wartości
2. Odnotowanie wartości ciśnienia w karcie kontroli ciśnienia
3. Podaż leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi na zlecenie lekarza
4. Monitorowanie skuteczności terapii farmakologicznej
5. Pomoc w czynnościach higienicznych
6. Założenie 24-godzinnego Holtera ciśnienia tętniczego krwi
7. Zastosowanie diety niskosolnej
8. Uspokojenie pacjentki, zapewnienie bezpieczeństwa i spokoju

Realizacja:

1. Mierzono ciśnienie tętnicze krwi i odnotowano je w karcie kontroli ciśnienia
2. Podano leki zgodnie ze z indywidualną kartą zleceń to jest:
 Spironol 25mg rano,
 Acard 150 mg rano
 Valsacor 80 mg ½ tab. rano
 Furosemid 1tab. rano
3. Założono Holter RR
4. Zapewniono pacjentce spokój i bezpieczeństwo

Ocena: Po podaniu leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń ciśnienie tętnicze krwi zmniejszyło się do wartości 140/90 mmHg. Zalecany dalszy systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Problem 4. Wzmożone ciśnienie śródczaszkowe w przebiegu udaru mózgu niosące ryzyko powikłań w postaci obrzęku mózgu

Cel: Obniżenie ciśnienia śródczaszkowego, niwelacja dokuczliwych objawów

Planowanie:

1. Monitorowanie pacjenta pod kątem objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego na przykład splątanie, nudności, wymioty, bradykardia, podwyższone ciśnienie krwi, zaburzenia świadomości, zaburzenia widzenia.
2. Prowadzenie kart obserwacyjnych i monitorowanie stanu pacjenta odnośnie temperatury, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji, liczby oddechów na minutę, szerokości źrenic, stanu świadomości.
3. Ułożenie pacjenta w taki sposób, aby jego głowa była pod kątem 30° celem ułatwienia odpływu krwi żylnej z mózgu.
4. Prowadzenie karty bilansu płynów
5. Leczenie wspomagające wyrównanie hiperglikemii
6. Podaż leków osmotycznie czynnych na zlecenie lekarza 7. Monitorowanie skuteczności działania terapii farmakologicznej

Realizacja:

1. Obserwowano pacjenta pod kątem wystąpienia objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego
2. Pacjentka ułożona pod kątem 30°
3. Odnotowano wartości płynów przyjętych i oddanych w karcie bilansu płynów
4. Zgodnie z indywidualną kartą zleceń podano Furosemid 1 tabletka rano
5. Systematycznie mierzono poziom glikemii aby nie doprowadzić do rozwoju hipo- i hiperglikemii

Ocena: Dzięki farmakologicznym jak i nefarmakologicznym metodom leczenia nie zaobserwowano objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Zalecana dalsza obserwacja pacjentki i prowadzenie bilansu płynów.

Problem 5. Ryzyko trwałej niepełnosprawności na skutek niedowładu połowicznego prawostronnego

Cel: Pomoc pacjentowi w uzyskaniu podstawowych umiejętności w samoobsłudze, poprawa czucia w niedowładnych kończynach, poprawa samopoczucia pacjenta

Planowanie:

1. Ocena całościowa sprawności chorej przy użyciu skali Barthel
2. Wszystkie czynności pielęgnacyjne i lecznicze powinny być inicjowane po stronie niedowładnej

3. Stolik pacjenta i wszystkie jego rzeczy osobiste powinny być umieszczone po stronie niedowładnej
4. Prawidłowe układanie kończyny górnej i dolnej z niedowładem (staw ramienny w odwiedzeniu do 60-90°, staw łokciowy zgięty do 90-120°, przedramię w odwróceniu, staw nadgarstkowy w zgięciu grzbietowym do 10-15°, w dłoni wałek, a palce w lekkim ugięciu i odwiedzeniu, kciuk odwiedziony, zaś kończyna dolna powinna być wyprostowana i odwiedzona w stawie biodrowym o 10°, a staw kolanowy ugięty do 5-10°)
5. Zmiana pozycji ułożeniowej co 2 godziny lub w razie potrzeby
6. Edukacja pacjent w zakresie wykonywania ćwiczeń oddechowych
7. Motywowanie pacjentki do ćwiczeń biernych i czynnych z fizjoterapeutą
8. Pomoc pacjentce w czynnościach życia codziennego, ale tym samym nie wyręczanie jej w czynnościach które sama może wykonać.
9. Podaż leków wspomagających czynność komórek nerwowych i wzmagających procesy naprawcze

Realizacja:

1. Przeprowadzono ocenę sprawności pacjentki przy użyciu skali VAS, pacjentka otrzymała 10 punktów

1. Przeszawiono stół
pacjentki.

2. Ułożono prawidłowo kończyny niedowładne pacjentki

3. Zmieniało pozycje ułożeniową pacjentki celem profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej

4. Wykonano instruktaż ćwiczeń oddechowych

5. Podaż leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń:

Cerebrolizyna 30ml wieczorem

05.amp MgSO₄ w 250 ml 0.9% NaCl

Ocena: Istnieje duże ryzyko trwałej niepełnosprawności w skutek występowania niedowładu połowicznego prawostronnego.

Zalecana dalsza aktywizacja kończyn dotkniętych niedowładem, układanie kończyn niedowładnych, profilaktyka zakrzepowo-zatorowa, ćwiczenia bierne i czynne z elementami ćwiczeń oddechowych oraz prowadzenie farmakoterapii zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Problem 6. Możliwość wystąpienia powikłań na skutek zaburzeń połykania

(niedożywienie, zachłystowe zapalenie płuc)

Cel: Ułatwienie choremu spożywania pokarmu

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań

Planowanie:

1. Ocena zaburzeń połykania tzn. podajemy łyżeczkę stołową płynu obojętnego np. wody pacjentce i obserwujemy czy nie następuje krztuszenie
2. Układanie pacjentki przed posiłkiem w pozycji wysokiej
3. Podawanie pacjentce pokarmu o konsystencji kisielu
4. Gdyby nastąpiło krztuszenie pokarmem należy wykorzystać zagęstniki które pozwolą uzyskać półpłynną konsystencję pokarmu
5. Poinstruowanie pacjentki aby w trakcie przełykania posiłku wstrzymać oddech
6. Podawać pokarm małymi porcjami
7. Zadbanie o toaletę jamy ustnej

Realizacja:

1. Zapewniono pacjentce pozycję wysoką
2. Podano łyżeczkę wody celem sprawdzenia nasilenia zaburzeń połykania
3. Nakarmienie pacjentki pokarmem miksowanym
4. Zachęcano do samodzielnych prób spożywania pokarmu
5. Wykonano toaletę jamy ustnej boraxem z gliceryną

Ocena: Dysfagia nadal utrzymuje się. Zalecane dalsze karmienie pacjentki dietą miksowaną. Zalecana toaleta jamy ustnej boraxem z gliceryną.

Problem 7. Wahania stężenia glukozy we krwi na skutek upośledzenia metabolizmu komórek nerwowych i okresowego zaburzenia odżywiania

Cel: Normalizacja poziomu cukru we krwi

Zwiększenie szansy przywrócenia funkcji komórek nerwowych ze strefy półcienia otaczającej ognisko udarowe

Planowanie:

1. Założenie karty kontroli poziomu glikemii we krwi
2. Ocena poziomu cukru we krwi na czczo , 2 godziny po posiłkach oraz przed snem
3. Udział w zwalczaniu hipoglikemii podając 10% roztwór glukozy
4. Udział w zwalczaniu hiperglikemii (w ostrej fazie udaru niedokrwiennego jest to wartość 150mg%) podając insulinę krótkodziałającą
5. Zastosowanie wobec pacjentki diety cukrzycowej

Realizacja:

1. Założono kartę kontroli cukru we krwi pacjentki
2. Mierzono poziomy glikemii zgodnie kartą kontroli na czczo 2 godziny po posiłkach oraz przed snem
3. Zastosowano wobec pacjentki dietę cukrzycową miksowaną

Ocena: Dzięki systematycznym pomiarom glikemii, pokarmom zarezerwowanym dla diety cukrzycowej podawanym o stałej porze dnia poziom cukru we krwi oscylował w granicach normy zalecana jest dalsza kontrola poziomu cukru.

Problem 8. Zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego na skutek długotrwałego unieruchomienia i osłabienia wentylacji płuc (zastoinowe zapalenie płuc)

Cel: Utrzymanie drożności dróg oddechowych

Zmniejszenie ryzyka infekcji. Prawidłowa wentylacja płuc

Planowanie:

1. Pomoc w przyjęciu pozycji półwysokiej
2. Motywowanie do wykonywania ćwiczeń oddechowych takich jak dmuchanie przez rurkę do szklanki wypełnionej wodą
3. W przypadku spadku saturacji poniżej 92% doraźne podanie tlenu 1-3 l/min
4. Oklepywanie klatki piersiowej i pleców roztworem spirytusu od w kierunku od podstawy do szczytu płuc
5. Nauczenie pacjentki jak efektywnie odkrztuszać wydzielinę
6. Wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych
7. Utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w sali:
temperatura 19-22°C, wilgotność 65-75%
8. Wietrzenie pośrednie sali

Realizacja:

1. Pacjentka przyjęła pozycję półwysoką
2. Wykonywano z pacjentką ćwiczenia oddechowe
3. Oklepywano plecy i klatkę piersiową roztworem spirytusu
4. Nauczono pacjentkę jak efektywnie odkrztuszać wydzielinę zalegającą w drogach oddechowych
3. Wykonywano ćwiczenia bierne i czynne

Ocena: Dzięki podjętym działaniom pielęgnacyjnym nie zaobserwowano objawów wskazujących na infekcję układu oddechowego. Zalecane jest dalsze postępowanie pielęgnacyjne zgodnie z zamieszczoną procedurą

Problem 9. Zaparcia spowodowane długotrwałym unieruchomieniem i spożywaniem małej ilości płynów

Cel: Przywrócenie regularności wypróżnień. Poprawa komfortu pacjentki.

Planowanie:

1. Rozmowa z pacjentką na temat czasu trwania dolegliwości, występowania wzdęć i bólów brzucha
2. Obserwacja stolca ze względu na jego kolor obecność krwi świeżej bądź strawionej, domieszki śluzu.
3. Zwiększenie aktywności fizycznej pacjentki poprzez ćwiczenia bierne i czynne w łóżku
4. Zwiększenie ilości spożywanych płynów do 2.5 litra na dobę.
5. Dbanie o regularne spożywanie posiłków o tych samych porach dnia
6. Zastosowanie leków osmotycznych na zlecenie lekarza
7. W razie konieczności wykonanie lewatywy oczyszczającej

Realizacja:

1. Zebrano wywiad na temat czasu występowania dolegliwości oraz występowania wzdęć bólów brzucha, krwawienia z odbytu
2. Podano pacjentce czopek glicerynowy na zlecenie lekarza
3. Obserwowano skuteczność działania leku
4. Podano syrop Lactulosum 15 ml przed posiłkiem
4. Prowadzono płynoterapię zgodnie z indywidualną kartą zleceń
5. Motywowano pacjentkę do picia większej ilości płynów
6. Zachęcano do wykonywania ćwiczeń biernych i czynnych w łóżku

Ocena: Zaparcia ustąpiły po podaniu czopka glicerynowego doodbytniczo.

Zalecana dalsza obserwacja dolegliwości i kontynuacja leczenia farmakologicznego

Zalecane dalsze prowadzenie bilansu wodnego i obserwacja stanu nawodnienia pacjentki.

Problem 10. Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego na skutek założonego cewnika Foley'a

Cel: Zapobieganie rozwojowi zakażenia układu moczowego

Planowanie:

1. Codzienna toaleta krocza pacjentki i po każdorazowej defekacji
2. Obserwacja pochwy pod kątem występowania stanu zapalnego
3. Obserwacja wydalanego moczu pod kątem jego barwy, ilości, obecności krwi w moczu
4. Umieszczenie worka na mocz poniżej poziomu łóżka
5. Systematyczna zmiana worka na mocz
6. Poinformowanie pacjentki o tym, aby nie manipulowała cewnikiem
7. Usunięcie cewnika, tak szybko jak na to pozwoli stan pacjentki

Realizacja:

1. Wykonano toaletę krocza pacjentki
2. Nie zaobserwowano objawów stanu zapalnego
3. Zmieniono worek na mocz i umieszczono go poniżej poziomu łóżka
4. Poinformowano pacjentkę aby nie manipulowała cewnikiem

Ocena: Nie zaobserwowano objawów wskazujących na zakażenie układu moczowego.

Należy kontynuować obserwację cewnika Foleya oraz prowadzić kartę bilansu płynów

Problem 11. Ryzyko zakażenia w miejscu założenia wkłucia obwodowego

Cel: Minimalizacja ryzyka wystąpienia zakażenia

Planowanie:

1. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania kaniuli
2. Codzienna zmiana opatrunku wokół wkłucia
3. Przepłukiwanie kaniuli 0.9% NaCl przed podaniem jakiegokolwiek leku dożylnie oraz po każdorazowym podaniu leków
4. Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem cech zapalenia (obrzęk, zaczerwienienie, bolesność, miejscowe ocieplenie)
5. Usunięcie kaniuli w momencie wystąpienia objawów takich jak ból w miejscu wkłucia, zaczerwienienie, obrzęk, ocieplenie miejsca wkłucia.
6. Przed każdorazowym podaniem leku, zdezynfekowanie korka wenflonu.
7. Po każdorazowym podaniu leków wymiana koreczka na nowy jałowy

Realizacja:

1. Założono wkłucie do żyły obwodowej zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
2. Przepłukano roztworem 0.9% soli fizjologicznej przed podażą płynów i leków zleconych przez lekarza i po podażu leków
3. Każdorazowo zakładano jałowy jednorazowy koreczek lub stosowano korki bezkolizyjne a

przed użyciem je dezynfekowano

4. W miejscu wkłucia założono przezierny opatrunek

Ocena: Dzięki zastosowanej procedurze nie zaobserwowano objawów zakażenia. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych sugerujących zapalenie żyły.

Problem 12. Zdenerwowanie pacjentki związane z kolejną hospitalizacją i trudnością w porozumiewaniu się (afazja ruchowa)

Cel: Zmniejszenie odczuwanego przez pacjentkę stresu spowodowanego hospitalizacją

Poprawa samopoczucia pacjentki

Planowanie:

1. Nawiązanie zarówno werbalnego, jak i niewerbalnego kontaktu z pacjentką i jej rodziną
2. Wykonanie skali oceny ryzyka depresji GDS
3. Wyjaśnienie istoty trudności porozumiewania się z bliskimi
4. Motywowanie pacjentki do ćwiczeń aparatu mowy wraz z logopedą
5. Udzielanie rzeczowych informacji które będą poprzedzały czynności pielęgniarские

Realizacja:

1. Wyjaśniono pacjentce istotę afazji ruchowej oraz jej przyczyny
2. Wykonano test ryzyka wystąpienia depresji GDS, pacjentka otrzymała 12 pkt które wskazywałyby na łagodną depresję
2. Zachęcano do prób rozmowy z bliskimi
3. Zapewniono pacjentce kartki i długopis do prób wyrażania swoich myśli za pomocą pisma
4. Zachęcano pacjentkę do ćwiczenia aparatu mowy oraz o poinformowano o skuteczności tych ćwiczeń

Ocena: Afazja ruchowa utrzymuje się pacjentką apatyczna, przygnębiona.

Zalecana jest konsultacja z psychologiem z powodu obniżonego nastroju pacjentki

Problem 13. Złe samopoczucie pacjentki spowodowane trudnościami z zasypianiem

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki. Pomoc w uzyskaniu pacjentce efektywnego snu

Planowanie:

1. Ocena otoczenia pacjentki pod kątem czynników utrudniających zasypianie
2. Rozmowa z pacjentką i jej rodziną na temat czynników które mogą utrudniać zasypianie
3. Edukacja pacjentki i jej rodziny na temat higieny zasypiania:
 - dbałość o to, aby pacjentka zasypiała i budziła się o stałej porze
 - unikanie drzemek w ciągu dnia
 - unikanie spożywania posiłków na 2 godziny przed snem

4. Zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju na czas snu
5. Przewietrzenie sali chorej przed snem
6. Opuszczenie żaluzji przed snem

Realizacja:

1. Dokonano analizy czynników które mogłyby skutkować problemami z zasypianiem
2. Zapewniono pacjentce odpowiedni mikroklimat oraz opuszczono żaluzje na sali
3. Zapewniono pacjentce ciszę i spokój na czas wypoczynku
4. Zachęcano pacjentkę do przestrzegania określonych godzin wypoczynku i budzenia się

Ocena: Zastosowanie niefarmakologicznych metod ułatwiających zasypianie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów. Problem z zasypianiem pacjentki został zgłoszony lekarzowi prowadzącemu.

Problem 14. Ryzyko wystąpienia odleżyn na skutek długotrwałego unieruchomienia

Cel: Zapobieganie powstaniu odleżyn

Planowanie:

1. Ułożenie pacjentki na materacu przeciwoodleżynowym zmiennociśnieniowym
2. Dokładna kąpiel całego ciała pacjentki z zastosowaniem środków nawilżających skórę
3. Obserwacja skóry w trakcie czynności higienicznych i ocena pod kątem ryzyka wystąpienia odleżyn wg. skali Norton
4. Dokładne osuszanie skóry miękkim ręcznikiem
5. Zastosowanie zasypek i kremów pod piersiami, w pachwinach celem uniknięcia odparzeń
6. Zmiana pozycji złożeniowej pacjentki co 2 godziny lub w razie potrzeby
7. Zastosowanie udogodnień takich jak wałki, krążki pomiędzy kolana które zmniejszą ryzyko wystąpienia odleżyn w tych miejscach
6. Dokładne prześcielenie łóżka, w taki sposób ani nie powstały fałdy i zagniecenia

Realizacja:

1. Umieszczono pacjentkę na materacu przeciwoodleżynowym
2. Zmieniano pozycję co 2 godziny
3. Pacjentkę poddano toalecie
4. Dokonano oceny ryzyka występowania odleżyn w skali Norton (Zwiększone ryzyko występowania odleżyn 10pkt)
5. W miejscach wrażliwych na ucisk i odparzenia zastosowano Sudocream i Alantan

6. Oklepywano pacjentkę 2 razy dziennie roztworem spirytusu salicylowego od podstawy do szczytu płuc

Ocena: Nie zaobserwowano maceracji ani otarć naskórka.

Należy kontynuować profilaktykę przeciwoleżynową zgodnie z przedstawioną procedurą

Problem 15. Nadwaga jako czynnik ryzyka wystąpienia kolejnego incydentu udarowego

Cel: Zmniejszenie ryzyka kolejnego udaru mózgu.

Obniżenie masy ciała

Planowanie:

1. Zważenie, zmierzenie pacjenta oraz obliczenie BMI
2. Wykonanie analizy składu ciała
3. Pobranie krwi na zlecenie lekarza na badanie stężenia frakcji HDL i LDL cholesterolu
3. Rozmowa z pacjentką na temat dotychczasowych preferencji żywieniowych
4. Motywowanie do spożywania mniejszych porcji posiłków ale w krótszych odstępach czasu
5. Zalecanie picia 2.5 litra/dzień płynów w postaci wody niegazowanej czy herbaty
6. Zaplanowanie prostych zaleceń dietetycznych i przekazanie je pacjentce i najbliższej rodzinie

Realizacja:

1. Zważono pacjentkę i obliczono jej BMI (29)
2. Poinformowanie pacjentki o szkodliwości soli, której nadużywa
3. Poinformowanie o szkodliwości spożywania zbyt dużej ilości nasyconych kwasów tłuszczowych
4. Motywowano pacjentkę do wykonywania ćwiczeń, chodzenia na spacer, pływania
5. Zachęcono pacjentkę do spożywania mniejszych porcji pożywienia, ale co 3-4 godziny.
6. Na zlecenie lekarza podano leki zmniejszające stężenie lipidów we krwi Atoris 10mg/dziennie Simvastatin 10 mg/dziennie
7. W sytuacji kiedy pacjentka między posiłkami będzie czuła głód, zalecono spożycie warzyw takich jak pomidor, brokuły, szpinak, seler naciowy, fasolka. Warzywa mogą być zarówno w formie gotowanej jak i surowej, jednak bez dodatku majonezu czy śmietany. Zachęcano pacjentkę do ograniczenia spożycia białego cukru i zaproponowanie innego zastępczego środka słodzącego np. aspartam.
8. Edukacja pacjentki na temat korzyści płynących ze spożywania produktów bogatych w błonnik, które nie tylko ułatwiają utrzymanie prawidłowej masy ciała, ale również pozwalają utrzymać prawidłowy poziom glukozy we krwi.

Ocena: Pacjentka poinformowana o szkodliwości spożywania przez nią nadmiernej ilości soli i kwasów tłuszczowych. Leki podano zgodnie z kartą zleceń.

WNIOSKI

Zebrany w oparciu o wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiar, materiał badawczy, pozwolił na wyłonienie problemów pielęgnacyjnych pacjentki w ostrej fazie udaru niedokrwienego. Najistotniejszymi problemami są:

- występowanie silnego bólu głowy na skutek wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego
- uporczywe wymioty mogące doprowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych
- możliwość wystąpienia powikłań w postaci na przykład zawału mięśnia sercowego, tętniaków czy kolejnego udaru na skutek utrzymującego się wysokiego ciśnienia krwi
- ryzyko wystąpienia trwałej niepełnosprawności spowodowanej prawostronnym niedowładem połowicznym
- możliwość wystąpienia powikłań na skutek zaburzeń połykania (niedożywienie)
- zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego na skutek długotrwałego unieruchomienia i osłabienia wentylacji płuc (zastoinowe zapalenie płuc)
- ryzyko wystąpienia zakażenia na skutek założonego do pęcherza moczowego cewnika Foley'a
- ryzyko wystąpienia zakażenia na skutek założonego wkłucia obwodowego
- zaparcia spowodowane długotrwałym unieruchomieniem i spożywaniem zbyt małej ilości płynów
- zenerwowanie pacjentki spowodowane hospitalizacją i utrudnionym porozumiewaniem się (afazja ruchowa)
- trudności z zasypianiem spowodowane obniżonym nastrojem
- ryzyko wystąpienia odleżyn i zmian skórnych na skutek długotrwałego unieruchomienia
- nadwaga jako czynnik predysponujący do wystąpienia kolejnego udaru niedokrwienego mózgu

Podjęto działania mające na celu zmniejszenie lub eliminację powyższych problemów pielęgnacyjnych. W większości przypadków cele zostały w pełni zrealizowane. Rodzina pacjentki została poinformowana o sposobach opieki i pielęgnacji chorej oraz otrzymała wskazówki do dalszej pielęgnacji

PIŚMIENNICTWO

1. Raniszewska- Wyrwa A.: Udar jako przyczyna zmiany jakości i zagrożenie życia- perspektywa filozoficzna. Udar mózgu. Problemy Interdyscyplinarne, 2009, 11 (1), 23, 24.
2. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G.: Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie. Forum Medycyny Rodzinnej, 2016, 10(3), 119-128.
3. Czerczak E., Kuliński W.: Udar mózgu problemem współczesnej cywilizacji- analiza postępowania fizykalnego. Fizjoterapia Polska, 2016,16 (1), 24-37.
4. Fortuna W.: Udar niedokrwienny mózgu- ciągle aktualne wyzwanie dla systemu ratownictwa. Na Ratunek, 2014, 3, 36-46.
5. World Health Organisation. Cerebrovascular Disorders (Offset Publications). World Health Organization. Geneva 1978.
6. Kaźmierski R.: Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Anestezjologia i Ratownictwo, 2014, 8, 62-75.
7. <http://www.udarowcy.com.pl/udar-mozgu/typy-oraz-podzia%C5%82-udar%C3%B3w> z dnia 18.09.2017r.
8. http://www.leksykon.com.pl/images/PDF/postepowanie_w_udarze.pdf dostęp z dnia 18.09.2017r.
9. Kozubski W. Neurologia. Kompendium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 318- 329.
10. Gurański K.: Anomalie sercowo- naczyniowe jako przyczyna udaru niedokrwiennego mózgu w młodym wieku. Polski Przegląd Neurologiczny, 2011, 7 (2), 78-87.
11. Hennerici MG., Kern R., Szabo K., Binder J., Stroke subtype classification. Stroke. Oxford Neurology Library. Oxford University Press, Oxford 2012, 97-102.
12. Restel M., Sienkiewicz- Jarosz H.: Postępowanie w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. Medycyna po Dyplomie, 2013,10, 26-36.
13. Siminska J., Pietkun K., Porzych P.: Udar niedokrwienny mózgu- postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne. Journal of Education, Health and Sport,2016, 6(8), 439-453.
14. Chochoł P., Leńska- Mieciak M.: Atypoweobjawyudarumózgu. Neurologia po Dyplomie, 2014, 9(4), 42- 48.
15. Szczuchniak., Sobolewski P., Kozera G.: Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki zapobieganie. Forum Medycyny Rodzinnej, 2016, 10(3), 119-128.

16. Hinkle Janice L.: Skala NIHHS do powszechnego zastosowania w neurologii przez pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2014, 3(3), 97-144.
17. Okrój- Lubecka J., Szurowska E., Kozera G.: Metody neuroobrazowania ostrej fazy udaru niedokrwienego mózgu w praktyce klinicznej. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9 (6), 460-470.
18. Kozera G., Nyka M. W., Siebiert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2011, 5 (2), 147-155.
19. Członkowska A., Litwin T., Kobayashi A.: Udar niedokrwieny mózgu- leczenie trombolityczne. *Terapia*, 2010, 5(1) , 4-11.
20. Lawrence R., Wechsler, MD: Dożylne leczenie trombolityczne w ostrym udarze niedokrwienym mózgu. *Kardiologia po Dyplomie*, 2011, 10(11), 12-25.
21. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2012, 46 (supl. 1), 161-175.
22. Sobolewski P.: Przegląd inwazyjnych wewnątrznaczyniowych metod leczenia chorych w ostrym okresie udaru niedokrwienego mózgu. *Udar Mózgu*, 2011, 13, 5-11.
23. Brzegowy P., Popiela T.: Rola leczenia wewnątrznaczyniowego w ostrym udarze niedokrwienym mózgu. *Neurologia po Dyplomie*, 2017,12(1), 7-14.
24. https://nutriciamedyczna.pl/uploads/articles/adds/add_31.pdf z dnia 07.10.2017r.
25. Członkowska A., Sarzyńska- Długosz I., Błażejewska- Hyżorek B., Nyka W. M., Opuchlik A., Słowik A., Kuczyńska Zardzewiały A., Kłęk S.: Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w udarze mózgu- stanowisko Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2013, 9 (4), 141-145.
26. Kłęk S.: Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe u pacjentów w udarze mózgu. *Neurologia po Dyplomie*, 2014, 9 (3), 35-39.
27. https://nutriciamedyczna.pl/uploads/articles/adds/add_40.pdf dostęp z dnia 10.01.2018r.
28. Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2008, 4 (supl. 3), 203–288.
29. Mazurek J., Blaszkowska A., Rymaszewska J.: Rehabilitacja po udarze mózgu- aktualne wytyczne. *Nowiny Lekarskie*, 2013, 82, 83-88.

30. Sienkiewicz Z., Stankiewicz D., Dykowska G., Knoff B., Pietrzak M., Cieślak H., Imiela J.:
Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych.
Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 4(5), 83-88.
31. Miller E.: Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. Problemy
Pielęgniarstwa, 2009, 17(2), 152- 156.
32. Nyka W., Jankowska B.: Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym
mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2009, 3(2), 85-91.
33. https://podyplomie.pl/uploads/pdf/4_Neurologia_2.pdf z dnia 19.09.2017r.

PACJENT Z PRZEPUKLINĄ PACHWINOWĄ LECZONĄ CHIRURGICZNIE – STUDIUM PRZYPADKU

Klaudia Angelika Leonowicz¹, Beata Kowalewska², Katarzyna Łagoda³

1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Przepuklina pachwinowa jest jednym z najczęstszych schorzeń występujących na oddziałach chirurgii ogólnej w Polsce i na świecie. Zdecydowanie częściej dotyka mężczyzn, rzadziej kobiety. Szacuje się, że ryzyko powstania przepukliny pachwinowej w ciągu całego życia wynosi 27% u mężczyzn i tylko 3% u kobiet [1].

Pod pojęciem przepukliny pachwinowej rozumie się przemieszczenie części lub całości narządów jamy brzusznej przez kanał pachwinowy. Przepuklina składa się z:

- wrót przepuklinowych
- worka przepuklinowego
- zawartości worka przepuklinowego

Przepuklina pachwinowa jest spotykana najczęściej i stanowi około 70% wszystkich rozpoznawanych przepuklin [2,3,4].

Podział przepuklin pachwinowych

1. Ze względu na umiejscowienie:
 - a) **Wewnętrzne** (kiedy przepuklina nie jest widoczna na zewnątrz)
 - b) **Zewnętrzne** (kiedy przepuklina jest widoczna na zewnątrz)
2. Ze względu na rozmiar worka przepuklinowego:
 - a) **Całkowite** (kiedy jelito całym swym obwodem znajduje się w worku przepuklinowym)
 - b) **Częściowe** (kiedy tylko część jelita wnika do worka przepuklinowego)

3. Ze względu na wysłanie worka przepuklinowego otrzewną
 - a) **Ześlizgowe** (częściowo ściana worka przepuklinowego utworzona jest przez kątnicę, esicę itp.)
 - b) **Kompletne** (worek przepuklinowy w całości wysłany jest otrzewną)
4. Ze względu na genezę:
 - a) **Wrodzone**
 - b) **Nabyte**
5. Ze względu na zaburzenia mechaniczne:
 - a) **Odprowadzane** (gdy zawartość worka przepuklinowego może zostać usunięta z worka przepuklinowego)
 - b) **Nieodprowadzane** (zawartość worka przepuklinowego nie daje się z niego usunąć)
 - Uwięźnięte
 - Zadzierzgnięte[2].

Na początku XX w. wielu chirurgów interesowało się mechanizmem powstawania przepuklin. Wykonano wiele badań, jednakże do dzisiaj etiopatogeneza przepuklin nie została do końca poznana [5]. Chirurdzy uważali, że za przyczynę tego schorzenia odpowiada defekt, który leży po stronie anatomicznej budowy ściany jamy brzusznej, która łączy się z wzmożonym ciśnieniem brzuszным. W późniejszych latach założenie to zostało zakwestionowane. W 1964 r. Read zasugerował, że dużą rolę w powstawaniu przepuklin może odgrywać nieprawidłowa funkcja tkanki łącznej [cyt. za 6]. Obecnie uważa się, że za powstawanie tego schorzenia odpowiada wiele czynników. Za jeden z nich uznano zaburzenia genetyczne, które mogą powodować zwiększenie ilości kolagenu typu III w tkance łącznej, który uważany jest za niedojrzały w porównaniu do typu I. Wprost proporcjonalnie do ilości kolagenu III maleje gęstość kolagenu typu I. W wyniku tego wytrzymałość tkanki łącznej się zmniejsza i skutkuje to powstaniem przepukliny [1]. Badacze zauważyli również, że u pacjentów z przepukliną występuje podwyższony poziom proteazy i elastazy. Podwyższone wartości tych enzymów mogą powodować osłabienie powięzi poprzecznej, co może ostatecznie skutkować powstaniem przepukliny [1,2].

Istnieje również wiele czynników ryzyka, które uważane są za sprzyjające powstawaniu przepuklin, należą do nich: palenie papierosów, otyłość, wiek, tętniak aorty, choroby tkanki łącznej, długotrwała ciężka praca fizyczna, długotrwały uporczywy kaszel,

dodatni wywiad rodzinny, przetrwały wyrostek pochwowy, stan po appendektomii i prostatektomii, wodobrzusze, dializa otrzewnowa[9].

Czynniki ryzyka same w sobie nie powodują choroby. Mogą jednak w połączeniu z patologiami tkanki łącznej sprzyjać jej powstaniu [9]. Praca fizyczna uważana jest za główny czynnik powodujący przepuklinę. Jednakże wysiłek jest najprawdopodobniej tylko momentem, w którym uwidacznia się przepuklina, ponieważ następuje zwiększenie siły tłoczni brzusznej na osłabione już elementy [5,7].

Przepukliny mogą pojawiać się bez względu na wiek. Grupami narażonymi bardziej na wystąpienie tego schorzenia są dzieci, ponieważ to właśnie wtedy występują miejsca osłabienia powłok w skutek wrodzonych niedoskonałości w układzie mięśni oraz ludzie starsi, gdyż ich mięśnie stają się co raz słabsze, co skutkuje ich zanikaniem, a przestrzenie pomiędzy nimi zwiększają się [8].

Wielu chirurgów podejmowało się klasyfikacji tego schorzenia. Do lat 50. XX w. przepukliny pachwinowe klasyfikowane były na podstawie anatomicznych założeń Coopera i Hesselbacha. Wyróżnili oni kilka rodzajów przepuklin: przepukliny pachwinowe skośne, przepukliny pachwinowe proste, przepukliny udowe i przepukliny mosznowe. Podział ten nie spełniał wszystkich wymagań, a mianowicie nie brano w nim pod uwagę wielkości przepukliny oraz integralności powięzi poprzecznej i pierścienia pachwinowego głębokiego [2]. W roku 1990 Nyhus chcąc dopasować konkretną metodę operacji do danego typu przepukliny rozwinął dotychczas stosowany podział [2].

Klasyfikacja Nyhusa

- Typ I– przepuklina pachwinowa skośna: pierścień pachwinowy nieposzerzony, przepuklina mała, worek przepukliny może znajdować się poniżej pierścienia pachwinowego wewnętrznego.
- Typ II- przepuklina pachwinowa skośna: przepuklina o średniej wielkości, z poszerzonym pierścieniem pachwinowym wewnętrznym oraz prawidłową ścianą tylną kanału pachwinowego.
- Typ III- znajdują się w nim ubytek tylnej ściany kanału pachwinowego
- A- Przepuklina pachwinowa prosta: nie ma znaczenia kształt i wielkość ubytku

B- Przepuklina pachwinowa skośna: wyróżnia się powiększonym i poszerzonym pierścieniem pachwinowym wewnętrznym z ubytkiem powięzi poprzecznej w trójkącie Hesselbacha.

C- Przepuklina udowa

➤ Typ IV- przepukliny nawrotowe

A- przepuklina nawrotowa prosta

B- przepuklina nawrotowa skośna

C- przepuklina nawrotowa udowa

D- kombinacja dowolnych typów przepuklin nawrotowych [2].

Klasyfikacja Stoppa. W 1998 r. Stoppa zaproponował klasyfikację, która była uzupełnieniem podziałów Nyhusa. Zwrócił on większą uwagę na czynniki obciążające. Zaliczył on do nich: wielkość i typ przepukliny, nawrotowość oraz takie czynniki ogólne jak wiek pacjenta, ciężką pracę fizyczną, niedobory kolagenu. Wyróżnił również trzecią grupę obciążeń do których zaliczył wszelkie zakażenia rany i trudności techniczne podczas zabiegu. Stoppa uważał, że wszystkie przepukliny powinny być leczone indywidualnie [2].

- Typ 1- przepukliny u młodych ludzi (pierścień pachwinowy o średnicy <2 cm)
- Typ 2- przepukliny skośne: w ich skład wchodzi również przepukliny typu 1 z co najmniej jednym czynnikiem obciążającym (pierścień pachwinowy o średnicy >2 cm)
- Typ 3- przepukliny skośne, proste i udowe ze słabą ścianą tylną w kanale pachwinowym: w ich skład wchodzi również przepukliny typu 2, które posiadają jakiś czynnik obciążający
- Typ 4- przepukliny nawrotowe: w ich skład wchodzi również przepukliny typu 3, które posiadają jakiś czynnik obciążający [2].

Klasyfikacja Campanellego. Campanelli opracował klasyfikację przepuklin nawrotowych. Uwzględnił ich trzy typy.

- Typ R1- pierwsza wznowa: przepuklina skośna, odprowadzana, wrota przepukliny o średnicy <2 cm; pacjent po herniorafii albo hernioplastyce (pacjent szczupły)
- Typ R2- pierwsza wznowa: wrota przepuklinowe o średnicy >2 cm; pacjent po herniorafii albo hernioplastyce (pacjent szczupły)
- Typ R3- zalicza się do niego wszystkie inne wznowy: przepukliny nieodprowadzane (zaliczamy tutaj również przepukliny nienadające się do typu R1 ani R2 oraz chorzy posiadający wiele czynników obciążających [2].

Klasyfikacja Schumpelicka. Schumpelick w swojej klasyfikacji wziął pod uwagę informację dotyczące: miejsca ubytku tkankowego, wielkości ubytku, -występowania nawrotów [cyt. za 2].

Schumpelick zastosował własne oznaczenia przepuklin:

- M (Mediale)- przepukliny proste
- L (Laterale)- przepukliny boczne
- Mc- przepukliny mieszane
- F (Femorale)- przepukliny udowe
- R (Recidivans)- przepuklina nawrotowa [cyt. za 2].

Do powyższych liter zastosował również numeracje I-III oznaczając wielkość przepukliny.

- przepuklina <1,5 cm
- przepuklina o wielkości 1,5-3,0 cm
- przepuklina >3,0 cm [2].

Klasyfikacja ta została uznana za prostą, ponieważ bierze się w niej pod uwagę znany już podział na: przepukliny proste, skośne i mieszane [2].

Klasyfikacja EHS. W 2004 r. w Caprii postanowiono opracować europejską klasyfikację przepuklin pachwinowych. Oparto ją podobnie jak klasyfikację Schumpelicka na ocenie miejsca i wielkości przepukliny.

- P- przepukliny pierwotne
- M- przepukliny proste
- R- przepukliny nawrotowe
- L- przepukliny boczne
- F- przepukliny udowe
- X- używany w sytuacji, gdy jest duży ubytek powięzi poprzecznej (Mx) lub w przypadku, gdy kanał udowy nie został oceniony podczas operacji (Fx)

Numeracja 0-3 oznacza wielkość przepukliny przy czym 0 oznacza, że danej przepukliny nie znaleziono [2].

Objawy przepuklin. Dolegliwości najczęściej zgłaszane przez pacjentów to:

- Zgrubienie w okolicy pachwinowej

- Uczucie bólu lub pieczenia w okolicy pachwiny, które mogą promieniować do narządów płciowych
- Uczucie pociągania w podbrzuszu
- Uwypuklenie się podskórnego guza w pachwinie
- Wzdęcia brzucha
- Problemy z oddawaniem gazów i stolca [1,2,3,10].

Należy pamiętać, że w początkowym okresie przepuklina pachwinowa może nie dawać żadnych objawów i pozostać nie zauważona przez długi okres czasu. Dotyczy to szczególnie otyłych pacjentów. Objawy mogą uwiadczać się dopiero podczas wysiłku czy kaszlu [1,2,3,8].

W rozpoznaniu przepukliny pomaga badanie kliniczne, które powinno się składać z wywiadu, badania obydwu pachwin oraz badania ultrasonograficznego [2].

Leczenie zachowawcze. Nie istnieje w pełni skuteczne zachowawcze leczenie przepuklin. Jediną skuteczną formą leczenia jest leczenie chirurgiczne [1,3,11]. Niektórzy pacjenci stosują specjalne pasy przepuklinowe. Należy jednak pamiętać, że pasy te nie wyleczą nas z tego schorzenia. Ich zadaniem jest zapobiegnięcie uwięźnięciu przepukliny [1,3].

Leczenie chirurgiczne.

Istnieje wiele technik leczenia chirurgicznego przepukliny. Wyróżniamy trzy główne metody wykonywania zabiegów chirurgicznych:

- metody klasyczne, tzn. napięciowe: do nich należą m.in. operację techniką Bassiniego, Shouldice'a czy Desardy [3,11,12].
- metody beznapięciowe: do nich należą operację m.in. Lichtensteina, Trabucco czy Rutkova [17,18].
- metody laparoskopowe: do nich należą metoda TEP, TAPP, IPOM [3,13,14,15, 19].

Metody klasyczne opierają się na zszywaniu ubytków w powięzi, czyli zamknięciu wrót przepuklinowych z wytworzeniem napięcia. Tkanki własne chorego wzmacniają tylną ścianę kanału pachwinowego. Metody te niestety mogą prowadzić do wielu powikłań m.in. do nawrotów. Ze względu na to zaczęto szukać innych metod przeprowadzenia tych zabiegów. Obecnie metody napięciowe stosowane są w przypadku przepuklin uwięźniętych [1,3,11,12,16].

Metody beznapięciowe uznano za bardziej skuteczne i zdecydowanie chętniej wybierane, ze względu na o wiele niższy odsetek nawrotów [8]. Jest to zabieg w którym wykorzystuje się siatki z tworzyw sztucznych [3,17]. Najczęściej siatki polipropylenowe [18,21]. Celem wszczepienia takiego implantu jest wzmocnienie ubytków występujących w powięzi jamy brzusznej. Wrota przepukliny w tym wypadku zamyka się bez napięcia skąd wywodzi się nazwa tej metody [3]. Niestety metoda ta również nie jest całkowicie pozbawiona ryzyka wystąpienia powikłań. Po takiej operacji może dojść do powstania ropni, czy zakażeń pooperacyjnych, które mogą skutkować antybiotykoterapią [3]. Zabiegi wykonywane tą metodą stały się standardem wykonywanych operacji przepukliny pachwinowej [17]. Metody beznapięciowe chętnie wykorzystuje się również ze względu na mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia bólu przewlekłego, który z kolei obserwuje się w wypadku metod klasycznych [13,22,23].

Metody laparoskopowe są to zabiegi małoinwazyjne [3]. Istnieje kilka metod, które wykorzystywane są w dzisiejszej chirurgii endoskopowej.

W przypadku operacji **TAPP** przez niewielkie otwory w jamie brzusznej wprowadza się narzędzia, następnie nacina się otrzewną natomiast siatkę lokuje się w przestrzeni przedotrzewnowej a następnie mocuje się jej brzegi [3]. Wśród technik endoskopowych technika TAPP wiąże się z większym ryzykiem powstania powikłań w miejscu występowania trokarów niż inne techniki [12].

W **TEP** tak samo jak w przypadku TAPP dostęp uzyskuje się przez wprowadzenie narzędzi laparoskopowych przez powłoki brzuszne, ale w odróżnieniu do TAPP dochodzi się do miejsca występowania przepukliny bez naruszenia ciągłości otrzewnej [3].

W **IPOM** tak jak w poprzednich metodach narzędzia laparoskopowe wprowadza się przez powłoki brzuszne. W tej metodzie natomiast siatka umocowana jest po wewnętrznej stronie powierzchni otrzewnej trzewnej [3]. Techniki endoskopowe zalecane są w przypadku przepuklin nawrotowych oraz, gdy istotny jest jak najszybszy powrót do pełnej aktywności życiowej [12].

Przepukliny pachwinowe operuje się według dwóch trybów przyjęcia do szpitala. Wyróżniamy tryb planowy i pilny. Najczęściej przepukliny operowane są podczas planowego przyjęcia do szpitala. Zabieg przepukliny pachwinowej może być przeprowadzony w różnym znieczuleniu. Stosuje się znieczulenie miejscowe, podpajęczne, ogólne lub znieczulenie ZOP. Znieczulenie miejscowe i podpajęczne stosowane jest najczęściej. W znieczulenie ogólnych

wykonywane są operacje laparoskopowe [4]. Tryb pilny jest wtedy, kiedy dochodzi do uwięźnięcia przepukliny. Jest to sytuacja zagrażająca życiu, w której dość może do martwicy narządów [4]. Operację planową wykonuje się, gdy ryzyko zabiegu jest mniejsze niż spodziewane powikłania. W trybie tym pacjent musi zostać przygotowany do zabiegu. Przygotowanie do zabiegu obejmuje:

- ocenę stanu ogólnego
- ocenę stanu miejscowego przepukliny
- wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych
- RTG klatki piersiowej (>40 rż.)
- wyrównanie istniejących niedoborów
- ogolenie operowanego miejsca [4].

Na dzień dzisiejszy preferowanymi metodami leczenia chirurgicznego przepuklin pachwinowych są techniki beznapięciowe i techniki laparoskopowe, gdyż niosą one za sobą mniejszą liczbę powikłań i nawrotów [12,13,17-20].

Powikłania po operacjach przepukliny dzielimy z uwagi na czas ich wystąpienia w odniesieniu do zabiegu operacyjnego na: powikłania śródoperacyjne, powikłania wczesne (występują maks. do 30 dni po zabiegu), powikłania późne [2,24]. Szczegółowe informacje przedstawia Tabela I.

Niepokojącym problemem stało się zjawisko występowania u pacjentów po przepuklinie pachwinowej przewlekłego bólu w okolicy pachwiny. Pacjenci opisują ten ból jako uczucie pociągania, pieczenia, dyskomfort. Co więcej ból ten może pojawić się dopiero po paru miesiącach od operacji a nawet parę lat po zabiegu. Do powstania bólu przewlekłego predysponują: technika operacyjna, czas zabiegu, rodzaj zastosowanego implantu [29,30].

Optymalnym rozwiązaniem jest struktura organizacja Zespół Leczenia Bólu. Jej zadaniem jest informowanie chorych o możliwym leczeniu przeciwbólowym, szkolenie personelu medycznego [29].

Aby uniknąć zjawiska przewlekłego bólu zaczęto szukać nowych technik operacyjnych.

Tabela I. Podział powikłań po operacji przepukliny [2,24,25,26,27,28]

Powikłania śródoperacyjne	Powikłania wczesne	Powikłania późne
• krwawienie z wklucia trokara • uszkodzenie trokarem naczyń lub jelit • uszkodzenie nerwów • przecięcie nasieniowodu • odma opłucnowa	• krwiaki • surowiczaki • niedokrwienie lub obrzęk jąder • gorączki • rozejście się rany • ból rany pooperacyjnej • „wczesne” nawroty	• Seromy rany pooperacyjnej • „migracja” protezy • Ropienie rany pooperacyjnej • Ubytki czucia i przeczulice • Zakażenie rany pooperacyjnej • przewlekły ból w okolicach pachwiny • nawroty

Poniżej zamieszczone Fotografie 1,2 i 3 przedstawiają różne typy krwiaków po operacji przepukliny pachwinowej.



Fotografia 1. Duży krwiak w podbrzuszu 6 dni po zabiegu laparoskopowej operacji metodą TEP.

[Źródło: Ścierański A.: Powikłania w leczeniu przepuklin pachwinowych. [w:] Przepukliny pachwinowe i udowe. Alfa medica Press, Bielsko Biała 2011, 142].



Fotografia 2. Krwiak w okolicy kanału pachwinowego po laparoskopowej operacji przepukliny pachwinowej.[Źródło: Ścierański A.: Powikłania w leczeniu przepuklin pachwinowych. [w:] Przepukliny pachwinowe i udowe. Alfa medica Press, Bielsko Biala 2011, 142].



Fotografia 3. Odsłonięty krwiak kanału pachwinowego po operacji laparoskopowej.
[Źródło: Ścierański A.: Powikłania w leczeniu przepuklin pachwinowych. [w:] Przepukliny pachwinowe i udowe. Alfa medica Press, Bielsko Biala 2011, 142].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Opracowanie arkusza do zbierania danych o pacjencie z przepukliną pachwinową
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych i opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta po operacji przepukliny pachwinowej

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjenta oczekującego na zabieg chirurgiczny w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu przepukliny pachwinowej. Badanie zostało przeprowadzone od 25.03.2018 do 28.03.2018.

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Materiał do pracy został zebrany za pomocą:

- obserwacji pacjenta
- wywiadu
- pomiarów
- analizy dokumentacji medycznej

Obserwacja pacjenta ma na celu zebranie jak największej ilości informacji na temat pacjenta i jego choroby. Gromadzenie tych danych jest punktem wyjścia dla określenia problemów pielęgnacyjnych chorego i opracowania dalszej opieki pielęgniarskiej.

Wywiad powinien zostać przeprowadzony przy przyjęciu pacjenta na oddział szpitalny. Rozmowa z pacjentem powinna obejmować dane natury subiektywnej i obiektywnej o potrzebach biologicznych, psychicznych i socjoekonomicznych.

Analiza dokumentacji medycznej polega na wnikliwym zapoznaniu się z historią choroby pacjenta, towarzyszącymi chorobami współistniejącymi. Należy zwrócić uwagę również na historię pielęgnowania i kartę indywidualnych zleceń lekarskich.

Pomiary pozwalają na określenie w sposób ilościowy stanu zdrowia chorego. Są ważnym, obrazowym czynnikiem, który pozwala na kontrolowanie parametrów życiowych pacjenta. Jest to wyjątkowo ważne w czasie zabiegu operacyjnego jak i w okresie pooperacyjnych, aby móc zapobiegać powikłaniom.

Ponad to, zastosowano skale VAS i Baxter. Skala VAS jest to skala wzrokowo-analogowa, która pozwala określić nasilenie bólu. Skala ma postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem miejsce nasilenia bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy wyobrażalny ból. Regularnie powtarzane pomiary umożliwiają ocenę skuteczności wdrożonego leczenia przeciwbólowego. Skala Baxtera służy do monitorowania i oceny

przebiegu powikłań związanych z kaniulacją żył. Składa się z 5-stopniowej oceny, w której 0 oznacza wkłucie bez widocznych zmian niepożądanych natomiast 5 świadczy o zaawansowanym stanie zapalnym występującym z zakrzepicą.

Współcześnie wyrazem profesjonalnej opieki pielęgniarskiej stał się proces pielęgnowania. Zakłada prowadzenie opieki całościowej pacjenta z uwzględnieniem każdej sfery życiowej. Celem procesu pielęgnowania jest poprawa bądź utrzymanie obecnego stanu zdrowia pacjenta.

Obecnie wyróżnia się cztery etapy procesu pielęgnowania:

1. Diagnoza pielęgniarska

- w tym etapie zbiera się i gromadzi dane na temat stanu pacjenta, jego choroby oraz analizują się dokumentację i wykonane pomiary.

2. Planowanie opieki

- w tym etapie należy sformułować cel oraz indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

3. Działania wykonane

- tutaj należy rozpatrzyć, które z zaplanowanych działań udało się wykonać

4. Ocena

- w końcowym etapie należy porównać uzyskane efekty z założonymi na początku celami [31].

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent, P.M., urodzony 20.08.1942 r. pochodzi z Białegostoku. Z zawodu hydraulik, aktualnie emeryt. Pacjent mieszka z żoną i synem w domu jednorodzinnym. Warunki mieszkaniowe ocenia na dobre. Chory jako czynnik ryzyka wystąpienia przepukliny pachwinowej podaje pracę w ogrodzie, która jest jego hobby. Pacjent nie posiada żadnych nałogów ani alergii. Brak chorób współistniejących. Wzrost 170 cm, masa ciała 69 kg. BMI prawidłowe: 23,88. Pacjent hospitalizowany w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej w Białymstoku. Do szpitala przyjęty w trybie planowym dnia 25.03.2018 r. na zabieg chirurgicznego usunięcia przepukliny pachwinowej prawostronnej metodą beznapięciową. Pacjentowi towarzyszyły objawy bólu i pociągania w okolicy pachwiny oraz uwidocznienia się podskórnego guzka w tej okolicy. W trakcie pobytu w szpitalu u chorego

wykonano morfologię krwi oraz podstawowe parametry krzepnięcia (czas protrombinowy, APTT, fibrynogen). Zabieg operacyjny odbył się 27.03.2018 w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Arkusz do gromadzenia danych o pacjencie i jego środowisku

Data przyjęcia do oddziału	25.03.2018
Inicjały pacjenta	P.M.
Wiek	76 lat
Miejsce zamieszkania	Białystok
Stan cywilny	Żonaty
Osoba upoważniona do informacji	Żona
Zawód wykonywany obecnie	Emeryt
Środki utrzymania	Emerytura
Sytuacja rodzinna	dobra (mieszka z żoną i z synem)
Sytuacja mieszkaniowa	dom jednorodzinny
Rozpoznanie lekarskie	przepuklina pachwinowa prawostronna
Tryb przyjęcia	Planowy
Pobyt w szpitalu	Kolejny
Data zabiegu operacyjnego	26.03.2018
Choroby współistniejące	brak chorób współistniejących

Przebyte operacje		w 2017 roku usunięty wyrostek robaczkowy
Przebyte choroby zakaźne		Brak
Grupa krwi		A
Czynnik RH		Rh +
Alergie/ uczulenia		nie podaje
Przyjmowane leki		Brak
Nałogi		nie podaje
Układ nerwowy	Świadomość	Pełna
	Kontakt słowny	logiczny
	Nastroj	wyrównany
Układ oddechowy	Liczba na minutę	17 oddechów/ minutę
	Duszność	Brak
	Kaszel	nie występuje
	Zgłaszane dolegliwości	brak
Układ krążenia	Ciśnienie tętnicze	128/75 mmHg
	Tętno / min	73 uderzeń/ minutę
	Sinica skóry	Nie
	obrzęki	Nie

Układ pokarmowy	Masa ciała	masa ciała 69 kg / wzrost 170 cm BMI 23,88
	Uzębienie	2 protezy zębowe: górna i dolna
	Odżywianie	doustne
	Stan jamy ustnej	prawidłowy
	Łaknienie	prawidłowe
	Rodzaj diety	ogólna
	Wydalanie stolca	prawidłowe
	Zgłaszane dolegliwości	czasem występują zaparcia
Układ moczowo-płciowy	Diureza	prawidłowa
	Trudności w oddawaniu moczu	brak
	Sposób oddawania moczu	fizjologiczny
	Zgłaszane dolegliwości	brak
Układ kostno-stawowo-mięśniowy	Pozycja ciała	chodzący
	Poruszanie się	samodzielny
	Stosowany sprzęt ortopedyczny	brak
	Napięcie mięśniowe	prawidłowe

Narządy zmysłów	Dolegliwości bólowe	Lokalizacja: ból w okolicy pachwiny Okoliczności występowania: ból występuję podczas defekacji i wysiłku Charakter bólu: ból o charakterze pociągania, pieczenia Czas trwania: ból napadowy trwa parę minut
	Wzrok	prawidłowy
	Słuch	prawidłowy
	Stosowany sprzęt	brak
	Równowaga	zachowana
	Komunikacja	prawidłowa
	Zgłaszane dolegliwości	brak
Skóra	Zabarwienie	skóra czysta o prawidłowym kolorze
	Wilgotność	sucha
	Napięcie	prawidłowe
	Stan higieniczny	czysta, zadbana
	Zmiany chorobowe lub wykwity	brak
	Zgłaszane dolegliwości	brak
inne	Założone wkłucie obwodowe w dole łokciowym lewej kończyny górnej.	

Indywidualny proces pielęgnowania w „0” dobie po operacji.

Problem 1

Ból rany pooperacyjnej (według skali VAS: 6)

Cel

- Zlikwidowanie bądź zmniejszenie dolegliwości bólowych

Plan działania/ realizacja

- Obserwacja charakteru i natężenia bólu za pomocą skali VAS
- Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej
- Kontrola parametrów życiowych pacjenta: RR, HR w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min a w kolejnej co 30 min przez 4 godz.
- Ułożenie chorego w pozycji, zapewniającej zmniejszenie napięcia w ranie operacyjnej
- Odwrócenie uwagi pacjenta od bólu (rozmowa z pacjentem, włączenie telewizora)
- Podanie leku przeciwbólowego zgodnie z kartą zleceń lekarskich
- Zapewnienie choremu ciszy i spokoju

Ocena

Pacjentowi podano Pyralginę 1.0 g i.v. zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Kontrolowano parametry życiowe pacjenta które wynosiły średnio ciśnienie: 130/80 mmHg i tętno 78 uderzeń/ minutę Dzięki zapewnieniu pacjentowi ciszy i spokoju pacjent zasnął. Ból rany pooperacyjnej po zastosowaniu powyższych działań pacjent określił w skali VAS na 2.

Problem 2

Ograniczenie aktywności ruchowej z powodu osłabienia wynikającego z zabiegu operacyjnego

Cel

- Zaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych
- Zapobieganie wystąpieniu powikłań związanych z unieruchomieniem

Planowane działania/

- Pomoc przy zmianie pozycji w łóżku i zachęcenie chorego do współpracy
- Jak najwcześniejsze uruchamianie chorego

- realizacja**
- Pomoc w toalecie chorego, zmiana bielizny osobistej i pościeli
 - Zastosowanie zastrzyków z heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza
 - Oklepywanie i nacieranie klatki piersiowej spirytusem
 - Motywowanie chorego podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych

Ocena Pacjent chętnie współpracował przy wieczornej toalecie oraz przy każdorazowej zmianie pozycji ciała w łóżku. Pacjentowi nacierano i oklepywano klatkę piersiową oraz podano heparynę drobnocząsteczkową (clexane)

Problem 3

Ryzyko wystąpienia retencji moczu z powodu zabiegu operacyjnego

- Cel**
- Opróżnienie pęcherza moczowego
- Planowane działania/ realizacja**
- Prowadzenie bilansu płynów
 - Prowokowanie oddania moczu poprzez polewania krocza ciepłą wodą lub odkręcenia wody w kranie
 - Zapewnienie pacjentowi spokoju na sali oraz podanie kaczki
 - Uruchomienie chorego w ciągu 6 godz. po operacji i zaprowadzenie pacjenta do toalety
 - Na zlecenie lekarza założenie cewnika Foley’a do pęcherza moczowego
- Ocena** Pacjentowi założony został cewnik Foley’a oraz założono kartę kontroli bilansu płynów.

Problem 4

Ryzyko rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej

- Cel**
- Zmniejszenie ryzyka rozejścia się rany

- Planowane działania/ realizacja**
- Obserwowanie rany pooperacyjnej jak i opatrunku na ranie
 - Zmiana opatrunku powinna odbywać się zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
 - Mobilizowanie chorego do dbania o higienę osobistą
 - Poinformowanie pacjenta o konieczności przytrzymywania rany pooperacyjnej podczas kaszlu i kichania

Ocena Rana pooperacyjna goi się prawidłowo. Opatrunek na ranie jałowy, suchy. Pacjenta poinformowano o konieczności przytrzymywania rany podczas kaszlu i kichania.

Problem 5 **Ryzyko wystąpienia zakażenia dróg moczowych ze względu na cewnik Foley’a.**

- Cel**
- Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia dróg moczowych
- Planowane działania/ realizacja**
- Założenie cewnika Foley’a zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
 - Higiena krocza 2x dziennie
 - Regularna zmiana worka na mocz
 - Kontrola ilości, koloru, zapachu oddanego moczu przynajmniej 1x dziennie

Ocena U pacjenta nie zaobserwowano niepokojących objawów. Higienę krocza wykonywano u chorego 2x razy dziennie. Oddany mocz był koloru klarownego w ilości 600 ml.

Problem 6 **Ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z założeniem igły typu Vigo**

- Cel**
- Zapobieganie wystąpieniu zakażenia
- Planowane działania/**
- Obserwacja miejsca założenia kaniuli na podstawie skali

realizacja	Baxtera • Zmiana venflonu co 72 godz lub natychmiast w razie wystąpienia powikłań typu zaczerwienie, obrzęk, ból • Dbanie o opatrunek wokół wkłucia. Opatrunek ma być suchy, czysty. • Podawanie leków i płynów zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
-------------------	---

Ocena	W 5-stopniowej skali Baxtera wkłucie oceniono na 0- bez widocznych zmian. Zakażenie nie wystąpiło.
--------------	--

<u>Problem 7</u>	<u>Możliwość wystąpienia nawrotu przepukliny z powodu niestosowania się do zaleceń</u>
-------------------------	---

Cel	• Zapobieganie wystąpienia nawrotu przepukliny
Planowane działania/ realizacja	• Wyjaśnienie pacjentowi konieczności dostosowania się do wszystkich zaleceń po leczeniu operacyjnym • Wyjaśnienie choremu, że przez najbliższe pół roku powinien ograniczyć wysiłek fizyczny a w szczególności dźwiganie ciężkich przedmiotów jest niewskazane • Stosowanie diety lekkostrawnej, kontrolowanie wypróżnień
Ocena	Pacjent został poinformowany o konieczności stosowania się do zaleceń.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- W ciągu 7 dni pacjent powinien zgłosić się do poradni chirurgicznej celem zdjęcia szwów.
- Ranę pooperacyjną można myć wodą z mydłem. Zaleca się jednak branie prysznica a nie kąpiel w wannie.
- Należy przytrzymywać ranę podczas kaszlu, kichania w pierwszym miesiącu po operacji.

- W ciągu najbliższych 3 miesięcy należy ograniczyć wysiłek fizyczny, a w szczególności dźwiganie ciężkich przedmiotów. Na początek można podnosić ciężar o wadze 1 kg, stopniowo zwiększając ciężar do 3-4 kg.
- U pacjenta mogą wystąpić problemy z oddawaniem gazów stolca lub wzdęciami brzucha. Należy przestrzegać diety lekkostrawnej i ograniczyć produkty zapierające zawierające dużą ilość błonnika.
- U pacjenta mogą pojawić się w ciągu 3 miesięcy objawy typu: mrowienie, uczucie pociągania w pachwinie co jest normalne po takim zabiegu.

WNIOSKI

Zebrany materiał badawczy pozwolił na określenie problemów pielęgnacyjnych chorego leczonego chirurgicznie z powodu przepukliny pachwinowej leczonej chirurgicznie oraz na opracowanie indywidualnego procesu pielęgnacyjnego. Wśród problemów pielęgnacyjnych objętego badaniem pacjenta na plan pierwszy wysunęły się następujące z nich:

1. Ból rany pooperacyjnej (według skali VAS:6)
2. Ograniczenie aktywności ruchowej z powodu osłabienia wynikającego z zabiegu operacyjnego
3. Ryzyko wystąpienia retencji moczu z powodu zabiegu operacyjnego
4. Ryzyko rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej
5. Ryzyko wystąpienia zakażenia dróg moczowych ze względu na cewnik Foley'a
6. Ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z założeniem igły typu Vigo
7. Możliwość wystąpienia nawrotu przepukliny z powodu niestosowania się do zaleceń

Opracowany indywidualny plan opieki został zakończony wskazówkami do dalszej pielęgnacji dostosowanymi do aktualnego stanu pacjenta i uwzględniającymi możliwości snoopielęgnacyjne chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczęsny W., Reśliński A., Dąbrowiecki S., Szmytkowski J.: Przepukliny brzuszne- co lekarz rodzinny wiedzieć powinien. Medycyna Rodzinna, 2010, 1, 10-13.

2. Ścierański A.: Przepukliny pachwinowe i udowe u dorosłych. Alfa medicapress, Bielsko Biala 2011.
3. Grajek Z.W. (red.): Przepukliny pachwinowe jako ważny problem populacyjny [w:] Ratunkowe i pielęgnacyjne postępowanie w chirurgicznych stanach nagłych, Wojskiewicz P., Sitko M., Pawłuszewicz P., Dadan J. (red.). Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika, Suwałki 2016, 29-41.
4. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., Reśliński A.: Rola pielęgniarki w okresie okołoooperacyjnym u chorego z przepukliną. Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20(4), 539-545.
5. Grous A., Tarnowski W.: Ocena wyników leczenia przepuklin brzusznych metodą laparoskopową- pierwsze wyniki. Postępy Nauk Medycznych, 2011, 1, 16-19.
6. Romanowicz T., Zymon R., Słomian M., Słomian M., Marczewski K.: Rola czynników metabolicznych w powstawaniu przepuklin- przegląd piśmiennictwa. Nowiny Lekarskie, 2008, 77,1, 30-35.
7. Krawczyk-Horoch B., Mraz M., Mraz M., Markocka-Mączka K.: Przyczyny występowania przepuklin brzusznych u pacjentów poddawanych operacyjnej plastyce. Fizjoterapia, 2008, 16,4, 44-55.
8. Śliwińska B., Szymczuk J., Kukowska D.: Rola pielęgniarki w opiece okołoooperacyjnej nad pacjentem z przepukliną brzuszną. Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. Zeszyty naukowe. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu w Łomży, 2013, 49, 80-85.
9. Mierzicki P., Janicka J., Książek A.: Przepuklina pachwinowa u chorego dializowanego ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewną- opis przypadku. Forum Nefrologiczne, 2010, 3(1), 35-41.
10. Ścierański A.: Czas trwania przepuklin pachwinowych i objawy im towarzyszące przed podjęciem leczenia. Polski Przegląd Chirurgiczny, 2008, 80(12), 1228-1236.
11. Mackiewicz Z. (red.): Przepukliny brzuszne [w:] Podstawy chirurgii t. 2, Szmidt J., Kuźdzał J., Gruca Z. i In. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 1115-1126.
12. Śmietański M., Chrościcki A., Dąbrowicki S., Fridiger J., Matyja A., Michalik M., Mitura K., Solecki R., Trojanowski P., Wróblewski T.: Leczenie przepuklin pachwiny. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego z komentarzem Polskiej Grupy Roboczej ds. Rekomendacji. Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques 2009, 4 (1), 40-52.

13. Mitura K., Romańczuk M.: Porównanie dwóch metod operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych- sposobem Lichtensteina i Desarda. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2008, 24, 143, 392.
14. Szczęsny W., Szopiński J., Reśliński A., Szmytkowski J., Dąbrowiecki S., Ból we wczesnym okresie pooperacyjnym po hernioplastyce sposobem Lichtensteina i Desarda, *Chirurgia Polska*, 2010, 12(2), 67-75.
15. Kozieł S., Majewski M., Pułtorak B., Lorenc Z., Papaj P.: Małoinwazyjne operacje przepuklin pachwinowych z dostępu otwartego, *Chirurgia Polska*, 2014, 16(1), 20-27.
16. Cybułka B.: Zespół bólowy pachwiny. Wpływ śródoperacyjnego, miejscowego podawania 0,5% bupiwakainy na pooperacyjną kontrolę bólu w przypadku zabiegów hernioplastyki sposobem Lichtensteina. Prospektywne badanie kliniczno-kontrolne. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 2017, 89(2), 11-25.
17. Chlebny T., Zelga P., Pryt M., Zelga M., Dziki A.: Skuteczne i niepowikłane zabiegi plastyki przepukliny pachwinowej u starszych pacjentów – przesłanie anestezjologa do chirurga ogólnego. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 2017, 89 (2), 5-10.
18. Struszczyk M.H., Olejnik M.: Obecne i przyszłe zapotrzebowanie rynku na włókiennicze wyroby medyczne. *Techniczne Wyroby Włókiennicze*, 2010, 18 (3), 21–22.
19. Kostewicz W., Janion A., Opaliński J., Sura J., Krajewski A.: Postępy w chirurgii laparoskopowej w 2012 r. *Chirurgia po Dyplomie*, 2013, 8(2): 32-42.
20. Grous A., Dib N., Tarnowski W.: Co nowego w chirurgii małoinwazyjnej w roku 2010. *Postępy Nauk Medycznych*, 2012, 1, 20-24.
21. Śmietański M.: Kierunki rozwoju w operacjach naprawczych przepuklin pachwiny. *Chirurgia po Dyplomie* 2013, 8 (6), 40-48.
22. Chrzan R., Kulpa T.: Analiza zabiegów przepukliny pachwinowej wykonywanych metodą Lichtensteina- doświadczenia własne. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 2010, 82(7), 709-719.
23. Łebkowski Ł., Białek P., Uryszek M., Polańska M., Proczka R., Polański A.J.: Wyniki leczenia przepukliny pachwinowej z użyciem siatki. Analiza wpływu techniki operacyjnej na powikłania pooperacyjne. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 2008, 80 (12), 1199-1207.
24. Dzielicki J., Karlecki W., Ścierański A., Grabowski A.: Laparoskopowe leczenie przepukliny pachwinowej techniką przedotrzewnową- rola eksperta wkrzywej uczenia. *Wideochirurgia i Inne Techniki Małoinwazyjne*, 2008, 3(4), 172-178.
25. Lehmann A., Piątkowski J., Nowak M., Jackowski M., Pawlak M., Witzling M., Śmietański M.: Jednoczasowa operacja naprawcza przepukliny pachwinowej metodą TAPP i

laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego - procedura bezpieczna i możliwa do wykonania. Polski Przegląd Chirurgiczny, 2014, 86(2), 129-135.

26. Czyżak W., Rybak Z.: Nowoczesne sposoby mocowania siatek w operacjach naprawczych przepuklin pachwinowych i brzusznych. Polski Przegląd Chirurgiczny, 2014, 86(6), 543-557.
27. Libiszewski M., Drozda R., Białecki J., Wieloch M., Hedayati M., Kuzdak K., Kołomecki K.: Ocena intensywności odpowiedzi zapalnej we wczesnym okresie okołoperacyjnym u chorych operowanych z powodu przepuklin pachwinowych klasyczną metodą Stoppy i wideoskopową TEP. Polski Przegląd Chirurgiczny, 2011, 83(9), 915-923.
28. Prywiński S., Mackiewicz Z.: Przepukliny brzuszne. Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego, 2008, 16, 214-229.
29. Misiołek H., Cettler M., Woron J., Wordliczek J., Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E.: Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym-2014. Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, 46(4), 235-260.
30. Kocot-Kępska M.: Przetrwały ból pooperacyjny- postępowanie według medycyny opartej na dowodach naukowych. Ból, 2012, 13(2), 37-42.
31. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa Tom I wyd.2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 240-274.

WPŁYW POLISENSORYKI NA ROZWÓJ DZIECI – WIEDZA RODZICÓW

Magdalena Nurkowska¹, Beata Kowalewska², Katarzyna Łagoda³

1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Dzieci uczą się otaczającego świata za pomocą zmysłów, nie byłoby to możliwe, gdyby nie system sensoryczny. Ten system jest to odruchowe zapamiętywanie poprzez odpowiedni zmysł informacji na temat bodźca odbieranego w sposób wzrokowy, słuchowy, kinestetyczno-dotykowy czy motoryczny. Zatem rozwój polisensoryczny można określić jako uczenie się wielokanałowe, więc za pomocą wszystkich zmysłów. Jedność bodźców warunkuje nasze postrzeganie świata, a więc także kształtuje nasze zachowania. Rodzice często nie są świadomi, jak ważna jest rola wielostronnego procesu poznawczego dziecka. Warto podkreślić, że wcześnie wykryte zaburzenia, są możliwe do skorygowania. Błąd rodziców polega na ograniczaniu dziecka w sferze doświadczania, np. zabranianie malowania dłońmi po dużej przestrzeni, hamowanie wyobraźni poprzez nakaz zabawy przy sprzętach elektronicznych. Ujawnienie się zaburzeń psychomotoryki dziecka jest możliwe w okresie rozpoczęcia edukacji. Warunkowane jest to obiektywnym podejściem nauczyciela do każdego dziecka oraz umiejętnością rozpoznania zaburzeń w sferze polisensoryki.

Rozwój polisensoryczny nazywany inaczej integracją sensoryczną jest „procesem rejestrowania, przesyłania, wzmacniania lub hamowania, rozpoznawania i łączenia danych w jeden stale zmieniający się model otaczającej nas rzeczywistości”[1]. Proces poznawczy odbywa się za pomocą zmysłów, które dostarczają nam informacji na temat świata zewnętrznego. Wszystko co dzieje się w otaczającym świecie, rozpoznajemy dzięki receptorom, które dostarczane są do mózgu. Nieskończona ilość bodźców docierająca do

ośrodkowego układu nerwowego jest przetwarzana, rozpoznawana i łączona w koherentną całość, np. rozpoznanie koparki. Pierwszym koniecznym etapem jest zobaczenie kształtu, wyglądu, koloru - zmysł wzroku, następnie usłyszenie charakterystycznego dźwięku, jaki wydaje koparka - zmysł słuchu. Dzięki temu, mózg przetworza uzyskane informacje oraz pozostawia je w pamięci, dlatego innym razem wystarczy usłyszeć dany dźwięk i umysł jest w stanie rozpoznać co to, a dodatkowo połączyć z wyglądem, pomimo że nie zaobserwowano tej koparki[2].

Rozwój polisensoryczny można podzielić na rozwój sprawności motorycznej i manualnej, gdzie wyróżniamy rozwój dużej i małej motoryki, rozwój spostrzegania wzrokowego, percepcji słuchowej, mowy, zachowań społecznych i emocji oraz kształtowania się lateralizacji.

Integracja sensoryczna zaczyna się już od narodzin. W kwestii motoryki zwraca się uwagę m.in.: na ruchy głowy, umiejętność siedzenia, chodzenie, chwytanie. W przypadku zmysłu wzroku, powinno rozwijać się skupianie wzroku i zatrzymywanie go na poruszającym się przedmiocie, „czytanie” książeczek oraz początki koordynacji wzrokowo-ruchowej. Rozwój percepcji słuchowej, to przede wszystkim słuchanie dźwięków grzechotki, rozumienie emocjonalnych wypowiedzi słownych, reagowanie na dźwięki z otoczenia. Natomiast płacz, rozumienie emocji, modelowanie przywiązania to składowe rozwoju zachowań. Na tym etapie możliwe już jest zwrócenie uwagi na fakt, że wyżej wymienione zdolności korelują ze sobą [3].

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje sześć kamieni milowych w rozwoju dzieci w wieku od 4 do 24 miesięcy, do których zaliczamy: siedzenie bez oparcia, stanie z pomocą, raczkowanie, chodzenie z pomocą, stanie samodzielne i chodzenie samodzielne [4].

Ponadto wyróżniamy dwa kierunki rozwoju motoryki dużej i małej:

Kierunek cefalokaudalny (głowowo-ogonowy), motoryka duża:

- 3 miesiąc życia- głowa w pozycji pionowej, opierając się na rękach
- 6-8 miesiąc życia- siedzenie bez podparcia
- 8-9 miesiąc życia- raczkowanie
- 10 miesiąc życia- chodzenie przy meblach
- 12 miesiąc życia- chodzenie na szerokiej podstawie
- 15 miesiąc życia- chodzenie samodzielne

Kierunek proksymodystalny (od centrum ku obwodowi), manipulacja, motoryka mała:

- 1 miesiąc życia- odruch chwytny
- 4-5 miesiąc życia- chwyt dowolny
- 5-6 miesiąc życia- chwyt dłoniowy prosty (na widok przedmiotu,dziecko wypuszcza trzymany)
- 7-8 miesiąc życia- chwyt nożycowy
- 10 miesiąc życia- chwyt pincetowy [5].

W poznawaniu świata istotną rolę stanowi rozwój mowy, który może być ograniczony np. z powodu zaburzeń słuchu. Od chwili porodu u dziecka zaczyna się długa droga rozwoju mowy, która rozpoczyna się krzykiem. Poza płaczem u noworodka można zauważyć także pomrukiwania, mlaśnięcia i inne dźwięki trudne do określenia. W okresie niemowlęcym dziecko zaczyna gruchać (drugi-trzeci miesiąc życia), następnie gaworzyć (szósty miesiąc życia), a pierwsze słowa wypowiada w dwunastym miesiącu życia[6].

Wraz z następującymi okresami rozwoju dziecka, kształtują się jego zmysły. Jednak okresem przełomowym jest wiek przedszkolny, ponieważ zaczyna go interesować świat, przechodzi z ograniczonego środowiska rodzinnego do życia w otwartym środowisku[7]. Rozwija się pamięć, łatwość i szybkość w uczeniu się, zaczyna się lateralizacja (np. dominacja prawej ręki). W tym wieku wzrasta aktywność ruchowa, dzieci uczą się pływać, tańczyć, jeździć na łyżwach czy rowerze. Rozwijanie koordynacji ruchowej i siły, wpływa na dalszy rozwój mowy i rozwój poznawczy[8]. Na tym etapie ponownie kształtują się zdolności ruchowe:

- 3 rok życia- wchodzenie na schody,
- 4 rok życia- schodzenie ze schodów, ze stawianiem stóp na przemian,
- 5 rok życia- podskakiwanie, a następnie skakanie na jednej nodze [9].

Ponadto pięcioletek swobodnie biega, potrafi zachować równowagę, chwytą. W okresie szkolnym dziecko powinno mieć wykształcone zmysły tak, aby było w stanie rozpoznać przedmiot, dźwięk, smak i potrafić go nazwać. Na tym poziomie powinno być możliwe rozumienie nowo przyswajanych treści [10].

Należy podkreślić, że rozwój polisensoryczny kończy się w okresie szkolnym, aczkolwiek podczas wykrycia zaburzenia możliwe jest skorygowanie i wspieranie wykształcenia się zaburzonej zdolności. Ponadto nieprawidłowym jest zaprzestanie pobudzania zmysłów i ograniczanie w sferze doświadczeń, motoryki, swobody działania, zabawy, percepcji słuchowej i wzrokowej oraz czucia powierzchownego [11].

Stymulacja, czyli pobudzanie do działania i rozwoju jest procesem, który nieodzownie wiąże się z bezwarunkowym odruchem rodzica względem własnego dziecka [12]. Podsumowując, stymulacja polisensoryczna jest wspieraniem rozwoju opartego na odbieraniu bodźców ze środowiska zewnętrznego za pomocą zmysłów. Polisensoryczny, czyli wielozmysłowy [13].

Warto nadmienić, że wraz z większą świadomością rodzica na temat rozwoju polisensorycznego, proces stymulacji jest bardziej skuteczny [14]. Układ sensoryczny osadzony jest w Ośrodkowym Układzie Nerwowym i niektóre etapy rozwoju kształtują się samoistnie, jednak nie zwalnia to opiekuna od stałego pobudzania zmysłów dziecka. Należy podkreślić, że rozwój polisensoryczny to nauka świata zewnętrznego i wewnętrznego, a więc nauka odczytywania emocji, umiejętności rozpoznania przedmiotu bez udziału zmysłu wzroku, czy określenie położenie własnego ciała względem poszczególnych jego części czy podłoża [15].

Istotą stymulacji jest wpłynięcie na rozwój mózgu oraz trening pamięci [1]. Ponadto pomoc w poznaniu samego siebie, wpływ na zdolności dziecka i nauka kreatywności. Stymulacja ma ogromne znaczenie już po narodzinach dziecka, ponieważ poprzez konkretne działania, wspiera się rozwój psychoruchowy dziecka, a więc pomaga się w osiągnięciu równowagi. Równowaga jest niezbędna podczas wykonywania jakiegokolwiek ruchu. Pobudzanie do działania ważne jest z wielu powodów, jednym z nich jest pomoc w komunikowaniu się czy rozwój zachowań [16]. Im większa stymulacja w młodszy okresie, tym zdolniejsze dziecko w wieku szkolnym i następnych etapach edukacyjnych. Kolejnym powodem stymulacji jest jej korzystny wpływ wobec radzenia sobie z porażkami, ponieważ poprzez wspieranie rozwoju, dziecko poznaje samego siebie, potrafi określić swój poziom i stopniować trudności [17]. Jednocześnie ma zdolność radzenia sobie z emocjami i chętnie rozmawia o problemach, również rozwija wyobraźnię i kreatywność. Możliwe jest stwierdzenie, że dziecko, które jest stymulowane od najmłodszych lat ma lżejszy „start” w szkole [18].

Wspieranie rozwoju nie jest wyłącznie ukierunkowane na kształtowanie myślenia dziecka czy szlifowaniu umiejętności, powinno być również zaspokajaniem jego potrzeb. Należy pamiętać, że dziecko, aby było zdolne, potrzebuje miłości, zrozumienia i akceptacji [19].

Rozwój polisensoryczny jest to nauka świata zewnętrznego na podstawie odbieranych bodźców za pomocą zmysłów, a więc można wymienić gro metod stymulujących rozwój psychomotoryczny dzieci.

Bez względu na niewłaściwości w odbieraniu bodźców, zaburzenia zmysłów, stymulacja psychomotoryki odbywa się poprzez zabawę. W większości u człowieka proces integracji sensorycznej rozwija się naturalnie względem wieku rozwojowego. Czynniki, które są determinantami rozwoju sensorycznego adekwatnymi do wieku i sytuacji jest rozwój w okresach: prenatalnym, noworodkowym, niemowlęcym, wczesnego dzieciństwa, przedszkolnym oraz młodszym wieku szkolnym. Jednak bez względu na to czy występują nieprawidłowości tego rozwoju czy też nie, wymagana jest stymulacja, która różni się jedynie nasileniem [20].

Metody „naukowe”, czyli zabawy wspierające rozwój polisensoryczny, można podzielić ze względu na oddziaływanie na konkretny zmysł:

a) Zmysł dotyku:

- „Co to za przedmiot?”- rozpoznawanie za pomocą dotyku z wyłączeniem zmysłu wzroku.
- Zanurzanie ręki do pudełka wypełnionego mąką, piaskiem, ryżem i wydobywanie przedmiotów.
- Rysowanie na niby po ciele dziecka różnych kształtów.
- Malowanie dłońmi lub stopami za pomocą takich substancji jak: klej, glina, błoto.
- Łączenie w pary za pomocą dotyku przedmiotów o takiej samej lub przeciwstawnej fakturze, np. miękki-twardy [21].

b) Motoryka:

- Rysowanie kredą, pędzlem, kredkami na dużej przestrzeni obszernych kształtów swobodnymi ruchami.
- Wodzenie palcem po różnych szlaczkach, wzorach.
- Chwytywanie jedną ręką lub oburącz przedmiotów rzucanych do dziecka.
- Rozbijanie piniaty bez zasłania oczu.
- Bujanie dziecka na kocu lub hamaku.
- Jadalny łańcuszek- nawijanie na nitkę, np. płatków śniadaniowych
- Przenoszenie kubeczków napełnionych do połowy wodą [22].

c) Zmysł słuchu:

- Dzwonienie kluczami, mieszanie łyżeczką w kubku, szklance.

- Włączanie i wyłączanie suszarki, wentylatora, odkurzacza.
- Rozpoznawanie głosów natury: szum drzew, odgłosy zwierząt, burzy, deszczu.
- Rozpoznawanie dźwięków z ulicy: tramwaju, policji, straży pożarnej, przejścia dla pieszych, samochodu ciężarowego.
- Lokalizowanie wydobywanego dźwięku, np. z telefonu.
- Wydawanie odgłosów zwierząt domowych.
- Rozróżnianie natężenia dźwięków, np. cichy, głośny, wysoki, niski [23].

d) Zmysł wzroku:

- Rysowanie prostych rysunków ręką nie dominującą.
- Przerzucanie woreczka, piłeczki, balonika z ręki do ręki.
- Obserwowanie w pozycji leżącej z nieruchomą głową punktów świetlnych, linii poziomych, półkoli, figur, liter.
- Dotykanie wybraną częścią ciała, np. prawym palcem, innej części ciała, np. nosa, kolna.
- W siadzie rozkrocznym przemieszczanie piłki od jednej nogi do drugiej [24].

e) Zmysł powonienia:

- Rozpoznawanie zapachu bez udziału wzroku.
- Za pomocą węchu rozpoznawanie zapachów produktów kosmetycznych, np.: mydło, sól do kąpieli, szampon.
- Parowanie za pomocą węchu pojemników z wacikami nasączonymi zapachami, wraz z obrazami przypominającymi dany zapach [10].

f) Zmysł smaku:

- Nazywanie próbowanych produktów spożywczych, np. ketchup, majonez, miód, ser.
- Określanie rodzaju danego smaku: gorzki, kwaśny, słodki, słony.
- Picie soków przez słomkę i dobieranie smaku soku do rysunku owoca tylko za pomocą smaku [25].

g) Układ proprioceptywny:

- Skoki na trampolinie.
- Chodzenie na: palcach, czworakach, kolanach, piętach.
- Przepychanie się w parach dłońmi, plecami.
- W pozycji leżącej na plecach dociskanie kolan do klatki piersiowej.
- Masaż poszczególnych części ciała dziecka o różnym stopniu nacisku.

- Zeskakiwanie z niedużej wysokości na niejednorodne podłoże, np. folię bąbelkową, pufę, poduszki, gąbki [21].

Należy zwrócić szczególną uwagę na powiązanie stymulacji jakiegokolwiek zmysłu zabawą ruchową. Jednocześnie możliwe jest stwierdzenie, że właściwą stymulacją jest zabawa przy udziale ruchu, a więc nauka poprzez ruch. Na co zwraca uwagę wielu ekspertów rozwoju polisensorycznego, m.in. Maria Kuleczka-Raszewska, Dorota Markowska, Barbara Sher, Carol Stock Kranowitz, Marzena Buchnat czy Dorota Bronk.

Bronk opracowała projekt „Metoda Dobrego Startu”, jako metodę uczenia polisensorycznego. Celem programu była jedność funkcji percepcyjno-motorycznych oraz harmonizowanie każdej funkcji psychomotorycznej. Dodatkowo za projektem kryło się zamierzenie kształcenia zdolności zrozumienia oraz umiejętności posługiwania się symbolami abstrakcyjnymi, aby ułatwić dzieciom rozpoczęcie nauki w szkole. Metoda Dobrego Startu składa się z trzech głównych etapów (zajęcia wprowadzające, zajęcia właściwe i zajęcia końcowe). Ćwiczenia, które miały być realizowane na podstawie tego programu, skupiały się na symulacji ruchowo-słuchowo-wzrokowej. W tej metodzie polisensoryczne uczenie się polegało na jednoczesnym wykonywaniu kilku czynności, np. podczas rysowania, śpiewanie piosenki, ponadto dziecko powinno wodzić palcem po materiałach o różnej fakturze i barwie [26].

Marzena Buchnat, również zakłada, że najlepszą formą wspierania rozwoju, edukacji dziecka jest ruch. Wskazuje ona na wielozadaniowość ruchu względem nauki świata. Faktem jest, że podczas wykonywania ruchu, człowiek zbiera informacje, na temat położenia ciała względem siebie, podłoża czy otoczenia, dlatego im więcej doznań zmysłowych odczuje dziecko, tym łatwiej przyswoi, odbierze skomplikowane wzory i obrazy oraz będzie sprawnie manipulował konkretnymi doznaniem. Poza tym, ruch wspomaga również kształtowanie się pamięci długotrwałej, obejmując jej trzy struktury: proceduralną, epizodyczną oraz semantyczną. Kolejnym pozytywnym aspektem ruchu jest rytm, który współtowarzyszy wykonywanym ćwiczeniom, w związku z tym, ma to korzystny wpływ na integrację układu sensorycznego. Warto zwrócić uwagę, że podczas ruchu wydzielą się hormon zwany dopaminą, który wpływa na zadowolenie dziecka. Oczywiście poza zabawą, która jest formą edukacji, dziecko osiąga potrzeby z najwyższego szczebla potrzeb Masłowa, ponieważ podczas zajęć tworzy własne dzieło w formie pracy plastycznej czy technicznej. Ponadto

dziecko poznaje własne potrzeby i możliwości i jest w stanie stopniować trudności podczas wykonywania zadania [27].

Metodą, w której główną uwagę skupia się na jakości ruchu jest NDT-Bobath. Podstawowymi założeniami takiego sposobu stymulacji są: przywiązywanie uwagi do jakości wykonywanej czynności, zapobieganie tworzenia się nieprawidłowych ruchów, a w konsekwencji do niekorzystnych skutków ortopedycznych oraz polepszenie absolutnego uczestnictwa w grupie i środowisku, pomimo jednostkowego działania terapeutycznego. Warto zwrócić uwagę na programowanie celu skierowanego wobec dziecka. Formułowanie celu opiera się na metodzie SMART, wykorzystywanej w każdej wysoko prosperującej firmie. Odczytując SMART z języka angielskiego, określamy cel, który powinien być: S- konkretny, M- wymierny, A- możliwy do przyjęcia, R- realistyczny i T-określony w czasie. Należy zauważyć, że w tej metodzie szczególną uwagę, zwraca się na dokładność wykonywanego ruchu, stopniowego nabywania umiejętności, co z pewnością prowadzi do wykonania ruchu „wpisanego” w rozkład ciała [28].

Większość stymulacji polisensorycznych opiera się na zabawach, które rodzice są w stanie sami zorganizować. Jednak poza prostymi ćwiczeniami zostały opracowane metody terapii psychomotorycznej dzieci. Zofia Kułakowska, Maria Borkowska i Bożena Zychowicz w swojej książce opisują metodę PROCUS i BLOCK. Proces terapii według tej metody powinien opierać się na nieprzerwanej rozmowie i wzajemnym szacunku wobec innych dzieci, terapeutów czy rodziców. Podczas trwania zajęć oraz poza nimi, dziecko uczy się odbioru własnego ciała, poczucia własnej wartości, ponadto kształtuje się w nim odpowiedzialność za własne czyny i rozumie, że każde podjęte działanie ma swoje konsekwencje w przyszłości. Jednocześnie podstawą każdej zaproponowanej terapii, także w metodzie PROCUS i BLOCK, jest odczuwanie radości przez dziecko. Wynikiem terapii psychomotorycznej tą metodą, powinno być oparte na prawdzie, odczucie własnej wartości, odpowiedzialności, radości w komunikowaniu się z innymi oraz poczucie tożsamości. Metoda zakłada 30 sesji, które za każdym razem przebiegają według stałego schematu. Podczas trwania zajęć ciało dziecka powinno być cały czas aktywne, a równocześnie ruch połączony jest z mową. Ćwiczenia odbywają się grupowo i jednocześnie indywidualnie. Wraz z trwaniem programu należy stopniować trudność. Przebieg ćwiczeń składa się z dziesięciu faz, z których istotnymi są: masaż, ćwiczenia dużej motoryki i ćwiczenia schematu ciała [29].

Następną formą terapii psychomotorycznej jest SANDPLAY THERAPY- terapia w piaskownicy. Polega ona na rysowaniu obrazów na piasku, co wspomaga motorykę, a jednocześnie poprzez zamazanie obrazu, dziecko jest w stanie zmienić odczucia wobec sytuacji budzącej negatywne emocje. Linde von Keyserlingk i Agata Giza-Zwierzchowska wskazują na rozwijanie u dzieci empatii, kreatywności, wzmacnianie odporności emocjonalnej oraz pobudzanie wyobraźni. Ta metoda może być stosowana również w poprawie relacji, nadpobudliwości ruchowej, terapii i stymulacji rozwojowej dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Według twórców Sandplay Therapy tworzenie scen w piaskownicy ma stymulować proces indywidualizacji oraz świadomości dzieci, zgadzają się także, co do kluczowych założeń wykorzystania piasku, wody i miniaturowych figurek w tworzeniu obrazów w piaskownicy. Terapia w piaskownicy w głównej mierze oddziałuje na zmysł wzroku, czucia, małej motoryki, sprzyja rozwojowi i tworzeniu się zachowań społecznych, emocji oraz ćwiczy pamięć [30].

Wymienionych zostało tylko kilka metod wspierających rozwój psychomotoryczny dzieci, jednak możliwe jest zwrócenie uwagi na mnogość form terapii i ćwiczeń wybieranych w celu stymulacji polisensorycznej. Jak wskazuje przedrostek „poli” należy wpływać na wiele zmysłów jednocześnie, a głównym prekursorem każdej terapii jest zmysł ruchu. Oczywiście nie należy zapominać, że najlepszym rodzajem edukacji jest nauka przez zabawę.

Maria Montessori to jeden z najwybitniejszych pedagogów ubiegłego stulecia. Została prekursorem metody pedagogicznej opartej na nauce świata zewnętrznego, wykorzystując własne zmysły. Aktualnie powstaje coraz więcej przedszkoli czy szkół podstawowych, które bazują wyłącznie na zasadach Montessori. Kluczowe założenia systemu pedagogiki według Montessorii to wychowanie dla pokoju, podmiotowość w wychowaniu, szacunek rozwijającej się osobowości, troska o rozwój dziecka zarówno indywidualny jak i społeczny, miłość do ludzi i świata, samodzielność, odpowiedzialność i wolność, w rozumieniu jako wybór ciekawego dla dziecka bodźca z jednoczesnym przestrzeganiem określonych zasad [31].

Montessori uważa, że efektywne poznawanie świata możliwe jest jedynie wtedy, gdy dziecko samodzielnie się uczy. Rodzic i nauczyciel nie posiada takiej zdolności, by nauczyć się za malucha otaczającego świata, to ono samo musi dotknąć, powąchać, poczuć. Warto również podkreślić rolę rodzica, ponieważ samo wychowanie przedszkolne i szkolne nie wystarczy. Opiekun powinien zachęcać dziecko do samodzielności oraz nie wyręczać go w nowo nabytych umiejętnościach [32].

Ponadto opracowała w ciągu chronologicznym, tzw. wrażliwe fazy, to znaczy momenty w życiu dziecka, kiedy potrzebuje powtarzania takich samych ćwiczeń tyle razy, aż zrozumie dany problem bądź zjawisko. Te fazy przypadają na okres 0-3 lat w momencie nauki chodzenia i mówienia, 3-6 lat kiedy występuje dużo ruchu, kształtują się zachowania o świecie i rozpoczyna się nauka pisania, czytania i świata, następnie 7-12 lat, gdy zaczyna rozpoznawać zasady i wartości, kształtuje się moralność, wiedza [31].

Należy także wspomnieć, że podstawą pozytywnych rezultatów tej metody jest odpowiednie zaaranżowanie przestrzeni. To znaczy, że każda zabawka ma swoje określone miejsce. Regały powinny znajdować się na wysokości dziecka tak, aby miało ono dostęp do wszystkiego na stałe [33]. Materiały powinny być ułożone według stopnia trudności i pobudzać do funkcjonowania wszystkich zmysłów [34]. Jednym z głównych materiałów sensorycznych jest różowa wieża, która uczy dziecko pojęć „duży” i „mały” oraz rozwija wyobraźnię przestrzenną. Montessori uważa, że pomoce sensoryczne stanowią nieodłączny element do zrozumienia matematyki i w pewnym stopniu przygotowują do nauki czytania i pisanie [35].

Podsumowując, pedagogika montessoriańska opiera się na samodzielności dziecka, które samo musi eksperymentalnie doświadczać rzeczywistość i dokonywać badań. Pomoce, które są wykorzystywane to wyłącznie takie, które pobudzają zmysły. Ponadto dzieci uczą się samodzielności, odpowiedzialności, potrafią zauważyć błąd i dokonać autokorekty, a jednocześnie nie tracąc poczucia własnej wartości. Jedną z mocnych stron tej metody jest możliwość połączenia dzieci zdrowych z niepełnosprawnymi. Jednakowo możliwe jest stwierdzenie, że Maria Montessori stworzyła metodę nauczania opartą w głównej mierze na stymulacji sensorycznej [32,33,36].

Owidiusz Decroly, to belgijski psychiatra, psycholog i pedagog, który stworzył Instytut Nauczania Specjalnego [37]. Opracował on metodę ośrodków zainteresowań, która odegrała ważną rolę w rozwoju sposobów kształcenia dzieci niepełnosprawnych umysłowo [38].

Głównym celem systemu było przygotowanie dzieci do życia poprzez sam świat, ponieważ predystynacją każdej istoty jest żyć [39]. Założenia programu opierają się na potrzebach dziecka, a więc potrzebach pożywienia, oddychania, czystości, dążenie do ochrony przed niebezpieczeństwami, walki z niekorzystnymi wpływami klimatycznymi oraz chęć światła, spoczynku, aktywności i działania [38].

Decroly uważał, że proces nauczania powinien być dostosowany do naturalnych potrzeb dziecka adekwatnych do faz rozwoju, w związku z tym, należy stworzyć właściwe warunki umożliwiające rozwój aktywności. Ponadto sądził, że szkoła ma obowiązek zapewnić dzieciom niezależny i niezakłócony rozwój ich osobowości, a także należy uznać prawo dziecka do własnego, pełnego, szczęśliwego życia [40]. Funkcją instytucji szkoły według Owidiusza jest również pomoc dziecku w poznaniu samego siebie, doskonaleniu umiejętności rozpoznania własnych potrzeb, zdolności zrozumienia celów i ideałów, jednocześnie należy zapewnić poznanie środowiska społecznego i przyrody [41].

W metodzie ośrodków zainteresowań istotną składową jest umiejscowienie takiej szkoły. Obowiązkowo ma znajdować się z dala od miasta, w otoczeniu przyrody tak, aby w celach edukacyjnych dziecko mogło obserwować zjawiska zachodzące w przyrodzie. Proces ten według Decroly jest potrzebny, aby dziecko zrozumiało i przystosowało się do panujących warunków. Poza środowiskiem zewnętrznym, sale zajęciowe powinny zostać zaaranżowane na pracownię, w których dziecko będzie mogło przeprowadzać doświadczenia, w przeciwieństwie do tradycyjnych szkół, gdzie sale mają charakter audytoryjny [40, 42].

Decroly twierdzi, że edukacja dziecka powinna opierać się na trzech występujących po sobie fazach: obserwacja, kojarzenie i wyrażanie nabytych umiejętności. Wyrażanie umiejętności można przedstawić na dwa sposoby, poprzez wykonywanie prac plastycznych oraz przez mowę i pisanie [43].

Reasumując, w metodzie Decroly edukacja dziecka również oparta jest na odbieraniu bodźców ze świata zewnętrznego, pozwala na swobodne doświadczenie przez dziecko oraz dostosowana jest do jego potrzeb ściśle związanych z okresami rozwoju. Dziecko musi odczuwać, myśleć, czynić, tworzyć i wyrażać [44]. Również możliwe jest zaobserwowanie centralizacji metody na dziecku podobnie jak u Montessori. Można także zauważyć analogię roli nauczyciela w wymienionych metodach, ponieważ funkcja nauczyciela opiera się na ukierunkowaniu i opiece nad dzieckiem [36, 45].

Integracja sensoryczna jest procesem, w którym występuje szereg zabiegów, m.in. odbieranie, selekcjonowanie i przetwarzanie informacji rejestrowanych za pomocą zmysłów własnego ciała oraz środowiska zewnętrznego. Te etapy prowadzą do wywołania odpowiedniej reakcji, umożliwiającej adaptację otoczenia do indywidualnych potrzeb [46]. Błędna interpretacja dźwięków, wrażeń słuchowych, wzrokowych, dotykowych czy ruchowych może objawiać się silnym zdenerwowaniem osób, które mają zaburzenia w sferze przetwarzania sensorycznego. Pierwsze lata życia dziecka to czas gwałtownego

rozwoju i zdobywania doświadczeń. Osobami, które jako pierwsze powinny zauważyć trudności w integracji sensorycznej, są rodzice [47].

Kranowitz [2] w swojej pracy pt. „Nie-zgrane dziecko” wymienia możliwe przyczyny zaburzeń przetwarzania sensorycznego, do których należą:

- a. Czynniki genetyczny lub predyspozycja dziedziczna
- b. Czynniki prenatalne, m.in.:
 - Substancje chemiczne, leki i toksyny, które są niebezpieczne dla płodu
 - Spożywanie używek przez matkę: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków i substancji psychoaktywnych
 - Trudności podczas trwania ciąży, np. silny stres emocjonalny
- c. Przedwczesny poród, niska masa urodzeniowa
- d. Szok okołoporodowy spowodowany nagłym cięciem cesarskim, brakiem tlenu, operacją tuż po porodzie
- e. Powikłania po porodzie, takie jak:
 - Niekorzystne czynniki środowiskowe
 - Nadmierna stymulacja, czyli np. znęcanie się nad dzieckiem
 - Niedostateczna stymulacja i ograniczanie dziecka w sferze zabawy, ruchu i interakcji z innymi
 - Długotrwała hospitalizacja
 - Pobyt w domach dziecka
- f. Przyczyny nieznane

W wymienionych wskaźnikach uwidacznia się związek pomiędzy czynnikami wpływającymi na powstanie zaburzeń rozwoju, a pojawieniem się trudności w przetwarzaniu sensorycznym [2].

Ponadto wraz z okresami rozwoju dziecka wzrasta poziom integracji sensorycznej, więc jeśli w ciągu trwania fazy kształtowania się zostanie zaburzona sensoryka, to również zostanie wstrzymany prawidłowy postęp dziecka. Wyróżnia się okres noworodkowy i niemowlęcy, w którym zauważalny jest rozwój mięśni, które działają przeciw sile grawitacji. W tym momencie dziecko dynamicznie chłonie informacje sensoryczne ze świata zewnętrznego. Kolejny okres wczesnego dzieciństwa charakteryzuje się opanowaniem przez dziecko świadomości własnego ciała, wykonuje płynne skoordynowane ruchy, a dzięki formowaniu się zmysłów, pomagają one w planowaniu ruchów. Następną fazą przedszkolną,

to czas, w którym dziecko nie tylko odbiera informację, ale również zaczyna ją rozumieć, a ponadto wzrasta zdolność współpracy z otoczeniem. Na koniec dziecko uczy się abstrakcyjnego myślenia oraz rozumowania, już na tym poziomie zna własną wartość i potrafi się kontrolować [48].

Dziecko od chwili narodzin zaczyna kształtować swój układ ruchu, tak, żeby w przyszłości potrafić samodzielnie chodzić, biegać i utrzymywać równowagę. Zatem należy pamiętać, że dla właściwej regulacji postawy ciała niezbędny jest ciągły dopływ informacji sensorycznej [49]. Jakakolwiek nieprawidłowość w postępie kształtowania się układu ruchowego dziecka wpływa negatywnie na dopływ bodźców. Przykładowo asymetria nie wpływa jedynie na zaburzoną postawę dziecka, ale również na zaburzenia czucia, odbierane jako trudność w określeniu położenia kończyn, koordynacji ruchu, orientacji w przestrzeni poprzez zaburzenia zmysłu wzroku i słuchu, a także zaburza odbiór schematu ciała i utrudnia planowanie ruchu, spowodowane ograniczeniem bodźców dotykowych. Zatem warto zwrócić uwagę na jakąkolwiek nieprawidłowość, ponieważ wpływa ona na odbiór i przetwarzanie informacji sensorycznej [20].

Najważniejszą rolę w rozwoju dziecka odgrywa rodzic, który wspomaga integrację sensoryczną, dlatego przy takim założeniu dziecko rozwija się prawidłowo, potrafi nawiązać kontakt z rówieśnikami oraz nie wykazuje nieodpowiednich zachowań [50]. Jednak opiekunowie często negatywnie wpływają na postęp rozwojowy dziecka, zwykle jest to nieświadomy proces, który kierowany jest przez nadopiekuńczość [51].

Duże znaczenie dla procesu wychowania przez rodziców mają źródła pozyskiwania wiedzy co do rozwoju dzieci. Korzystanie z wielu informacji tj. autorytetu osób starszych, doświadczeń znajomych, fachowej literatury, przekazów medialnych, wzbogaca proces wychowania, natomiast ograniczenie się do jednego z powyższych wpływa negatywnie na rozwój dziecka [52].

Brak wiedzy lub niski poziom wiedzy rodziców na temat stymulacji sensorycznej ogranicza dziecko, uwidocznia się to np. przez unikanie odpowiadania na pytania, zbywając dziecko słowami „daj spokój”, czy „*idź się pobawić*”[53]. Natomiast dla prawidłowego rozwoju dziecka we wszystkich sferach najistotniejsze znaczenie ma rodzina, środowisko rodzinne [54].

CEL PRACY

Celem pracy było:

- Określenie stanu świadomości rodziców na temat polisensorycznego rozwoju dzieci w wieku wczesnoszkolnym.
- Określenie źródeł zdobywania informacji na temat rozwoju dziecka.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 100 rodziców z różnych grup wiekowych, posiadających dziecko w wieku wczesnoszkolnym. Badanie zostało wykonane metodą sondażu diagnostycznego. Badanie przeprowadzono w Szkole Podstawowej im. Króla Zygmunta Augusta w Wasilkowie w okresie 1.03.2018- 1.04.2018.

Do realizacji badania posłużył autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawiera 35 pytań, które mają charakter pytań zamk-

niętych, dają możliwość wyboru odpowiedzi z kilku podanych.

Część pierwsza składa się z 11 pytań, które mają charakter metryczkowy, tzn.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny i liczba dzieci.

Część druga, czyli od pytania dwunastego do trzydziestego piątego, zawiera pytania właściwe, dotyczące świadomości rodziców, co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci oraz pytanie dwudzieste dotyczące określenia źródeł zdobywania wiedzy na temat rozwoju dziecka.

Rodzice, którzy brali udział w badaniu zostali poinformowani o celu przeprowadzenia badania oraz o anonimowości i dobrowolności. Respondenci zostali poinstruowani, w jaki sposób należy wypełnić kwestionariusz ankiety.

Uzyskane wyniki w badaniu własnym poddano analizie opisowej i przedstawiono w formie opisowej i graficznej.

WYNIKI

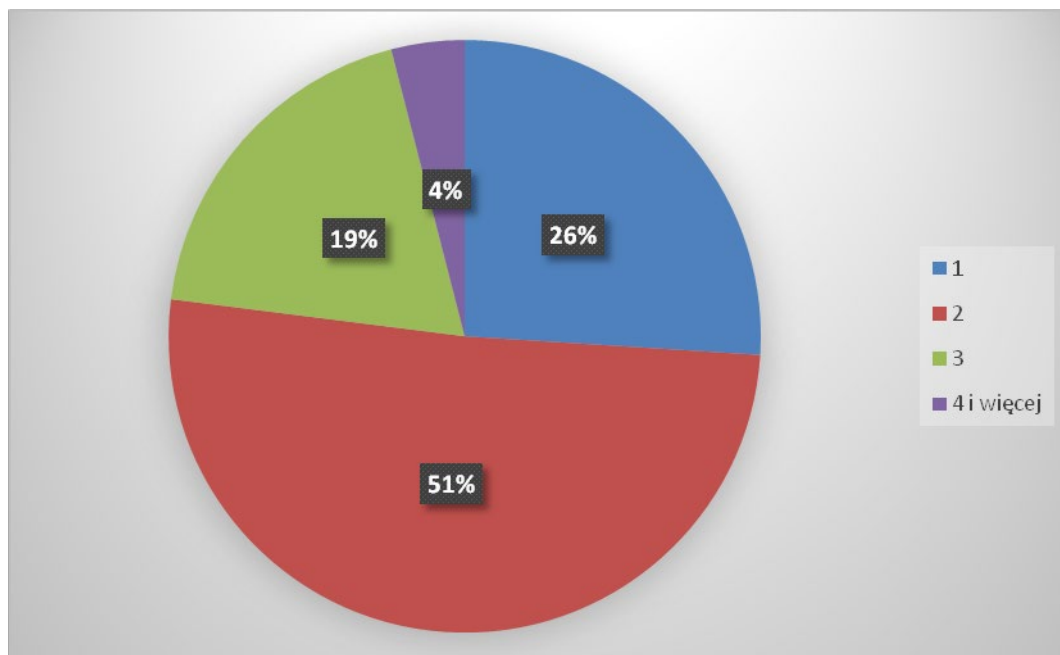
Pośród respondentów (rodziców) większość stanowiły kobiety (61%), mężczyzn biorących udział w badaniu było 39%.

Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31 - 40 lat (43%), kolejno 41- 50 lat (31%), natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 25-30 lat (23%) oraz 50 i więcej lat (3%). 76% spośród wszystkich respondentów było mieszkańcami miasta.

Najliczniej wśród ankietowanych reprezentowane były osoby z wykształceniem wyższym i średnim, odpowiednio było to 57% i 20% respondentów.

Osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły 17% a z podstawowym 6% objętej badaniem grupy.

Spośród badanych najliczniejszą grupę stanowili respondenci posiadający 2 dzieci (51%), zaś najmniej liczną grupą były osoby posiadające 4 i więcej dzieci (4%). Pozostałe wyniki zostały przedstawione na Rycinie 1.



Rycina 1. Liczba dzieci respondentów

Zdolność poruszania się krokiem naprzemiennym pojawia się wraz z rozwojem dziecka i wykształca się zwykle około 4 roku życia.

Zdecydowana większość kobiet (43 z 61, to jest 70%) błędnie uznała, że zdolność ta wykształca się w 3 roku życia dziecka. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 21% kobiet i 28% mężczyzn objętych badaniem. Szczegółowe dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Ocena wiedzy na temat zdolności poruszania się dziecka krokiem naprzemiennym po schodach z podziałem na płeć respondentów

Umiejętność poruszania się krokiem naprzemiennym	Kobiety N	Kobiety %	Mężczyźni N	Mężczyźni %
W 3 roku życia	43	70	18	46
W 5 roku życia	4	6	9	22
W 6 roku życia	2	3	2	4
W 4 roku życia	13	21	11	28

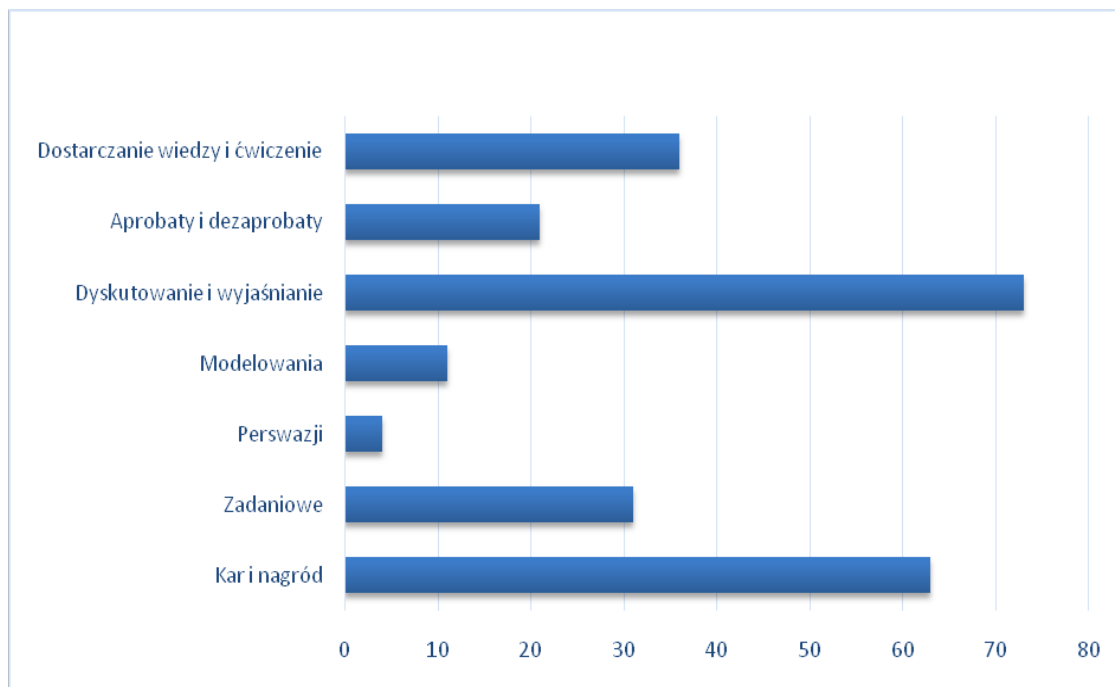
W procesie wychowania i modyfikacji zachowań dziecka, rodzic ma do wyboru wiele metod wychowawczych, których dobór powinien być determinowany w oparciu o wiele czynników w tym: w zależności od temperamentu dziecka, uwarunkowań, potrzeb emocjonalnych i społecznych dziecka.

Co więcej, wpływ na dobór metod i ich korygowanie w procesie wychowania dziecka, ma poziom wiedzy rodziców na temat wychowania i jego wpływu na rozwój i w efekcie przyszłość dziecka.

Najczęściej wybieraną metodą wychowawczą wśród respondentów była metoda dyskusowania i wyjaśnianie (73%), ponad połowa (63%) wybierały metodę kar i nagród. Najrzadziej wybieranymi były metody perswazji (4%) i modelowania (11%). Pozostałe wyniki obrazuje Rycina 2.

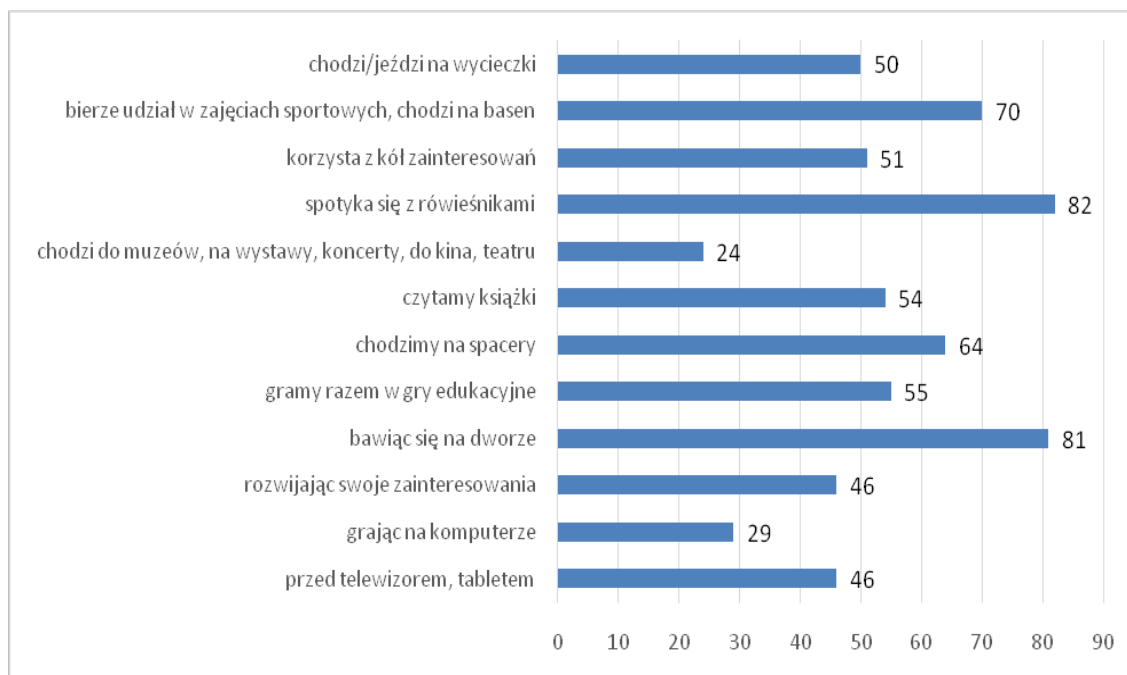
Istotnym dla rozwoju dziecka jest sposób spędzania wolnego czasu preferowany w rodzinie oraz różnorodność sposobów organizacji czasu wolnego proponowanych młodemu człowiekowi. Najwięcej spośród objętych badaniem rodziców wybierało jako preferowane przez nich sposoby spędzania wolnego czasu ich dziecka: spotkania z rówieśnikami (82%), oraz przebywanie i zabawy na świeżym powietrzu (81%). Najrzadziej wybieranym sposobem spędzania wolnego czasu było chodzenie do muzeów, na wystawy, koncerty, do kina, teatru (24%), podobnie mało zaznaczaną odpowiedzią było granie na komputerze (29%). Natomiast 46% respondentów wskazało, że dziecko spędza wolny czas przed telewizorem czy tabletem. Pozostałe wyniki przedstawia Rycina 3.

Planowanie czasu wolnego może stanowić istotny element współdziałania i współdecydowania w rodzinie. Największą grupę stanowili respondenci, którzy wspólnie z dzieckiem planowali czas wolny (44%). Wśród osób, które nie podejmują działań związanych z planowaniem czasu wolnego zdając się na pojawiające się na bieżąco pomysły lub potrzeby znalazło się 27% respondentów. 9% rodziców przyznało, że pozwala dzieciom decydować samodzielnie w kwestii spędzania wolnego czasu. Szczegółowe informacje przedstawia Rycina 4.



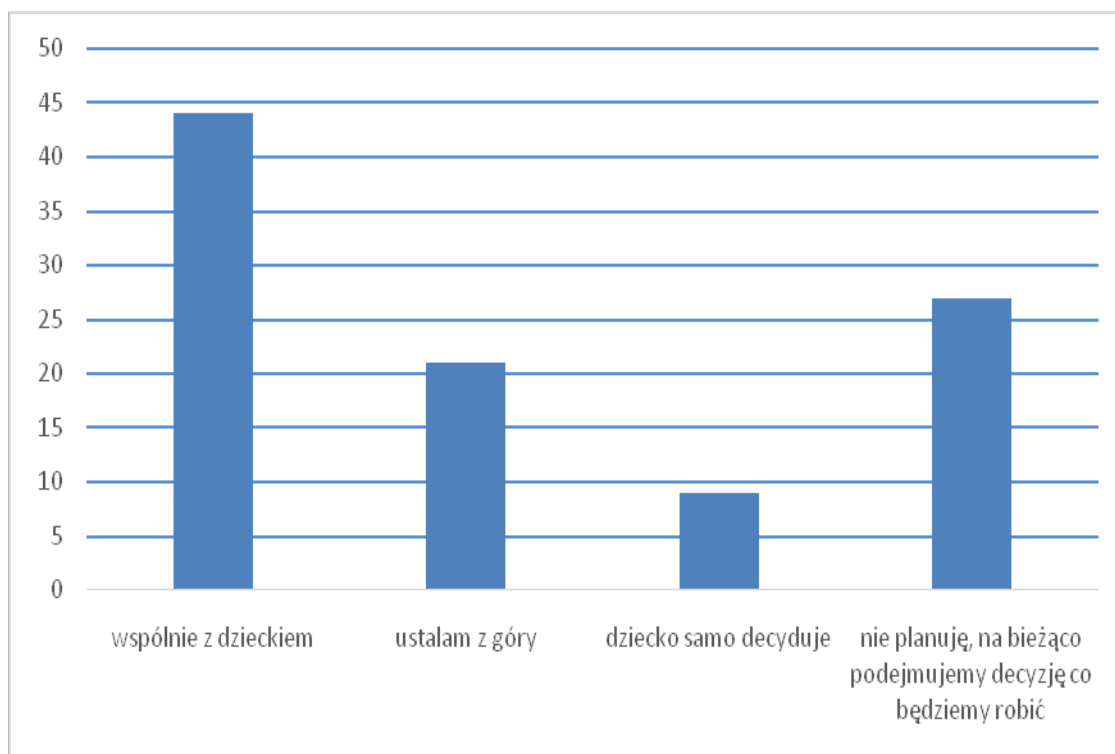
Rycina 2. Metody wychowawcze respondentów

*Wyniki nie sumują się do 100. Istniała możliwość wilekrotnego wyboru odpowiedzi.



Rycina 3. Sposoby spędzania wolnego czasu przez dziecko

*Wyniki nie sumują się do 100. Istniała możliwość wilekrotnego wyboru odpowiedzi.



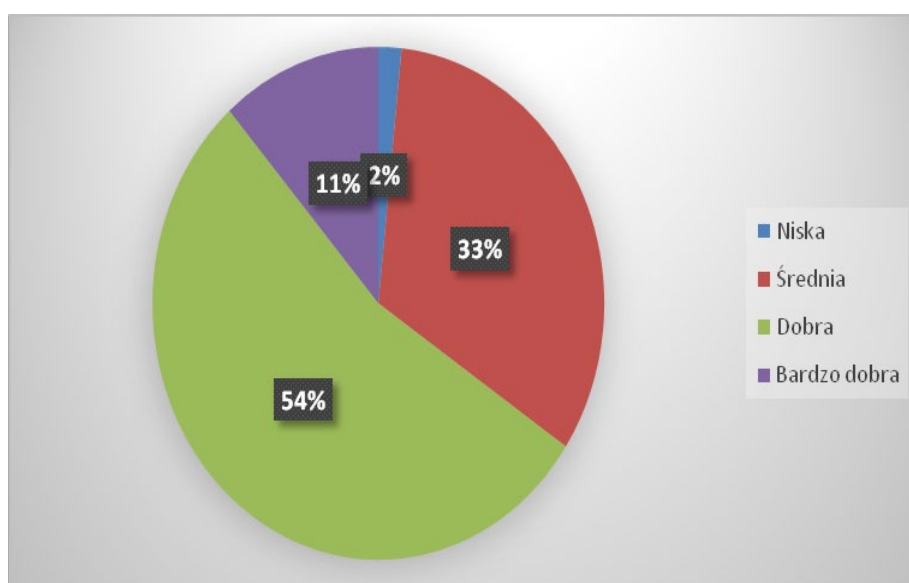
Rycina 4. Ocena sposobu organizowania czasu wolnego dziecka przez respondenta

54%objętych badaniem rodziców posiadało dobry, a 12% bardzo dobry poziom wiedzy dotyczącej wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci. Natomiast 33% stanowili respondenci, którzy uzyskali średni poziom zrozumienia istoty powyżej omawianych działań dla rozwoju dzieci (Tabela II.).

Tabela II. Ocena poziomu świadomości respondentów co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci

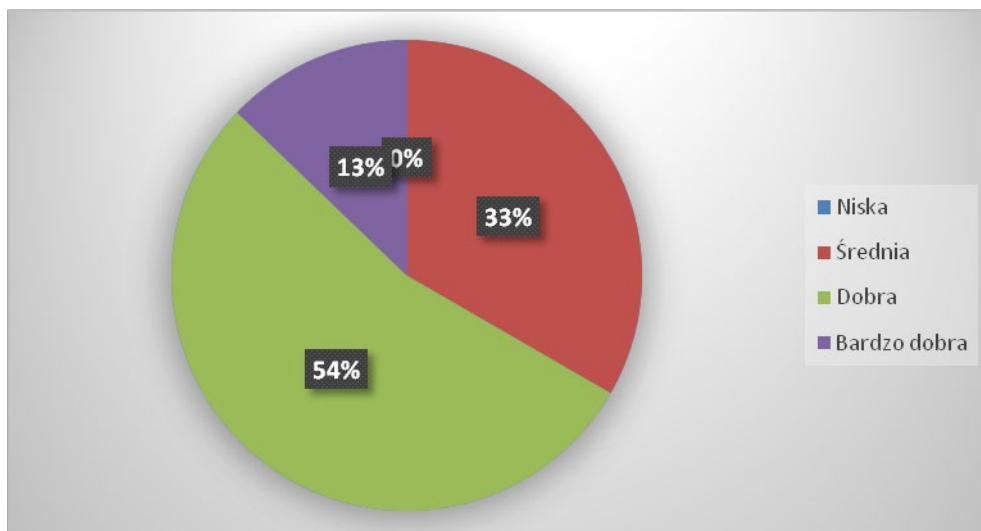
Poziom świadomości	Liczba		Procent
Niski	1		1%
Średni	33		33%
Dobry	54		54%
Bardzo dobry	12		12%

Analizując powyższy aspekt pod kątem płci, największą grupę stanowiły kobiety, które miały dobrą świadomość istoty wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (54%), bardzo dobrą wiedzę miało 11% kobiet spośród wszystkich pan objętych badaniem. Pozostałe wyniki zostały przedstawione na Rycinie 5



Rycina 5. Ocena poziomu świadomości wśród kobiet na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci

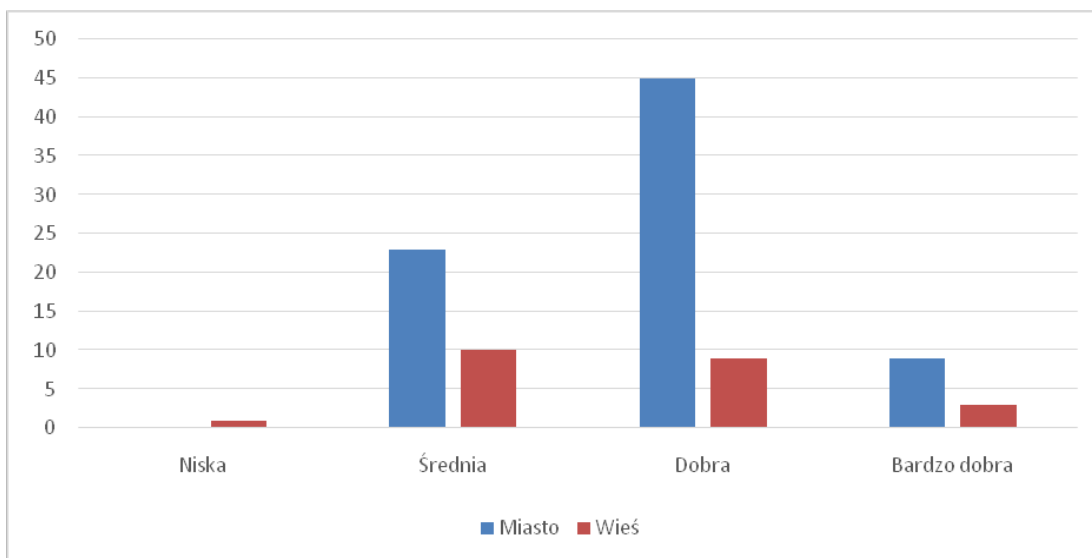
Najliczniejszą grupę reprezentowali mężczyźni posiadający dobry (54%) i bardzo dobry (13%) poziom świadomości co do konieczności polisensorycznego wspierania rozwoju swoich dzieci. Pozostałe wyniki zostały zobrazowane na Rycinie 6.



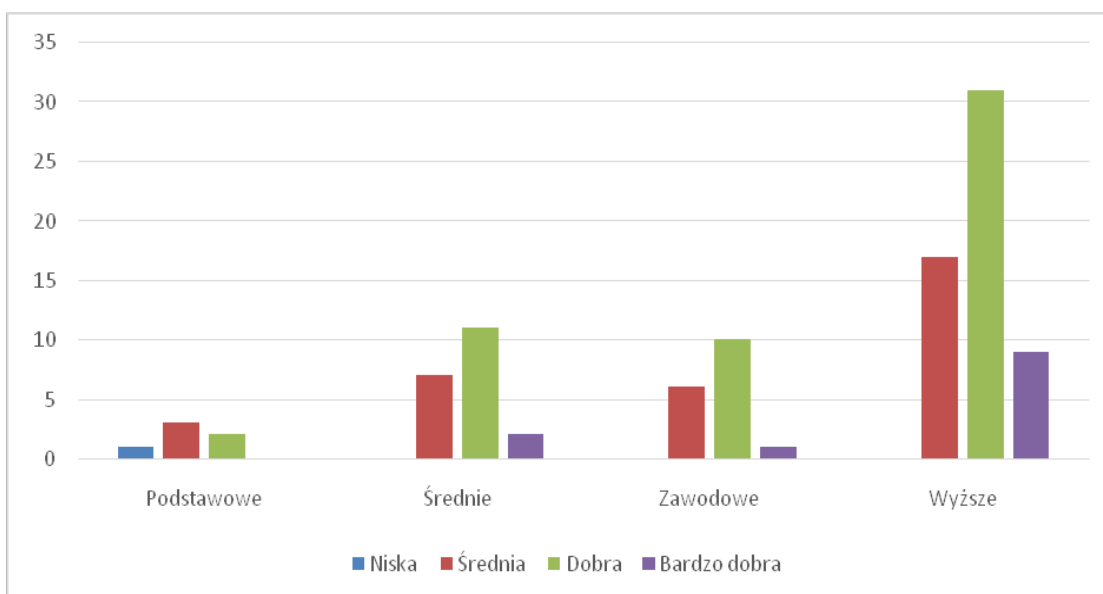
Rycina 6. Ocena poziomu świadomości wśród mężczyzn co do konieczności wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci

Analizując pod względem miejsca zamieszkania poziom wiedzy respondentów co do świadomości wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci, największą grupę wśród osób mieszkających w mieście stanowili respondenci posiadający dobry poziom świadomości co do wpływu polisensoryki na rozwój dzieci (58%). Natomiast spośród badanych mieszkających na wsi, najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem wiedzy (44%). Pozostałe wyniki przedstawiono na Rycinie 7.

Wśród respondentów o wykształceniu wyższym największą grupę stanowiły osoby posiadające dobry poziom świadomości na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (31 osób z 57, tj. 54%). Najliczniejszą grupę (9 osób z 12, tj. 75%), względem bardzo dobrego poziomu wiedzy co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci, stanowili badani z wyższym wykształceniem. Spośród respondentów z wykształceniem podstawowym największą grupę stanowiły osoby o średnim poziomie zrozumienia wyżej przytoczonego kryterium (3 osoby z 6, tj. 50%). Pozostałe wyniki przedstawia Rycina 8.



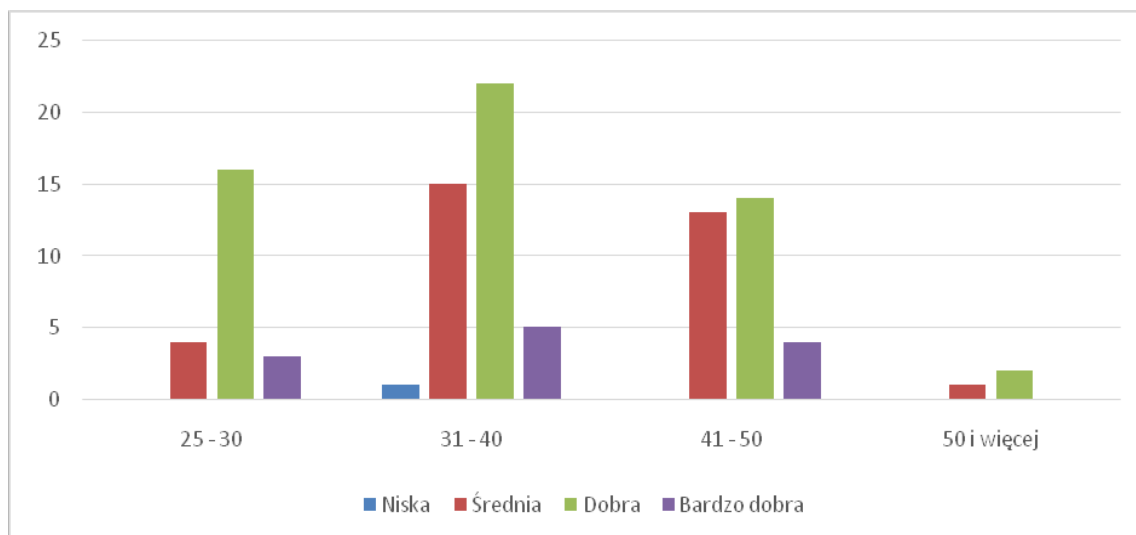
Rycina 7. Poziom świadomości co do konieczności wspierania rozwoju polisensorycznego respondentów w stosunku do miejsca zamieszkania



Rycina 8. Poziom świadomości na temat wspierania rozwoju polisensorycznego respondentów w stosunku do poziomu wykształcenia

Największa grupa badanych, którzy posiadali bardzo dobry poziom świadomości co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci, była w przedziale wiekowym 31- 40 lat (5 osób z 12, tj. 42%), z dobrym poziomem zrozumienia potrzeby polisensorycznego wspierania rozwoju dzieci, najliczniejszą grupę stanowiły osoby również w wieku 31- 40 lat (22 osoby z

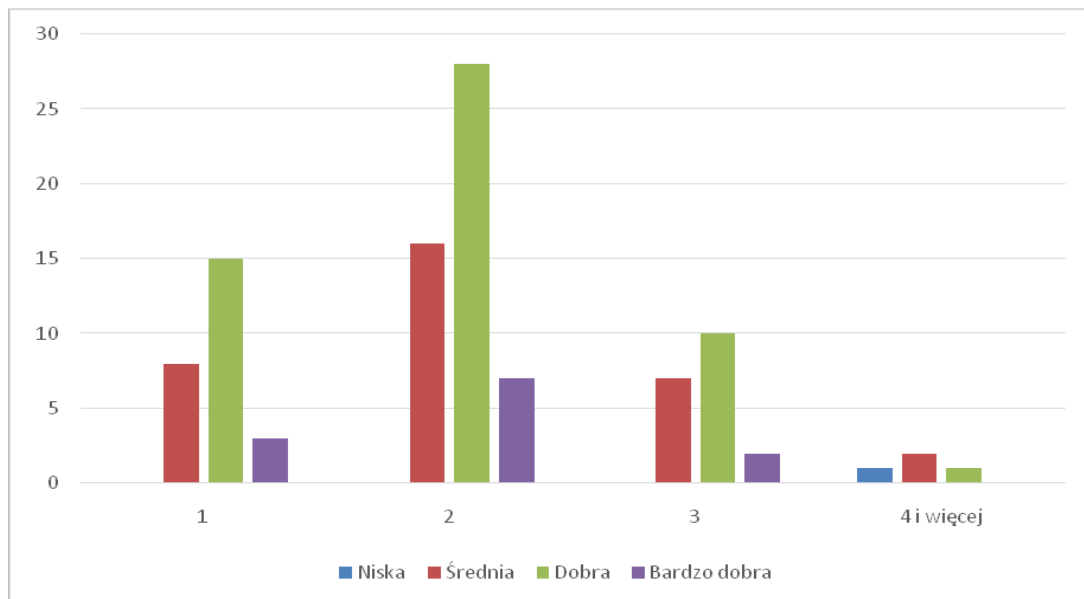
52, tj. 41%). Wśród osób będących w przedziale wiekowym 25- 30 lat największą grupę zajmowały osoby o dobrym poziomie świadomości (16 osób z 23, tj. 70%). Natomiast w przedziale wiekowym 50 lat i więcej brak było osób o bardzo dobrym poziomie świadomości w związku z polisensorycznym wspieraniem rozwoju dzieci. Pozostałe wyniki obrazuje Rycina 9.



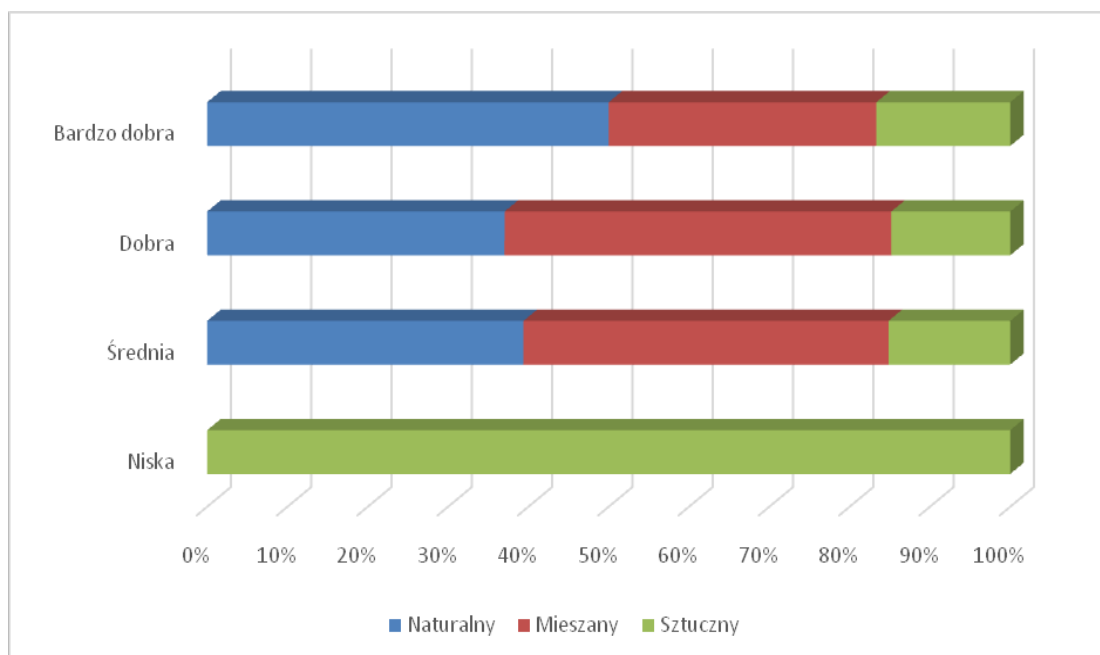
Rycina 9. Poziom świadomości odnośnie wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci respondentów w stosunku do przedziałów wiekowych

Wśród badanych posiadających 2 dzieci, najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które uzyskały dobry poziom świadomości (55%). Respondenci, którzy wykazali bardzo dobry poziom świadomości, stanowili najliczniejszą grupę wśród badanych posiadających 2 dzieci (58%). W grupie badanych posiadających 4 i więcej dzieci największą grupę stanowili respondenci, którzy mieli średni poziom świadomości co do potrzeby wspierania polisensorycznego rozwoju dzici (50%).Brak jest osób, które uzyskały bardzo dobry poziom świadomości. Pozostałe wyniki obrazuje Rycina 10.

Połowa respondentów posiadających bardzo dobry poziom świadomości na temat stymulacji polisensorycznej rozwoju dzieci, karmiła dziecko sposobem naturalnym (50%). Wszyscy objęci badaniem respondenci, którzy zadeklarowali sztuczne karmienie swoich dzieci odznaczały się niskim poziomem wiedzy w zakresie polisensorycznej stymulacji rozwoju swoich pociech. Pozostałe wyniki przedstawiono na Rycina 11.



Rycina 10. Poziom świadomości respondentów co do potrzeby wspierania rozwój polisensorycznego dzieci w stosunku do ilości posiadanych dzieci



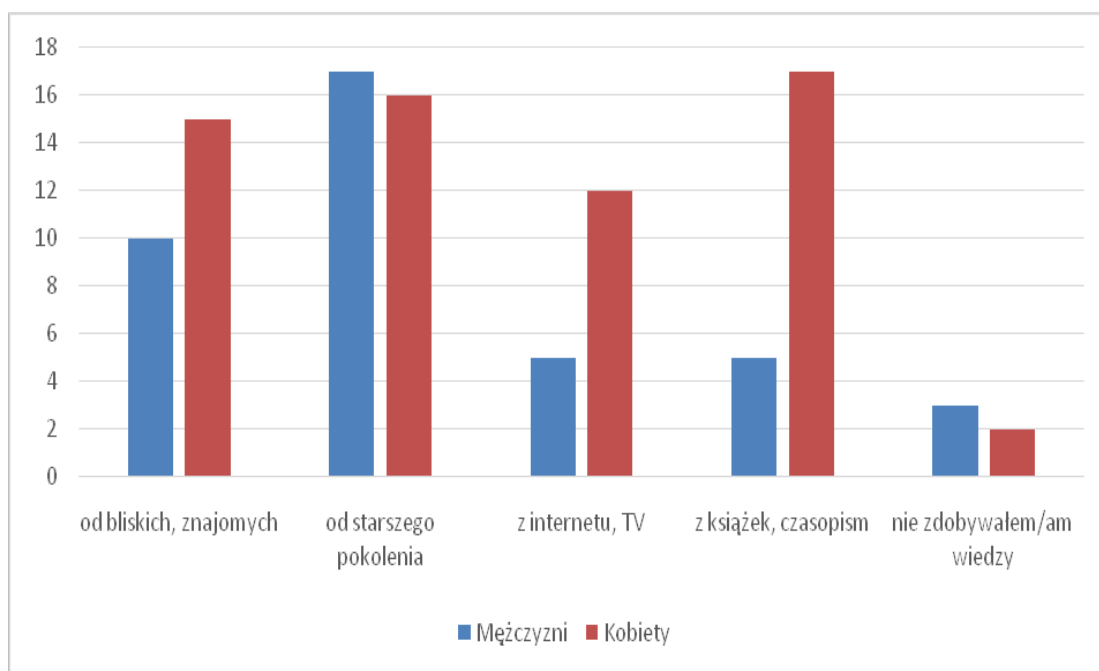
Rycina 11. Poziom świadomości na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci respondentów w stosunku do sposobu karmienia dziecka

Wśród objętych badaniem rodziców 33% wiedzę na temat rozwoju dziecka czerpałood starszego pokolenia. 5% respondentów przyznało się, że w ogóle nie poszukiwało wiedzy na

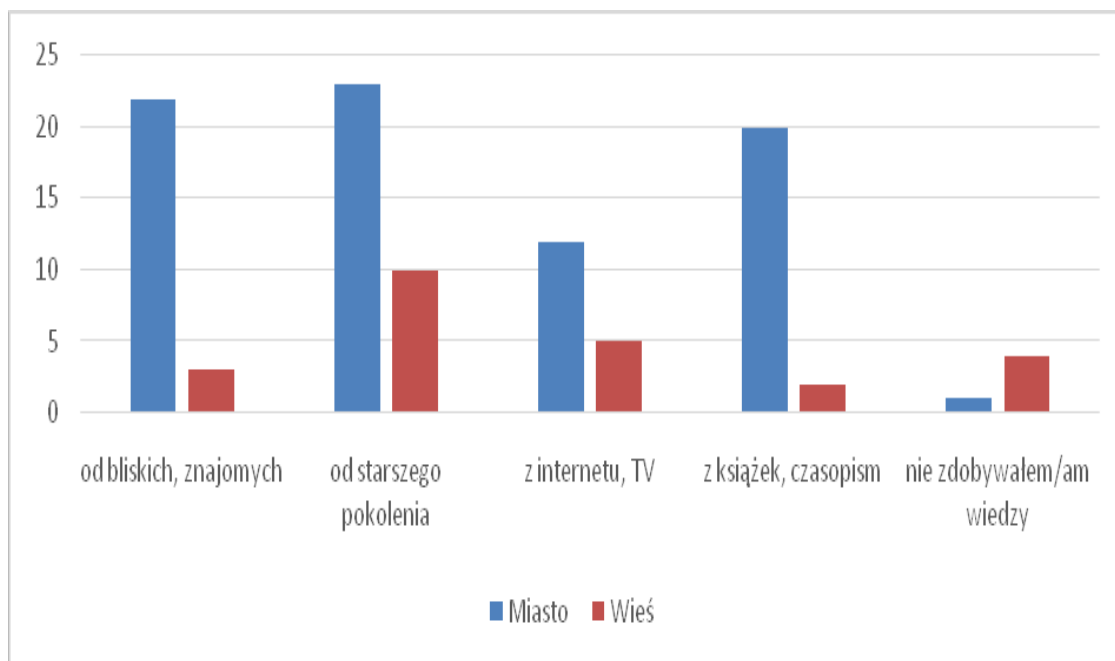
temat rozwoju dziecka. Ze względu na płeć rodziców, największą grupę zdobywającą wiedzę z książek i czasopism stanowiły kobiety (77%), natomiast największą grupę, która zdobywa wiedzę od starszego pokolenia stanowili mężczyźni (52%). Częściej to mężczyźni (60%) nie zdobywali wiedzy na temat rozwoju dziecka niż kobiety (40%). Pozostałe wyniki przedstawia Rycina 12.

Wśród respondentów, dla których źródłem wiedzy były książki i czasopisma, największą grupę stanowiły osoby mieszkające w mieście (91%). Większość osób mieszkających na wsi nie poszukiwała wiedzy w zakresie czynników wpływających na rozwój dzieci (80%). Pozostałe wyniki zobrazowane na Rycinie 13.

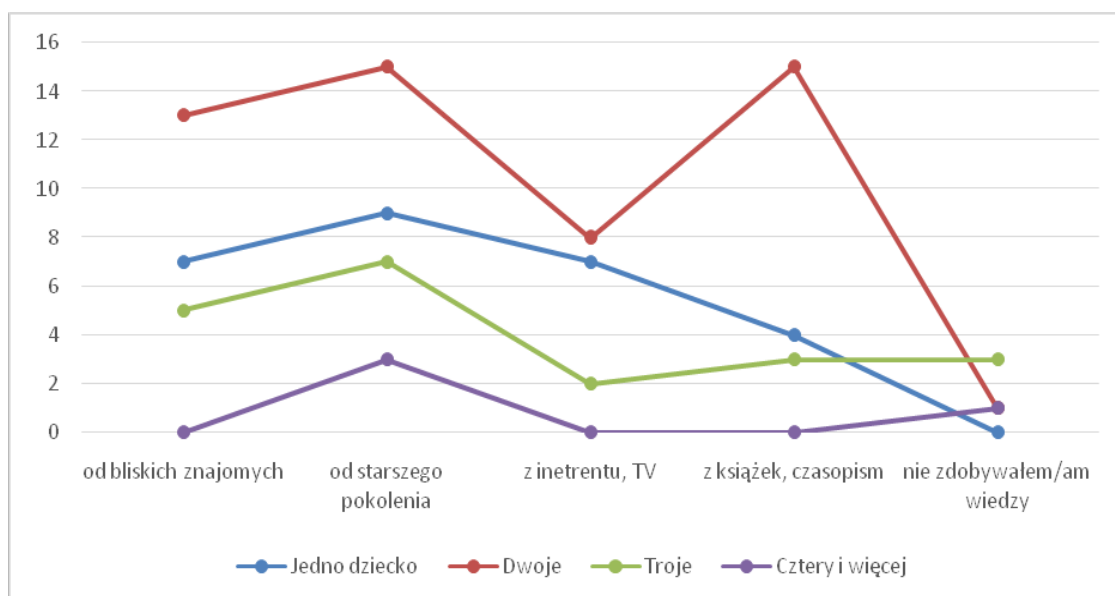
Najliczniejszą grupę, wśród badanych posiadających 2 dzieci, stanowili respondenci, którzy zdobywali wiedzę z książek oraz czasopism (68%). W grupie rodziców posiadających 4 i więcej dzieci, najliczniej prezentowali się badani zdobywający wiedzę na temat rozwoju dziecka od starszego pokolenia (75%). Pozostałe wyniki przedstawia Rycina 14.



**Ryc. 12. Ocena sposobu zdobywania wiedzy na temat rozwoju dziecka
względem płci**



Rycina 13. Ocena sposobu zdobywania wiedzy na temat rozwoju dziecka względem miejsca zamieszkania



Rycina 14. Ocena sposobu zdobywania wiedzy na temat rozwoju dziecka względem ilości posiadanych dzieci

DYSKUSJA

Polisensoryczne wspieranie dzieci jest istotnym elementem wpływającym na prawidłowy i harmonijny rozwój młodego człowieka. Na ten proces już od urodzenia, wpływ mają rodzice dzieci, którzy powinni doksztalać się i zdobywać wiedzę na temat polisensoryki. Współcześnie modne są zabawki już dla niemowlaków, które mają stymulować wszystkie zmysły, niestety niekiedy mają one wręcz odwrotny mechanizm działania. Zakłócają naturalny odbiór bodźców, poprzez nierawidłowe natężenie dźwięków zabawek, ich nachalną kolorystykę itp. Zatem największą rolę we wspieraniu psychomotorycznego rozwoju dzieci odgrywają rodzice. Wszelkiego rodzaju zabawki, jeżeli są odpowiednio dobrane, mogą jedynie wspomagać rodzica w jego działaniach.

Największą objęta badaniem grupę stanowiły kobiety (61%). Najwięcej badanych mieściło się w przedziale wiekowym 31- 40 lat (43%). Najliczniejszą grupę stanowili respondenci mieszkający w mieście (76%). Dużą grupę stanowili badani posiadający wykształcenie wyższe (57%), natomiast kolejną grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie średnie (20%). Wśród badanych największą grupę przedstawiały osoby posiadające 2 dzieci (51%), najmniejszą zaś osoby posiadające 4 i więcej dzieci (4%).

Na pytanie określające zdolność dziecka do poruszania się krokiem naprzemiennym po schodach zdecydowana większość objętych badaniem kobiet (70%) wybierała błędną odpowiedź - do 3 roku życia dziecka, natomiast dużą grupę stanowili mężczyźni (28%), którzy zaznaczali prawidłową odpowiedź - do 4 roku życia dziecka. Jak wskazują Jackowska, Kowalczyk-Kustra i Gałkowski[9], w rozdziale dotyczącym wzrastania i rozwoju dziecka, umiejętność chodzenia po schodach jest nabywana przez dzieci około 3 roku życia, jednak ruchem naprzemiennym dziecko potrafi się przemieszczać w 4 roku życia.

Najczęściej wybieraną metodą wychowawczą wśród respondentów była metoda dyskusowania i wyjaśnianie (73%), zaś ponad połowa objętych badaniem rodziców (63%) wybierała metodę kar i nagród. Najrzadziej wybieranymi były metody perswazji (4%) i modelowania (11%). Najwięcej osób wybierało jako sposób spędzania wolnego czasu swojego dziecka spotkania z rówieśnikami (82%), oraz spędzanie czasu wolnego w towarzystwie rówieśników, bawiąc się na świeżym powietrzu (81%). Najrzadziej wybieranym sposobem spędzania wolnego czasu było chodzenie do muzeów, na wystawy, koncerty, do kina i teatru (24%), podobnie mało zaznaczaną odpowiedzią było granie na komputerze (29%), natomiast 46% respondentów wskazało, że dziecko spędza wolny czas przed telewizorem, tabletem.

Zagadnienie dotyczące planowania wolnego czasu wskazywało, że wśród badanych największą grupę stanowili respondenci, którzy wspólnie z dzieckiem planowali czas wolny (44%), w badaniu Rokickiej [cyt. za 50] również największą grupę (54,5%) stanowili rodzice, którzy ustalali czas wolny dziecka wspólnie z dzieckiem. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było nieplanowanie wolnego czasu dziecka (27%), zaś u Rokickiej [cyt. za 50] te osoby stanowiły najmniej liczną grupę (24,2%). W przypadku 9% ankietowanych rodziców, dziecko samo decyduje, co chciałoby robić w czasie wolnym, zaś respondenci ustalający z góry czas wolny dziecka stanowili 21%.

W celu zbadania świadomości rodziców co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety przyznawano punkty, które następnie zsumowano. Zliczone punkty zostały przydzielone do odpowiedniego stopnia świadomości, który skategoryzowano na niski poziom 0- 25%, średni 26- 50%, dobry 51%- 75% i wysoki 76%- 100%. Maksymalna możliwa liczba punktów do uzyskania przez respondentów wynosiła 85.

W ocenie poziomu świadomości co do wspierania rozwoju polisensorycznego ponad połowa badanych posiadała dobry poziom świadomości co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (54%), a 12% posiadało bardzo dobry poziom wiedzy dotyczącej wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci. 1 osoba (1%) uzyskała niski poziom świadomości, a u Żurawskiego [53] 38,3% stanowili respondenci, którzy wykazali niski stopień zrozumienia tematu rozwoju własnych dzieci. Natomiast 33% stanowili respondenci, którzy uzyskali średni poziom zrozumienia. Największą grupę stanowiły kobiety, które miały dobrą świadomość wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (54%), bardzo dobrą wiedzę miało 11% kobiet, natomiast najmniejszą grupę stanowiły kobiety, które miały niski poziom zrozumienia (2%). Natomiast wśród mężczyzn najliczniejszą grupę reprezentowali mężczyźni posiadający dobry poziom świadomości (54%) i bardzo dobry (13%) poziom świadomości co do konieczności polisensorycznego wspierania rozwoju swoich dzieci. Największą grupę wśród osób mieszkających w mieście stanowili respondenci posiadający dobry poziom świadomości co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (58%), natomiast spośród badanych mieszkających na wsi, najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze średnim poziomem wiedzy (44%). Wśród respondentów o wykształceniu wyższym największą grupę stanowiły osoby posiadające dobry poziom świadomości na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci (54%). Najliczniejszą grupę (75%) względem bardzo dobrego poziomu wiedzy co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci stanowili badani z

wyższym wykształceniem. Spośród respondentów z wykształceniem podstawowym największą grupę stanowiły osoby o średnim poziomie zrozumienia wyżej przytoczonego kryterium (50%). Największa grupa badanych, którzy posiadali bardzo dobry poziom świadomości co do wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci, była w przedziale wiekowym 31- 40 lat (42%), z dobrym poziomem zrozumienia potrzeby polisensorycznego wspierania rozwoju dzieci, najliczniejszą grupę stanowiły osoby również w wieku 31- 40 lat (41%). Wśród osób będących w przedziale wiekowym 25 - 30 lat największą grupę zajmowały osoby o dobrym poziomie świadomości (70%). Natomiast w przedziale wiekowym 50 lat i więcej brak było osób o bardzo dobrym poziomie świadomości w związku z potrzebą polisensorycznego wspierania rozwoju dzieci. Pośród badanych posiadających 2 dzieci, najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które uzyskały dobry poziom świadomości (55%). Respondenci, którzy wykazują bardzo dobry poziom świadomości, stanowili najliczniejszą grupę wśród badanych posiadających 2 dzieci (58%). W grupie badanych posiadających 4 i więcej dzieci największą grupę stanowili respondenci, którzy mieli średni poziom świadomości co do potrzeby wspierania polisensorycznego rozwoju dzieci (50%). Brak było osób, które uzyskały bardzo dobry poziom świadomości. Połowa respondentów posiadających bardzo dobry poziom świadomości karmiła dziecko sposobem naturalnym (50%). Wśród badanych karmiących sztucznie uzyskano w 100% niski poziom świadomości. Zdaniem Woynarowskiej [4], na prawidłowe wzrastanie dziecka znaczący wpływ ma odpowiedni styl życia, a w tym dieta. U małych dzieci kluczowym dla ich rozwoju jest mleko matki, które zawiera więcej substancji odżywczych potrzebnych do prawidłowego rozwoju dziecka w porównaniu ze sztucznym mlekiem oraz wpływa na wytworzenie i rozwój więzi pomiędzy dzieckiem i matką.

Wśród ogółu badanych rodziców wiedzę na temat rozwoju dziecka najwięcej z nich (33%) czerpało od starszego pokolenia, natomiast 5% ankietowanych przyznało się, że w ogóle nie zdobywało wiedzy na temat rozwoju dziecka. Podobne wyniki uzyskała Kopeć E., u której 23,3% respondentów zdobywało wiedzę w omawianym względzie od swoich rodziców[52].

Ze względu na płeć rodziców, największą grupę zdobywającą wiedzę z książek i czasopism stanowiły kobiety (77%), natomiast największą grupę, która zdobywała wiedzę od starszego pokolenia stanowili mężczyźni (52%). Częściej to mężczyźni nie zdobywali wiedzy na temat rozwoju dziecka (mężczyźni 60%, kobiety 40%). Wśród respondentów, których źródłem wiedzy były książki i czasopisma, największą grupę stanowiły osoby mieszkające w

mieście (91%). Osoby mieszkające na wsi częściej nie zdobywali wiedzy (80%). Najlichnieszą grupę wśród respondentów posiadających 2 dzieci, stanowili respondenci, którzy zdobywali wiedzę z książek, czasopism (68%). Spośród osób posiadających 4 i więcej dzieci, największą grupę stanowili badani pozyskujący wiedzę na temat rozwoju dziecka od starszego pokolenia (75%).

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Wiedza rodziców na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci była zadowalająca.
2. Rodzice jako główne źródło wiedzy na temat rozwoju dziecka najczęściej wskazywali starsze pokolenie lub przyznawali się, że w ogóle nie zdobywali tej wiedzy.
3. Osoby z wyższym wykształceniem wykazały się większą świadomością co do potrzeby polisensorycznego wspierania rozwoju dzieci.
4. Osoby mieszkające na wsi mają niższą wiedzę na temat wspierania rozwoju polisensorycznego dzieci.

PIŚMIENNICTWO

1. Przyrowski Z.: Integracja Sensoryczna. Wyd. EMPIS, Warszawa 2008.
2. Kranowitz C. S.: Nie-zgrane dziecko. Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
3. Cieszyńska J., Korendo M.: Wczesna interwencja terapeutyczna. Wyd. Edukacyjne, Kraków 2014.
4. Woynarowska B.: Rozwój fizyczny oraz motoryczny dzieci i młodzieży [w:] *Pediatría*, Tom I, pod red. Kawalec W., Grenda R., Ziółkowska H. Wyd. PZWL, Warszawa 2013, s. 1- 29.
5. Kowalewski I.: Zaburzenia rozwoju ruchowego dziecka przed startem szkolnym. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, 2014, LXVII,s. 15-30.
6. Poznańska M.: Pielęgniarska ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży [w:] *Pediatría i pielęgniarstwo pediatryczne*, pod red. Kaczmarzski M., Piskorz-Ogórek K. Wyd. HELP MED. Kraków 2014, s. 23- 37.
7. Pawelec M., Cholewińska J., Mazur A., Ozga W.: Trudności wychowawcze w grupie dzieci przedszkolnych. *Horyzonty Psychologii*, 2014, IV, s. 82- 102.

8. Wieczór E.: Dojrzałość i gotowość dzieci sześciolletnich do czytania, pisanie i wypowiedzi w kontekście obowiązku szkolnego- wybrane obszary rozwoju dziecka, pracy przedszkola i szkoły. *Pedagogika*, 2015, XXXI, s. 133- 158.
9. Jackowska T., Kowalczyk-Kustra O., Gałkowski T.: Wzrastanie i rozwój dziecka [w:] *Współczesna stomatologia wieku rozwojowego*, pod red. Olczak-Kowalczyk D., Szczepańska J., Kaczmarek U. Wyd. MED TOUR PRESS INTERNATIONAL, Otwock 2017, s. 17-26.
10. Borkowska M., Wagh K.: *Integracja sensoryczna na co dzień*.Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
11. Stein A.: *Dziecko z bliska idzie w świat*. Wyd. Relacja, Warszawa 2014.
12. Pawelec R.: *Szkolny słownik wyrazów obcych i trudnych*. Wyd. Wilga, Warszawa 2002, s. 598.
13. Pawelec R.: *Szkolny słownik wyrazów obcych i trudnych*. Wyd. Wilga, Warszawa 2002, s. 500, 575.
14. Chojak M.: Rodzice-partnerzy czy wrogowie polskiej edukacji. *Wychowanie w rodzinie*, 2016, XIII, s. 293- 310.
15. Kołat N.: Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci- diagnostyka i postępowanie. *Nowa Pediatria*, 2014, 3, s. 97- 102.
16. Maas V. F.: *Uczenie się przez zmysły*. Wyd. WSiP, Warszawa 1998.
17. Andrzejewska J.: Partnerstwo przedszkola, rodziny i społeczności lokalnej w metodzie projektów. *Scientific Bulletin of Chełm Section of Pedagogy*, 2016, 2, s. 143- 149.
18. Kielar-Turska M.: Średnie dzieciństwo- wiek przedszkolny[w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, pod red. Trempała J. Wyd. PWN, Warszawa 2011, s. 202-233.
19. Wolny B.: Nowoczesne koncepcje wspierania uzdolnień i zdolności uczniów. *Ośrodek Rozwoju Edukacji*, 2014, s. 1- 34.
20. Radziyevska M., Dziągwa E., Radziyevsky P.: Zaburzenia integracji sensorycznej wśród dzieci i młodzieży. ПЕДАГОГІКА, ПСИХОЛОГІЯ І МЕДИКО-БІОЛОГІЧЕСЬКІЕ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧЕСЬКОГО ВОСПІТАННЯ І СПОРТА *Edukacja, psychologia, medyczne i biologiczne problemy wychowania fizycznego i sportu*, 2012, 4, s. 135- 140.
21. Kuleczka-Raszewska M., Markowska D.: *Uczę się poprzez ruch*. Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
22. Sher B.: *Gry i zabawy we wczesnej interwencji*. Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
23. Odowska-Szlachcic B.: *Terapia integracji sensorycznej. Zeszyt 2*. Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.

24. Odowska-Szlachcic B. Mierzejewska B.: Wzrok i słuch- zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej, Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
25. Delecat C. H.: Dziwne, niepojęte. Wyd. SYNAPSIS, Warszawa 1995.
26. Bronk D.: Metoda Dobrego Startu jako metoda uczenia polisensorycznego. Wyd. Young Digital Planet SA, 2009- 2013.
27. Buchnat M.: Ruch i rytm wspierający rozwój dziecka z różnymi deficytami. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Poznań 2005, s. 1- 13.
28. Borkowska M. Szwiling Z.: Metoda NDT-Bobath. Wyd. PZWL, Warszawa 2011.
29. Kułakowska Z., Borkowska M., Zychowicz B.: Terapia psychomotoryczna dzieci metodą PROCUS i BLOCK, Wyd. PZWL, Warszawa 2012.
30. Von Keyserlingk L., Giza-Zwierzchowska A.: Wprowadzenie do Sandplay Therapy- terapia w piaskownicy. Wyd. TWIKS, Szczecin 2011.
31. Wylegała M.: Montessori bez tajemnic- główne założenia systemu. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2012, 8, s. 52- 56.
32. Wylegała M.: Montessori bez tajemnic- budynek i wyposażenie przedszkola. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2012, 9, s. 56- 61.
33. Wylegała M.: Montessori bez tajemnic- zakładanie i przekształcanie przedszkola. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2012, 11, s. 52- 56.
34. Wylegała M.: Montessori bez tajemnic- podsumowanie w pytaniach i odpowiedziach. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2012, 12, s. 49- 52.
35. Czekańska R. Gaj A. Lauba B. Mateczak J. Piecusiak A. Sosnowska J.: Odkryjmy Montessori raz jeszcze... Przedszkole Miejskie nr 106 w Łodzi, Łódź 2009.
36. Wylegała M.: Montessori bez tajemnic- organizacja zajęć i rola nauczyciela. Miesięcznik Dyrektora Przedszkola, 2012, 10, s. 54- 58.
37. Durek I.: Świat idealny- systemowa koncepcja pracy z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie. Zeszyty Naukowe. Nauki Pedagogiczne, 2015, 11, s. 11- 23.
38. Karbowniczek J.: Koncepcja zintegrowanej edukacji wczesnoszkolnej w Polsce i na Świecie- przeszłość i teraźniejszość. Súčasnosc' a budúcnosc' predprimárnej edukácie, Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, Prešov 2009, s. 24- 31.
39. Nowakowska-Siuta R.: Miejsce „Peagogiki Szkolnej” w naukach o wychowaniu. Anglosaskie dyskusje i kontrowersje. Studia Edukacyjne, 2016, 39, s. 47- 60.
40. Wolter E.: Nowe wychowanie. Macierzyństwo i ojcostwo, 2014, 4, s. 36- 49.

41. Solak A.: Nauczyciel i edukacja przyszłości w cywilizacji globalizacyjnej XXI wieku. *Edukacja dla współczesności*, 2015, 1, s. 450- 456.
42. Zarębska G.: Historyczno-kulturowe uwarunkowania rozwoju wychowania, edukacji, diagnozy i rehabilitacji wobec jednostek niepełnosprawnych intelektualnie [w:] *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną- w ujęciu pedagogicznym*, pod red. Błęszyński J. J., Baczała D., Binnebesel J. Wyd. Naukowe Wyższej Szkoły Edukacji Zdrowotnej w Łodzi, Łódź 2008, s. 119- 163.
43. Pawluś M.: Trudności szkolne występujące u dzieci w wieku wczesnoszkolnym. *Forum Dydaktyczne*, 2007, 2, s. 13- 22.
44. Łapot-Dzierwa K.: *Myśl pedagogiczna Janusza Korczaka*. Kijów Polskie Studio, 2013, 22, s. 132- 136.
45. Osiński Z.: Nowe wyzwania edukacyjne- nowe metody kształcenia w edukacji humanistycznej. *Kwartalnik Edukacyjny*, 2011, 3, s. 3- 17.
46. Knyszyńska A., Lubkowska A.: Metoda integracji sensorycznej w stymulacji rozwoju psychoruchowego. *Medical & Health Sciences Review*, 2015, 1, s. 195- 205.
47. Jabłońska I.: Rodzina miejscem wielostronnego rozwoju dziecka. *Pedagogika Rodziny*, 2016, 2, s. 27- 36.
48. Dawiec B.: Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci a rozpoczęcie nauki w szkole. *Zeszyty Pedagogiczno-Medyczne. Innowacyjność i kreatywność w pedagogice*, 2012, 3, s. 295- 301.
49. Wasilewski T. P.: Założenia integracji sensorycznej a zaburzenia mowy u dzieci z autyzmem. *Hygeia Public Health*, 2015, 1, s. 14- 20.
50. Rokicka M. K.: Świadomość wychowawcza rodziny a adaptacja dziecka do warunków pierwszej klasy szkoły podstawowej. *Nauczyciel i Szkoła*, 2008,1, s. 137- 151.
51. Prokosz M.: Rola rodziny w samorozwoju młodzieży. *Wychowanie w Rodzinie*, 2011, 3, s. 167- 192.
52. Kopeć E.: Sposoby pozyskiwania wiedzy o wychowaniu przez rodziców: (na podstawie przeprowadzonych badań). *Studia z Teorii Wychowania*, 2014, 8, s. 115- 132.
53. Żurawski T.: Świadomość wychowawcza a wykształcenie rodziców. *Pedagogika Rodziny*, 2011, 1, s. 185- 193.
54. Haman E., Kochańska M., Łuniewska M., Smoczyńska M.: *Mowa dziecka i jak rodzice mogą wspierać jej rozwój*. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 1- 10.

PIEŁĘGNOWANIE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM LECZONYM INTERFERONEM

Patrycja Gołębowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane to choroba zapalno- demielinizacyjna ośrodkowego układu nerwowego o charakterze przewlekłym. Uszkadza ona oligodendrocyty oraz wpływa na degenerację aksonów i neuronów przez co tworzą się zmiany zapalne w tkance nerwowej. Charakteryzuje się okresami remisji i zaostrzeń [1, 2].

Etiologia stwardnienia rozsianego

Nie można jednoznacznie stwierdzić przyczyny powstawania stwardnienia rozsianego. Na pewno wpływ na immunopatogenezę SM mają czynniki genetyczne, a także środowiskowe [1, 2].

Początek choroby wiąże się z będącymi w organizmie autoreaktywnymi limfocytami T, które przechodząc przez barierę krew- mózg, dzięki cząsteczkom adhezyjnym połączonymi ze specjalnymi ligandami, przenikają do ośrodkowego układu nerwowego. Ważną rolę pełnią też metaloproteinazy. Są to enzymy, które uszkadzają barierę krew- mózg, dzięki czemu limfocyty T mogą łatwiej przez nią przejść. Degradują też białko melaniny, które znajduje się w osłonce mielinowej [1, 2].

W CUN dochodzi do ponownej aktywacji limfocytów T przy użyciu komórek reaktywujących antygen, co skutkuje klonalną ekspansją, czyli uwolnieniem cytokiny. Cytokiny działają prozapalnie i aktywują komórki mikrogleju, makrofagi i astrocyty, a także

zwiększają uwalnianie chemokin. Makrofagi, na które działają cytokiny, a także przeciwciała przeciwko antygenom, które znajdują się w mielinie, uszkodzają osłonkę mielinową [1, 2].

Poza czynnikami genetycznymi, na powstawanie SM wpływają także czynniki środowiskowe. Związane są one między innymi z warunkami klimatycznymi tzn. z ilością występowania słońca. Stwierdzono, że dzięki promieniom słonecznym w naszym organizmie poprzez melatoninę wytwarza się witamina D3, która wpływa na zapobieganie występowania SM. Dlatego zachorowalność na SM wzrasta w miejscach o ograniczonej ilości promieni słonecznych np. w krajach skandynawskich [2].

Spośród czynników środowiskowych przypuszcza się, że najważniejszą rolę odgrywa zakażenie, które prawdopodobnie na tle wirusowym. Współdziałając z czynnikami genetycznymi, mogą zapoczątkować chorobę. Istnieje zależność między niektórymi postaciami SM, antygenami HLA, a także z genami kodującymi białka receptorów limfocytów T [2].

Postacie stwardnienia rozsianego

Stwardnienie rozsiane zależnie od przebiegu klinicznego można podzielić na 4 postacie:

- rzutowo- remisyjną
- pierwotnie postępującą
- wtórnie postępującą
- postępująco- rzutową [3].

Postać rzutowo- remisyjna jest najczęściej występującą postacią na początku choroby. Charakteryzuje się występowaniem tzw. rzutów, czyli zaostrzeń choroby utrzymujących się powyżej 24 godzin, która nie ma żadnego związku z infekcją czy gorączką. Po rzucie następuje całkowity, bądź też jedynie częściowy powrót funkcji. Pomiędzy rzutami w RRMS nie następuje progresja choroby. Początkowo częstość rzutów to około 0,8- 1,2 na rok, lecz z czasem maleje. Opisywana postać choroby z rzutowo- remisyjnej może zmienić się w postać wtórnie postępującą [3].

Postać pierwotnie postępująca występuje jedynie u 10- 20% chorych, w tym głównie u mężczyzn. Początek choroby występuje u osób w 35 – 40 roku życia. PPMS charakteryzuje się postępowaniem choroby poprzez narastającą niepełnosprawność, z okresami niewielkiej poprawy stanu klinicznego, bądź też z okresami stabilizacji [3].

Postać wtórnie postępująca występuje u osób najczęściej po 40 roku życia. Rozwija się dopiero po 10 – 15 latach od rozpoczęcia choroby przebiegającej z rzutami i okresami remisji.

Po wystąpieniu rzutu, stan chorego nie wraca do formy sprzed zaostrzenia, a objawy narastają przez minimum 6 miesięcy [3].

Postać postępująco– rzutowa jest to postać, która stosunkowo niedawno została wyróżniona spośród innych postaci stwardnienia rozsianego. Charakteryzuje się zmniejszoną liczbą rzutów na przestrzeni lat, jednak w okresach między rzutami następuje wyraźna progresja choroby [3].

Kliniczne objawy stwardnienia rozsianego

Stwardnienie rozsiane jest chorobą, która uszkadza określone obszary w korze białej mózgu takie jak szlaki nerwowe, które obejmują pień mózgu, nerwy wzrokowe, a także rdzeń kręgowy, powodując wystąpienie ognisk demielinizacyjno- zapalnych.

Poprzez tak rozległe uszkodzenia można wyróżnić całą gamę objawów, które występują w tej chorobie. Wyróżnia się symptomy pojawiające się stosunkowo często i są one typowe dla SM, ale również takie niecharakterystyczne dla tej choroby i występujące rzadko. Szczegółowe informacje zawiera Tabela I [3, 4].

Tabela I. Częstotliwość występowania objawów stwardnienia rozsianego

Częstość występowania objawów	Objawy
Bardzo często	Zaburzenia czuciowe, niedowład kończyn dolnych, spastyczność, oczopląs, „poziom czucia” w badaniu przedmiotowym, parcia naglące, zespół zmęczenia, zaburzenia widzenia, zaburzenia poznawcze, zaparcia, zaburzenia erekcji, ataksja chodu i ataksja tułowia
Dość często	Nietrzymanie moczu, kurcze mięśniowe, dyzartria, drżenie zamiarowe, zanik mięśni, obniżenie libido, zaburzenia ejakulacji, bóle głowy, objaw Lhermitte’a, porażenie międzyjądrowe, zespoły depresyjne, niedowład kończyn górnych, neuralgia nerwu trójdzielnego
Rzadko	Dysfagia, bóle korzeniowe, zawroty głowy, napady padaczkowe, porażenie nerwu twarzowego, porażenie nerwów gałkoruchowych
Wyjątkowo (nietypowe dla SM)	Hipotermia, objaw Parinauda, neuropatia obwodowa

Źródło: Zakrzewska- Pniewska B.: Podstawy diagnostyki i leczenia stwardnienia rozsianego, Via Medica, Gdańsk 2010, 19.

Objawy występujące najczęściej w stwardnieniu rozsianym:**✓ Zaburzenia czuciowe**

Jednym z pierwszych objawów świadczących o wystąpieniu defektu związanego z czuciem jest mrowienie czy też drętwienie kończyny. Początkowo może mieć ostry charakter i ujawniać się na dystalnej części jednej z kończyn, a następnie coraz bardziej wstępując, jak też ujawniać się na kolejnej kończynie [2, 4].

✓ Niedowład kończyn dolnych i spastyczność

Niedowład w większości przypadków występuje o charakterze piramidowym. Spastyczność stanowi jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności. Objawia się zazwyczaj w postaci napadowych kurczy mięśni występujących najczęściej w nocy oraz sztywnością mięśni. Badania wykazały, że jest to dość poważny problem, na który skarży się około 84% chorujących na stwardnienie rozsiane [2, 4].

✓ Zaburzenia widzenia i oczopląs

Zaburzenia widzenia są jednym z objawów, które pojawiają się w początkowej fazie stwardnienia rozsianego, ale mogą także występować w różnym nasileniu w każdej jej fazie. Charakteryzują się przede wszystkim zaburzeniami ostrości wzroku, któremu może towarzyszyć ból przy ruchu gałką oczną, który trwa mniej niż kilka dni. Zwykle jest to jednooczne zaburzenie. Dochodzi do ubytku pola widzenia, który objawia się tzw. mroczkiem centralnym. Pacjenci skarżą się również na rozmazane lub ciemniejsze widzenie kolorów niż jest to w rzeczywistości [2, 4].

✓ Nietrzymanie moczu i parcia nagłace

Zmiany zachodzące podczas procesu chorobowego w stwardnieniu rozsianym powodują nadreaktywność pęcherza moczowego, co wiąże się z uczuciem parcia na mocz, a przez to częstszych mikcji przy niewielkiej objętości moczu wypełniającej pęcherz moczowy. Wiąże się to także z nietrzymaniem moczu, gdyż wysokie ciśnienie występujące wewnątrz pęcherza, nie jest proporcjonalne do ilości moczu znajdującego się w nim [2, 4].

✓ Zaburzenia erekcji u mężczyzn oraz spadek libido u kobiet

W głównej mierze problemy związane z układem płciowym mają swoją przyczynę w innych problemach związanych z tą chorobą. Defekty seksualne współistnieją wraz z

zaburzeniami układu moczowego. Mogą się też nasilać poprzez zmęczenie, zaburzenia czucia, a także stany depresyjne. Poprzez niską samoocenę czy też brak pewności siebie pacjenci patrzą na siebie przez pryzmat nieatrakcyjności, co również może nasilać zaburzenia związane z układem rozrodczym [2, 4].

✓ **Zespół zmęczenia**

Pacjenci określają zespół zmęczenia jako poczucie braku energii, osłabienie siły mięśni oraz fizyczne uczucie zmęczenia. Może występować w każdej fazie SM [2, 4].

✓ **Zaburzenia poznawcze i depresja**

Jednym z częściej występujących zaburzeń jest depresja. Nie można określić czy wiąże się ona z patomechanizmem choroby czy jest reakcją na postępujący charakter schorzenia. W ciężkim stadium choroby mogą rozwinać się zaburzenia funkcji poznawczych o charakterze otępienia podkorowego [2, 4].

✓ **Zaparcia**

Mechanizm powstawania zaburzeń związanych z oddawaniem stolca jest skomplikowany i opiera się na nadreaktywności mięśni odbytu oraz osłabieniem mięśni odpowiadających za tłoczenie brzusną. Może to mieć też związek ze zwolnioną perystaltyką jelit [2, 4].

Diagnostyka choroby

Proces diagnostyczny stwardnienia rozsianego to przede wszystkim zwrócenie uwagi na objawy i przebieg kliniczny występujące u pacjenta oraz wyniki badań laboratoryjnych.

Przyjmuje się, że aby potwierdzić diagnozę, objawy muszą być rozsiane w czasie i w przestrzeni. Jeśli wykazano zajęcie co najmniej dwóch różnych fragmentów OUN można powiedzieć, że jest to rozsianie w przestrzeni. Natomiast w przypadku rozsiania w czasie są to dwa udokumentowane rzuty choroby potwierdzone przez neurologa [4].

Rezonans magnetyczny

Badanie rezonansu magnetycznego w przypadku chorych na SM jest jednym z badań diagnostycznych, które należy wykonać aby potwierdzić diagnozę. Nie jest to badanie inwazyjne, więc nie wymaga specjalnego przygotowania. Należy pamiętać, by pozostać na czczo przynajmniej 6 godzin przed planowanym badaniem. Pacjent skierowany na to badanie

otrzymuje kontrast stąd przed nim powinien wypić litr wody niegazowanej. Wynik badania potwierdzającego SM pokazuje okołokomorowe występowanie ognisk w istocie białej. Zmiany w MRI są zależne od liczby rzutów choroby, a także od liczby ognisk [4, 5].

Badanie płynu mózgowo- rdzeniowego na obecność prążków oligoklonalnych

Aby pobrać płyn mózgowo- rdzeniowy do badania trzeba nakłuć przestrzeń między wyrostkami kolczystymi kręgów L4 i L5, albo L3 i L4. Jest to najbezpieczniejsze miejsce, gdyż na poziomie L2 znajdują się korzenie nerwowe, a tak wybrane miejsce zapobiega ich uszkodzeniu [4, 5, 6].

Przygotowując pacjenta do badania, należy ułożyć go na boku, plecami do osoby, która będzie wykonywała punkcję. Ważne jest, by pacjent trzymał kolana jak najbliżej głowy, przyciągając nogi maksymalnie do brzucha. Następnie trzeba znieczulić wyznaczone miejsce 1% roztworem lignokainy. Dopiero po znieczuleniu, do przestrzeni podpajęczynówkowej wprowadzana jest igła punkcyjna i można pobrać płyn mózgowo- rdzeniowy. Prawidłowy płyn powinien być klarowny, wodojasny, mniej niż 5 komórek/ μ l [5].

Przy potwierdzaniu diagnozy, zwykle wyklucza się zachorowalność na inne choroby np. kiłę, HIV. U niektórych pacjentów z SM w płynie mózgowo- rdzeniowym, można stwierdzić obecność białek mieliny i immunoglobulin [4, 5, 6, 7].

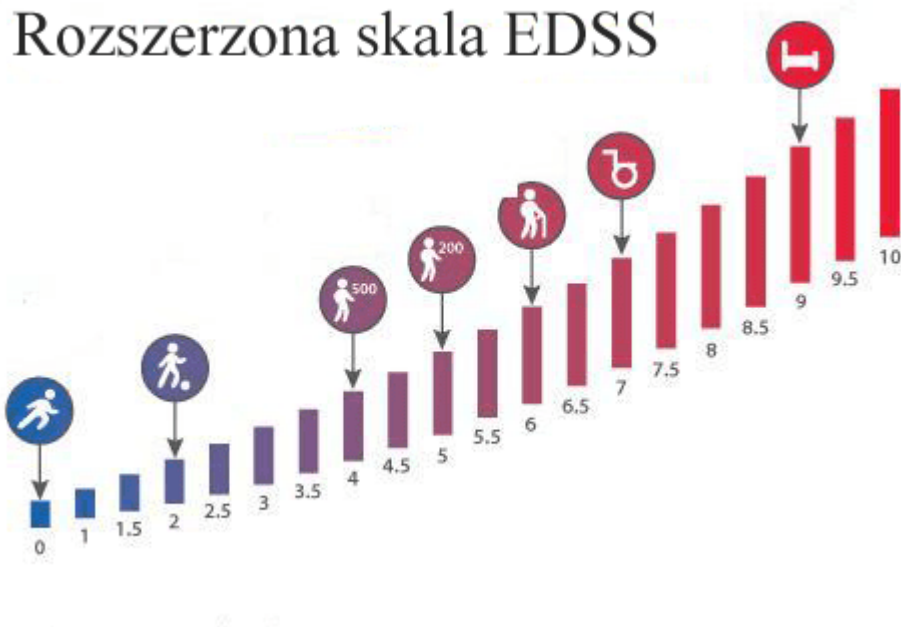
Wzrokowe potencjały wywołane

Jest to badanie, które ma na celu sprawdzenie elektrycznej aktywności, którą wykazuje mózg – w tym przypadku kora wzrokowa, po stymulacji bodźcem świetlnym. W przypadku demielinizacji tego obszaru następuje brak reakcji na bodziec świetlny. W przygotowaniu do badania ważne jest, by miejsce wykonywania było odpowiednio przystosowane, bez żadnych innych bodźców zewnętrznych, które mogą zmienić wynik badania VEP [4, 5, 6].

Rozszerzony zakres niepełnosprawności

Skala EDSS służy do oceny postępowania niepełnosprawności u pacjentów z SM. Jest ona ważna szczególnie w diagnostyce zaawansowania choroby. Wynik punktacji zależy od badania neurologicznego oraz badań ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności jego układów funkcjonalnych. Poniżej przedstawiona została Rycina 1. ilustrująca w sposób

graficzny postępowanie niepełnosprawności i skalę punktową stosowaną do określenia jej zaawansowania [8, 9, 10].



Ryc. 1. Postępowanie niepełnosprawności na podstawie interpretacji skali EDSS

Źródło: www.stwardnienieforum.pl/rozszerzona-skala-edss/ pobrano dnia 20.01.2018

Rozszerzony zakres niepełnosprawności (EDSS)

0.0: Wyniki badań neurologicznych były normalne.

1.0: Nie występuje niepełnosprawność, ale są minimalne oznaki zaburzeń na jednym z układów funkcjonalnych (na przykład, zaburzenia czułości, drgania).

1.5: Nie występuje niepełnosprawność, ale istnieją minimalne oznaki naruszenia więcej niż jednego z systemów funkcjonalnych.

2.0: Obecne są wskazania minimalnej niepełnosprawności w jednym z systemów funkcjonalnych (czyli np. nieznacznie upośledzenie chodu).

2.5: Istnieje niewielka niepełnosprawność w jednym z systemów funkcjonalnych lub minimalnej niepełnosprawności w dwóch systemach funkcjonalnych.

3.0: umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w jednym z systemów funkcjonalnych lub „łagodna” niepełnosprawność w trzech lub czterech z systemów funkcjonalnych. Jednak pacjent nadal potrzebuje pomocy ambulatoryjnej.

3.5: Pacjent jest pod opieką ambulatoryjną, ale występuje umiarkowana niepełnosprawność w jednym z systemów funkcjonalnych i „łagodna” niepełnosprawność w jednym lub dwóch z systemów funkcjonalnych; lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawność w dwóch z systemów funkcjonalnych; lub „łagodna” niepełnosprawność w pięciu z systemów funkcjonalnych.

4.0: Pacjent jest pod opieką ambulatoryjną, chodzi bez pomocy przez większość dnia (12 godzin), mimo stosunkowo ciężkiej niepełnosprawności. Jest w stanie przejść 500 metrów bez pomocy lub odpoczynku.

4.5: Pacjent jest pod opieką ambulatoryjną, chodzi bez pomocy przez większość dnia. Jest w stanie pracować w pełnym wymiarze godzin, ale z pewnymi ograniczeniami, albo wymaga minimalnego wsparcia. Może przejść 300 metrów bez pomocy.

5.0: Pacjent jest w stanie przejść 200 metrów bez pomocy lub odpoczynku. Niepełnosprawność upośledza jakość życia pacjenta, w takim stopniu, iż potrzebuje pracy w niepełnym wymiarze godzin.

5.5: Pacjent jest w stanie przejść 100 metrów bez pomocy lub odpoczynku. Niepełnosprawność nie wyklucza codziennych czynności.

6.0: Pacjent wymaga okresowej lub stałego wsparcia, aby jest w stanie przejść 100 metrów bez odpoczynku.

6.5: Pacjent wymaga stałej pomocy jest w stanie przejść do 20 metrów bez odpoczynku.

7.0: Pacjent nie jest w stanie chodzić więcej niż pięć metrów nawet z pomocą, i w rzeczywistości, przykuty jest do wózka inwalidzkiego. Będzie jednak w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim i być aktywnym około 12 godzin dziennie.

7.5: Pacjent nie jest w stanie zrobić więcej niż kilka kroków i jest ograniczony do wózka inwalidzkiego, aby przenieść się w wózka do łóżka pacjenta wymaga pomocy z zewnątrz.

8.0: Pacjent jest ograniczone do łóżka albo fotela w wózku, może spędzać w łóżku większość dnia. Zachowuje zdolność do wypróżnienia się i jedzenia.

8.5: Pacjent spędza w łóżku przez większość dnia, ale ma trudności w podstawowych czynnościach życiowych.

9.0: Pacjent jest obłożnie chory, ale nadal jest w stanie mówić i jeść.

9.5: Pacjent jest bezradny i przykuty do łóżka. Nie jest w stanie mówić, jeść i połykać.

10.0: Śmierć z powodu stwardnienia rozsianego [10].

Nie zawsze jedno badanie potwierdza od razu diagnozę lekarską, stąd zaleca się także pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego i wykonanie badania. Przy pozytywnym wyniku badania obecne są w płynie mózgowo-rdzeniowym, prążki oligoklonalne oraz/ lub podwyższony wskaźnik IgG.

Do wykrycia uszkodzenia nerwu wzrokowego, stosuje się badanie wzrokowych potencjałów wywołanych [4].

Rehabilitacja u osób ze stwardnieniem rozsianym

Stwardnienie rozsiane jest chorobą w trakcie, której dochodzi do zaburzenia funkcji układów – w szczególności układu nerwowego oraz mięśniowo – szkieletowego. Niekiedy zbyt późno wykryta choroba, a także niewłaściwe jej leczenie, przyczyniają się do niepełnosprawności, przez co chory staje się nie samodzielny. Dlatego też dużą rolę procesu leczenia SM odgrywa właściwa rehabilitacja. Chorzy na SM powinni właściwie już po postawieniu diagnozy rozpocząć ją i korzystać z niej do końca życia.

Celem rehabilitacji u pacjenta z SM jest osiągnięcie i utrzymanie możliwie jak najwyższego poziomu sprawności w sferze zdrowia fizycznego, psychicznego, a także aktywności społecznej i zawodowej. Optymalna rehabilitacja prowadzi do umożliwienia pacjentowi dłuższego przeżycia w większej sprawności [2, 8, 9].

Leczenie SM

SM nie można całkowicie wyleczyć, lecz przy zastosowaniu farmakoterapii możliwa jest modyfikacja przebiegu choroby. Każdy pacjent to odrębna jednostka i u każdego ta choroba przebiega inaczej, stąd nie wyłoniono jednej, niezawodnej terapii dla wszystkich. W ramach programów lekowych stosowane są: interferony β , octan glatiramenu, fingolimod i natalizumab. Oprócz wymienionych preparatów stosuje się także leczenie objawowe i leczenie rzutów [2, 4, 9].

Leczenie objawowe stwardnienia rozsianego

Spastyczność– leczenie ma na celu poprawienie sprawności ruchowej, zminimalizowanie dolegliwości bólowych oraz zapobieganiu powikłaniom.

Najczęściej stosowanymi preparatami są baklofen, tyzanidyna oraz beznodiazepiny. Baklofen początkowo podaje się w dawce 10- 120 mg/dobę. Należy jednak pamiętać, że nagle

przerwanie leczenia baklofenem może wywołać zespół z napadami drgawkowymi oraz z wystąpieniem halucynacji.

Terapię tyzanidyną rozpoczyna się od 2 mg 3 razy na dobę, powoli zwiększając dawkę leku. Maksymalna dobową dawkę wynosi 24- 32 mg/dobę. Tyzanidyna może upośledzać działanie wątroby, stąd przed rozpoczęciem kuracji należy sprawdzić stan wątroby, a następnie monitorować jej stan przed 3 pierwsze miesiące terapii.

Benzodiazepiny są zalecane tylko w przypadku kiedy wzrost napięcia mięśni jest nieznaczny. W tej sytuacji stosowane są: tetrazepam w dawce 25- 50 mg/dobę oraz gabapentynę w dawce 300- 3600mg/dobę [4].

Ból– w przypadku bólu przy SM można wyróżnić 4 grupy w zależności od tego w jakim stopniu jest on związanych z tą dolegliwością. Przy bólu bezpośrednio związanym z tą chorobą, do którego zalicza się np. ból podczas zapalenia nerwu wzrokowego, bóle głowy, spowodowane przez stany zapalne w mózgu, neuralgie, objaw Lhermitte’a czy dystonie ogniskowe wraz z towarzyszącymi kurczami, stosujemy:

- ✓ Metylprednizolon w przypadku bólu przy pozagałkowym zapaleniu nerwu wzrokowego;
- ✓ Karbamazepinę w dawkach 100- 1000 mg/dobę, fenytoinę, gabapentynę, baklofen, topiramę, lamotryginę przy neuralgii nerwu trójdzielnego;
- ✓ Leki przeciwdepresyjne (amitryptylina 25- 150 mg/ dobę), leki przeciw padaczce (karbamazepina 200- 1600 mg, gabapentyna 300- 2400 mg/ dobę, lamotrygina 200- 400 mg/ dobę).

W przypadku bólu związanym z leczeniem m.in. jest to dolegliwość bólowa związana z iniekcjami leku, stosuje się zimne okłady, a przy objawach rzekomogrypowych- ibuprofen, paracetamol.

Przy bólu związanym z innymi dolegliwościami stwardnienia rozsianego takich jak spastyczność czy obecność przykurczów, podaje się niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz zmniejszające napięcie mięśni.

Lecząc ból niezależny od stwardnienia rozsianego np. związany z osteoporozą, zwykle dostosowuje postępowanie lecznicze do konkretnej jednostki chorobowej, która powoduje ten ból [4].

Zaburzenia czynnościowe dolnych dróg moczowych- występują u około 96% chorych na SM i są główną przyczyną śmierci. Prowadzenie terapii polega na działaniu na zaburzenia gromadzenia moczu, jego oddawania oraz połączenia obydwu zaburzeń [9].

Lecząc zaburzenia związane z gromadzeniem moczu, należy zacząć od rozluźnienia pęcherza moczowego i dbać o to, by nie gromadziła się w nim zbyt duża ilość płynów. W leczeniu farmakologicznym stosowane są: preparaty o działaniu antycholinergicznym, spazmolityczne, α - adrenomimetyczne i trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne.

W przypadku gdy problem dotyczy zaburzeń oddawania moczu przede wszystkim należy skupić się na poprawie czynności skurczowych pęcherza, a także na zmniejszeniu czynnościowych oporów podpęcherzykowych. W tym celu stosuje się leki cholinomimetyczne (betanecol, karbamylcholina), blokujące receptory typu α (prazosyna, fenoksybezamina), inhibitory esterazy acetylocholinowej (neostygmina) oraz preparaty zmniejszające opór cewkowy (baklofen, tyzanidyna, tetrazepam, diazepam).

Zmęczenie i zaburzenie siły mięśniowej- jest to jeden z najczęstszych objawów w przebiegu SM. Niestety na te dolegliwości nie ma specjalnego leczenia. Udowodniono, że te objawy wzrastają wraz z występowaniem depresji jak też zaburzeń związanych z układem moczowym. Tak więc w pierwszej kolejności należy zająć się tymi objawami, a dopiero w późniejszym etapie działać na zmęczenie i zaburzenie siły mięśni. Preparatami, które wpływają na zmniejszenie męczliwości są pemolina i amantadyna. Należy pamiętać, by podawać je w godzinach porannych.

Drżenie- w głównej mierze przyczyną występowania drżenia jest zespół mózdkowy. Możemy je podzielić na drżenie posturalne i zamiarowe. Leczenie polega na usprawnianiu oraz zastosowanie leczenia chirurgicznego. Podczas leczenia farmakologicznego stosuje się klonazepam 0,5- 8mg/ dobę, memantynę 10-60 mg/ dobę, propranolol 80- 320 mg/ dobę oraz izoniazyd 600- 1200 mg/ dobę [2, 4, 9].

Leczenie rzutów choroby

Leczenie rzutu choroby polega na podawaniu metyloprednizolonu dożylnie we wlewie kroplowym w dawce 500- 1000 mg przez 3- 7dni. Nie leczy on jednak choroby, a działa poprzez zmniejszenie czasu trwania i nasilenia objawów rzutu.

Nie jest konieczne leczenie rzutów, gdyż objawy mogą ustąpić samoistnie, lecz wiąże się to ze znacznie dłuższym czasem niż w przypadku wprowadzenia leczenia farmakologicznego [2, 4, 8].

Przy profilaktyce rzutu stosujemy: interferon β , octan glatirameru, azatiopryna, mitoksantron. Dodatkowo używane są także nowe generacje leków przeciw padaczce takie jak gabapentyna, lamotrygina, pregabalina [2, 4, 8].

Leki modyfikujące naturalny przebieg choroby

Na rynku pojawia się coraz więcej preparatów, które mają za zadanie pomóc w łagodniejszym przebiegu. Niestety nie są możliwe do zastosowania w każdym przypadku, gdyż przebieg choroby u każdego pacjenta wygląda inaczej i dlatego nie można w 100% indywidualnie dobrać mu odpowiedniego leku. Nawet jeśli uda się dopasować lek dla danej osoby, chory musi się liczyć z tym, iż kuracja niesie za sobą spore koszty. Aby umożliwić jak największej ilości osób dostęp do leczenia, wprowadzono programy lekowe, które po zakwalifikowaniu dają możliwość bezpłatnego leczenia.

Leczenie kontynuuje się tak długo jak jest to możliwe. Ważnym aspektem kuracji jest regularne przyjmowanie dawki leku, a jeśli nawet zostanie ona pominięta to trzeba pamiętać, by jej nie kumulować z kolejną dawką [7, 8].

Interferon β

Pierwszy z wyboru lek w leczeniu postaci rzutowo- remisyjnej SM. Ma on za zadanie hamować przemieszczanie się komórek zapalnych oraz komórkową agresję immunologiczną organizmu. Aktywuje także cytokiny immunosupresyjne, natomiast cytokiny prozapalne hamuje. W rezultacie zwalnia przebieg stwardnienia rozsianego, a także zmniejsza postępowanie niepełnosprawności.

Powoduje także liczne działania niepożądane takie jak:

- objawy grypopodobne, czyli dreszcze, gorączka, bóle głowy, bóle mięśni i stawów, osłabienie, zmęczenie, nudności i wymioty;
- osłabienie czucia, drżenia;
- zaburzenia płodności,
- zaburzenia orientacji i pamięci, apatia, zaburzenia emocjonalne, depresja, bezsenność;
- zmniejszenie masy ciała
- zaburzenia smaku, jadłowstręt, nudności, wymioty, zaparcia

- leukopenia
- stany zapalne w miejscu iniekcji
- niedokrwistość
- neutropenia [11, 12, 13].

Octan gliatirameru

Nie można jednoznacznie stwierdzić mechanizmu działania tego leku. Istnieje prawdopodobieństwo, iż następuje reakcja krzyżowa z białkiem mieliny o odczynie zasadowym. Wypiera on z wiązań z MHC II białko zasadowe mieliny, a także mielinową glikoproteinę oligodendrocytów (MOG) i białko proteolipidowe. Ma działanie immunomodulujące w miejscu gdzie zostaje on wstrzyknięty. Dlatego też uważa się, że octan gliatirameru hamuje postęp stwardnienia rozsianego. Zmniejsza on częstotliwość nawrotów, lecz nie wpływa na progresję choroby, a także niepełnosprawność. Lek podawany jest podskórnie w dawce 20 mg/dobę [1].

Natalizumab

Mechanizm działania leku polega na hamowaniu molekuly adhezyjnej VLA- 4 w śródbłonku naczyń mózgowych. Dzięki temu uniemożliwia limfocytom przedostanie się poprzez krwiobieg, do mózgu. Natalizumab jest podawany dożylnie w dawce 300 mg raz w miesiącu [1].

Fingolimod

Jest to lek podawany doustnie w dawce 0,5 mg na dobę. Mechanizm działania polega na uniemożliwianiu migrowania limfocytów z węzłów chłonnych poprzez naczynia krwionośnego do mózgu.

Fingolimod powoduje obniżenie liczby limfocytów we krwi o 20- 30% od wyjściowej liczby pacjenta. Natomiast po długotrwałe leczenie wpływa na zmianę liczby neutrofilów, powodując jej zmniejszenie, do około 80% wartości, która była na początku leczenia.

Stosowany jest w rzutowo- remisyjnej postaci SM w następujących grupach:

- u pacjentów leczonych interferonem β , gdzie mimo leczenia, nadal występuje wysoka aktywność choroby i w ciągu roku wystąpił co najmniej jeden rzut SM, w badaniu MRI 9 lub więcej zmian T2 o wysokiej intensywności lub co najmniej 1, która wzmacniła się po podaniu gadoliny albo zwiększyło się nasilenie lub częstość występowania rzutów;

- u pacjentów z szybko postępującą chorobą, tzn. 2 lub więcej rzuty w ciągu roku, gdzie następuje znaczna niepełnosprawność lub przynajmniej 1 zmiana w MRI, która ulega wzmocnieniu po użyciu gadoliny [1].

Mitoksantron

Mitoksantron jest antracyklinowym cytostatykiem, który używany jest w leczeniu z wtórnie przewlekłą postacią stwardnienia rozsianego. Wykazuje on u nich korzystnie działanie, umożliwiające leczenie, lecz niestety u części wywołuje także działania niepożądane takie jak łysienie czy toksyczny wpływ na wątrobę, bądź zakażenia dróg moczowych. Szczególną uwagę należy wrócić też na fakt, iż mitoksantron działa kardiotosycznie dlatego przy farmakoterapii tym lekiem należy regularnie oceniać funkcję serca, a w szczególności frakcję wyrzutową. Jeśli wyniesie ona poniżej 50% lub pojawią się zmiany w skurczu mięśnia sercowego, należy przerwać leczenie tym lekiem. Mitoksantron jest podawany dożylnie 3 razy w miesiącu w dawce 20 mg [1].

Furman dimetylu

Dwumetylofurman jest to pochodna kwasu furmanowego, podawany w sposób doustny, przez co jest szybko metabolizowany przez esterazy do metabolitu MMF. Dość szybko się wchłania, a jego maksymalne stężenie we krwi można zaobserwować po 2-2,5 godzin po podaniu.

Leczenie powinno zaczynać się od dawki 120 mg, 2 razy dziennie, a po 7 dniach należy dwukrotnie zwiększyć dawkę do 240 mg. Należy jednak obserwować czy nie występują charakterystyczne dla tego preparatu, działania niepożądane, takie jak: zaczerwienienie oraz uczucie gorąca, a czasem pieczenie twarzy. Zwykle pojawiają się po 30 minutach od podania i trwają do godziny czasu. Dokuczliwe są też objawy ze strony układu pokarmowego takie jak: biegunka, ból brzucha, wymioty, nudności.

Następstwem przyjmowania leku jest także spadek liczby limfocytów we krwi, około 30% poniżej dopuszczalnej normy, a także wzrost liczby eozynofiliów w czasie 2 miesięcy od rozpoczęcia leczenia.

Wykazano także, że Furman dimetylu może mieć działanie teratogenne, stąd przy leczeniu stosuje się także skuteczną antykoncepcję [1].

Program lekowy leczenia stwardnienia rozsianego

Program lekowy jest to świadczenie NFZ w ramach, którego pacjent otrzymuje dostęp do zastosowania innowacyjnych, drogich leków, które nie są dofinansowywane w ramach świadczeń gwarantowanych, za darmo. Osoba, która chce ubiegać się o włączenie do programu musi spełniać następujące kryteria:

- Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozsianego- oparte na kryteriach diagnostycznych McDonalda (2010), łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;
- W przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;
- Uzyskanie co najmniej 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji
- Pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki.

CEL PRACY

Stwardnienie rozsiane to choroba, która dotyka najczęściej ludzi młodych, wchodzących w dorosłe życie. Jest to choroba, która niesie ze sobą znaczny stopień niepełnosprawności osób nią dotkniętych. Wprowadzenie do leczenia refundowanych leków naturalnie modyfikujących przebieg choroby spowodowało większą dostępność farmakoterapii, a także szansę na życie dłużej z większą sprawnością fizyczną, większą samodzielność, mniejszą zależnością od innych osób, a także na łagodniejszy przebieg choroby.

Celem pracy jest:

1. Zidentyfikowanie najważniejszych problemów pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonego interferonem
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej w stosunku do pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonym interferonem.

3. Przygotowanie zaleceń pielęgnacyjnych dla pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonego interferonem.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania za pomocą kwestionariusza wywiadu zostały przeprowadzone u pacjentki K.J. lat 33 hospitalizowanej w Oddziale Neurologicznym Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

Uzyskane informacje z wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i analizy dokumentacji medycznej posłużyły do wyłonienia najważniejszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta i sporządzenia indywidualnego planu opieki pielęgniarstwiej.

Proces pielęgnowania to metoda pracy pielęgniarstwiej, czyli indywidualny plan opracowany i realizowany przez nią. Gromadzi ona wszelkie potrzebne informacje na temat stanu zdrowia pacjenta, jego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie, statusu materialnego. Dzięki temu można wyodrębnić poszczególne defekty na wyżej wymienionych płaszczyznach. Celem tych czynności jest określenie problemów, które wymagają pielęgnacji przez pielęgniarstwiej i dostosowanie odpowiednich metod, by podnieść poziom i efektywność w zachowaniu i przywracaniu zdrowia pacjenta.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka Justyna K. lat 33 przyjęta do szpitala na Oddział Neurologiczny z podejrzeniem kolejnego rzutu SM. Chora od 2011 roku choruje na rzutowo-remitującą postać SM. Pierwszym objawem choroby był ból nogi prawej oraz mimowolne „uciekanie” nogi prawej na bok. Po zdiagnozowaniu rzutu choroby leczona Meprelonem 1,0 dożylnie przez pięć dni. Po hospitalizacji pacjentka włączona do Programu Leczenie Stwardnienia Rozsianego preparatem Avonex 1x w tygodniu 30 µg domięśniowo. W tym samym roku nastąpił rzut choroby, po roku kolejny. W 2013 roku pacjentka zaszła w ciążę przez co musiała przerwać kurację interferonem. Cała ciąża przebiegła prawidłowo, a podczas niej nie

wystąpiły objawy chorobowe. Stan ogólny w ciąży pacjentka ocenia jako bardzo dobry. Po porodzie pacjentka nie wróciła do terapii interferonem, gdyż wspólnie z mężem planowali drugie dziecko. W roku 2016 ponownie zaszła w ciążę, podczas której odczuwała ból nóg, ogólne zmęczenie, zniechęcenie do jakiegokolwiek aktywności fizycznej. W 2017 roku nastąpił kolejny rzut choroby, po którym ponownie została ponownie włączona do programu leczenia interferonem.

Po ponownym rozpoczęciu terapii pojawiły się działania niepożądane pod postacią: objawów grypopodobnych, bólu w miejscu iniekcji domięśniowej oraz sztywność całej kończyny, w którą został podany lek.

Poza działaniami niepożądanymi związanymi z terapią Interferonem β , pani Justyna skarży się na spastyczność pęcherza moczowego pod postacią: naprzemiennego skąpomoczu, parcia naglącego, nietrzymania moczu, a przy tym na częste infekcje układu moczowego. Doskwiera jej także ból, który w skali NRS ocenia na 4, sztywność karku oraz nóg, trudności w utrzymaniu równowagi, przechodzący „prąd” przez kręgosłup, trudności z zapamiętywaniem, szczególnie jeśli chodzi o pamięć krótkotrwałą. Dolegliwości jakie towarzyszą pacjentce to: zaburzenia czuciowe z uczuciem mrowienia i drętwienia kończyny; spastyczność w postaci napadowych kurczy mięśni występujących najczęściej w nocy oraz sztywnością mięśni szczególnie karku; zamglone widzenie okresowo, zaburzeniami ostrości wzroku; permanentne zmęczenie określane przez pacjentkę jako poczucie braku energii, osłabienie siły mięśni oraz fizyczne uczucie zmęczenia; dystymia pod postacią ciągłego smutku, nie odczuwania radości płynącej z dnia codziennego, z sukcesów i osiągnięć dzieci.

Według skali EDSS pacjentka otrzymała 1 punkt.

Ponadto pacjentka pali papierosy od 10 lat w ilości 3-5 dziennie, przerywała palenie na czas ciąży i karmienia piersią.

Pacjentka mieszka z mężem, dziećmi i teściową. Wskazuje na trudności w akceptacji choroby przez męża, który neguje konieczność częstych wyjazdów z tym związanych.

Pacjentka pracuje w instytucji biurowej, w pozycji siedzącej. Środowisko pracy nie akceptuje jej choroby, co skutkuje utrudnieniem w konieczności uzyskania czasu wolnego na stawienie się w Oddziale Neurologicznym w ramach programu lekowego na wizyty kontrolne i badania.

Proces pielęgnowania

1. Problem pielęgnacyjny

Długotrwale utrzymujące się objawy grypopodobne (dreszcze, gorączka, bóle i zawroty głowy, bóle kończyn dolnych) jako działania niepożądane stosowanej farmakoterapii.

Cel pielęgnowania:

Złagodzenie dolegliwości grypopodobnych związanych z występującymi działaniami niepożądanymi spowodowanymi stosowanym leczeniem interferonem.

Planowanie i realizacja:

1. Monitorowanie narastania temperatury ciała.
2. Obserwacja narastania innych dolegliwości grypopodobnych.
3. Podawanie leku - interferonu w piątki, w późnych godzinach wieczornych, aby szczyt działań niepożądanych wystąpił w czasie snu pacjenta, ocena natężenia bólu w skali NRS.
4. Zapisywanie objawów związanych z przyjęciem leku w dzienniczku pacjenta.
5. Powiadomienie pacjentki o konieczności niezwłocznego poinformowania pielęgniarki/lekarza programu lekowego w sytuacji narastania ciężkości objawów z każdym kolejno podanym lekiem.
6. Przyjmowanie leków na zlecenie lekarskie w schemacie Paracetamol 1,0g - 1 godzina przed wstrzyknięciem i przyjęcie leku ponownie rano dnia następnego lub innego leku z grupy NLPZ.

Ocena:

Działania niepożądane występują, jednak ich nasilenie jest już coraz słabsze. Pacjentka wymaga przyjmowania leku z grupy NLPZ już tylko przed podaniem Interferonu. Kontynuacja zaplanowanych działań z uwzględnieniem zmniejszania ilości przyjmowanych leków p/ bólowych i p/gorączkowych do całkowitego odstąpienia od przyjmowania leków.

2. Problem pielęgnacyjny

Trudności w oddawaniu moczu pod postacią spastycznego pęcherza moczowego.

Cel pielęgnowania:

Zmniejszenie trudności w oddawaniu moczu oraz edukacja pacjentki na temat radzenia sobie w przypadku ich wystąpienia. Zapobieganie zakażeniu układu moczowego.

Planowanie i realizacja:

1. Obserwacja pacjentki pod kątem rodzaju zaburzeń oddawania moczu.

2. Toaleta okolicy krocza po każdym oddanym stolcu oraz mikcji płynami myjąco-odkażającymi do higieny intymnej, które zawierają pałeczki kwasu mlekowego i dokładne osuszanie miejsc intymnych.
3. Częsta zmiana bielizny pacjentki, używanie wkładek zabezpieczających w przypadku nietrzymania/popuszczaniu moczu, stolca.
4. Stosowanie prowokacji pęcherza moczowego (polewanie okolicy krocza ciepłą wodą, odkręcenie wody w kranie) w celu ułatwienia oddania moczu.
5. Odpowiednie nawodnienie pacjentki minimum 30ml/ kg masy ciała na dobę.
6. Stosowanie w diecie produktów działających moczopędnie- pietruszka, mniszek lekarski, glóg, skrzyp, jałowiec, herbata, hibiskus, pokrzywa, agrest, truskawka, seler, pomidor, czarna porzeczka, suplementacja witaminy C oraz preparatów żurawinowych jako element profilaktyczny w przypadku występowania zakażeń układu moczowego.
7. Ćwiczenia mięśni Kegla (ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy mniejszej), trenowanie pęcherza moczowego oraz wykonywanie ćwiczeń ogólnie usprawniających, które pomogą w wykonywaniu codziennych czynności.
8. W przypadku nagłego parcia na mocz zapewnienie pacjentce możliwości szybkiego skorzystania z toalety.
9. Systematyczne badania ogólne moczu.
10. Podanie leków według zlecenia lekarskiego.

Ocena:

W wyniku podjętych działań problem nie zmniejszył się. Wymaga on dalszej obserwacji. Działania wymagają kontynuacji.

3. Problem pielęgnacyjny

Zmęczenie utrudniające wykonywanie czynności dnia codziennego.

Cel pielęgnowania:

1. Zmniejszenie nasilenia stopnia zmęczenia.
2. Poprawa stanu sprawności fizycznej.

Planowanie i realizacja:

1. Zidentyfikowanie czynności powodujących nadmierne męczenie pacjentki.
2. Stosowanie częstych odpoczynków w ciągu dnia i w czasie wysiłku fizycznego.
3. Korzystanie ze sprzętów ułatwiających funkcjonowanie w warunkach domowych (używanie sprzętu elektrycznego: zmywarka, nóż, krawalnica, otwieracz, elektryczna szczoteczka do zębów itp...).

4. Układanie potrzebnych rzeczy jak najbliżej.
5. Zaplanowanie czasu w ciągu dnia, na wykonywanie ćwiczeń fizycznych: izometrycznych poprawiających funkcjonowanie układu ruchu, a także jazda na rowerze, spacerowanie itp.

Ocena:

Problem wymaga dalszej obserwacji.

4. Problem pielęgnacyjny

Ból i zaczerwienie w miejscu podania leku domięśniowo utrzymujący się kilka dni od podania leku.

Cel pielęgnowania:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z przyjęciem leku domięśniowo.

Planowanie i realizacja:

1. Zweryfikowanie umiejętności pacjentki związanych z wykonywaniem leku drogą domięśniową.
2. Wykonywanie iniekcji naprzemiennie, w różne miejsca stosując schemat: ramię, udo, pośladki i zmiana strony ciała.
3. Chłodzenie miejsc iniekcji za pomocą okładu żelowego do 2 godzin po wstrzyknięciu.
4. Obserwacja miejsca iniekcji i w razie potrzeby kontynuacja chłodzenia.
5. Redukcja czynników zwiększających ból i zaczerwienienie w miejscu wstrzyknięcia: unikanie gorących kąpieli i wysiłku fizycznego przed wstrzyknięciem,
6. Poinformowanie pacjentki, iż dłuższe utrzymywanie się dolegliwości może skutkować zmianą preparatu, którym jest leczona

Ocena:

Po ponownym przećwiczeniu umiejętności wstrzykiwania i stosowaniu schłodzonych okładów żelowych dolegliwości zmniejszają się. Należy dalej kontynuować zaplanowane działania.

5. Problem pielęgnacyjny

Trudności w utrzymaniu równowagi spowodowane utrzymującymi się zawrotami głowy.

Cel pielęgnowania:

1. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce w związku z pojawiającymi się zaburzeniami równowagi.
2. Zapobieganie upadkom.

Planowanie i realizacja:

1. Określenie sytuacji/czynności, w których występują zawroty głowy.
2. Asekurowanie przez osoby bliskie, pacjentki, w czynnościach, które mogą powodować zawroty głowy.
3. Edukacja na temat bezpiecznego domu dla osób z możliwością upadku.

Ocena:

Określono, iż zawroty głowy pojawiają się w sytuacji nadmiernego zmęczenia i w czasie wstawania z pozycji leżącej. Zalecono pacjentce częstszy wypoczynek i zwiększenie uwagi przy wstawaniu z łóżka. Proponuję kontynuację działań.

6. Problem pielęgnacyjny

Lęk przed utratą samodzielności związany z nasilaniem się dolegliwości chorobowych i działaniami niepożądanymi stosowanej farmakoterapii.

Cel pielęgnowania:

Zmniejszenie odczucia lęku pacjentki związanego z utratą samodzielności i działaniami niepożądanymi stosowanej farmakoterapii.

Planowanie i realizacja:

1. Rozmowa lekarza, pielęgniarki i psychologa z pacjentką.
2. Udzielenie informacji na temat możliwości leczenia w programie terapeutycznym stwardnienia rozsianego różnymi preparatami, które może okazać się lepiej tolerowane przez organizm, a w przypadku nieskuteczności leków I linii możliwość przejścia na II linie leczenia.
3. Edukacja rodziny pacjentki na temat konieczności udzielania wsparcia psychicznego i w określonych sytuacjach fizycznego w stosunku do pacjentki.

Ocena:

Odczucie lęku zmniejszyło się. Pacjentka lepiej nastawiona do terapii. Proponuję kontynuację działań.

7. Problem pielęgnacyjny

Dystymia i obniżony nastrój towarzyszący każdego dnia.

Cel pielęgnowania:

Poprawa nastroju i funkcjonowania psychicznego.

Planowanie i realizacja:

1. Wsparcie psychiczne ze strony pielęgniarki, lekarza, psychologa i rodziny.

2. Nauczenie radzenia sobie ze stresem poprzez znalezienie odpowiedniej techniki relaksacyjnej pacjentkę np. joga, słuchanie muzyki klasycznej, spacer na łonie natury, zakupy, aktywność fizyczna.
3. Zwiększenie regularności aktywności fizycznej.
4. W przypadku utrzymujących się dolegliwości kontakt z lekarzem psychiatrą.

Ocena:

Techniki relaksacyjne pomogły pacjentce w funkcjonowaniu. Proponuję kontynuację działań.

8. Problem pielęgnacyjny

Trudności w relacji z mężem spowodowane koniecznością częstej hospitalizacji.

Cel pielęgnowania:

Unormowanie sytuacji rodzinnej związane z relacjami z mężem.

Planowanie i realizacja:

1. Rozmowa pielęgniarki i lekarza z mężem w obecności pacjentki na temat zasad funkcjonowania programu lekowego, a także na temat jednostki chorobowej i jej przebiegu u pacjentki.
2. Próba zidentyfikowania najważniejszych problemów w relacji małżeńskiej związanych z przebiegiem schorzenia.

Ocena:

Mąż zrozumiał istotę schorzenia, jakie dotyka jego żonę. Proponuję, by mąż raz na jakiś czas uczestniczył w spotkaniach w ramach programu lekowego.

9. Problem pielęgnacyjny

Ryzyko wprowadzenia zakażenia poprzez kaniulę dożylną (venflon).

Cel pielęgnowania:

Zniwelowanie ryzyka wprowadzenia zakażenia.

Planowanie i realizacja:

1. Wszystkie czynności z użyciem kaniuli dożylniej należy robić po higienicznym myciu i dezynfekcji rąk, a następnie po nałożeniu przy pacjentce jednorazowych rękawiczek.
2. Zdejmowanie pierścionków, bransoletek, zegarków z rąk oraz zmycie lakieru z paznokci.
3. Wymiana venflonu co 72 h lub częściej w razie potrzeby.
4. Obserwacja miejsca wkłucia i ocena ryzyka wystąpienia zapalenia żył według skali Baxtera.

5. Utrzymywanie stałej drożności kaniuli. Przed podaniem leku dożylnie należy sprawdzić drożność podając 2-3 ml 0,9% NaCl. Tak samo należy postąpić po podaniu.
6. Przed odkręceniem koreczka, zdezynfekowanie miejsca.
7. Nie dopuszczać do cofania się krwi, gdyż mogą powstać skrzepy blokujące światło kaniuli, a popchnięte do żyły mogą spowodować zator.
8. Kaniulę zawsze należy zabezpieczać jałowym koreczkiem.
9. Utrzymywać wkłucie najkrócej jak to możliwe.

Ocena

W wyniku podjętych działań nie wystąpiły oznaki wskazujące na wprowadzenie zakażenia opisane w skali Baxtera. Venflon drożny.

10. Problem pielęgnacyjny

Niechęć do stosowania usprawniania w warunkach domowych.

Cel pielęgnowania:

Usystematyzowanie aktywności fizycznej i usprawniania w warunkach domowych.

Dostarczenie wiedzy na temat korzyści płynących z aktywności fizycznej.

Planowanie i realizacja:

1. Zidentyfikowanie przyczyn niechęci do usprawniania.
2. Przekazanie pacjentce kompletu ćwiczeń z zakresu usprawniania ogólnoustrojowego z zaleceniem wykonywania ich 30 minut dziennie każdego dnia.
3. Przekazanie informacji na temat korzyści płynących z aktywności fizycznej z uwzględnieniem wagi czynnika rehabilitacyjnego w stwardnieniu rozsianym.

Ocena:

Problem nie został rozwiązany. Pacjentka zgłosi się na wizytę w ramach programu lekowego za 3 miesiące. Proponuje kontynuację działań.

11. Problem pielęgnacyjny

Brak wiedzy i umiejętności poradzenia sobie z nałogiem palenia papierosów.

Cel pielęgnowania:

Dostarczenie wiedzy i umiejętności poradzenia sobie z nałogiem palenia papierosów.

Planowanie i realizacja:

1. Przekazanie informacji na temat szkodliwości palenia papierosów
2. Nauczenie sposobów rzucenia palenia papierosów.
3. Terapia wspierająca ze strony psychologa.

Ocena:

Pacjentka od 2 tygodni nie pali papierosów. Proponuję kontynuację działań.

Zalecenia pielęgnacyjne dla pacjenta leczonego interferonem w przebiegu stwardnienia rozsianego:

1. W przypadku wystąpienia objawów grypopodobnych:
 - należy mierzyć temperaturę ciała termometrem, najlepiej używać elektronicznych, które można włożyć pod pachę;
 - zapisywać wszystkie objawy, które pojawiły się po podaniu leku w dzienniczku pacjenta;
 - w razie bólu/gorączki po podaniu, przyjąć Paracetamol 1,0g lub inny lek z grupy NLPZ;
 - wstrzyknięcie z leku należy wykonywać w porze wieczornej, przed pójściem spać, tak, by zmniejszyć odczuwanie objawów
 - w razie konieczności przyjęcie leków p/ gorączkowych następnego dnia rano
2. W przypadku bólu i zaczerwienia w miejscu podania leku:
 - przyłożenie zimnego okładu/żelu chłodzącego w miejscu iniekcji,
 - obserwacja miejsca wkłucia,
 - zmiana miejsc wkłucia według kolejności ramię, udo, pośladek i zmiana strony,
 - unikanie wysiłku fizycznego i gorących kąpielii przed iniekcją i bezpośrednio po niej,

W przypadku znacznego zmęczenia:

 - stosowanie pomocy np. zamiast ręcznego zmywania- zmywarka, elektryczna szczoteczka do zębów, krajalnica;
 - obserwowanie czynników i pory występowania zmęczenia, i zapisywanie spostrzeżeń;
 - udzielanie pomocy w codziennych czynnościach przez członków rodziny,
 - wykonywanie ćwiczeń ogólnie usprawniających, spacer, jazda na rowerze;
3. W przypadku trudności w utrzymaniu równowagi:
 - wykorzystanie wiedzy na temat bezpiecznego upadania,
 - pomoc ze strony rodziny przy czynnościach, które mogą grozić upadkiem lub upadek może być niebezpieczny np. przy wchodzeniu po schodach, niesienie gorących rzeczy, schyłanie się.
4. W przypadku gorszego samopoczucia psychicznego:
 - stały kontakt z psychologiem, osobą bliską
 - włączenie męża, rodziny i najbliższego otoczenia w sprawy związane z chorobą
5. Aktywność fizyczna:

- prowadzenie zdrowego aktywnego trybu życia tzn.: wykonywanie ćwiczeń ogólno usprawniających w wymiarze minimum 30 minut dziennie, np. spacer, jazda na rowerze, pływanie, unikanie ćwiczeń ze sztangą;
 - włączenie w aktywność fizyczną całą rodzinę
6. Dieta:
- stosowanie diety z ograniczeniem spożywania tłuszczu nasyconych na rzecz nienasyconych zawartych w tłuszczach ryb, oleju kukurydzianym, oliwie z oliwek, rzepakowym, słonecznikowym, lnianym, sojowym;
 - spożywanie płynów niesłodzonych, obojętnych np.: woda mineralna, herbaty ziołowe np.: z pokrzywy, mięty w ilości 30ml/kg masy ciała – minimum 2000 ml/dobę
 - uwzględnienie w diecie świeżych warzyw i owoców, produktów z zawartością błonnika,
 - spożywanie białka w ilości około 1g/kg masy ciała czyli około 70g/dobę, zwrócenie uwagi na ewentualną suplementację witaminy D3
7. Problemy z oddawaniem moczu:
- dokłada toaleta okolicy krocza preparatami zawierającymi kwas mlekowy
 - zmiana bielizny po każdym popuszczeniu moczu czy stolca,
 - stosowanie wkładek higienicznych przy nietrzymaniu moczu,
 - wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla, odpowiadających za prawidłowe wypróżnianie pęcherza moczowego;
 - wzbogacenie diety w stosowanie preparatów moczopędnych np.: pietruszka, mniszek lekarski, głóg, skrzyp, jałowiec, herbata, hibiskus, pokrzywa, agrest, truskawka, seler, pomidor, czarna porzeczka, suplementacja witaminy C;
8. Problemy z wykonywaniem wstrzyknięcia – kontakt z pielęgniarką programu lekowego.
9. Podejrzenie wystąpienia nawrotu/zaostżenia objawów choroby – konieczny kontakt z pielęgniarką/lekarzem rodzinnym lub neurologiem.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Poprzez użycie informacji zebranych przy pomocy wywiadu z pacjentką, dokonanych pomiarów, analizy jej dokumentacji medycznej oraz dokonania oceny na podstawie skal,

wyłoniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne pacjentki i sporządzono na ich podstawie odpowiedni plan opieki pielęgniarstwa.

2. Najważniejsze problemy pielęgnacyjne stwierdzone u omawianej pacjentki to:

- działania niepożądane leku, pod postacią objawów grypopodobnych, a także bólem i zaczerwienieniem w miejscu podania leku, utrzymującym się przed kilka dni po iniekcji;
- trudnościami w oddawaniu moczu spowodowane spastycznością mięśni pęcherza moczowego;
- codzienne odczucie zmęczenia, które utrudnia jej funkcjonowanie, zawroty głowy, trudności w utrzymaniu równowagi ciała;
- niepokój o utratę samodzielności, dystymia i obniżony nastrój,
- niechęć do wszelkich form aktywności fizycznej;
- brak wiedzy na temat możliwości nałogu palenia papierosów.

3. Na podstawie omawianego przypadku sporządzono zalecenia pielęgnacyjne dla pacjentki leczonej preparatami interferonu w przebiegu leczenia modyfikującego naturalny przebieg choroby rzutowo – reemitująca postać stwardnienia rozsianego.

PIŚMIENNICTWO

1. Selmaj K. red.: Stwardnienie rozsiane. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2013.
2. Losy J.: Stwardnienie rozsiane, Czelej, Lublin, 2013.
3. Cendrowski W.: Stwardnienie rozsiane: ryzyko zachorowania i prewencja choroby. Neurologia Praktyczna, 2015, 2, 5-11.
4. Zakrzewska- Pniewska B.: Podstawy diagnostyki i leczenia SM. Via Medica, Gdańsk, 2010.
5. Klein- Awerjanow K., Szurowska E.: Neuroobrazowanie w procesie diagnostycznym stwardnienia rozsianego, CNS Reviews, AsteriaMed, Otomin, 2017, 1, 15-19.
6. Michalak S., Kaźmierski R., Niezgoda A., Pawlak M., Mejnartowicz J.: Badania laboratoryjne w chorobach układu nerwowego [w:] Neurologia t. I, Kozubski W., Liberski P., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014, 133- 138
7. Podemski R.: Kompendium neurologii. Via Medica, Gdańsk, 2014, 1- 16, 309- 328.
8. Gałązka- Sobotka M.: Stwardnienie rozsiane - zarządzanie chorobą. Wydawnictwo Uczelni Łazarskiego, Warszawa, 2016.

9. Opara J.: Problemy rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Katowice 2013.
10. www.stwardnienieforum.pl/rozszerzona-skala-edss/ pobrano dnia 20.01.2018
11. Comi G., Radaelli M., Sørensen P.: Ewolucja strategii leczenia chorych na rzutowe postaci stwardnienia rozsianego. The Lancet Elsevier Limited London 2016, 1-11.
12. Pietrzak A., Michalak S., Kozubski W.: Znaczenie kliniczne przeciwciał przeciw interferonowi beta u chorych na stwardnienie rozsiane. Aktualności Neurologiczne, 2016, 2, 92-98.
13. Parada-Turska J., Paluszkiewicz P.: Leki wpływające na czynność krwiotwórczą szpiku [w:] Farmakologia, pod red. Rataj- Cynke G., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 318-319.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z CHOROBA NOWOTWOROWĄ ŻOŁĄDKA PODDANEGO LECZENIU CHIRURGICZNEMU

Monika Sasinowska¹, Monika Chorąży², Beata Olejnik³, Katarzyna Krystyna Snarska⁴

1. Oddział Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem leczenia bólu, Białostockie Centrum Onkologii,
3. Klinika Neurologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak żołądka nadal stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych na świecie. Pomimo znacznej tendencji spadkowej, zagrożenie nowotworem żołądka w Polsce należy do największych w Europie i na świecie. Najwyższe wskaźniki zachorowalności na nowotwór żołądka notuje się w Chile, Japonii jak i w Krajach Europy Środkowej. Polska znajduje się na 5 miejscu spośród Krajów o najwyższych wskaźnikach zachorowań i umieralności na raka żołądka. Przypadki wczesnego raka ograniczonego do błony śluzowej oraz podśluzowej dobrze rokuje. Wykonanie zabiegu radykalnego pozwala osiągnąć odsetek pięcioletnich przeżyć przekraczający 90%. Rak zaawansowany źle rokuje. Pięcioletnie przeżycia u pacjentów z zaawansowanym rakiem żołądka po operacji wynosi 20-30%. W zakresie wczesnego rozpoznania jak i również skutecznego wyleczenia choroba ta od wielu lat stwarzała i stwarza duże trudności.

Na nowotwór żołądka chorują dwukrotnie częściej mężczyźni niż kobiety. Zapadalność jak i umieralność na ten nowotwór wzrasta z wiekiem. Rak żołądka częściej obserwuje się u pacjentów mających grupę krwi A. Niski standard społeczny również wiąże się z zachorowalnością na nowotwór żołądka. Pokarmy ubogie w białko zwierzęce, bogate w

skrobię (ryż ziemniaki chleb) oraz surowe jarzyny oraz owoce usposabiają do rozwoju choroby [29].

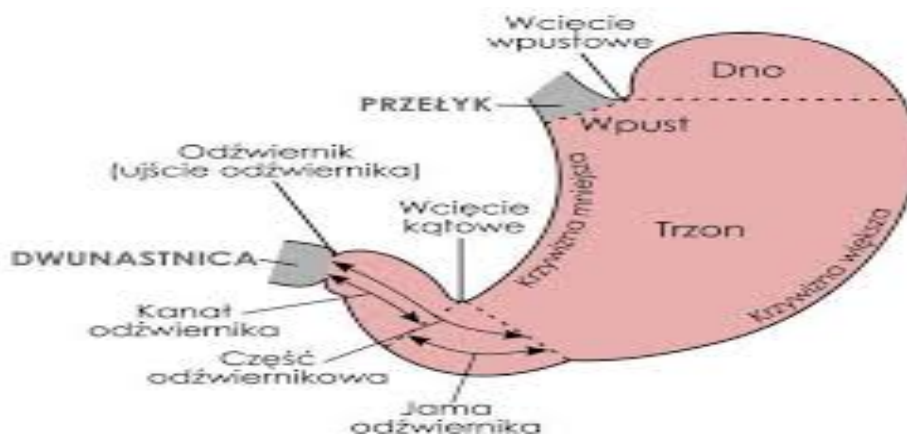
Rak gruczołowy to najczęstszy nowotwór złośliwy, stanowi on 90% wszystkich nowotworów tego narządu. Częstość występowania nowotworu żołądka maleje na świecie, przy jednoczesnej tendencji spadkowej zachorowań na raka proksymalnej części .Chirurgiczne leczenie od wielu lat jest standardem w terapii nowotworu żołądka. Jednak rokowanie chorych z tym nowotworem pozostaje złe. W celu poprawy rokowania pacjentów z nowotworem żołądka uwaga leczących nastawiona jest na poznanie czynników ryzyka, patogenezę stanów przedrakowych oraz dróg kancerogenezy i poprawę leczenia .Zwiększenie wykrywalności nowotworu żołądka we wczesnej postaci, wydłuża czas przeżycia chorych i zmniejsza ich umieralność [20].

Anatomia i fizjologia żołądka

A. Budowa żołądka

Żołądek(łac.ventriculus,gaster) to najszerszy odcinek przewodu pokarmowego, położony w okolicy nadpępkowej jamy brzusznej i lewym podżebrzu. Żołądek zmienia położenie w zależności od stanu jego wypełnienia i położenia sąsiednich narządów jak i wieku oraz pozycji ciała badanego.

W żołądku wyróżniamy: wpust- miejsce połączenia przełykowo-żołądkowego, część wpustową, trzon- środkowa największa część żołądka, dno, część odźwiernikową–część obwodowa żołądka zakończona odźwiernikiem, krzywizna mniejsza, krzywizna większa [3,18]. Rycina 1.



Rycina 1. Budowa żołądka [8].**B. Ściany żołądka**

W żołądku znajdują się cztery warstwy tkanek, które składają się również na podstawową strukturę przewodu pokarmowego

C. Warstwa mięśniowa

Na warstwę mięśniową żołądka składają się trzy warstwy włókien mięśnia gładkiego:

- zewnętrzna warstwa włókien podłużnych,
- środkowa warstwa włókien okrężnych,
- wewnętrzna warstwa włókien skośnych.

Żołądek różni się od innych okolic przewodu pokarmowego tym, że posiada trzy warstwy mięśniowe zamiast dwóch [3].

D. Śluzówka żołądka

Gdy żołądek jest pusty, wyścielająca go błona śluzowa ułożona jest w podłużne fałdy, jeżeli jest pełny fałdy te „rozprasowują” się, a powierzchnia nabiera aksamitnego gładkiego wyglądu [3].

E. Ukrwienie żołądka

Tętniczą krew żołądek otrzymuje tętnicą lewą żołądkową, gałęzią pnia trzewnego, tętnicami żołądkowo – sieciowymi oraz prawą tętnicą żołądkową [3].

F. Funkcje żołądka:

Do żołądka dostaje się pobrane pożywienie i pozostaje w nim pewien czas. Można uznać że żołądek jest w pewnym stopniu zbiorniczkiem, który w miarę potrzeby zwiększa się i zmniejsza. Żołądek ma wiele ważnych funkcji:[1].

- magazynowanie pokarmu ,pozostawiające czas na działanie enzymów trawiennych,
- rozdrobnienie pokarmu,
- trawienie pokarmu,
- wytwarzanie soku żołądkowego,
- transportowanie pokarmu dalej do następnego odcinka przewodu pokarmowego [3].

Położenie żołądka zmienia się w zależności od jego wypełnienia oraz położenia sąsiednich narządów jak i od wieku pacjenta oraz pozycji ciała badanego [18].

Ogólna charakterystyka nowotworu żołądka

Nowotwór jest to niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych morfologicznie oraz czynnościowo komórek organizmu [11].

Czynniki etiologiczne

Przyczyny zachorowalności na raka żołądka nie są nadal znane. Poznano jednak wiele czynników zwiększających zagrożenie na tę chorobę.

Należą do nich

- zakażenie Helikobakterpylori,
- nieprawidłowa dieta,
- używki-palenie tytoniu i picie stężonego alkoholu,
- obecność polipów żołądka,
- przewlekły wrzód żołądka,
- posiadanie grupa krwi A,
- dziedziczenie genetyczne [4].

Zakażenie Helikobakter pylori to główny czynnik etiologiczny przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka, który można zaliczyć do stanów przedrakowych.

Światowa Organizacja Zdrowia uznała Helikobakter pylorii za karcinogen klasy I. Zakażenie HP występuje bardzo często w populacji polskiej na obszarze Polaki, gdzie ryzyko zgonu z powodu raka żołądka jest szczególnie duże, zakażenie to dotyczy 80% ludności zarówno mężczyzn jak i kobiet.

Zakażenie Helikobakter pylori związane jest również z występowaniem choroby wrzodowej żołądka. Ostatecznie jednak nie wyjaśniony jest wpływ tej choroby na rozwój raka żołądka, ale wykazano że u pacjentów leczonych z powodu wrzodu żołądka ryzyko zachorowania jest dwukrotnie większe niż w ogólnej populacji.

Duży wpływ na rozwój raka żołądka ma nieprawidłowa dieta. Spożywanie soli w dużych ilościach, wędzonych produktów, żywności konserwowanej, przetworzonej zwiększa zachorowalność. Natomiast dieta bogata w owoce i warzywa zawierające witaminę C i karoten działać może ochronnie. Czynnikiem zwiększającym zachorowalność na nowotwór żołądka jest również palenie tytoniu i picie alkoholu stężonego [4,7,8].

Epidemiologia choroby nowotworowej żołądka

W latach 60 XX w. Polsce nowotwory złośliwe żołądka były główną przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn (33,2%) jak i u kobiet (21,6%). Natomiast w latach 90-tych stanowiły one drugą przyczynę zgonów mężczyzn (9,5%) i trzecią u kobiet (7%).

Mimo wyraźnie zaznaczonej tendencji spadkowej, zapadalność na raka żołądka w Polsce, nadal stanowi największy w Europie i na świecie. Nasz kraj zajmuje 5 miejsce, wyprzedzając Kostarykę, Japonię, Chile oraz Węgry. Co roku notuje się około 6400 nowych zachorowań, prawie trzykrotnie częściej chorują mężczyźni. Rak żołądka u mężczyzn występuje częściej w populacji wiejskiej niż w miejskiej, a u kobiet natomiast w populacji miejskiej. Szczyt zachorowań przypada na szóstą dekadę życia. Chorzy poniżej 40 r.ż. stanowią 2,4-7,9% ogółu chorych na raka żołądka. Największe ryzyko zgonu z powodu raka żołądka ma miejsce na Górnym Śląsku i środkowo-północnej Polsce, a najniższe we wschodniej części kraju. Wśród złośliwych nowotworów żołądka najczęściej występującymi są gruczolakoraki-95%, pozostałe nowotwory złośliwe wywodzące się z tkanki mezenchymalnej stanowią 5% [7,23].

Objawy kliniczne raka żołądka

Rak żołądka jest podstępą chorobą. Początkowo objawy są niecharakterystyczne i mogą przypominać objawy spotykane w innych nowotworach lub schorzeniach żołądka nienowotworowych. Pierwsze objawy są bagatelizowane przez pacjenta jak i również przez lekarzy pierwszego kontaktu, a ma to właśnie duży wpływ na zbyt późne rozpoznanie raka żołądka w Polsce.

Najczęstszymi objawami są:

- bolesność w nadbrzuszu,
- utrata łaknienia,
- zaburzenia połykania,
- wymioty,
- spadek masy ciała,
- smoliste stolce w przypadku krwawień [11,21].

Podział nowotworów żołądka

Na raka gruczolowego (adenocarcinoma) choruje 95% pacjentów. Spośród klasyfikacji mikroskopowych najczęściej stosuje się klasyfikację Laurena [7].

Podstawowa klasyfikacja histopatologiczna raka żołądka zdefiniowana w 1965r. nazywana klasyfikacją Lauren:

- Lauren I – typ jelitowy,
- Lauren II – typ rozlany,
- Lauren III – typ mieszany [10,11,24].

Klasyfikacja Lauren wykazuje największą zgodność pomiędzy rozpoznaniem histopatologicznym, a rokowaniem.

Typ jelitowy spotyka się częściej w krajach, gdzie występuje wysokie ryzyko zachorowania na nowotwór żołądka, jest również związany z czynnikami środowiskowymi. Występuje u osób starszych, częściej u mężczyzn. W dużej części przypadkowo ogranicza się do części przedodźwiernikowej. Makroskopowo jest to postać polipowata lub owrzodziała, dobrze odgraniczoną od otoczenia. Komórki dobrze zróżnicowane, wzrost nowotworu jest rozprężający. Jest to lepiej rokujący typ raka [7]. Ten typ dotyczy około 50% wszystkich raków żołądka. Są to raki gruczolowe o cytologii jelitowej. Rak wówczas jest odgraniczony od tkanek otaczających, umożliwia on mniejszy margines bezpieczeństwa w porównaniu z nowotworem rozlanym [6].

Typ rozlany przypuszcza się, że ma podłoże genetyczne, może występować dziedzicznie, jest związany z grupą krwi A. Występuje tak samo często u mężczyzn jak i u kobiet, dotyczy ludzi młodych i w wieku średnim. Głównie lokalizuje się w trzonie i we wpuszcisku żołądka. Makroskopowo ma postać owrzodzenia z naciekaniami albo rozległe naciekanie o nieostrych granicach. Komórki są słabo zróżnicowane, wzrost nowotworowy ma często charakter wielogniskowy. W typie rozlanym rokowanie jest znacznie gorsze [7]. Ten typ dotyczy około 40% raków żołądka. Architektura histologiczna nowotworu jest znacznie uboga. Występuje naciekanie makroskopowo prawidłowej śluzówki. Nowotwór żołądka o tym typie może się szerzyć wiele centymetrów poza widoczne granice guza. Wymaga wówczas znacznie większego marginesu bezpieczeństwa przy resekcji żołądka niż przy raku typu jelitowego. Nowotwory przewodu pokarmowego [6].

Klasyfikacja TNM pochodzi od trzech łacińskich słów: Tomor, Nodules i Metastases. Tumor opisuje wielkość guza głównego zwanego pierwotnym, Nodules opisuje ilość węzłów chłonnych wokół guza, Metastases określa czy nowotwór rozsiały się do innych części ciała.

Klasyfikacja TNM w chorobie nowotworowej żołądka określa stopień zaawansowania choroby. Ma ona znaczenie w planowaniu leczenia onkologicznego. Ocenia się guz pierwotny (T), okoliczne węzły chłonne (N), oraz przerzuty odległe (M).

Cecha T –guz pierwotny

- Tx – nie można ocenić guza pierwotnego,
- T1 – guz jest ograniczony do błony śluzowej, lub podśluzowej żołądka, bez względu na lokalizację i rozmiar,
- T2- guz dochodzący do błony śluzowej surowiczej,
- T3- guz przechodzący przez błonę śluzową żołądka, ale bez naciekania tkanek/narządów,
- T4- guz naciekający okoliczne tkanki/narządy.

Cecha N - okoliczne węzły chłonne

- Nx – nie można ocenić okolicznych węzłów chłonnych,
- N0 – nie stwierdza się przerzutów w okolicznych węzłach chłonnych,
- N1 – stwierdza się przerzuty w 1-6 okolicznych węzłach chłonnych,
- N2 – stwierdza się przerzuty w 7-15 okolicznych węzłach chłonnych,
- N3 – stwierdza się przerzuty w ponad 15 okolicznych węzłach chłonnych,

Ilość zmienionych przerzutowo węzłów chłonnych ma duże znaczenie w rokowaniu.

Oceny takiej można dokonać w przypadku ograniczonej jak i poszerzonej limfadenektomii.

Cecha M – przerzuty odległe

- Mx – nie można ocenić przerzutów odległych,
- M0 – nie stwierdza się przerzutów odległych,
- M1 – stwierdza się przerzuty odległe.

W oparciu o klasyfikację TNM ustala się stopień zaawansowania choroby nowotworowej Tabela I.[25,32].

Określenie stopnia zaawansowania ma swoje konsekwencje leczniczo – rokownicze [7].

- W I – III stopniu zaawansowania choroby pacjenci kwalifikują się do doszczętnego leczenia chirurgicznego .
- W IV stopniu uzasadnionym leczeniem jest leczenie paliatywne.

Pięcioletnie przeżycia w zależności od stopnia zaawansowania kształtują się w następujący sposób:

- I stopień – 90% chorych,
- II - stopień – 60-70% chorych,
- III – stopień – 30% chorych,
- IV stopniu – 5% chorych [7].

Tabela I. Stopnie klinicznego zaawansowania nowotworu[7].

A	T1N0M0
B	T1N1M0T2N0M0
I	T1N2M0T2N1M0T3N0M0
IIA	T2N2M0T3N1M0
IIB	T4N0M0T3N2M0T4N1M0
V	T4N2M0 każde T każde N M1

Diagnostyka nowotworu żołądka

Rozpoznanie raka żołądka opiera się na badaniu przedmiotowym, podmiotowym i badaniach dodatkowych. Uzupełnienie diagnostyki obejmuje badania laboratoryjne, obrazujące, badanie histopatologiczne i badania przesiewowe [7].

W badaniu przedmiotowym nieprawidłowości pojawiają się zbyt późno, np. guz, który wyczuwalny przez powłoki brzuszne, powiększenie wątroby, wodobrzusze, guz przerzutowy do jajnika, wysięk do jamy opłucnej. Gdy stwierdza się obecność tych objawów zwykle jest to zaawansowane stadium nowotworu, a to uniemożliwia radykalne leczenie [7].

Badania diagnostyczne

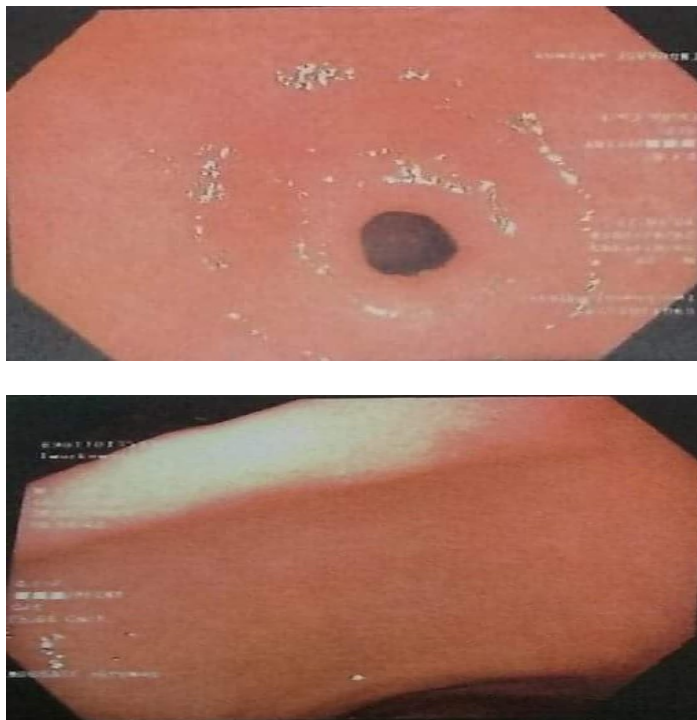
- gastroscopia- jest metodą, która umożliwia dokładną lokalizację guza, możliwość pobrania wycinków ułatwia różnicowanie ze zmianami nienowotworowymi,

- badanie radiologiczne z podwójnym kontrastem uwidacznia stopień zaburzeń drożności przewodu pokarmowego, zwłaszcza jeżeli guz jest położony w okolicach wpustu lub odźwiernika [7,21].

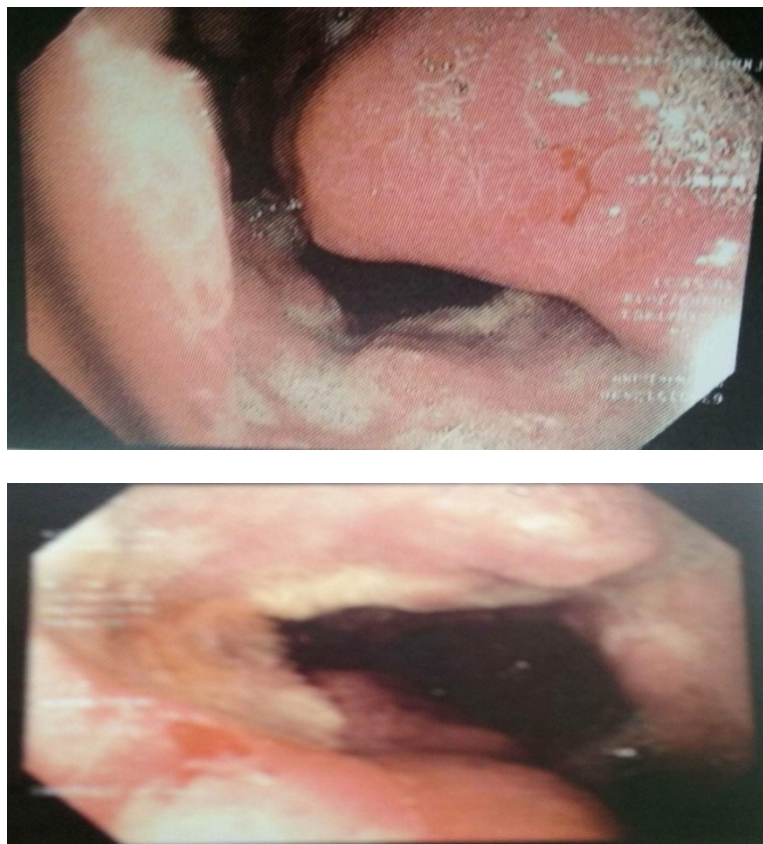
Do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej można wykorzystać następujące badania:

- badania kliniczne,
- endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego -rycina 2,3,4.,
- badanie RTG klatki piersiowej w celu wykluczenia przerzutów,
- ultrasonografia jamy brzusznej w celu oceny przerzutów w węzłach chłonnych oraz narządach jamy brzusznej,
- tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej w celu oceny przerzutów odległych i zaawansowania miejscowego z naciekami oraz przerzutami do węzłów chłonnych,
- rezonans magnetyczny ,
- laparoscopia – ocenia stopień śródtrzewnowych zmian zaawansowanej choroby nowotworowej żołądka, może być wykorzystana w celu wykrycia zmian przerzutowych w wątrobie i w otrzewnej za małych do wykrycia w badaniu tomografii komputerowej [4,7,21].
- oznaczenie markerów nowotworowych- Zaliczamy do nich antygeny: karcynoembrionalne(CEA) ,CA 19-9 i CA 72-4.Łączne oznaczanie tych markerów może być pomocne przy wykrywaniu wczesnej postaci raka żołądka [29].





Rycina 2. Obraz endoskopowy zdrowego żołądka- /źródło własne/



Rycina.4. Obraz endoskopowy raka żołądka – zdjęcia własne

Leczenie nowotworu żołądka

Podstawową metodą leczenia nowotworu żołądka jest leczenia operacyjne. Jeżeli rozpoznano raka o typie jelitowym można wykonać resekcję żołądka częściową z regionalnymi węzłami chłonnymi. W innym przypadku jest to resekcja całkowita [7].

Operacje laparoskopowe są to zabiegi mniej inwazyjne. Zabiegi wykonywane w obrębie jamy brzusznej są mniej bolesne i sprzyjają krótszemu pobytowi pacjenta w szpitalu [9].

Operacje paliatywne w przeciwieństwie do zabiegów leczniczych, które mają na celu wyleczenie pacjenta z choroby nowotworowej, mają na celu poprawienie jakości życia pacjenta [9].

Zabiegi paliatywne:

- protezowanie wpustu,
- zespolenie omijające żołądkowo-jelitowe,
- operacyjne lub endoskopowe protezowanie wpustu żołądka,
- paliatywna resekcja żołądka [17].

Dodatkowo stosuje się zabiegi:

- **Chemioterapia** - W większości przypadków jest to metoda paliatywna leczenia i nie prowadzi ona do wyleczenia. Wyleczone nowotwory stanowią bardzo mały odsetek wszystkich przypadków np.: rak żołądka, piersi, jelita grubego, płuc i prostaty [9]. Chemioterapię okołoperacyjną stosuje się przed zabiegiem operacyjnym wówczas jest ona lepiej tolerowana przez chorych, wcześniej rozpoczyna się leczenie mikroprzerzutów oraz tworzenie przerzutów w trakcie zabiegu. Stosowane są trzy kursy przed operacją i trzy po operacji [22,31]. Chemioterapia jest stosowana uzupełniająco, nie ma jednak potwierdzenia, że ma ona wpływ na poprawę wyników leczenia [11].
- **Radioterapia** - pod pojęciem radioterapii rozumiemy użycie promieniowania jonizującego w leczeniu łagodnych jak i złośliwych chorób nowotworowych [9]. W leczeniu nowotworu żołądka rola radioterapii jest nieduża, bo większość nowotworów jest oporna na promieniowanie jonizujące. Dlatego też radioterapia jest to metoda

uzupełniająca miejscowo zaawansowanego raka żołądka ,jako radioterapia śródoperacyjna [22].

Udział pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego z nowotworem żołądka

Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego ma na celu bezpieczne przeprowadzenie zabiegu jak i zmniejszenie powikłań po zabiegu. W przygotowaniu do zabiegu bierze udział cały zespół terapeutyczny. W skład tego zespołu wchodzi :lekarz chirurg, lekarz anestezjolog, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant oraz lekarze innych specjalności, którzy odgrywają dużą rolę w przygotowaniu pacjenta do zabiegu. Obejmuje ono dwie sfery: psychiczną i fizyczną. Przygotowanie obu tych sfer jest bardzo ważne. Czynności które podejmuje pielęgniarka należą do bardzo ważnych elementów, które stanowią o bezpieczeństwie pacjenta.

Przygotowanie psychiczne - polega na

- rozpoznaniu problemów psychologicznych pacjenta, jego lęków oraz obaw związanych z badaniami i zabiegiem operacyjnym,
- edukacji pacjenta z zakresie ćwiczeń oddechowych i ogólnie usprawniających (gimnastyka oddechowa, kinezyterapia),
- pozyskaniu pacjenta do współpracy z zespołem terapeutycznym oraz uświadomienie go o odpowiedzialności za przebieg okresu okołoperacyjnego [29,30].

Przygotowanie fizyczne częściowo rozpoczyna się w warunkach ambulatoryjnych – jeżeli jest to możliwe i obejmuje:

- szczepienie przeciw WZW typ B,
- wykonanie EKG oraz częściowe badania specjalistyczne, w celu potwierdzenia rozpoznania np. gastroscopia z pobraniem tkanek do badania histopatologicznego,
- Rtg przeglądowe jamy brzusznej z użyciem podwójnego kontrastu lub środków cieniujących,
- pobranie krwi do badań [29,30].

W dniu poprzedzającym zabieg odbywa się wizyta lekarza anestezjologa, który ocenia stan pacjenta, zleca premedykację przed zabiegiem oraz odpowiada na pytania nurtujące pacjenta. Bardzo ważne jest podpisanie zgody na zabieg przez pacjenta [29,30].

Przygotowanie w dniu zabiegu polega na:

- założeniu dostępu dożylnego,
- jeżeli zachodzi potrzeba to założenie zgłębnika do żołądka w celu odbarczenia zalegającej treści,
- pozostawanie na czczo do chwili zabiegu,
- wykonanie kąpieli całego ciała,
- przygotowanie pola operacyjnego (powinno się odbyć w dniu zabiegu ze względu na zmniejszenie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej),
- założenie do pęcherza moczowego cewnika Folleya.[29,16,21]

Rano bezpośrednio przed zabiegiem pielęgniarka pomaga w przebraniu się pacjenta w szpitalną koszulę. Przypomina o wyjęciu protez zębowych, okularów, szkieł kontaktowych oraz innych ozdób metalowych.

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem żołądka poddanego leczeniu chirurgicznemu

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym pacjent powinien przebywać na tzw. sali wybudzeń. Gdy następuje powrót odruchów oraz ustabilizowane są funkcje życiowe zostaje przekazany na oddział pooperacyjny lub chirurgii onkologicznej. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń, powinien być przekazany na OIOM i tam pozostać aż się ustabilizuje.

Bezpośrednie postępowanie pooperacyjne to okres 24 godzin po operacji. Opieka nad pacjentem po resekcji żołądka obejmuje:

- ocenę świadomości pacjenta,
- ocenę zabarwienia skóry oraz błon śluzowych,
- kontrolę parametrów życiowych(RR, HR, puls oksymetria , zapis EKG, wartości OCŻ(szczególnie u pacjentów z chorobami sercowo- naczyniowymi), temperaturę ciała, diurezę,
- niwelowanie nudności i wymiotów poprzez polecenie wykonania przez pacjenta głębokich oddechów, a w przypadku gdy założony jest zgłębnik do żołądka aspiracja zalegającej treści oraz pielęgnacja błony śluzowej nosa w miejscu założenia zgłębnika,

- obserwacja opatrunku (czystość opatrunku, drenów, ilości i kontrola spływającej treści),
- ocena i monitorowanie bólu, podawanie leków przeciw bólowych według zleceń lekarskich oraz obserwacja reakcji na podany lek,
- stosowanie tlenoterapii,
- ułożenie pacjenta (pozycja półwysoka na plecach i półwysoka na boku w razie nudności i wymiotów,
- prowadzenie bilansu wodno- elektrolitowego,
- stosowanie profilaktyki przeciw zakrzepowej,
- zapobieganie zakażeniom miejsca operowanego, układu moczowego z powodu założenia cewnika Folleya, oraz miejsca wklucia,
- zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego,
- dokumentowanie wszystkich czynności wykonywanych przez pielęgniarkę [16].

Powikłania po resekcji żołądka

Leczenie chirurgiczne stanowi najskuteczniejszy sposób leczenia wczesnych oraz zaawansowanych nowotworów żołądka. Resekcje żołądka wykonuje się całkowite lub prawie całkowite z przylegającymi węzłami chłonnymi i zachowaniem wolnego od nacieku nowotworu marginesem tkanek .Jeżeli jest potrzeba wycina się zajęte sąsiadujące narządy i struktury, a zabieg poszerza się o wycięcie dalszych węzłów chłonnych. Rodzaj zabiegu zależy od stopnia zaawansowania i nacieku guza oraz od tego gdzie jest umiejscowiony[13].

Powikłania po leczeniu chirurgicznym mogą wystąpić nie zależnie od wykonanego zabiegu bezpośredni po operacji i są to powikłania wczesne(do 30dni po zabiegu),oraz późne(po 30 dniach od operacji)[26].

Powikłania po resekcji żołądka wczesne

- nieszczelność zespolenia,
- ropień śródtrzewnowy,
- niedrożność przewodu pokarmowego,
- krwawienie,
- infekcja rany pooperacyjnej,
- rozejście się rany,
- zespół małego żołądka.

Nieszczelność zespolenia w szczególności dotyczy zespolenia przełykowo – jelitowego po resekcji całkowitej. Jest to poważne powikłanie oraz przyczyna pooperacyjnej śmiertelności. Do nieszczelności zespolenia dochodzi najczęściej w ok.4-5 dzień po operacji[26].

Ropień śródtrzewnowy może stanowić ok.2-3% przypadków, a po resekcji żołądka w ok.5% przypadków, a po dystalnej gastrektomii ok.1,3% przypadków. Najczęściej ropnie występują w loży po śledzionie którą usuwa się przy poszerzonej gastrektomii. Objawem ropni jest wysoka gorączka 39-40 stopni, wysoka leukocytoza do 20tyś, bolesność jamy brzusznej oraz przy badaniu per rectum.[26].

Niedrożność przewodu pokarmowego po operacji żołądka średni występuje w ok.2% przypadków, zaś po gastrektomii 4% przypadków, po dystalnej resekcji 1,5% przypadków. Czynnościowa niedrożność po resekcji żołądka może trwać kilka tygodni zazwyczaj cofa się w ciągu 4-12dni. Do podstawowych objawów niedrożności zalicza się: zaleganie treści żołądkowej, bóle oraz wzdęcia w przypadku niedrożności wysokiej, a do zatrzymania gazów i stolca przy niedrożności niskiej[26].

Krwawienie można zaobserwować częściej do światła przewodu pokarmowego lub rzadziej do jamy otrzewnej. Może to stanowić 1,3% przypadków, a po gastrektomii ok.2,9% przypadków, po dystalnej resekcji w ok.0,7% przypadków. Krwawienie to wczesny objaw powikłania pooperacyjnego i pojawia się w pierwszych 48 godzinach po operacji[26].

Do infekcji rany pooperacyjnej zalicza się ropień rany. Występowanie powikłania w postaci ropnia w dużym stopniu zależy od stanu aseptyki na bloku operacyjny oraz na oddziałach. Jeżeli dochodzi do infekcji rany pooperacyjnej objawami są: zaczerwienienie, gorączka oraz podwyższona leukocytoza powyżej 14tyś[26].

Rozejście się rany pooperacyjnej występuje rzadko średni w ok.0,1-0,6% przypadków. Występuje raczej z technicznego błędu podczas zamykania powłok brzusznych. Objawem jest wstawienie pętli jelitowej w ranę pooperacyjną i aby zapobiec martwicy jelita potrzebna jest interwencja chirurga w celu ponownego zszycia powłok brzusznych[26].

Zespól małego żołądka cechuje się uczuciem pełności, mdłościami, odbijaniem, a nawet wymiotami zaraz po zjedzeniu posiłku. Jest to objaw ograniczonej pojemności żołądka, gdy jest usunięte 75% żołądka. Dolegliwości te występują w ciągu kilku miesięcy do roku. Dlatego też w okresie pooperacyjnym zaleca się pacjentom spożywanie częstych posiłków ale w małych ilościach [26].

Powikłania po resekcji żołądka późne

- zespół poposiłkowy,
- refluksowe zapalenie błony śluzowej żołądka,
- powikłania metaboliczne(niedokrwistość, niedożywienie).

Zespół poposiłkowy występuje w, czasie spożywania posiłku lub bezpośrednio po posiłku. Objawy to uczucie pełności, mdłości z wymiotami, rozpieranie w nadbrzuszu, wzdęcia brzucha, zawroty głowy, kołatanie serca, biegunka. Czas trwania objawów od 20minut do 2 godzin. Wyróżnia się wczesny zespół poposiłkowy i późny. Wczesny występuje bezpośrednio po spożyciu posiłku. Późny zespół poposiłkowy związany jest z hiperinsulinomią oraz wtórnym zmniejszeniem stężenia węglowodanów w surowicy krwi. Występuje on po spożyciu węglowodanów[26].

Refluksowe zapalenie błony śluzowej żołądka wiąże się z niewydolnością odźwiernika oraz z jego utratą podczas resekcji żołądka z zespoleniem kikuta żołądka z dwunastnicą. Objawami wówczas są: bóle w nadbrzuszu, które nasilają się po spożyciu posiłku oraz mdłości i wymioty[26].

Do powikłań metabolicznych dochodzi wówczas gdy jest całkowita resekcja żołądka rzadziej przy częściowej resekcji. Do powikłań metabolicznych można zaliczyć utratę masy ciała oraz niedożywienie jak i również niedokrwistość. Do niedożywienia po operacji żołądka dochodzi przy ograniczonej podaży pokarmu(z powodu bólu ,wymiotów, zespołu poposiłkowego, zespołu małego żołądka, refluksowego zapalenia błony śluzowej żołądka), złego wchłaniania pokarmu z powodu szybkiego pasażu i zaburzeń flory bakteryjnej oraz nadmiernej utraty tłuszczu ze stolcem.

Niedokrwistość jest ubocznym objawem resekcji żołądka dochodzi wówczas do upośledzonego wchłaniania żelaza.

Następstwem tego jest obniżony poziom hemoglobiny we krwi, a przy cięższym przebiegu stwierdza się: wypadanie włosów, łamliwość paznokci, pęknięci kątów warg i zaburzenia przelykania.

CEL PRACY

1. Ustalenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z nowotworem żołądka poddanego leczeniu chirurgicznemu,

2. Ustalenie indywidualnego planu opieki pacjenta z nowotworem żołądka poddanego leczeniu chirurgicznemu.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjenta w wieku 59 lat hospitalizowanego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii w Białymstoku po resekcji żołądka. Materiał zebrano w oparciu o:

- obserwację pielęgniarską - jest to gromadzenie informacji o pacjencie poprzez obserwowanie go jak się zachowuje w danej sytuacji,
- wywiad pielęgniarski - jest to zaplanowana i ukierunkowana rozmowa, która prowadzi do zgromadzenia danych o pacjencie, prowadzenie wywiadu można prowadzić w oparciu o pytania zawarte w indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej.
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych i funkcji organizmu.
- analizę dokumentacji medycznej (historia choroby, indywidualna karta zleceń lekarskich, indywidualną kartę opieki pielęgniarskiej, kartą gorączkową, oraz wyniki badań), jest ona dobrym źródłem danych o pacjencie [11].

Proces pielęgnowania według V. Henderson jest to „uporządkowany i systematyczny sposób określania indywidualnych problemów człowieka, ustalania planów ich rozwiązania, realizowania ich oraz ich ocena” [27].

Proces pielęgnowania składa się z czterech etapów:

I Etap Rozpoznanie stanu pacjenta

Etap ten polega na gromadzeniu danych o pacjencie, analizowaniu i syntetyzowaniu tych danych oraz stawianiu oraz stawianiu odpowiedniej diagnozy.

II Etap Planowanie procesu pielęgnowania

Etap ten polega na ustaleniu celu opieki pielęgniarskiej, dobraniu sposobu działań, sprzętu i ludzi potrzebnych do formułowania planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem.

III Etap Realizowanie planu opieki

Etap ten wyraża gotowość pielęgniarki do realizowania opieki, oraz gotowość pacjenta do przyjęcia planu opieki pielęgniarskiej.

IV Etap Ocenianie uzyskanych wyników

Etap ten polega na posumowaniu działań, które zostały podjęte i formułowaniu ich oceny [21,27].

WYNIKI

Opis przypadku

59 letni pacjent, wdowiec mieszkający samotnie za miastem, leczący się wcześniej na chorobę wrzodowa żołądka. Choroba ta przebiegała z okresami zaostrzeń i remisji. Od kilku miesięcy pacjent skarżył się na brak apetytu, który przypisywał sobie do niechęci przygotowywania posiłków samemu sobie. Chory schudł ok. 10 kg w przeciągu ostatniego pół roku. Od 4 miesięcy chory coraz częściej zaczął odczuwać ból w nadbrzuszu oraz uczucie pełności nawet po zjedzeniu małego posiłku. Występowały wymioty oraz zaparcia na przemian z biegunką. W ostatnich dniach zauważył występowanie smolistego stolca.

Po wizycie u lekarza rodzinnego został skierowany do szpitala powiatowego celem wykonania badań diagnostycznych. Pacjentowi wykonano gastroskopię z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego w wyniku czego rozpoznano nowotwór żołądka. Pacjenta skierowano na Oddział Chirurgii Onkologicznej celem leczenia operacyjnego.

Przy przyjęciu na oddział stan pacjenta był dość dobry. Pacjent wychudzony BMI=20, jama brzuszna miękka bez objawów patologii, perystaltyka spokojna. Wykonano badanie Ekg i badania laboratoryjne, których wskaźniki są w granicach normy.

Pacjentowi wykonano radykalną resekcję żołądka. Została założona śródoperacyjnie sonda Flocare w celu zapewnienia żywienia dojelitowego. Z loży pooperacyjnej został wyprowadzony dren Petzera. Do pęcherza moczowego założono cewnik Folleya. Do żyły podobojczykowej założono wkłucie do późniejszego żywienia pozajelitowego.

Podczas wywiadu pielęgniarskiego pacjent znajduje się w I dobie po zabiegu. Monitorowane są parametry życiowe, których wartość wynosi RR 100/52, HR 73 u/min, ciepłota ciała 37,8°C. Pacjent świadomy, logiczny, na wszystkie polecenia odpowiada prawidłowo w skali Glasgow otrzymał 15pkt. Opatrunek na ranie pooperacyjnej suchy.

Drenaż rany utrzymany, drożny. Z drenu spływa ok.30 ml treści surowiczo krwistej. Sonda Flocar zamknięta pozostaje zamknięta. Cewnik Folleya drożny utrzymany diureza prawidłowa ,mocz klarowny. U pacjenta wchłaniają się płyny infuzyjne oraz we wlewie ciągłym leki p/bólowe (Morfina 40mg we wlewie ciągłym o przepływie 2ml /h oraz dodatkowo Pyralginę 1g 2xna dobę). Zlecono również antybiotyki oraz leki p/zakrzepowe (Tarsime 1,5g 2x na dobę a p/zakrzepowo Fraxyparynę 0,4ml)). Pacjent zgłasza pomimo podawanych leków ból w okolicy rany pooperacyjnej o nasileniu 6pkt w skali VAS oraz trudności z zasypianiem ze względu na stres związany z rozpoznaniem choroby i hospitalizacją. Pacjent leżący, ale z pomocą personelu siada i zmienia pozycję. Odleżyn nie ma w skali Norton 16 pkt.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjenta z nowotworem żołądka

Problem pielęgnacyjny I- Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia i oddechowego w bezpośrednim okresie pooperacyjnym

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Działania pielęgniarskie:

- ocena stanu świadomości pacjenta,
- kontrola parametrów życiowych (oddechu, RR, HR, temperatury) oraz prowadzenie dokumentacji medycznej,
- odpowiednie ułożenie pacjenta (pozycja półwysoka),
- obserwowanie zabarwienia skóry w kierunku niedotlenienia, sinicy,
- nacieranie i oklepywanie pleców,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej,
- kontrola bilansu wodno- elektrolitowego,
- podawanie tlenu na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Powikłania krążeniowo- oddechowe nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny II- Niebezpieczeństwo wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej

Cel opieki : Zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej w kierunku, krwawienia,
- kontrola drenażu co do ilości i jakości spływającej treści,
- kontrola parametrów życiowych(RR, HR, oddech, temperatura, stan świadomości),
- obserwacja pacjenta – zabarwień powłok skórnych,

- prowadzenie karty obserwacji miejsca operowanego,
- pobieranie krwi do badań na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarских: Krwawienie z rany pooperacyjnej nie wystąpiło.

Problem pielęgnacyjny III - Ból rany pooperacyjnej

Cel opieki: Zmniejszenie lub zniwelowanie bólu.

Działania pielęgniarские:

- ocena natężenia bólu np. w skali VAS,
- ułożenie pacjenta pozycji zmniejszającej napięcie powłok skórnych,
- pomoc w zmianie pozycji,
- podawanie leków p/bólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- obserwacja skuteczności podawanych leków,
- zlikwidowanie czynników nasilających ból,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- prowadzenie karty bólu pooperacyjnego.

Ocena działań pielęgniarских: Ból wokół rany pooperacyjnej zmniejszył się.

Problem pielęgnacyjny IV- Ryzyko wystąpienia infekcji rany pooperacyjnej

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu infekcji rany pooperacyjnej.

Działania pielęgniarские:

- asystowanie przy zmianie opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja opatrunku w kierunku ilości i jakości wydzieliny jak i prawidłowości jego zamocowania,
- kontrolowanie drożności drenów poprzez ,obserwację prawidłowego ułożenia i umocowania(czy nie jest zagięty lub czymś przyciśnięty),
- zwracanie uwagi na szczelność połączenia drenów oraz utrzymanie woreczka zbiorczego poniżej poziomu łóżka,
- obserwowanie ilości oraz jakości wydzieliny i zapisywanie danych w dokumentacji medycznej,
- przestrzeganie zasad higieny osobistej pacjenta oraz jej otoczenia,
- stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki
- stosowanie antybiotykoterapii na zlecenie lekarza,
- prowadzenie karty obserwacji miejsca operowanego.

Ocena działań pielęgniarских: Zakażenia rany nie zaobserwowano.

Problem pielęgnacyjny V- Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno –elektrolitowych

Cel opieki :Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno - elektrolitowych

Działania pielęgniarские:

- obserwacja stanu nawodnienia pacjenta poprzez ocenę stanu śluzówek jamy ustnej, napięcia powłok skórnych,
- prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych,
- kontrola ilości i jakości wydalanego moczu,
- kontrola stężenia elektrolitów na zlecenie lekarza,
- nawilżenie ust pacjenta,
- w razie potrzeby uzupełnianie niedoborów elektrolitowych na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent nawodniony odpowiednio, niedobory elektrolitowe nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny VI- Dyskomfort pacjenta spowodowany utrzymaniem sondy Flocare

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego utrzymaniem sondy Flocare.

Działania pielęgniarские:

- zabezpieczenie sondy przed wypadnięciem specjalnym plasterkiem „noskiem”,
- pomoc przy wykonaniu toalety nosowej,
- wyjaśnienie choremu konieczności utrzymania sondy,
- obserwowanie miejsca umocowania sondy w celu wczesnego wykrycia zaczerwienienia, zmian ropnych, alergicznych,
- stosowanie środków zmniejszających dyskomfort w miejscu założenia sondy(maści witaminowe i znieczuleniowe)
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali chorego,

Ocena działań pielęgniarских: Dyskomfort pacjenta w związku z utrzymaniem sondy Flocare zmniejszył się.

Problem pielęgnacyjny VII- Niebezpieczeństwo wystąpienia zakażenia dróg moczowych z powodu założonego do pęcherza moczowego cewnika Folleya.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpienia zakażeń dróg moczowych w związku z założonym cewnikiem Folleya

Działania pielęgniarские:

- kontrola diurezy,
- obserwacja moczu pod względem barwy, zapachu, przejrzystości,

- postępowanie aseptyczne z cewnikiem,
- utrzymywanie worka zbiorczego poniżej poziomu pęcherza moczowego,
- prowadzenie dobowej zbiórki moczu,
- kontrolowanie drożności cewnika,
- utrzymanie higieny osobistej pacjenta i jej otoczenia,
- edukacja pacjenta w kierunku zgłaszania objawów pieczenia cewki moczowej czy bólów w okolicy spojenia łonowego,
- pobieranie moczu do badań na zlecenie lekarza.

Ocena działań pielęgniarских: Zakażenie dróg moczowych nie wystąpiło.

Problem pielęgnacyjny VIII- Ryzyko powstania zakażenia w miejscu wkłucia podobojczykowego.

Cel opieki: Ograniczenie możliwości wystąpienia zakażenia w miejscu założenia wkłucia podobojczykowego.

Działania pielęgniarские:

- obserwowanie drożności cewnika pod kątem występowania zmian zapalnych, niedrożności, wypadnięcia itp,
- płukanie cewnika 0,9%NaCl z Heparyną po upływie 5 godzin od używania,
- wymiana opatrunku przy założeniu cewnika z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja cewnika w kierunku możliwych zakażeń,
- prowadzenie karty obserwacji wkłuc centralnych.

Ocena działań pielęgniarских: Zakażenia w miejscu wkłucia nie zaobserwowano.

Problem pielęgnacyjny IX- Ryzyko wystąpienia powikłań w związku z ograniczoną aktywnością ruchową po przebytym zabiegu operacyjnym.

Cel opieki: Zapobieganie powikłaniom wynikający z ograniczonej aktywności ruchowej.

Działania pielęgniarские:

- ocena stopnia samodzielności za pomocą skali Barthel ,
- pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych,
- zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych,
- oklepywanie klatki piersiowej,
- wykonywanie nebulizacji,
- stosowanie profilaktyki p/odleży nowej: zmiana pozycji co 2 godziny,

- stosowanie profilaktyki p/zakrzepowej: podawanie heparyny drobnocząsteczkowej,
- zapewnienie kontaktu z rehabilitantem,
- zachęcanie rodziny do uczestniczenia w opiece nad chorym.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent chętnie bierze udział w usprawnianiu. Powikłania w związku z ograniczoną aktywnością ruchową nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny X - Niepokój związany z efektami leczenia i stanem zdrowia pacjenta.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju, zapewnienie bezpieczeństwa choremu.

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie spokojnej i przyjaznej atmosfery, częste przebywanie z chorym,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu uzyskania informacji o przebiegu zabiegu,
- ułatwienie kontaktu z rodziną,
- wyjaśnienie celowości wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych,
- okazanie życzliwości.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent jest spokojniejszy w oczekiwaniu na wynik operacji.

Problem pielęgnacyjny XI- Deficyt wiedzy na temat diety stosowanej po zabiegu .

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy na temat odpowiedniej diety.

Działania pielęgniarskie:

- poinformowanie o konieczności zmiany dotychczasowej diety na dietę lekkostrawną, wysokobiałkową,
- umożliwienie kontaktu z dietetykiem,
- dostarczenie odpowiednich materiałów dotyczących żywienia po przebiegu zabiegu (gazety, broszury).

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent posiada większą wiedzę na temat odpowiedniej diety po przebiegu zabiegu.

Problem pielęgnacyjny XII - Ryzyko wystąpienia powikłania tzw. zespołu poposiłkowego.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu zespołu poposiłkowego.

Działania pielęgniarskie:

- wyjaśnienie pacjentowi konieczności zgłaszania niepokojących objawów jak wzdęcia, odbijania, uczucie osłabienia, pełności,
- zalecenie pacjentowi odpoczynku w pozycji leżącej szczególnie po posiłku 0,5 godz. w celu złagodzenia objawów,

- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia objawów.
- udzielenie pacjentowi wskazówek dotyczących złagodzenia mogących wystąpić dolegliwości jak i zapobieganie im.

Ocena działań pielęgniarских: Objawy zespołu poposiłkowego zmniejszyły się.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- obserwowanie miejsca operowanego pod kątem zaczerwienień , obrzęków, wysięków,
- zgłaszanie się na wizyty kontrolne według zaleceń operatora,
- mycie miejsca operowanego mydłem pod bieżącą wodą i dokładne i delikatne osuszanie,
- ograniczenie spożywania jednorazowo dużej ilości płynów,
- spożywanie płynów najlepiej między posiłkami(herbata, woda niegazowana),
- stosowanie diety wysokobiałkowej,
- wykluczenie z diety produktów zawierających błonnik oraz produktów wzdymających , ostrych przypraw,
- spożywanie posiłków gotowanych ,pieczonych w pergaminie lub folii(unikać posiłków smażonych),
- wykluczenie alkoholu , nikotyny, mocnej kawy oraz gazowanych napojów,
- spożywanie posiłków posilki często, ale w niewielkich porcjach i dokładne ich rozgryzanie i przeżuwanie ,
- Ograniczenie spożycia mleka ponieważ często powoduje biegunki oraz węglowodanów prostych tj.: cukier, czekolada ,słodczy miód ponieważ mogą nasilać objawów zespołu poposiłkowego,
- uzupełnienie niedoborów Wit.B12 , kwasu foliowego ,oraz żelaza według zleceń lekarza.

PIŚMIENNICTWO

1. Bochenek A., Reicher M. :Anatomia człowieka tom II PZWL Warszawa 2008,212.
2. Ciechanowicz W. :Pielęgniarstwo ćwiczenia PZWL Warszawa 2014,74-75
3. Cizek B. Maciejewski R.: Anatomia i Fizjologia Człowieka. wyd. Elsevier Urban& Partner Wrocław 2012, 305-306,308-309.

4. Chabner T. ,Lunch Ir. Longo D.L.(red.)Harrison D.P.: Onkologia , Blaszkowsky L.S.: Rak żołądka wyd. Czelej Lublin 2009,252-283.
5. Deptała A.,Wojtukiewicz M.Z. :Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego wyd. Asteria Med. Gdańsk 2016,212
6. Fuchs R. ,Guggenberger D., Neuman U.,Trantwein Ch.(red.)Polkowski W.: Nowotwory przewodu pokarmowego. Diagnostyka i leczenie. Rak żołądka. wyd. Czelej Lublin 2012,46.
7. Głuszek S.: Chirurgia .Choroby żołądka i dwunastnicy. wyd.Czelej Lublin 2008,302-306.
8. Gonciarz M. ,Gonciarz Z. :Kompedium gastroenterologiczne. wyd. TermediaPoznań 2017,13.
9. Hochel M. ,Hecke V.,Nagel G.A.(red.) Serkies K.: Pacjent z chorobą nowotworową. Wyd Pharm Polska Wrocław 2010,36-37,40.
10. Jakubik J., Tenderenda M.: Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy. Nowotwory żołądka. wyd. Via Medica Gdańsk 2013,173.
11. Jeziorski A.: Onkologia wyd. PZWL Warszawa 2015,14,117-119.
12. Jeziorski K.G.: Leczenie okołoooperacyjne raka żołądka. Onkologia w praktyce klinicznej.2010;6(4),153-159.
13. Jeziorski A., Szawłowski A.W., Towpik E.: Chirurgia onkologiczna PZWL Warszawa 2009,1048-1054.
14. Jurkowska G., Łagoda K. Pielęgniarstwo internistyczne. PZWL Warszawa 2015,287-288.
15. Karpień E., Jałowiecki P.: Ogólne powikłania pooperacyjne PZWL Warszawa2009,25-26.
16. Kędzira-Kornatowska K., Muszałik .PZWL Warszawa 2010,235-236.
17. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL Warszawa 2011,139-140.
18. Krechowicki A., Czerwiński F. :Zarys Anatomii Człowieka .PZWL Warszawa 2015,408 409.
19. Krzakowski M. ,Potemski P. ,Warzocka K., Wysocki P.: Onkologia kliniczna tom I Via Medica Gdańsk 2014,79.
20. Malinowska M., Nasierowska - Guttmeier A.: Polish Journal of pathology. Epidemiologia patogeneza raka żołądka. Diagnostyka przelyku i żołądka.2013,17.
21. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium cz I .Podstawy chirurgii. PZWL Warszawa 2014,68 74.
22. Ochendusko S.: Nowe perspektywy w leczeniu systemowym raka żołądka. Nowotwory 2008;58(2),160-166.
23. Pazdur R., Wagman L.D., Camphausen K.A., Hoskirus W.J.(red.) Krzakowski M. Kawecki A.: Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne .wyd.Czelej Lublin 2011,189-

190.

24. Popiela T., Legutko J.: Nowotwory żołądka. Jezierski A., Szawłowski A.W. Towpik E.(red.) Chirurgia onkologiczna .PZWL Warszawa 2008 ,1035-1071.
25. Sobin L.H., Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch.(red.)Piekarski J.: TNM Klasyfikacja nowotworów złośliwych .wyd. VIA Medica Gdańsk 2010,59-61.
26. Szawłowski A.W., Stojcev Z.: Powikłania chirurgii onkologicznej. Występowanie leczenia. Powikłania chirurgicznego leczenia nowotworów żołądka. PZWL Warszawa 2014,106-107.
27. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa –podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. PZWL Warszawa 2015,44,240,242-247.
28. Talarska D., Zozulińska – Ziółkiewicz D.: Pielęgniarstwo internistyczne PZWL Warszawa 2017,61-62.
29. Walawska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL Warszawa 2014,176-183,43-404,406.
30. Walawska E., Ścisło L.: Procedury pielęgniarские w chirurgii. PZWL Warszawa 2015,1-3.
31. Wełnicka –Jaśkiewicz M.: Rak żołądka-nieoperacyjne metody leczenia .Gastroenterologia kliniczna 2011;3(1),36-45.
32. Wysocka J., Kruszyna T., Wysocki W.: Rak żołądka. Nowa klasyfikacja TNM (2010). Medycyna Praktyczna. Chirurgia 2010,100-101.

PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTA ZE ZDIAGNOZOWANĄ CUKRZYCĄ TYPU 1

Monika Prusinowska¹, Beata Kowalewska², Katarzyna Łagoda³

1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Cukrzyca jest chorobą znaną już od czasów starożytnych. Najtrafniejszym jej opisem klinicznym z tego okresu posłużył się Areteusz z Kapadocji. Jako pierwszy użył słowa *diabetes* oznaczające *siphonczyli* kanał. Zauważył, że chory miał wzmożone pragnienie i oddawał duże ilości moczu [cyt. za1]. Większość opisów choroby do wieku XIX charakteryzowało objawy cukrzycy typu 1 w związku z jej gwałtownym przebiegiem i śmiercią na skutek śpiączki cukrzycowej [2]. W 1769r. William Cullen odróżnił cukrzycę od moczówki prostej i nadał jej nazwę *diabetesmellitus*. Sto lat później opisano retinopatię cukrzycową oraz całkowicie wyeliminowano z diety chorych węglowodany. W 1889r. Eugene L. Opie przeprowadził badania histopatologiczne, w wyniku których doszedł do wniosku, że cukrzyca powstaje na skutek zwyrodnienia wysp trzustkowych. W roku 1922 po raz pierwszy użyto oczyszczonego wyciągu z trzustki w skutecznym leczeniu cukrzycy. Pierwszy pen do wstrzykiwania insuliny powstał w roku 1981. Po roku 2000 wprowadzono wiele ulepszeń takich jak: nowa generacja osobistych pomp do ciągłego wlewu insuliny oraz aparatów do stałego monitorowania stężenia cukru w płynie tkanki podskórnej [cyt za1].

Cukrzyca jest zespołem chorób metabolicznych objawiających się hiperglikemią powstałą na skutek nieprawidłowości w wydzielaniu bądź działaniu insuliny [3]. Wspólną cechą różnych postaci cukrzycy jest przewlekły stan hiperglikemii [4]. Jest to choroba, która łączy się ze zwiększonym ryzykiem powstania powikłań skracających życie pacjentów. W przypadku cukrzycy typu 1 jest to 16 do 20 lat, natomiast w cukrzycy typu 2 długość życia

zostaje skrócona o 4 do 6 lat [5]. Obecny podział typów cukrzycy wg WHOz 1999r. przedstawia Tabela I [6].

Tabela I. Podział typów cukrzycy wg WHO z 1999r. [6].

1. Cukrzyca typu 1
-autoimmunologiczna
-idiopatyczna
2. Cukrzyca typu 2
3. Inne specyficzne typy cukrzycy
4. Cukrzyca ciążowa

Cukrzyca typu 1 ma zazwyczaj nagły początek i wymaga natychmiastowego podania insuliny, większość pacjentów podczas rozpoznania przebywała w szpitalu [2]. Choroba wynika z autoagresji. Nieprawidłowa reakcja układu immunologicznego prowadzi do uszkodzenia wysp trzustkowych. Obecnie nie jest pewne co wywołuje ten proces. Prawdopodobnie predysponują do niego uwarunkowania genetyczne oraz nakładające się na nie czynniki środowiskowe [3]. Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia dwa podtypy cukrzycy typu 1. Cukrzyca typu 1a skutkuje zniszczeniem komórek β i stanem hiperglikemii. Natomiast cukrzyca typu 1b określa sytuacje, gdy nie wykryto procesu autoimmunologicznego ale jej przebieg łączy się ze zbyt niskim poziomem insuliny [2].

Cukrzyca typu 2 łączy się ze zmianami metabolizmu glukozy, spowodowanymi niedoborem insuliny. Chorują na nią w większości osoby starsze. Ma to związek ze zmniejszoną aktywnością fizyczną, otyłością powodowaną niewłaściwymi nawykami żywieniowymi oraz przyjmowaniem znacznej liczby leków [7]. W przypadku rasy białej, stanowi ona 85% wszystkich zachorowań na cukrzycę. W ostatnim dziesięcioleciu zauważono obniżenie wieku diagnozowania cukrzycy tego typu, oraz coraz częstsze zachorowania wśród dzieci. Powodem ciągłego wzrostu zachorowań jest spadek aktywności fizycznej oraz znaczna nadwaga [3].

Cukrzyca LADA (*LatentAutoimmuneDiabetes In Adults*) jest podtypem cukrzycy z autoagresji o powolnym postępowaniu [8]. Jej podłożem jest patologiczna reakcja immunologiczna organizmu. Bywa mylona z cukrzycą typu 2 ponieważ w chwili rozpoznania pacjenci nie muszą przyjmować insuliny. Diagnozowana jest zazwyczaj u młodych osób w wieku 35-40 lat. Charakterystyczne dla tego typu cukrzycy jest powolne niszczenie komórek beta trzustki, ujemny rodzinny wywiad w kierunku wykrycia cukrzycy oraz brak otyłości [9].

Cukrzyca MODY (*MaturityOnsetDiabetes of the Young*) Cechuje ją wczesny początek, również w okresie niemowlęcym. Często towarzyszą jej wady wrodzone, m.in. układu nerwowego, moczowego i słuchu. Objawy mają charakter wyraźnej hiperglikemii z kwasicią metaboliczną oraz stanami zapowiadającymi śpiączkę cukrzycową [3].

Cukrzyca ciążowa GDM (*GestationalDiabetesMellitus*) jest jednym z głównych typów cukrzycy według podziału WHO. Rozpoznawana u kobiet w ciąży. Najczęściej ustępuje po urodzeniu dziecka. Występuje jednak duże ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 w przyszłości. Przebieg choroby jest zwykle łagodny i towarzyszą mu niewielkie podwyższenia poziomu glikemii na czczo, jednak wymaga niekiedy leczenia insuliną [10].

Cukrzyca typu 1 stanowi około 10% ogółu zachorowań na cukrzycę. Objawy choroby mogą pojawić się w każdym wieku, jednak większość zachorowań przypada na okres dzieciństwa i dorastania [11]. Na świecie choruje na nią około 20 mln osób [2]. W Polsce liczba chorych wynosi aktualnie 180 tys. [12] W kraju 80-90% pacjentów stanowią osoby dorosłe. Specyficzną cechą cukrzycy jest geograficzne uwarunkowanie wystąpienia choroby. Największą zapadalność stwierdza się w Skandynawii oraz na Sardynii, natomiast najmniej przypadków występuje w Azji. Ma to związek z obecnością genów, które predysponują do zachorowania oraz warunków środowiskowych [2].

Wskaźniki zapadalności są najwyższe dla wieku 4-6 i 10-14 lat, może się to łączyć z zapadalnością na infekcje i rozwojem insulinooporności. Ryzyko choroby jest podobne u osób płci męskiej i żeńskiej. W państwach gdzie zachorowalność ma średni poziom, ryzyko wynosi 1 : 3000. Jeśli na cukrzycę choruje matka, to ryzyko zachorowania na cukrzycę jej dziecka wynosi 1 : 50, jeśli choruje ojciec, jest to 1 : 15, w przypadku rodzeństwa ryzyko może podnieść się nawet do 1 : 12 [2].

Wystąpienie cukrzycy typu 1 warunkuje wiele czynników pochodzenia środowiskowego. Nie określono pojedynczego czynnika wywołującego chorobę. Do głównych czynników środowiskowych predysponujących do wystąpienia cukrzycy insulinozależnej zalicza się: infekcje wirusowe (wirus świnki, wirus różyczki, rota wirusy, wirus cytomegalii), czynniki żywieniowe (dieta bogata w konserwanty, sztuczne barwniki, rezygnacja z karmienia piersią), substancje toksyczne, stres [4].

Objawy choroby ujawniają się znacznie szybciej w przypadku cukrzycy typu 1 niż w cukrzycy typu 2, gdzie większość przypadków przebiega bez widocznych objawów [13]. Ostre powikłania cukrzycy typu 1 ujawniają się gdy komórki beta trzustki są zniszczone w ok. 90% przez co tracą zdolność sekrecji insuliny [14]. Objawy cukrzycy typu 1 typowe dla hiperglikemii przedstawia Tabela II [3]. Według badań do najczęstszych przyczyn kwasicy ketonowej wynikającej z hiperglikemii należą: błędy w insulinoterapii, alkohol, zbyt późne rozpoznanie cukrzycy typu 1, infekcje wirusowe i bakteryjne [15].

Tabela II. Typowe objawy cukrzycy typu 1 związane z hiperglikemią [3].

objaw	opis
wielomocz (poliuria)	W początkowym etapie choroby ujawnia się nykturią (potrzebą oddawania moczu w nocy), a następnie zwiększeniem ilości moczu wydalanego w ciągu doby.
nadmierne pragnienie (polidypsja)	Najbardziej typowy objaw związany z cukrzycą zgłaszany przez pacjentów. Towarzyszy mu wyschnięcie ust.
zmęczenie i senność	Bywają wynikiem odwodnienia. Zbyt wysoki poziom glukozy powoduje dekoncentrację i wrażenie osłabienia.
spadek masy ciała	Charakterystyczny dla cukrzycy typu 1.
skłonność do infekcji	Typowe są zakażenia układu moczowego gdyż znajdująca się w moczu glukoza jest dobrą pożywką dla bakterii i grzybów.

U 25% chorych występują wszystkie objawy, a u 50% pacjentów manifestują się przynajmniej 2 [3]. Zwykle zwiększają się one w ciągu paru tygodni, jednak u dzieci czy niemowląt czas ujawnienia się objawów może być znacznie krótszy [14].

U dzieci objawy mogą być mniej charakterystyczne i manifestować się jako nudności, moczenie nocne, deficyt łaknienia czy nadpobudliwość. Skuteczne leczenie cukrzycy nie ogranicza się do insulinoterapii, powinno obejmować także prawidłowe żywienie, aktywność fizyczną, a także stałe pogłębianie wiedzy na temat choroby oraz samoopieki, ogranicza to ryzyko wystąpienia powikłań. Częstym powikłaniem insulinoterapii bywa niedocukrzenie [4]. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne definiuje hipoglikemię jako stan, w którym poziom stężenia cukru we krwi jest niższy niż 70 mg/dl. [12] Zależnie od nasilenia objawów wyróżniamy 4 stopnie hipoglikemii (Tabela III.) [16]. Powtarzające się epizody hipoglikemii często prowadzą do urazów i powstania groźnych dla życia powikłań [17].

Tabela III. Klasyfikacja hipoglikemii [16].

hipoglikemia lekka	Brak objawów klinicznych, stężenie glukozy we krwi jest ≤ 70 mg/dl.
hipoglikemia umiarkowana	Wystąpienie charakterystycznych objawów gdy stężenie glukozy wynosi ≤ 70 mg/dl, pacjent jest w stanie opanować objawy samodzielnie.
hipoglikemia ciężka	Ze względu na niskie stężenie glukozy w osoczu pacjent potrzebuje pomocy drugiej osoby w celu przyjęcia glukagonu lub węglowodanów.
hipoglikemia głęboka	Chory traci przytomność.

Stosowanie intensywnej insulinoterapii znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia objawów niedocukrzenia. Występuje wiele czynników indukujących hipoglikemię a najczęstszymi są: interakcje lekowe, przyjęcie zbyt dużej dawki insuliny, ominięcie posiłku, wysiłek fizyczny, alkohol [3].

Ich analiza może skutecznie ograniczyć występowanie niedocukrzenia. Odpowiednio wczesne zauważenie objawów hipoglikemii umożliwia choremu podjęcie kroków, w celu unormowania poziomu stężenia glukozy w osoczu. Zapobiega to neuroglikopenii czyli

objawom mózgowym oraz destrukcji ośrodkowego układu nerwowego. Przykładowe objawy przedstawia Tabela IV.[3].

Tabela IV. Objawy hipoglikemii [3].

Objawy układu autonomicznego	Objawy neuroglikopeniczne (mózgowe)
drżenia rąk i nóg	drgawki
pocenie się	niedowłady
pobudzenie	zawroty i bóle głowy
bladość	agresja i zmiana nastroju
głód	zaburzenia równowagi
tachykardia	bełkotliwa mowa
niepokój	zaburzenia ruchowe
dreszcze	trudności z koncentracją

Badanie przedmiotowe - wymaga oceny ogólnego stanu pacjenta, obliczenia BMI, zwrócenia uwagi na zapach acetonu z ust i szybkość oddechu oraz ostrość widzenia i czucie. Oceniając układ moczowo-płciowy należy określić czy nie wystąpiła infekcja [4].

Nazewnictwo stanów glikemicznych według WHO:

- prawidłowa glikemia na czczo: 70-99 mg/dl
- nieprawidłowa glikemia na czczo: 100-125 mg/dl
- nieprawidłowa tolerancja glukozy: 140-199 mg/dl w 120 minucie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT- *oralglucosetolerance test*)
- stan przedcukrzycowy: nieprawidłowa glikemia na czczo i/lub nieprawidłowa tolerancja glukozy
- cukrzyca: jeśli spełnione jest jedno z kryteriów:
 1. występują objawy hiperglikemii, a glikemia przygodna jest ≥ 200 mg/dl

2. 2-krotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl
3. w 120 minucie OGTT jest ≥ 200 mg/dl [8].

Insulinoterapia. W przypadku całkowitego braku insuliny produkowanej przez komórki β trzustki niezbędne jest leczenie insuliną. Wybór metody leczenia cukrzycy uzależniony jest od typu choroby, wieku pacjenta, jego aspektów psychofizycznych oraz chorób współistniejących.

U pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1 stosuje się głównie model intensywnej czynnościowej insulinoterapii oraz metodę leczenia zewnętrznymi osobistymi pompami insulinowymi [19].

Model intensywnej czynnościowej insulinoterapii polega na podaniu 3-5 dawek insuliny krótkodziałającej drogą podskórną przed posiłkami, a także 2 dawek insuliny o przedłużonym działaniu, przed snem i rano [20]. Jest to zalecany sposób leczenia dlatego, że: naśladuje naturalny sposób uwalniania insuliny przez trzustkę, poprawia jakość życia chorego, ogranicza częstość występowania stanów hipoglikemii oraz hiperglikemii, pomaga utrzymać stan wyrównania metabolicznego cukrzycy [19].

Wstrzykiwanie insuliny o przedłużonym działaniu, długo działających analogów insuliny lub insuliny ludzkiej zapewnia podstawowy poziom insuliny we krwi. Podaje się ją przed śniadaniem ok. godziny 7, następnie wieczorem ok. godziny 22. Dobowe zapotrzebowanie oblicza się według następujących zaleceń:

- 0,2 j./kg m.c./dobę – osoby w remisji cukrzycy
- 0,5 j./kg m.c./dobę – osoby szczupłe chorujący na cukrzycę krótko, od początku przyjmujący insulinę ludzką,
- 0,7–1,0 j./kg m.c./dobę – pacjenci otyli lub długo chorujący na cukrzycę, leczeni w przeszłości insuliną zwierzęcą [19].

Wstrzyknięcie szybko działających preparatów insuliny bądź szybko działających analogów przed posiłkami zastępuje naturalny około posiłkowy wzrost insulinemii. Dawkę insuliny oblicza się według poniższych kryteriów:

- ilość zaplanowanych do spożycia WW (1 WW jest to ilość pożywienia zawierająca 10g węglowodanów przyswajalnych),
- aktualna wartość glikemii przed jedzeniem,
- zaplanowana aktywność fizyczna [19,21].

Optymalne stężenie glukozy we krwi przed posiłkiem wynosi ok. 100 mg%. Jeśli wartość glikemii przekracza 100mg%, to na każde 30-50mg% należy dołączyć 1j. insuliny. Jest to metoda, według której obliczamy dawkę insuliny posługując się obecną wartością glikemii. W przypadku gdy wartości glikemii przed posiłkiem jest niższa niż 100mg% od wyliczonej dawki około posiłkowej należy odjąć 1 j. insuliny [19].

Lekarz za pomocą odpowiedniego przelicznika ustala o ile mg% obniża poziom glikemii we krwi pacjenta 1 j. insuliny. Obliczanie dawki insuliny według zaplanowanej ilości WW polega na mnożeniu liczby WW przez podany przez lekarza przelicznik. Dodatkowa przekąska spożywana przez pacjenta między posiłkami wymaga dodatkowego wstrzyknięcia 1 j. insuliny [19].

Szybkodziałające preparaty insuliny należy wstrzykiwać w tkankę podskórną brzucha, gdyż wchłania się on z tego miejsca najszybciej. Insulinę ludzką należy podawać 15-30 min. przed posiłkiem. Jeśli podawany jest szybkodziałający analog insuliny, bezpośrednio po wykonaniu iniekcji można spożyć posiłek [19].

Podstawą skuteczności modelu intensywnej czynnościowej insulinoterapii jest samokontrola oraz systematyczne oznaczanie glikemii przed posiłkami [19].

Model leczenia zewnętrznymi osobistymi pompami insulinowymi pozwala na lepsze względem wstrzykiwaczy wyrównanie metaboliczne cukrzycy oraz ograniczenie liczby niedocukrzeń [22].

Ciągły wlew podskórny insuliny (CSII – continuous subcutaneous insulin infusion) polega na podaniu insuliny zaplanowanej na dany posiłek lub dokonaniu korekty, przy użyciu osobistej pompy insulinowej. Umożliwia dostosowanie wydzielania insuliny zbliżone do tego, które jest fizjologicznie uwalniane przez trzustkę. W pompie, stosowanym preparatem insuliny jest szybkodziałający analog podawany przez całą dobę. Przepływ podstawowy jest indywidualnie dostosowany do pacjenta. Oprócz wlewu podstawowego, podawane są bolusy czyli większe ilości insuliny na posiłek lub bolusy obniżające poziom glikemii (tzw. bolus korekcyjny). Podawanie insuliny przed posiłkami poprzedzane jest oznaczaniem poziomu cukru. [23]. W leczeniu cukrzycy ważne jest by wybrać odpowiednią metodę leczenia indywidualnie do potrzeby pacjenta i umożliwić mu komfortowe funkcjonowanie w domu, pracy oraz podróży [24].

Rola żywienia i wysiłku fizycznego w cukrzycy typu 1. Dzięki współczesnym metodom leczenia cukrzycy jaką jest np. intensywna czynnościowa insulinoterapia, chorzy mają więcej możliwości w wybieraniu produktów spożywczych. Mimo to chorym często trudno uzyskać optymalne wyrównanie metaboliczne. W profilaktyce późnych powikłań cukrzycowych ważną rolę odgrywa przyjmowanie pokarmów węglowodanowych o niskim indeksie glikemicznym, obecność błonnika pokarmowego w diecie oraz prawidłowe ilości innych składników pokarmowych. Odpowiednio dobrana dieta, dobre nawyki żywieniowe wspierają skuteczność insulinoterapii [25,26].

Zalecenia żywnościowe w cukrzycy nie polegają na unikaniu jedzenia pewnych pokarmów, zakładają natomiast pozytywny wpływ zasad zdrowego żywienia w chorobie. Ważne są regularne posiłki oraz odpowiednio dobrane proporcje składników pokarmowych [25].

Średnie zapotrzebowanie dorosłego człowieka na węglowodany wynosi około 200-250 g. Jest to 20-25 WW dziennie. Ilość wymienników węglowodanowych dobierana jest indywidualnie do danego pacjenta na podstawie jego płci, wieku, aktywności fizycznej oraz wzrostu i masy ciała. Tłuszcze powinny pokrywać dzienne zapotrzebowanie na energię w 30-35%, natomiast białka mają zapewniać 15-20% dziennego zapotrzebowania na energię [25].

Uprawianie sportu w cukrzycy typu 1 wpływa pozytywnie przez ograniczenie zachorowań na choroby naczyń i chorobę wieńcową. Aktywność fizyczna powoduje jednak znaczne wahania glikemii co związane jest z potrzebą dostosowania dawek insuliny. Proponując chorym wysiłek fizyczny należy zwrócić szczególną uwagę na:

- odpowiednią edukację pacjenta w zakresie modyfikacji dawek insuliny,
- kontrolę stężenia glukozy we krwi przed i po danej aktywności fizycznej,
- ograniczenie wysiłku fizycznego na szczycie aktywności insuliny,
- zadbanie o nawodnienie w czasie ćwiczeń [27].

Cukrzyca, predysponuje do powstania przewlekłych powikłań. Dlatego ważna jest ich profilaktyka oraz troska o jakość życia pacjenta. Do najczęstszych późnych powikłań cukrzycy należą: retinopatia, nefropatia, neuropatia, zespół stopy cukrzycowej, powikłania sercowo-naczyniowe i angiopatia.

Retinopatia polega na tworzeniu się na dnie oka mikrotętniaków, wybroczyn i powstawaniu nowych nieprawidłowych naczyń. Znaczny wpływ na jej rozwój mają naprzemienne stany hiperglikemii i hipoglikemii. Dlatego podczas leczenia cukrzycy wymagana jest stała opieka okulistyczna. Podstawową metodą leczenia zaawansowanej retinopatii jest laserowa fotokoagulacja polegająca na przypalaniu siatkówki.

U chorych na cukrzycę typu 1 istnieje znacznie większe ryzyko niewydolności nerek niż u osób zdrowych. **Nefropatia** cukrzycowa rozwija się na skutek uszkodzenia niewielkich naczyń krwionośnych powodujących przerost i stwardnienie kłębuszków nerkowych. To zaburzenie powoduje upośledzenie funkcji nerek co skraca okres życia pacjenta. Na rozwój choroby wpływ mają czynniki genetyczne oraz hiperglikemia. Pierwszym objawem choroby są obrzęki obwodowe. Leczenie polega na ograniczeniu białekw diecie i zastosowaniu farmakoterapii oraz terapii nerko zastępczej.

Jednym z najczęściej występujących powikłań cukrzycy jest **neuropatia**. Wiąże się ona z uszkodzeniem nerwów obwodowych na skutek hiperglikemii. Charakterystyczne objawy obserwuje się zazwyczaj w okolicy stóp. Są to mrowienia, drętwienia, zimne stopy, piekący ból a także deficyt czucia w stopach, sprzyjający rozwojowi zespołu stopy cukrzycowej. Typową formą leczenia neuropatii jest farmakoterapia oraz fizykoterapia (masaże, akupunktura, laseroterapia[2].

Zespół stopy cukrzycowej charakteryzuje się przewlekłymi infekcjami, uszkodzeniem tkanek głębokich oraz owrzodzeniami kończyn dolnych prowadzącymi do ich utraty lub nawet śmierci pacjenta. Czynniki predysponującymi są głównie neuropatia obwodowa, miażdżycza tętnic kończyn dolnych oraz urazy. Metodami leczenia zespołu stopy cukrzycowej są farmakoterapia, zabieg polegający na implantacji stentów, a także chirurgiczne oczyszczenie rany [28]. **Powikłania sercowo-naczyniowe** są główną przyczyną śmierci w cukrzycy typu 1, czego przykładem jest **kardiomiopatia cukrzycowa**. Rozwija się, gdy na skutek niedotlenienia tkanek mięśnia sercowego powstają nowe, wadliwe naczynia krwionośne powodujące włóknienie organu oraz jego dysfunkcje co prowadzi do wieloogniskowej martwicy [2].

Właściwa edukacja w cukrzycy typu 1 polega na przekazaniu teoretycznej i praktycznej wiedzy w przystępny dla chorego sposób, a także wzmocnieniu motywacji oraz nabywanie przez pacjenta umiejętności niezbędnych w samoopiece i samokontroli. Dzięki odpowiedniej edukacji chory przezwycięża niepewność, lęk i stres, oraz unika przewlekłych

powikłań . Za edukację chorych odpowiada zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi : lekarz diabetolog, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rodzice/opiekunowie, fizjoterapeuta, inni lekarze specjaliści [29, 30].

W skład programu edukacji pacjenta wchodzi następujące elementy:

1. Początkowa ocena potrzeb
2. Określenie celów.
3. Plan edukacji.
4. Szkolenie.
5. Ocena efektów szkolenia[30].

Osobą będącą bezpośrednim źródłem informacji, a także mającą najczęstszy kontakt z chorym jest pielęgniarka. Może określać potrzeby i zdolność chorego do zdobywania wiedzy na temat choroby [30]. Istotne jest aby pielęgniarka używała słownictwa dopasowanego do intelektualnego poziomu odbiorcy. Informacje powinno się podawać stopniowo, zaczynając od najprostszych zagadnień. Należy unikać niezrozumiałych dla pacjenta medycznych terminów oraz korzystać z pomocy dydaktycznych np. plakatów i ulotek co ułatwia zrozumienie podawanej treści.

Do zadań edukacyjnych pielęgniarki należy przekazanie wiedzy na poniższe tematy:

- **definicja choroby**- pielęgniarka przybliży choremu pojęcie cukrzycy typu 1, omawia objawy oraz czynniki powstania choroby, dostępne terapie oraz wczesne i późne powikłania cukrzycy typu 1 [29].
- **hiperglikemia i hipoglikemia**- pielęgniarka omawia definicje, objawy , przyczyny oraz powikłania tych stanów, a także metody zapobiegania im i zachowania w sytuacjach gdy nastąpiły[2].
- **terapia insulinowa**- pielęgniarka uczy obsługi glukometru oraz pena, podaje rodzaje insulin oraz wyjaśnia mechanizm ich działania. Przedstawia czynniki mające wpływ na szybkość wchłaniania oraz omawia miejsca wstrzyknięć[29].
- **samokontrola**- Pielęgniarka wyjaśnia metody kontroli cukrzycy typu 1 przez:
 - *odpowiednią dietę
 - *modyfikację dawek insuliny adekwatnie do wyników stężenia glukozy we krwi, posiłków, uprawianego sportu
 - * odpowiednią insulinoterapię tj. samodzielne wstrzykiwanie insuliny o ustalonych porach

- * systematyczne zdobywanie wiedzy na temat cukrzycy typu 1,
- * obliczanie wskaźnika masy ciała(BMI),
- * regularny pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- * samodzielne pomiary stężenia glukozy w krwi i moczu oraz acetonu w moczu.

Pielęgniarka uczy prowadzenia dzienniczka kontroli pomiarów[29].

-sport (aktywność fizyczna)- Pielęgniarka omawia ryzyko uprawiania sportu na czczo, wyjaśnia zależność między wysiłkiem fizycznym, a stężeniem glukozy we krwi, oraz informuje o zasadach bezpiecznego podejmowania aktywności fizycznej[29].

-dieta cukrzycowa- pielęgniarka wyjaśnia znaczenie regularnego przyjmowania posiłków, unikania niezdrowych produktów typu fast-food i alkoholu oraz słodkich napojów. Omawia pozytywny wpływ błonnika pokarmowego zawartego w warzywach i owocach oraz zaleca spożywanie mięsa o obniżonej zawartości tłuszczów zwierzęcych. Informuje o ograniczeniach w spożywaniu cukrów prostych występujących w owocach np. w winogronach. Informuje o procentowej zawartości w diecie głównych składników pokarmowych[29].

-przewlekłe powikłania- pielęgniarka informuje chorego o możliwych powikłaniach cukrzycy typu 1 oraz metodach przeciwdziałania im [29].

Edukacja chorego przygotowywanego do podłączenia zewnętrznej osobistej pompy insulinowej wymaga specjalistycznej edukacji dotyczącej:

- regularnej wymiany zastawów infuzyjnych co 72 godziny,
- postępowania w przypadku nagłej awarii pompy,
- obsługi pompy i korzystania z jej funkcji,
- umiejętności obliczania wymienników węglowodanowych ,
- zasad insulinoterapii [21].

Dzięki obecności pielęgniarki pacjent otrzymuje poczucie bezpieczeństwa oraz wsparcie, którego często potrzebuje w obliczu wyzwań jakie stawia przed nim choroba. Edukacja nie ogranicza się jedynie do podania informacji na temat choroby, ale wymaga otoczenia pacjenta kompleksową opieką . Istotne jest wspieranie chorego w chwilach zwątpienia i zapewnienie komfortu zarówno fizycznego jak i psychicznego w codziennym życiu [29].

CEL PRACY

1. Ustalenie problemów edukacyjnych oraz problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorującego na cukrzycę typu 1.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa.
3. Przygotowanie pacjenta do samoopieki w warunkach domowych.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono w dniach 19.02- 12.03. 2018r w NZOZ Specjalistycznym Ośrodku Internistyczno-Diabetologicznym w Białymstoku. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Materiał do pracy został zebrany na podstawie: obserwacji, wywiadu pielęgniarstwa, analizy dokumentacji medycznej tj. historia choroby, pomiarów pośrednich tj. BMI, pomiarów bezpośrednich tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno i jego charakter, temperatura ciała.

WYNIKI BADAŃ

Opis przypadku

Pacjent A. C., lat 30, zamieszkały w Białymstoku wraz z żoną i dzieckiem. Pacjent ocenia warunki mieszkaniowe na bardzo dobre.

Chory akceptuje swoją chorobę i jest samodzielny. Ma wsparcie rodziny i bliskich co pomaga mu w codziennym funkcjonowaniu.

Pacjent po raz pierwszy zgłosił się do poradni diabetologicznej 02.11.2014r. po tym jak w czasie podróży doznał stanu hiperglikemii.

Pacjent nie wiedział co się z nim dzieje, ale będąc z nim wówczas matka, również chorująca na cukrzycę typu 1, zaproponowała mu pomiar glikemii. Wynik wskazał 50 mg/dl. Po tym incydencie przygodnie mierzone glikemie wskazywały od 180 do 200 mg/dl. Rozpoznano cukrzycę typu 1. Zalecono intensywną insulinoterapię. Skierowano na szkolenie z zakresu prawidłowego odżywiania się w cukrzycy, omówiono przyczyny hipoglikemii i hiperglikemii, a także zasady samokontroli. Wyjaśniono obsługę wstrzykiwaczy, glukometru

oraz działania i podawania glukagonu. Przeszkolono z zakresu ustalania i modyfikacji dawek insuliny oraz prawidłowych miejsc wkłucia i zalecono codzienną wymianę igieł w penie.

Pacjent przybył na comiesięczną planowaną wizytę, w dniu 19.02.2018r. Przeprowadzono badanie dna oka, które wykazało drobne nieprawidłowości. Badanie lekarskie potwierdziło również początkowe stadium neuropatii autonomicznej. Lekarz zlecił badanie profilu lipidowego krwi, poziomu hemoglobiny glikowanej, poziom hormonu TSH, oraz parametry funkcji nerek. Leczony analogami insuliny ApidraSoloStar i LantusSoloStar. Ciśnienie tętnicze wynosi 139/93 mm/Hg, tętno 89 uderzeń na minutę.

Pacjent czuje się dobrze. Poziom glikemii 81 mg/dl, zalecono pomiar glikemii 8x na dobę. Skierowano do gabinetu edukacyjnego. Pacjent wypełnił ankietę określającą poziom wiedzy na temat swojej choroby w celu weryfikacji i uzupełnienia braków wiedzy. Przeprowadzono szkolenie na tematy wynikające z analizy uzupełnionej ankiety.

W czasie szkolenia pacjent zrozumiał czym jest Indeks Glikemiczny oraz kwasica ketonowa . Omówiono produkty o wysokim i niskim Indeksie Glikemicznym, a także dlaczego te o niskim są wskazane w żywieniu cukrzycowym. Pacjent dowiedział się w jaki sposób zapobiegać ostrym powikłaniom cukrzycy. Przybliżono choremu sposoby pielęgnacji stóp w celu uniknięcia uszkodzeń skóry, które mogłyby prowadzić do powstania trudnych do wygojenia owrzodzeń. Wyjaśniono pacjentowi jak ważna jest codzienna samokontrola i prowadzenie dzienniczka pomiarów oraz zastosowanie się do zaleceń lekarza.

Pacjent przybył na planową wizytę, w dniu 12.03.2018r. Ciśnienie tętnicze podwyższone, wynosi 140/90 mm/Hg, tętno 85/min. Pacjent czuje się dobrze. Skierowano na badanie EKG, które wykazało zaburzenia rytmu serca. Poziom glikemii wynosi 111 mg/dl. Pacjenta skierowano do gabinetu edukacyjnego, gdzie przeszkolono pacjenta z zakresu pozostałych zagadnień i przeprowadzono ponownie ankietę w celu weryfikacji wyników przeprowadzonej edukacji.

Podczas szkolenia omówiono, szkodliwość palenia papierosów w cukrzycyprowadzącą do powikłań i znacząco zwiększającą zachorowalność na nowotwory, oraz zaproponowano stopniowe zmniejszanie ilości wypalanych papierosów dziennie.

Pacjent zrozumiał jak ważne jest przyjmowanie regularnych posiłków oraz unikanie jedzenia potraw typu fast-food, napojów alkoholowych i gazowanych. Wyjaśniono korzystny wpływ błonnika i omówiono jego źródła w diecie.

Pacjent rozumiał konieczność ograniczenia spożywania nasyconych tłuszczów zwierzęcych, na rzecz tłuszczów roślinnych, a także znaczenie zwiększenia ilości warzyw w diecie.

Informacje ogólne	
Imię i nazwisko	A. C.
Płeć	K/M
Wiek	30
Data urodzenia	21.12.1988r
Stan cywilny	żonaty
Zawód	pracownik biurowy
Wykształcenie	podstawowe/średnie/ wyższe
Źródło utrzymania	etat
Miejsce zamieszkania	miasto/wieś
Warunki socjalno-bytowe	złe/dobre/bardzo dobre

Alergie	Tak/Nie
Waga	78kg
Wzrost	178cm
BMI	24,6
Nikotynizm	Tak/Nie jak długo? 10 lat Ile papierosów dziennie? 10
Spożywanie alkoholu	Tak/Nie Jak często? 3-4 razy w miesiącu
Grupa krwi	A Rh-
Rodzaj diety	cukrzycowa
Choroby współistniejące	-

Profil lipidowy cholesterol całkowity - 138 mg/dl LDL- 80 mg/dl HDL-48 mg/dl TG- 45 mg/dl
Hormon TSH- 0,5 mU/l
Badanie ogólne moczu pH 5,5 ciężar właściwy 1030 g/l białko –brak cukier –brak ciała ketonowe 15 walcuszki –brak leukocyty –brak erytrocyty-brak bilirubina-brak bakterie-brak
Parametry funkcji nerek kwas moczowy 5,4 mg/dl kreatynina 0,9 mg/dl
Hemoglobina glikowana HbA1c- 7%

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Problem I: Możliwość wystąpienia niedocukrzenia spowodowana ominięciem posiłku po podaniu insuliny.

Cel opieki:

- zapobieganie hipoglikemii,
- przygotowanie chorego do rozpoznawania objawów niedocukrzenia i postępowania w razie jego wystąpienia.

Planowane działania pielęgniarskie:

- podczas wystąpienia lekkiego niedocukrzenia podanie pacjentowi płynu z cukrami, prostymi np. słodkiej herbaty lub soku,
- nauka samoobserwacji w zakresie zwiastunów hipoglikemii,
- edukacja z zakresu stosowania glukagonu, polecenie pacjentowi by przekazał otrzymane informacje swoim bliskim,
- przypomnienie o konieczności zjedzenia posiłku po wstrzyknięciu insuliny,
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu objawów hipoglikemii.

Realizacja planu opieki:

- wytłumaczono pacjentowi konieczność przyjmowania regularnych posiłków,
- poinformowano lekarza o zbyt niskim poziomie glikemii,
- podano pacjentowi osłodzoną herbatę,
- omówiono objawy zwiastujące takie jak: drżenie rąk, nerwowość, niepokój, uczucie głodu, błądność,
- poinformowano w jaki sposób używać zestawu GlucaGen w przypadku utraty przytomności.

Ocena działań pielęgniarskich:

- dzięki podjętym działaniom zapobiegnięto hipoglikemii.

Problem II: Złe nawyki żywieniowe utrudniające utrzymanie właściwego poziomu glikemii.

Cel opieki:

-wYROBIE NIE ZDROWYCH NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH.

Planowane działania pielęgniarские:

- zwrócenie uwagi na konieczność przyjmowania posiłków o stałych porach,
- wskazanie produktów zalecanych w żywieniu w cukrzycy jak i tych które należy ograniczyć,
- zalecenie choremu unikania cukrów prostych na rzecz cukrów złożonych,
- zalecenie ograniczenia ilości soli w diecie do jednej łyżeczki dziennie.

Realizacja planu opieki:

- zwiększono ilość warzyw bogatych w błonnik w diecie,
- zmniejszono ilość nasyconych tłuszczów zwierzęcych na rzecz nienasyconych olejów roślinnych,
- zwrócono uwagę na to by pacjent spożywał produkty lekko niedogotowane, np. makaron, ziemniaki,
- zaplanowano 5 posiłków dziennie o stałych godzinach,
- zalecono spożywanie produktów nieprzetworzonych i unikanie potraw typu fast food.

Ocena działań pielęgniarских:

- pacjent ograniczył spożycie w diecie soli, potraw smażonych i przetworzonych na rzecz posiłków gotowanych oraz warzyw i owoców,
- pacjent spożywa 5 regularnych posiłków każdego dnia,
- ułatwiono choremu utrzymanie właściwego poziomu glikemii.

Problem III: Ryzyko zasłabnięcia z powoduzaburzeń rytmu serca będących skutkiem rozwoju neuropatii autonomicznej.

Cel opieki:

- wczesne wykrycie zaburzeń rytmu serca,
- prewencja zasłabnięć i związanych z nimi urazów,
- unormowanie pracy serca.

Planowane działania pielęgniarские:

- uspokojenie chorego,
- przypomnienie choremu by przyjmował leki przepisane przez lekarza,
- wykonanie badania EKG zgodnie ze zleceniem lekarza,
- ułożenie pacjenta w bezpiecznej pozycji w celu uniknięcia urazów,
- prowadzenie kontrolek pomiarów parametrów.

Realizacja planu opieki:

- zalecono pacjentowi by w przypadku zawrotów głowy położył się w pozycji płaskiej z uniesionymi nogami,
- wykonano badanie EKG według zlecenia lekarza, pomiar RR i HR,
- zwrócono pacjentowi uwagę na konieczność przyjmowania leków zleconych przez lekarza.

Ocena działań pielęgniarских:

- pacjent nauczył się zapobiegać urazom poprzez przyjmowanie bezpiecznej pozycji.

Problem IV:Ryzyko wystąpienia śpiączki cukrzycowej.

Cel opieki:

- edukacja pacjenta w celu zapobiegania kwasicy ketonowej i śpiączki cukrzycowej.

Planowane działania pielęgniarские

- wyjaśnienie przyczyn wystąpienia kwasicy ketonowej: u chorych z wcześniej rozpoznaną cukrzycą obejmują: pominięcie dawki insuliny, niedostateczną kontrolę metaboliczną, epizody DKA w przeszłości, nieżyt żołądkowo-jelitowy z utrzymującymi się wymiotami i trudnością z zapewnieniem odpowiedniego poziomu nawodnienia, zaburzenia psychiatryczne (w tym zaburzenia odżywiania), trudne warunki społeczne i rodzinne, wiek okołopokwitaniowy i młodzieńczy u dziewcząt, utrudniony dostęp do opieki medycznej, błędy związane ze stosowaniem osobistej pompy insulinowej.
- edukacja z zakresu prewencji kwasicy ketonowej,
- opisanie objawów kwasicy ketonowej: odwodnienie, tachypnoe oraz przyspieszony, głęboki oddech (oddech Kussmaula), nudności, wymioty i ból brzucha przypominający „ostry brzuch”, splątanie, senność, postępujące zaburzenia świadomości i utrata przytomności

Realizacja planu opieki:

- przekazano pacjentowi, że ominięcie dawki insuliny lub przerwanie leczenia może skutkować wystąpieniem kwasicy ketonowej, która nieleczone prowadzi do śpiączki cukrzycowej, co stanowi stan zagrożenia życia,
- opisano objawy jakimi charakteryzuje się kwasica ketonowa tj. bóle brzucha, nudności, wymioty, oddawanie dużych ilości moczu prowadzące do odwodnienia.

Ocena działań pielęgniarских:

- kwasica ketonowa nie wystąpiła.

Problem V: Zwiększone ryzyko pogorszenia ostrości wzroku spowodowane rozwojem retinopatii cukrzycowej.

Cel opieki:

-zmniejszenie ryzyka trwałego uszkodzenia wzroku.

Planowane działania pielęgniarские:

- pouczenie pacjenta o konieczności regularnych kontroli okulistycznych,
- motywowanie pacjenta aby unormował poziom cukru we krwi oraz ciśnienie tętnicze krwi,
- zachęcanie chorego do podtrzymania wyrównania metabolicznego cukrzycy,
- edukacja pacjenta z zakresu retinopatii cukrzycowej jako późnego powikłania cukrzycy.

Realizacja planu opieki:

- wyjaśniono pacjentowi definicję retinopatii cukrzycowej,
- wytłumaczono konieczność corocznych kontroli okulistycznych,
- zalecono pacjentowi pomiar ciśnienia tętniczego krwi 3 razy na dobę i pomiaru glikemii 8 razy w ciągu doby,
- objaśniono choremu, że utrzymanie wyrównania metabolicznego w cukrzycy zapobiega wystąpieniu retinopatii cukrzycowej.

Ocena działań pielęgniarских:

- pacjent zrozumiał istotę problemu jakim jest rozwój retinopatii cukrzycowej i wie jak mu zapobiegać.

Problem VI: Zwiększone ryzyko wystąpienia mikroangiopatii prowadzącej do przewlekłych powikłań spowodowane niewyrównaniem cukrzycy.

Cel opieki:

-zmniejszenie ryzyka wystąpienia przewlekłych powikłań.

Planowane działania pielęgniarские:

- zachęcanie chorego do systematycznej kontroli ciśnienia tętniczego krwi,
- motywowanie pacjenta do sumiennej samokontroli (pomiar glikemii 8 razy w ciągu doby, samodzielne wstrzykiwanie insuliny o określonych porach, pomiar ciśnienia tętniczego krwi 3 razy dziennie, przestrzeganie zaleceń diety cukrzycowej),

- samodzielne pomiary stężenia glukozy w krwi i moczu,
- wyjaśnienie związku między wysokim stężeniem glukozy we krwi a występowaniem powikłań,
- wskazanie na bezwzględną potrzebą wizyt kontrolnych w poradni diabetologicznej, a także badań moczu oraz dna oka i EKG przynajmniej raz w roku.

Realizacja planu opieki:

- polecono pacjentowi by mierzył ciśnienie tętnicze krwi 3 razy dziennie oraz dokumentował wyniki,
- wyjaśniono konieczność regularnych wizyt u lekarza diabetologa oraz wykonywania zleconych badań,
- wyjaśniono choremu, że wysoki poziom cukru predysponuje do wystąpienia późnych powikłań cukrzycy.

- **Ocena działań pielęgniarских:**

pacjent prowadzi dzienniczek pomiarów ciśnienia tętniczego krwi oraz przybywa na zaplanowane wizyty kontrolne w poradni, ryzyko wystąpienia przewlekłych powikłań zostało zmniejszone.

Problem VII: Delikatne mrowienia stóp spowodowane rozwojem neuropatii obwodowej.

Cel opieki: Ograniczenie dyskomfortu spowodowanego mrowieniem stóp.

Planowane działania pielęgniarские:

- zachęcanie pacjenta do regularnych oględzin stóp oraz właściwa ich pielęgnacja w celu zapobiegania rozwojowi stopy cukrzycowej (codzienne mycie stóp w ciepłej wodzie oraz dokładne ich osuszanie, noszenie bawełnianych skarpetek i obuwia z naturalnych materiałów, unikanie chodzenia boso w celu uniknięcia mechanicznych uszkodzeń skóry)
- motywowanie pacjenta by zaprzestał palenia papierosów oraz picia alkoholu,
- polecenie pacjentowi aby skonsultował się z lekarzem specjalistą odnośnie zgłaszanych dolegliwości,
- motywowanie chorego by utrzymał prawidłowy poziom glikemii oraz wartości ciśnienia tętniczego.

Realizacja planu opieki:

- polecono choremu aby udał się do lekarza neurologa,
- wyjaśniono pacjentowi znaczenie wyrównania metabolicznego cukrzycy w celu niedopuszczenia do postępu powikłań,
- zachęcono chorego do pomiarów glikemii 8 razy na dobę zgodnie z zaleceniem lekarza,
- wyjaśniono negatywny wpływ palenia papierosów oraz spożywania alkoholu w cukrzycy.

Ocena działań pielęgniarских:

- pacjent dostrzegł potrzebę zaprzestania palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu, dokonuje kontroli poziomu cukru 8 razy na dobę, skonsultował się z neurologiem.

Problem VIII:Strach o swoje zdrowie wynikający z przewlekłego charakteru choroby.

Cel opieki:

- obniżenie poziomu lęku chorego,
- przygotowanie chorego do samoopieki.

Planowane działania pielęgniarские:

- zapewnienie pacjentowi psychicznego wsparcia,
- uspokojenie chorego poprzez życzliwą rozmowę,
- stworzenie miłej, przyjaznej atmosfery,
- udzielenie profesjonalnych odpowiedzi na pytania nurtujące pacjenta,
- kontrola wykonywanych przez pacjenta czynności z zakresu samoopieki tj. techniki wstrzyknięć, kontroli poziomu glukozy we krwi, przechowywania insuliny, czynności pielęgnacyjno-higienicznych (np. pielęgnacja stóp),
- umożliwienie kontaktu z lekarzem.

Realizacja planu opieki:

- przeprowadzono z pacjentem rozmowę podczas której sprawdzono jego umiejętności oraz zapewniono o pomocy w razie trudności,
- Udzielono odpowiedzi na pytania pacjenta oraz uświadomiono chorego, że mimo przewlekłego charakteru choroby nie musi ona drastycznie zmieniać jego dotychczasowego życia,
- wskazano choremu aby regularnie zmieniał miejsce wstrzyknięć insuliny by zachować optymalne wchłanianie.

Ocena działań pielęgniarских

- obniżono lęk chorego oraz przygotowano go do samoopieki w warunkach domowych.

Indywidualny program edukacji dla pacjenta z cukrzycą typu 1

1. Początkowa ocena potrzeb pacjenta.

Po analizie uzupełnionej przez pacjenta ankiety, stwierdzono znaczne niedobory w wiedzy pacjenta na poniższe tematy:

- definicje: Indeks Glikemiczny, kwasica ketonowa,
- właściwa pielęgnacja stóp w prewencji stopy cukrzycowej,
- częstość dokonywania pomiarów poziomu glikemii oraz ciśnienia tętniczego krwi,
- szkodliwość palenia tytoniu w cukrzycy,
- zalecenia żywieniowe w cukrzycy typu 1,
- bezpieczne podejmowania wysiłku fizycznego.

2. Cele edukacji:

- przekazywanie informacji na temat choroby w postaci definicji pomagających zrozumieć jej mechanizmy,
- ćwiczenie praktycznych umiejętności i wdrażanie prozdrowotnych zmian w życiu,
- nauka samokontroli w cukrzycy,
- zmiana niewłaściwych nawyków,
- nauka bezpiecznego korzystania z zajęć sportowych
- akceptacja swojej choroby,
- zapobieganie ostrym i przewlekłym powikłaniom .

3. Plan edukacji.

Edukacja pacjenta miała charakter indywidualny i składała się z dwóch spotkań, podczas których poruszone zostały indywidualnie dobrane tematy wynikające z przeprowadzonej ankiety. Szkolenie opierało się na rozmowie z pacjentem oraz udzielaniu odpowiedzi na jego pytania, ćwiczeniach z pacjentem w zakresie samokontroli choroby oraz modyfikacji zachowań prozdrowotnych.

4.Ocena efektów kształcenia.

Pacjent aktywnie słuchał, był zainteresowany tematem, zadawał dużo pytań. Po zakończeniu szkolenia poproszono chorego by ponownie odpowiedział na pytania zawarte w

kwestionariuszu ankiety. Po analizie porównawczej ankiety przed i ankiety po szkoleniu, zaobserwowano znaczną poprawę wyników. Oznacza to uzupełnienie braków wiedzy i wprowadzenie prozdrowotnych zmian w życiu codziennym pacjenta.

WNIOSKI

Na podstawie zebranego materiału badawczego, opracowano indywidualny plan opieki, określono problemy pielęgnacyjne pacjenta, wśród których na plan pierwszy wysunęły się :

- ryzyko wystąpienia śpiączki cukrzycowej,
- wystąpienie niedocukrzenia spowodowane ominięciem posiłku po podaniu insuliny,
- złe nawyki żywieniowe utrudniające utrzymanie właściwego poziomu glikemii
- ryzyko zasląbnienia z powodu zaburzeń rytmu serca będących skutkiem rozwoju neuropatii autonomicznej,
- zwiększone ryzyko pogorszenia ostrości wzroku, spowodowane rozwojem retinopatii cukrzycowej,
- zwiększone ryzyko wystąpienia mikroangiopatii prowadzącej do przewlekłych powikłań spowodowane niewyrównaniem cukrzycy,
- delikatne mrowienia stóp spowodowane rozwojem neuropatii obwodowej,
- strach o swoje zdrowie wynikający z przewlekłego charakteru choroby.

Istotną rolę w życiu chorego na cukrzycę pacjenta odgrywa edukacja oraz zalecenia pielęgniarki dotyczące samoopieki w warunkach domowych. Umożliwiają one zapewnienie fizycznego jak i psychicznego komfortu w życiu codziennym oraz pomagają zapobiegać wczesnym i późnym powikłaniom choroby.

Chorego objęto indywidualnym planem działań oraz przeprowadzono szkolenie na tematy, które stanowiły dla pacjenta trudności w codziennym życiu z chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Diabetologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Sieradzki J., Wierusz-Wysocka B. (red.): Cukrzyca typu 1 u osób dorosłych. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.

3. Strojek K. (red.): Diabetologia. Praktyczny poradnik. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008.
4. Janeczko-Sosnowska E.: Cukrzyca typu 1. Wyd. Czelej, Lublin 2008,
5. Wiraszka G., Matuszewska K., Leonek B.: Problemy funkcjonowania chorych z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej – analiza porównawcza[w:] Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku, Tom I, pod red. Kowalczyk K., Krajewskiej-Kulak E., Cybulskiego M. Wyd. „Duchno” Piotr Duchnowski, Białystok 2016, 34-45.
6. WHO. Definition Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of WHO consultation. Part 1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO, Genewa 1999.
7. Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B.iwsp.: Wpływ edukacji diabetologicznej na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2. Problemy Pielęgniarstwa, 2015, 23,1, 1–6.
8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Kliniczna, 2016, 5, 1-55.
9. Otto-Buczowska E., Marciniak-Brzezińska M.: Cukrzyca typu LADA – to znaczy? Medycyna Rodzinna, 2013, 1, 23-26.
10. Kopacz K., Myśliwiec M., Techmańska I. i wsp.: Cukrzyca ciążowa - narastający problem diagnostyczny i epidemiologiczny. Diabetologia Praktyczna, 2011, 12, 3, 96–102.
11. Chojnowski P., Wasyluk J., Grabska-Liberek I.: Cukrzyca – epidemiologia i patogeneza. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 6, 420-428.
12. Kania L.: Hipoglikemia w cukrzycy typu 1. Postępy Nauk Medycznych, 2017, 2, 95-98.
13. Sieradzki J.: Cukrzyca [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, pod red. Szczeklika A. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014, 1353-1400.
14. Ruszkowska K.: Cukrzyca typu 1 u dzieci – klinika i postępowanie [w:] Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku, Tom I, pod red. Kowalczyk K., Krajewskiej-Kulak E., Cybulskiego M. Wyd. „Duchno” Piotr Duchnowski, Białystok 2016, 228-250.
15. Zozulińska-Ziółkiewicz D., Wierusz-Wysocka B.: Leczenie ostrych stanów hiperglikemicznych-aktualne spojrzenie na stary problem. Diabetologia Kliniczna, 2013, 2, 3, 104-111.
16. Wierzchowiecka A., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Hipoglikemia w cukrzycy typu 1. Diabetologia Praktyczna, 2011, 12, 6, 210–215.
17. Tłuczykont M., Molsa M., Markowicz A. i wsp.: Częstość objawów hipoglikemii u chorych na cukrzycę w warunkach ambulatoryjnych. Diabetologia Kliniczna, 2014, 3, 2, 57-61.

18. Rogozińska I.: Trudności w rozpoznaniu cukrzycy 1 typu w praktyce pediatrycznej. *Nowa Pediatria*, 2014,1, 15-17.
19. Drozd E., Talarska D., Stanisławska J.: Intensywna czynnościowa insulinoterapia w cukrzycy jako metoda wczesnej prewencji schorzeń układu sercowo-naczyniowego – udział pielęgniarki w tej metodzie leczenia. *Przegląd Kardiadiabetologiczny* 2008, 3, 3, 249-253.
20. Otto-Buczkowska E., Jarosz-Chrobot P., Tucholski K.: Nowoczesne metody leczenia i monitorowania cukrzycy typu 1. *Endokrynologia Polska*, 2008, 59, 3, 246-253.
21. Jabłońska K., Majkowska L.: Optimizing a prandial insulin dosing in patients with type 1 diabetes. *Clinical Diabetology*, 2015, 4, 6, 243-250.
22. Gawrecki A., Duda-Sobczak A., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Wybrane aspekty leczenia dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 za pomocą osobistej pompy insulinowej. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2011, 2, 2, 143-150.
23. Wróbel M.: Ciągły podskórny wlew insuliny (CPWI) - charakterystyka metody [w:] *Leczenie osobistą pompą insulinową.*, pod red. Klupa T., Szewczyk A. Wyd. PZWL, Warszawa 2015, 19-33.
24. Benbenek-Kulpa T., Kulpa T.: *Osobiste pompy insulinowe: filozofia leczenia i edukacja.* Wyd. Via Medica, Gdańsk 2015.
25. Jaruć A., Pisarczyk-Wiza D., Wierusz-Wysocka B.: Zalecenia dietetyczne i zachowania żywieniowe u osób z cukrzycą typu 1 – czy mają wpływ na kontrolę metaboliczną? *Diabetologia Kliniczna*, 2014, 3,1, 22-30.
26. Ratajczak P. i wsp.: Profilaktyka oraz leczenie cukrzycy – badanie poziomu świadomości pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2014, 2, 39, 119-126.
27. Skorupska S., Chomiuk T., Mamcarz A.: Czy sport to zdrowie dla chorego na cukrzycę. *Przegląd Kardiologiczny*, 2008, 3, 3, 232-236.
28. Nehring P. i wsp.: Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą typu 1. *Diabetologia Kliniczna*, 2013, 2, 5, 160-164.
29. Stefanowicz A. i wsp.: Rola pielęgniarki w edukacji chorego na cukrzycę typu 1 i/lub jego rodziny. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 7, 4, 346-349.
30. Stefanowicz A. i wsp.: Edukacja zdrowotna w cukrzycy typu 1. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19, 3, 411-415.

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

Patrycja Radziejewicz¹, Krystyna Kowalczyk²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego W Białymstoku

WSTĘP

W literaturze zawał mięśnia sercowego (MI) definiowany jest jako sytuacja kliniczna, w której występuje niedokrwienie i martwica mięśnia sercowego [1]. MI należy do ostrych zespołów wieńcowych i brak szybkiej pomocy medycznej w wielu przypadkach prowadzi do zgonu. Główną przyczyną zawału serca jest miażdżycza naczyń wieńcowych [2]. Specyficzną cechą MI jest ból zlokalizowany w klatce piersiowej, utrzymujący się ponad 20 minut, który nie zanika po podjęzykowym podaniu nitrogliceryny. Na podstawie badań można wyróżnić zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI ang. *ST Elevation Myocardial Infarction*), a także bez powyższego uniesienia (NSTEMI ang. *No ST Elevation Myocardial Infarction*). Ponadto u części pacjentów w badaniu EKG mogą pojawić się załamki Q (Q-wave MI) [3]. Do najczęstszych lokalizacji MI można zaliczyć: ścianę przednią, boczną, tylną, a także dolną, której często współtowarzyszy zawał prawej komory serca [4]. Na podstawie literatury można wyodrębnić następujące typy zawału serca: samoistny zawał serca, zawał serca w wyniku niedostatecznego ukrwienia, zgon sercowy w efekcie zawału, zawał jako komplikacja PCI (przeżyłowa interwencja wieńcowa) lub MI spowodowany zakrzepicą w stencie, a także zawał w wyniku CABG (pomostowanie aortalno – wieńcowe) [5].

Etiopatogeneza zawału mięśnia sercowego

Zasadniczym podłożem ostrych zespołów wieńcowych, w tym zawału serca jest miażdżycza tętnic wieńcowych, która charakteryzuje się nagromadzeniem lipidów, a także istnieniem nacieków zapalnych w ścianie naczynia wieńcowego [6].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że bezpośrednim czynnikiem doprowadzającym do zawału serca jest zakrzep powstały w efekcie pęknięcia blaszki miażdżycowej, który całkowicie zamyka światło naczynia (STEMI) lub jedynie częściowo (NSTEMI). W rezultacie ilość tlenu i substancji odżywczych docierająca do serca nie pokrywa jego zapotrzebowania i dochodzi do martwicy miokardium [3,7].

Na podstawie literatury można wyodrębnić czynniki zwiększające ryzyko zawału mięśnia sercowego, których nie można zmodyfikować, a także takie, które podlegają modyfikacji [8].

Niemodyfikowalne czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego [8]:

- obciążenia genetyczne,
- płeć męska,
- wiek (kobiety po 55. i mężczyźni po 45. roku życia).

Modyfikowalne czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego [8]:

- wysokie stężenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu LDL oraz zbyt niskie stężenie cholesterolu HDL,
- otyłość,
- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- brak aktywności fizycznej,
- nikotynizm,
- spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach,
- stres,
- wysokie stężenie lipoproteiny A, homocysteiny we krwi
- wysoka zawartość kwasu moczowego w surowicy.

Ponadto zawał serca może wystąpić u osób, które nie posiadają w obrazie klinicznym zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych, jednak do ich serca dociera zbyt mało tlenu. Powyższe dolegliwości mogą występować u osób młodych, u których narażenie na choroby układu krążenia jest znikome. Z literatury wynika, że do tych przyczyn można zaliczyć [5,9] :

- anomalie nabyte lub wrodzone,
- skurcz naczynia wieńcowego,
- procesy zapalne, zatorowe i zakrzepowe,
- stres psychiczny,
- używki i steroidy anaboliczne,

- choroby metaboliczne np. mukopolisacharydoza,
- dysfunkcję śródbłónka w naczyniu,
- arytmie serca,
- embolizację wieńcową,
- niedokrwistość,
- spadek ciśnienia krwi,
- niewydolność oddechową,
- hipertensję z obecnością lub bez przerostu lewej komory serca.

Objawy zawału mięśnia sercowego

Specyficzny dla zawału serca jest ból zlokalizowany w klatce piersiowej, który utrzymuje się ponad 20 minut i nie ustępuje po odpoczynku i zażyciu azotanów np. nitrogliceryny. Te dwie cechy umożliwiają odróżnienie go od bólu w przebiegu choroby wieńcowej [3,10]. Ból zawałowy ma charakter ucisku lub ciężaru za mostkiem i promieniuje do lewej kończyny górnej, szyi, żuchwy, ramion, pleców, barków. Zazwyczaj pojawia się nagle, w godzinach rannych, szybko zwiększa swoje natężenie i może wywołać u pacjenta strach przed śmiercią. Istnieje grupa ludzi, która nie odczuwa bólu np. pacjenci chorujący na cukrzycę z powodu neuropatii obwodowej [3,10, 11].

Na podstawie literatury można wyróżnić objawy, które mogą towarzyszyć bólowi [1,3,8,10,11,12,13,14]:

- nadmierna potliwość,
- zimna, klejąca się, biała lub sina skóra,
- spadek ciśnienia krwi,
- duszność,
- osłabienie,
- utrata przytomności,
- nudności, wymioty,
- nieznaczny wzrost temperatury ciała,
- ból brzucha,
- nadmierne wypełnienie żył szyjnych (w zawale prawej komory),
- niemiernie tętno, zwolniona lub przyspieszona akcja serca, rzęzenia u podstaw płuc i trzeci ton serca (czasami),

- niespecyficzne objawy tj. ból umiejscowiony w nadbrzuszu, ból w klatce piersiowej przypominający kłucie, dyspepsja, przybierająca na sile duszność, dolegliwości bólowe o cechach bólu opłucnowego, kołatanie serca. Powyższe dolegliwości mogą wystąpić u ludzi poniżej 40. i powyżej 75. roku życia, płci żeńskiej, osób z niewydolnością nerek, chorujących na cukrzycę, a także u ludzi z otępieniem.

Ponadto we krwi można stwierdzić wzrost: OB, ilości leukocytów, stężenia CRP i fibrynogenu w osoczu [8].

Epidemiologia zawału mięśnia sercowego

Na podstawie literatury można stwierdzić, że przeważającym problemem zdrowotnym Polaków są choroby serca i naczyń, w tym przede wszystkim zawał serca [15]. Mimo, że sytuacja epidemiologiczna w okresie ostatnich 20 lat uległa polepszeniu to współczynniki umieralności z powodu chorób serca są w Polsce cały czas wysokie [15]. W 2012 roku do polskich szpitali przyjęto 79,4 tysiąca osób z MI. Liczba pacjentów ze STEMI wynosiła 47,2%, a z NSTEMI 51,8%, zaś 1% zawałów nie był określony. Na podstawie badań epidemiologicznych można stwierdzić, że po 12. miesiącach od zakończenia hospitalizacji umiera co 10.-11. pacjent [15,16]. Najwięcej zawałów serca w Polsce występuje u ludzi po 80. roku życia, a najmniej w wieku ok. 40. roku życia. Częściej zostaje on rozpoznany u mężczyzn [15]. Wskaźnik zapadalności na zawał serca w Polsce jest o 50% wyższy niż w innych krajach Europy Zachodniej np. Wielkiej Brytanii i Danii [15]. Ponadto na całym świecie choroby układu krążenia, a przede wszystkim zawał serca są przyczyną przedwczesnej śmierci [17]. Tak jak i w Polsce, główną przyczyną MI jest nieodpowiedni styl życia. Problem ten dotyczy przede wszystkim krajów rozwijających się [17].

Diagnostyka zawału mięśnia sercowego

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że zawał serca można rozpoznać za pomocą spoczynkowego, 12 – odprowadzeniowego badania elektrokardiograficznego (EKG) [1]. Natomiast badaniem o kluczowym znaczeniu jest oznaczenie stężenia troponin sercowych (I lub T) we krwi. Powyższe badanie laboratoryjne może potwierdzić zawał, gdy zaobserwowany zostanie wzrost i/lub spadek stężenia troponin, a ponadto jeden z pomiarów przekroczy stężenie decyzyjne (99-ty percentyl) [1]. W przypadku braku możliwości oznaczenia troponin, określane jest stężenie izoenzymu MB kinazy kreatynowej. W diagnozowaniu zawału mięśnia sercowego mogą być wykorzystane: badania obrazowe tj.

echokardiografia, scyntygrafia perfuzyjna serca, wentrykulografia izotopowa, SPECT, CT, MRI, PET, a także badanie histopatologiczne miokardium (wykrywanie martwicy serca) i koronarografia (potwierdzenie istnienia zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych) [1, 3,5].

Leczenie zawału mięśnia sercowego

Leczenie zawału serca powinno być wdrożone w jak najkrótszym czasie od wystąpienia objawów [12]. Jego głównym celem jest dostarczenie do serca odpowiedniej ilości tlenu i zapobieganie komplikacjom MI tj. dorzut zawału, śmierć, ponowny atak serca czy niebezpieczne dla życia zaburzenia akcji serca [12]. Przy wyborze leczenia należy wziąć pod uwagę ogólne samopoczucie chorego, ryzyko powikłań, które mogą nastąpić w wyniku zastosowania danej metody leczenia, a także czas hospitalizacji. W leczeniu zawału serca wykorzystywane są następujące metody leczenia: farmakoterapia, dieta i rehabilitacja, a także metody inwazyjne [10, 12].

Farmakologiczne leczenie zawału mięśnia sercowego

Główną grupą leków stosowaną w leczeniu zawału serca są leki przeciwniedokrwienne. Dzięki nim zostaje przywrócona równowaga między ilością tlenu docierającą do serca, a jego zapotrzebowaniem. Należą do nich [10, 12, 13] :

- azotany np. nitrogliceryna, które zmniejszają zapotrzebowanie serca na tlen. Istotne jest podjęzykowe podanie nitrogliceryny w postępowaniu przedszpitalnym. Przeciwwskazaniem do ich stosowania jest ciśnienie skurczowe mniejsze niż 90 mmHg,
- β -blokery, które także zmniejszają zapotrzebowanie serca na tlen. Przyczyniają się do zmniejszenia śmiertelności z powodu MI, a ponadto minimalizują ryzyko ponownego zawału czy zaburzeń akcji serca,
- blokery kanałów wapniowych np. diltiazem, werapamil, stosowane są u chorych, u których β -blokery i azotany są nieskuteczne, a także gdy istnieją przeciwwskazania do stosowania β -blokerów.

Istotną rolę odgrywają także leki przeciwzakrzepowe (leki przeciw płytkowe i środki przeciwkrzepliwe), które ułatwiają rozpuszczanie skrzepu w tętnicy wieńcowej i w ten sposób zapobiegają powiększaniu się zakrzepu. Na podstawie badań klinicznych najczęściej stosowanymi lekami przeciwzakrzepowymi są [10,12,13,18] :

- aspiryna, którą należy podawać w postaci niepowlekanej tabletki, w dawce 300 mg, bezpośrednio po przywiezieniu chorego do szpitala. Konieczne jest także jej regularne przyjmowanie do końca życia, w dawce 75-100mg,
- tienopirydyny tj. kłopidogrel, tikłopidyna. Kłopidogrel powinien być stosowany w dawce nasycającej 300mg, a gdy planowane jest leczenie inwazyjne wskazane jest podanie 600mg kłopidogrelu. Ponadto przez 12 miesięcy od leczenia inwazyjnego należy przyjmować go codziennie, w dawce 75mg,
- inhibitory receptora glikoproteinowego IIb/IIIa tj. eptifibatyd, abcyksymab, tirofiban. Zmniejszają ryzyko incydentów sercowych u osób poddawanych PCI,
- heparyna niefrakcjonowana, która jest stosowana w leczeniu fibrynolitycznym, jako lek uzupełniający, a także heparyna drobnocząsteczkowa.

Ponadto w zawałe STEMI stosowane są leki fibrynolityczne, za pomocą których przeprowadzana jest reperfuzja, która udrażnia zamkniętą przez skrzep tętnicę, umożliwiając tym samym swobodny przepływ krwi do serca np. alteplaza, tenekteplaza i reteplaza [10].

W leczeniu wspomagającym stosowane są następujące grupy leków [10 ,19]:

- inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE), które zapobiegają niekorzystnej przebudowie komórek, zmniejszają ryzyko nawrotu niedokrwienia miokardium, wystąpienia niewydolności serca i śmiertelności po MI,
- statyny np. atorwastatyna, które zmniejszają stężenie cholesterolu we krwi, a ich stosowanie jest wskazane niezależnie od typu zawału i wyjściowego stężenia frakcji LDL cholesterolu.

Ponadto w celu zniesienia bólu, dożylnie lub podskórną podawana może być morfina (4-8 mg) z dodatkowymi dawkami 2 mg, co 5-15 min. W przypadku zaobserwowania duszności należy podać tlen w przepływie 2-4l/minutę [11].

Inwazyjne leczenie zawału mięśnia sercowego

W przypadku zawału serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) i przy braku przeciwwskazań, w ciągu 72h od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala powinna być wykonywana koronarografia [8]. Na jej podstawie podejmowane są decyzje o konieczności rewaskularyzacji mięśnia sercowego (PCI lub CABG). W przypadku, gdy bóle w klatce piersiowej ulegają obniżeniu, nie występują żadne nieprawidłowości w pracy serca, a

zagrożenie zgonem jest znikome, zabieg rewaskularyzacji można przeprowadzić w późniejszym czasie [8].

W zawale z uniesieniem odcinka ST (STEMI) bardzo ważne jest jak najszybsze udrożnienie tętnicy wieńcowej, w celu umożliwienia swobodnego przepływu krwi do serca, dlatego zabiegu rewaskularyzacji nie można odkładać. Wskazane jest wykonanie PCI, które obejmuje angioplastykę naczyń i w wielu przypadkach połączone jest ze stentowaniem [10].

Dietetyczne leczenie w zawale mięśnia sercowego

W celu niedopuszczenia do kolejnego zawału serca, pacjent powinien przestrzegać diety do końca życia. Dietą o potwierdzonej skuteczności jest dieta śródziemnomorska, która w znacznym stopniu minimalizuje ryzyko ponownego zawału i śmiertelność z nim związaną [20].

W początkowym okresie hospitalizacji stosowana jest dieta płynna (soki owocowe, kleiki, mleko, herbata). W drugiej dobie wprowadzona zostaje dieta ubogoenergetyczna (850-1200 kcal), która uwzględnia produkty łatwo przyswajalne, natomiast nie zawiera pokarmów ciężkostrawnych, wzdymających, z dużą ilością tłuszczu i soli kuchennej [14]. Nie jest zalecane spożywanie mocnej herbaty i kawy, ze względu na obecność kofeiny, która może spowodować zaburzenia rytmu serca [14].

Po zakończeniu hospitalizacji w diecie należy uwzględnić spożywanie [14,20, 21, 22, 23]:

- 200g owoców i 200 g warzyw dziennie,
- 30-45 g/dobę błonnika,
- ryb 1-2 razy w tygodniu , a co najmniej raz w tygodniu powinna to być tłusta ryba, a w przypadku małego spożycia ryb, zalecane jest spożywanie 1g oleju z ryb dziennie,
- roślin strączkowych,
- produktów pełnoziarnistych,
- cebuli, czosnku i oliwy z oliwek,
- produktów bogatych w mikroelementy i makroelementy,
- witaminy C,
- 30g niesolonych orzechów dziennie,
- chudego mięsa,
- ubogotłuszczowych produktów nabiałowych,
- kwasów tłuszczowych pochodzących z roślin lub ze zwierząt morskich,

- kwasów tłuszczowych z rodziny omega 3,
- produktów zawierających sterole lub stanole.

Z danych dostępnych w literaturze wynika, że w zaleceniach dietetycznych nie wskazane jest spożywanie [20,21]:

- czerwonego mięsa, głównie wieprzowiny,
- alkoholu (dopuszczalne jest spożycie 20g alkoholu na dobę u mężczyzn i 10 g u kobiet),
- soli (dobowe spożycie nie powinno wynosić więcej niż 5g),
- kwasów tłuszczowych nasyconych oraz typu trans,
- napojów słodzonych,
- więcej niż 2 jaj tygodniowo.

Rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego

Bardzo ważnym elementem leczenia w zakresie prewencji wtórnej po zawale serca jest kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna, która redukuje liczbę zgonów i obniża możliwość ponownego wystąpienia zawału mięśnia sercowego [24]. Przyczynia się także do poprawy jakości życia i umożliwia choremu powrót do pełnej aktywności fizycznej, zawodowej, psychicznej i społecznej [25]. Rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego obejmuje przede wszystkim aktywność fizyczną, leczenie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, modyfikację stylu życia i edukację pacjenta. Powinna być ona indywidualna, wieloetapowa i akceptowana przez pacjenta i jego bliskich [24, 25].

Chory ze świeżym zawałem serca powinien stopniowo przechodzić trzy etapy kompleksowej rehabilitacji [24,26] :

Etap I (szpitalny) – powinien być rozpoczęty, gdy zostanie opanowane zagrożenie życia chorego. Na tym etapie ważne jest monitorowanie stanu ogólnego pacjenta, zapobieganie skutkom unieruchomienia, poprawa sprawności fizycznej, a także edukowanie pacjenta. W 2-3 dobie, jeśli stan pacjenta pozwala, powinno być rozpoczęte stopniowe usprawnianie. Pod nadzorem fizjoterapeuty pacjent wykonuje różnego rodzaju ćwiczenia tj. relaksacyjne, oddechowe, dynamiczne małych, a następnie większych grup mięśniowych. Wskazane jest zachęcanie pacjenta do siadania, wstawania, a także chodzenia po schodach [24, 26].

Zadaniem pielęgniarki w czasie rehabilitacji szpitalnej jest [27]:

- monitorowanie podstawowych parametrów tj. EKG, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, diureza, saturacja krwi,
- natychmiastowe poinformowanie lekarza o pogorszeniu się stanu pacjenta,
- wykonywanie iniekcji, podawanie leków i wlewów dożylnych zleconych przez lekarza,
- pobieranie materiałów biologicznych do badań,
- informowanie chorego o wykonywanych przy nim czynnościach,
- częsta zmiana pościeli, pomoc w toalecie ciała pacjenta i zmianie bielizny osobistej,
- prowadzenie drenażu ułożeniowego i oklepywanie klatki piersiowej, w przypadku zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym,
- edukowanie pacjenta,
- zapewnienie pacjentowi spokoju.

Etap II (wczesny) – zalecany jest bezpośrednio po skończeniu etapu I. Może być realizowany w formie stacjonarnej np. w szpitalach uzdrowiskowych, rehabilitacyjnych lub w formie niestacjonarnej (w domu lub ambulatoryjnie). Na tym etapie pacjent wykonuje ćwiczenia ogólnousprawniające (oddechowe, rozluźniające, rozciągające, a także treningi w wodzie). Ponadto stosowane są treningi wytrzymałościowe i ćwiczenia oporowe. Celem tego etapu jest poprawa jakości życia, sprawności pacjenta, a także zapobieganie nawrotom choroby i śmiertelności [24, 26].

Etap III (późny, nazywany także prewencją wtórną) – powinien być rozpoczęty po 2-4 miesiącach od wystąpienia zawału serca i obowiązuje przez całe życie. Na tym etapie chory powinien jeździć na rowerze, maszerować, wykonywać ćwiczenia ogólnousprawniające, a także brać udział w grach zespołowych, ale bez elementów współzawodnictwa. Celem tego etapu jest utrzymanie pacjenta w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, kontrola leczenia farmakologicznego, zachęcanie do zdrowego trybu życia, a także przeciwdziałanie czynnikom ryzyka choroby wieńcowej [24, 26].

Na I i II etapie rehabilitacji, pacjent powinien zostać poinformowany o konieczności przerwania ćwiczeń w przypadku wystąpienia dolegliwości tj.: duszność, ból w klatce piersiowej, przyspieszenie akcji serca o więcej niż 20 u/min lub zwolnienie o więcej niż 10 u/min, nadmierny wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego krwi [24].

Wskazówki do samoopieki pacjenta w warunkach domowych

Wiedza ludzi po zawale serca jest często niewystarczająca. Pacjenci nie zdają sobie sprawy, że mimo powrotu do zdrowia, ryzyko ponownego zawału serca jest olbrzymie i z tego powodu powracają do swoich dawnych, niekorzystnych dla zdrowia przyzwyczajeń [28].

Istotną rolę w zapobieganiu ponownemu zawałowi serca i śmiertelności z nim związanej odgrywa edukacja zdrowotna. Do edukacji pacjenta, a także jego rodziny zobligowana jest każda osoba z zespołu terapeutycznego [27].

Kiedy pacjent posiada dostateczną wiedzę na temat swojej choroby i jej przyczyn, zwiększa się poczucie jego odpowiedzialności za własne zdrowie i życie, a to z kolei motywuje go do zmiany dotychczasowego stylu życia na lepszy. Bardzo ważna jest różnorodność metod edukacyjnych. Jednym z najbardziej wykorzystywanych źródeł informacji są broszury edukacyjne, do których pacjent może wrócić w każdej chwili. Ponadto można wykorzystywać film, rozmowę czy własnoręczne notatki [29, 30].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że pacjent po zawale mięśnia sercowego, powinien być edukowany w kierunku [20, 28]:

- zmiany nawyków żywieniowych (dieta śródziemnomorska),
- konieczności umiarkowanego spożywaniu alkoholu,
- zaprzestania palenia tytoniu
- systematycznego przyjmowania leków przepisanych przez lekarza,
- korzyści wynikających z podjęcia zaproponowanej przez lekarza rehabilitacji kardiologicznej,
- zwiększenia aktywności fizycznej, której czas trwania i intensywność należy dobierać do własnych możliwości. Zalecana jest aktywność o charakterze aerobowym, 3-5 razy w tygodniu po 30 minut. Ponadto pacjent powinien zwiększyć codzienną aktywność fizyczną (spacery, praca w ogrodzie),
- obowiązku systematycznego uczęszczania na wizyty kontrolne,
- regularnego wykonywania badań laboratoryjnych krwi: cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i triglicerydów, a także hemoglobiny glikowanej w przypadku cukrzycy
- kontrolowania masy ciała i obwodu pasa. W przypadku otyłości należy zredukować masę ciała (najkorzystniejsza wartość BMI to 20-25),

- systematycznych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Osoby z nadciśnieniem tętniczym powinny dążyć do jego unormowania. Zalecana wartość ciśnienia tętniczego to <140/90 mmHg, zaś u osób z cukrzycą <140/85 mmHg.

U pacjentów z zawałem serca obserwowane są liczne problemy emocjonalne i behawioralne, a u nielicznych objawy psychopatologiczne [31]. Towarzyszący im lęk spowodowany jest strachem przed śmiercią, koniecznością zmiany stylu życia, możliwością utraty pracy i koniecznością przejścia na rentę, a także uzależnieniem od innych osób [27]. Z powodu niekorzystnego wpływu lęku na przebieg choroby, zalecane jest stosowanie leków przeciwlękowych. Ponadto bardzo ważne jest wsparcie ze strony najbliższych osób [31].

CELE PRACY

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i zdrowotnych pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego,
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej, metod jego realizacji i oceny podejmowanych działań.
3. Określenie roli pielęgniarzki w opiece nad pacjentem z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego i modyfikacja zachowań zdrowotnych pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 68 – letnią pacjentkę z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) w trakcie hospitalizacji na Oddziale Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Szpitala USK w Białymstoku w terminie 13.11- 17.11.2017 r. Materiał do badań został zebrany na podstawie analizy dokumentacji (historii choroby pacjenta, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich), wyników badań laboratoryjnych i pomiarów bezpośrednich i pośrednich. W celu sformułowania diagnozy i ustalenia indywidualnego planu postępowania pielęgniarzkiego została wykorzystana metoda procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego

Pacjentka I.F, wiek 68 lat, BMI 32, została przyjęta w trybie nagłym do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki USK w Białymstoku dnia 13.11.2017r. Przyczyną hospitalizacji był ostry zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI).

Sytuacja społeczno –demograficzna:

Stan cywilny - mężatka, dwoje dorosłych dzieci, emerytka, opiekuje się mężem, który przeszedł 2 udary i jest inwalidą. Z wywiadu wynika, że chora nie przeżyła wcześniejszego zawału serca i, że nie występował on w rodzinie. W 2016 roku pacjentka miała wykonany zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego.

Pobrano krew na badania laboratoryjne, które wykazały wzrost stężenia troponiny sercowej T- 1,2 ng/ml [$<0,1$ ng/ml], kinazy kreatynowej – 373 IU/l [25-170 IU/l], aktywności CK-MB – 63 IU/l [0-26 IU/l], cholesterolu LDL-145 mg/dl [< 135 mg/dl], triglicerydów – 162 mg/dl [<150 mg/dl], cholesterolu całkowitego – 199 mg/dl [0-190 mg/dl].

Choroby współistniejące:

- samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze (od ok. 30 lat)
- choroba zwyrodnieniowa wielostawowa (kręgosłup w odcinku krzyżowym i kończyny dolne (od ok.23 lat)
- nerwica (od ok. 8 lat)
- otyłość
- hiperlipidemia mieszana (od ok. 5 lat)

W dniu prowadzonej obserwacji pacjentki dokonano pomiarów podstawowych parametrów życiowych : RR 155/86 mmHg, HR 93u/min, temp. ciała 36,6°C, saturacja 97 %, oddech 24 oddechów/min.

Z wywiadu pozyskanego od pacjentki uzyskano informacje dotyczące bólu w klatce piersiowej, który promieniuje do szyi i żuchwy (5 punktów w skali VAS –ból umiarkowany), duszności spoczynkowej, nudności i wymiotów, lęku spowodowanego zagrożeniem stanu życia, niepokoju przed zabiegiem koronarografii.

Pacjentkę umieszczono na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego i prowadzono obserwacje pod kątem: nasilenia się bólu w klatce piersiowej, duszności, nudności i

wymiotów, wartości ciśnienia tętniczego krwi, a także możliwych powikłań zawału serca (wstrząs kardiogeny, zaburzenia rytmu serca, dorzut zawału serca).

Chora została przygotowana do koronarografii. Pacjentkę poinformowano o celu zabiegu, jego przebiegu i zasadach obowiązujących w czasie i po badaniu. Po powrocie z pracowni hemodynamicznej, chorą obserwowano w kierunku możliwych powikłań koronarografii (krwawienie z miejsca wkłucia, zakrzepica żył głębokich i niedotlenienie kończyny górnej prawej, uszkodzenie nerek przez kontrast).

Chora skarży się na zimne poty i ból stawów kończyn dolnych i kręgosłupa w odcinku krzyżowym (5 punktów w skali VAS- ból umiarkowany). Pacjentka z powodu osłabienia ma problemy z wykonywaniem podstawowych czynności np. toaleta ciała, zaścielenie łóżka, pójście do łazienki. Chora nie posiada wiedzy na temat choroby i zdrowego stylu życia, ale jest gotowa zmodyfikować swoje zachowania zdrowotne. Pacjentka z powodu hospitalizacji i niepokoju o własne zdrowie ma problemy ze snem. Po zabiegu koronarografii obserwowano miejsce nakłucia tętnicy promieniowej w kierunku krwawienia. Co 30 minut luzowano opaskę uciskową, którą usunięto po 4 godzinach od koronarografii. Następnie zdezynfekowano miejsce nakłucia i założono opatrunek uciskowy (gazik i przylepiec owinięty wokół nadgarstka), który pozostawiono do następnego dnia.

Pacjentka ma także założone wkłucie dożylnie, przez które podawane są leki: ketonal 100 mg, 500 ml 0,9% NaCl.

Do oceny miejsca wkłucia zastosowano skalę Baxter i oceniono je na 0 punktów (brak objawów stanu zapalnego). Przy podawaniu leków i.v przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki.

Zastosowane leczenie: Relanium 2x5mg p.o przed zabiegiem koronarografii, IPP 20mg 1x1 p.o, Concor 5 mg 1x1 p.o, Tulip 20 mg 1x1 p.o, Tritace 2,5 mg 1x1 p.o, Acard 75 mg 1x1 p.o, Ketonal 100 mg i.v, 4x500 ml 0,9% NaCl i.v, Clexane 60 mg 1x1 s.c.

Propozycja opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego

Diagnoza pielęgniarska 1: Stan zagrożenia życia spowodowany bólem zawałowym

Cel: Zminimalizowanie stanu zagrożenia życia

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Umieszczenie pacjentki na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego
- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji

- Zamonitorowanie pacjentki i regularna kontrola podstawowych parametrów życiowych (RR, HR, oddech, SpO₂, temperatura)
- Wykonanie 12-odprowadzeniowego EKG
- Kontrolowanie lokalizacji, promieniowania i natężenia bólu zawałowego za pomocą skali VAS
- Założenie kaniuli do żyły obwodowej
- Pobranie krwi obwodowej na badania

Realizacja:

- Pacjentkę umieszczono na OIOK-u
- Ułożono pacjentkę w pozycji płaskiej, z głową uniesioną pod kątem 30° od poziomu podłoża
- Pacjentkę podłączono do kardiomonitora i kontrolowano co 10 minut wartości parametrów życiowych: RR w granicach 135/75-156/87 mmHg, HR w granicach 85-80 u/min, SpO₂ w granicach 97%-99%, oddech w granicach 19-25 oddechów/min, temperatura w granicach 36,6°C-36,8°C
- Wykonano 12 – odprowadzeniowe EKG, które wykazało obniżenie odcinka ST i ujemny załamek T w odprowadzeniach II, III, aVF, V4-V6
- Kontrolowano co 10 minut natężenie bólu zawałowego i zauważono, że ból zmniejszył swoje natężenie i nie promieniuje do szyi i zuchwy. Został oceniony przez pacjentkę wg skali VAS na poziomie 2 punktów
- Założono wkłucie obwodowe w lewym zgięciu łokciowym
- Pobrano krew obwodową na badania: morfologiczne i biochemiczne, a także na markery sercowe, elektrolity i układ krzepnięcia

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano stan zagrożenia życia

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort spowodowany dusznością spoczynkową

Cel: Zminimalizowanie duszności, poprawa samopoczucia pacjentki

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjentki w pozycji ułatwiającej oddychanie
- Ciągła obserwacja pacjentki pod kątem natężenia duszności spoczynkowej
- Założenie pulsoksymetru i stała kontrola saturacji krwi
- W przypadku saturacji poniżej 94 % podanie tlenu na zlecenie lekarza

Realizacja:

- Pacjentkę ułożono w pozycji wysokiej
- Kontrolowano ciągle liczbę oddechów pacjentki, który oscylował w granicach 19-24 oddechów/min, nie zauważono nasilenia duszności
- Na prawy wskazujący palec założono pulsoksymetr i stale kontrolowano saturację krwi, która utrzymywała się w granicach 97%-99%

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort, oddech pacjentki ustabilizował się, chora oddychała z częstością 19 oddechów/min

Diagnoza 3: Ryzyko wystąpienia powikłań zawału serca (wstrząs kardiogeny, zaburzenia rytmu serca, dorzut zawału serca)

Cel: Minimalizacja ryzyka wystąpienia powikłań zawału serca

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Stała kontrola podstawowych parametrów życiowych i obserwacja stanu ogólnego pacjentki
- Ciągłe monitorowanie akcji serca
- Zapewnienie pacjentce spokoju i pomoc w podstawowych czynnościach, aby nie dopuścić do przemęczenia

Realizacja:

- Pacjentkę podłączono do kardiomonitora, kontrolowano krzywą EKG i wartości podstawowych parametrów życiowych: RR w granicach 135/75-156/87 mmHg, HR w granicach 85-80 u/min, SpO2 w granicach 97%-99% oddech w granicach 19-22 oddechów/min. Chora nie gorączkowała (temp. 36.6°C). Stan pacjentki oceniono na dobry
- Pomagano pacjentce w toalecie ciała, zmieniano bieliznę osobistą i pościel, przyniesiono basen

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia powikłań zawału serca

Diagnoza pielęgniarska 4: Możliwość wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych nadciśnienia tętniczego krwi

Cel: Unormowanie ciśnienia tętniczego krwi, minimalizacja ryzyka powikłań wysokiego ciśnienia krwi

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Stałe monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi

- Zapewnienie pacjentce spokoju
- Poinformowanie chorej, aby unikała sytuacji stresowych i wysiłku fizycznego
- Prowadzenie farmakoterapii hipotensyjnej zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich
- Obserwacja pacjentki pod kątem skuteczności bądź możliwych działań niepożądanych leków

Realizacja:

- Kontrolowano ciśnienie tętnicze krwi co 30 minut, które utrzymywało się w granicach 135/75-156/87 mmHg
- Zapewniono pacjentce warunki spokoju i ciszy, poprzez zamknięcie drzwi
- Poinformowano o konieczności odpoczynku (pozostanie w łóżku, informowanie pielęgniarki o potrzebach)
- Na zlecenie lekarza podano 2,5 mg Tritace per os
- Obserwowano pacjentkę (zauważono stopniowy spadek ciśnienia krwi i nie zaobserwowano skutków ubocznych leków)

Ocena podjętych działań: Ciśnienie pacjentki zostało unormowane i wynosiło 135/75

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko odwodnienia spowodowane nudnościami i wymiotami

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia odwodnienia z powodu wymiotów

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjentki w pozycji zapobiegającej aspiracji treści pokarmowej do płuc
- Zapewnienie pacjentce miski nerkowatej, ligniny, wody przegotowanej w kubeczku do przepłukania jamy ustnej, a w razie konieczności wykonanie toalety jamy ustnej
- Obserwacja pacjentki pod kątem odwodnienia (wzmoczone pragnienie, sucha skóra i błony śluzowe, apatia, rzadsze oddawanie ciemnego moczu)
- Prowadzenie nawodnienia pacjentki na zlecenie lekarza

Realizacja:

- Pacjentkę ułożono w pozycji wysokiej
- Przyniesiono miskę nerkowatą, ligninę, przegotowaną wodę w celu zapewnienia higieny jamy ustnej

- Pacjentkę obserwowano pod kątem pogorszenia stanu ogólnego spowodowanego odwodnieniem i nie zauważono niepokojących objawów (brak wzmożonego pragnienia, skóra napięta, błony śluzowe nawilżone, zachowana pełna świadomość, regularne oddawanie jasnego moczu)
- Na zlecenie lekarza podano 500 ml 0,9% NaCl i.v w celu uzupełnienia utraconych płynów

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do wystąpienia odwodnienia, wymioty ustąpiły

Diagnoza pielęgniarstwa 6: Lęk spowodowany stanem zagrożenia życia

Cel: Uspokojenie pacjentki i obniżenie lęku

Plan opieki pielęgniarstwa:

- Udzielenie wsparcia psychicznego, a także wysłuchanie wątpliwości chorej i pomoc w ich rozwiązaniu
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem

Realizacja:

- Udzielono wsparcia pacjentce poprzez wyjaśnienie wszystkich wątpliwości
- Umożliwiono kontakt z lekarzem który poinformował pacjentkę o jej stanie zdrowia i dalszym etapie leczenia

Ocena podjętych działań: Lęk pacjentki został obniżony

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Niepokój spowodowany przygotowaniem do zabiegu koronarografii

Cel: Zmniejszenie niepokoju

Plan opieki pielęgniarstwa:

- Wyjaśnienie pacjentce celowości, przebiegu i zasad obowiązujących w czasie i po zabiegu koronarografii
- Przygotowanie fizyczne pacjentki do zabiegu
- Przyniesienie basenu w celu oddania moczu przed zabiegiem
- Prowadzenie farmakoterapii i nawodnienia na zlecenie lekarza

Realizacja:

- Wyjaśniono pacjentce:

- celowość zabiegu: wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym i polega na wprowadzeniu przez tętnicę promieniową/udową cienkiego, plastikowego cewnika, aby uwidocznić tętnice wieńcowe

-zasady zachowania podczas zabiegu:konieczne jest informowanie zespołu terapeutycznego o wszystkich niepokojących dolegliwościach

-zasady zachowania po zabiegu: po powrocie na salę obowiązkowe jest pozostanie w łóżku przez 6-8 godzin, w pozycji płaskiej, z lekko uniesioną głową i wyprostowaną kończyną górną, przez którą wprowadzany był cewnik, oddanie moczu do basenu w ciągu 2 godzin od zabiegu, obserwacja założonej opaski uciskowej, przez którą może nastąpić zmiana zabarwienia (zasinienie) skóry dłoni

- Przygotowano fizycznie pacjentkę do zabiegu (usunięto protezy zębowe, zdjęto biżuterię)
- Pacjentka oddała mocz do basenu
- Prowadzono farmakoterapię i nawodnienie na zlecenie lekarza (podano 10 mg relanium per os i 500 ml 0,9% NaCl i.v)

Ocena podjętych działań: Podwyższono stan psychiczny pacjentki

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wystąpienia skutków ubocznych koronarografii (krwawienie, uszkodzenie nerek przez kontrast, zakrzepica żył głębokich, niedokrwienie ręki)

Cel: Minimalizacja ryzyka wystąpienia powikłań koronarografii

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukowanie pacjentki na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii
- Wykonanie kontrolnego 12 –odprowadzeniowego EKG
- Prowadzenie nawodnienia pacjentki w celu usunięcia z organizmu kontrastu podanego podczas zabiegu
- Przyniesienie pacjentce basenu i zapewnienie warunków intymności, aby chora mogła komfortowo oddać mocz
- Luzowanie opaski uciskowej i obserwacja kończyny poddanej zabiegowi (obecność tętna i krwawienia, kolor skóry, ocieplenie, objawy zakażenia)

Realizacja:

- Wyedukowano pacjentkę na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii:

- ułożenie kończyny górnej prawej wyprostowanej i przebywanie w pozycji płaskiej, z lekko uniesioną głową w łóżku przez 6-8 godzin
- oddanie moczu do basenu w ciągu 2 godzin od zabiegu.
- Wykonano kontrolne 12 – odprowadzeniowe EKG i nie stwierdzono nieprawidłowości
- Prowadzono nawodnienie: 500 ml 0,9 % NaCl i.v , w celu szybszego usunięcia kontrastu z organizmu i zminimalizowania ryzyka uszkodzenia nerek przez kontrast
- Pacjentka oddała samodzielnie mocz do basenu i udokumentowano jego obecność w historii pielęgnowania
- Co 30 minut luzowano opaskę uciskową za pomocą specjalnie do tego celu przystosowanej strzykawki i oceniano stan kończyny górnej prawej (obecność tętna – 80 uderzeń/min, siny kolor dłoni, brak krwawienia, ocieplenia).
- Po 4 godzinach od zabiegu zdjęto opaskę uciskową, zdezynfekowano miejsce nakłucia, nie zaobserwowano stanu zapalnego i założono opatrunek uciskowy, który pozostawiono do następnego dnia (gazik i przylepiec owinięty wokół nadgarstka)

Ocena podjętych działań: Nie stwierdzono wystąpienia powikłań po koronarografii, stan pacjentki był dobry

Diagnoza pielęgnarska 9: Dyskomfort spowodowany bólem kończyn dolnych i kręgosłupa w odcinku krzyżowym w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów

Cel: Złagodzenie bólu w kończynach dolnych i krzyżowym odcinku kręgosłupa

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Zapewnienie twardego i płaskiego materaca, pomoc w wygodnym ułożeniu
- Ocena bólu z zastosowaniem skali VAS
- Prowadzenie farmakoterapii przeciwbólowej zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich
- Obserwacja pacjentki pod kątem skuteczności i możliwych działań niepożądanych leków przeciwbólowych

Realizacja:

- Zapewniono twarde i płaski materac, chorą ułożono w pozycji zmniejszającej ból (płaska, z głową uniesioną pod kątem 30° od poziomu podłoża)
- Ból oceniono wg skali VAS na poziomie 5 punktów

- Na zlecenie lekarza podano we wlewie kroplowym 100 mg ketonalu i.v, działań niepożądanych nie zauważono, ból stopniowo zmniejszył natężenie. Został oceniony wg skali VAS na 1 punkt

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort, dolegliwości bólowe zostały złagodzone

Diagnoza pielęgnarska 10: Deficyt samoopieki spowodowany osłabieniem

Cel: Zmniejszenie deficytu samoopieki

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Zmotywowanie pacjentki do wykonywania podstawowych zabiegów higienicznych z pomocą pielęgniarstwa
- Przygotowanie zestawu i wykonanie zabiegów higienicznych
- Pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb i w wygodnym ułożeniu
- Zastosowanie działań profilaktycznych zapobiegających wystąpieniu powikłań zakrzepowo-zatorowych
- Prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza

Realizacja :

- Pacjentka została uświadomiona na temat istoty wykonywania minimalnej aktywności fizycznej (zabiegi higieniczne), aby zapobiegać skutkom unieruchomienia np. chorobie zakrzepowo-zatorowej, pamiętając o oszczędzaniu kończyny górnej poddanej zabiegowi
- Wykonano toaletę ciała w łóżku chorej (toaleta zębów i całego ciała)
- Pacjentkę ułożono w wygodnej pozycji (płaska, z głową uniesioną pod kątem 30° od poziomu podłoża), odkręcono i podano butelkę z wodą
- W celu profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej uniesiono kończyny dolne pod kątem 30° od podłoża, podkładając wałek zrobiony z koca
- Podano 60 mg heparyny drobnocząsteczkowej s.c

Ocena podjętych działań: Zmniejszono deficyt pacjentki w zakresie samoopieki

Diagnoza pielęgnarska 11: Dyskomfort spowodowany występowaniem zimnych potów

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie optymalnej temperatury (ok. 18-21°C) i wilgotności (ok. 60 %) w pomieszczeniu
- Przygotowanie zestawu do toalety ciała i pomoc pacjentce w wykonaniu toalety ciała
- Zapewnienie suchej, czystej, przewiewnej bielizny osobistej i pomoc w jej zmianie
- Prowadzenie nawodnienia pacjentki na zlecenie lekarza

Realizacja:

- Wywietrzono salę, zamknięto okna, temperatura w sali wynosiła 20°C, a wilgotność 59%
- Przygotowano miskę z wodą, ręcznik, mydło, pastę i szczoteczkę do zębów i wykonano toaletę ciała
- Zmieniono bieliznę osobistą i pościel
- Prowadzono nawodnienie: 500 ml 0,9% NaCl i.v

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort, zimne poty ustąpiły

Diagnoza pielęgniarska 12: Brak wiedzy na temat zdrowego stylu życia i choroby

Cel: Zwiększanie poziomu wiedzy pacjentki na temat stylu życia i czynników zwiększających ryzyko kolejnego zawału serca

Plan opieki pielęgniarskiej

- Zapoznanie pacjentki z czynnikami ryzyka zawału mięśnia sercowego
- Edukacja pacjentki na temat przyjmowania leków, żywienia, aktywności fizycznej

Realizacja:

- Pacjentka została wyedukowana w kierunku:
 - czynników ryzyka zawału serca
 - wpływu chorób współistniejących (nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, otyłość), niskiej aktywności fizycznej, nieodpowiedniej diety
 - minimalizowania stresu poprzez stosowanie technik relaksacyjnych np. aromaterapii, ćwiczeń rozluźniających mięśnie
- Wyedukowano pacjentkę w zakresie:
 - regularnego przyjmowania leków hipotensyjnych
 - redukcji masy ciała - zwiększenia aktywności fizycznej np. spacerów, ćwiczenia aerobowe, 3-5 razy w tygodniu przez 30 minut

- żywienia z uwzględnieniem diety śródziemnomorskiej: obniżenie spożycia soli do 5 g/dobę, ograniczenie tłuszczów zwierzęcych, spożywanie dużych ilości warzyw i owoców, pokarmów z dużą zawartością błonnika, chudego mięsa (np. drób), ubogotłuszczowych produktów nabiałowych, pieczywa pełnoziarnistego, roślin strączkowych tj. fasola, soczewica, groch, tłustych ryby morskich

Ocena podjętych działań: Zwiększono poziom wiedzy pacjentki na temat zdrowego stylu życia i czynników ryzyka zawału serca

Diagnoza pielęgniarska 13: Utrudnione zasypianie spowodowane hospitalizacją

Cel: Zapewnienie pacjentce dobrych warunków do snu

Plan opieki pielęgniarskiej

- Zapewnienie na sali czystego i świeżego powietrza oraz optymalnej temperatury(18-21°C) i wilgotności otoczenia (ok. 60%)
- Ograniczenie oświetlenia i zapewnienie ciszy na sali

Realizacja:

- Wywietrzono salę i zamknięto wszystkie okna. Temperatura otoczenia wynosiła 20°C, a wilgotność 59 %
- Zasłonięto rolety, zgaszono światło i zamknięto drzwi, w celu odizolowania sali od hałasu, który może dobiegać z korytarza

Ocena podjętych działań: Zapewniono odpowiednie warunki do snu. Pacjentka przespała noc bez problemów

Diagnoza pielęgniarska 14: Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego w miejscu założonego wkłucia obwodowego

Plan opieki pielęgniarskiej

- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas kaniulacji żyły obwodowej
- Obserwacja miejsca założenia kaniuli i ocena wg skali Baxter

Realizacja:

- Podczas kaniulacji żyły obwodowej zastosowano zasady aseptyki i antyseptyki, poprzez zdezynfekowanie miejsca wkłucia, użycie jałowego sprzętu i zabezpieczenie wkłucia bandażem
- Przy każdym podawaniu leków i.v zwracano uwagę na możliwe objawy zakażenia (zaczerwienienie, stwardnienie, obrzęk, ból, podwyższona ciepłota). Miejsce założenia kaniuli oceniano za pomocą skali Baxter na poziomie 0 punktów

Ocena podjętych działań: Nie zaobserwowano objawów zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

WNIOSKI

Głównymi problemami pielęgnacyjnymi pacjentki były:

- stan zagrożenia życia spowodowany bólem zawałowym,
- dyskomfort spowodowany dusznością spoczynkową,
- ryzyko wystąpienia powikłań zawału serca (wstrząs kardiogeny, zaburzenia rytmu serca, dorzut zawału serca),
- możliwość wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych nadciśnienia tętniczego krwi,
- ryzyko odwodnienia spowodowane nudnościami i wymiotami,
- lęk spowodowany stanem zagrożenia życia,
- niepokój spowodowany przygotowaniem do zabiegu koronarografii,
- możliwość wystąpienia skutków ubocznych koronarografii (krwawienie, uszkodzenie nerek przez kontrast, zakrzepica żył głębokich, niedokrwienie ręki),
- dyskomfort spowodowany bólem kończyn dolnych i kręgosłupa w odcinku krzyżowym w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów,
- deficyt samoopieki spowodowany osłabieniem,
- dyskomfort spowodowany występowaniem zimnych potów,
- brak wiedzy na temat zdrowego stylu życia i choroby,
- utrudnione zasypianie spowodowane hospitalizacją,
- ryzyko wystąpienia stanu zapalnego w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

- 1) Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa dla pacjentki z rozpoznaniem zawału serca z uwzględnieniem realizacji i oceny podjętych działań.
- 2) Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zawałem mięśnia sercowego jest edukowanie i czynne uczestniczenie w procesie rehabilitacji i leczenia.
- 3) Pacjentkę zapoznano z czynnikami ryzyka zawału mięśnia sercowego, a także przedstawiono sposoby modyfikacji stylu życia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na dietę, aktywność fizyczną i redukcję masy ciała.

PIŚMIENNICTWO

1. Thygesen K., Alpert J.S, Jaffe A.S, Simoons M.L, Chaitman B.R., White H.D.: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca. *Kardiologia Polska* 2012; 70, supl. V: S 235- S 254.
2. Fałkowska B.: Determinanty czasu dotarcia do pracowni hemodynamicznej pacjentów w wieku podeszłym z zawałem STEMI. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2016; 5 (1): 8-11.
3. Kosiora D.A, Gaciong Z. (red.). Aktualne zalecenia postępowania w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013.
4. Dąbrowska B. Lokalizacja zawału serca w elektrokardiogramie w świetle aktualnych wytycznych. *Medycyna Praktyczna* 2013; 1 (spec.): 29-34.
5. Sitkiewicz D., Stępińska J., Solnica. B., Opolski G., Kanty Kulpa. J. Markery biochemiczne w świetle uniwersalnej definicji zawału mięśnia sercowego. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Diagnostyka Laboratoryjna* 2012; 48 (3): 353-358.
6. Obrębska A., Irzmański R., Grycewicz T., Mejer A., Kowalski J. Wartość prognostyczna podstawowych badań laboratoryjnych krwi w przewidywaniu wyników rehabilitacji kardiologicznej u chorych po STEMI. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2016; XL (236): 84-88.
7. Korzeniowska K., Cieślewicz A., Kaźmierczak E., Chmara E., Jankowski J., Kowal J., Jabłecka A. Czy stężenie neopteryny różni się u pacjentów z zawałem STEMI i NSTEMI? *Farmacja współczesna* 2017; 10: 11-16.
8. Korzeniowska K., Wietlicka I., Szałek.E., Jabłecka A. Ostre zespoły wieńcowe - Część I. Zawał mięśnia serca bez uniesienia odcinka ST – opis przypadku. *Farmacja współczesna* 2011; 4: 33-39.
9. Sokołowski K., Kurpesa M. Etiopatogeneza zawału serca bez zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. *Folia Cardiologica Excerpta* 2008; 3 (12): 551-558
10. Salomon P. (red.): Patofizjologia chorób serca, Wyd.II, Wrocław 2008.
11. Korzeniowska K., Wietlicka I., Szałek E., Jabłecka A. Ostre zespoły wieńcowe - Część II. Zawał mięśnia serca z uniesieniem odcinka ST – opis przypadku. *Farmacja Współczesna* 2011; 4: 93-96.
12. Tuchacz Sz., Targoński R., Ciećwierz D., Skarżyński P., Puchalski W., Nowak A., Zięba B., Gruchała M., Frankiewicz A., Rynkiewicz A. Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) – diagnostyka i leczenie. *Terapia* 2008; 2 z.2 (206): 4-11.

13. Frankiewicz A., Taszner M., Borkowski T., Gruchała M., Zięba B., Targoński R., Skarżyński P., Ciećwierz D., Puchalski W., Rynkiewicz A. Ostre zespoły wieńcowe bez uniesienia ST. *Terapia* 2008; 2 z.2 (206): 13-17.
14. Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*, Wyd. IV, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2014.
15. Chlebus K., Gąsior M., Gierlotka M., Kalarus Z., Kozierekiewicz A., Opolski G., Poloński L., Rabczenko D., Stokwiszewski J., Wierucki Ł., Wojtyniak B. Mirosław Wysocki M., Zdrojewski T. Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca AMI-PL 2009-2012. Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014; Dostępne: www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/zawaly-serca-w-polsce/ pobrane 02.09.2017.
16. Jankowski P., Gąsior M., Gierlotka M., Ceglowska U., Słomka M., Eysymontt Z., Gałaszek M., Buszman P., Kalarus Z., Kaźmierczak J., Legutko J., Sujkowska G., Matusiewicz W., Opolski G., Hoffman P. Opieka koordynowana po zawale serca. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. *Kardiologia Polska* 2016; 74 (8): 800-811.
17. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2 (dostęp 12.10.2017).
18. Szymański F.M., Filipiak K.J., Kasiński Z., Reguła J., Małecki M., Sławek J. Jaką dawkę kwasu acetylosalicylowego należy stosować w codziennej praktyce klinicznej? Wielodyscyplinarne stanowisko ekspertów. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13(3) :147-158.
19. Welnicki M. Statyny w prewencji wtórnej zawału mięśnia sercowego – którą wybrać? *Medycyna po Dyplomie* 2016; 25 (7-8): 32-35.
20. Jankowski P. Zasady profilaktyki wtórnej u chorych po ostrym zespole wieńcowym w 2016 roku. *Kardiologia Inwazyjna* 2016; 3(11): 34-39.
21. Strzelak A. Modyfikacja stylu życia w profilaktyce wtórnej choroby niedokrwiennej serca u pacjentów po ostrym zespole wieńcowym z uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia na co Dzień* 2008; 3(4): 105-108.
22. Rosiak M. Modyfikacja czynników ryzyka u pacjentów po zawale serca z uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia na co Dzień* 2008; 3(4): 109-111.
23. Jankowski P. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w profilaktyce chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń* 2012; 9 (4): 192–198.

24. Piotrowicz R., Wolszakiewicz J. Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po zawale serca. *Folia Cardiologica Excerpta* 2008; 3(12): 559-565.
25. Jerka K., Kurpesa M. Rehabilitacja kardiologiczna po zawale mięśnia sercowego – przegląd aktualnych doniesień. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2012; 14 (2): 138-141
26. Wysokiński A., Zapolski T. Wybrane zagadnienia rehabilitacji kardiologicznej. *Terapia* 2008; 2 z.1 (205): 18-22.
27. Biliński G., Barabach Sz., Kubiak A., Bilińska M., Soboć J., Fuchs M. Rehabilitacja chorych po przebytych ostrym zespole wieńcowym w okresie wczesnoszpitalnym – cz. II. *Rehabilitacja* 2013; 1: 26-29.
28. Kubicka- Mącznik A. Wtórna prewencja kardiologiczna u pacjentów po przebytych zawale serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13 (5): 363–366.
29. Wilski M. Postawa troski o siebie po zawale serca a długość okresu pozawałowego, czas trwania rehabilitacji i stan kondycji fizycznej pacjentów. *Postępy Rehabilitacji* 2010; 4: 11-16.
30. Aldona Kubica A., Andruszkiewicz. A., Grześk G., Koziński M., Sinkiewicz W., Bronisz A., Goch A. Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5 (2): 93–99.
31. Szyguła-Jurkiewicz B., Szymik M., Mrozowska B., Schmidt B., Michalak A. Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2011; 8 (2): 62–69.

OCENA WIEDZY I ZACHOWAŃ PACJENTÓW Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM NA TEMAT SAMOKONTROLI

Sylvia Małgorzata Sienicka¹, Barbara Jankowiak²

1. Łomżyńskie Centrum Medyczne

2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze to jedno z najczęściej występujących schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Zaliczane jest do miana chorób cywilizacyjnych, czyli globalnie występujących, do których wystąpienia lub rozprzestrzenienia przyczynił się postęp współczesnej cywilizacji. Szacuje się, iż do roku 2025 liczba chorych wzrośnie do 29%. W starożytności, gdy nie znano jeszcze przyrządów do pomiaru ciśnienia tętniczego, wysokie ciśnienie krwi było rozpoznawane jako mocny puls. Dopiero wraz z rozwojem wiedzy z zakresu anatomii i fizjologii człowieka poznano mechanizmy, które przyczyniają się do powstania nadciśnienia tętniczego, jego skutków, jak również metod leczenia czy profilaktyki. Pierwsze wzmianki zainteresowania tematem ciśnienia i pulsu pochodzą z książki „The YellowEmperor’sClassics of InternalMedicine”, powstałej w Chinach około 2600 roku p.n.e. Autor książki zwraca uwagę na to, jak ważne jest badanie pulsu chorego oraz stwierdza zależność między spożyciem soli a tętnem. Zamieszkały w Starożytnym Rzymie Cornelius Celsus doszedł do wniosku, iż ćwiczenia fizyczne oraz sytuacje, którymtowarzyszą duże emocje prowadzą do silniejszego pulsu [1, 2].

Stephen Hales w 1733 roku przeprowadził doświadczenie, które obecnie uważa się za pierwszy pomiar ciśnienia krwi. Proces polegał na założeniu rurki do tętnicy szyjnej żywej klaczy i podłączeniu do niej szklanej rurki. W 1828 roku pochodzący z Francji fizjolog Jean Leonard Marie Poiseuille wynalazł rtęciowy manometr do pomiaru ciśnienia krwi.

Zastosowanie rtęci wpłynęło na znaczne zmniejszenie rozmiarów szklanej rurki niezbędnej do przeprowadzenia pomiaru ciśnienia, którą zastąpiła krótka rurka manometru rtęciowego.

Uzyskany pomiar przedstawił w jednostce mmHg, używanej do dziś. W 1905 roku Nikolai Korotkov, pochodzący z Rosji jako pierwszy zaobserwował, iż za pomocą stetoskopu można zmierzyć ciśnienie skurczowe i rozkurczowe krwi [1, 2]. Samoistne nadciśnienie tętnicze krwi rozwija w wyniku uwarunkowań genetycznych oraz nieprawidłowego stylu życia. Schorzenie należy do tak zwanych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wystąpieniu choroby sprzyja palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierna podaż soli w diecie, mała aktywność ruchowa- często z tym związana nadwaga oraz otyłość jak również stałe narażenie na stres [3].

Obecnie w Polsce na chorobę nadciśnieniową choruje ok. 35% mężczyzn i 29% kobiet w wieku od 18 do 79 lat. Dużo rozpowszechnienie tego schorzenia, niedostateczne jego rozpoznawanie, duża zależność pomiędzy wartościami ciśnienia tętniczego krwi, a ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych skutkują tym, że nadciśnienie zaliczane jest do podstawowych obciążeń zdrowotnych wśród populacji polskiej. Poprawa skuteczności dotyczącej wykrywania oraz leczenia choroby nadciśnieniowej stanowi poważne wyzwanie dla pracowników służby zdrowia, polityków oraz ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego [3].

Etiologia i epidemiologia nadciśnienia tętniczego

Na patogenezę choroby nadciśnieniowej ma wpływ wiele czynników. Przyczyna schorzenia może być genetycznie uwarunkowana. Do genów biorących udział w mechanizmach ciśnienia tętniczego krwi, mogących odpowiadać za predyspozycje do rozwinięcia nadciśnienia tętniczego należą m.in. geny kodujące różne składowe układu RAA np. angiotensyno gen [1].

Układ RAA jest jedną z głównych przyczyn w procesie rozwoju choroby nadciśnieniowej. Dzieje się tak poprzez bezpośredni wpływ angiotensyny II na układ sercowo-naczyniowy, jak również poprzez wpływ aldosteronu na gospodarkę wodno-elektrolitową, ale także pobudzanie włóknienia serca i naczyń oraz działanie prozapalne.

Nerki stanowią początkowy odcinek całego układu, a dokładniej renina uwalniana rano po przebudzeniu do krwioobiegu ustroju. Podwyższony poziom stężenia reniny powoduje zwiększenie ilości angiotensyny, która odpowiada za pobudzenie wazokonstrykcji. W wyniku tych procesów ciśnienie tętnicze krwi nieznacznie wzrasta. Następnie angiotensyna II stymuluje korę nadnerczy do wydzielania aldosteronu. Efekt działania sprzężenia zwrotnego powoduje to, że jeżeli w sytuacji, gdy ciśnienie tętnicze podnosi się lub spożycie soli jest zbyt duże, to nerki redukują uwalnianie reniny, co przyczynia się do wydalenia większych ilości sodu oraz prowadzi do unormowania ciśnienia tętniczego krwi. Angiotensyna II odpowiada za krótkoterminową oraz natychmiastową regulację ciśnienia, zaś mechanizm sodowo-objętościowy odpowiada za kontrolę długoterminową [3].

W patogenezie nadciśnienia tętniczego udział równie bierze układ współczulny. W wyniku jego wzmożonej aktywności dochodzi do zwiększenia wartości BP (*Blood Pressure*). Dzieje się tak na skutek zwiększenia pojemności minutowej serca, oporu obwodowego czy wolemii. Układ ten należy do najistotniejszych układów, które odpowiadają za krótkoterminową zmienność ciśnienia tętniczego jak również wpływa na wysokość ciśnienia długoterminowo [1, 4].

Peptydy natriuretyczne składają się na sercowy układ hormonalny, który stanowi istotną rolę w regulacji stanu hemodynamicznego krążenia i modulacji aktywności układów: adrenergicznego oraz renina–angiotensyna–aldosteron.

Rezultaty przeprowadzonych badań sugerują, iż ocena stężeń peptydów natriuretycznych może mieć wartość predykcyjną w ocenie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego krwi oraz pojawienia się jego powikłań sercowych.

Kolejnym elementem patogenezy nadciśnienia tętniczego są substancje wytwarzane przez komórki śródbłonna. Są to substancje rozszerzające naczynia krwionośne takie jak tlenek azotu oraz prostacyklina oraz powodujące kurczenie tj. endotelina [5].

Przyczyny powstania nadciśnienia tętniczego można doszukać się również w niewłaściwym stylu życia. Brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, nadmierne spożycie soli kuchennej, czy masa ciała określana jako nadwaga bądź otyłość- wszystkie te czynniki predysponują do wystąpienia choroby nadciśnieniowej [5].

Występowanie nadciśnienia tętniczego krwi jest uzależnione od szerokości geograficznej, warunków społeczno-kulturowych oraz ekonomicznych. Do państw o zwiększonej częstości występowania tego schorzenia należą m.in. Japonia, Kanada oraz Stany Zjednoczone. Według badań przeprowadzonych przez Kearney i wsp. wynika, iż

częstość występowania nadciśnienia tętniczego wynosiła w 2001 roku 26,4% - to ok. 972 mln osób, a w roku 2025 liczba osób chorych wzrośnie do 29,2% czyli ok. 1650 mln osób. Powszechność zjawiska, jego powikłania oraz koszty leczenia stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny [5].

Otrzymanie rzetelnych danych w badaniu epidemiologicznym na dużą skalę jest trudne, ponieważ wymaga doboru próby reprezentatywnej populacji pod kątem: miejsca zamieszkania, wieku, przestrzegania określonej metody pomiaru ciśnienia czy rozpoznania schorzenia. Pierwsze badanie w Polsce o nazwie Pol-MONICA przeprowadzono w latach 1983-1994, przeprowadzono w ramach projektu Światowej Organizacji Zdrowia. Kolejnym badaniem był program NATPOL realizowany w latach 1994-2002, według którego 43% chorych na nadciśnienie tętnicze leczyła się systematycznie. W latach 2003-2007 przeprowadzono Ogólnopolskie Wieloośrodkowe Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ, którego celem było określenie zależności pomiędzy częstością występowania i skutecznością leczenia a miejscem zamieszkania oraz płcią. Badaniu poddano próbę reprezentatywną 13 545 osób w wieku od 20 do 74 lat, w tym 6392 mężczyzn i 7153 kobiet. Według wyników nadciśnienie tętnicze częściej występuje u mężczyzn (42,1%) niż u kobiet (32,9%). Częściej występuje u osób zamieszkałych w województwach śląskim i wielkopolskim, rzadziej natomiast lubelskim i łódzkim. Za średnie ciśnienie tętnicze krwi w populacji polskiej w przypadku kobiet przyjęto wartość 129,7/ 81,2 mm Hg, w przypadku mężczyzn jest to 137,6/ 83,9 mm Hg[6].

Według Państwowego Zakładu Higieny (PZH) na podstawie opracowanych informacji uzyskanych z bazy WHO HFA Database w porównaniu z innymi mieszkańcami 25 państw Unii Europejskiej, kondycja zdrowotna Polaków jest na znacznie gorszym poziomie oraz odsetek umieralności jest wyższy w porównaniu do przeciętnego poziomu w krajach Wspólnoty Europejskiej we wszystkich przedziałach wiekowych [7].

Rozpoznanie i kwalifikacja nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się zazwyczaj przypadkowo podczas pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, badań okresowych osób zatrudnionych, a niekiedy wówczas, gdy już wystąpiły powikłania groźne dla życia.

Chorobę nadciśnieniową stwierdza się na podstawie średniej wartości ciśnienia tętniczego krwi najmniej dwóch pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch różnych wizyt u lekarza, a wartości są równe bądź wyższe niż 140mmHg dla SBP(*Systolic Blood Pressure*) i/lub 90 mm Hg dla DBP (*Diastolic Blood Pressure*). U pacjentów z wartościami ciśnienia poniżej 160/100 mm Hg powinno się wykonać automatyczną rejestrację BP w celu potwierdzenia rozpoznania choroby nadciśnieniowej. Natomiast, gdy wartości są równe bądź przekroczą 180/110 mm Hg dopuszczalne jest postawienie rozpoznania nadciśnienia tętniczego krwi, należy wówczas wykluczyć czynniki mogące wpłynąć na podwyższone wartości BP takie jak: stres, alkohol czy ból. Aby wyniki pomiarów były jak najbardziej miarodajne musi być spełnione kilka warunków tj. odpowiednie przygotowanie pacjenta, prawidłowa technika badania oraz aparat, który spełnia kryteria dokładności pomiarów. Wartości ciśnienia tętniczego krwi nie wzrastają dynamicznie, z każdym rokiem przekraczając poziom prawidłowy przyjęty jako 139/89 mmHg. Organizm pacjenta stopniowo przyzwyczaja się do zmian ciśnienia i nie sygnalizuje choroby [8].

Z chwilą rozpoznania u chorego nadciśnienia tętniczego krwi, pacjent powinien przejść pełne badania kliniczne składające się z dokładnie zebranego wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, testów laboratoryjnych oraz badań dodatkowych. Celem tych badań jest ustalenie współistniejących czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, ujawnienie ewentualnych powikłań narządowych, jak również stopnia ich zaawansowania [9].

Podczas wywiadu należy zebrać informacje na temat chorób współistniejących, czas utrwania nadciśnienia, obciążeń genetycznych ze strony układu krążenia lub układu moczowego, które mogłyby wskazywać na tło dziedziczne. Pytania powinny dotyczyć stylu życia pacjenta tj. aktywności fizycznej oraz stosowania używek takich jak alkohol czy palenie tytoniu. Należy zwrócić uwagę na przyjmowane leki, jak również sumienność w ich przyjmowaniu. W przypadku kobiet koniecznie należy odnotować wartości ciśnienia w ciąży [9,10].

Podczas badania przedmiotowego należy zwrócić uwagę na wzrost i ciężar ciała pacjenta. Następnie obliczyć wskaźnik BMI (Body Mass Index), który opiera się na założeniu, iż ciężar ciała jest proporcjonalny do kwadratu wysokości ciała. Metoda ta przeznaczona jest tylko dla osób dorosłych. Określenie wskaźnika BMI ma znaczenie w ocenie zagrożenia takimi schorzeniami, jak cukrzyca czy miażdżyca. Wynik powyżej lub równy 25kg/m² wskazują na nadwagę. Należy również uwzględnić pomiar obwodu tali w celu oceny niebezpiecznej otyłości brzusznej. W kobiet jest to 88 cm i więcej, natomiast u

mężczyzn jest to wartość wyższa lub równa 102 cm. Związek pomiędzy ciśnieniem tętniczym a ilością tkanki tłuszczowej nie jest ograniczony tylko do otyłości patologicznej, lecz jego charakter jest ciągły, bez wartości progowej. Im dłużej trwa okres otyłości, tym większe jest ryzyko rozwoju choroby nadciśnieniowej [11].

Pacjent z nadciśnieniem tętniczym powinien mieć wykonane podstawowe badania krwi takie jak: morfologia, stężenie glukozy na czczo, stężenie sodu oraz potasu. Oznaczone powinno być stężenia kreatyniny, kwasu moczowego, jak również lipidogram. Należy również wykonać badanie moczu oraz elektrokardiogram.

Do badań rozszerzonych zaliczyć można USG doppler tętnic szyjnych, którego głównym celem jest ocena obecności zwężeń obszarów badanych. Zalecane jest również badanie dna oka polegające na ocenie przez lekarza okulistę stanu naczyń, nerwu wzrokowego oraz siatkówki. Pozwala to ustalić stopień zaawansowania nadciśnienia tętniczego, jak również dynamikę jego rozwoju. Kondycja naczyń krwionośnych na dnie oka dostarcza istotnych informacji o stanie innych narządów w organizmie.

Pomiary w gabinecie lekarskim czy pielęgniarskim nie zawsze dają miarodajne wyniki, związane jest to z ograniczeniami wynikającymi z trudności w zachowaniu poprawności pomiaru. Sam wynik nie przedstawia dziennej zmienności ciśnienia, a jedynie stan aktualny. Ponadto, należy wziąć pod uwagę to, iż u części pacjentów występuje efekt tzw. białego fartucha, który prowadzi do zawyżonych wartości BP. Fizjologicznie zaobserwować można dobową zmienność ciśnienia tętniczego z charakterystycznym wzrostem wartości BP w godzinach rannych oraz spadkiem w porze nocnej. Ocena dobowego rytmu jest możliwa dzięki całodobowym pomiarze ciśnienia tętniczego ABPM (*Ambulatory Blood Pressure Monitoring*). Umożliwia to wykrycie niekorzystnych zjawisk, jak efekt białego fartucha, nadmierny poranny wzrost ciśnienia tętniczego czy nadmierny spadek w nocy [9,12].

Postępowanie i leczenie

Nadciśnienie tętnicze należy do chorób przewlekłych, których leczenie powinno być oparte na współpracy chorego z lekarzem, zarówno w zakresie zmiany stylu życia, jak również farmakoterapii. Podstawę tej wzajemnej współpracy stanowi edukacja, dzięki której pacjent może w sposób świadomy uczestniczyć w procesie leczenia oraz być współodpowiedzialnym za podjęte decyzje.

Sposób odżywiania ma znaczący wpływ na stan zdrowia. Przestrzeganie zasad zdrowego żywienia warunkuje prawidłowy rozwój oraz funkcjonowanie organizmu. Nadciśnienie tętnicze należy do schorzeń ściśle związanych z nieprawidłowym stylem życia, jak również nieodpowiednim sposobem odżywiania.

Normalizacja masy ciała chorego jest jedną z podstawowych metod leczenia niefarmakologicznego. Jest to również ważny element terapii hipotensyjnej oraz prewencji powikłań nadciśnienia tętniczego i miażdżycy. Wykazano, iż zmniejszenie ciężaru ciała chorego powoduje spadek ciśnienia tętniczego o 4,4/3,6 mmHg. Zalecane jest spożywanie warzyw, produktów ubogotłuszczowych, pełnoziarnistych. Posiłki powinny zawierać pomniejszoną zawartość tłuszczu nasyconych oraz cholesterolu. Ponadto zalecane jest spożywanie świeżych owoców, ze zwróceniem uwagi na pacjentów z cukrzycą oraz nadwagą mając na uwadze dużą zawartość węglowodanów. W leczeniu dietetycznym zwraca się uwagę na dietę śródziemnomorską oraz dietę DASH.

Dieta basenu śródziemnomorskiego opiera się na zastosowaniu oliwy z oliwek, znanej ze swojego ochronnego działania przed chorobą niedokrwienną serca i niektórymi nowotworami. Spowodowane jest to dużą ilością przeciwutleniaczy, jak witamina E, czy polifenole. Dieta ta zawiera dużo produktów roślinnych: owoce i warzywa, produkty zbożowe oraz ziemniaki, orzechy [13].

Dieta DASH natomiast powstała w wyniku badania Dietary Approaches to Stop Hypertension, w którym to poddano ocenie wpływ konkretnych składników pokarmowych na wartość ciśnienia tętniczego krwi. Pozwoliło to opracować metodę żywienia, w której uzyskano istotne obniżenie ciśnienia skurczowego, średnio o 6 mmHg i ciśnienia rozkurczowego o około 3 mmHg. Dieta ta opiera się na obniżeniu spożycia tłuszczu- głównie pochodzenia zwierzęcego oraz mięsa. Zmniejszyć należy również podaż sodu oraz cukrów. Uwagę zwrócono na zwiększenie spożycia warzyw, owoców, orzechów i nasion [13].

Bazując na licznych badaniach wykazano zależność pomiędzy spożyciem soli kuchennej a wartością ciśnienia tętniczego krwi. U pacjentów chorujących na nadciśnienie, ilość spożytej soli nie powinna przekraczać 5g na dobę, natomiast według informacji Instytutu Żywności i Żywienia średnia dzienna podaż tego składnika w Polsce wynosi aż 10g. Nadmierne spożycie może powodować oporność w leczeniu choroby. Ograniczenie soli jest trudne biorąc pod uwagę jej zawartość w większości produktów spożywczych. Należy częściej wybierać produkty nieprzetworzone, unikać słonych przekąsek oraz nie dodawać soli podczas gotowania, smak

potraw natomiast poprawiać wykorzystując zioła, czy też inne przyprawy bez zawartości tego słonego składnika [13, 14].

Zwiększenie wysiłku fizycznego stanowi zarówno metodę leczenia choroby jak również jej prewencję. Zwiększenie ilości ruchu wiąże się z niższymi wartościami ciśnienia tętniczego, w przeciwieństwie do siedzącego trybu życia, który sprzyja rozwojowi nadciśnienia oraz wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. Wykazano, iż możliwe jest obniżenie ciśnienia krwi o 4-9 mm Hg. Podstawową metodą powinien być aerobowy wysiłek fizyczny do którego zaliczyć można pływanie, jazdę na rowerze czy marsz. Podejmowanie aktywności zaleca się co najmniej 3 razy w tygodniu, a czas trwania od 20 minut do godziny. Wskazane jest umiarkowane tempo intensywności, do 75% maksymalnej częstości rytmu serca. Zaleca się unikanie ćwiczeń izometrycznych tj. podnoszenia dużych ciężarów, co może powodować to skokowy wzrost ciśnienia tętniczego. Wysiłek fizyczny pomaga zmniejszyć masę ciała, pozytywnie wpływa na wygląd sylwetki, poprawia wydolność organizmu. Regularna aktywność fizyczna pozwala zmniejszyć ryzyko wczesnego zgonu z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego o ponad 50% [15, 16].

Badania epidemiologiczne wskazały na dodatnią zależność pomiędzy ciśnieniem tętniczym krwi a spożywaniem alkoholu. Zwiększone spożycie napojów procentowych powoduje wzrost BP oraz niekorzystnie wpływa na stan naczyń krwionośnych. Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby, które często spożywają piwo. Zaobserwować można u nich zwiększony obwód brzucha, tzw. „mięsień piwny”, który spowodowany jest wysokokalorycznością alkoholu. Prowadzi to do otyłości brzusznej, niebezpiecznej dla zdrowia oraz życia. Mężczyznom chorującym na HA zaleca się spożycie do 140 gramów na tydzień, natomiast u kobiet jest to 80 gramów na tydzień [15, 16].

Palenie tytoniu to jedna z najczęstszych przyczyn chorób układu krążenia. Toksyczne substancje znajdujące się w dymie tytoniowym przyczyniają się do przyspieszonego rozwoju miażdżycy w naczyniach wieńcowych, a tym samym upośledzając przepływ krwi. Serce otrzymuje mniej tlenu i substancji odżywczych, a w momencie zablokowania przepływu krwi dochodzi o martwicy mięśnia sercowego. Dodatkowo składniki dymu powodują powstawanie i zaostrzenie istniejących stanów zapalnych w wielu miejscach organizmu. Wypalenie jednego papierosa powoduje podwyższenie ciśnienia oraz przyspieszenie rytmu serca, związane jest to najpewniej z pobudzeniem aktywności nerwowego układu współczulnego [15, 17].

Leczenie farmakologiczne

Dobór leku uzależniony jest od indywidualnych cech chorego tj. jego wieku, chorób współistniejących, stopnia ryzyka wystąpienia powikłań choroby nadciśnieniowej. Wybór leku zależy również od masy ciała pacjenta, jak również jego płci oraz rasy. Podstawowym celem leczenia jest obniżenie wartości ciśnienia tętniczego poniżej wartości 140/90 mm Hg, nie dotyczy to jednak wszystkich pacjentów, tj. u chorego z cukrzycą dąży się do jeszcze większego obniżenia wartości BP tj. poniżej 140/85mm Hg. U osób w starszym wieku, u których redukcja ciśnienia tętniczego wiąże się z tzw. niedociśnieniem ortostatycznym a tym samym może dochodzić do omdleń i upadków. W przypadku pacjentów młodych, z niewielkim nadciśnieniem krwi i minimalnym ryzykiem sercowo-naczyniowym metodą leczenia będzie jedynie modyfikacja stylu życia [18,19].

W leczeniu choroby nadciśnieniowej stosuje się leki z pięciu głównych grup: inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE-I), antagonistów receptora angiotensyny (ARB), diuretyków (czyli leków moczopędnych) z grupy tiazydowych, leków blokujących receptory beta-adrenergiczne (tzw. beta-blokery), blokerów kanałów wapniowych (zwane też czasem antagonistami wapnia). Leki moczopędne zwiększają ilość wydzielania moczu poprzez zwiększenie wydalania wody wraz z jonami sodu, chloru. Stosowane są w monoterapii (głównie u osób starszych, po 80 roku życia), złożonej terapii dwulekowej nadciśnienia tętniczego, zwłaszcza gdy schorzeniu towarzyszy cukrzyca czy upośledzona czynność wydalinicza nerek. Wdrożenie leków blokujących receptory B-adrenergiczne znajduje zastosowanie w leczeniu pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, tachykardią oraz gdy nadciśnieniu towarzyszy choroba wieńcowa czy niewydolność serca. Preparaty z grupy blokerów kanałów wapniowych stosowane są u pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami gospodarki lipidowej i/lub węglowodanowej ze względu na neutralność metaboliczną. Inhibitory konwertazy angiotensyny i leki blokujące receptor AT należą do grupy leków blokujących układ RAA i są najczęściej stosowane w leczeniu choroby nadciśnieniowej. Inhibitory ACE to leki preferowane w HA z uszkodzeniami narządowymi, chorobą nerek, niewydolnością serca oraz u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Sartany, czyli leki blokujące receptor AT są stosowane u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym oraz rozrostem lewej komory serca czy przebytym udarem mózgu.

Wdrożenie leczenia farmakologicznego niezwalania chorego od dalszego przestrzegania zasad w zmianie stylu życia [19, 20].

Powikłania nadciśnienie tętniczego

Wpływ wysokiego ciśnienia tętniczego krwiprowadzi do niekorzystnych zmian w budowie narządów wewnętrznych, a w konsekwencji do pogorszenia ich funkcjonowania. Dynamika rozwoju tych zmian uzależniona jest od wysokości ciśnienia, czasu trwania choroby nadciśnieniowej, przebiegu schorzeń współistniejących, jak również od stosowania się do zaleceń lekarskich. Szybkość pojawienia się powikłań zależy od indywidualnych uwarunkowań, ale zasadą jest, że narastają one z czasem trwania choroby. Systematyczne leczenie nadciśnienia tętniczego zapobiega rozwojowi wielu groźnych dla zdrowia, a nawet życia powikłań.

Powikłania nadciśnienia tętniczego krwi w obrębie serca dotyczą:

- Przerostu lewej komory i zaburzenia funkcji rozkurczowej lewej komory
- Choroby niedokrwiennej serca
- Niewydolności serca
- Zaburzeń rytmu serca [21].

Powikłania dużych tętnic to:

- Zaburzenia czynności śródbłónka
- Przebudowa naczyń: zwiększona grubość kompleksu błony wewnętrznej i środkowej (IMT) tętnicy szyjnej, zwiększona sztywność ścian, zmniejszona podatność naczyń tętniczych
- Miażdżycy [21].

W obrębie mózgu dochodzi do powikłań o charakterze:

- Mikroangiopatii mózgowej
- Udaru mózgu [21].

W obrębie nerek wymienia się powikłania o charakterze:

- Albuminurii
- Niewydolności nerek [21].

CELE PRACY

1. Ocena wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego.
2. Ocena zachowań pacjentów na temat samokontroli w nadciśnieniu tętnicznym.
3. Ocena stopnia samokontroli pacjentów z nadciśnieniem tętnicznym.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badaniem objęto grupę 110 pacjentów ze stwierdzonym nadciśnieniem tętnicznym, będących pacjentami Łomżyńskiego Centrum Medycznego.

Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Ankieta składa się z 27 pytań. Podzielona została na dwie części. Pierwsza część dotyczyła danych metryczkowych takich jak: wiek, miejsce zamieszkania, płeć, wykształcenie.

Drugą część ankiety stanowiły pytania dotyczące wiedzy respondentów na temat samokontroli w nadciśnieniu tętnicznym, tj. wiedzy na temat kontroli choroby, sposobu jej leczenia, zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia. Uzyskane wyniki poddano analizie ilościowej.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badawczej.

W badaniu udział wzięło 110 ankietowanych. Najliczniejszą grupę badawczą – 56% stanowili respondenci w wieku od 45 do 60 roku życia. Ankietowani stanowiący najmniej liczną grupę - 6% były to osoby pomiędzy 19 a 30 rokiem życia.

Wśród badanych przeważały kobiety – stanowiły 61% badanych, 43 osoby poddane badaniu to mężczyźni, stanowiący 39% ankietowanych.

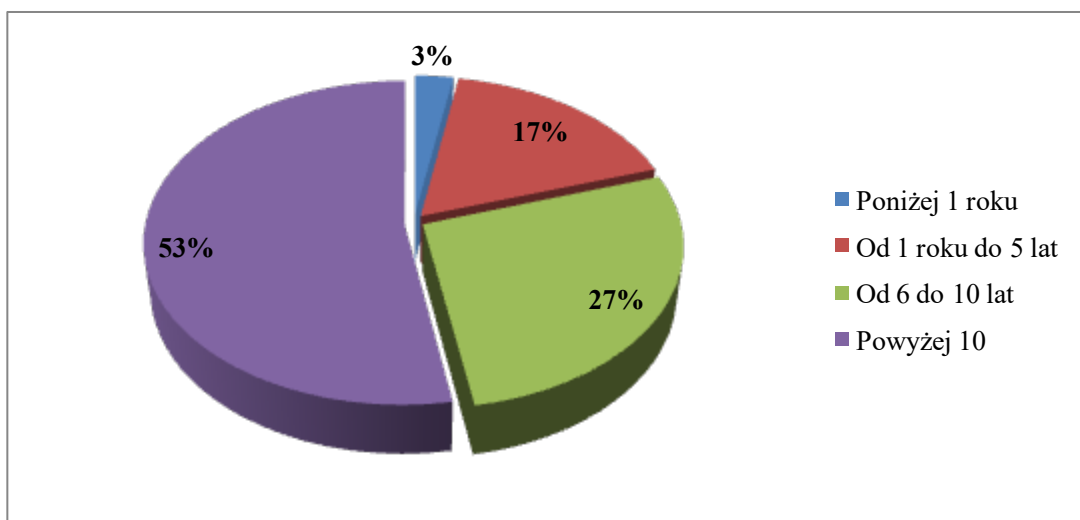
Zdecydowana większość ankietowanych to osoby zamieszkałe w miastach- 67%. Pozostali badani w ilości 33% mieszka na wsi.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby będące w związku małżeńskim(70%),osoby owdowiałe stanowiły 15% respondentów, natomiast 10% były to osoby rozwiedzione. Najmniejszą grupę (5%) stanowiły osoby nie zamężne.

Wśród respondentów przeważały osobylegitymujące się wykształceniem średnim – 47%. Wykształceniwyższe posiadało 26% badanych. 19% respondentów to osoby posiadające wykształcenie na poziomie zawodowym. Najmniejszą grupę tj. 8 % stanowiły ankietowani z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym.

Szczegółowe opracowanie ankiet

53% respondentów chorowało na nadciśnienie tętnicze krwi powyżej 10 lat. 27% badanych zmagало się z tą chorobą od 6 do 10 lat. Osoby stanowiące grupę, która chorowała najkrócej- poniżej 1 roku stanowiło3% wszystkich respondentów (Rycina 1).



Rycina 1. Dane dotyczące długości trwania choroby

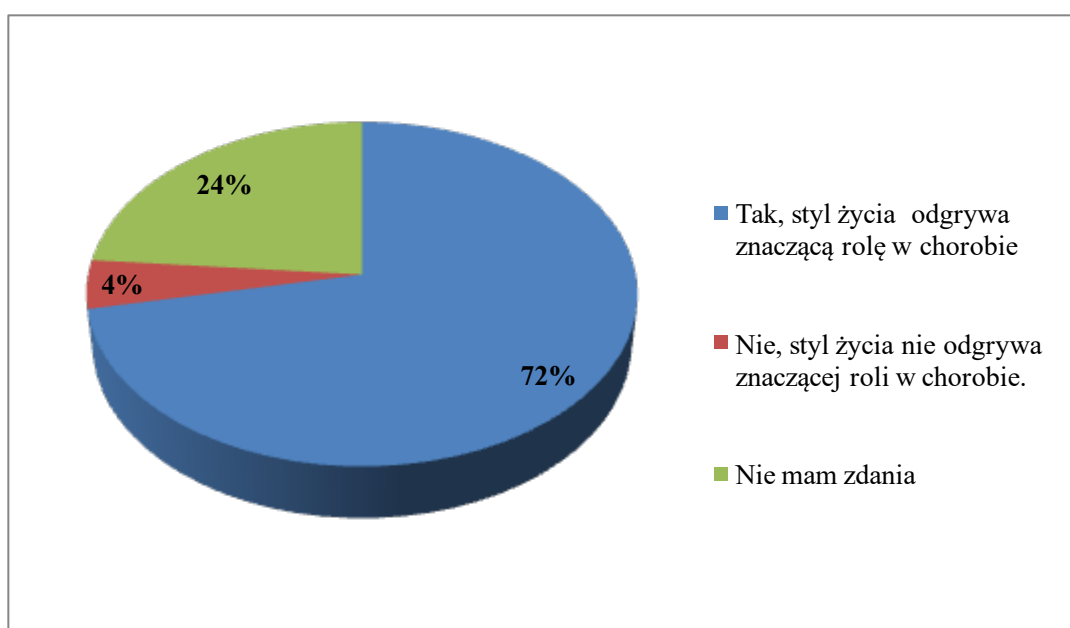
67% badanych uważało swoją wiedzę na temat nadciśnienia tętniczegokrwi za zadowalającą. 5% wszystkich respondentów zadeklarowało, iż nie posiada wiedzy. 28% badanych uważało swoją wiedzę za niewystarczającą i chciało pogłębienia jej.

Na Rycinie 2 przedstawiono opinie respondentów na temat wpływu stylu życia na nadciśnienie tętnicze (leczenie, samokontrolę).

Zdaniem 72% wszystkich respondentów styl życia odgrywa znaczącą rolę w chorobie. Przeciwnego zdania jest 5 osób, które stanowią 4% ankietowanych. Grupa ta odpowiedziała, iż styl życia nie wpływa znacząco na chorobę. 24% spośród osób biorących udział w badaniu stwierdziła, iż nie ma zdania na dany temat.

Rycina 3 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi wszystkich ankietowanych na pytanie, „Czy moment rozpoznania choroby wpłynął na ich styl życia”.

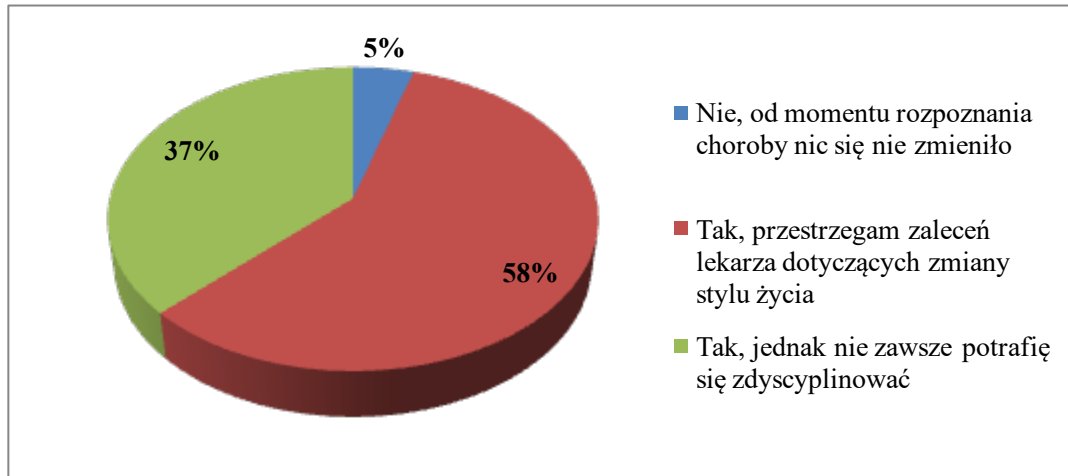
58% wszystkich odpowiedzi stanowią respondenci, którzy stwierdzili, że od momentu, w którym rozpoznano chorobę, przestrzegają zaleceń lekarza dotyczących modyfikacji stylu życia. 37% ankietowanych przyznało, że „tak”, jednak nie zawsze potrafi się zdyscyplinować. Pozostałe 5% twierdziło, iż nie wprowadzili modyfikacji stylu życia.



Rycina 2. Opinia badanych na temat wpływu stylu życia na nadciśnienie tętnicze

W Tabeli I zebrano informacje na temat wartości ciśnienia tętniczego krwi sugerującej o nadciśnieniu tętniczym. Zdecydowana część respondentów stanowiąca 81% wszystkich osób poddanych badaniu wskazała na odpowiedź, w której ciśnienie skurczowe wynosi 140-159 mmHg, zaś ciśnienie rozkurczowe mieści się w granicach 90-99. 11% ankietowanych nie było w stanie wskazać konkretnej wartości. Według 6% badanych o nadciśnieniu tętniczym

mówimy wówczas, gdy ciśnienie skurczowe mieści się w przedziale 120-129 mmHg, a rozkurczowe 80-84 mmHg.



Rycina 3. Opinia badanych na temat wpływu choroby na styl życia

Tabela I. Opinia badanych na temat wartości ciśnienia świadczących o nadciśnieniu tętniczym

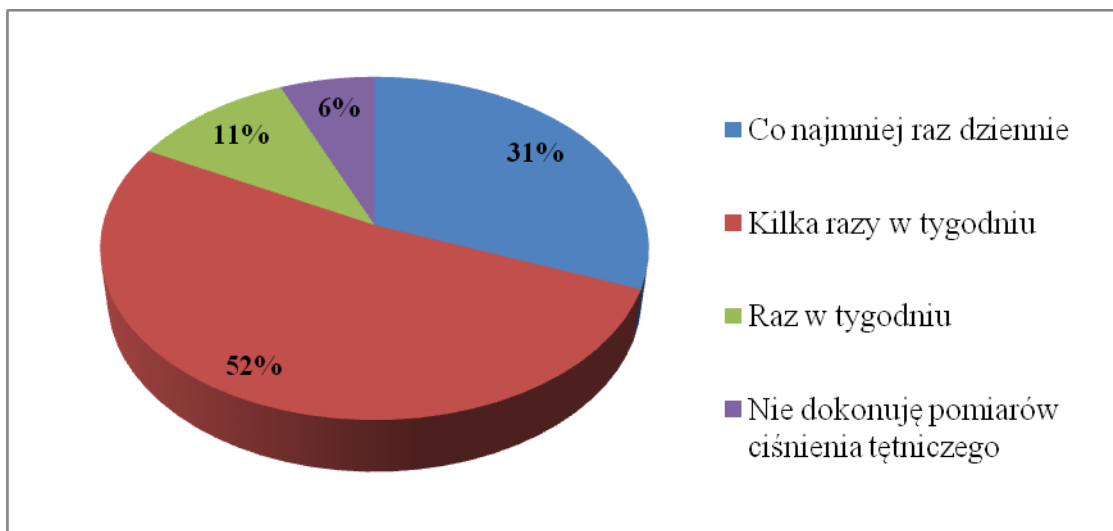
Wartości ciśnienia świadczące o nadciśnieniu tętniczym	N	%
Ciśnienie skurczowe 120-129 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe 80-84 mm Hg	7	6
Ciśnienie skurczowe 140-159 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe 90-99 mm Hg	89	81
Ciśnienie skurczowe <120 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe <80 mm Hg	2	2
Nie wiem	12	11
Razem	110	100%

Zdecydowana większość respondentów posiadała aparat do samodzielnego mierzenia ciśnienia tętniczego krwi. Grupę tę stanowiło 89% wszystkich ankietowanych. 11% badanych, z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, przyznało, iż nie posiada aparatu do samodzielnego mierzenia ciśnienia tętniczego.

Respondentów zróżnicowano pod względem częstości dokonywania pomiarów ciśnienia tętniczego krwi na 4 grupy:

- Grupa I: osoby mierzące ciśnienie tętnicze krwi co najmniej raz dziennie
- Grupa II: osoby mierzące ciśnienie tętnicze krwi kilka razy w tygodniu
- Grupa III: osoby mierzące ciśnienie tętnicze krwi raz w tygodniu
- Grupa IV: osoby nie dokonujące pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.

Najliczniejszą grupę badanych (52%) stanowiły osoby, które dokonują pomiarów ciśnienia tętniczego krwi kilka razy w tygodniu. 31% ankietowanych dokonuje pomiarów co najmniej raz dziennie. 6% spośród wszystkich badanych deklarowało, iż nie dokonuje pomiarów ciśnienia tętniczego krwi (Rycina 4).



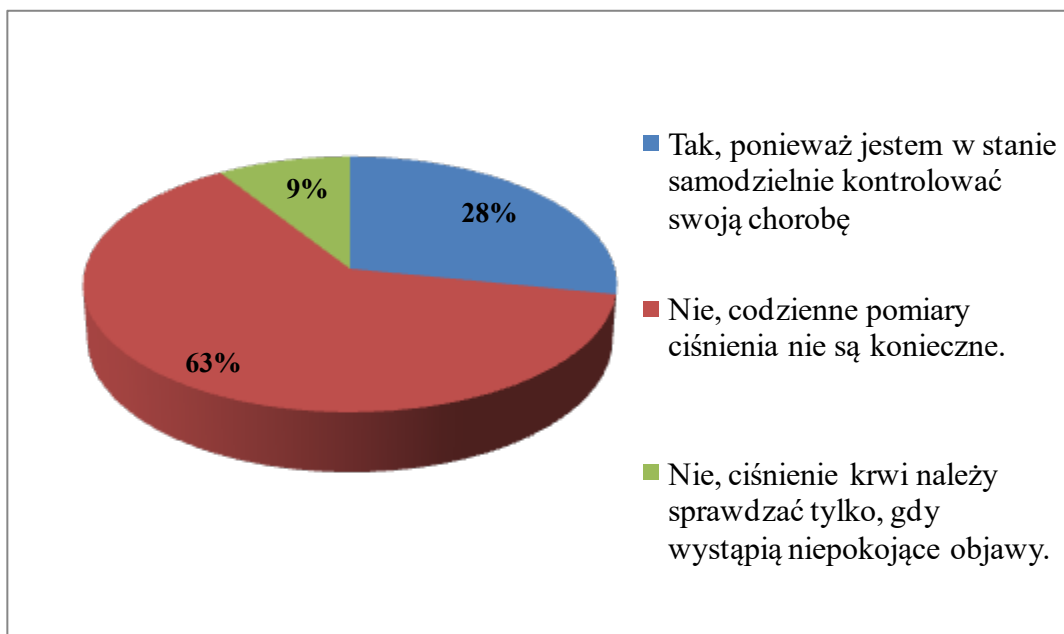
Rycina 4. Częstość dokonywania pomiarów ciśnienia tętniczego krwi

Rycina 5 przedstawia procentowy podział grupy ankietowanych ze względu na ich opinię na temat potrzeby codziennych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Większość respondentów, stanowiąca 63% wszystkich ankietowanych była zdania, iż nie ma potrzeby

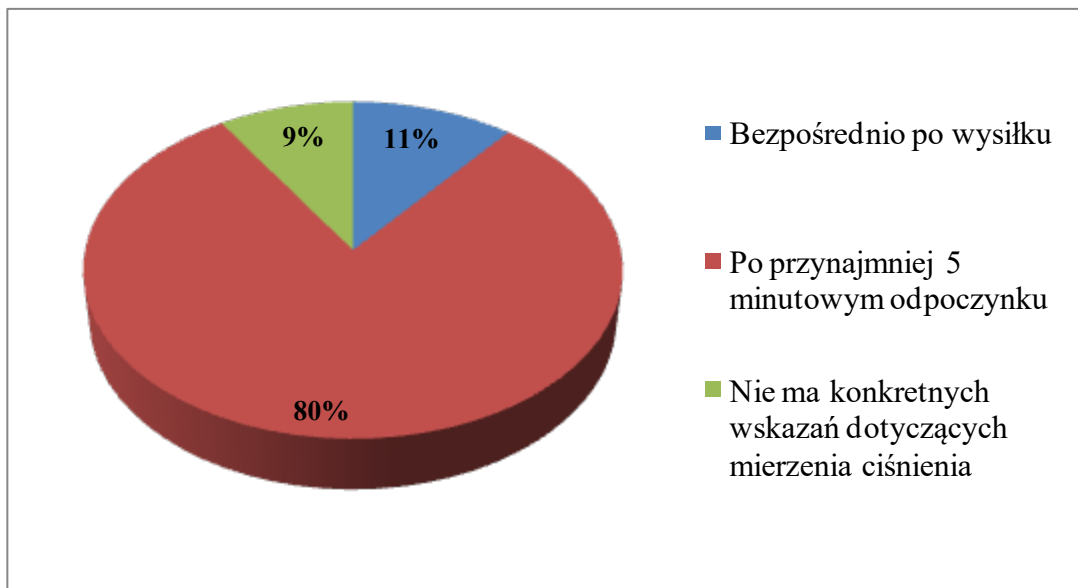
dokonywania codziennych pomiarów ciśnienia tętniczego. Natomiast pozostałe 9% ankietowanych twierdziło, że pomiarów należy dokonywać tylko w przypadku wystąpienia niepokojących objawów.

Zadaniem większości tj. 80% respondentów poddanych badaniu dokonanie pomiaru ciśnienia krwi powinno odbyć się po uprzednio co najmniej 5 minutowym odpoczynku. Pozostałe 10 osób, stanowiące 9% wszystkich respondentów twierdziło, że nie ma konkretnych wskazań dotyczących sposobu mierzenia ciśnienia (Rycina 6).

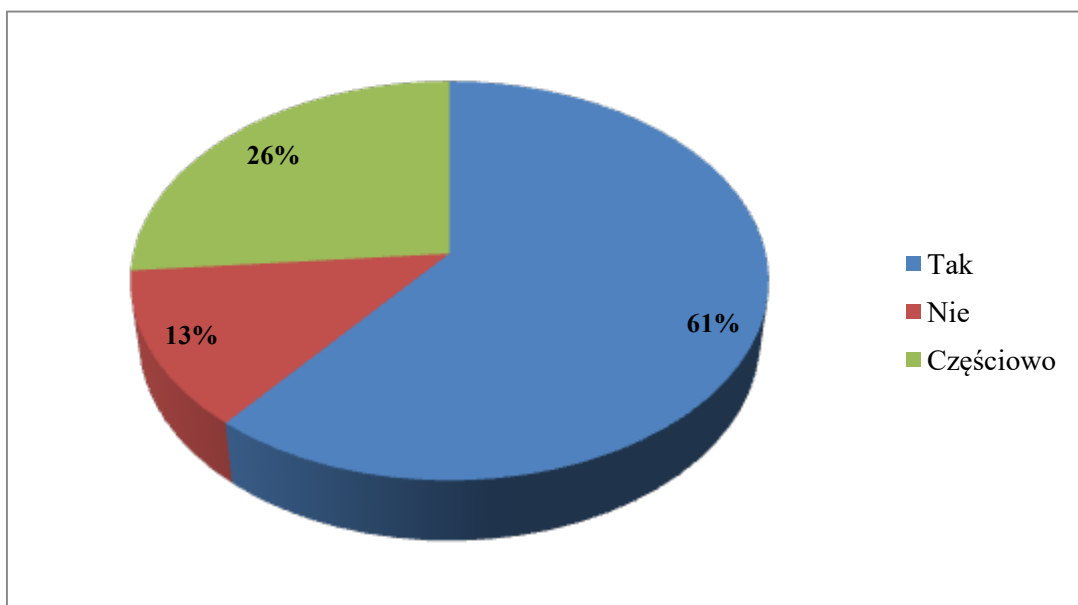
Zmianę jadłospisu spowodowaną rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego krwi deklarowało 61% ankietowanych. 26% osób spośród wszystkich ankietowanych twierdziło, że w sposób częściowy dokonało zmiany sposobu żywienia. Najmniejszą grupę stanowili respondenci, którzy z chwilą rozpoznania choroby nadciśnieniowej nie zmienili swoich nawyków żywieniowych (Rycina 7).



Rycina 5. Opinia dotycząca potrzeby dokonywania codziennych pomiarów ciśnienia krwi



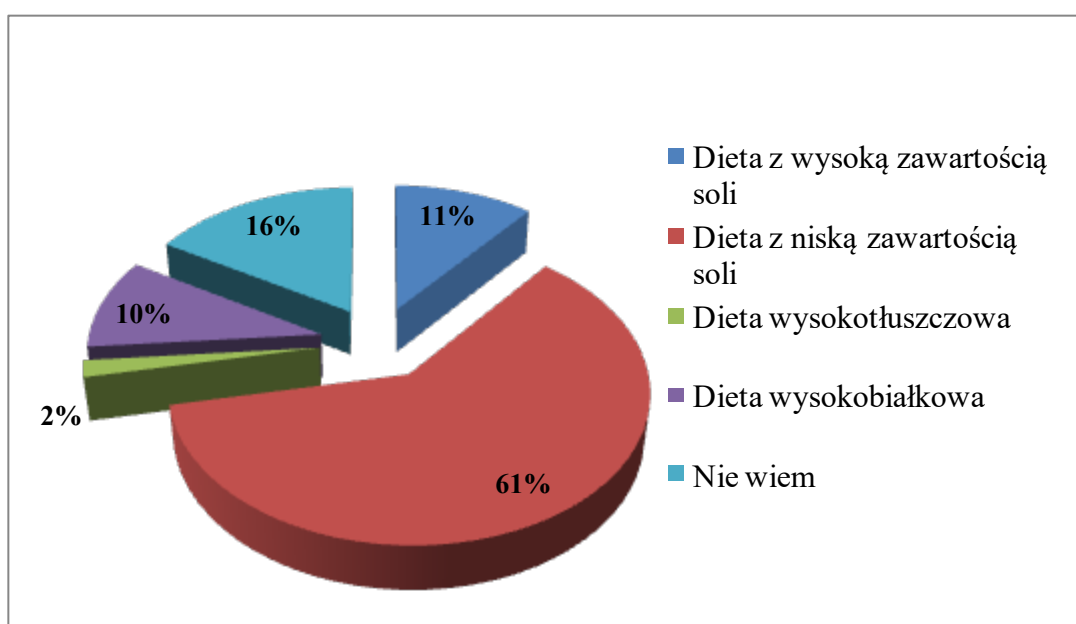
Rycina 6. Opinia badanych na temat sposobu dokonywania pomiaru ciśnienia tętniczego krwi



Rycina 7. Opinia badanych na temat zmiany jadłospisu spowodowanej chorobą nadciśnieniową

Dieta z niską zawartością soli została wybrana przez większość respondentów (61%) biorących udział w badaniu, za dietę zalecaną pacjentom ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym krwi. Natomiast przeciwnego zdania było 11% ankietowanych, którzy uważali, że

to jadłospis z wysoką zawartością soli w składzie jest odpowiedni dla pacjentów mających problem z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi. 16% osób spośród wszystkich respondentów stanowiły osoby, które na postawione pytanie na temat zalecanego żywienia w chorobie nadciśnieniowej nie potrafili wskazać konkretnej odpowiedzi wskazując na odpowiedź „nie wiem”. Pozostałe 2% uznało dietę wysokotłuszczową za najkorzystniejszą dla pacjenta z nadciśnieniem tętniczym krwi. Dane na temat zalecanego sposobu żywienia zostały przedstawione na Rycinie 8.

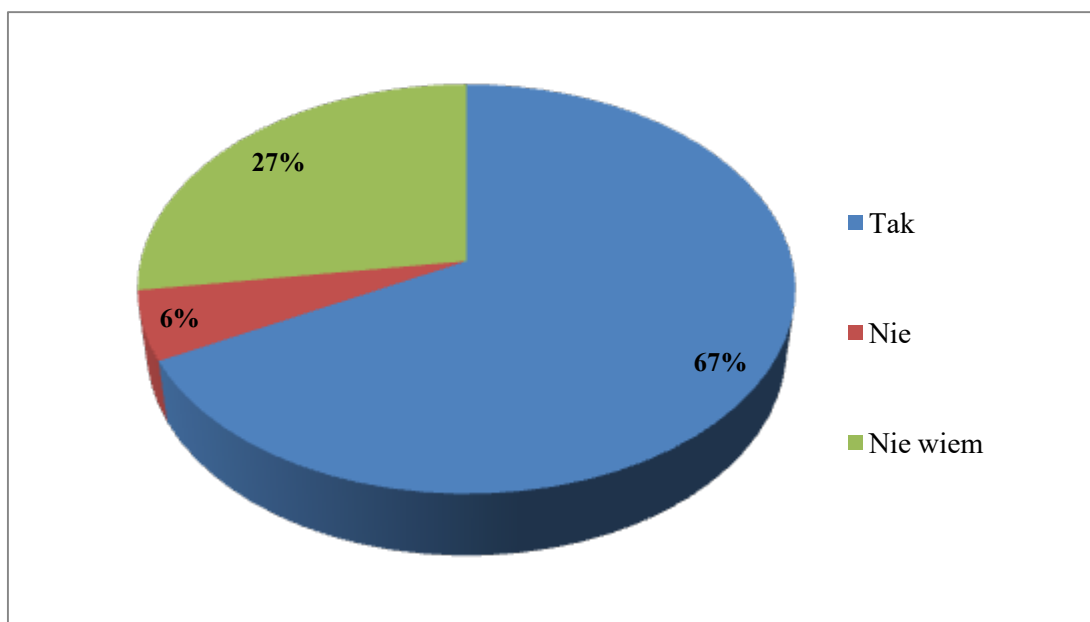


Rycina 8. Opinia badanych na temat zalecanej diety dla pacjenta z nadciśnieniem tętniczym krwi

Zdaniem 67% respondentów wysoki poziom cholesterolu ma znaczący wpływ na nadciśnienie tętnicze krwi. Odmiennego zdania było 6% osób, które uważało, że nie odgrywa to znaczącego wpływu. Pozostałe 27% wskazało na odpowiedź „nie wiem” (Rycina 9).

W Tabeli II przedstawiono opinie badanych na temat normy dla stężenia cholesterolu całkowitego we krwi. Najliczniejszą grupę stanowiącą 66% wszystkim ankietowanych stanowiły osoby, według których prawidłowa wartość stężenia cholesterolu całkowitego wynosi poniżej 200 mg/dl. Najmniejsza grupa tj. 10 osób, stanowiącą 9% wszystkich

respondentów uważała wartość >250 mg/dl dla stężenia cholesterolu całkowitego we krwi za prawidłową.



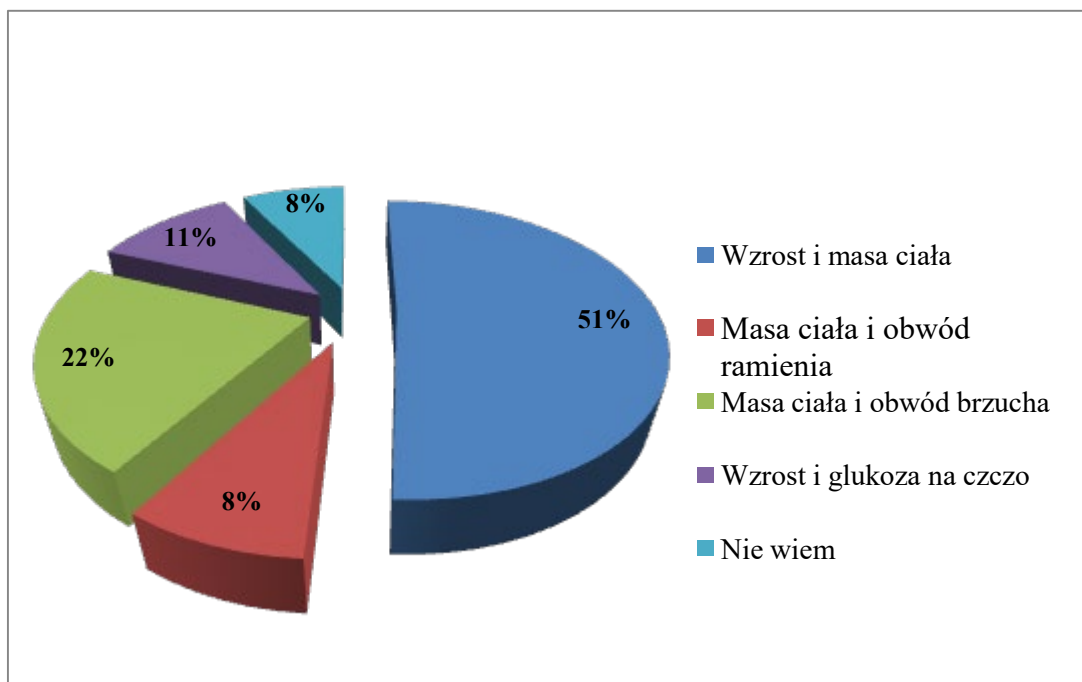
Rycina 9. Opinia badanych na temat wpływu wysokiego poziomu cholesterolu na nadciśnienie tętnicze krwi

Tabela II. Opinie badanych na temat normy dla stężenia poziomu cholesterolu we krwi

Wartość stężenia cholesterolu	N	%
< 200 mg/dl	72	66
200- 250 mg/dl	28	25
>250 mg/dl	10	9
Razem	110	100%

Zdaniem 51% respondentów biorących udział w badaniu, w celu obliczenia wskaźnika masy ciała należy uzyskać informacje na temat wzrostu oraz wagi. 22% badanych twierdziło, że to obwód brzucha oraz masa ciała stanowią elementy składowe BMI. 11% spośród wszystkich respondentów twierdziło, iż należy zgromadzić dane takie, jak wzrost oraz wynik glukozy na czczo. Zdaniem 8% ankietowanych do obliczenia wskaźnika masy ciała wymagane są dane takie jak: masa ciała oraz obwód ramienia. Pozostałe 8% stanowiły osoby, które przyznały, że nie potrafią wskazać poszczególnych składowych służących do obliczenia wskaźnika BMI (Rycina 10).

W Tabeli III przedstawiono opinie respondentów na temat prawidłowej wartości wskaźnika masy ciała- BMI. Największą grupę - składającą się z 55 osób, stanowiącą za razem połowę wszystkich odpowiedzi tworzyli ankietowani, według których prawidłowa wartość wskaźnika masy ciała- BMI mieści się w przedziale od 18,5 do 24,99. 22% wszystkich odpowiedzi, tj. 24 osoby poddane badaniu twierdziły, że poprawna wartość tego wskaźnika jest mniejsza niż 18,5. Według kolejnych 24 respondentów spośród 110 osób biorących udział w badaniu, wynik uznawany za prawidłowy jest większy niż wartość 25.

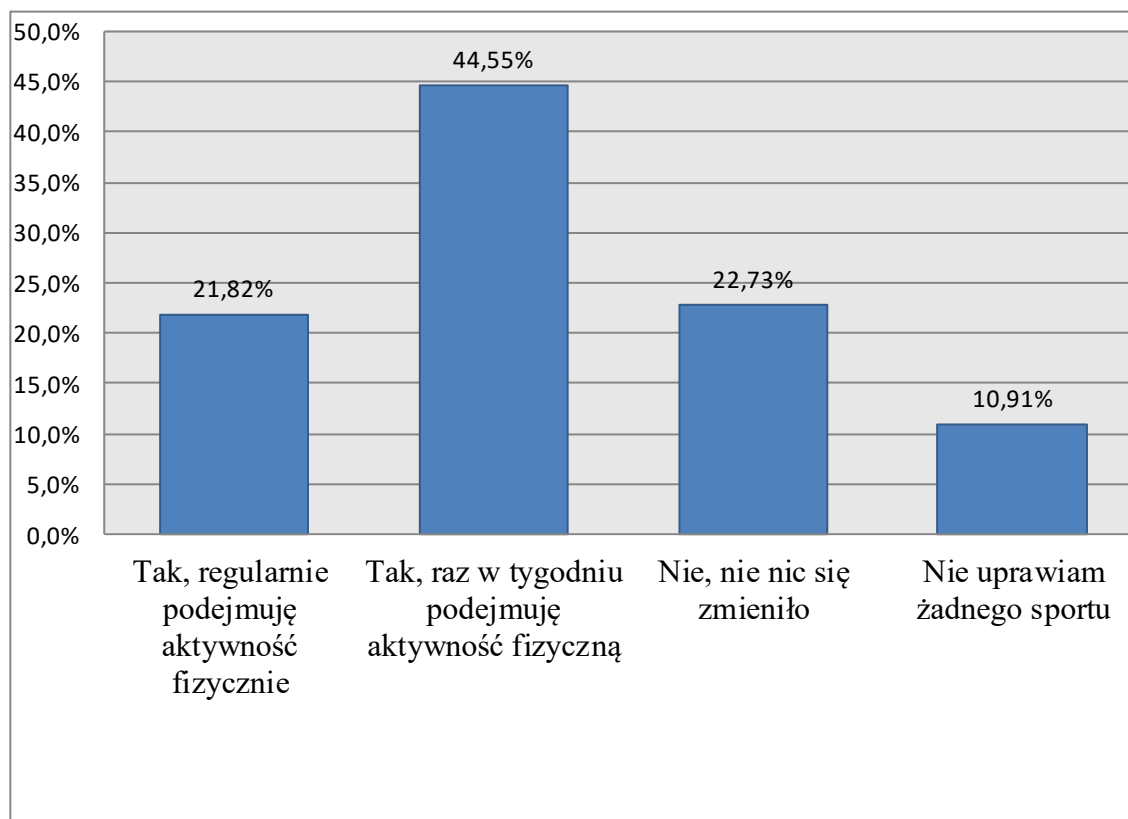


Rycina 10. Opinie respondentów na temat danych biorących udział w obliczeniu wskaźnika masy ciała BMI

Tabela III. Opinie badanych na temat prawidłowej wartości wskaźnika BMI

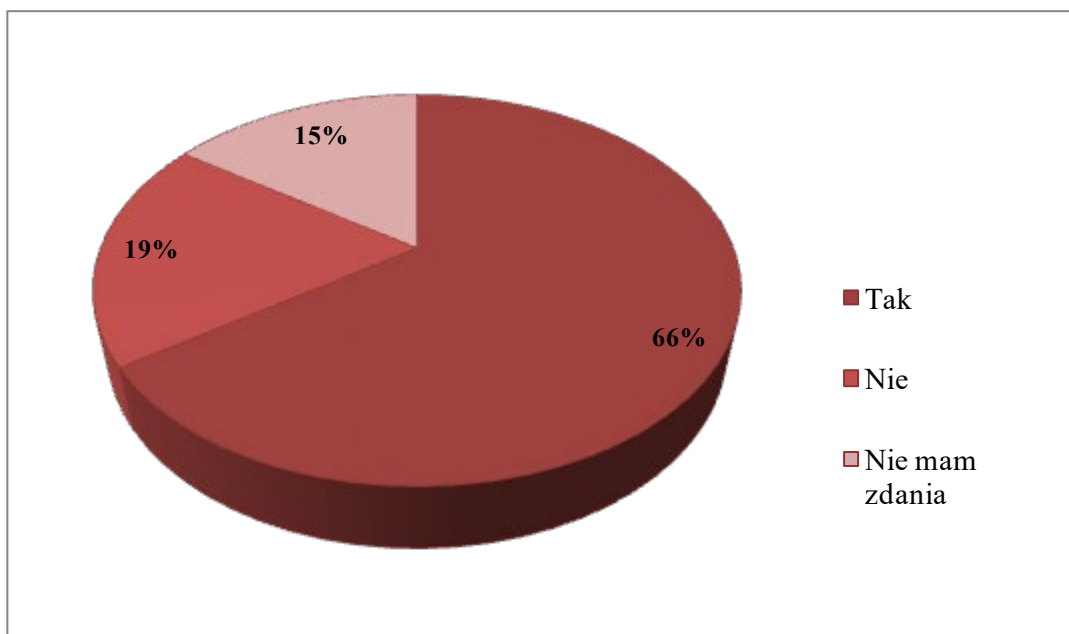
Wartość wskaźnika BMI	N	%
<18,5	24	22
18,5-24,99	55	50
≥25,0	24	22
Nie wiem	7	6
Razem	110	100%

Rycina 11 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi udzielanych przez respondentów na temat podejmowanej aktywności fizycznej po zdiagnozowaniu choroby nadciśnieniowej.

**Rycina 11. Opinia badanych na temat aktywności fizycznej po rozpoznaniu choroby**

Z badanej grupy osób 44% twierdziło, iż raz w tygodniu podejmuje aktywność ruchową. 23% respondentów było zdania, iż rozpoznanie schorzenia nie miało wpływu na aktywność fizyczną i ta sfera nie uległa zmianie. Najmniejszą grupę, stanowiącą 11% wszystkich odpowiedzi tworzyli ankietowani, którzy nie uprawiają żadnego sportu.

Na Rycinie 12 przedstawiono rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie dotyczące znaczącego wpływu palenia tytoniu na nadciśnienie tętnicze krwi. Zdecydowana większość ankietowanych poddanych badaniu, stanowiąca 66% wszystkich odpowiedzi uważała, iż palenie tytoniu ma wpływ w chorobie nadciśnieniowej. 19% respondentów było przeciwnego zdania i nie widziało związku pomiędzy paleniem tytoniu a nadciśnieniem tętniczym krwi.



Rycina 12. Opinie badanych na temat wpływu palenia tytoniu na nadciśnienie tętnicze

Zdecydowana część respondentów, składająca się z 73 osób i stanowiąca 66% wszystkich ankietowanych poddanych badaniu wskazała na odpowiedź, z której wynika, iż należą do osób niepalących. 15 osób wypala dziennie co najmniej paczkę papierosów. Wśród 110 osób respondentów poddanych badaniu 12 osób przyznało, iż dziennie spala mniej niż 10 sztuk papierosów. Pozostałe 10 osób, stanowiące najmniejszą grupę 9% wszystkich

ankietowanych zaznaczyło, iż codzienne zużycie papierosów mieści się w przedziale od 10 do 15 sztuk (Tabela IV).

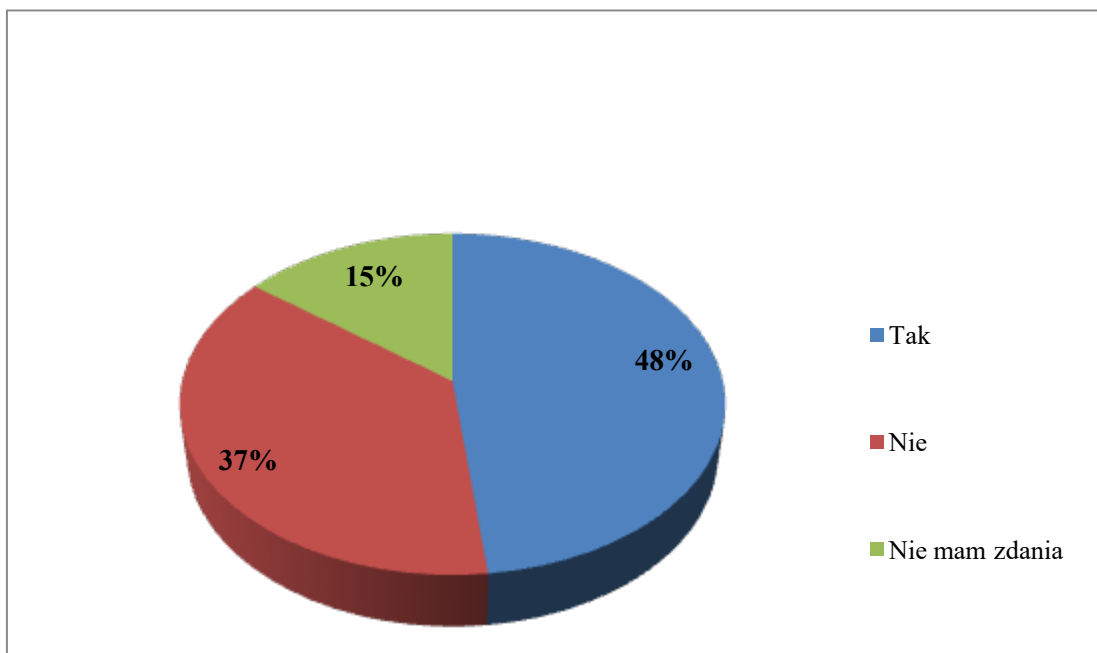
Na Rycinie 13 przedstawiono podział odpowiedzi respondentów dotyczących znaczącego wpływu alkoholu na nadciśnienie tętnicze krwi. 48% ankietowanych uważało, iż alkohol odgrywa znaczącą rolę w chorobie nadciśnieniowej.

Na Rycinie 14 przedstawiono odpowiedzi respondentów na pytanie o częstotliwość spożycia alkoholu. Największą grupę stanowiącą 61% wszystkich ankietowanych stanowiły osoby, które deklarowały, iż produkty alkoholowe spożywają raz w miesiącu lub rzadziej. Drugą pod względem wielkości grupę stanowili respondenci, u których spożycie alkoholu występuje od 2 do 4 razy w ciągu miesiąca, stanowiąc 19% wszystkich osób poddanych badaniu. 11% badanych twierdziło, iż spożywa alkohol 2-3 razy w tygodniu. 7% respondentów nie spożywa alkoholu w ogóle. Najmniejszą grupę, stanowiącą 2% ankietowanych tworzyły osoby deklarujące spożycie równe bądź większe niż 4 razy w ciągu tygodnia.

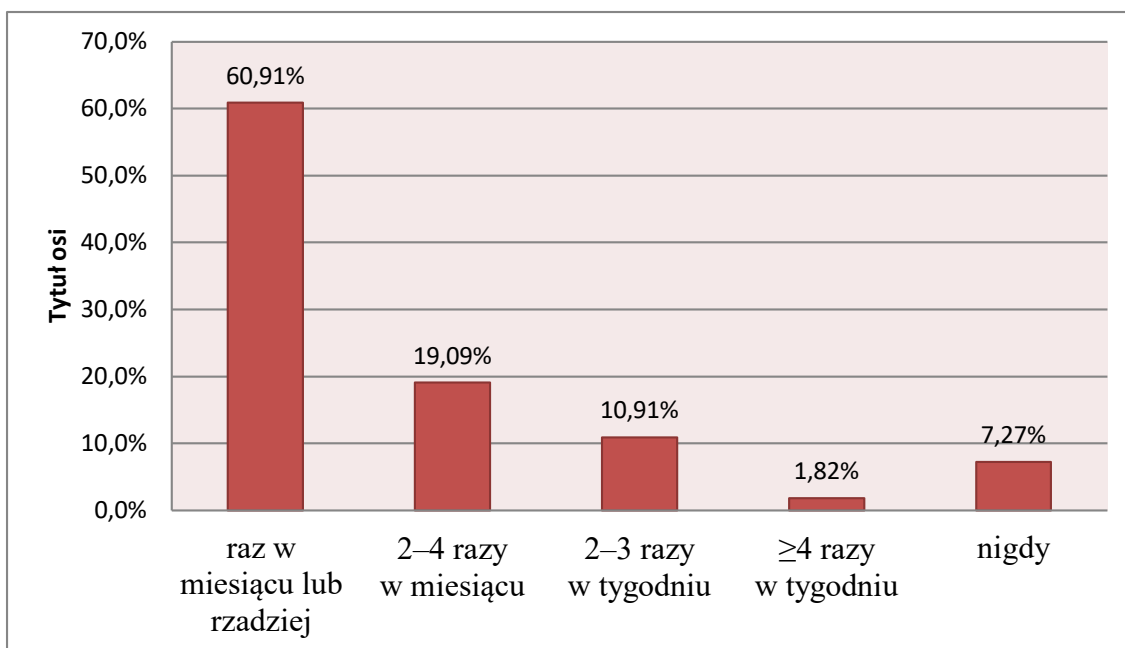
Tabela IV. Dane respondentów na temat ilości wypalanych papierosów

Ilość wypalanych papierosów	N	%
Mniej niż 10 sztuk	12	11
Od 10 do 15 sztuk	10	9
Paczkę papierosów i więcej	15	14
Jestem osobą nie palącą	73	66
Razem	110	100%

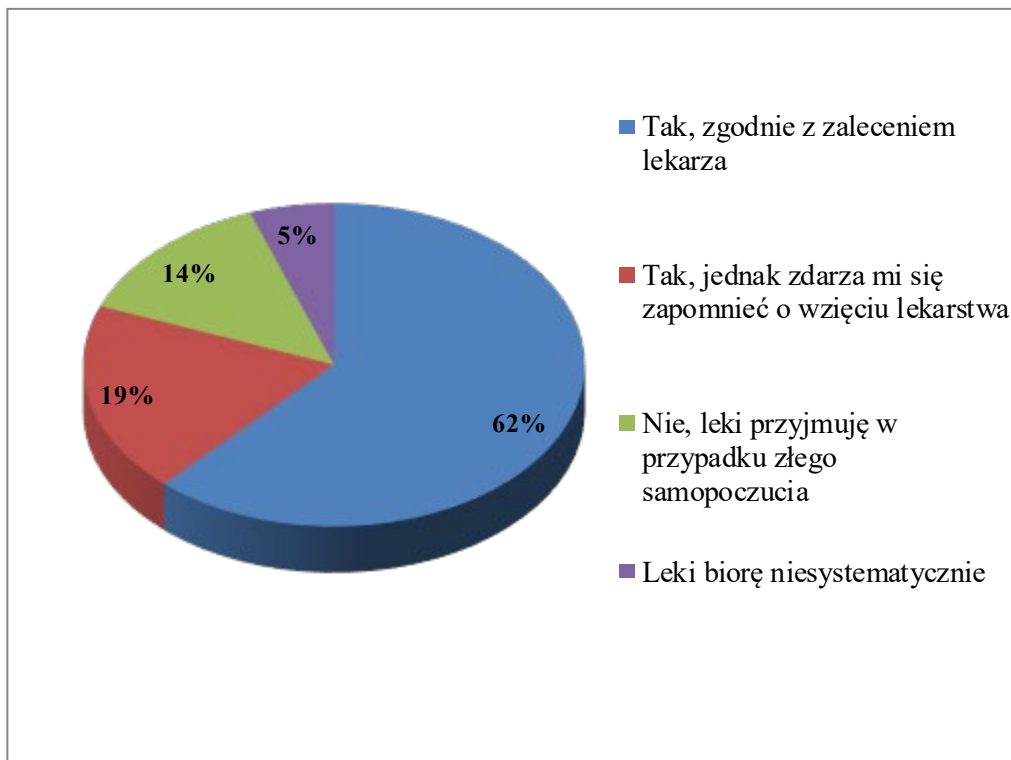
62% ankietowanych biorących udział w badaniu twierdziło, iż zalecone leki przyjmuje regularnie, zgodnie z zaleceniami lekarza. 19% przyznało, że leki przyjmuje regularnie, ale czasem zdarza się zapomnieć o przyjęciu lekarstwa. Najmniejszą grupę badanych- 5% stanowiły osoby biorące leki niesystematycznie (Rycina 15).



Rycina 13. Opinie badanych na temat wpływu alkoholu na nadciśnienie tętnicze



Rycina 14. Dane respondentów dotyczące częstotliwości spożycia produktów alkoholowych



Rycina 15. Dane respondentów dotyczące regularności w przyjmowaniu zaleconych leków

DYSKUSJA

Nadciśnieniem tętniczym krwinazywamy schorzenie układu krążenia polegającą na (trwałym lub czasowym) podwyższonym ciśnieniu tętniczym krwi w układzie krwionośnym. Nieleczona lub niekontrolowana choroba nadciśnieniowa sprzyja rozwojowi miażdżycy, może być przyczyną zawału serca oraz udaru mózgu. Może też doprowadzić do pogorszenia wzroku oraz niewydolności nerek.

34% ankietowanych biorących udział w badaniu określiło swój stan zdrowia jako dobry, odmiennego zdania było 14% badanych określając swoją kondycję zdrowotną jako złą, bardzo złą –6%.

Według badań Klarkoweskiej i Antczak [22] przeprowadzonych na grupie 100 pacjentów Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Nad Brdą” w Bydgoszczy

zestwierdzonym nadciśnieniem tętniczym zadowolenie ze swojego stanu zdrowia najczęściej respondentów oceniło przeciętnie, stanowiąc 48% wszystkich odpowiedzi, natomiast na negatywną ocenę stanu zdrowia wskazało 13% badanych.

Podstawą rozpoznania nadciśnienia tętniczego i oceny skuteczności leczenia jest pomiar ciśnienia tętniczego oraz interpretacja uzyskanych wyników. Ankietowanych poproszono o wskazanie wartości ciśnienia tętniczego krwi świadczącej o nadciśnieniu, którą poprawnie zaznaczyło 81% ankietowanych.

Natomiast w badaniu Grabowskiej i wsp. [23] 33,62% badanych potrafiło wskazać prawidłową wartość ciśnienia krwi, a 63,79% poprawnie odpowiedziało na pytanie dotyczące wartości określanej jako nadciśnienie.

Według badania przeprowadzonego wśród 240 studentów II roku kierunków przyrodniczych czterech największych uczelni Wrocławskich, na pytanie o najniższą wartość ciśnienia tętniczego krwi właściwej odpowiedzi udzieliło 49,58% badanych[24].

Według Chrostowskiej i Narkiewicza [25] trudno wyobrazić sobie leczenie chorego z nadciśnieniem tętniczym krwi bez prowadzenia samokontroli w domu pacjenta.

Według ankietowanych przeważająca większość respondentów posiada aparat do mierzenia ciśnienia krwi w domu. Ponad połowa badanych (52%) deklarowała, iż dokonuje pomiarów ciśnienia krwi kilka razy w tygodniu, 31% przynajmniej raz w ciągu dnia. Jedyne 6% badanych nie przeprowadza tego typu pomiaru.

Zdaniem Chrostowskiej i Narkiewicza [25] w długookresowej terapii wystarczająca jest kontrola wartości ciśnienia krwi od 1 do 2 pomiarów tygodniowo, podobnego zdania byli ankietowani, gdyż 63% wszystkich badanych uznało, iż nie ma potrzeby dokonywania codziennych pomiarów ciśnienia tętniczego.

Według Tykarskiego i wsp. [26] pomiar ciśnienia powinien być poprzedzony kilkuminutowym odpoczynkiem w pozycji siedzącej z podpartymi plecami, w cichym pomieszczeniu, bezpośrednio przed pomiarem. 80% ankietowanych poddanych badaniu uważało, iż mierzenie ciśnienia krwi powinno obywać się po uprzednio, co najmniej 5 minutowym odpoczynku.

Zgodnie z Wąsowskim i wsp. [27], otyłość jest stanem, w którym ilość energii dostarczonej do organizmu znacząco przewyższa jej zapotrzebowanie. Proces ten charakteryzuje się zwiększoną ilością tkanki tłuszczowej, wpływając negatywnie na stan

zdrowia. Najpowszechniej stosowaną metodą służącą do rozpoznania otyłości oraz jej stopnia u osób dorosłych, jest wskaźnik masy ciała BMI.

Badani w większości (51%) potrafili poprawnie wskazać składowe części potrzebne do obliczenia danego wskaźnika tj. wzrost oraz masa ciała. Na pytanie o podanie poprawnego przedziału wartości wskaźnika masy ciała 50% ankietowanych wskazało poprawną odpowiedź.

Dieta pacjentów chorych na nadciśnienie tętnicze krwi nie powinna zawierać w sobie więcej niż 5 g soli kuchennej na dobę.

Tykarski i wsp. [26] podkreślają, iż obniżenie ilości soli w pożywieniu umożliwia redukcję liczby oraz dawek leków hipotensyjnych.

W badaniu własnym respondenci w większości (61%) wskazali dietę z niską zawartością soli za zalecaną w przypadku rozpoznanej choroby nadciśnieniowej.

Zdrowie to przede wszystkim profilaktyka chorób, a nie tylko ich leczenie. Świadomość działań profilaktycznych należy budować podczas trwania edukacji szkolnej, jak również w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Wyniki badania przeprowadzonego 2007 roku na reprezentatywnej grupie Polaków dotyczące opinii na temat „Polacy a profilaktyka chorób cywilizacyjnych” w ramach programu „Teva-360 stopni dla zdrowia” [28], wykazują, iż ponad połowa Polaków (53,4%) twierdzi, że jest zdrowa i nie potrzebuje wykonywać badań profilaktycznych.

Wykazano, że osoby znajdujące się w grupie ryzyka niechętnie przeprowadzają badania kontrolne przed wystąpieniem objawów choroby. Podwyższony poziom stężenia cholesterolu w organizmie wskazuje na ryzyko wystąpienia m.in. miażdżycy, która prowadzi do zawałów serca oraz udarów mózgu. Badanie lipidogramu jest wskazane u mężczyzn po 35 roku życia oraz kobiet, które ukończyły 45 lat. Niestety tylko połowa respondentów, którzy ukończyli 50-ty rok życia poddała się badaniu w ciągu ostatnich dwóch lat [28].

Zdaniem 67% pacjentów poradni kardiologicznej poddanych badaniu wysoki poziom cholesterolu znacząco wpływa na nadciśnienie tętnicze krwi, a 66% potrafiło skutecznie wskazać prawidłowe normy dla stężenia cholesterolu.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące stanu zdrowia ludności w naszym kraju informują, iż większość Polaków czas wolny spędza biernie lub podejmuje aktywności niewymagające wysiłku fizycznego.

Aktywność fizyczna ma istotne znaczenie w profilaktyce nadciśnienia tętniczego krwi, pozwala utrzymać dobrą kondycję fizyczną oraz odpowiednią masę ciała, a tym samym

wyeliminować pewną część czynników ryzyka. Osoby, u których rozpoznano tę chorobę również powinny regularnie podejmować aktywność fizyczną. Uprawianie sportu, właściwa dieta ułatwia utrzymanie prawidłowej wagi, korzystnie wpływa na sylwetkę, odpręża oraz pomaga rozładować stres.

Według Mazurek i wsp. większa aktywność fizyczna wiąże się niższymi wartościami ciśnienia tętniczego, natomiast siedzący tryb życia sprzyja rozwojowi nadciśnienia oraz powikłaniom sercowo-naczyniowym[29].

Spośród wszystkich respondentów poddanych badaniu 44% twierdziło, że aktywność fizyczną podejmuje przynajmniej raz w tygodniu, 22% badanych wskazało na regularne podejmowanie aktywności fizycznej, natomiast 11% ankietowanych nie uprawia sportu.

W badaniu przeprowadzonym przez Bronakowską i wsp. [30] w grupie 52 osób ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym 26% mężczyzn oraz 14% kobiet odpowiedziało, iż nie podejmuje aktywności fizycznej.

Palenie tytoniu przyczynia się do wzrostu ciśnienia krwi jedynie nieznacznie. Działa ono jednak zbieżnie z nadciśnieniem dodatkowo podwyższając ryzyko chorób serca i udarów mózgu.

W badaniu Bronakowskiej i wsp. [30] do nałogu tytoniowego przyznaje się 14% kobiet oraz 19% mężczyzn.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w Polsce liczba palaczy wynosi około 26% spośród dorosłych obywateli.

Zgodnie z badaniem Jankowskiej-Polanskiej i wsp. [31] którego celem była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo, mających wpływ na profilaktykę lub rozwój nadciśnienia tętniczego krwi 31% badanych przyznaje się do palenia tytoniu, 61% tej grupy dziennie wypala mniej niż 10 papierosów.

W badaniu Skowrońskiej i wsp. [32] przeprowadzonym w grupie 49 studentów I roku na kierunku Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej we Włocławku wynika, iż młodzi adepci pielęgniarstwa unikają palenia tytoniu. Świadczyć to może o zwiększonej świadomości społeczeństwa na temat konsekwencji i negatywnych skutków nałogu tytoniowego, który jest czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych.

Wśród pacjentów poradni kardiologicznej, ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym do palenia papierosów przyznało się 37 osób, stanowiąc 34% wszystkich badanych. 15 osób uzależnionych od nikotyny wypala co najmniej paczkę papierosów dziennie, a 12 badanych mniej niż 10 sztuk. U pacjentów leczących się z powodu nadciśnienia tętniczego krwi

równolegle powinno się rozpoznawać i leczyć inne czynniki ryzyka, w tym również palenie papierosów.

Według Balwickiego i wsp.[17] prowadzenie leczenia może sprawiać pewne trudności gdyż wymagana jest od lekarza znajomość zasad udzielania porady antytytoniowej oraz stosowania farmakoterapii wspierającej

Systematyczne spożywanie alkoholu zwiększa ciśnienie tętnicze u pacjentów leczących się na nadciśnienie. Ocenia się to jako jedna z ważniejszych, modyfikowalnych przyczyn nadciśnienia tętniczego krwi[17].

48% respondentów było zdania, iż alkohol odgrywa istotną rolę w nadciśnieniu tętniczym krwi. Odmiennego zdania było 37% badanych. Pozostałe 15% przyznało, iż nie ma zdania na temat związku pomiędzy wysokim ciśnieniem a alkoholem.

Zgodnie z wytycznymi ESH/ESC z 2013 roku [33], mężczyźnie spożywającemu alkohol oraz cierpiącemu z powodu nadciśnienia tętniczego, zaleca się ograniczenie dawki do 20-30g etanolu na dzień. Kobietom natomiast zalecane jest ograniczenie ilości etanolu do 10-20 gram na dobę. Łączne spożycie nie powinno być większe niż 140 gramów w przypadku mężczyzn, u kobiet nie zalecane jest spożycie alkoholu większe niż 80gramów w ciągu tygodnia.

W badaniu własnym 61% respondentów stanowiły osoby, które deklarowały spożycie alkoholu raz w miesiącu bądź rzadziej. Natomiast do spożycia etanolu 4 razy i więcej w ciągu tygodnia przyznało się 2% wszystkich badanych.

Ograniczenie używek, tj tytoniu oraz alkoholu pozwala zminimalizować ryzyko wystąpienia chorób dodatkowych oraz wywiera pozytywny wpływ w procesie leczenia nadciśnienia tętniczego krwi.

WNIOSKI

1. Większość pacjentów ze stwierdzonym nadciśnieniem tętniczym krwi uznaje swoją wiedzę na temat choroby za zadowalającą.
2. Zdecydowana większość respondentów jest świadoma wpływu stylu życia na chorobę nadciśnieniową (jej leczenia oraz samokontroli).

3. Ponad połowa ankietowanych zmieniła swój styl życia z chwilą rozpoznania nadciśnienia tętniczego krwi.
4. Większość respondentów jest świadoma wpływu wysokiego stężenia cholesterolu we krwi na chorobę nadciśnieniową oraz potrafi wskazać jego prawidłowe wartości.
5. Większość ankietowanych zna zasady samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.
6. Zdecydowana większość ankietowanych biorących udział w badaniu przestrzega zaleceń lekarskich i regularnie przyjmuje leki.

PIŚMIENNICTWO

1. Paszun S., Stanisław B.: Rys historyczny- nadciśnienie tętnicze, układ renina-angiotensyna i synteza pierwszego inhibitora enzymu konwertującego angiotensynę. *Nowiny Lekarskie*, 2008, 77, 392-398.
2. Januszewicz W., Januszewicz A., Prejbisz A.: Nadciśnienie tętnicze- rys historyczny. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2007, 11, 350-356.
3. Hedner T., Kjeldsen S. E., Narkiewicz K.: *Nadciśnienie Tętnicze 2009*. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2009, 2-24
4. Kłócek M., Jankowski P., Czarnecka D.: Układ renina-angiotensyna-aldosteron [w:] *Hipertensjologia. Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*, pod red. Grodzicki T., Narkiewicz T i wsp. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2016, 23-26.
5. Kolańska-Malkowska K., Niklas A., Łopatka P. i wsp.: Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i dodatnim lub ujemnym wywiadem rodzinnym w kierunku przedwczesnego występowania chorób sercowo-naczyniowych populacji badania RISK. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2008, 12, 277-284.
6. Jankowski P., Kawecka-Jaszczyk K., Czarnecka D.: Epidemiologia nadciśnienia tętniczego [w:] *Hipertensjologia. Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*, pod red. Grodzicki T., Narkiewicz T i wsp. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2016, 3-6.
7. Majewicz A., Marcinkowski J.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Problemy Higieny I Epidemiologii*, 2008, 89, 322-325.
8. Trzebseki A., Szczepańska-Sadowska E.: Patofizjologia nadciśnienia tętniczego [w:] *Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego*, pod red. Więcka

- A., Januszewicza A., Szczepańskiej-Sadowskiej E. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2011, 13-27.
9. Hoffmann M., Narkiewicz K.: Diagnostyka w nadciśnieniu powikłanym i niepowikłanym [w:] Hipertensjologia. Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, pod red. Grodzicki T., Narkiewicz T i wsp. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2016, 89-106.
 10. Ferrari A.U.: Czynniki środowiskowe w nadciśnieniu tętniczym [w:] Nadciśnienie tętnicze. Podręcznik European Society of Hypertension, pod red. Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2009, 112-115.
 11. Musialik K., Bogdański P.: Ocena stężenia rezystyny u otyłych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Nadciśnienie Tętnicze, 2010, 14, 48-54.
 12. Wytyczne dotyczące rozpoznania i leczenia chorób tętnic obwodowych. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw rozpoznawania i leczenia chorób tętnic obwodowych. Kardiologia Polska, 2013, 71, 243-318.
 13. Gajewska D., Zdzieborska M.: Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. Problemy Higieny I Epidemiologii, 2013, 94, 258-261.
 14. Gajewska D.: Niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia tętniczego [w:] Podstawy dietetyki, pod red. Bujko J. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2006, 202-207.
 15. Wojciechowska M., Izdebska E.: Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. Medycyna Ogólna I Nauki o Zdrowiu, 2014, 20, 370-373.
 16. Kurowska K., Lewandowska A.: Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze, 2012, 16, 296-304.
 17. Balwicki Ł., Zdrojewski T., Bandosz P. i wsp.: Świadomość nadciśnienia tętniczego a palenie papierosów wśród dorosłych Polaków. Nadciśnienie Tętnicze, 2010, 14, 196-200.
 18. Januszewicz W., Sznajderman M.: Ogólne zasady leczenia nadciśnienia tętniczego [w:] Nadciśnienie tętnicze, pod red. Januszewicza A, Januszewicza W. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007, 1023-1025.
 19. Danysz A., Buczek W.: Kompendium farmakologii i farmakoterapii. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 299-301.
 20. Prejbisz A., Kabat M., Januszewicz A.: Antagoniści receptora angiotensyny II [w:] Hipertensjologia. Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, pod red.

- Grodzicki T., Narkiewicz T. i wsp. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2016, 141-147.
21. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Nadciśnienie. Tętnicze, 2008, 12, 317–342.
 22. Klarkowska M., Antczak A.: Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Innowacje w Pielęgniarstwie I Naukach o Zdrowiu, 2017, 1, 47-69.
 23. Grabowska H. i wsp.: Wiedza studentów V roku pielęgniarstwa nt. rozpowszechnienia, klasyfikacji i następstw nadciśnienia tętniczego. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007, 88, 111–117.
 24. Zawadzki M., Poręba R., Gać P. i wsp.: Wiedza studentów uczelni Wrocławia na temat nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze, 2007, 11, 418-427.
 25. Chrostowska M., Narkiewicz K.: Pomiar domowy [w:] Hipertensjologia. Podręcznik Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, pod red. Grodzicki T., Narkiewicz T. i wsp. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2016, 73-74.
 26. Tykarski A., Narkiewicz K., Gaciong Z. i wsp.: Zasady Postępowania w nadciśnieniu tętniczym- 2015 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce, 2015, 1, 1-70.
 27. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E.: Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 4, 300-304.
 28. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,66634,polacy-nie-lubia-badan-profilaktycznych.html> dostęp 22.05.2017
 29. Mazurek E., Tarchalski J.: Trening fizyczny w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym. Nadciśnienie Tętnicze, 2012, 16, 271-280.
 30. Bronakowska M., Martynowicz H., Zich K.: Wybrane elementy stylu życia oraz wiedza żywieniowa otyłych osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze, 2009, 13, 266-274.
 31. Jankowska-Polańska B., Wijacka K., Lomper K. i wsp.: Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarstwa w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. Współczesne Pielęgniarstwo I Ochrona Zdrowia, 2014, 3, 67-70.
 32. Skowrońska D., Rychlewska A. Preferencje studentów kierunku pielęgniarstwo w zakresie zachowań zdrowotnych. Innowacje w Pielęgniarstwie I Naukach o Zdrowiu, 2016, 3, 45-72.
 33. Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku Grupa

Robocza Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Nadciśnienie Tętnicze, 2013,17, 1.

EUTANAZJA - POSTAWA SPOŁECZEŃSTWA W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM

Martyna Wachowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Szpital Wojewódzki w Łomży; Oddział Noworodkowy z Pododdziałem Patologii Noworodka
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Eutanazja w ujęciu religijnym jest szczególnie ważnym pojęciem. W czasie ludzkiego życia, człowiek niejednokrotnie styka się ze śmiercią. Zarówno czy jest to śmierć kogoś bliskiego czy zupełnie obcej osoby, zawsze wywołuje emocje i skłania do refleksji nad własnym życiem i jego kresem.

Poszczególne religie świata wypracowały na przestrzeni lat własne stanowisko na temat eutanazji. Najważniejszymi wartościami etycznymi i moralnymi w każdej religii są prawda i wolność w każdej dziedzinie życia. Dzięki określeniu odpowiednich zasad i norm panuje swoisty ład i porządek.

Judaizm surowo zabrania dokonywania eutanazji. Jest to religia oparta na Starym Testamencie, która ma jasno określone zasady odnośnie dysponowania życiem człowieka. Zgodnie z tą religią, jedynym dawcą życia jest sam Bóg i tylko on może decydować o życiu lub śmierci. Judaizm całkowicie potępia zabójstwo oraz samobójstwa- są to grzechy śmiertelne za popełnienie których trafia się do piekła, czyli wiecznego potępienia. Życie dla Żydów jest największą wartością daną od samego Boga. O życie należy dbać i traktować z wielkim szacunkiem i czcią. Religia ta nie uznaje przerywania cierpień chorych poprzez dokonanie eutanazji, nie zgadza się na żadne formy współczucia mające na celu skrócenie cierpień pacjentów. Ludzkie życie stawiane jest ponad prawo stanowione przez Talmud. W momencie gdy człowiek potrzebuje pomocy, Żydzi potrafią zrezygnować z nakazanego

odpoczynku i ruszyć na pomoc. Zgodnie z prawem Judaizmu nikt nie może dotykać człowieka będącego w agonii, a jeśli to zrobi zostanie oskarżony o przyczynienie się do uśmiercenia chorego. Zgodnie z tą religią, surowo zakazane jest skracania życia, jednak nie ma wyraźnych zapisków odnośnie przedłużania życia wbrew wszystkiemu. Uczeni i duchowni w Judaizmie dopuszczają przerwanie zabiegów, które ewidentnie przyczyniają się do pogłębiania cierpień chorego. W momencie gdy życie ludzkie podtrzymywane jest tylko i wyłącznie przez aparaturę, religia przyzwala na odłączenie go od respiratora. Żydowskie prawo dopuszcza tylko śmierć naturalną, pozwala usuwać wszelkie przeszkody stojące na drodze do naturalnego odejścia [1].

W Islamie eutanazja jest również surowo zakazana. Od 1997 roku wydano dekret mówiący o tym, że prawo islamskie nie uznaje eutanazji. Islamiści życie ludzkie również traktują z największym szacunkiem, uważają, że jest to największy dar. Popierają i przyczyniają się do rozwoju opieki paliatywnej natomiast potępiają uporczywą terapię. Źródłem ich praw jest Koran- święta księga Islamu. Surowo zabrania zabijania, zakazuje eutanazji. Muzułmanie uważają, że wszelkie cierpienie zsyła na nich Bóg i oni posłusznie muszą poddać się jego woli. Dzięki temu odkupią swoje grzechy. W związku z tym nie można i nie powinno się litować nad człowiekiem cierpiącym, ponieważ jeśli cierpi, to znaczy, że na to zasłużył. Eutanazja przyczyniłaby się do skrócenia cierpień, co wiązałoby się z tym iż człowiek nie miałby możliwości odbycia swojej pokuty. Wyznawcy Islamu popierają prawo naturalnej śmierci oraz uważają, że każda dusza służy Bożej woli i musi ją do końca wypełnić [1].

W hinduizmie życie ludzkie – dusza podlega wędrówce dusz a ciało ulega reinkarnacji. Religia ta nie ma spisanej prawa w formie świętej Księgi, jednak podstawowe zasady etyczne i moralne określają dwie koncepcje: dharma i karma. Prawo moralne stanowi dharma, natomiast karma określa podejście do eutanazji. Hinduści zakazują wszelkich form skracania życia człowieka. Uważają, że człowiek dzięki temu, że żyje na tym świecie ma czas aby postępować tak by zasłużyć na życie po śmierci. Możliwość samobójstwa pozbawia człowieka wzniesienia się na duchowe wyżyny. Bramini- hinduscy kapłani praktykują jedyną dopuszczaną formę samobójstwa, dzięki której osiągają stan nirwany. Polega to na wstrzymaniu oddechu przez co dochodzi do samouduszenia. Hinduizm pozwala umierać człowiekowi w całkowitym spokoju, nie popiera przedłużania terapii, jeśli nie przynosi ona żadnego skutku leczniczego. Dążą oni do zapewnienia umierającemu warunków spokojnej i godnej śmierci, w zgodzie w duchem i ciałem. Dopuszczają oni także stosowanie środków

przeciwbólowych w celu złagodzenia cierpienia, jednak nie takich które w jakikolwiek sposób wpływają na stan umysłu chorego [1, 2].

Eutanazji sprzeciwia się również konfucjonizm. Ten system filozoficzno-religijny dąży do tego, aby człowiek odnalazł w życiu swoją drogę tao. Przedwczesna śmierć, chociaż nawet okupiona byłaby wieloletnim cierpieniem związanym z chorobą, pozbawia człowieka możliwości osiągnięcia w pełni człowieczeństwa.

Chrześcijaństwo reprezentowane jest przez kilka kościołów m.in.: katolików, prawosławie, baptystów, protestantów, metodystów. Religia ta rozkwitła dzięki filozofom głoszącym chrześcijańskie idee. Na pierwszym miejscu w wierze chrześcijańskiej stoi poszanowanie godności drugiego człowieka, nie wyrządzanie krzywdy bliźniemu i wzajemna miłość. Bóg jest sędzią, który po śmierci każe za grzechy- popełniane za życia złe czyny wobec bliźnich, lub nagradza życiem wiecznym za dobre postępowanie. Fundamentem chrześcijaństwa jest dekalog- dziesięć przykazań danych ludziom przez Boga. Podobnie jak w wyżej omówionych religiach, tak też w chrześcijaństwie życie jest nadrzędną wartością. Każdy człowiek, który samodzielnie rezygnuje z życia- popełnia samobójstwo, naraża się na wieczne potępienie. Moralnie niedopuszczane jest aby dokonywać eutanazji na życzenie chorego. Religie chrześcijańskie rozróżniają jednak pojęcie eutanazji od zaniechania uporczywej terapii. Całkowicie negowane jest „miłosierne” uśmiercanie osób kalekich, chorych, w podeszłym wieku. Medycyna powinna pomóc cierpiącemu człowiekowi godnie umrzeć. Religia ta mówi o złagodzeniu cierpienia do stanu w którym człowiek przestaje cierpieć fizycznie i przygotowuje się duchowo na śmierć[1, 3].

Pomimo ciągłego rozwoju nauki a co się z tym wiąże medycyny, nowych technologii, nadal ludzie chorzy i cierpiący stają się niewygodną barierą, którą ciężko przeskoczyć w pogoni za dobrobytem. Uśmiercanie ich nie przynosi żadnych korzyści, wręcz przeciwnie, prowadzi do propagowania cywilizacji śmierci.

Pojęcie i rodzaje śmierci

Śmierć jest to stan, który charakteryzuje się całkowitym ustaniem wszelkich oznak życia. Do śmierci może doprowadzić bardzo wiele czynników. Wśród nich wyróżniamy: starość, liczne choroby ogólnoustrojowe, niewydolność wielonarządową, samobójstwo, morderstwo, wypadek oraz wiele innych [4].

Dla ludzi wierzących śmierć jest momentem, w którym dusza opuszcza ciało i wędruje do innego, lepszego świata na wieczność, gdzie albo będzie się radować życiem wiecznym albo zostanie potępiona.

Najbardziej szokująca jest śmierć bliskiej osoby. W momencie gdy następuje ona szybko, bez żadnych wcześniejszych oznak-choroba, wypadek trudno się z nią pogodzić [5].

Ze względu na czynniki powodujące śmierć, można wyróżnić kilka rodzajów śmierci. Pierwszym rodzajem jest śmierć fizjologiczna, jest charakterystyczna dla wszystkich istot żywych. Następuje na skutek ciągle trwających procesów starzenia się organizmu [6].

Wyróżnia się również śmierć ekologiczną. Jest to śmierć spowodowana szeroko rozumianymi działaniami czynników środowiskowych. Śmierć następująca wskutek choroby, nazywana jest śmiercią z przyczyn chorobowych. Istnieje również takie pojęcie jak śmierć gwałtowna. Charakteryzuje się ona tym, iż zgon następuje szybko w wyniku obrażeń mechanicznych. Ponadto można wyróżnić śmierć poszczególnych narządów np. śmierć mózgu. Osoba taka uznana jest w ujęciu prawnym i medycznym za zmarłą.

Śmierć kliniczna spowodowana jest zatrzymaniem układów: krążenia, oddechowego oraz nerwowego. Jest to jedyny rodzaj śmierci gdzie podczas wykonywanej reanimacji istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo przywrócenia funkcji życiowych.

Eutanazja jako etyczny dylemat prawa

Eutanazja stanowi jeden z najbardziej kontrowersyjnych tematów na całym świecie. Zarówno prawnie jak i etycznie nie jest w pełni dopuszczana w większości krajów na świecie. W Polsce eutanazja jest czynem zabronionym. Mówi o tym Kodeks Karny, artykuł 150 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.. Każda osoba, która zabije chorego na jego życzenie lub pod wpływem współczucia i litości odbierze życie cierpiącemu popełnia przestępstwo [7].

Większość społeczeństwa akceptuje wszelkie decyzje podejmowane przez lekarza odnośnie leczenia pacjentów. Istnieje jednak spora grupa ludzi, którzy pomimo braku medycznej wiedzy postanawiają na własną rękę „uzdrawiać” chorych.

Istnieje wielka różnica pomiędzy lekarzem spełniającym wolę chorego i podającego mu środek powodujący śmierć a rezygnacji z uporczywej terapii, nie przynoszącej żadnych skutków tylko przysparzającej cierpienia. Ludzie bardzo często myślą lub łączą te dwa zjawiska. Nie zawsze człowiek, który wiele lat leży podłączony pod respirator ma taką wolę by umrzeć po podaniu środka przyczyniającego się do śmierci. Istotny głos ma tu także rodzina. Jeśli decydujące słowo należałoby do lekarza to można sądzić iż, nie byłoby potrzeby otwierania coraz to nowych i bardziej specjalistycznych domów opieki, hospicjów, domów spokojnej starości[8].

Stanowisko jakie zajmują ludzie odnośnie eutanazji ma bezpośredni związek z religijnością. Wszyscy Ci wychowani zgodnie z przykazaniem „Nie zabijaj” stanowczo

potępiają eutanazję jak też przerwanie uporczywej terapii. Kościół Katolicki nie sprecyzował jednoznacznie swojego stanowiska odnośnie przerwania terapii w momencie kiedy nie przynosi już ona żadnych skutków, jednak całkowicie sprzeciwia się eutanazji jako śmierci na życzenie [9].

Polskie prawo przewiduje karę od 3 lat pozbawienia wolności do 5 lat więzienia, za dopuszczenie się eutanazji. Istnieją jednak pewne zapisy odnośnie zmniejszenia kary lub całkowitego odstąpienia od wymierzania sprawiedliwości w szczególnych przypadkach [8].

Prawo powinno brać pod uwagę opinię społeczną, ponieważ prawo stanowią ludzie dla ludzi. Aby czyn karalny został popełniony musi być spełnionych kilka warunków. Przede wszystkim zabójstwo- w tym przypadku eutanazja musi być wykonywana przez świadomego i poczytalnego sprawcę. Prośba chorego, żądanie, przymus, to motywy jakimi kieruje się sprawca. Akt zabójstwa spowodowany jest litością i współczuciem wobec chorego, chęcią niesienia mu pomocy, ulgi w cierpieniu.

Medycyna a eutanazja

W dzisiejszych czasach tak jak w starożytności, naczelnym powołaniem lekarza jest dbanie o dobro pacjenta. Aby zapewnić człowiekowi dobrą opiekę trzeba zatroszczyć się o jego życie i zdrowie. Tym właśnie powinni zajmować się lekarze.

Nadrzędną wartością w pracy lekarza powinno być ludzkie życie. Dlatego eutanazja nie może być uznawana za ostatnią deskę ratunku dla osób cierpiących i nieuleczalnie chorych. Takie myślenie i postępowanie jest wbrew etyce lekarskiej [10].

Wszyscy ludzie pragną szczęśliwie przeżyć swoje ziemskie życie a w momencie nadchodzącej śmierci umrzeć w poczuciu życiowego spełnienia. Niestety nie zawsze się tak dzieje. Często chorzy udając się do szpitala, nie odnajdują tam pomocy na jaką liczyli.

Niekoniecznie jest to seria zabiegów, kroplówek, często wystarczy dobre słowo i życzliwa atmosfera na oddziale. Chory styka się z ponurą rzeczywistością szpitalnych kolejek, zabiegania, braku czasu nawet na chwilę rozmowy [10].

Chorym w terminalnym stanie należy zapewnić godne warunki umierania. Należy towarzyszyć im w ich ostatniej drodze do Boga. Zwykle trzymanie za rękę, poproszenie księdza o modlitwę, zapalenie gromnicy w ostatniej chwili życia znaczy bardzo wiele. Ludzkie podejście do cierpiącego człowieka jest nadrzędnym zadaniem całego zespołu medycznego. Holistyczne podejście do pacjenta, z uwzględnieniem jego problemów fizycznych i duchowych oraz otoczenie chorego taką opieką by zapewnić mu jak najlepszą jakość kończącego się życia- to niełatwe zadanie, któremu nie wszyscy potrafią sprostać.

W kodeksie etyki lekarskiej zapisane jest jednak, że lekarz nie musi reanimować chorego ani stosować żadnych środków farmakologicznych, jeśli stan pacjenta jest na tyle ciężki, że zastosowane czynności przysporzą cierpienia choremu i tak doprowadzając do śmierci. Decyzję o zaprzestaniu terapii zawsze powinien podejmować lekarz, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności [11].

Istnieją jednak przypadki, w których pacjent świadomy swojej choroby sam decyduje o tym czy chce aby w momencie zatrzymania krążenia ratować go czy nie. Wtedy pojawia się dylemat moralno-etyczny, czy uszanować ostatnią wolę chorego i pozwolić mu umrzeć czy ratować pomimo jego woli [11].

W miarę upływu lat eutanazja staje się coraz większym zagrożeniem dla rozwoju medycyny. Ludzie zamiast szukać i badać coraz to nowsze środki przeciwbólowe uśmierzające cierpienia, zaczęły skupiać się na rozwoju technik eutanatycznych. Może to doprowadzić do takiej sytuacji, gdzie obligatoryjnie chory, który zgłosi się do lekarza, z przewlekłą chorobą zostanie zakwalifikowany do eutanazji. Jest to przerażająca wizja „cywilizacji śmierci”, gdzie nie ratuje się pacjentów ale ich zabija.

Papież Franciszek podczas watykańskiego spotkania na temat końca życia powiedział: „Chorego człowieka nie zawsze można wyleczyć, ale zawsze trzeba się nim zaopiekować, bez skracania jego życia, ale też bez uporczywego i zbytecznego odwlekania jego śmierci.” [12]. Eutanazja należy do jednej z najbardziej dyskusyjnych kwestii światopoglądowych. Podejmując jakiegokolwiek decyzje na całym świecie należy uwzględnić różnorodność przekonań religijnych, światopoglądów, zasad moralno-etycznych. Trzeba jednak pamiętać, że życie jest tylko jedno i należy zatroszczyć się o nie bez względu na to czy człowiek jest nieporadnym dzieckiem, czy schorowanym starcem. Troska o najsłabszych jest najpiękniejszą formą pomocy bliźniemu [12].

Etyka wobec eutanazji

Eutanazja w ujęciu moralnym jest złem. Tak twierdzi większość społeczeństwa, czy jednak podejmując decyzję o tym czy zaprzestać uporczywej terapii człowiek również dopuszcza się złego czynu?

Pomimo wielu różnic jakie dzieli ludzi na całym świecie jest jedna rzecz, która nas wszystkich łączy. Jest to śmierć. Umierają ludzie w różnym wieku: noworodki, nastolatki, osoby starsze, schorowane, w wypadkach giną całe rodziny. Nie ma żadnej zasady określającej jak i kiedy umrze człowiek, jest to wielka niewiadoma [12].

W dzisiejszych czasach medycyna pozwala nawet na kilkuletnie przedłużanie życia ludzi nieuleczalnie chorych. Mając określone zasady etyczne można bez wahania podjąć decyzję o tym, aby utrzymać chorego przy życiu nawet jeśli jego stan i tak się nie poprawi. Jest to chyba jedna z najtrudniejszych decyzji jaką musi podjąć człowiek w swoim życiu. Decydowanie o życiu innego człowieka nigdy nie będzie łatwe. Najważniejsze jest jednak to, by w swoim postępowaniu kierować się dobrem drugiej osoby a nie swoimi emocjami czy przekonaniem.

Każdy człowiek jest jedyny w swoim rodzaju, niepowtarzalny. Dobierając odpowiednie leczenie, środki łagodzące cierpienie należy pamiętać o tym aby w danej chwili widzieć tylko chorego i jego problemy. Czasami zatrzymać się na chwilę i porozmawiać z chorym i rodziną. Należy zadbać o intymne warunki i szczerze przygotować się do takiej rozmowy. Bardzo często pacjenci chcą aby ich nie ratować w momencie zagrożenia życia, ponieważ nie widzą dalszego celu i sensu życia. Często krótka rozmowa z księdzem, psychologiem, pielęgniarką czy lekarzem może odwieść pacjenta od wcześniej podjętej decyzji [12, 13].

Człowiek w obliczu nieuchronnej śmierci niejednokrotnie zmienia cały swój światopogląd. Podejmuje decyzje, których nigdy w życiu by nie podjął. Pomimo tego należy zadbać o to aby w ostatnich chwilach swojego życia czuł, że umiera godnie i z szacunkiem. W momencie gdy człowiek domaga się wręcz eutanazji, postępuje on niezgodnie z etyką i etosem medycyny. Wywiera wpływ na lekarzy aby zamiast ratować jego życie, odebrali mu je. W momencie gdy lekarz dokonuje eutanazji, popełnia przestępstwo prawne ale również postępuje wbrew swojej uczciwości zawodowej i powołaniu. Część lekarzy nie godzi się na to, jednak są też tacy którzy nie widzą w tym nic złego. Swoje „czyny” nazywają pomaganiem bliźnim poprzez definitywne skracanie ich wieloletnich cierpień.

Pojawienie się eutanazji spowodowało transformację ludzkich umysłów. Powstała ogromna przepaść między ochroną życia a śmiercią na życzenie. Zalegalizowanie eutanazji nie przyczyni się do postępu naukowego i zwycięstwa rozumu nad wiarą. Spowoduje ogromne straty w kulturze i moralności każdego człowieka [12, 13].

Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji

Opieka paliatywna według WHO to całościowa opieka nad chorym terminalnie człowiekiem i jego rodziną. Celem opieki paliatywnej jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia ludzi umierających. Zajmuje się ona łagodzeniem bólu, zmniejszeniem objawów somatycznych, holistycznie podchodzi do człowieka widząc go jako całość fizyczno-

duchową. Można śmiało stwierdzić, iż medycyna paliatywna to specjalistyczna pomoc społeczno- medyczna dla ludzi w stanie terminalnym[14].

W XXI wieku odnotowano największy postęp i rozwój cywilizacji. Ludzie wymyślając i konstruując nowe maszyny, technologie, dążą do zapewnienia sobie większej wygody życia. Często w tej pogoni za dobrem materialnym gubią to co najważniejsze. Człowiek jest istotą żywą i tak jak inne stworzenia choruje, starzeje się i umiera. Medycyna coraz bardziej kładzie nacisk na dążenie do wyleczenia pacjentów, zaniedbując kwestię godnej opieki nad umierającymi pacjentami. Niestety są też choroby, których nie da się wyleczyć. Ludzkie życie przeniknięte jest bezradnością i bezsilnością towarzyszenia najbliższemu w cierpieniu. Do rozwoju medycyny paliatywnej przyczyniła się Grupa robocza do spraw opieki paliatywnej ESMO (European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group). Grupa ta podzieliła opiekę paliatywną na kilka podgrup [14].

Pierwszą podgrupą jest medycyna paliatywna nastawiona na leczenie wspomagające. Celem tego leczenia jest zapewnienie choremu jak najlepszej opieki, komfortu, możliwości samodzielnego funkcjonowania w miarę możliwości. Ponadto zajmują się ona także zapewnieniem wsparcia ekonomicznego i psychicznego samym chorym jak i ich rodzinom.

Opieka paliatywna (palliativecare) dotyczy ludzi w fazie nieuleczalnej choroby. Zapewnia odpowiednio dobrane leki hamujące rozwój choroby, łagodzące ból. Niejednokrotnie jest to najdłuższy etap leczenia i towarzyszenia choremu i jego rodzinie.

Trzecią podgrupą jest opieka u schyłku życia (end-of-life-care). Jest to opieka sprawowana już w okresie nieuchronnej śmierci. Odpowiednio dobrany zespół wraz z rodziną towarzyszy pacjentowi w odejściu do Pana.

Opieka paliatywna docenia jakość życia. Proces umierania traktuje jako naturalne i normalne zjawisko, które przypisane jest każdej istocie żyjącej. Zapewnia ona najlepszą jakość życia aż do samej śmierci. Priorytetem medycyny powinno być ustanowienie medycyny paliatywnej jako jednej z najważniejszych gałęzi opieki nad pacjentem. Pacjent w stanie paliatywnym powinien zostać otoczony jak najlepszą opieką przez specjalnie wykwalifikowany do tego celu zespół składający się z pracowników medycznych, psychologów, pracowników środowiskowych, wolontariuszy i duchownych.

Opieka paliatywna jest najlepszą alternatywą dla eutanazji. Obejmuje ona wszystkie sfery życia człowieka i pozwala mu na przygotowanie się do śmierci zachowaniem godności osoby ludzkiej. Sprawowana zespołowo przynosi spektakularne rezultaty i daje wymierne korzyści

zarówno dla pacjentów jak i ich rodzin. Dzięki medycynie paliatywnej można inaczej spojrzeć na człowieka umierającego [13].

CEL PRACY

Eutanazja jest terminem wywodzącym się z języka greckiego gdzie „eu” oznacza – dobra, „tanatos” – śmierć. Zatem wyraz „eutanazja” oznacza śmierć szczęśliwą, pozbawioną bólu.

W Polsce eutanazja prawnie jest zakazana.

Warto jednak odróżnić eutanazję od tak zwanej uporczywej terapii. Różni te pojęcia cel dążeń medyka prowadzącego danego pacjenta. Eutanazja sprowadza się do uśmierzenia dolegliwości objawów chorobowych z jednoczesnym założeniem skrócenia życia człowieka.

Natomiast zasadniczym celem przerywania uporczywej terapii jest uchronienie pacjenta przed dodatkowymi cierpieniami, w sytuacji negatywnej oceny jakichkolwiek szans terapeutycznych, pomimo stosowania nadzwyczajnych środków i perspektywy bliskiej śmierci chorego. Kontynuowanie uporczywej terapii w takim przypadku sprowadza się tylko do przedłużania agonii.

Celem pracy było:

1. Porównanie stanowiska osób pracujących w zawodach medycznych i niemedycznych wobec eutanazji.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Badania zostały przeprowadzone od 18 grudnia 2017 roku do 21 marca 2018 roku w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży, na oddziałach: noworodkowym, onkologicznym i wewnętrznym oraz wśród mieszkańców województwa podlaskiego. Łącznie przebadano 100 osób. Udział w ankiecie był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Badaniem objęto mieszkańców województwa podlaskiego pracujących w zawodach medycznych i niemedycznych.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA

wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Dane mające charakter nominalny opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególniano warianty cech podając ich licznosc i czestosc występowania w całej badanej zbiorowości. Uzyskane wyniki zaprezentowano w postaci tabel i rycin.

Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby analizy danych ilościowych:

- różnice między porównywanymi grupami oceniono na podstawie testu istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowalnych) - statystyka chi-kwadrat;
- zastosowano również współczynnik korelacji Pearsona (oparta na wartościach chi-kwadrat miara zależności między zmiennymi skategoryzowanymi, wskazuje na siłę związku).
- za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05 [36].

WYNIKI

W badaniach udział wzięło 100 osób: 66 kobiet i 34 mężczyzn. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 18-30 lat 37%, 31-40 lat 25%, 41-60 lat 32%, >60 lat 6% . Ze względu na nieznaczący odsetek osób powyżej 60 roku życia w dalszej części pracy utworzono przedział >40 lat – 38%.

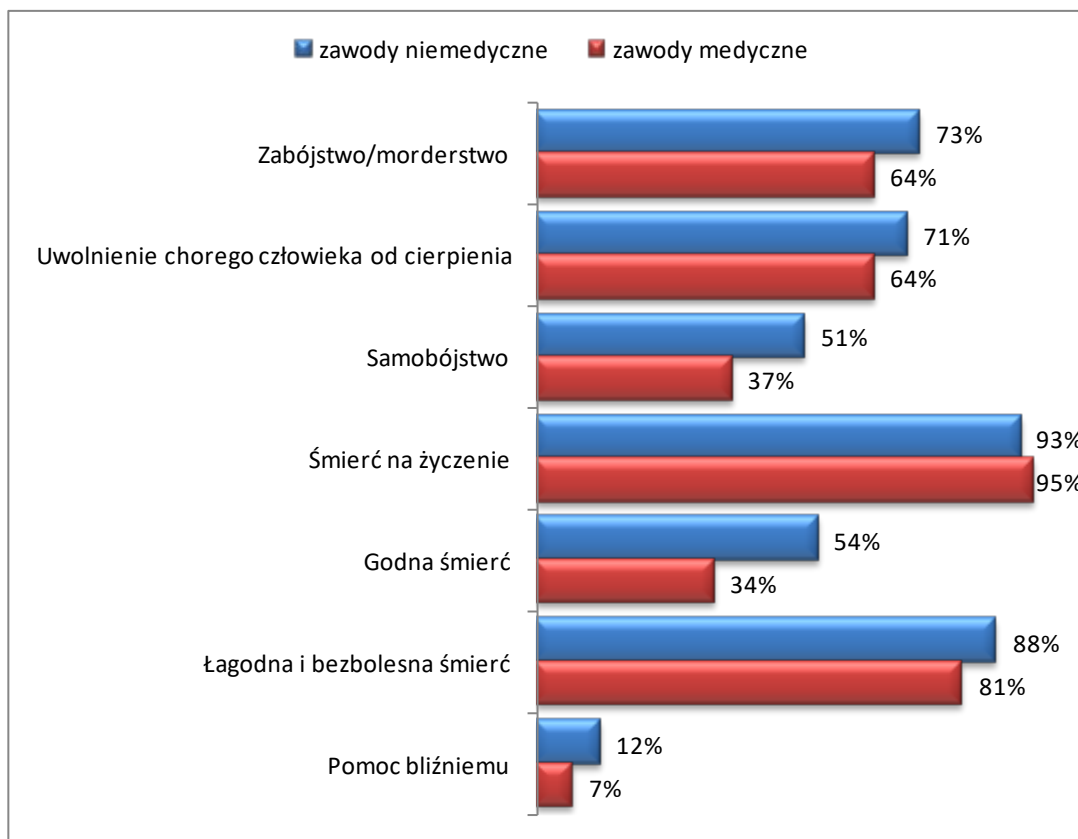
W badanej grupie 70% stanowiły osoby po studiach wyższych, gdy pozostali badani mieli wykształcenie średnie 23%, zawodowe 5%, podstawowe 2% . Ze względu na znaczący odsetek osób z wykształceniem wyższym w dalszej części pracy analiza danych ze względu na poziom wykształcenia będzie prowadzona w dwóch grupach: wykształcenie wyższe i wykształcenie niższe (średnie, zawodowe, podstawowe – 30%)

Wśród ankietowanych 47% stanowili mieszkańcy wsi, a 53% - mieszkańcy miast.

W badanej grupie 59% ankietowanych pracowało w zawodach medycznych, a 41% nie miało związku z medycyną.

Pytanie: Co Twoim zdaniem oznacza termin - eutanazja?

Ankietowani eutanazję postrzegali przede wszystkim jako „śmierć na życzenie” 94%, „łagodną i bezbolesną śmierć” 84%, „zabójstwo/morderstwo” 68%, „uwolnienie człowieka chorego od cierpienia” 67%, „samobójstwo” 43%, „godną śmierć” 42% oraz „pomoc bliźniemu” 9% .



(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

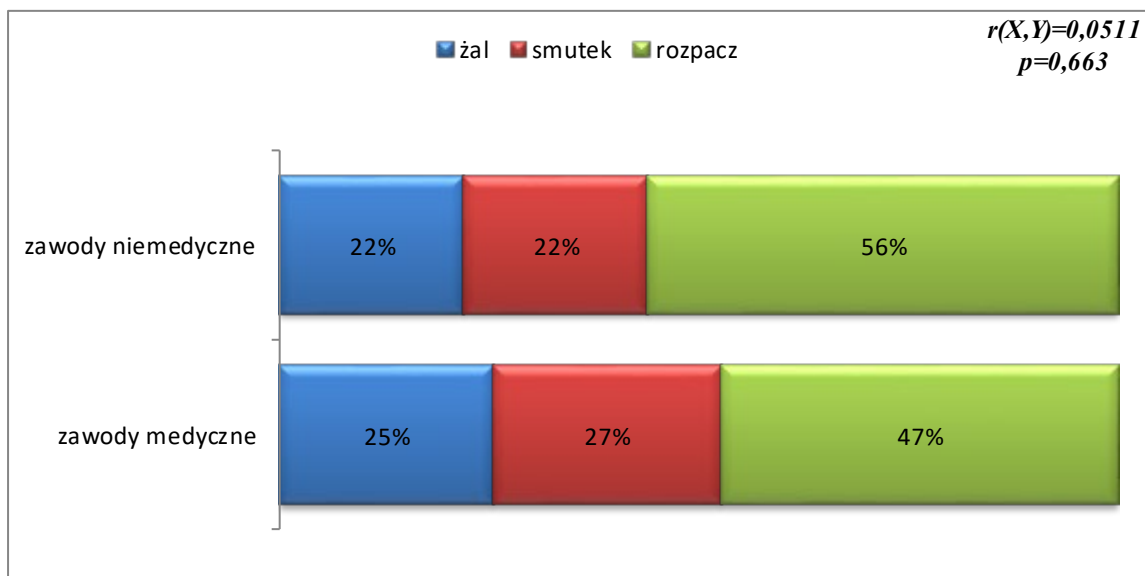
Rycina 1. Definicja terminu eutanazji a wykonywany zawód

Zarówno osoby pracujące w zawodach medycznych jak i niemedycznych postrzegały eutanazję przede wszystkim jako śmierć na życzenie – odpowiednio 95% i 93%. Stwierdzono, że badani niezwiązani z medycyną istotnie częściej określali eutanazję jako godną śmierć – odpowiednio: 54% i 34% ($r(X,Y)=0,2222$, $p=0,026$) oraz jako samobójstwo – odpowiednio: 51% i 37% ($r(X,Y)=0,2026$, $p=0,043$). Pozostałe stwierdzenia eutanazja to zabójstwo/morderstwo, uwolnienie chorego od cierpienia, łagodna i bezbolesna śmierć, pomoc bliźniemu nieznaczaco częściej wskazywały osoby pracujące w zawodach niemedycznych. Nie stwierdzono istotności różnic $p>0,05$ (Rycina 1).

Pytanie: Czy myśl o eutanazji budzi w Tobie emocje? Jakie?

Osoby biorące udział w badaniu określiły, że eutanazja wywołuje w nich rozpacz 51%, smutek 25%, żal 24%. Żaden badany nie wskazał na uczucie radości.

Zarówno pracownicy niemedyczni jak i medyczni z eutanazją najczęściej łączyli uczucie rozpacz – odpowiednio: 56% i 47%. Nie stwierdzono istotności korelacji (Rycina 2).



Rycina 2. Emocje badanych związanych z terminem eutanazji a zawód

Kobiety częściej niż mężczyźni z eutanazją wiązały uczucie rozpacz (kobiety 57,58%, mężczyźni 38,24%), gdy mężczyźni częściej niż kobiety wybierali żal (kobiety 21,21%, mężczyźni 29,41%) i smutek (kobiety 21,21%, mężczyźni 32,35%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na stosunek emocjonalny badanych do eutanazji (Tabl.I).

Tabl. I. Emocje badanych związane z terminem eutanazji płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)	Miasto (n=53)
Żal	14	10	13	12	12	11
	21,21%	29,41%	27,66%	40,00%	17,14%	20,75%
Smutek	14	11	13	8	17	12
	21,21%	32,35%	27,66%	26,67%	24,29%	22,64%
Rozpacz	38	13	21	10	41	30
	57,58%	38,24%	44,68%	33,33%	58,57%	56,61%
Radość	0	0	0	0	0	0
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Test χ^2	$r(X,Y)$	0,1585		0,1142		0,2678
	p	0,115		0,258		0,007

Osoby mieszkające na wsi częściej niż mieszkańcy miast myśl o eutanazji wiązały uczuciem żalu (wieś 27,66%, miasto 20,75%) i smutku (wieś 27,66%, miasto 22,64%), gdy wśród mieszkańców miast częściej niż wśród osób mieszkających na wsi najczęściej wskazywaną emocją była rozpacz (wieś 44,68%, miasto 56,61%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek emocjonalny badanych do eutanazji (Tabl.I).

Osoby z wykształceniem niższym istotnie częściej z eutanazją łączyły poczucie żalu (niższe 40,00%, wyższe 17,14%), gdy badani z wykształceniem wyższym znacząco silniej skłaniali się ku rozpacz (niższe 33,33%, wyższe 58,57%). Stwierdzono, że poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek emocjonalny badanych do eutanazji (Tabl.I).

W grupie wiekowej 18-30 lat eutanazji towarzyszyły wszystkie emocje: żal (24,32%), smutek (37,84%), rozpacz (37,84%), gdy osoby powyżej 30 roku życia skłaniały się do uczucia rozpacz: 31-40 lat 72,00% i >40 lat 50,00%. Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na stosunek emocjonalny badanych do eutanazji (Tabl.II).

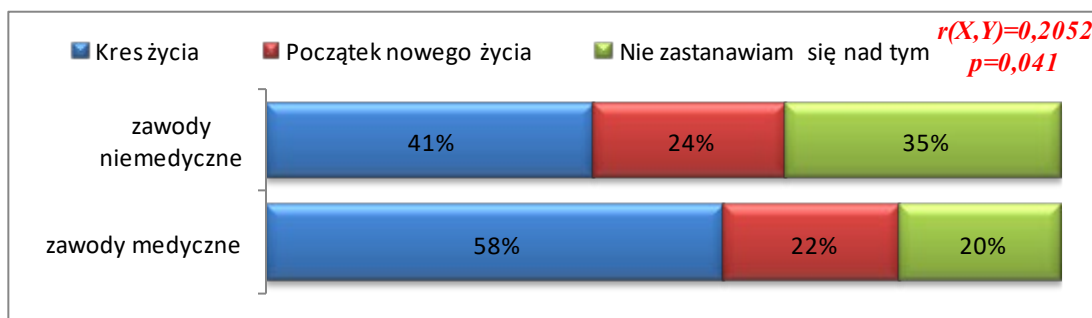
Tab. II. Emocje badanych związane z terminem eutanazji a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Żal	9	5	10
	24,32%	20,00%	26,32%
Smutek	14	2	9
	37,84%	8,00%	23,68%
Rozpacz	14	18	19
	37,84%	72,00%	50,00%
Radość	0	0	0
	0,00%	0,00%	0,00%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0523$, $p=0,605$</i>			

Pytanie: Śmierć- czym jest dla Ciebie?

Ankietowani określili, że śmierć jest dla nich „kresem życia” 51% oraz „początkiem nowego życia”. Co czwarta osoba wskazała, że nie zastanawiała się nad tym 26% (Rycina 5).

Badani pracujący w zawodach medycznych znacząco częściej śmierć określali jako kres życia – odpowiednio: 58% i 41%, gdy osoby niezwiązane z medycyną istotnie częściej nie zastanawiały się nad tym – odpowiednio: 35% i 20% (Rycina 3).



Rycina 3. Stosunek badanych do śmierci a zawód

Wśród mężczyzn zanotowano wyższy odsetek niż wśród kobiet osób nie zastanawiających się nad tematem śmierci (kobiety 22,73%, mężczyźni 32,35%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na stosunek do śmierci (Tabl.III).

Tabl. III. Stosunek do śmierci a płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Kres życia	35	16	19	32	17	34
	53,03%	47,06%	40,43%	60,38%	56,67%	48,57%
Początek nowego życia	16	7	13	10	9	14
	24,24%	20,59%	27,66%	18,87%	30,00%	20,00%
Nie zastanawiam się nad tym	15	11	15	11	4	22
	22,73%	32,35%	31,91%	20,75%	13,33%	31,43%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	<i>0,0878</i>		<i>0,1846</i>		<i>0,1427</i>
	<i>p</i>	<i>0,385</i>		<i>0,066</i>		<i>0,157</i>

Osoby mieszkające w mieście częściej niż mieszkańcy wsi określały śmierć jako „kres życia” (wieś 40,43%, miasto 60,38%), gdy mieszkańcy wsi częściej traktowały śmierć jako „początek nowego życia” (wieś 27,66%, miasto 18,87%) i częściej podejmowały ten temat w

swoich rozmyślaniach (wieś 31,91%, miasto 20,75%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek do śmierci (Tabl.III).

Badani po studiach wyższych rzadziej zatrzymywali się nad tematem śmierci niż osoby z wykształceniem niższym (niższe 13,33%, wyższe 31,43%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek do śmierci (Tabl.III).

Otrzymano, że z wiekiem badani skłaniali się do określenia śmierci jako „kresu życia” (18-30 lat 40,54%, 31-40 lat 48,00%, >40 lat 63,16%). Osoby do 40 roku życia częściej wybierały określenie „początek nowego życia” (18-30 lat 29,73%, 31-40 lat 28,00%, >40 lat 13,16%) i zastanawiały się nad tematem śmierci (18-30 lat 29,73%, 31-40 lat 24,00%, >40 lat 23,68%). Niestwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na stosunek do śmierci (Tabl.IV).

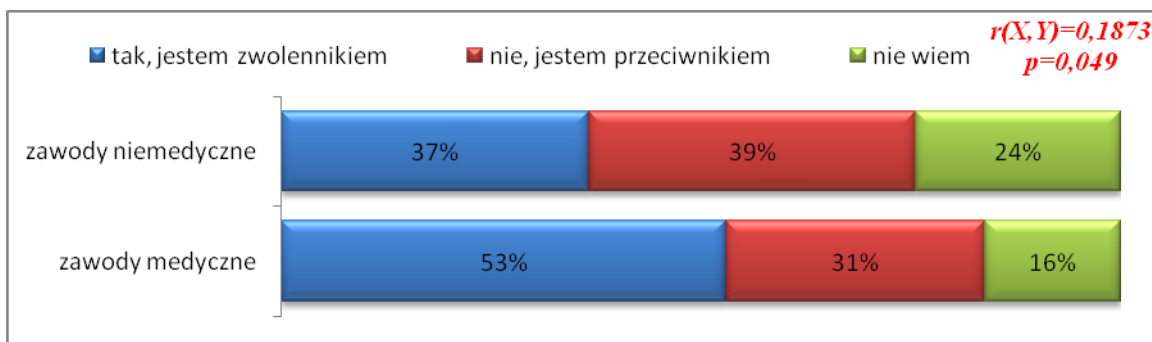
Tabl. IV. Stosunek do śmierci a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Kres życia	15	12	24
	40,54%	48,00%	63,16%
Początek nowego życia	11	7	5
	29,73%	28,00%	13,16%
Nie zastanawiam się nad tym	11	6	9
	29,73%	24,00%	23,68%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1476$, $p=0,143$</i>			

Pytanie: Czy jesteś za eutanazją?

W badanej grupie za eutanazją opowiedziało się 46% ankietowanych, a jej przeciwnicy stanowili 34%. Co piąta osoba nie miała zdania w tej kwestii 20% .

Badani pracujący w zawodach medycznych znacząco częściej niż osoby niezwiązane z medycyną były zwolennikami eutanazji – odpowiednio: 53% i 37% (Rycina 4).



Rycina 4. Stosunek badanych do eutanazji a zawód

Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety byli zwolennikami eutanazji (kobiety 39,39%, mężczyźni 58,82%). Stwierdzono, że płeć badanych znacząco wpływała na stosunek do eutanazji (Tabl.V).

Wśród osób mieszkających na wsi stosunek do eutanazji był zrównoważony: zwolennicy i przeciwnicy stanowili po 40,43%. W grupie mieszkańców miast dominowali zwolennicy eutanazji 50,94%, gdy przeciwnicy stanowili 28,30%. Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek do eutanazji (Tabl.V).

Zwolennikami eutanazji częściej byli badani po studiach wyższych niż osoby z wykształceniem niższym (niższe 36,67%, wyższe 50,00%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek do eutanazji (Tabl.V).

Tabl. V. Stosunek do eutanazji a płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak, jestem zwolennikiem	26	20	19	27	11	35
	39,39%	58,82%	40,43%	50,94%	36,67%	50,00%
Nie, jestem przeciwnikiem	22	12	19	15	11	23
	33,33%	35,30%	40,43%	28,30%	36,67%	32,86%
Nie wiem	18	2	9	11	8	12
	27,28%	5,88%	19,14%	20,76%	26,66%	17,14%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,2512		0,0578		0,1361
	<i>p</i>	0,012		0,568		0,177

Otrzymano, że z wiekiem badani znacząco częściej byli za eutanazją (18-30 lat 27,03%, 31-40 lat 60,00%, >40 lat 55,26%). W grupie osób w wieku 18-30 lat przeciwnicy eutanazji stanowili 54,05%. Stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na stosunek do eutanazji (Tabl.VI).

Tabl. VI. Stosunek do eutanazji a wiek badanych

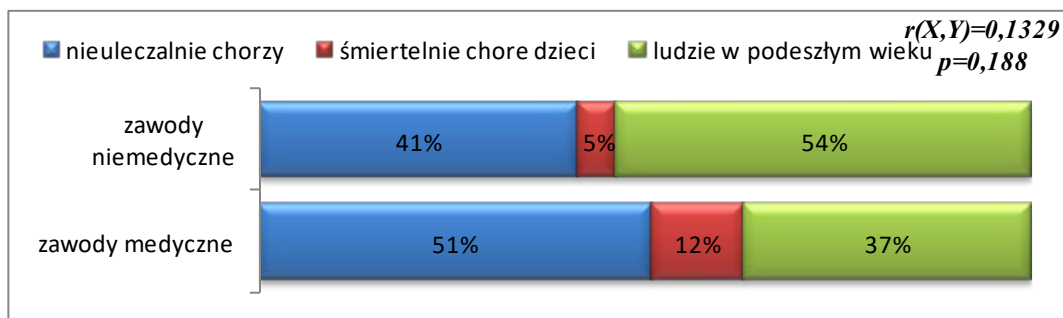
Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak, jestem zwolennikiem	10	15	21
	27,03%	60,00%	55,26%
Nie, jestem przeciwnikiem	20	2	12
	54,05%	8,00%	31,58%
Nie wiem	7	8	5
	18,92%	32,00%	13,16%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,2011$, $p=0,047$</i>			

Pytanie: Jakiej grupy ludzi dotyczy eutanazja?

Ankietowani określili, że eutanazja może dotyczyć osób nieuleczalnie chorych 47%, śmiertelnie chorych dzieci 9% oraz ludzi w podeszłym wieku 44%.

Ankietowani niezwiązani zawodowo z medycyną eutanazję łączyli z osobami starszymi 54% i nieuleczalnie chorymi 41%, gdy personel medyczny jako grupę docelową wskazywał przede wszystkim nieuleczalnie chorych 51%, a następnie ludzi w podeszłym wieku 37% i śmiertelnie chore dzieci 12%. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 5).

Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały, że eutanazja dotyczy osób nieuleczalnie chorych (kobiety 51,52%, mężczyźni 38,24%), gdy mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali, że eutanazja dotyczy ludzi w podeszłym wieku (kobiety 39,39%, mężczyźni 52,94%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na wskazania grupy do eutanazji (Tabl.VII).



Rycina 5. Grupa docelowa dla eutanazji a zawód

Ze względu na miejsce zamieszkania określenie grupy docelowej dla eutanazji było porównywalne – „nieuleczalnie chorzy”: wieś 46,81%, miasto 47,17% i „ludzie w podeszłym wieku”: wieś 46,81%, miasto 41,51%. Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na wskazania grupy do eutanazji (Tabl.VII).

Częściej eutanazję jako rozwiązanie dla osób nieuleczalnie chorych wskazywały osoby z wykształceniem niższym niż wyższym (niższe 56,67%, wyższe 42,86%). Natomiast badani po studiach wyższych częściej zwracali uwagę na zagrożenie dla grupy ludzi w podeszłym wieku (niższe 30,00%, wyższe 50,00%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na wskazania grupy do eutanazji (Tabl.VII).

Tabl. VII. Grupa docelowa dla eutanazji a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Nieuleczalnie chorzy	34	13	22	25	17	30
	51,52%	38,24%	46,81%	47,17%	56,67%	42,86%
Śmiertelnie chore dzieci	6	3	3	6	4	5
	9,09%	8,82%	6,38%	11,32%	13,33%	7,14%
Ludzie w podeszłym wieku	26	18	22	22	9	35
	39,39%	52,94%	46,81%	41,51%	30,00%	50,00%
Test χ^2	$r(X,Y)$	0,1333		0,0296		0,1625
	p	0,186		0,770		0,106

We wszystkich grupach wiekowych badani wskazywali na osoby nieuleczalnie chore około 45-50%. Z wiekiem badani częściej wskazywali jako grupę docelową eutanazji ludzi w

podeszłym wieku (18-30 lat 37,83%, 31-40 lat 40,00%, >40 lat 52,63%). Eutanazję w stosunku do śmiertelnie chorych dzieci najczęściej wybierali badani pomiędzy 18 a 30 rokiem życia (18-30 lat 16,22%, 31-40 lat 8,00%, >40 lat 2,63%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na wskazania grupy do eutanazji (Tabl. VIII).

Tabl. VIII. Grupa docelowa dla eutanazji a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Nieuleczalnie chorzy	17	13	17
	45,95%	52,00%	44,74%
Śmiertelnie chore dzieci	6	2	1
	16,22%	8,00%	2,63%
Ludzie w podeszłym wieku	14	10	20
	37,83%	40,00%	52,63%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0730$, $p=0,470$</i>			

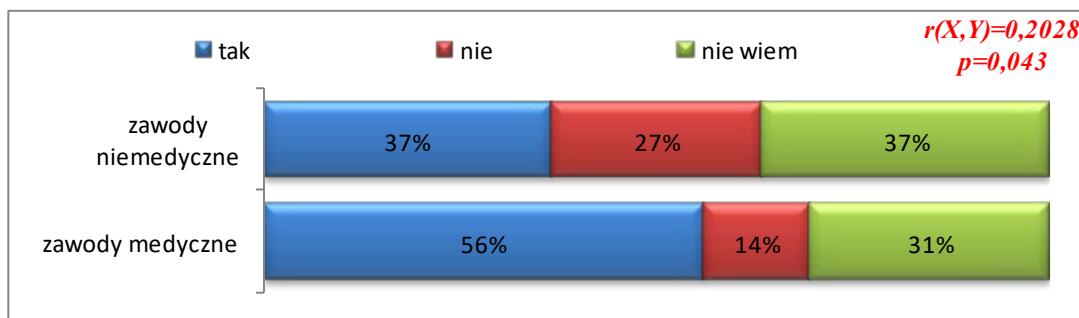
Pytanie: Kto Twoim zdaniem powinien podjąć decyzję o wykonaniu eutanazji?

Badani określili, że decyzję o wykonaniu eutanazji powinien podjąć przede wszystkim sam pacjent 66%. Wpływ na decyzję zdaniem ankietowanych powinni mieć także: komisja lekarzy i prokurator 12%, lekarz 7%, rodzina chorego 6%, sąd 4%, specjalnie utworzona komisja składająca się z lekarzy i prawników 5%. Wśród respondentów 7% wskazała odpowiedź „trudno powiedzieć” 7%.

Pytanie: W momencie gdybyś sam/sama zachorował/a na śmiertelną chorobę czy poddałbyś/abyś się eutanazji?

Wśród respondentów zgodę na eutanazję w sytuacji śmiertelnej choroby podjęłoby 48% badanych, przeciwnicy stanowili 19%, a 33% grupy nie potrafiło określić jaką podjęłoby decyzję.

Badani pracujący w zawodach medycznych znacząco częściej niż osoby niezwiązane z medycyną wyraziłyby zgodę na własną eutanazję – odpowiednio: 56% i 37% (Rycina 6).



Rycina 6. Zgoda badanych na własną eutanazję w sytuacji śmiertelnej choroby a zawód

Kobiety częściej niż mężczyźni zdecydowały by się na eutanazję (kobiety 50,00%, mężczyźni 44,12%). Mężczyźni częściej niż kobiety nie potrafili udzielić odpowiedzi (kobiety 27,27%, mężczyźni 44,12%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na decyzję o zgodzie na eutanazję (Tabl.IX).

Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miastbyli skłoni wyrazić zgodę na eutanazję (wieś 51,06%, miasto 45,28%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na decyzję o zgodzie na eutanazję (Tabl.IX).

Osoby z wykształceniem niższym istotnie częściej wyrażały zgodę na eutanazję w stosunku do własnej osoby w sytuacji śmiertelnej choroby (niższe 60,00%, wyższe 42,86%). Stwierdzono, że poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na decyzję o zgodzie na eutanazję (Tabl.IX).

Tabl. IX. Zgoda na eutanazję a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak	33	15	24	24	18	30
	50,00%	44,12%	51,06%	45,28%	60,00%	42,86%
Nie	15	4	8	11	7	12
	22,73%	11,76%	17,02%	20,75%	23,33%	17,14%
Nie wiem	18	15	15	18	5	28
	27,27%	44,12%	31,92%	33,97%	16,67%	40,00%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	<i>0,1213</i>		<i>0,0440</i>		<i>0,2090</i>
	<i>p</i>	<i>0,229</i>		<i>0,664</i>		<i>0,037</i>

Otrzymano, że z wiekiem badani częściej zgodziliby się na eutanazję w obliczu śmiertelnej choroby (18-30 lat 37,84%, 31-40 lat 44,00%, >40 lat 60,53%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na decyzję o zgodzie na eutanazję (Tabl.X).

Tabl. X. Zgoda na eutanazję a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	14	11	23
	37,84%	44,00%	60,53%
Nie	10	5	4
	27,03%	20,00%	10,53%
Nie wiem	13	9	11
	35,13%	36,00%	28,94%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1412$, $p=0,161$</i>			

Pytanie: Czy osoby nieuleczalnie chore powinny się?

Ankietowani określili, że osoby nieuleczalnie chore powinny się „poddawać eutanazji, jeśli się na to zgadzają” 46%, „izolować, umieszczając w hospicjach i domach opieki” 29%, „pozwać im umierać w warunkach domowych” 24%. W przypadku jednostkowym wskazano odpowiedź „leczyć bez względu na ich stan zdrowia” 1%.



Rycina 7. Postępowanie z osobami nieuleczalnie chorymi a zawód

Ankietowani niezwiązani zawodowo z medycyną częściej byli zwolennikami, aby osobom nieuleczalnie chorym pozwalać umierać w domu 32%, gdy pracownicy służby zdrowia wskazali na odpowiedź: poddawać eutanazji jeśli się na to zgadzają. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 7).

Kobiety częściej niż mężczyźni w stosunku do osób nieuleczalnie chorych proponowały eutanazję za ich zgodą (kobiety 50,00%, mężczyźni 38,24%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na postępowanie wobec nieuleczalnie chorych (Tabl.XI).

Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miastuważali, że osoby nieuleczalnie chore powinny być poddawane eutanazji za ich zgodą (wieś 53,19%, miasto 39,62%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na postępowanie wobec nieuleczalnie chorych (Tabl.XI).

Tabl. XI. Postępowanie z osobami nieuleczalnie chorymi a płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Izolować umieszczając w hospicjach i domach opieki	18	11	10	19	5	24
	27,27%	32,35%	21,28%	35,85%	16,67%	34,29%
Pozwalać im umierać w warunkach domowych	14	10	11	13	11	13
	21,21%	29,41%	23,40%	24,53%	36,67%	18,57%
Leczyć bez względu na ich stan zdrowia	1	0	1	0	1	0
	1,52%	0,00%	2,13%	0,00%	3,33%	0,00%
Poddawać eutanazji jeśli się na to zgadzają	33	13	25	21	13	33
	50,00%	38,24%	53,19%	39,62%	43,33%	47,14%
Test χ^2	r(X,Y)	0,1085		0,1663		0,0464
	p	0,283		0,098		0,646

Osoby z wykształceniem niższym częściej wskazywały, że osobom nieuleczalnie chorym powinno się pozwalać umierać w warunkach domowych (niższe 36,67%, wyższe 18,57%), gdy badani z wykształceniem wyższym częściej wybierali rozwiązanie izolacji w hospicjach i domach opieki (niższe 16,67%, wyższe 34,29%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na postępowanie wobec nieuleczalnie chorych (Tabl.XI).

Otrzymano, że z wiekiem badani częściej uważali, że nieuleczalnie chorzy powinni móc umierać w warunkach domowych (18-30 lat 10,81%, 31-40 lat 24,00%, >40 lat 36,84%). Osoby w wieku 18-30 lat częściej od pozostałych proponowały izolację (18-30 lat 40,54%, 31-40 lat 24,00%, >40 lat 21,05%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na postępowanie wobec nieuleczalnie chorych (Tabl.XII).

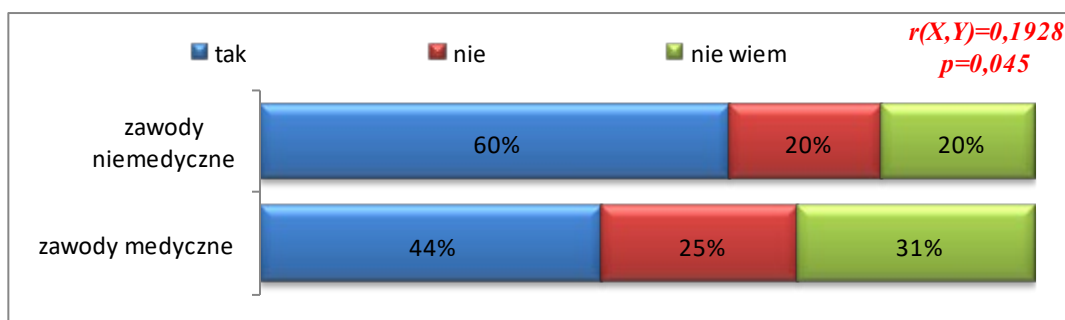
Tabl. XII. Postępowanie z osobami nieuleczalnie chorymi a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Izolować umieszczając w hospicjach i domach opieki	15	6	8
	40,54%	24,00%	21,05%
Pozwalać im umierać w warunkach domowych	4	6	14
	10,81%	24,00%	36,84%
Leczyć bez względu na ich stan zdrowia	1	0	0
	2,70%	0,00%	0,00%
Poddawać eutanazji jeśli się na to zgadzają	17	13	16
	45,95%	52,00%	42,11%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0295$, $p=0,771$</i>			

Pytanie: Czy eutanazja na życzenie chorego może być usprawiedliwiona moralnie?

Zdaniem 51% eutanazja na życzenie chorego może być usprawiedliwiona moralnie. Opinię przeciwną wyraziło 23% badanych, a co czwarta osoba wybrała odpowiedź „ciężko powiedzieć” 26% .

Ankietowani niezwiązani z medycyną istotnie częściej byli skłonni usprawiedliwić wykonanie eutanazji na życzenie chorego – odpowiednio: 60% i 44% (Rycina 8).



Rycina 8. Usprawiedliwienie moralne eutanazji na życzenie a zawód

Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni uważały za moralnie usprawiedliwioną eutanazję na życzenie (kobiety 59,09%, mężczyźni 35,30%). Stwierdzono, że płeć badanych znacząco wpływała na stosunek do eutanazji na życzenie (Tabl.XIII).

Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast uważali za moralnie usprawiedliwioną eutanazję na życzenie (wieś 57,44%, miasto 45,28%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek do eutanazji na życzenie (Tabl.XIII).

Osoby z wykształceniem wyższym częściej nie zgadzały się na usprawiedliwienie eutanazji na życzenie (niższe 16,67%, wyższe 25,71%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek do eutanazji na życzenie (Tabl.XIII).

Tabl. XIII. Usprawiedliwienie moralne dla eutanazji na życzenie a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź		Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
		Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak		39	12	27	24	15	36
		59,09%	35,30%	57,44%	45,28%	50,00%	51,43%
Nie		12	11	10	13	5	18
		18,18%	32,35%	21,28%	24,53%	16,67%	25,71%
Ciężko powiedzieć		15	11	10	16	10	16
		22,73%	32,35%	21,28%	30,19%	33,33%	22,86%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,2082		0,1251		0,0649	
	<i>p</i>	0,049		0,215		0,521	

Otrzymano, że z wiekiem badani istotnie częściej nie zgadzali się z usprawiedliwieniem moralnym dla eutanazji na życzenie (18-30 lat 62,16%, 31-40 lat 72,00%, >40 lat 26,32%). Stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na stosunek do eutanazji na życzenie (Tabl.XIV).

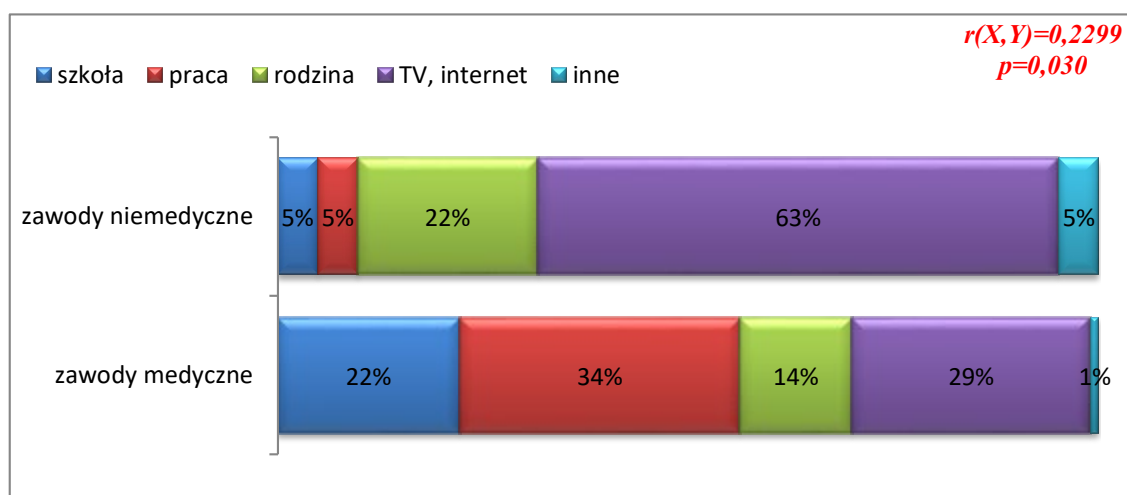
Tabl. XIV. Usprawiedliwienie moralne dla eutanazji na życzenie a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	23	18	10
	62,16%	72,00%	26,32%
Nie	5	3	15
	13,51%	12,00%	39,47%
Ciężko powiedzieć	9	4	13
	24,33%	16,00%	34,21%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,2368$, $p=0,016$</i>			

Pytanie: Gdzie zetknąłeś/łaś się z pojęciem eutanazja?

Ankietowani z pojęciem eutanazji zetknęli się w mediach 43%, pracy 22%, rodzinie 17%, szkole 15%, w inny sposób 3% .

Stwierdzono, że dla osób niezwiązanych z medycyną głównym źródłem wiedzy o eutanazji są media 63%, gdy dla personelu medycznego: szkoła 22% i praca 34% (Rycina 9).

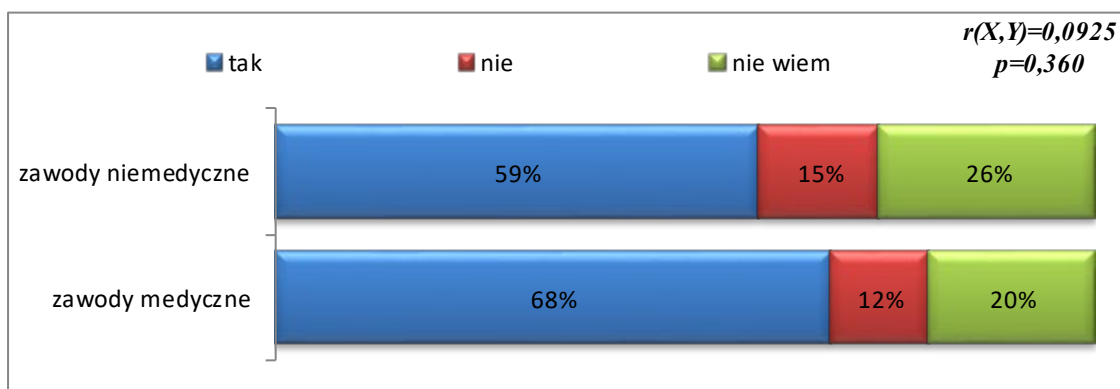


Rycina 9. Źródła wiedzy o eutanazji a zawód

Pytanie: Czy Twoim zdaniem eutanazja należy do tematów tabu w Polsce?

Ankietowani uważali, że eutanazja jest tematem tabu w Polsce – odpowiedź wskazało 64% grupy. Opinię przeciwną wyraziło 13% badanych, a 23% grupy nie miało zdania na ten temat.

Zarówno osoby związane z medycyną, jak również pracujące w zawodach niemedycznych uważały, że eutanazja jest tematem tabu w Polsce – odpowiednio: 68% i 59% (Rycina 10).



Rycina 10. Eutanazja jako temat tabu w Polsce a zawód

Zarówno kobiety jak i mężczyźni uważali, że eutanazja jest tematem tabu w Polsce (kobiety 63,64%, mężczyźni 64,71%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na opinię badanych o eutanazji jako temat tabu (Tabl.XV). Mieszkańcy miast częściej niż mieszkańcy wsi uważali temat eutanazji za tabu w Polsce (wieś 55,32%, miasto 71,70%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na opinię badanych o eutanazji jako temat tabu (Tabl.XV). Zarówno osoby z wykształceniem niższym jak i wyższym uważali, że eutanazja jest tematem tabu w Polsce (niższe 60,00%, wyższe 65,71%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na opinię badanych o eutanazji jako temat tabu (Tabl.XV).

Otrzymano, że z wiekiem badani częściej uważali eutanazję jako temat tabu w Polsce (18-30 lat 59,46%, 31-40 lat 64,00%, >40 lat 68,42%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na opinię badanych o eutanazji jako temat tabu (Tabl.XVI).

Tabl. XV. Eutanazja jako temat tabu a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak	42	22	26	38	18	46
	63,64%	64,71%	55,32%	71,70%	60,00%	65,71%
Nie	8	5	8	5	3	10
	12,12%	14,71%	17,02%	9,43%	10,00%	14,29%
Nie wiem	16	7	13	10	9	14
	24,24%	20,58%	27,66%	18,87%	30,00%	20,00%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,0267		0,1499		0,0860
	<i>p</i>	0,792		0,136		0,395

Tabl. XVI. Eutanazja jako temat tabu a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	22	16	26
	59,46%	64,00%	68,42%
Nie	5	3	5
	13,51%	12,00%	13,16%
Nie wiem	10	6	7
	27,03%	24,00%	18,42%
Test χ^2, $r(X,Y)=0,0908$, $p=0,369$			

Pytanie: Czy rozmawiasz ze swoimi bliskimi o śmierci i eutanazji?

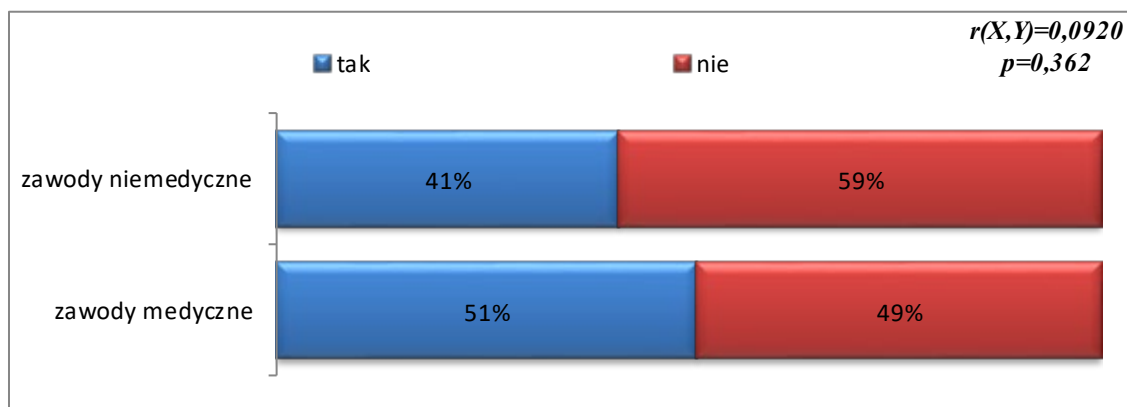
W badanej grupie temat eutanazji z bliskimi poruszało 47% ankietowanych osób.

Nieznacząco częściej temat eutanazji z bliskimi poruszały osoby związane z medycyną niż pracujące poza nią – odpowiednio: 51% i 41% (Rycina 11).

Nieznacznie częściej temat eutanazji w rozmowach z bliskimi poruszali mężczyźni niż kobiety (kobiety 45,45%, mężczyźni 50,00%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na częstotliwość rozmów z bliskimi o eutanazji (Tabl. XVII).

Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miastporuszali temat eutanazji w rodzinach (wieś 53,19%, miasto 41,51%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na częstotliwość rozmów z bliskimi o eutanazji (Tabl. XVII).

O eutanazji z bliskimi częściej rozmawiały osoby z wykształceniem wyższym niż niższym (niższe 43,33%, wyższe 48,57%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na częstotliwość rozmów z bliskimi o eutanazji (Tabl.XVII).



Rycina 11. Poruszanie tematu eutanazji z bliskimi a zawód

Tabl. XVII. Rozmowy o eutanazji z bliskimi a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak	30	17	25	22	13	34
	45,45%	50,00%	53,19%	41,51%	43,33%	48,57%
Nie	36	17	22	31	17	36
	54,55%	50,00%	46,81%	58,49%	56,67%	51,43%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	<i>0,0431</i>		<i>0,1168</i>		<i>0,0481</i>
	<i>p</i>	<i>0,670</i>		<i>0,247</i>		<i>0,635</i>

Otrzymano, że temat eutanazji w rozmowach z bliskimi najrzadziej poruszały osoby w wieku 31-40 lat (18-30 lat 59,46%, 31-40 lat 28,00%, >40 lat 47,37%). Nie stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na częstotliwość rozmów z bliskimi o eutanazji (Tabl.XVIII).

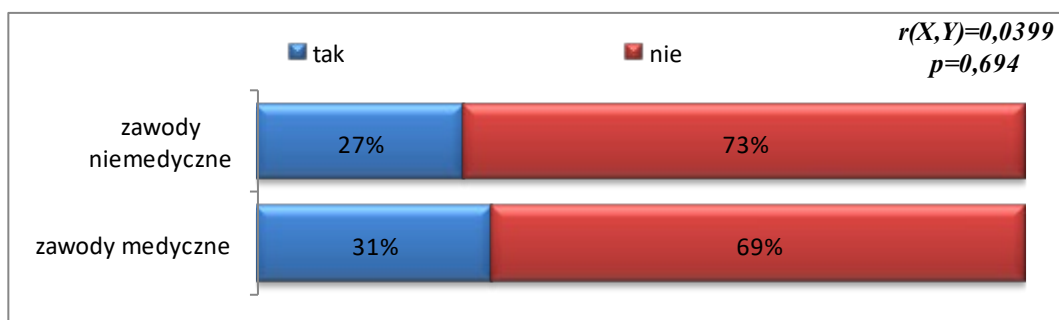
Tabl. XVIII. Rozmowy o eutanazji z bliskimi a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	22	7	18
	59,46%	28,00%	47,37%
Nie	15	18	20
	40,54%	72,00%	52,63%
Test χ^2 , $r(X,Y)=0,1034$, $p=0,306$			

Pytanie: Czy słyszałeś/łaś o dokonywaniu eutanazji w Polsce?

Wśród respondentów 29% potwierdziło, że słyszało o dokonywaniu eutanazji w Polsce. Dominująca grupa badanych 71% zaprzeczyła tej informacji.

Nieznacząco częściej na temat eutanazji dokonywanej w Polsce słyszały osoby związane z medycyną niż pracujące poza nią – odpowiednio: 27% i 31% (Rycina 12).



Rycina 12. Dokonywanie eutanazji w Polsce a zawód

Częściej na temat eutanazji dokonywanej w Polsce słyszały kobiety niż mężczyźni (kobiety 33,33%, mężczyźni 20,59%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na wiedzę o dokonywaniu eutanazji w Polsce (Tabl.XIX).

Mieszkańcy miast częściej niż mieszkańcy wsioł słyszeli o eutanazji dokonywanej w Polsce (wieś 21,28%, miasto 35,85%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na wiedzę o dokonywaniu eutanazji w Polsce (Tabl.XIX).

Eutanazję dokonywaną w Polsce częściej potwierdzały osoby z wykształceniem niższym niż wyższym (niższe 33,33%, wyższe 27,14%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na wiedzę o dokonywaniu eutanazji w Polsce (Tabl.XIX).

Tabl. XIX. Dokonywanie eutanazji w Polsce a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak	22	7	10	19	10	19
	33,33%	20,59%	21,28%	35,85%	33,33%	27,14%
Nie	44	27	37	34	20	51
	66,67%	79,41%	78,72%	64,15%	66,67%	72,86%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,1331		0,1603		0,0625
	<i>p</i>	0,187		0,111		0,537

Otrzymano, że o eutanazji dokonywanej w Polsce najczęściej słyszały osoby w wieku 31-40 lat (18-30 lat 21,62%, 31-40 lat 36,00%, >40 lat 31,58%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na wiedzę o dokonywaniu eutanazji w Polsce (Tabl.XX).

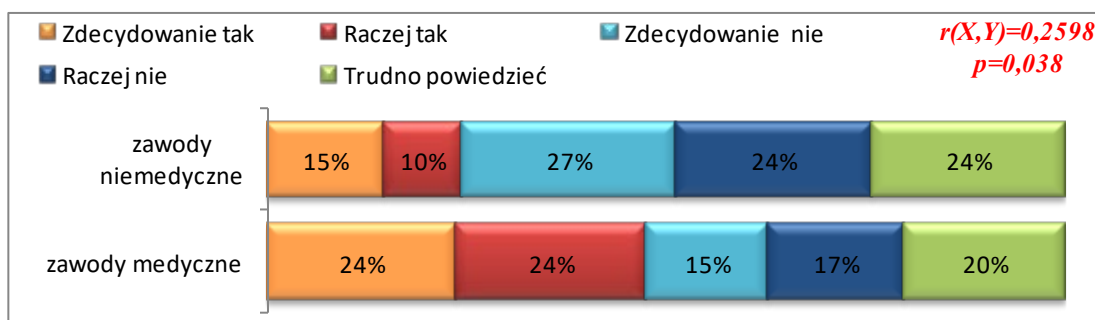
Tabl. XX. Dokonywanie eutanazji w Polsce a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	8	9	12
	21,62%	36,00%	31,58%
Nie	29	16	26
	78,38%	64,00%	68,42%
Test χ^2, $r(X,Y)=0,0944$, $p=0,350$			

Pytanie: Czy jesteś za legalizacją eutanazji w Polsce?

W ankietowanej grupie było 38% zwolenników legalizacji eutanazji w Polsce. Jej przeciwnicy stanowili 40%, a 22% wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Za legalizacją eutanazji istotnie częściej był personel medyczny niż pracownicy niemedyczni – odpowiednio 48% i 15%. W grupie osób związanych z medycyną przeciwnicy legalizacji stanowili 32% grupy, gdy wśród osób nie pracujących w medycynie udział ten wynosił 51% (Rycina 13).



Rycina 13. Legalizacja eutanazji w Polsce a zawód

Liczba zwolenników i przeciwników wśród kobiet i mężczyzn była porównywalna (zwolennicy: kobiety 19,70%, mężczyźni 20,59%, przeciwnicy: kobiety 54,55%, mężczyźni 55,88%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na stosunek badanych do legalizacji eutanazji w Polsce (Tabl.XXI).

Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast byli przeciwnikami legalizacji eutanazji w Polsce (zwolennicy: wieś 19,15%, miasto 20,75%, przeciwnicy: wieś 59,57%, miasto 50,95%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek badanych do legalizacji eutanazji w Polsce (Tabl.XXI).

Przeciwnikami legalizacji eutanazji w Polsce częściej były osoby z wykształceniem wyższym niż niższym (zwolennicy: niższe 30,00%, wyższe 15,72%, przeciwnicy: niższe 40,00%, wyższe 61,43%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do legalizacji eutanazji w Polsce (Tabl.XXI).

Zwolennikami legalizacji eutanazji w Polsce najczęściej były osoby powyżej 40 roku życia, gdy jej przeciwnikami byli badani w wieku 31-40 lat (zwolennicy: 18-30 lat 18,92%, 31-40 lat 12,00%, >40 lat 26,31%; przeciwnicy: 18-30 lat 48,65%, 31-40 lat 72,00%, >40 lat 50,00%). Nie stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do legalizacji eutanazji w Polsce (Tabl.XXII).

**Tabl.XXI. .Legalizacja eutanazji w Polsce
a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia**

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Zdecydowanie tak	10	6	7	9	8	8
	15,15%	17,65%	14,89%	16,98%	26,67%	11,43%
Raczej tak	3	1	2	2	1	3
	4,55%	2,94%	4,26%	3,77%	3,33%	4,29%
Zdecydowanie nie	15	8	8	15	4	19
	22,73%	23,53%	17,02%	28,30%	13,33%	27,14%
Raczej nie	21	11	20	12	8	24
	31,82%	32,35%	42,55%	22,65%	26,67%	34,29%
Trudno powiedzieć	17	8	10	15	9	16
	25,75%	23,53%	21,28%	28,30%	30,00%	22,85%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,0259		0,0357		0,0783
	<i>p</i>	0,798		0,725		0,439

Tabl. XXII. Legalizacja eutanazji w Polsce a wiek badanych

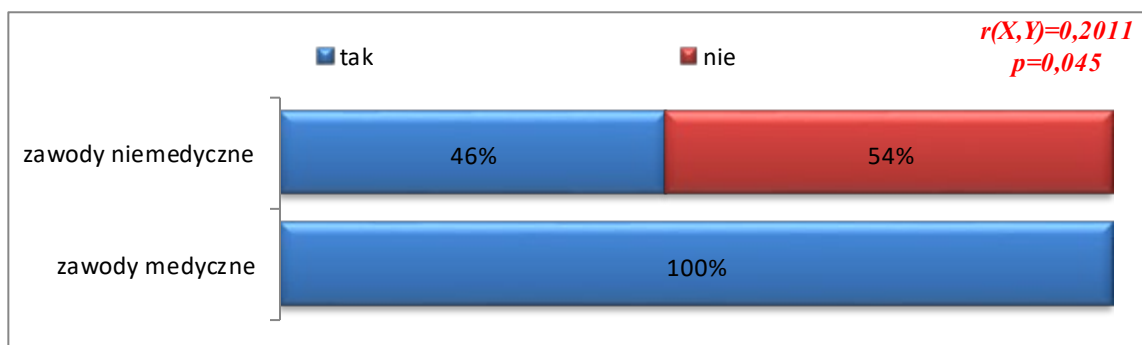
Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Zdecydowanie tak	6	2	8
	16,22%	8,00%	21,05%
Raczej tak	1	1	2
	2,70%	4,00%	5,26%
Zdecydowanie nie	10	6	7
	27,03%	24,00%	18,42%
Raczej nie	8	12	12
	21,62%	48,00%	31,58%
Trudno powiedzieć	12	4	9
	32,43%	16,00%	23,68%
<i>Test χ^2, r(X,Y)=0,0644, p=0,524</i>			

Pytanie: Czy miałeś/miałaś kiedykolwiek kontakt z osobą nieuleczalnie chorą?

Kontakt z osobą nieuleczalnie chorą miało 78% grupy.

Personel medyczny w 100% miał kontakt z osobą nieuleczalnie chorą, co jest oczywiste, gdyż wynika z charakteru wykonywanego zawodu. W grupie osób pracujących w

zawodach niemedycznych kontakt z osobą nieuleczalnie chorą potwierdziło 46% badanych. Stwierdzono istotność różnic. (Rycina 14).



Rycina 14. Kontakt z osobą nieuleczalnie chorą a zawód

Kontakt z osobą nieuleczalnie chorą nieznacznie częściej miały kobiety niż mężczyźni (kobiety 78,79%, mężczyźni 76,47%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (Tabl. XXIII).

Mieszkańcy miast częściej niż mieszkańcy wsi mieli kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (wieś 70,21%, miasto 84,91%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (Tabl. XXIII).

Częściej kontakt z osobą nieuleczalnie chorą miały osoby z wykształceniem niższym niż wyższym (niższe 80,00%, wyższe 77,14%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (Tabl. XXIII).

Tabl. XXIII. Kontakt z osobą nieuleczalnie chorą a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Tak	52	26	33	45	24	54
	78,79%	76,47%	70,21%	84,91%	80,00%	77,14%
Nie	14	8	14	8	6	16
	21,21%	23,53%	29,79%	15,09%	20,00%	22,86%
$Test \chi^2$	$r(X,Y)$	0,0265		0,1770		0,0316
	p	0,794		0,078		0,755

Otrzymano, że z wiekiem wzrastał udział osób mających kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (18-30 lat 67,57%, 31-40 lat 84,00%, >40 lat 84,21%). Nie stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na kontakt z osobą nieuleczalnie chorą (Tabl.XXIV).

Tabl. XXIV. Kontakt z osobą nieuleczalnie chorą a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Tak	25	21	32
	67,57%	84,00%	84,21%
Nie	12	4	6
	32,43%	16,00%	15,79%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1743$, $p=0,084$</i>			

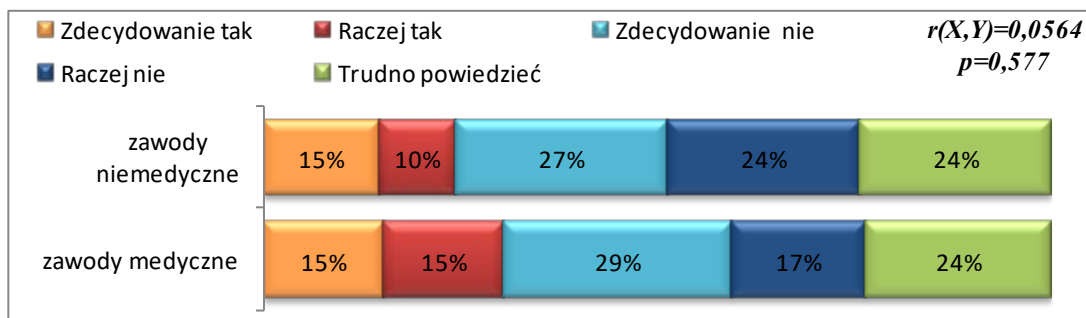
Pytanie: *Czy gdyby ktoś z Twojego najbliższego środowiska był chory na nieuleczalną chorobę i cierpiał to czy zdecydowałbyś się /zdecydowałabyś się na dokonanie eutanazji?*

W sytuacji śmiertelnej choroby bliskiej osoby zgodę na eutanazję wyraziłoby 28% badanych: zdecydowanie tak 15%, raczej tak 13%. Decyzji tej nie podjęłoby 48% ankietowanych: zdecydowanie nie 28%, raczej nie 20%. Co czwarta osoba nie wiedziała jak postąpiłaby w takiej sytuacji 24%.

Nieznacząco częściej zgodę na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej wyraziłby ankietowany personel medyczny niż pracownicy niemedyczni – odpowiednio 30% i 25%. Nieznacząco częściej z odmową spotkano się wśród osób nie związanych z medycyną – odpowiednio: 51% i 46% (Rycina 15).

Częściej zgodę na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej częściej podjęłyby kobiety niż mężczyźni (kobiety 30,30%, mężczyźni 23,53%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na stosunek badanych do zgody na eutanazję bliskiej osoby (Tabl.XXV).

Zgodę na eutanazję bliskiej osoby w porównywalnym stopniu wyraziliby mieszkańcy miast jak i wsi (wieś 29,78%, miasto 26,41%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek badanych do zgody na eutanazję bliskiej osoby (Tabl.XXV).



Rycina 15. Zgoda na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej a zawód

Tabl. XXV. Zgoda na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Zdecydowanie tak	12	3	7	8	6	9
	18,18%	8,82%	14,89%	15,09%	20,00%	12,86%
Raczej tak	8	5	7	6	4	9
	12,12%	14,71%	14,89%	11,32%	13,33%	12,86%
Zdecydowanie nie	18	10	14	14	9	19
	27,27%	29,41%	29,79%	26,42%	30,00%	27,14%
Raczej nie	13	7	10	10	4	16
	19,70%	20,59%	21,28%	18,87%	13,33%	22,86%
Trudno powiedzieć	15	9	9	15	7	17
	22,73%	26,47%	19,15%	28,30%	23,34%	24,28%
Test χ^2	$r(X,Y)$	0,0859		0,0704		0,0888
	p	0,396		0,486		0,380

Za eutanazją bliskiej osoby częściej opowiadały się osoby z wykształceniem niższym niż wyższym (niższe 33,33%, wyższe 25,72%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do zgody na eutanazję bliskiej osoby (Tabl. XXV).

Udział osób, które wyraziłyby zgodę na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej był porównywalny w poszczególnych grupach wiekowych (18-30 lat 32,43%, 31-40 lat 32,00%, >40 lat 21,05%). Nie stwierdzono, że wiek badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do zgody na eutanazję bliskiej osoby (Tabl. XXVI).

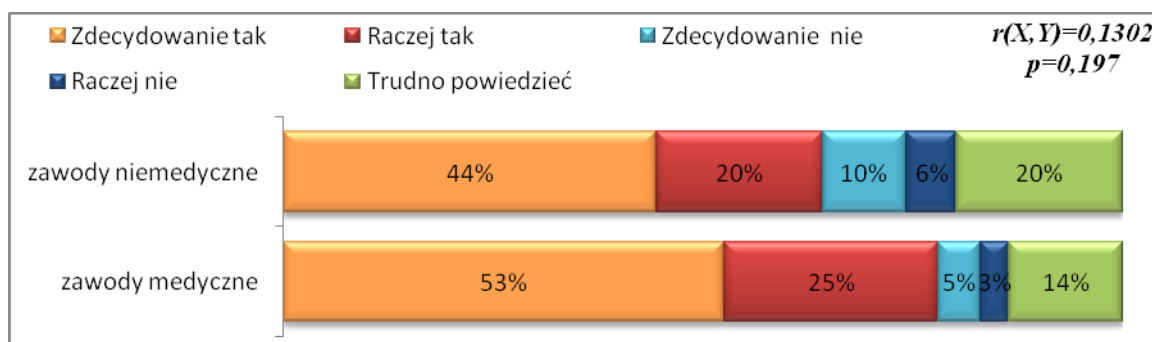
Tabl. XXVI. Zgoda na eutanazję bliskiej osoby nieuleczalnie chorej a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Zdecydowanie tak	5	4	6
	13,51%	16,00%	15,79%
Raczej tak	7	4	2
	18,92%	16,00%	5,26%
Zdecydowanie nie	10	7	11
	27,03%	28,00%	28,95%
Raczej nie	7	6	7
	18,92%	24,00%	18,42%
Trudno powiedzieć	8	4	12
	21,62%	16,00%	31,58%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0918$, $p=0,364$</i>			

Pytanie: Czy według Ciebie "testament życia", czyli pisemne oświadczenie składane na wypadek niemożności wyrażenia przez pacjenta woli zaprzestania sztucznego podtrzymywania życia powinno być brane pod uwagę w przypadku, kiedy chory nie może świadomie podjąć za siebie decyzji?

W ankietowanej grupie 49% zdecydowanie opowiedziało się za podtrzymaniem „testamentu życia”, a 23% wskazało na odpowiedź „raczej tak”. Przeciwnicy stanowili 12%, a 16% nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Nieznaczaco częściej „testament życia” jako świadomą wolę pacjenta traktował ankietowany personel medyczny niż pracownicy niemedyczni – odpowiednio 78% i 64%. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 16).



Rycina 16. Stosunek badanych to „testamentu życia” a zawód

Zarówno mężczyźni jak i kobiety opowiedzieli się za przestrzeganiem „testamentu życia” (kobiety 72,73%, mężczyźni 70,59%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na stosunek badanych do „testamentu życia” (Tabl.XXVII).

Tabl. XXVII „Testament życia” a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź		Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
		Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Zdecydowanie tak		38	11	17	32	15	34
		57,58%	32,35%	36,17%	60,38%	50,00%	48,57%
Raczej tak		10	13	13	10	6	17
		15,15%	38,24%	27,66%	18,87%	20,00%	24,30%
Zdecydowanie nie		5	2	4	3	3	4
		7,58%	5,88%	8,51%	5,66%	10,00%	5,71%
Raczej nie		4	1	4	1	1	4
		6,06%	2,94%	8,51%	1,89%	3,33%	5,71%
Trudno powiedzieć		9	7	9	7	5	11
		13,63%	20,59%	19,15%	13,20%	16,67%	15,71%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,1225		0,1967		0,0030	
	<i>p</i>	0,225		0,049		0,977	

„Testament życia” częściej jako wolę pacjenta postrzegali mieszkańcy miast niż wsi (wieś 63,83%, miasto 79,25%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na stosunek badanych do „testamentu życia” (Tabl. XXVII).

Tabl. XXVIII „Testament życia” a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Zdecydowanie tak	20	12	17
	54,05%	48,00%	44,74%
Raczej tak	9	5	9
	24,32%	20,00%	23,68%
Zdecydowanie nie	1	1	5
	2,70%	4,00%	13,16%
Raczej nie	0	3	2
	0,00%	12,00%	5,26%
Trudno powiedzieć	7	4	5
	18,93%	16,00%	13,16%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0379$, $p=0,708$</i>			

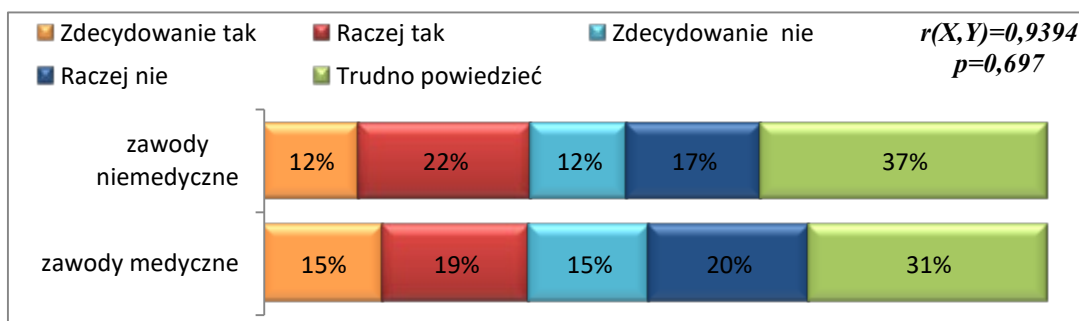
Zarówno osoby z wykształceniem niższym jak i wyższym postrzegały „testament życia” jako obowiązującą wolę pacjenta (niższe 70,00%, wyższe 72,87%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do „testamentu życia” (Tabl. XXVII).

Najczęściej „testament życia” jako wolę pacjenta postrzegały osoby w wieku 18-30 lat (18-30 lat 78,37%, 31-40 lat 68,00%, >40 lat 68,42%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na stosunek badanych do „testamentu życia” (Tabl. XXVIII).

Pytanie: Czy sądzisz, że dzięki opiece paliatywnej (właściwe leczenie bólu i innych objawów, wsparcie psychiczne, socjalne i duchowe) można skutecznie zapobiec lub ograniczyć liczbę próśb nieuleczalnie chorych o eutanazję?

Opinie na temat czy opieka paliatywna może zapobiec/ograniczyć eutanazję osób nieuleczalnie chorych były podzielone: tak 34%, nie 33%, nie wiem 33% .

W porównywalnym stopniu zarówno osoby związane z medycyną jak i pracujące w zawodach niemedycznych postrzegały opiekę paliatywną jako alternatywę eutanazji – po 34%. Wątpliwości w tej kwestii częściej zgłaszał personel medyczny – odpowiednio: 35% i 28%. Nie stwierdzono istotności różnic (Rycina 17).



Rycina 17. Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji a zawód

Zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet co trzecia osoba uważała, że opieka paliatywna stanowi alternatywę dla eutanazji (kobiety 34,85%, mężczyźni 32,35%). Nie stwierdzono, aby płeć badanych znacząco wpływała na opinię badanych na temat skuteczności opieki paliatywnej (Tabl. XXIX).

Tabl. XXIX. Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji a płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenia

Odpowiedź	Płeć		Miejsce zamieszkania		Poziom wykształcenia	
	Kobiety (n=66)	Mężczyźni (n=34)	Wieś (n=47)	Miasto (n=53)	Niższe (n=30)	Wyższe (n=70)
Zdecydowanie tak	5	9	4	10	3	11
	7,58%	26,47%	8,51%	18,87%	10,00%	15,71%
Raczej tak	18	2	7	13	8	12
	27,27%	5,88%	14,89%	24,53%	26,67%	17,14%
Zdecydowanie nie	10	4	8	6	4	10
	15,15%	11,76%	17,02%	11,32%	13,33%	14,30%
Raczej nie	10	9	11	8	7	12
	15,15%	26,47%	23,40%	15,09%	23,33%	17,14%
Trudno powiedzieć	23	10	17	16	8	25
	34,85%	29,42%	36,18%	30,19%	26,67%	35,71%
<i>Test χ^2</i>	<i>r(X,Y)</i>	0,0517		0,1730		0,0314
	<i>p</i>	0,609		0,085		0,757

Tabl. XXX. Opieka paliatywna jako alternatywa eutanazji a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek		
	18-30 lat (n=37)	31-40 lat (n=25)	>40 lat (n=38)
Zdecydowanie tak	3	4	7
	8,11%	16,00%	18,42%
Raczej tak	6	8	6
	16,22%	32,00%	15,79%
Zdecydowanie nie	4	4	6
	10,81%	16,00%	15,79%
Raczej nie	11	4	4
	29,72%	16,00%	10,53%
Trudno powiedzieć	13	5	15
	35,14%	20,00%	39,47%
<i>Test χ^2, r(X,Y)=0,0374, p=0,899</i>			

Najczęściej osoby w wieku 31-40 lat twierdziły, że opieka paliatywna może zapobiec/ograniczyć eutanazję osób nieuleczalnie chorych (18-30 lat 24,33%, 31-40 lat 48,00%, >40 lat 34,21%). Nie stwierdzono, aby wiek badanych znacząco wpływał na opinię badanych na temat skuteczności opieki paliatywnej (Tabl.XXX).

Mieszkańcy miast częściej niż mieszkańcy wsi postrzegali opiekę paliatywną jako alternatywę dla eutanazji (wieś 23,40%, miasto 43,40%). Nie stwierdzono, aby miejsce zamieszkania badanych znacząco wpływało na opinię badanych na temat skuteczności opieki paliatywnej (Tabl.XXIX).

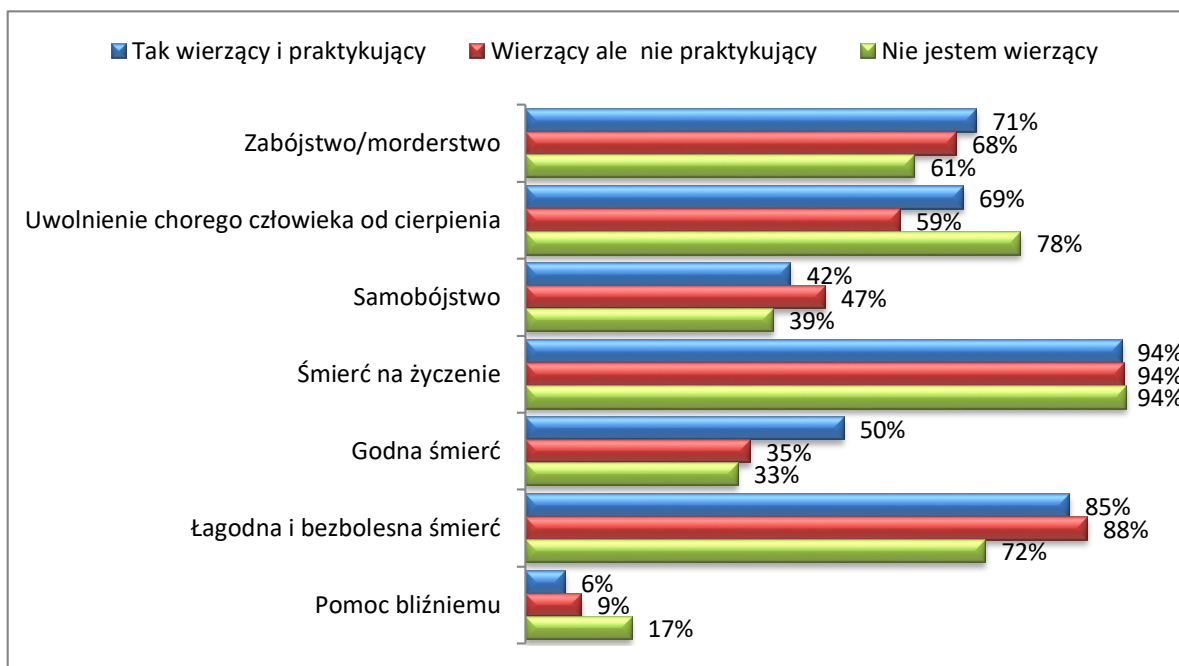
Osoby z wykształceniem niższym częściej niż z wykształceniem wyższym uważały, że opieka paliatywna może przeciwstawić się eutanazji (niższe 36,67%, wyższe 32,85%). Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych znacząco wpływał na opinię badanych na temat skuteczności opieki paliatywnej (Tabl.XXIX).

Pytanie: Jaki twoim zdaniem jest stosunek Kościoła odnośnie eutanazji?

Zdaniem większości ankietowanych eutanazja jest niezgodna z nauką Kościoła katolickiego 66%. W przypadku jednostkowym wskazano: dopuszcza się eutanazję w wybranych przypadkach 1%. Co trzecia osoba wskazała, że nie jest zorientowana w postawie Kościoła wobec eutanazji 33%.

Pytanie: Czy jesteś wierzący/a i praktykujący/a?

W badanej grupie 48% było osobami wierzącymi i praktykującymi, 34% - wierzącymi, ale nie praktykującymi, a 18% stanowiły osoby nie wierzące.



Rycina18. Definicja eutanazji a stosunek badanych do religii

(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Bez względu na stosunek do praktyk religijnych pojęcie eutanazji badani określali jako „śmierć na życzenie”. Osoby wierzące częściej wskazywały na określenia: „łagodna i bezbolesna śmierć” oraz „zabójstwo/morderstwo”. Osoby wierzące i praktykujące częściej od innych postrzegały eutanazję jako „godną śmierć”, gdy osoby wierzące, ale nie praktykujące jako „samobójstwo”. Badani, którzy określili siebie jako osoby niewierzące częściej od innych wybierały odpowiedź: „uwolnienie chorego człowieka od cierpienia” oraz „pomoc bliźniemu” (Rycina 18).

Osoby wierzące i praktykujące istotnie rzadziej postrzegały śmierć jako kres życia i rzadziej od innych zastanawiali się nad tematem śmierci. Stwierdzono, że stosunek do religii znacząco wpływał na stosunek badanych do śmierci (Tabl.XXXI).

Tabl. XXXI. Definicja śmierci a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykujący (n=48)	Osoba wierząca, nie praktykujący (n=34)	Osoba niewierząca (n=18)
Kres życia	20	20	11
	41,67%	58,82%	61,11%
Początek nowego życia	11	8	4
	22,92%	23,53%	22,22%
Nie zastanawiam się nad tym	17	6	3
	35,41%	17,65%	16,67%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1998$, $p=0,049$</i>			

Tabl. XXXII. Eutanazja a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykujący (n=48)	Osoba wierząca, nie praktykujący (n=34)	Osoba niewierząca (n=18)
Tak	22	11	13
	45,83%	32,35%	72,22%
Nie	14	16	4
	29,17%	47,06%	22,22%
Nie wiem	12	7	1
	25,00%	20,59%	5,56%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1686$, $p=0,093$</i>			

Najczęściej za eutanazją byli osoby zdeklarowane jako niewierzące – 72,2%. Przeciw eutanazji najczęściej występowały osoby wierzące, ale nie praktykujące – 47,06%. Nie stwierdzono, aby stosunek do religii znacząco wpływał na postawę badanych wobec eutanazji (Tabl. XXXII).

Zgodę na własną eutanazję w obliczu nieuleczalnej choroby częściej wyraziłyby osoby niewierzące niż wierzące. Nie stwierdzono, aby stosunek do religii znacząco wpływał na postawę badanych wobec własnej eutanazji (Tabl. XXXIII).

Częściej skłonni do usprawiedliwienia eutanazji na żądanie byli badani wierzący niż niewierzący. Nie stwierdzono, aby stosunek do religii znacząco wpływał na postawę badanych wobec moralnego usprawiedliwienia dla eutanazji na żądanie (Tabl. XXXIV).

Tabl. XXXIII. Zgoda na własną eutanazję w obliczu nieuleczalnej choroby a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykujący (n=48)	Osoba wierząca, nie praktykujący (n=34)	Osoba niewierząca (n=18)
Tak	22	16	10
	45,83%	47,06%	55,56%
Nie	12	7	0
	25,00%	20,59%	0,00%
Nie wiem	14	11	8
	29,17%	32,35%	44,44%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0224$, $p=0,085$</i>			

Tabl. XXXIV. Moralne usprawiedliwienie dla eutanazji na żądanie a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykujący (n=48)	Osoba wierząca, nie praktykujący (n=34)	Osoba niewierząca (n=18)
Tak	26	19	6
	54,16%	55,88%	33,33%
Nie	11	8	4
	22,92%	23,53%	22,22%
Ciężko powiedzieć	11	7	8
	22,92%	20,59%	44,45%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,1496$, $p=0,137$</i>			

Tabl. XXXV. Legalizacja eutanazji w Polsce a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykujący (n=48)	Osoba wierząca, nie praktykujący (n=34)	Osoba niewierząca (n=18)
Zdecydowanie tak	9	5	2
	18,76%	14,71%	11,11%
Raczej tak	0	3	1
	0,00%	8,82%	5,56%
Zdecydowanie nie	13	4	6
	27,08%	11,76%	33,33%
Raczej nie	13	14	5
	27,08%	41,18%	27,78%
Trudno powiedzieć	13	8	4
	27,08%	23,53%	22,22%
<i>Test χ^2, $r(X,Y)=0,0079$, $p=0,938$</i>			

Otrzymano, że za legalizacją eutanazji w Polsce najczęściej zdecydowanymi zwolennikami były osoby wierzące praktykujące, gdy jej zdecydowanymi przeciwnikami były osoby niewierzące. Nie stwierdzono, aby stosunek do religii znacząco wpływał na postawę badanych wobec legalizacji eutanazji w Polsce (Tabl. XXXV).

DYSKUSJA

Eutanazja jest tematem, który w polskim społeczeństwie wzbudza wiele kontrowersji. Obecny stan prawny uniemożliwia spełnienie prośby pacjenta o szybką i bezbolesną śmierć. Można być przeciwnikiem eutanazji, można optować za jej legalizacją, ale na pewno nie można przejść wobec niej obojętnie. Świat wokół nas się zmienia, zmienia się społeczeństwo, w którym żyjemy i to, co kiedyś było rzadkie, staje się coraz częstsze. Postawa „nie eutanazji”, bo jesteśmy narodem katolickim nie rozwiązuje problemu, a tylko sprowadza go do podziemia, gdzie nie przestrzega się żadnych zasad i reguł.

W badaniach własnych przedstawiono problem eutanazji, postrzegany przez osoby związane z medycyną oraz pracujące w zawodach od niej odległych. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza autorskiej ankiety. Wśród 100 ankietowanych osób było 66 kobiet i 34 mężczyzn, mieszkańców województwa podlaskiego. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 18-30

lat 37%, 31-40 lat 25%, 41-60 lat 32%, >60 lat 6%. W badanej grupie 59% ankietowanych pracowało w zawodach medycznych, a 41% nie miało związku z medycyną.

Rozwój medycyny nigdy nie był tak prężny jak we współczesnych czasach. Zmieniają się metody diagnostyczne i leczenie, stosowane środki farmakologiczne, zalecana profilaktyka. Jednocześnie wydaje się, że nigdy wcześniej nie było tylu chorych przewlekle, tylu chorych nieuleczalnie. Pomimo coraz lepszych metod leczenia bólu i innych objawów towarzyszących zaawansowanym chorobom chorzy autentycznie cierpią, i to cierpienie wcale nie jest mniejsze niż kiedyś, gdy możliwości leczenia przyczynowego (jak również objawowego) były skromne i mało dostępne. Ewaluacja dotyczy również samych pacjentów i ich oczekiwań wobec współczesnej medycyny [15].

W badaniach własnych zmiany zachodzące w polskim społeczeństwie potwierdzają już początkowe punkty ankiety. Otrzymano, że ankietowani eutanazję postrzegali przede wszystkim jako „śmierć na życzenie” 94%, „łagodną i bezbolesną śmierć” 84%, a także „uwolnienie człowieka chorego od cierpienia” 67%, „godną śmierć” 42%. Wskazane definicje zwracają się ku zjawisku uporczywej terapii i możliwości jej zaprzestania. Pogląd ten znalazł swoje odbicie w naukach i postawie papieża Jana Pawła II, który sam stojąc w obliczu śmierci, odmówił poddania się terapii nierokującej poprawy. Jednak cytując za Ojcem Świętym, Janem Pawłem II *„Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna”* [16]. Takie spojrzenie odzwierciedlają badani, którzy eutanazję określili jako „zabójstwo/morderstwo” 68% oraz „samobójstwo” 43%. Stwierdzono, że badani niezwiązani z medycyną istotnie częściej określali eutanazję jako godną śmierć, jak również jako samobójstwo.

Zróznicowane postrzeganie eutanazji nie dotyczy tylko tej grupy badanych, ale jest charakterystyczne dla całego polskiego społeczeństwa. Potwierdzeniem są wyniki badań CBOS z 2012 roku przeprowadzone na liczącej 952 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Zdaniem badanych eutanazja to *podanie przez lekarza środków przyspieszających śmierć ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi (66%) czy odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, jeśli jest w pełni świadomy i sam o to prosi(56%)*. A także wspomagane samobójstwo, a więc *pozostawienie przez lekarza ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi środków umożliwiających jemu samemu bezbolesne zakończenie życia (46%)*. Z drugiej strony rezygnacja chorego z chemioterapii nierokującej poprawy

w stanie zaawansowanej choroby nowotworowej czy rezygnacja w sytuacji ciężkiej i nieuleczalne choroby z podejmowania zabiegów reanimacyjnych, postrzegania była przez ankietowanych Polaków jako zaniechanie uporczywej terapii, a nie jako eutanazja [17].

Przedstawiony w badaniach własnych wachlarz definicji eutanazji korespondujący z opiniami funkcjonującymi w społeczeństwie polskim zdaje się potwierdzać konieczność nie tyle zalegalizowania eutanazji w Polsce, czyli w powszechnej lecz nienajlepszej interpretacji ułatwienia dostępu do niej, ale usystematyzowania prawnego tego zjawiska pod względem pojęć, reguł i zasad jego funkcjonowania. W skrócie, wskazania pacjentom, członkom ich rodzin, personelowi medycznemu, całemu społeczeństwu, kiedy zaprzestanie leczenia jest rezygnacją z uporczywej terapii, a kiedy dochodzi do eutanazji. Podsumowując, polskie społeczeństwo wymaga omówienia problemu eutanazji, który jak wskazało 64% badanych jest w Polsce tematem tabu i tylko przeciętnie w co drugiej rodzinie śmierć i umieranie stanowi pretekst do wspólnych rozmów z bliskimi.

W badaniach własnych na potrzebę legislacji zjawiska w polskim prawie znacząco częściej wskazywał personel medyczny 48% (zdecydowanie tak 24%, raczej tak 24%) niż badani niezwiązani z medycyną 25% (zdecydowanie tak 15%, raczej tak 10%). Nie ma wątpliwości, że poparcie legalizacji eutanazji wśród pracowników medycznych wynikało z wykonywanej pracy zawodowej: 100% wskazało, że miało kontakt z osobą nieuleczalnie chorą, gdy wśród pozostałych badanych tylko co druga osoba. Ankietowany personel medyczny wskazał także, że osoby nieuleczalnie chore powinny poddawać się eutanazji, jeśli się na to zgadzają 49%. Opinia ta koresponduje z badaniem CBOS [17], gdzie 43% Polaków uważało, że *lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć*, jak również *powinno zaprzestać się leczenie w sytuacji, kiedy wiadomo, że będzie ono nieskuteczne, a będzie przysparzać choremu cierpienia i przedłużać jego umieranie* 65% [17]. Należy także podkreślić, że ankietowany personel medyczny wyrażał gotowość akceptacji woli pacjenta zawartej w „testamencie życia” 78%. Swoje poparcie wyraziło także 64% badanych niezwiązanych z medycyną. Wyniki te stanowią odzwierciedlenie opinii społeczeństwa polskiego, gdzie według CBOS 60% badanych opowiedziało się za wprowadzeniem do polskiego praw testamentu życia, a na podpisanie takiego oświadczenia zgodziłaby się co druga osoba [17].

W badaniach Urszuli Romanowskiej i wsp. [18] przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa zwolennicy legalizacji eutanazji czynnej, rozumianej jako świadome zabójstwo

osoby nieuleczalnie chorej, na jej świadomą prośbę, w celu skrócenia jej cierpień stanowili 40% grupy. Nieznaczaco częściej uzyskano poparcie dla legalizacji eutanazji biernej, oznaczającej zaprzestanie stosowania wobec chorego środków i procedur utrzymujących go przy życiu na dobrowolną i kompetentną prośbę chorego, w celu skrócenia jego cierpień – 44%. Ogromny sprzeciw Urszula Romanowska zanotowała w kwestii prawnej legalizacji eutanazji dzieci, gdzie przeciwnicy stanowili 83% grupy. Należy podkreślić, że wśród studentów pielęgniarstwa 90% nie zadeklarowało gotowości udziału w eutanazji pacjenta, a 77% chciałaby mieć możliwość odmówienia wykonania eutanazji korzystając z klauzuli sumienia, gdyby pracowała w państwie, gdzie eutanazja jest dopuszczalna [18].

Temat stosunku pielęgniarek do eutanazji przedstawiła w swojej publikacji Irena Mickiewicz i wsp. [19]. Autorka otrzymała, że połowa ankietowanego personelu medycznego nie popierała eutanazji, a za jej prawnym usankcjonowaniem było tylko 24,59% grupy. Wśród czynności mających znamiona eutanazji badane pielęgniarki najczęściej swoją akceptację wyraziły względem zaniechania akcji reanimacyjnej 47,5%, rzadziej wyłączenia aparatury podtrzymującej życie 24%, a w 12% - podania leku w śmiertelnej dawce. Irena Mickiewicz otrzymała, że w grupie aktywnych zawodowo pielęgniarek połowa nie uczestniczyłaby w procesie eutanazji [19].

Z kolei Agnieszka Stetkiewicz-Lewandowicz [20] w swoich badaniach wykazała, że większość personelu medycznego popierała legalizację eutanazji w Polsce. Jak wnioskuje autorka styczność z nieuleczalnie chorymi cierpiącymi pacjentami może przyczyniać się do poparcia przez nich legalizacji eutanazji w Polsce, co koresponduje z wynikami badań własnych.

Natomiast z silnym sprzeciwem wobec eutanazji wśród personelu medycznego spotkała się Wioleta Tokarz [21] oraz Agnieszka Renn-Żurek [45]. Obie autorki badały temat uporczywej terapii. Wśród personelu medycznego oddziału intensywnej terapii w Poznaniu, biorącego udział w badaniach Wiolety Tokarz [21] 38% uważało, że eutanazja powinna być całkowicie zakazana. Swój sprzeciw wobec praktyk eutanatycznych wyraziło trzy czwarte ankietowanych lekarzy, a połowa badanego personelu pielęgniarского nie wyraziłaby zgody na asystę podczas takiego zabiegu. W swojej publikacji Agnieszka Renn-Żurek [22] wskazuje, że 45% badanego personelu pielęgniarского wyraziło swój zdecydowany sprzeciw wobec eutanazji, a 49% wskazało iż powinna ona być nadal bezwzględnie zakazana przez polskie prawo. W obu badaniach autorki spotkały się z wyjątkiem, gdzie heroiczna walka o życie ludzkie ustępuje opiece nad pacjentem w ostatnich chwilach jego życia. Zetknięcie się w

praktyce przez personel medyczny ze stosowaniem uporczywej terapii pobudza potrzebę określenia sytuacji, w których dopuszcza się zaprzestania dalszej, nieefektywnej terapii, a skupia się na zapewnieniu jak najlepszej opieki choremu, uldze w cierpieniu fizycznym, wsparcia psychicznego i duchowego [21, 22].

W badaniach własnych otrzymano, że opieka paliatywna, zarówno w opinii osób związanych z medycyną jak i pracujących w zawodach niemedycznych, nie jest postrzegana jako alternatywa eutanazji.

Halina Zielińska-Więczkowska i Monika Januszewska [23] podjęły temat eutanazji wśród młodzieży akademickiej uczelni bydgoskich. Autorki otrzymały, że poparcie dla legalizacji eutanazji wyraziło 64,3% badanych, gdyż *przyniesie to więcej korzyści niż strat* 61,3%, *więcej dobrego niż złego* 18,7%, *ujawni to co jest już praktykowane* 19,7%. Autorki wykazały, że częściej przeciwnikami eutanazji byli studenci kierunków humanistycznych niż technicznych. Również Katarzyna Szymańska [24] donosi o wyższym poparciu dla eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa niż prawa, co nie zmienia faktu, że jednak większość z nich również nie popierała eutanazji w Polsce [24].

Zestawienie opinii o eutanazji lekarzy, studentów, pacjentów przedstawiła w swojej publikacji Regina Sierżantowicz i wsp. [25]. Autorka uzyskała, że 41% pracowników ochrony zdrowia, 31% studentów i 27% pacjentów zdecydowanie odrzuciła akceptację legalizacji prawnej eutanazji w Polsce. Studenci i pacjenci jako czynniki uzasadniające konieczność wykonywania eutanazji uznali przede wszystkim wypełnienie woli pacjenta oraz ból, cierpienie i lęk, a pracownicy medyczni: śmierć mózgową, godną śmierć i względy humanitarne [25].

Problematykę aborcji i eutanazji w świetle zróżnicowania wiekowego zaprezentowała w swojej pracy Anna Maria Choińska i wsp. [26]. Pomimo odmiennych doświadczeń życiowych studentów i osób po 60 roku życia w obu grupach większość badanych uważała eutanazję za zabicie człowieka. Jak podsumowuje autorka zabijanie człowieka, włączając selekcję eugeniczną, jest niedopuszczalne: zarówno w postaci aborcji, jak i eutanazji [26].

Pewną odmienność prowadzonych badań na temat eutanazji wnosi publikacja Artura Mierzeckiego i wsp. [27]. Autor za cel postawił sobie eutanazję jako ważne zagadnienie etyczne, z którym mogą spotkać się w przyszłości studenci medycyny. W badaniach udział wzięli studenci z Polski, Niemiec i Szwecji. Akceptację eutanazji zadeklarowało 82% ankietowanych studentów niemieckich, 61% studentów szwedzkich i 48% studentów

polskich. Artur Mierzecki podkreśla jak istotny wpływ w kształtowaniu opinii ma osadzenie w różnych realiach kulturowych i religijnych [27].

Weryfikatorem postawy wobec eutanazji jest decyzja o wyrażeniu zgody na jej przeprowadzenie względem własnej osoby w sytuacji nieuleczalnej choroby. W badaniach własnych otrzymano, że decyzję o eutanazji wobec własnej osoby podjęłoby 48% grupy, w tym istotnie częściej personel medyczny 56% niż osoby niezwiązane z medycyną 37%. Natomiast w przypadku osoby bliskiej odsetek osób wyrażających zgodę na eutanazję był znacznie niższy i wynosił 25-30%.

W swoich badaniach Halina Zielińska-Więczkowska i Monika Januszewska [23] donoszą, że w przypadku zagrożenia własnego zdrowienia uleczalną/śmiertelną chorobą, decyzję o eutanazji podjęłoby prawie 64% studentów kierunków technicznych, a tylko około 25% studentów kierunków humanistycznych [23]. Natomiast u Katarzyny Szymańskiej [24] zgodna eutanazję w odniesieniu do własnej osoby deklarowało 38% studentów na kierunku pielęgniarstwo, jednak spośród ankietowanych kleryków nikt nie zgodziłby się zarówno na własną eutanazję, jak i członka swojej rodziny [24]. Według Agnieszki Renn-Żurek [22] badani w większości zgodziliby się na dokonanie eutanazji na własnej osobie w przypadku choroby nieuleczalnej czy stale powodującej ból i cierpienie oraz w przypadku choroby powodującej paraliż całego ciała [22].

Raport CBOS [17] wskazuje, że stosunek do eutanazji oraz do zaniechania uporczywej terapii różnicuje religijność. Osoby religijne częściej potępiają zarówno eutanazję, jak i rezygnację z uporczywego leczenia. Wyniki te pozwalają stwierdzić, że stanowisko Kościoła katolickiego w tej kwestii jest słabo znane opinii publicznej, w tym również osobom religijnym. Wpływ religijności na stosunek do eutanazji potwierdzają w swoich badaniach – Wioleta Tokarz [21], Agnieszka Renn-Żurek [22], Halina Zielińska-Więczkowska i Monika Januszewska [23], Katarzyna Szymańska [24], Artur Mierzecki [27] wskazując, że osoby wierzące i praktykujące są częściej przeciwnikami eutanazji i jej legalizacji.

W badaniach własnych nie stwierdzono, aby stosunek do eutanazji czy jej legalizacji różnił się znacząco ze względu na stosunek do wiary i religii.

Śmierć jest drażliwym i najbardziej delikatnym tematem w życiu człowieka. Najczęściej stanowi ona traumatyczne przejście, na które trudno być przygotowanym. Pomimo powszechnego postępu nie można zatrzymać nadchodzącej śmierci, nadal jest ona nieodwołalnym elementem w życiu człowieka.

W panującej współcześnie „kulturze dobrobytu” coraz trudniej jest pochylić się nad cierpieniem, coraz trudniej jest znieść ograniczenia związane z postępującą chorobą czy starością.

Również sam proces umierania uległ w dużej mierze instytucjonalności – coraz częściej śmierć ma miejsce w szpitalach lub innych placówkach medycznych – w odosobnieniu do domu rodzinnego.

Eutanazja i jej legalizacja wydaje się regulować ten obszar życia ludzkiego. Przepisy prawne - określenie kiedy, jak i gdzie - wydają się być odpowiedzią na oczekiwania społeczne zarówno w kręgach medycznych, jak i niezwiązanych z medycyną.

Odejść łagodnie i bezboleśnie, śmierć na żądanie, godna śmierć. Jednak, gdzie w tym wszystkim jest człowiek i jego człowieczeństwo?

Czy można unowocześnić śmierć?

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. W kręgach medycznych i niemedycznych eutanazja była postrzegana jako śmierć na żądanie, która pozwala odejść łagodnie i bezboleśnie osobie cierpiącej na nieuleczalną chorobę.
2. Personel medyczny znacząco częściej był zwolennikiem eutanazji i jej legalizacji w Polsce.
3. W sytuacji nieuleczalnej choroby osoby związane z medycyną istotnie częściej były skłonne do decyzji o własnej eutanazji.
4. Badani nie postrzegali opieki paliatywnej jako alternatywy dla eutanazji.
5. Większość badanych pracujących w zawodach medycznych i niemedycznych uważało eutanazję za temat tabu w Polsce, jednocześnie tylko co druga osoba poruszała ten problem w rozmowach z bliskim.
6. Stosunek do religii nie wpływał znacząco na postawę badanych wobec eutanazji.

PIŚMIENNICTWO

1. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. Medycyna

- Paliatywna w praktyce, 2009, 3, 82-85.
2. Nowicki A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd. Medyczne Termedia, Poznań 2009, 115.
 3. Watson.M.S., Lucas C.F., Hoy.A.M., Back I.N.: Opieka paliatywna. Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2007, 3-19.
 4. Skolimowska E.: Pielęgnowanie pacjentów w stanie apalicznym [w:] Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, pod red. Kędziora- Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowska E. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 26-29.
 5. Domaradzka E.: Alternatywa eutanazji. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2011, 4, 18-19.
 6. Skura- Madziła A.: Umieranie w hospicjum jako sztuka umierania z godnością. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2008, 4, 37-41.
 7. Wilmont A.: Hospicjum jako instytucja opieki paliatywnej funkcjonująca w systemie opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010, 3-4, 130-131.
 8. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1570593,1,eutanazja-na-swiecie--gdzie-jest-legalna.read>, z dnia 5.04.2018
 9. Rybakowski J., Pużyński S.: Psychiatria. Podstawy psychiatrii. Tom 1., Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Warszawa 2010, 120-125.
 10. Hartman J., Szabat M.: Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej. Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2016, 210-300.
 11. Krajewska- Kułak E., Wrońska I., Kędziora- Kornatowska K.: Problemy wielokulturowości w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 186-200.
 12. Komaniewska A.: Homo homini mały traktat etyczny. Wydawnictwo Pruszyński i S-ka, Gdańsk 2011, 6-7.
 13. Mozgawa M.: Eutanazja. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2015, 206-210
 14. Śledzianowski J.: Samobójstwo w dziejach o cywilizacji śmierci. Wydawnictwo Jedność. Kielce 2017, 6-14.
 15. Latkowska I.: Aborcja, eutanazja i samobójstwo, in vitro, kara śmierci. Wybrane problemy. PRACE NAUKOWE Akademii i im. Jana Długosza w Częstochowie, 2013, tom V, s. 213-243
 16. Jan Paweł II. Evangelium vitae. TUM, Wrocław 1995.
 17. Komunikat badań CBOS, BS/3/2013. Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. CBOS, Warszawa 2013, s.1-20.
 18. Romanowska U., Laska E., Foryś Z.: Eutanazja w opinii studentów kierunku pielęgniarstwo. Społeczeństwo i Państwo, 2016, XVI, 4, s. 37-53.

19. Mickiewicz I. Krajewska-Kułak E. Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011; 1,3, s.199–208.
20. Stetkiewicz-Lewandowicz A., Kaźmierczak M., Rasmus P., Machała W., Sobów T.: Postawy wobec problemu legalizacji eutanazji wśród personelu medycznego oraz osób niezwiązanych zawodowo z opieką medyczną. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2015, 9, s.151-158.
21. Tokarz W. Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja Aniołśmierci czy zbawienia?. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6, s.21.
22. Renn-Żurek A. Uporczywa terapia i eutanazja w opinii grupy zawodowej pielęgniarek. *Polski Merkurusz Medyczny*, 2014;XXXVI/213, s.195-199.
23. Zielińska-Więczkowska H., Januszewska M.:Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013, 48(2), s.238-242
24. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2012, 2(2), s.125-133.
25. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H.,Jurkowska G.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Gerontologia Polska*, 2011, 19, 2, s.99–106.
26. Choińska A.M., Sadowska L., Bartosik B., Filipowski H., Rytwińska W., Pryk A., Porębska M., Gieysztor E.: Badania opinii dotyczącej eutanazji i aborcji wśród studentów w porównaniu z osobami po 60. roku życia na Dolnym Śląsku. *Medycyna Paliatywna*, 2015; 7(2), s.130–138.
27. Mierzecki A., Rękawek K., Świątkowski J., Hoelscher M., Yelva L., Wiśniewska M., Boczar T., Chojnicki M., Montnémery P., Hannich H.J.: Ocena podejścia do eutanazji studentów pierwszego roku medycyny w Szczecinie. *Greifswaldzie i Lund, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2008, 54, 1, s.164–169.

WIEDZA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI

Karolina Wasilewska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce Oddział Neonatologiczny
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

WSTĘP

Transplantacja(przeszczep), pochodzi od łacińskiego słowa tranplantare(przesadzać, przenosić). Słownik języka polskiego transplantację definiuje jako „zabieg operacyjny, polegający na przeszczepianiu tkanki lub narządu z jednego organizmu do drugiego”[1]. Transplantacja organów od wielu lat jest jedną z najlepiej rokujących metod ratujących zdrowie i życie pacjentów ze skrajną niewydolnością organów, takich jak serce, nerki, płuca, jelita, czy wątroba. Przyczyną wykonania transplantacji jest uszkodzenie, ubytek, brak tkanki lub narządu. Przeszczep wykonuje się głównie w celach doświadczalnych lub leczniczych.

Współczesne rozumowanie transplantacji to pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów, od żywego człowieka lub zwłok. Pojęcie te prowadzi do podziału na transplantację *ex vivo* oraz *ex mortuis* [2]. Obie transplantacje są jednakowo ważne, ponieważ daje możliwość ratowania życia osobie ludzkiej.

Transplantacja *ex mortuis* polega na pobraniu tkanek, narządów, komórek ze zwłok ludzkich. Wykonuje się go w celach diagnostycznych, naukowych, dydaktycznych a także leczniczych. Powodem takiego rodzaju przeszczepu jest śmierć mózgowa dawcy, brak sprzeciwu dawcy wobec transplantacji oraz powód medyczny [2].

Transplantacja *ex vivo* polega na pobraniu tkanki, komórki lub narządu od żywego dawcy. Głównym problem występującym w transplantacji jest proces immunologiczny. Występuje przy przeszczepach genetycznie różniącego się od organizmu biorcy. Możliwość tolerancji przeszczepu jest wtedy, gdy tkanki pochodzą od dawcy genetycznie identycznego, jest to tzw. przeszczep syngeniczny. Aby wystąpiła tolerancja przeszczepu od dawcy różniącego się genetycznie należy zmodyfikować czynność układu immunologicznego.

Dokonyuje się tego przez równoczesny przeszczep komórek odpornościowych, poprzez zastosowanie leków lub przeciwciał, mających na celu zahamowanie czynności układu odpornościowego [2].

Dzięki ciągłemu rozwojowi w dziedzinie chirurgii, immunologii, anestezjologii i innych dziedzinach medycznych istnieje coraz to większa możliwość transplantacji większej ilości narządów, jak też ich wieloletniego funkcjonowania po przeszczepie. Transplantacja narządów nie należy już do nieprawdopodobnych osiągnięć pojedynczych jednostek bądź ośrodków medycznych. Należy do rozpowszechnionych metod leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością organów [3].

W Polsce w 1966 roku pierwszy udany przeszczep nerki pobranej od osoby zmarłej wykonał profesor Jan Nielubowicz. Biorcą przeszczepu była pacjentka leczona przez profesora T. Orłowskiego w Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie[4].

W 1969 roku w Łodzi, profesor Jan Moll wykonał pierwszy przeszczep serca w Polsce. Po zabiegu serce wszczepione u biorcy podjęło pracę, jednak po krótkim czasie doszło do rozstrzeni prawej komory oraz nastąpił zgon pacjenta[4].

Przełomem w Polskiej transplantologii był pierwszy udany przeszczep serca wykonany przez profesora Zbigniewa Religę w Zabrze w 1986 roku[4].

3 grudnia 1987 roku R. Kostyrko wykonał pierwszy nieudany przeszczep wątroby. Tydzień później M. Pardela wykonał kolejny przeszczep w Zabrze, po którym pacjent żył 8 dni[4].

W 1988 roku w Warszawie przeprowadzono udany przeszczep nerki oraz segmentu trzustki. W 1990 roku P. Kaliciński dokonał pierwszych transplantacji wątroby u dzieci w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W 1996 roku powstało Centrum Organizacyjno-Koordynujące ds. Transplantacji Poltransplant w Warszawie. W 1998 roku Z. Religa oraz jego zespół dokonał transplantacji serca u 2,5 rocznego dziecka- wówczas najmłodszy pacjent w Polsce. W 1999 roku w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie dokonano pierwszego rodzinnego przeszczepu wątroby. W tym samym roku w Katowicach wykonano pierwszy przeszczep szpiku kostnego od niespokrewnionego dawcy. W 2000 roku E. Wylęgała wykonał pierwszy przeszczep rogówki od spokrewnionego dawcy. W 2002 roku M. Zembala z zespołem przeprowadził przeszczep płuc i serca[4].

Profesor P. Kaliciński przeprowadził pierwszy przeszczep wątroby i jelita w 2006 roku w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W tym samym roku w Trzebnicy dr. hab. J.

Jablecki wykonał pierwszą transplantację ręki. W 2013 roku Zespół Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Gliwicach przeprowadził z sukcesem pierwszy złożony przeszczep twarzy [4].

Początkiem współczesnej transplantologii był XX wiek. 1902 rok to początek transplantacji narządów wewnętrznych, kiedy U. Emerich przeprowadził próbny przeszczep nerki. W 1906 roku E. Ziem dokonał prawdopodobnie pierwszej udanej transplantacji rogówki, jednak największe zasługi w tej dziedzinie wniósł rosyjski okulista W. Fiłatow. Pierwszą udaną transplantacją nerki był zabieg wykonany przez J.E. Murray, gdzie nerka pochodziła od zmarłego dawcy. Kilka miesięcy później dokonał on przeszczepu nerki od żywego dawcy u bliźniąt jednojajowych [13].

W 1958 roku przeprowadzono pierwszy przeszczep szpiku od żywego dawcy, rok później transplantacji płuc. 1963 rok pierwsza transplantacja wątroby, a w 1966 roku przeszczep trzustki[5].

W Kapsztadzie w 1967 roku Ch. W. Bernard przeprowadził pierwszy na świecie przeszczep serca, rok później Cooley wykonał podwójną transplantację płuca i serca u noworodka. W 1986 roku w Cambridge wykonano potrójny przeszczep serce-płuco-wątroba, a rok później pięciu organów, trzustki, żołądka, wątroby, jelita grubego i cienkiego. W 1996 roku w Miami przeprowadzono transplantacje sześciu organów. W 2000 roku w Malezji wykonano po raz pierwszy przeszczep ręki u noworodka[5].

Biorąc pod uwagę przedmiot transplantacji wyróżnia się trzy rodzaje:

- transplantacje komórek, np. komórki krwiotwórcze
- transplantację tkanek, np., szpik kostny, skóra
- transplantację organów- np. serce, wątroba, nerki, jelita [6].

Ze względu na różnorodność genetyczną istniejącą pomiędzy biorcą a dawcą organu wyróżnia się główne rodzaje zabiegu transplantacji:

- transplantacja autogeniczna- przeniesienie własnej tkanki lub organu biorcy z jednego miejsca w drugie, np. przeszczep skóry.
- transplantacja alogeniczna- przeniesienie organu lub tkanki pomiędzy osobnikami tego samego gatunku różnych genetycznie, np. przeszczep między ludźmi.
- transplantacja izogeniczna- przeniesienie organu lub tkanki między osobnikami genetycznie identycznych, taka możliwość istnieje jedynie u bliźniąt jednojajowych.

- transplantacja ksenogeniczna- przeniesienie organu lub tkanki między osobnikami pochodzącymi z dwóch różnych gatunków. Etap eksperymentalny, krótkotrwały, np. przeszczep odzwierzęcy[3].

Podział transplantacji uwzględniający pochodzenie organu:

- ex vivo, pobranie narządu od dawcy żywego
- ex mortuo, pobranie narządu od dawcy u którego stwierdzono śmierć mózgu [6].

Biorąc pod uwagę lokalizację chirurgiczną wyróżnia się przeszczepy:

- ortotopowe- umiejscowienie prawidłowo anatomicznie
- heterotopowe- umiejscowienie w innym miejscu w organizmie[3].

Przeszczep biowitalny jest to transplantacja żywej tkanki lub organu. Tkanki ludzkie, które wymagają specjalnego przygotowania, inaczej martwe jest to przeszczep biostatyczny[3].

Tabela II. Przeciwwskazania względne i bezwzględne do pobrania organów do transplantacji [7]

WZGLĘDNE	BEZWZGLĘDNE
Staczy wiek	HIV
Nadciśnienie tętnicze Choroby sercowo-naczyniowe	Obecność przeciwciał przeciw antygenowi zapalenia wątroby typu C (anty-HCV) jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wszczepienia takiej nerki biorcy anty-HCV (-). Narząd taki można zaproponować biorcy HCV (+) pod warunkiem jego zgody
Cukrzyca,	Uogólniona miażdżycy
Alkoholizm	Choroby układowe, które powodują uszkodzenie organów (kolagenozy, choroby naczyń)
Nadużywanie leków toksycznych dla poszczególnych narządów	Posocznica
Osoby z grupy ryzyka zakażenia wirusem HIV(narkomani, homo- i heteroseksualiści, prostytutki)	Nowotwory wykluczając: -pierwotny guz mózgu, -nowotwór skóry bez przerzutów -nowotwór szyjki macicy
Przeciwciała anti-HBc	obecność antygenu zapalenia wątroby typu B (HBV Ag),

Należy pokonać wiele barier zanim dojdzie do przeszczepu. Pojawiają się przy transplantacji organów pobieranych od ofiar różnego rodzaju wypadków, jak też przy przeszczepach od żywych dawców. Poniższa tabela przedstawia przeciwwskazania względne i bezwzględne do pobrania organów do transplantacji[7].

Częste przekonanie wśród ludzi, iż organ osoby zmarłej oddany do przeszczepu pozwala na „dalsze życie” tej osoby, lecz w ciele biorcy jest często powodem zgody na oddanie organu do transplantacji.

Przechowywanie pobranych organów pomiędzy pobraniem a przeszczepieniem ich do biorcy jest niezwykle ważne i konieczne szczególnie w czasie transportu organu z miejsca gdzie został pobrany na salę operacyjną, gdzie dojdzie do transplantacji. Duży wpływ na funkcjonowanie organu po przeszczepie ma czas oraz sposób przechowywania go. Narządy krócej przechowywane mają większą szansę na funkcjonowanie po transplantacji. Podczas przechowywania ważna jest żywotność narządu, należy ją zapewnić poprzez:

- zachowanie żywotności narządów
- czas potrzebny na typowanie tkankowe, alokacje i przygotowanie biorcy
- ocena żywotności oraz stopnia niedokrwionego uszkodzenia[3].

Tabela III. Dopuszczalny czas przechowywania narządów w hipotermii prostej w wybranych roztworach (w godzinach) [8].

Organ	EuroCollins	Custodiol (HTK)	ViaSpan (UW)	Celsior
Serce	4	8	4	6
Pluco	6	6	8	6
Wątroba	8	12	12	-
Nerka	30	30	40	-
Trzustka	6	4	12	-
Jelita	4	4	8	-

Dawstwem rodzinnym nazywa się przekazanie tkanki lub narządu(szpik, płat wątroby lub nerka) innemu członkowi rodziny. Dawcą może zostać osoba spokrewniona genetycznie(ojciec, matka, rodzeństwo) lub emocjonalnie(współmałżonek). Możliwe jest także oddanie narządu wtedy, gdy biorcę i dawcę łączą stosunki „szczególnej bliskości”- określenie niezwykle pojemne. Każde pobranie organu od osoby, z którą łączą z biorcą „stosunki szczególnej bliskości”, jest dokładnie analizowane przez Komisję Etyki Krajowej Rady Transplantacyjnej oraz wymaga zgody sądu. Celem tak szczegółowej analizy jest pewność, że dawca jest osobą świadomą, posiadającą zdolność do czynności prawnych, wyrażającą dobrowolną pisemną zgodę przed lekarzem na bycie dawcą danego narządu dla określonego biorcy. Dawstwo nie może być również przedmiotem transakcji finansowej[8].

Gdy transplantacja dotyczy szpiku, krwi obwodowej i komórek krwiotwórczych dawcą może zostać osoba nieletnia, lecz tylko w przypadku gdy zabieg nie spowoduje u niej upośledzenia sprawności na resztę życia. Potrzebna jest do tego zgoda opiekuna prawnego oraz uzyskana zgoda sądu opiekuńczego w miejscu zamieszkania kandydata na dawcę. Gdy potencjalny dawca ukończył 13 lat, wymagana jest jego pisemna zgoda. Sąd orzeka o wysłuchanie nieletniego oraz po opinii biegłego psychologa z dołączonym wnioskiem lekarza, który stwierdza, że pobranie szpiku od małoletniego nie upośledzi jego zdrowia[8].

Transplantacja jest metodą leczenia ludzi śmiertelnie chorych. Dzięki postępom medycyny przeżycie po przeszczepie jest coraz dłuższe. Ograny do przeszczepu najczęściej pobiera się od osób zmarłych, rzadziej od żywych. W Polsce co roku zwiększa się liczba chorych, którzy oczekują na przeszczep. Aby, zmniejszyć deficyt transplantacji konieczne jest zwiększenie ilości narządów od dawców zmarłych przez propagowanie wśród pielęgniarek i lekarzy idei identyfikacji potencjalnych dawców, przekazanie społeczeństwu informacji sprzyjających akceptacji dawstwa organów, zwiększenie pobrań wielonarządowych[9].

Postępowanie z żywym dawcą

Dawca żywy jest osobą, która oddała swój narząd w ciągu życia innej osobie. Dawca może oddać do transplantacji nerkę, płat płuca, odcinek jelit, fragment wątroby oraz trzustki[26].

Pierwszym etapem do kwalifikacji dawcy do transplantacji jest wykonanie badań wstępnych, które pobierane są ambulatoryjnie w ramach POZ. Podstawowymi badaniami są:

- morfologia krwi obwodowej,

- grupa krwi,
- badania biochemiczne, które służą do oceny funkcji nerek, glikemii, pracy wątroby,
- serologia WZW
- RTG klatki piersiowej,
- USG jamy brzusznej,
- badanie ogólne moczu

Drugim etapem kwalifikacji do transplantacji jest wizyta ambulatoryjna w Punkcie Konsultacyjnym, gdzie przeprowadza się analizę dostarczonych wyników badań wstępnych. Następnie zbiera się wywiad lekarski dotyczący przebytych oraz aktualnych chorób, operacji, przyjmowanych leków. Wykonywane badanie przedmiotowe obejmuje ocenę układu krążenia, nerwowego, moczowo-płciowego, oddechowego, ciśnienia tętniczego, BMI. Niezwykle ważna jest rozmowa przeprowadzona z dawcą oraz biorcą umożliwiającą ocenę łączących ich relacji, motywację dawcy do oddania organu. Decyzja powinna zostać podjęta osobiście, bez przymusu oraz presji ze strony rodziny. Dawcą nie może zostać osoba ubezwłasnowolniona. Jeśli ocena dawcy okaże się pozytywna, należy dokonać kolejnej oceny pod kątem zgodności antygenów HLA biorcy i dawcy. U żywego dawcy występuje zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych, dlatego jego wiek nie powinien przekraczać 65 r.ż. Dawcę należy planowo przygotować do wykonania transplantacji, zmniejszając ryzyko wystąpienia powikłań okołooperacyjnych oraz zastosować możliwie mniej agresywną immunosupresję[9].

Postępowanie ze zmarłym dawcą

Zmarły dawca jest to osoba u której doszło do śmierci pnia mózgu a narządy pobierane są „przy bijącym mięśniu sercowym”[9].

Przed wykonaniem transplantacji należy opierać się na danych laboratoryjnych oraz klinicznych, oraz ocenić następujące kryteria: płeć dawcy, przyczynę zgonu, stężenie kreatyniny, BMI, wywiad o chorobach przewlekłych (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca), diureza, stan hemodynamiczny, zakażenia bakteryjne, wirusowe oraz grzybicze, czas hospitalizacji przez zgonem, konieczność podania amin ketecholowych w celu utrzymania perfuzji narządowej. Ważna jest ocena obecności markerów zakażenia wirusami HIV, EBV, CMV, kiły, zapalenia wątroby, toksoplazmozy. W wielu ośrodkach wykonywane są

oznaczenia markerów nowotworowych, są one jednak dostatecznie czułe i swoiste. Ocenie podlegają wyniki morfologii, biochemiczne oraz koagulologiczne [10].

Śmierć mózgu prowadzi do uszkodzenia ośrodka: naczynioruchowego, oddechowego, termoregulacji oraz przysadki. W związku z powyższym u potencjalnego dawcy dochodzi do wielu problemów związanych z intensywną opieką, takich jak: hipotensja, zaburzenia hormonalne, zakażenia, hipertensja, zaburzenia termoregulacji, hipowolemia. U dawcy należy monitorować: temperaturę ciała, diurezę, ciśnienie tętnicze przez bezpośredni pomiar poprzez cewnik dotętniczy, EKG, OCŻ. Aby wykonać transplantację od zmarłego dawcy należy zweryfikować przeciwwskazania bezwzględne oraz względne [10].

Życie po przeszczepie

Powrót ze szpitala po przeszczepie jest najszczęśliwszą i pełną pozytywnych emocji chwilą, której często towarzyszy niepokój, nawet niewielkiego stopnia depresja, która może utrzymywać się kilka tygodni. Pacjent musi nauczyć się żyć z przeszczepionym narządem oraz uświadomić sobie, że okres zdrowienia wymaga czasu. Rehabilitacja fizyczna w wielkim stopniu pomaga w radzeniu sobie z problemami.

Jedną z ważniejszych ról w procesie rehabilitacji i zdrowienia pełni prawidłowe odżywianie. Większość pacjentów w skutek długotrwałej choroby jest niedożywiona. Działania niepożądane jakie niosą za sobą kortykosteroidy jest znaczny wzrost apetytu co prowadzi w szybkim czasie do nadwagi i otyłości. Dieta po przeszczepie powinna być zbilansowana. U osób otyłych oraz z tendencją do otyłości powinna zawierać mało ilość tłuszczów oraz cukrów. Najlepszym wyjściem jest pomoc dietetyka, który indywidualnie dopasuje dietę do potrzeb pacjenta. Dieta powinna przede wszystkim zawierać:

- owoce i warzywa
- pełnoziarniste pieczywo
- chude mięso
- ryby
- mleko i nabiał bogaty w wapń, z niską zawartością tłuszczu [11].

Ważne jest gdy chory przyjmuje inhibitory kalcyneuryny nie powinien popijać ich sokiem z grejpfruta, ponieważ owoc ten może spowodować wzrost stężenia leku we krwi co spowoduje działania niepożądane [11].

Pacjentom po transplantacji zakazane jest spożywanie alkoholu, ponieważ rozkładany jest w wątrobie co może powodować jej uszkodzenie. Palenie tytoniu również niesie za sobą wiele działań niepożądanych, powinno zostać jak najszybciej rzucone [11].

Aktywność fizyczna ma duże znaczenie dla poprawy zdrowia pacjenta po przeszczepie. Regularne ćwiczenia poprawiają samopoczucie dzięki temu chorzy mają większą ochotę i motywację do powrotu do zdrowia, wykazują większą chęć do pracy oraz nawiązywania kontaktu z innymi ludźmi, pomagają utrzymać prawidłową masę ciała. Codzienna aktywność pozwala na wzmocnienie siły mięśniowej po okresie choroby, powinna być zaplanowana tak, aby stopniowo zwiększać codzienny wysiłek. Można zacząć od wchodzenia po schodach, ale trzeba uważać by nie doprowadzić do zmęczenia, należy odpoczywać gdy tylko pojawi się uczucie zmęczenia. Gdy pacjent poczuje poprawę swojej wydolności fizycznej może spróbować innych form aktywności fizycznej, np. pływania, spacerowania lub jazdy na rowerze, następnie jogging, tenis. Zanim pacjent podejmie się większego wysiłku fizycznego powinien skonsultować się z lekarzem z zespołu transplantacyjnego. Aktywność seksualną pacjenci odzyskują w ciągu kilku miesięcy po operacji. Niektóre leki mogą wpłynąć na aktywność płciową, w takim przypadku należy zgłosić się do lekarza. Leki immunosupresyjne mogą zmienić działanie doustnych leków antykoncepcyjnych, dlatego nie są wskazane u kobiet po przeszczepie. Wielu mężczyzn po przeszczepie zostało ojcami, podobnie kobiety urodziły zdrowe dzieci. Każda kobieta po transplantacji planująca ciążę powinna skonsultować się z lekarzem zespołu transplantacyjnego. Bezwzględny przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę jest przyjmowanie przez pacjentkę takrolimus [11].

Poważna choroba, transplantacja może wywrzeć duży wpływ na zmianę osobowości czy też sposobie myślenia. Dzięki ważnym zdarzeniom oraz doświadczeniom pacjenci odkrywają w sobie nieznane wcześniej zdolności, umiejętności i cechy. U osób po transplantacji występują często zmiany w osobowości, postrzeganiu życia i sposobie reakcji. U niektórych występuje dystans- przewartościowują swoje życie. Znajdują nowe zainteresowania i pasje. Spędzają czas w inny sposób niż dotychczas, chcą cieszyć się każdą chwilą, którą mają. Cieszą się, że stan ich zdrowia poprawił się, mogą pozwolić sobie na przyjemności, które wcześniej były nieosiągalne przez chorobę, doceniają życie i czerpią radość z dnia codziennego [12].

CEL PRACY

Transplantologia jest to efektywna jak również często jedyna metoda leczenia pacjentów z przewlekłą niewydolnością narządów. Jest dziedziną medycyny stale rozbijającą się ratującą ludzkie życie.

Celem pracy była ocena wiedzy społeczeństwa z województwa mazowieckiego oraz podlaskiego na temat transplantologii narządów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiałem do pracy badawczej był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankieta składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera 30 pytań z czego dwa pytania są wielokrotnego wyboru, reszta jednokrotnego wyboru. Druga część ankiety jest to metryczka gdzie zadano osobom badanym sześć pytań: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny oraz stosunek do wiary.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Dane mające charakter nominalny opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególniano warianty cech podając ich licznosc i częstość występowania w całej badanej zbiorowości. Uzyskane wyniki zaprezentowano w postaci tabel i rycin.

Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby analizy danych ilościowych:

- •różnice między porównywanymi grupami oceniono na podstawie testu istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowalnych) - statystyka chi-kwadrat;
- •zastosowano również współczynnik korelacji Pearsona (oparta na wartościach chi-kwadrat miara zależności między zmiennymi skategoryzowanymi, wskazuje na siłę związku).
- •za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05.

WYNIKI

W badaniach udział wzięło 136 osób: 86 kobiet (63,24%) i 50 mężczyzn (36,76%).

Średnia wieku badanych wynosiła 31,60 lat ($\pm 10,43$). Najmłodszy respondent miał 19 lat, a najstarszy 65 lat. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: poniżej 25 roku życia 33,82%, 25-34 lata 36,03%, 35-44 lata 14,71%, 45 lat i więcej 15,44%.

W badanej grupie 57,35% stanowiły osoby po studiach wyższych, gdy pozostali badani mieli wykształcenie średnie 36,03%, zawodowe 6,62%. Ze względu na nieznaczący odsetek osób z wykształceniem zawodowym (9 badanych) w dalszej części pracy analiza danych ze względu na poziom wykształcenia będzie prowadzona w dwóch grupach: wykształcenie średnie/zawodowe (42,65%) i wykształcenie wyższe (57,35%).

Wśród ankietowanych 22,06% stanowili mieszkańcy wsi, a 77,94% - mieszkańcy miast, w tym: duże miasto 20,59%, średnie miasto 51,47%, małe miasto 5,88%. Ze względu na nieznaczący odsetek osób mieszkających w małych miastach (8 badanych) w dalszej części pracy analiza danych ze względu na miejsce zamieszkania będzie prowadzona w trzech grupach: wieś (22,06%), miasto > 100 tys. mieszk. (20,59%), miasto < 100 tys. mieszk. (57,35%).

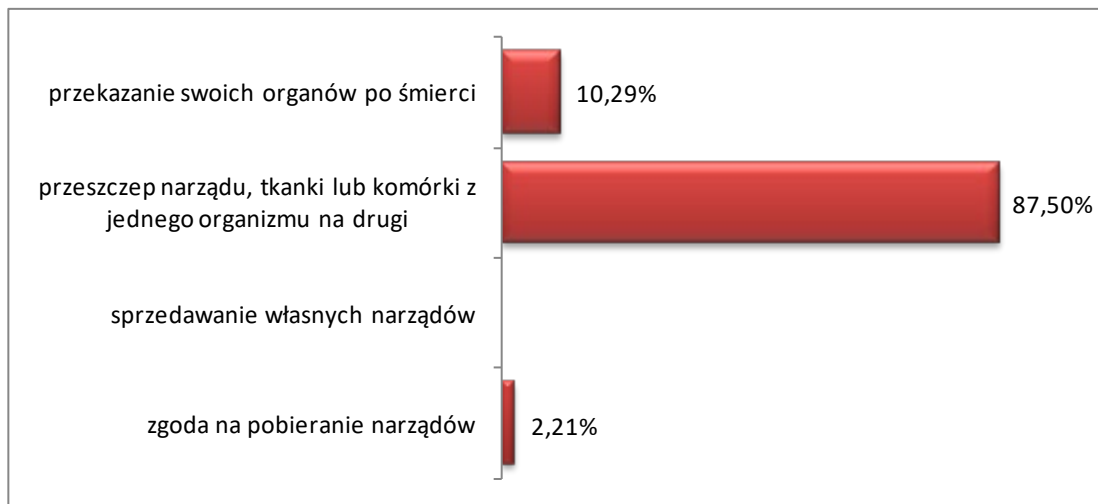
W badanej grupie 43,38% stanowiły osoby w związkach małżeńskich/partnerskich, a 56,62% było stanu wolnego: panna/kawaler 54,41% oraz osoby rozwiedzione 2,21%.

Wśród respondentów 10,29% określiło się jako osoby niewierzące, gdy 89,71% deklaroowało wiarę, w tym 52,94% było osobami wierzącymi praktykującymi, a 36,76% jako osoby wierzące, ale niepraktykujące.

Szczegółowa analiza pytań ankiety

Pytanie: Transplantacja to?

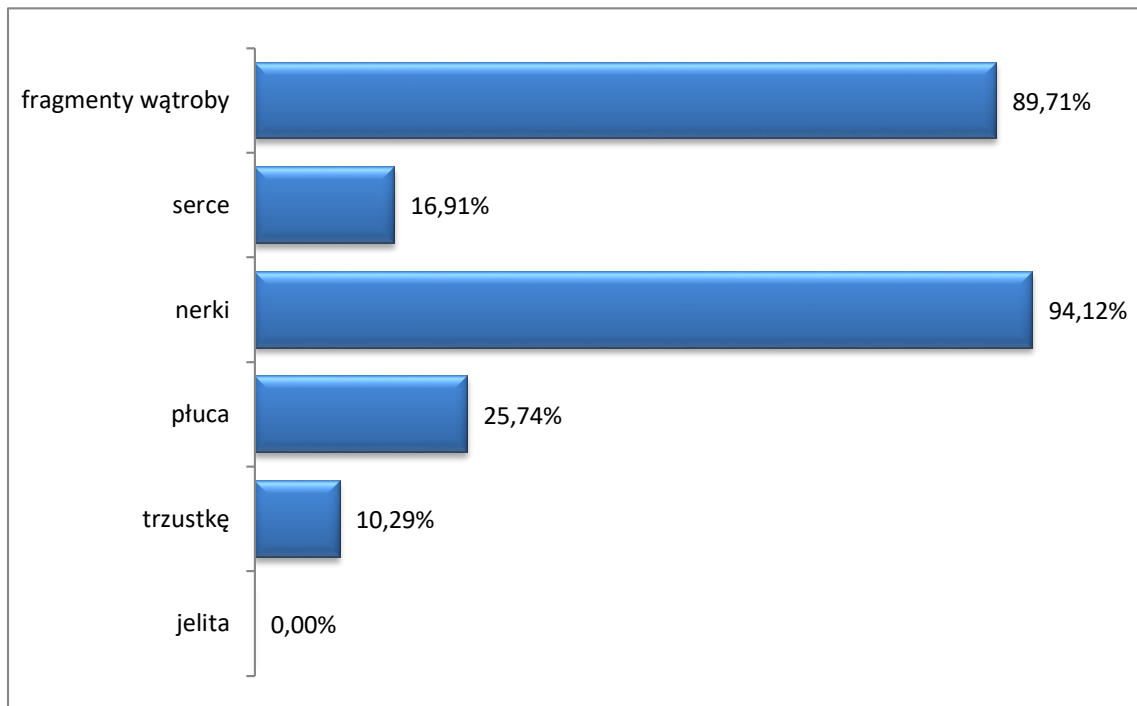
W większości przypadków ankietowani transplantację definiowali jako „przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi” 87,50%. Pozostali badani ograniczyli się do określenia „przekazanie swoich organów po śmierci” 10,29%, a 2,21% uważało błędnie, że jest to wyłącznie „zgoda na pobranie narządów”. Żaden respondent nie wybrał odpowiedzi „transplantacja to sprzedawanie własnych narządów” (Rycina 1).



Rycina 1. Definicja transplantacji w opinii badanych

Pytanie: Od żywych dawców do przeszczepu można pobrać?

Zdaniem większości ankietowanych od żywych dawców można pobrać nerki 94,12% i fragmenty wątroby 89,71%. W niektórych przypadkach wskazano na płuca 25,74%, serce 16,91%, trzustkę 10,29%. Żaden respondent nie wybrał odpowiedzi jelita (Rycina 2).

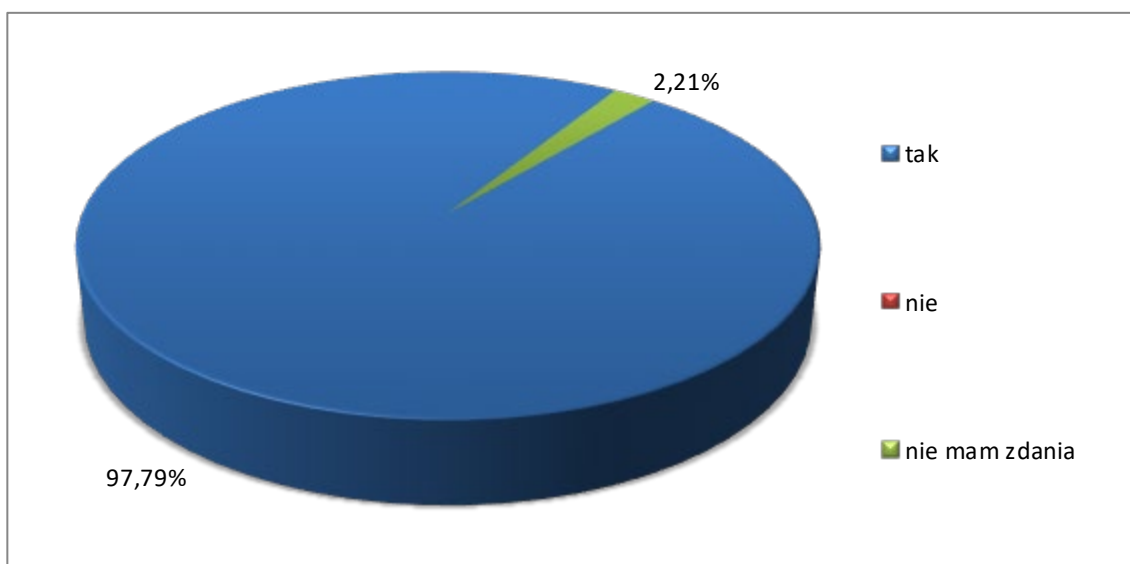


Rycina 2. Narządy do przeszczepu od żywych dawców w opinii badanych
(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Pytanie: Czy według Pani/Pana pobranie narządu od osoby zmarłej może przyczynić się do uratowania życia innej żywej osoby?

Zdecydowana większość badanych była przekonana, że pobranie narządu od osoby zmarłej może przyczynić się do uratowania życia innej żywej osoby 97,79%. Pozostali ankietowani – 2,21% – wskazali odpowiedź „nie mam zdania” (Rycina 3).

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na ocenę możliwości uratowania życia drugiej osobie poprzez pobranie narządu od zmarłego znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.III).



Rycina 3. Możliwość uratowania życia drugiej osobie poprzez pobranie narządu od zmarłego w opinii badanych

Tabela IV. Analiza korelacji pomiędzy oceną możliwości uratowania życia drugiej osobie poprzez pobranie narządu od zmarłego a wybranymi zmiennymi

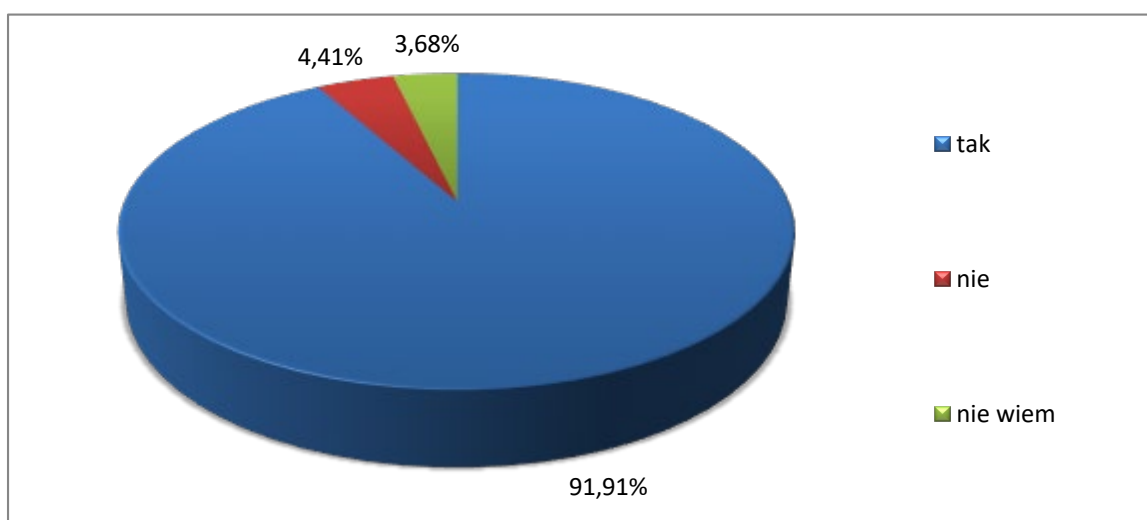
Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,1145	0,0169	0,0840	0,0283	0,0305	0,0208
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,184	0,845	0,331	0,744	0,725	0,810

Pytanie: Czy według Pani/Pana można pobierać narządy od żywego dawcy?

Zdaniem 91,91% badanych możliwe jest pobranie narządów od żywego dawcy. Opinię przeciwną wyraziło 4,41% grupy, 3,68% wskazało „nie wiem” (Rycina 4).

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że religia istotnie wpływała na ocenę możliwości pobierania narządów od żywego dawcy (Tabl.IV).

Osoby niewierzące były istotnie częściej przekonane, że możliwe jest pobieranie narządów od żywego dawcy – niewierzące 100%, wierzące praktykujące 87,50%, wierzące niepraktykujące 96,00% (Tabl.V).



Rycina 4. Możliwość pobierania narządów od żywego dawcy w opinii badanych

Tabela V. Analiza korelacji pomiędzy oceną możliwości pobierania narządów od żywego dawcy a wybranymi zmiennymi

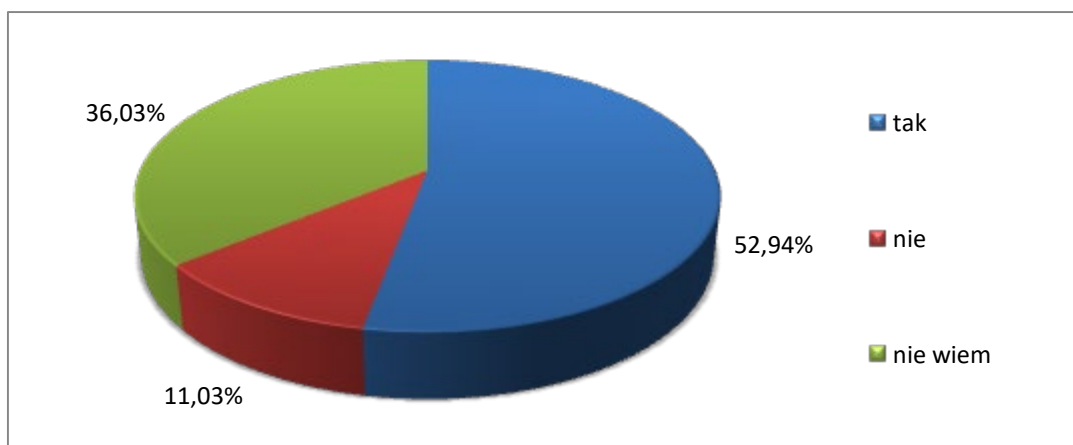
Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,0043	0,0020	0,0384	0,0768	0,0373	0,1867
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,961	0,982	0,657	0,374	0,666	0,030

Tabela VI. Możliwość pobierania narządów od żywego dawcy a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykująca (n=72)	Osoba wierząca, niepraktykująca (n=50)	Osoba niewierząca (n=14)
Tak	63	48	14
	87,50%	96,00%	100,00%
Nie	4	2	0
	5,56%	4,00%	0,00%
Nie wiem	5	0	0
	6,94%	0,00%	0,00%

Pytanie: Czy zgodziłby/zgodziłaby się Pan/Pani, żeby zostać dawcą swoich narządów za życia?

Gotowość oddania własnych narządów za życia do przeszczepu wyraziło 52,94% grupy. Odpowiedź negatywną wskazało 11,03% badanych, a 36,03% wskazało „nie wiem” (Rycina 5).

**Rycina 5. Gotowość pozostania dawcą narządów za życia wśród badanych**

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na gotowość pozostania dawcą narządów za życia znacząco wpływała płeć badanego (Tabl.VI).

Tabela VII. Analiza korelacji pomiędzy gotowością pozostania dawcą narządów a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1718	0,0205	0,0734	0,0290	0,0163	0,0141
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,045	0,812	0,396	0,738	0,850	0,871

Otrzymano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni były gotowe stać się dawcą narządów do przeszczepu – kobiety 61,63%, mężczyźni 38,00% (Tabl.VII).

Tabela VIII. Gotowość pozostania dawcą narządów za życia a płeć badanych

Odpowiedź	Płeć	
	Kobiety (n=86)	Mężczyźni (n=50)
Tak	53	19
	61,63%	38,00%
Nie	5	10
	5,81%	20,00%
Nie wiem	28	21
	32,56%	42,00%

Pytanie: Aby zostać dawcą należy?

Zbadano, czy ankietowani wiedzą jak można zostać dawcą narządów. Około 20% wskazało na wyszczególnione kroki: „wypełnić deklarację, która mówi o zamiarze oddania tkanek, narządów do przeszczepu” 9,56%, „poinformować najbliższą rodzinę o swojej woli”

2,21%, „nosić przy sobie wypełnione oświadczenie woli” 7,35%. Jednak najczęściej badani za prawidłowe uznali wszystkie z wymienionych kroków 80,88% (Rycina 6).

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na poziom wiedzy o możliwości pozostania dawcą znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.VIII).

Tabela IX. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych o możliwości stania się dawcą a wybranymi zmiennymi

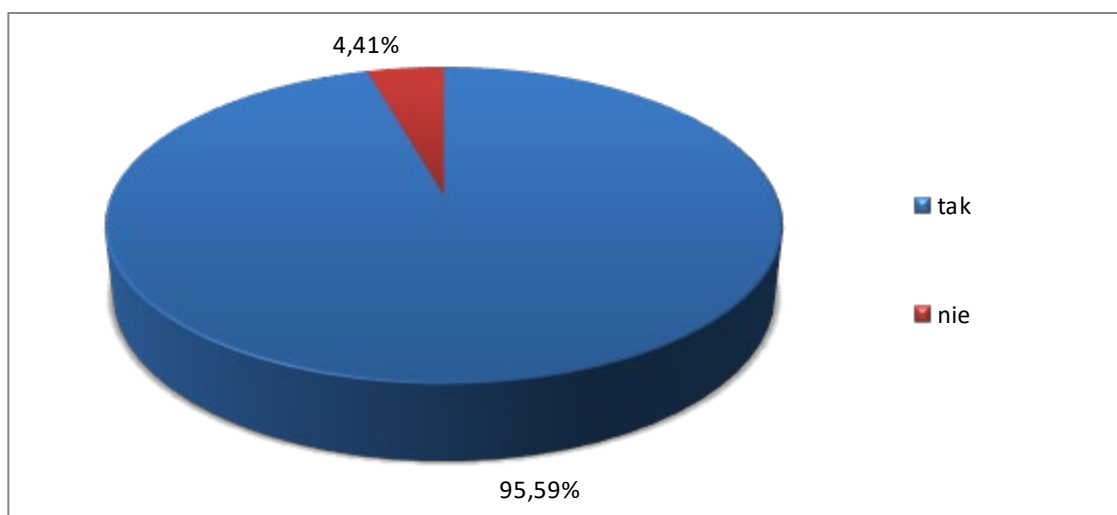
<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1145	0,0169	0,0840	0,0283	0,0305	0,0208
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,184	0,845	0,331	0,744	0,725	0,810



Rycina 4. Wiedza badanych na temat jak zostać dawcą

Pytanie: *Czy słyszała/słyszał Pani/Pan o tzw. oświadczeniu woli, które wypełnia się, by w krytycznej sytuacji rodzina, oraz osoby bliskie wiedziały, że zgadza się Pani/Pan na pobranie narządów?*

W badanej grupie 95,95% słyszało o „oświadczeniu woli”, gdy termin ten był obcy dla 4,41% badanych (Rycina 7).



Rycina 7. Wiedza badanych o „oświadczeniu woli”

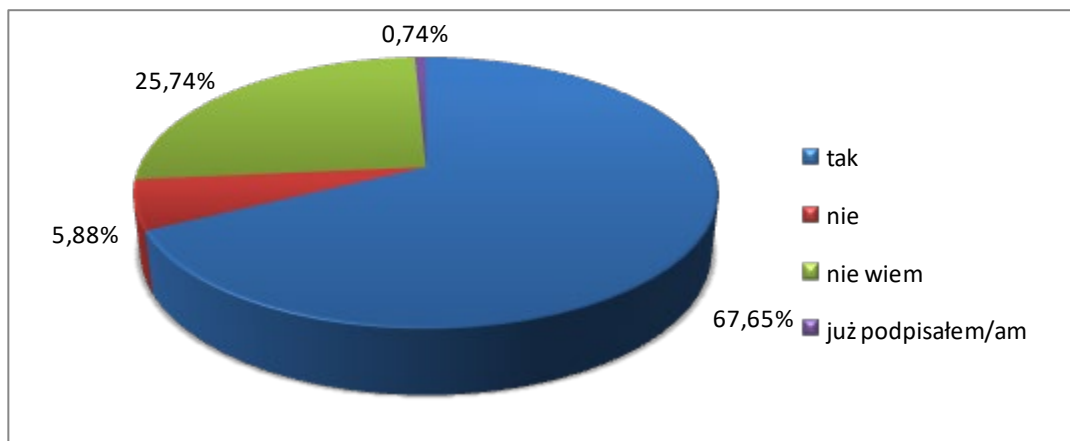
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na znajomość pojęcia „oświadczenia woli” znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.IX).

Tabela X. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych o „oświadczeniu woli” a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,1332	0,0242	0,0850	0,1043	0,0436	0,1365
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,122	0,780	0,325	0,227	0,615	0,113

Pytanie: Czy była/ był by Pani/Pan skłonna(y) podpisać takie oświadczenie?

Gotowość podpisania oświadczenia woli wyraziło 67,65% grupy. Odpowiedzi odmownej udzieliło 5,88% badanych, a 25,74% wskazało „nie wiem”. Tylko w przypadku jednostkowych ankietowana osoba potwierdziła, że podpisała oświadczenie woli: *mężczyzna, 24 lata, miasto (20-100 tys.), wykształcenie wyższe, kawaler, osoba wierząca i praktykująca* (Rycina 8).



Rycina 8. Gotowość badanych do podpisania „oświadczeniu woli”

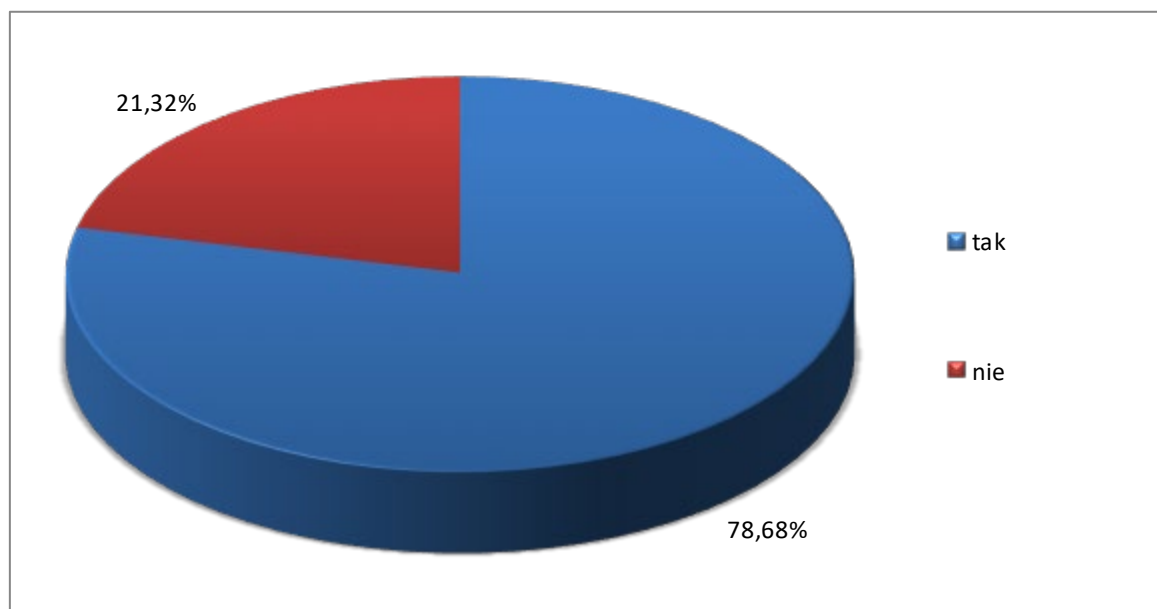
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na gotowość podpisania „oświadczenia woli” znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.X).

Tabela XI. Analiza korelacji pomiędzy gotowością podpisania „oświadczenia woli” a wybranymi zmiennymi

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1231	0,0199	0,1290	0,1073	0,0640	0,1036
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,153	0,818	0,135	0,214	0,459	0,230

Pytanie: Czy nosiłaby/nosilby Pani/Pan przy sobie wypełnione oświadczenie woli na oddanie narządów do przeszczepu po śmierci?

Gotowość do noszenia przy sobie „oświadczenia woli” potwierdziło 78,68% badanych. Odpowiedzi negatywnej udzieliło 21,32% grupy (Rycina 9).



Rycina 9. Gotowość badanych do noszenia przy sobie „oświadczenia woli”

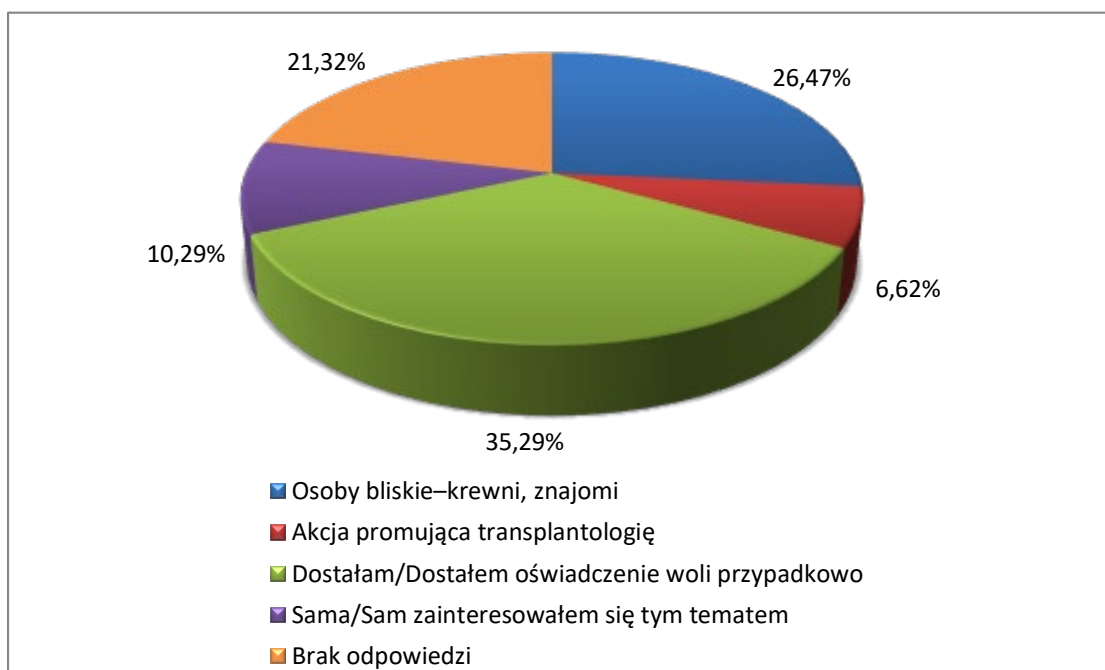
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na gotowość do noszenia przy sobie „oświadczenia woli” znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl. XI).

Tabela XII. Analiza korelacji pomiędzy gotowością noszenia przy sobie „oświadczenia woli” a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,0498	0,0071	0,0031	0,1318	0,0152	0,0437
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,565	0,935	0,971	0,126	0,861	0,614

Pytanie: Co przekonałoby Panią/Pana do podpisania oświadczenia woli?

Ankietowani określili, że do podpisania „oświadczenia woli” przekonałby ich formularz oświadczenia otrzymany przypadkowo 35,29%, osoby bliskie 26,47%, akcja promująca 6,62%, samodzielnie podjęta decyzja na podstawie zdobytej wiedzy 10,29%. W badanej grupie w 21,32% przypadkach nie uzyskano odpowiedzi (Rycina 10).



Rycina 5. Czynniki motywujące badanych do podpisania „oświadczeniu woli”

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na czynniki motywujące badanych do podpisania „oświadczenia woli” znacząco wpływał stosunek do religii (Tabl.XII).

Tabela XIII. Analiza korelacji pomiędzy czynnikami motywującymi do podpisania „oświadczenia woli” a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,1494	0,0419	0,0224	0,0618	0,0564	0,2352
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,082	0,628	0,795	0,475	0,514	0,006

Osoby wierzące i praktykujące „oświadczenie woli” istotnie częściej podpisałyby pod wpływem osób im bliskich, gdy pozostali badani – osoby wierzące, niepraktykujące oraz osoby niewierzące – jako znaczący czynnik motywujący wskazały otrzymany przypadkowo formularz woli (Tabl.XIII).

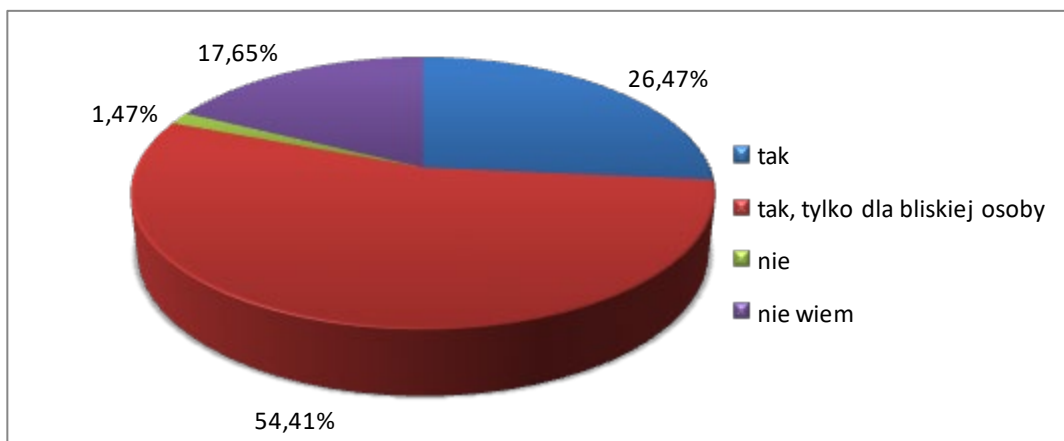
Tabela XIV. Czynniki motywujące do podpisania „oświadczenia woli” a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykująca (n=72)	Osoba wierząca, niepraktykująca (n=50)	Osoba niewierząca (n=14)
Osoby bliscy-krewni, znajomi	28	7	1
	38,89%	14,00%	7,14%
Akcja promująca transplantologię	6	3	0
	8,33%	6,00%	0,00%
Dostałam/Dostałem oświadczenie woli przypadkowo	13	26	9
	18,06%	52,00%	64,29%
Sama/Sam zainteresowałam/em się tym tematem	8	5	1
	11,11%	10,00%	7,14%
Brak odpowiedzi	17	9	3
	23,61%	18,00%	21,43%

Pytanie: Czy zgodziła/zgodził by się Pani/Pan na zostanie żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby?

W badanej grupie gotowość stania się żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby potwierdziło 80,88% grupy, w tym 54,41% zaznaczyło, że tylko w przypadku bliskiej im osoby. Odpowiedzi odmownej udzieliło 1,47% badanych, a 17,65% nie potrafiło przewidzieć swojego postępowania w takiej sytuacji (Rycina 11).

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na gotowość do bycia dawcą nerki lub fragmentu wątroby znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XIV).



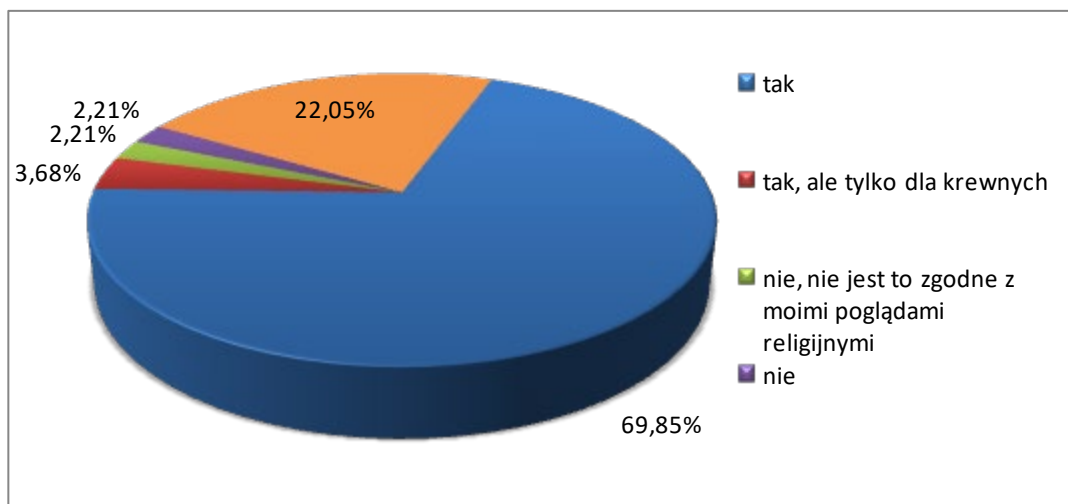
Rycina 6. Gotowość badanych do bycia dawcą nerki lub fragmentu wątroby

Tabela XV. Analiza korelacji pomiędzy gotowością bycia dawcą nerki lub fragmentu wątroby a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,0595	0,0953	0,0858	0,1059	0,0011	0,0780
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,491	0,270	0,321	0,220	0,990	0,367

Pytanie: Czy po swojej śmierci chcę Pani/Pan oddać narządy dla osoby oczekującej na przeszczep?

W badanej grupie gotowość stania się dawcą narządu po śmierci potwierdziło 73,53% grupy, w tym 3,68% zaznaczyło, że tylko w przypadku krewnych. Odpowiedzi odmownej udzieliło 4,42% badanych, a 22,05% nie potrafiło określić jednoznacznie swojego stanowiska (Rycina 12). Należy podkreślić, że odpowiedź „nie, nie jest to zgodne z moimi poglądami religijnymi” wskazały 3 osoby (2,21%).



Rycina 7. Gotowość badanych do bycia dawcą narządu po śmierci

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na gotowość do bycia dawcą narządu po śmierci znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XV).

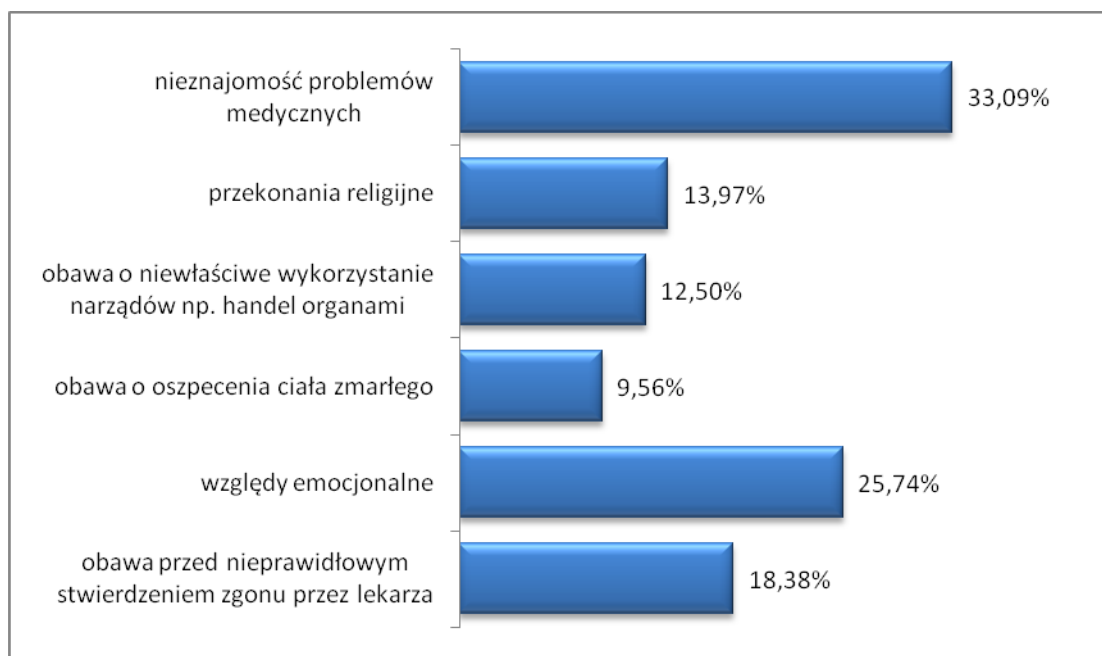
Tabela XVI. Analiza korelacji pomiędzy gotowością bycia dawcą narządu po śmierci a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1417	0,0357	0,0219	0,1272	0,0379	0,0085
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,100	0,680	0,800	0,140	0,662	0,922

Pytanie: Jaki jest według Pani/Pana najczęstszy powód niewyrażenia zgody na przeszczep przez dawcę?

Zdaniem ankietowanych najczęstszym powodem niewyrażania zgody na przeszczep przez dawcę jest nieznajomość problemów medycznych 33,09%, a także względy

emocjonalne 25,74% oraz obawa przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu przez lekarza 18,38%. Badani wskazywali również jako przeszkodę przekonania religijne 13,97%, obawę o niewłaściwe wykorzystanie narządów 12,50%, obawę o oszpecenie ciała zmarłego 9,56% (Rycina 13).



(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

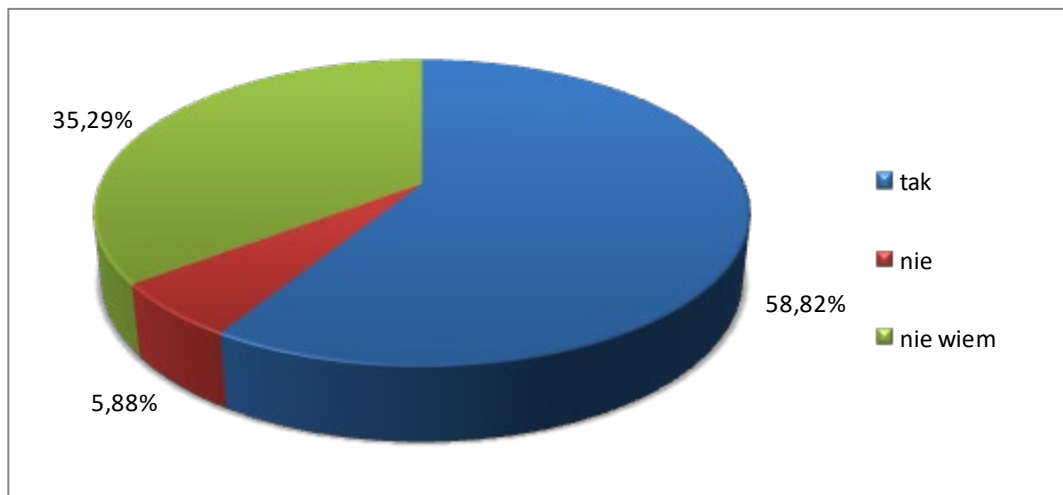
Rycina 8. Powody niewyrażania zgody przez dawcę na przeszczep w opinii badanych

Pytanie: Czy wyraziła/wyraził by Pani/Pan zgodę na pobranie narządu od zmarłego z Pani/Pana rodziny?

Wśród ankietowanych 58,82% potwierdziło, że wyraziłoby zgodę na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny. Odpowiedzi odmownej udzieliło 5,88% grupy, a 35,29% nie określiło jak postąpiłoby w takiej sytuacji (Rycina 14).

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na gotowość do wyrażenia zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny znacząco wpływał poziom wykształcenia badanego (Tabl.XVI).

Otrzymano, że osoby z wykształceniem wyższym istotnie częściej wyraziłyby zgodę na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny – średnie/zawodowe 48,28%, wyższe 66,67% (Tabl. XVII).



Rycina 9. Gotowość badanych do wyrażenia zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny

Tabela XVII. Analiza korelacji pomiędzy gotowością do wyrażenia zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny a wybranymi zmiennymi

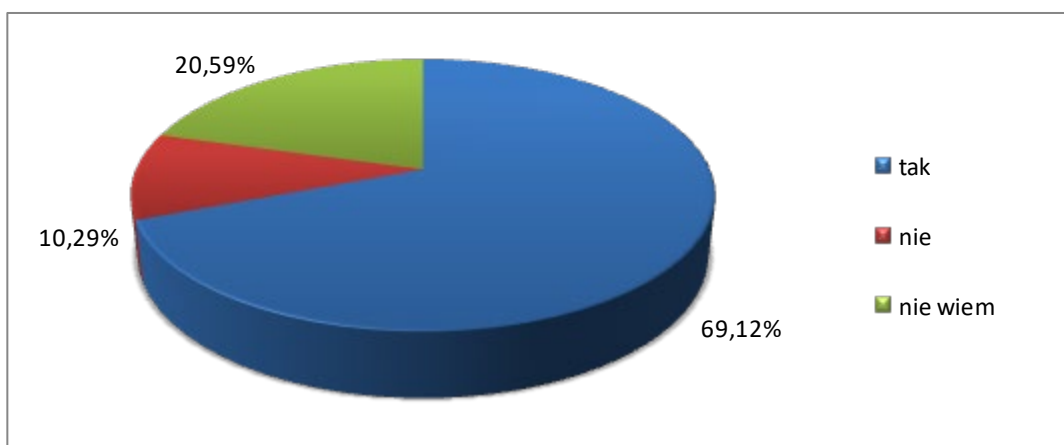
Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,0124	0,1255	0,0348	0,1782	0,1558	0,0308
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,886	0,145	0,687	0,049	0,070	0,722

Tabela XVIII. Gotowość do wyrażenia zgody na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny a poziom wykształcenia badanych

Odpowiedź	Wykształcenie	
	Średnie/zawodowe (n=58)	Wyższe (n=78)
Tak	28	52
	48,28%	66,67%
Nie	5	3
	8,62%	3,85%
Nie wiem	25	23
	43,10%	29,48%

Pytanie: Czy lekarz powinien pytać rodzinę zmarłego o zgodę na przeszczep jego organów mimo iż polskie prawo tego nie wymaga?

Zdaniem 69,12% badanych lekarz powinien zwrócić się do rodziny zmarłego z zapytaniem o zgodę na pobranie narządów. Potrzeby tej nie dostrzegało 10,29% badanych, a 20,59% nie miało jednoznacznego stosunku do tej sprawy (Rycina 15).



Rycina 15. Potrzeba wyrażenia zgody przez rodzinę na pobranie narządów od zmarłego w opinii badanych

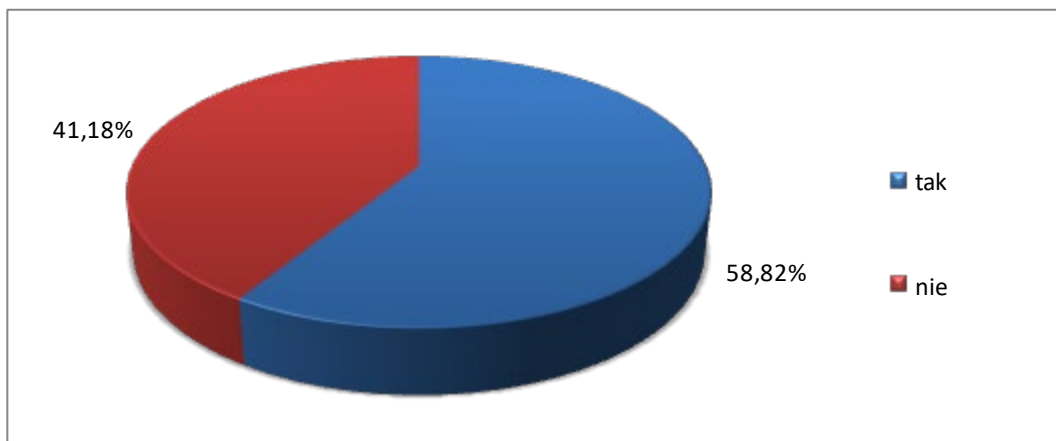
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na potrzebę wyrażenia zgody na pobranie narządów ze strony jego rodziny znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XVIII).

Tabela XIX. Analiza korelacji pomiędzy potrzebą wyrażenia zgody przez rodzinę na pobranie narządów od zmarłego a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,0237	0,1320	0,1026	0,0575	0,0115	0,0384
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,784	0,126	0,235	0,506	0,894	0,657

Pytanie: Czy Pani/Pana rodzina wie jaka jest Pani/Pana wola w stosunku do pobrania narządów po Pani/Pana śmierci?

W badanej grupie 58,82% ankietowanych osób potwierdziło, że członkowie rodzin znają ich wolę w kwestii oddania narządów po ich śmierci (Rycina 16).



Rycina 16. Wiedza członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na wiedzę członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia (Tabl. XIX).

Tabela XX. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci a wybranymi zmiennymi

Wynik testu chi-kwadrat	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji Pearsona	0,2297	0,0775	0,0694	0,1848	0,0816	0,1738
p (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,007	0,370	0,422	0,031	0,345	0,043

Otrzymano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni potwierdzały, że ich bliscy mają wiedzę na temat ich woli przekazania narządów po śmierci – kobiety 67,44%, mężczyźni 44,00% (Tabl.XX).

Tabela XXI. Wiedza członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci a płeć badanych

Odpowiedź	Płeć	
	Kobiety (n=86)	Mężczyźni (n=50)
Tak	58	22
	67,44%	44,00%
Nie	28	28
	32,56%	56,00%

Stwierdzono, że osoby z wykształceniem wyższym istotnie częściej potwierdzały, że ich bliscy mają wiedzę na temat ich woli przekazania narządów po śmierci – średnie/zawodowe 48,28%, wyższe 66,67% (Tabl.XXI).

Otrzymano, że osoby wierzące istotnie częściej potwierdzały, że ich bliscy mają wiedzę na temat ich woli przekazania narządów po śmierci – wierzący, praktykujący 67,86%, wierzący, niepraktykujący 61,54%, niewierzący 43,33% (Tabl.XXII).

Tabela XXII. Wiedza członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci a poziom wykształcenia badanych

Odpowiedź	Wykształcenie	
	Średnie/zawodowe (n=58)	Wyższe (n=78)
Tak	28	52
	48,28%	66,67%
Nie	30	26
	51,72%	33,33%

Tabela XXIII. Wiedza członków rodziny na temat woli badanych w stosunku do pobrania narządów po śmierci a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykująca (n=72)	Osoba wierząca, niepraktykująca (n=50)	Osoba niewierząca (n=14)
Tak	19	48	13
	67,86%	61,54%	43,33%
Nie	9	30	17
	32,14%	38,46%	56,67%

Pytanie: „Zgoda domniemana” co oznacza ten termin?

W opinii większości badanych „zgoda domniemana” to „brak sprzeciwu za życia do pobierania narządów do przeszczepu po śmierci” 62,50%. Anketowani wskazali również odpowiedzi: „zgoda rodziny na pobieranie narządów do przeszczepu po śmierci osoby bliskiej” 8,09% oraz „zgoda na pobieranie organów po naszej śmierci” 8,09%. Część grupy wybrała odpowiedź „nie wiem” 21,32% (Rycina 17).



Rycina 17. Wiedza badanych na temat terminu „zgoda domniemana”

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na poziom wiedzy na temat terminu „zgoda domniemana” znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXIII).

Tabela XXIV. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych na temat terminu „zgoda domniemana” a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1268	0,0042	0,1100	0,0056	0,0517	0,0460
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,141	0,961	0,202	0,949	0,550	0,595

Pytanie: Czy wie Pani/Pan co to jest Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS)?

Termin Centralny Rejestr Sprzeciwów był znany 32,35% badanych. Pojęcie to było obce dla większości grupy – 67,65%.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na wiedzę badanych na temat Centralnego Rejestru Sprzeciwów znacząco wpływały zmienne takie jak płeć oraz poziom wykształcenia badanego (Tabl.XXIV).

Tabela XXV. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych na temat CRS a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,2991	0,0124	0,0409	0,1832	0,0028	0,0055
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,000	0,886	0,636	0,033	0,974	0,949

Otrzymano, że kobiety istotnie częściej niż mężczyźni potwierdzały znajomość pojęcia CRS – kobiety 43,02%, mężczyźni 14,00% (Tabl.XXV).

Tabela XXVI. Wiedza badanych na temat CRS a płeć badanych

Odpowiedź	Płeć	
	Kobiety (n=86)	Mężczyźni (n=50)
Tak	37	7
	43,02%	14,00%
Nie	49	43
	56,98%	86,00%

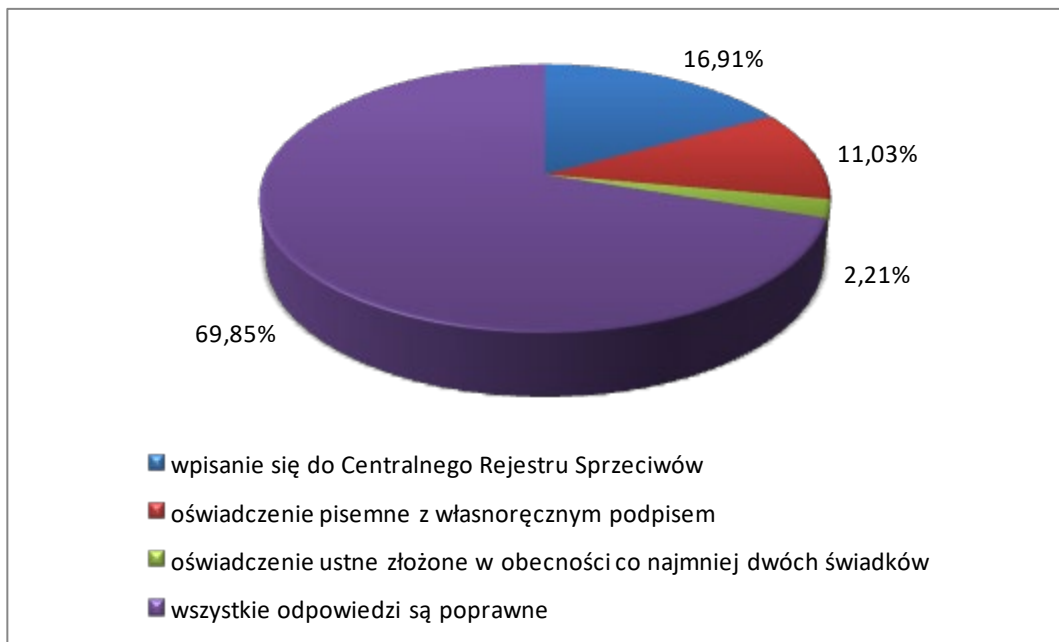
Stwierdzono, że osoby z wykształceniem wyższym istotnie częściej potwierdzały znajomość pojęcia CRS – średnie/zawodowe 22,41%, wyższe 39,74% (Tabl.XXVI)

Tabela XXVII. Wiedza badanych na temat CRS a poziom wykształcenia badanych

Odpowiedź	Wykształcenie	
	Średnie/zawodowe (n=58)	Wyższe (n=78)
Tak	13	31
	22,41%	39,74%
Nie	45	47
	77,59%	60,26%

Pytanie: Wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci jest?

W zakresie formy wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci badani wskazywali na wpisanie się do CRS 16,91%, oświadczenie pisemne z własnoręcznym podpisem 11,03%, oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków 2,21%. Najczęściej ankietowani wybierali jako obowiązujące wszystkie z wymienionych możliwości 69,85% (Rycina 18).



Rycina 18. Wiedza badanych na temat obowiązującej formy wyrażania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na wiedzę badanych na temat obowiązującej formy wyrażania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci znacząco wpływał wiek badanego (Tabl.XXVII).

Tabela XXVIII. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych na temat obowiązującej formy wyrażania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci a wybranymi zmiennymi

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0447	0,2008	0,1638	0,0436	0,0777	0,0138
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,605	0,019	0,057	0,614	0,368	0,874

Stwierdzono, że z wiekiem badani znacząco częściej potwierdzali, że wszystkie przedstawione formy wyrażania sprzeciwu są obowiązujące (Tabl.XXVIII).

Tabela XXIX. Wiedza badanych na temat obowiązującej formy wyrażania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci a wiek badanych

Odpowiedź	Wiek			
	<25 r.ż. (n=46)	25-34 lata (n=49)	35-44 lata (n=20)	>45 lat (n=21)
wpisanie się do Centralnego Rejestru Sprzeciwów	13	5	3	2
	28,26%	10,20%	15,00%	9,52%
oświadczenie pisemne z własnoręcznym podpisem	6	5	4	0
	13,04%	10,20%	20,00%	0,00%
oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków	0	3	0	0
	0,00%	6,12%	0,00%	0,00%
wszystkie odpowiedzi są poprawne	27	36	13	19
	58,70%	73,48%	65,00%	90,48%

Pytanie: Czy według Ciebie biorca powinien znać dawcę?

Zdaniem 14,71% biorca powinien znać dawcę. Opinię przeciwną wyraziło 30,88% badanych, a odpowiedź „trudno powiedzieć” – 54,41%.

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby opinię badanych na temat potrzeby poznania dawcy przez biorcę znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXIX).

Zdaniem 65,44% śmierć mózgu jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka. Opinię przeciwną wyraziło 16,18% badanych, a odpowiedź „nie wiem” – 18,38%.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na opinię badanych na temat równoznaczności śmierci mózgu ze śmiercią człowieka znacząco wpływały zmienne takie jak stan cywilny czy stosunek do religii (Tabl.XXX).

Tabela XXX. Analiza korelacji pomiędzy opinią badanych o potrzebie poznania dawcy przez biorcę a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0596	0,0545	0,0326	0,0617	0,0726	0,0446
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,491	0,529	0,706	0,476	0,401	0,607

Pytanie: Czy według Pani/Pana śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka?

Tabela XXXI. Analiza korelacji pomiędzy opinią badanych o równoznaczności śmierci mózgu ze śmiercią człowieka a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1256	0,0496	0,0374	0,0245	0,2034	0,1875
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,145	0,566	0,666	0,777	0,018	0,049

Stwierdzono, że osoby stanu wolnego istotnie częściej niż żyjące w związku potwierdzały równoznaczność śmierci mózgu ze śmiercią człowieka – stan wolny 75,32%, w związku 52,54% (Tabl.XXXI).

Otrzymano, że osoby wierzące i praktykujące istotnie częściej nie były przekonane o jednoznaczności śmierci mózgu ze śmiercią człowieka – wierzący, praktykujący 56,94%, wierzący, niepraktykujący 76,00%, niewierzący 71,42% (Tabl.XXXII).

Tabela XXXII. Równoznaczność śmierci mózgu ze śmiercią człowieka a stan cywilny

Odpowiedź	Stan cywilny	
	wolny (n=77)	w związku (n=59)
Tak	58	31
	75,32%	52,54%
Nie	8	14
	10,39%	23,73%
Nie wiem	11	14
	14,29%	23,73%

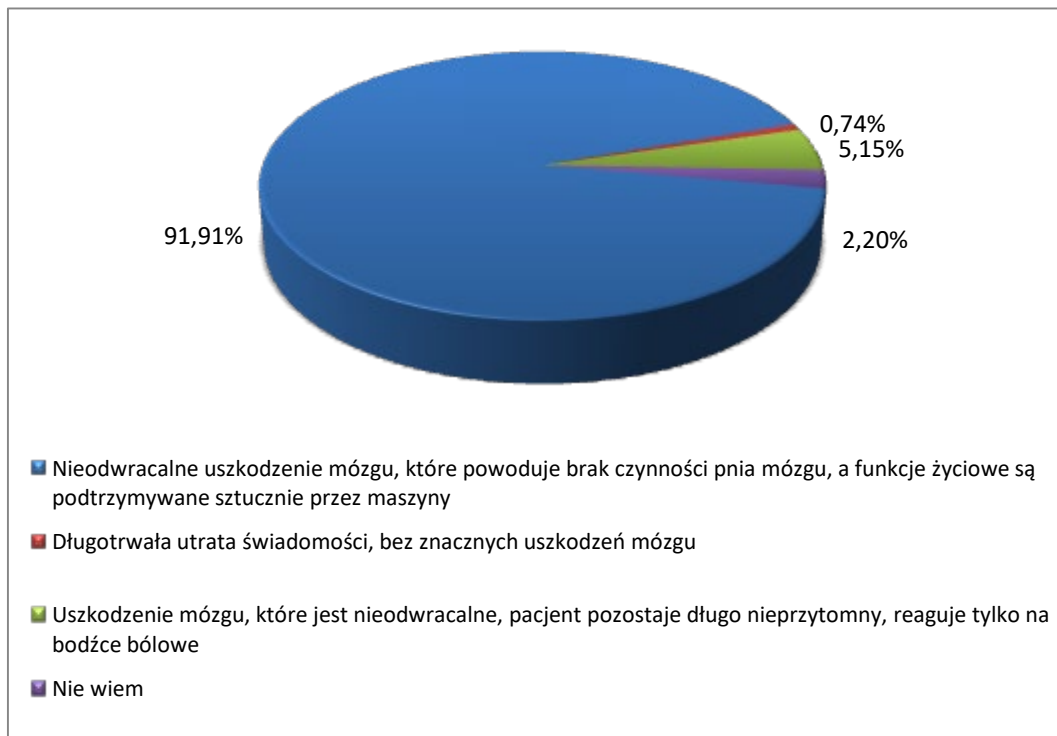
Tabela XXXIII. Równoznaczność śmierci mózgu ze śmiercią człowieka a stosunek badanych do religii

Odpowiedź	Religia		
	Osoba wierząca, praktykująca (n=72)	Osoba wierząca, niepraktykująca (n=50)	Osoba niewierząca (n=14)
Tak	41	38	10
	56,94%	76,00%	71,42%
Nie	14	6	2
	19,44%	12,00%	14,29%
Nie	17	6	2
	23,62%	12,00%	14,29%

Pytanie: Śmierć mózgu według Pani/Pana to?

Zdaniem dominującej grupy badanych 91,91% śmierć mózgu to „nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu (odpowiadających za oddychanie, krążenie krwi w ciele), a funkcje życiowe są podtrzymywane sztucznie przez maszyny”.

Pozostali ankietowani wskazali na „długotrwałą utratę świadomości, bez znacznych uszkodzeń mózgu” 0,74%, „uszkodzenie mózgu, które jest nieodwracalne, pacjent pozostaje długo nieprzytomny, reaguje tylko na bodźce bólowe” 5,15%, „nie wiem” 2,20% (Rycina 19).



Rycina 19. Definicja śmierci mózgu w opinii badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na poziom wiedzy badanych w zakresie definicji śmierci mózgu znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXXIII).

Tabela XXXIV. Analiza korelacji pomiędzy wiedzą badanych na temat definicji śmierci mózgu a wybranymi zmiennymi

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
współczynnik korelacji <i>Pearsona</i>	0,0204	0,0934	0,0041	0,1575	0,1103	0,0846
<i>p</i> (poziom istotności $\alpha=0,05$)	0,814	0,280	0,962	0,067	0,201	0,327

Pytanie: Ostateczną decyzję o pobraniu narządów do przeszczepu decyduje?

Zdaniem badanych decyzję o pobraniu narządów do przeszczepu podejmuje rodzina 48,35%, lekarz 38,24%, sąd 12,50%. W przypadku jednostkowym wskazano osobę duchowną 0,74%.

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na opinię badanych o osobie decydującej o pobraniu narządu do przeszczepu znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXXIV).

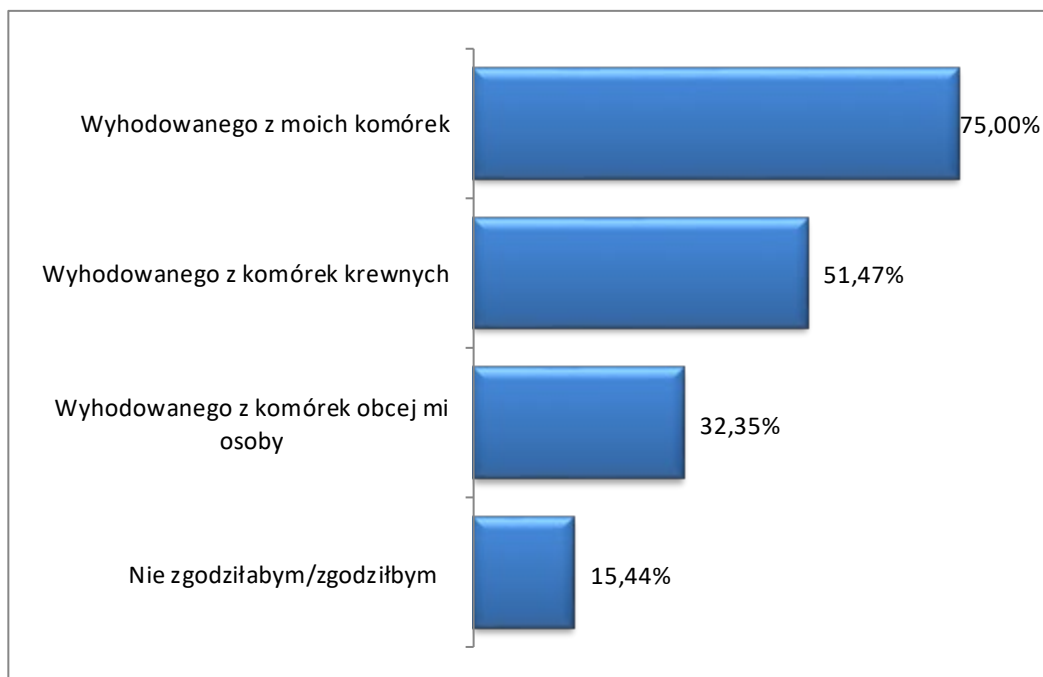
Tabela XXXV. Analiza korelacji pomiędzy opinią badanych o osobie decydującej a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0305	0,0591	0,0711	0,1554	0,0306	0,1186
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,724	0,494	0,411	0,071	0,723	0,169

Pytanie: Czy zgodziłaby/zgodziłbym się Pani/Pan na przeszczepienie sztucznie wyhodowanego w laboratorium narządu?

W badanej grupie zgodę na przeszczep sztucznie wyhodowanego narządu zgodę wyraziłoby 75,00% grupy, w przypadku wykorzystania własnych komórek, 51,47% - z komórek krewnych, 32,35% - z komórek obcej osoby. Zgody na przeszczep nie wyraziłoby 15,44% badanych (Rycina 20).

Stwierdzono, że stosunek do religii istotnie wpływał na postawę badanych wobec zgody na przeszczep narządu wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych. Osoby wierzące, niepraktykujące i niewierzące znacząco częściej wyraziłyby zgodę na przeszczep narządu wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych, szczególnie z komórek macierzystych czy bliskich krewnych (Tabl.XXXV).



(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Rycina 10. Postawa badanych wobec zgody na przeszczep narządu wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych

Tabela XXXVI. Postawa badanych wobec zgody na przeszczep narządu wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych a stosunek badanych do religii (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

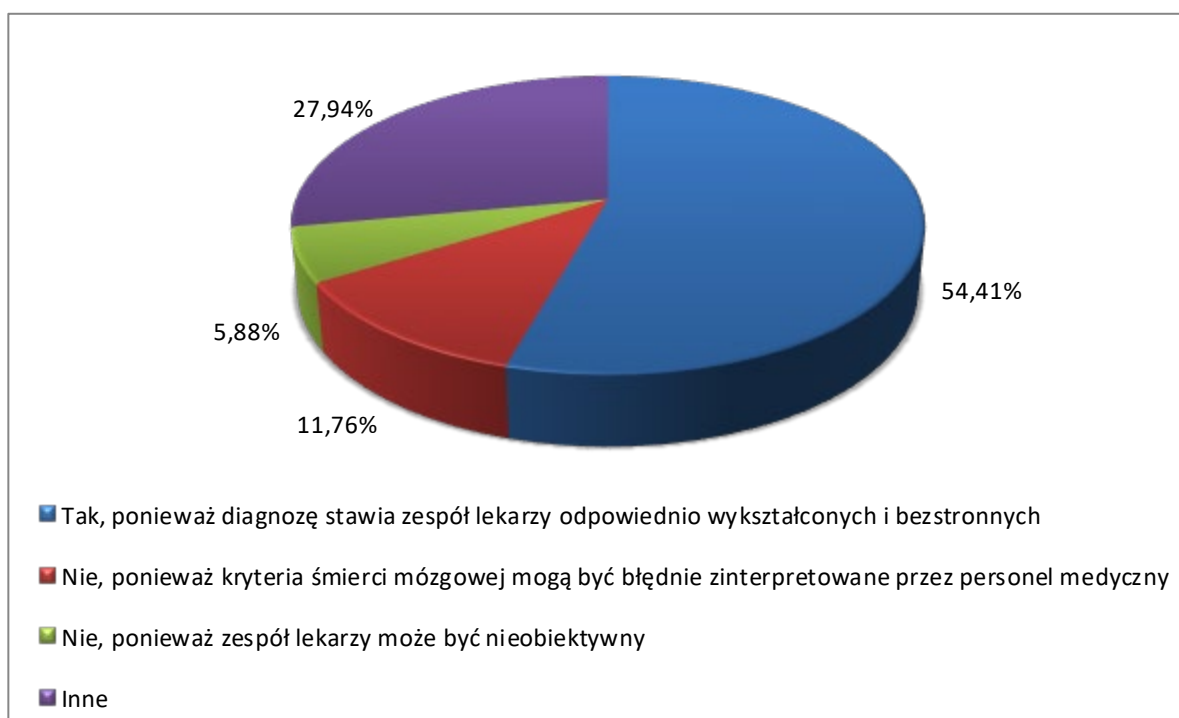
Odpowiedź	Test chi-kwadrat	Religia		
		Osoba wierząca, praktykująca (n=72)	Osoba wierząca, niepraktykująca (n=50)	Osoba niewierząca (n=14)
Wyhodowanego z moich komórek	r=0,2404	46	44	12
	p=0,005	63,89%	88,00%	85,71%
Wyhodowanego z komórek krewnych	r=0,2379	29	31	10
	p=0,005	40,28%	62,00%	71,43%
Wyhodowanego z komórek obcej mi osoby	r=0,3458	12	24	8
	p=0,000	16,67%	48,00%	57,14%
Nie zgodziłabym/zgodziłbym	r=0,2136	16	5	0
	p=0,013	22,22%	10,00%	0,00%

Pytanie: Czy według Pani/Pan ocena spełnienia kryteriów śmierci mózgowej zachodzi w sposób prawidłowy i wiarygodny?

Ankietowani w 54,41% przypadków nie mieli wątpliwości, że ocena spełnienia kryteriów śmierci mózgowej zachodzi w sposób prawidłowy i wiarygodny, gdyż dokonywana jest przez zespół lekarzy odpowiednio wykształconych i bezstronnych. Pozostali badani mieli pewne wątpliwości: 11,76% wskazało na ryzyko popełnienia błędu przez personel medyczny, a 5,88% zarzucało możliwy brak obiektywizmu (Rycina 21).

Stwierdzono, że z wiekiem badani znacząco częściej potwierdzali wiarygodność oceny śmierci mózgowej stawianą przez zespół lekarski (Tabl.XXXVI).

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na ocenę wiarygodności oceny śmierci mózgowej znacząco wpływał wiek badanego (Tabl.XXXVII).



Rycina 21. Wiarygodność oceny śmierci mózgowej w opinii badanych

Tabela XXXVII. Wiarygodność oceny śmierci mózgowej a wiek badanych

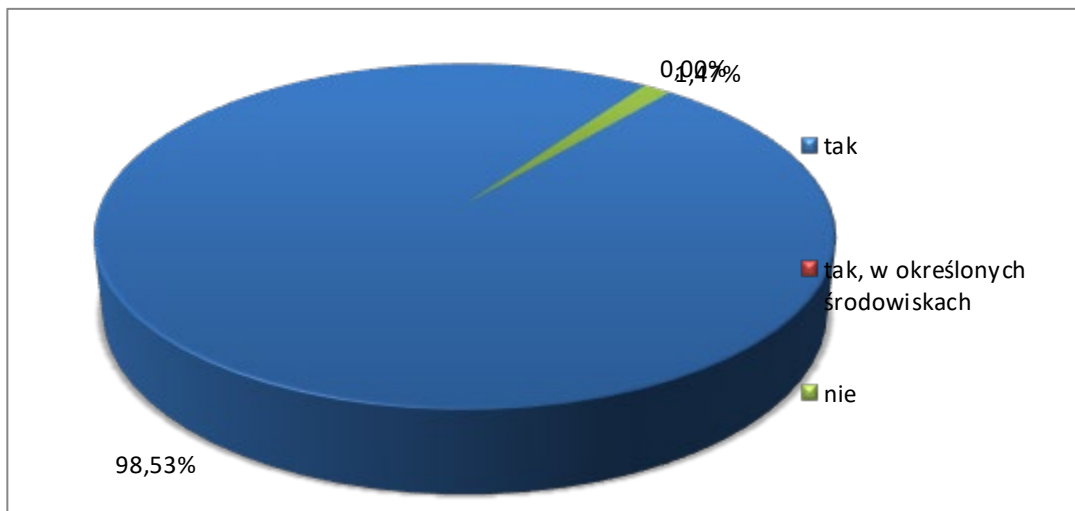
Odpowiedź	Wiek			
	<25 r.ż. (n=46)	25-34 lata (n=49)	35-44 lata (n=20)	>45 lat (n=21)
Tak, ponieważ diagnozę stawia zespół lekarzy odpowiednio wykształconych i bezstronnych	22	24	13	15
	47,83%	48,98%	65,00%	71,43%
Nie, ponieważ kryteria śmierci mózgowej mogą być błędnie zinterpretowane przez personel medyczny	5	6	2	3
	10,87%	12,24%	10,00%	14,29%
Nie, ponieważ zespół lekarzy może być nieobiektywny	3	2	1	2
	6,52%	4,09%	5,00%	9,52%
Inne	16	17	4	1
	34,78%	34,69%	20,00%	4,76%

Tabela XXXVIII. Analiza korelacji pomiędzy oceną wiarygodności oceny śmierci mózgowej a wybranymi zmiennymi

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0195	0,2161	0,1306	0,0257	0,1398	0,0647
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,822	0,011	0,130	0,766	0,105	0,454

Pytanie: Czy uważa Pani/Pan, że akcje uświadamiające odnośnie transplantacji narządów są konieczne?

Prawie wszyscy ankietowani dostrzegali potrzebę akcji promujących transplantację narządów w Polsce, we wszystkich środowiskach 98,53% (Rycina 22).



Rycina 11. Potrzeba akcji promujących transplantację narządów w opinii badanych

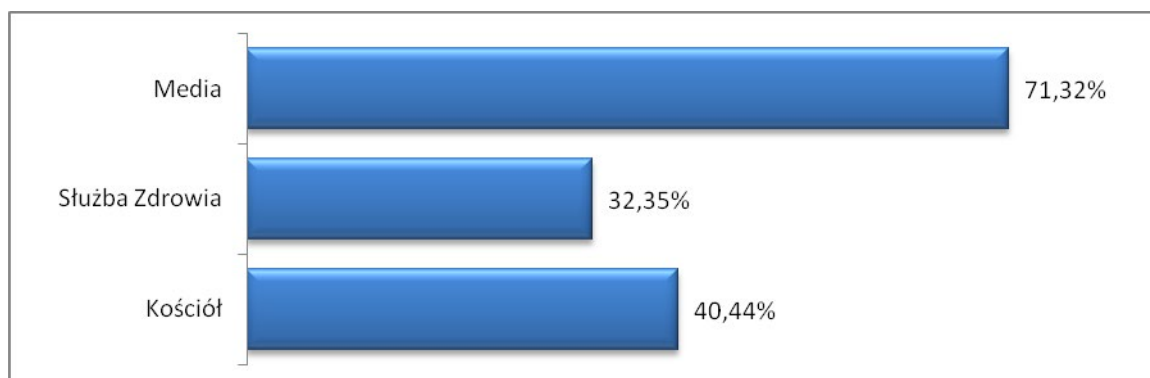
W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na opinię badanych o potrzebie promocji transplantologii w Polsce znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXXVIII).

Tabela XXXIX. Analiza korelacji pomiędzy potrzebą akcji promocyjnych a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0932	0,1604	0,0919	0,0182	0,1396	0,1044
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,281	0,055	0,287	0,834	0,105	0,226

Pytanie: Jakie jednostki wpłynęłyby najbardziej na mentalność społeczeństwa na temat transplantacji?

Ankietowani określili, że na mentalność społeczną na temat transplantacji największy wpływ miałyby media 71,32%, a w mniejszym stopniu Kościół 40,44% i Służba Zdrowia 32,35% (Rycina 23).



Rycina 23. Instytucje kształtujące mentalność społeczną w opinii badanych

(wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Pytanie: Czy pobieranie narządów od dzieci jest właściwe?

W kwestii pobierania narządów od dzieci 47,06% badanych uważało to za postępowanie właściwe moralnie. Odpowiedź negatywną wskazało 27,21% stwierdzając brak możliwości samodzielnego udziału dziecka w decyzji. Co czwarta osoba nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie 25,74%.

Tabela XL. Analiza korelacji pomiędzy postawą badanych wobec pobierania narządów od dzieci a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0684	0,1527	0,0450	0,1665	0,0231	0,0625
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,429	0,076	0,603	0,053	0,790	0,470

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na postawę badanych wobec pobierania narządów od dzieci znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XXXIX).

Pytanie: Czy przeszczepianie narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie (uzależnienie od alkoholu, narkotyków itp.) powinno być zakazane?

Zdania wobec zakazu przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie były podzielone: tak 51,47%, nie 48,53% .

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że na postawę badanych wobec przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie znacząco wpływały zmienne takie jak płeć oraz poziom wykształcenia (Tabl.XL).

Otrzymano, że mężczyźni istotnie częściej niż kobiety byli za zakazem przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje życie – kobiety 44,19%, mężczyźni 64,00% (Tabl.XLI).

Stwierdzono, że osoby z wykształceniem niższym istotnie częściej były za zakazem przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje życie – średnie/zawodowe 65,52%, wyższe 41,03% (Tabl.XLII).

Tabela XLI. Analiza korelacji pomiędzy postawą badanych wobec zakazu przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie a wybranymi zmiennymi

<i>Wynik testu chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,1912	0,0456	0,0221	0,2424	0,0781	0,0625
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,026	0,598	0,798	0,004	0,366	0,470

Tabela XLII. Postawa badanych wobec zakazu przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie a płeć badanych

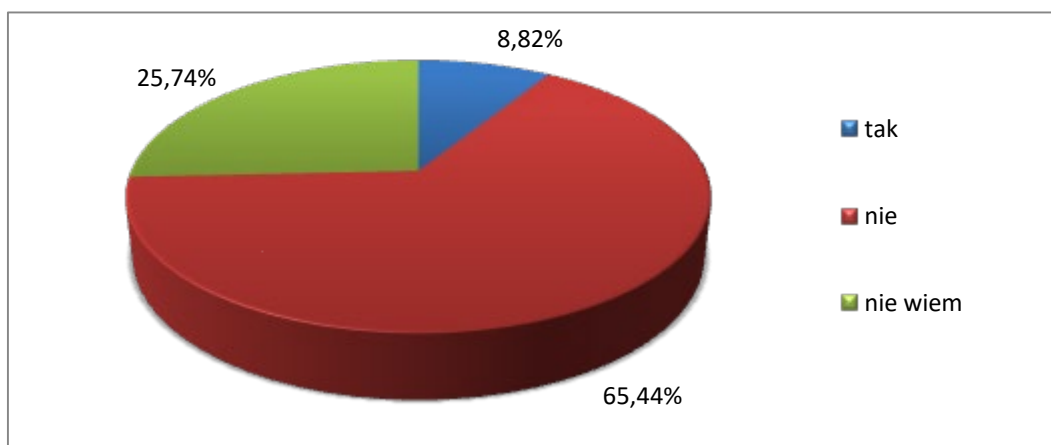
Odpowiedź	Płeć	
	Kobiety (n=86)	Mężczyźni (n=50)
Tak	38	32
	44,19%	64,00%
Nie	48	18
	55,81%	36,00%

Tabela XLIII. Postawa badanych wobec zakazu przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie a poziom wykształcenia badanych

Odpowiedź	Wykształcenie	
	Średnie/zawodowe (n=58)	Wyższe (n=78)
Tak	38	32
	65,52%	41,03%
Nie	20	46
	34,48%	58,97%

Pytanie: *Czy uważa Pani/Pan, że biorca po przeszczepie nabywa cechy charakteru od dawcy?*

Tylko nieliczni ankietowani uważali, że biorcą po przeszczepie nabiera cech charakteru dawcy – odpowiedź wskazało 8,82% grupy. Większość badanych stwierdziła, że sytuacja ta nie ma miejsca 65,44%. Co czwarty badany nie miał jednoznacznej opinii w tej kwestii 25,74% (Rycina 24).



Rycina 24. Nabieranie przez biorcę cech charakteru dawcy w opinii badanych

W wyniku przeprowadzonych analiz nie stwierdzono, aby na opinię badanych na temat nabierania przez biorcę cech charakteru dawcy narządu znacząco wpływały zmienne takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilnych czy stosunek do religii badanego (Tabl.XLIII).

Tabela XLIV. Analiza korelacji pomiędzy opinią badanych na temat nabierania przez biorcę cech charakteru dawcy narządu a wybranymi zmiennymi

Wynik testu <i>chi-kwadrat</i>	Zmienne					
	Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Stan cywilny	Religia
<i>współczynnik korelacji Pearsona</i>	0,0689	0,0788	0,0181	0,0579	0,0796	0,1205
<i>p (poziom istotności $\alpha=0,05$)</i>	0,425	0,362	0,834	0,503	0,357	0,162

DYSKUSJA

Przeszczepianie narządów jest metodą, która ratuje ludzkie życie. Chory potrzebuje zdrowego narządu, aby mógł dalej cieszyć się życiem. Transplantologia stanowi jedną z wielu specjalności medycznych, która budzi wiele kontrowersji natury etycznej i moralnej. Przyszłość transplantologii w znacznej mierze zależy od poziomu akceptacji społecznej oraz

gotowości pomocy drugiemu człowiekowi. W Polsce transplantacje narządów są niemal powszechnie aprobowane, jednak nadal wykonuje się ich zbyt mało.

W niniejszej pracy przedstawiono poziom wiedzy oraz stosunek do transplantacji narządów wśród mieszkańców województwa podlaskiego. W grupie 136 osób było 86 kobiet i 50 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła 31,60 lat ($\pm 10,43$). Badani prezentowali wysoki poziom wykształcenia: wyższe 57,35%, średnie 36,03%, zawodowe 6,62%. Większość była mieszkańcami miast 77,94%, gdy mieszkańcy wsi stanowili 22,06%.

Wiedza jest pierwszym krokiem do świadomej decyzji człowieka. Przekonanie, że warto, pobudza do działania i poświęcenia. Jak przytacza Patryk Wojciechowski i Monika Szpringer [13]: w transplantologii poza człowiekiem chorym i lekarzem wykonującym zabieg – potrzebny jest narząd pobrany od innego człowieka. Dawcą organu może zostać żywy dawca bądź osoba zmarła [14].

W badaniach własnych ankietowani najczęściej określali transplantację jako przeszczep narządu, tkanki lub komórki z jednego organizmu na drugi (87,50%). Ankietowani jako narząd możliwy do przeszczepu wskazywali przede wszystkim nerki 94,12% oraz fragmenty wątroby 89,71%, a także płuca 25,74%, serce 16,91%, trzustkę 10,29%. Osoby biorące udział w badaniu nie miały wątpliwości, że pobranie narządu od osoby zmarłej może przyczynić się do uratowania życia innej żywej osoby (97,79%). Badani byli świadomi, że narządy można pobrać także od żywego dawcy (91,19%). Gotowość oddania własnych narządów za życia do przeszczepu wyraziło 52,94% grupy, w tym istotnie częściej kobiety 61,63% niż mężczyźni 38,00%. W kwestii stania się żywym dawcą nerki lub fragmentu wątroby udział ten był wyższy i wynosił 80,88% z tym, że 54,41% zaznaczyło iż tylko w przypadku bliskiej im osoby. Natomiast deklarację oddania do przeszczepu narządów po śmierci wyraziło 73,53% badanych.

Otrzymane wyniki korespondowały z badaniami CBOS. Według raportu większość Polaków (74%) godzi się na oddanie swoich narządów po śmierci [15]. Potwierdzają to także w swoich badaniach Zofia Uzdalewicz i Eleonora Mess [16]. Badania autorek wykazały, że Polacy wykazują znaczącą wiedzę na temat przeszczepów bez względu na wykonywany zawód. Gotowość oddania narządów po śmierci deklarowały zarówno osoby z wykształceniem medycznym (69,21%), jak również w grupie zawodów niemedycznych (60,7%). Zofia Uzdalewicz i Eleonora Mess wskazują, że dla Polaków znaczenie ma to, kto

będzie biorcą (29,6%), co również dowodzą badania własne. Jednak podkreślają, że według polskiego prawa nie wykonuje się transplantacji ze wskazaniem [16].

Według Marty Makary-Studzińskiej i wsp. [14] w środowisku pielęgniarek większość popiera ideę transplantologii. Personel pielęgniarski biorący udział w badaniu był zdecydowany i raczej zdecydowany na oddanie swoich narządów po śmierci (73%), ale w mniejszym stopniu wyrażał gotowość oddania swoich narządów za życia: zdecydowanie tak 56% i raczej tak 5%. Marta Makara-Skaradzińska zwraca uwagę na fakt, że w grupie badanych zdecydowanych na ofiarowanie swoich narządów po śmierci do przeszczepu 100% zgodziłoby się również na oddanie swoich narządów za życia, z tym jak podkreśla autorka: 44% tylko osobie bliskiej [14].

Patryk Wojciechowski i Monika Szpringer [13] skierowali temat transplantologii do ludzi wkraczających w dorosłość: licealistów i studentów z terenu Kielc. Autorzy uzyskali, że większość młodych ludzi traktuje transplantologię jako jedną z form ratowania zdrowia i życia innych ludzi (89,5%). Tylko w przypadkach jednostkowych zanotowano brak akceptacji takiej formy leczenia (1%). Prezentowana przez licealistów i studentów postawa miała swój wydzźwięk w wysokiej gotowości oddania własnych narządów po śmierci (91,1%) [13].

Otwartość młodych ludzi na transplantologię potwierdza także Marzena Humańska i Katarzyna Michalina Dudek [17]. W badaniu sondażowym przeprowadzonym wśród gimnazjalistów z Inowrocławia i Kościelca autorki otrzymały, że 90,0% respondentów akceptowało pobieranie narządów od osób zmarłych oraz 93,3% wśród badanych w sytuacji zagrożenia życia i konieczności wykonania przeszczepu przyjąłaby cudzy narząd. Gimnazjaliści w 70,8% potwierdzili gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia, jak również w 75% - do oddania narządu po śmierci w celu przeszczepienia go innej osobie [17].

Wyniki badań własnych wydają się „krzyczeć”: jesteśmy społeczeństwem otwartym na transplantologię, popieramy tę metodę leczenia, jesteśmy gotowi być dawcami narządów, chcemy ratować ludzkie życie! Dlaczego jednak liczba dokonywanych przeszczepów narządów od zmarłych czy osób żywych jest ciągle tak niska? Najlepiej obrazuje to sytuacja osób oczekujących na nerkę. W roku 2017 wykonano 1004 przeszczepy tego organu. Według Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant", pod koniec grudnia 2017 r. na przeszczep nerki oczekiwało w naszym kraju nadal 1032 pacjentów. „Poltransplant” informuje, że odsetek transplantacji nerek od żywego dawcy w odniesieniu do

ogółu przeszczepów tego narządu stanowi w Polsce zaledwie 5%, podczas gdy w Stanach Zjednoczonych 30%, a w Holandii – 50% [18].

Polskiej transplantologii sprzyja również prawo. Obowiązuje zasada zgody domniemanej, a więc narządy można pobrać od każdego, kto wcześniej nie wniósł formalnego sprzeciwu poprzez wpisanie się do odpowiedniego rejestru [16]. Czy jednak prawo jest egzekwowane? Jaki udział w decyzji o pobraniu narządów ma rodzina zmarłego? Czy ignorowanie jej sprzeciwu przysłużyłoby się transplantologii? Jak wskazują Zofia Uzdalewicz i Eleonora Mess mimo dużej wiedzy i chęci pomocy, pobieranie narządów w naszym kraju nie działa wystarczająco skutecznie [16].

W badaniach własnych terminy zgoda domniemana oraz oświadczenie woli były znane odpowiednio 62,50% i 95,95% respondentom. Gotowość podpisania oświadczenia woli wyraziło 67,65% grupy, a 78,68% deklaroowało noszenie dokumentu przy sobie. Wśród czynników motywujących do podpisania oświadczenia woli ankietowani wskazali: formularz oświadczenia otrzymany przypadkowo 35,29%, osoby bliskie 26,47%, akcja promująca 6,62%, samodzielnie podjęta decyzja na podstawie zdobytej wiedzy 10,29%. W kwestii pobrania narządów po śmierci 69,12% badanych wskazało, że lekarz powinien uzyskać zgodę najbliższej rodziny zmarłego. Zdaniem badanych wola najbliższych powinna być ostateczną decyzją 48,35%. W opinii ankietowanych brak zgody na przeszczep może wynikać z nieznamośności problemów medycznych 33,09%, względów emocjonalnych 25,74%, obawy przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu przez lekarza 18,38%, przekonań religijnych 13,97%, obawy o niewłaściwe wykorzystanie narządów 12,50%, obawy o oszpecenie ciała zmarłego 9,56%. Wśród ankietowanych 58,82% potwierdziło, że wyraziłoby zgodę na pobranie narządu od zmarłego członka rodziny. Należy zaznaczyć, że rodzina знаła wolę badanych w kwestii oddania narządów po ich śmierci w 58,82% przypadków – częściej u kobiet niż mężczyzn, wśród osób z wykształceniem wyższym oraz osób wierzących praktykujących i niepraktykujących.

Także Zofia Uzdalewicz i Eleonora Mess [16] potwierdzają istotny udział rodziny zmarłego przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów – postawa ta dotyczyła zarówno osób związanych z medycyną (78,9%), jak również wykonujących zawody inne niż medyczne (86,0%). Autorki wskazują, że przyczyną odmowy rodziny na pobranie narządów od zmarłego są emocje po zgonie bliskiej osoby (71,9%), nadzieja, że pomimo stwierdzenia śmierci mózgu pacjent się „obudzi” (71,9%), przekonania religijne (57,9%), niewiedza

(57,9%). Tak jak w badaniach własnych tylko co druga osoba potwierdziła, że jej bliscy znają stosunek i wolę do przeszczepu narządów po śmierci (53,5%) [16]. Raport CBOS [15] podaje, że odmowa rodziny jest powodowana przekonaniem religijnym (23%), niechęcią do ingerowania w ciało zmarłego (17%), niewiedzą (14%), silnymi emocjami (8%), brakiem wiary w system (5%), tradycją (4%) [15].

Natomiast Marta Makara-Studzińska [14] donosi w swoich badaniach o niskiej świadomości personelu pielęgniarskiego na temat zgody domniemanej w kontekście transplantacji narządów od nieżyjącego dawcy. Wiedzą w tym zakresie wykazało się 68% grupy, w tym znacząco częściej pielęgniarki z oddziałów anestezjologicznych (96%) oraz chirurgicznych (88%), gdy dla przykładu na ginekologii tylko co druga badana (48%) [48]. U Patryka Wojciechowskiego i Moniki Szpringer [13] spora część młodych ludzi (77,3%) nie sprzeciwiłaby się pobraniu narządów od zmarłej bliskiej osoby. Ale również większość badanych osób (60,5%) uważała, że pobranie organów od zmarłej osoby, pomimo sprzeciwu rodziny, możliwe jest jedynie w przypadku, gdy wiadomo, że osoba za życia wyraziła taką zgodę. Prezentowana postawa jest odbiciem oczekiwań społecznych Polaków. Wśród ankietowanych licealistów i studentów oświadczenie woli podpisało 31,6% i większość (71,9%) nosiła je przy sobie. Autorzy wskazują, że ponad 85% osób przed podpisaniem zgody na pobranie narządów po śmierci przedstawiło swoją decyzję rodzinie [13].

Raport CBOS potwierdza, że oczekiwania społeczne dotyczące zgody na pobranie narządów po śmierci wskazują na potrzebę zmiany zasady zgody domniemanej na zasadę zgody wyrażonej, szczególnie iż tylko co dziesiąta osoba ma świadomość, że do pobrania narządów wystarczy brak sprzeciwu za życia [15]. W badaniach własnych tylko 32,35% spotkało się z terminem Centralny Rejestr Sprzeciwów, ale za to wszyscy ankietowani wiedzieli, że w przypadku braku zgody na oddanie narządów po śmierci muszą wyrazić swój sprzeciw za życia korzystając z CRS, oświadczenia pisemnego lub ustnego w obecności co najmniej dwóch świadków. Praktyka zgody domniemanej jest stosowana w większości krajów europejskich – zmarły za życia musi wyrazić swój sprzeciw na pobranie narządów [13].

Rozmowy o transplantologii dotyczą najgłębszych tajemnic człowieka. Najczęściej decyzja o przeszczepie narządów podejmowana jest w obliczu śmierci. Niewiedza, brak zaufania, przekonania religijne, tradycja, silne emocje – to czynniki, które wskazują iż do zgody na pobranie narządów od bliskiej osoby trzeba być przygotowanym wcześniej.

Edukacja i rozmowa prowadzą do świadomych decyzji, które przechodzą w przekonanie, że można uratować życie drugiego człowieka – narodzić się na nowo [19].

W badaniach własnych 91,91% ankietowanych prawidłowo zdefiniowało śmierć mózgu jako nieodwracalne uszkodzenie mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu, a funkcje życiowe są podtrzymywane sztucznie przez maszyny, jednak tylko 65,44% wskazało, że śmierć mózgu jest jednoznaczna ze śmiercią człowieka. Stwierdzono, że osoby wierzące i praktykujące istotnie częściej nie były przekonane o jednoznaczności śmierci mózgu ze śmiercią człowieka niż pozostali badani. Przyczyną tego stanu może być fakt, że tylko co druga osoba (54,41%) nie miała wątpliwości, że ocena spełnienia kryteriów śmierci mózgowej zachodzi w sposób prawidłowy i wiarygodny, gdyż dokonywana jest przez zespół lekarzy odpowiednio wykształconych i bezstronnych. Analizując transplantologię w kwestiach moralnych i etycznych otrzymano, że zgodę na przeszczep sztucznie wyhodowanego narządu zgodę wyraziłoby 75,00% grupy, w przypadku wykorzystania własnych komórek, 51,47% - z komórek krewnych, 32,35% - z komórek obcej osoby. Stwierdzono, że prezentowane postawy były znacząco rzadsze w grupie osób wierzących i praktykujących. Wynikiem kontrowersyjnym jest opinia badanych na temat pobierania narządów od dzieci – w opinii 47,06% jest to działanie właściwe, gdy odpowiedzi przeczącej udzieliło 27,21% grupy. Co druga osoba (51,47%) była skłonna wprowadzić zakaz przeszczepiania narządów osobom, które świadomie niszczą swoje zdrowie (alkoholizm, narkomania, itp.). Badani byli przekonani, że wraz z narządem nie przeszczepia się cech charakteru dawcy (nie-65,44%, tak-8,82%)

W badaniach własnych reprezentowany poziom wiedzy był zadowalający, jednak zdaniem 98,53% ankietowanych osób istnieje potrzeba akcji promujących transplantację narządów w Polsce. Zdaniem badanych na mentalność społeczną na temat transplantacji największy wpływ miałyby media 71,32%, a w mniejszym stopniu Kościół 40,44% i Służba Zdrowia 32,35%.

Jak donosi Iza Marcickiewicz i Stanisław Głuszek [20] w Kielcach po kampanii promocyjnej „Przeszczep to drugie życie” wzrosła liczba pobrań narządów. Różnorodność działań stowarzyszeń i fundacji zaangażowanych w propagowanie transplantologii pogłębia i uaktualnia wiedzę społeczeństwa na ten temat [20].

Za potrzebą większej popularyzacji transplantologii w Polsce wnioskowały również Zofia Uzdalewicz i Eleonora Mess [16]. Marta Makara-Studzińska i wsp. [14] kończy swoje

badania konkluzją: adekwatny poziom wiedzy jest bezwzględnie istotnym czynnikiem wpływającym na gotowość ofiarowania własnych organów do przeszczepu. Według Marzeny Humańskiej i Katarzyny Michaliny Dudek [17] potrzebę edukacji dostrzegają również ludzie młodzi stwierdzając, że wiedza polskiego społeczeństwa o transplantacji nie jest wystarczająca. Badana młodzież wyraziła przekonanie, że większa świadomość społeczeństwa na temat transplantacji może mieć wpływ na liczbę przeszczepów [17]. Także Patryk Wojciechowski i Monika Szpringer [13] wskazują, że zbyt niski poziom wiedzy ogranicza podejmowanie decyzji w świadomy sposób. Pomimo powszechnej akceptacji transplantologii istnieje potrzeba różnego rodzaju kampanii edukacyjnych na temat przeszczepiania narządów, informujących polskie społeczeństwo o potrzebach oraz efektach leczenia. Niezbędne jest zachęcanie do wyrażania swojego zdania na temat dawstwa swoich narządów po śmierci [13].

Wydaje się, że w Polsce nie ma potrzeby prowadzenia dyskusji czy przeszczepianie narządów jest dobre czy złe. Społeczeństwo polskie wyraża powszechną akceptację transplantologii. Pozostało tylko dobre chęci zamienić w czyn i poprzez nieustającą promocję, zaangażowanie mediów i pracowników służby zdrowia rozpędzić tę maszynę ratującą ludzkie życie.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy badanych na temat przeszczepu narządów był zadowalający - ankietowani znali funkcjonujące terminy: transplantologia, oświadczenie woli, zgoda domniemana oraz mieli świadomość, że pobranie narządu od osoby zmarłej może przyczynić się do uratowania życia innej żywej.
2. Należałoby uzupełnić wiedzę społeczną w zakresie Centralnego Rejestru Sprzeciwu.
3. Ponad połowa badanych wyraziła gotowość podpisania oświadczenia woli i stania się dawcą narządów po swojej śmierci.
4. Większość osób biorących udział w badaniu potwierdziła, że bliscy znają ich wolę w stosunku do pobrania narządów po śmierci.

5. Ankietowani prawidłowo definiowali termin „śmierć mózgu”, ale w nie dla wszystkich śmierć mózgu była jednoznaczna ze śmiercią człowieka – najczęściej swoją wątpliwość wyrażały osoby wierzące i praktykujące.
6. Zdecydowana większość badanych wyraziłaby zgodę na przeszczep wyhodowanego w warunkach laboratoryjnych narządu, szczególnie w przypadku wykorzystania komórek macierzystych czy komórek ich krewnych.
7. Religia i praktyki religijne znacząco wpływały na postawę badanych wobec transplantologii.
8. W badaniu nie uzyskano jednoznacznej opinii ankietowanych wobec zakazu przeszczepiania narządów osobom, które same niszczą swoje zdrowie (uzależnienie od alkoholu, narkotyków, itp.) – kobiety i osoby z wykształceniem wyższym znacząco częściej nie traktowały tego czynnika jako dyskwalifikującego człowieka do przeszczepu ratującego mu życie.
9. Ankietowani potwierdzili potrzebę akcji promujących transplantację narządów w Polsce we wszystkich środowiskach szczególnie, że jak wskazano przypadkowo otrzymany formularz oświadczenia woli, może pomóc w podjęciu odkładanej decyzji.

PIŚMIENNICTWO

1. Szymczak M. (red.) Słownik języka polskiego, Warszawa 1989, 3, 525.
2. Zalewski Z.: Problematyka zgody domniemanej [w:] Etyczne aspekty transplantacji, Komisja Etyki ORL w Krakowie pod red. Cieplę S., Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2009, 28-35.
3. Rowiński W., Bohatyrewicz R., Boratyńska M.: Podstawy transplantologii [w:] Podstawy chirurgii Tom 1, pod. red. Szmidta J., wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, 395-449.
4. Sterkowicz S.: Historia pierwszych transplantacji serca w Polsce. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2009, 6 (3), 313–316.
5. Skalski J.: Historia przeszczepiania narządów w: CX News Magazyn Medyczny, 2009, 2, 28.
6. Guzik- Makaruk E. M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym, wyd. Termida 2, Białystok 2008.
7. Milecka A., Wenski W.: Zasady oceny, kwalifikacji oraz zgłaszania dawcy narządów- rola „Poltransplantu” [w:] Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania

- zmarłych dawców do pobrania narządów, pod red. Rutkowskiego B., Kalicińskiego P., Śledzińskiego Z., Wujtewicz M., Mileckiej A. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009, 57-68.
8. Jankowski Z., Milecka A., Raszeja S.: Prawne podstawy przeszczepiania narządów [w:] Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów, pod red. Rutkowskiego B., Kalicińskiego P., Śledzińskiego Z., Wujtewicz M., Mileckiej A. wyd. Via Medica, Gdańsk 2009, 12-17.
 9. Gozdowska J., Kieszek R.: Dawca żywy narządów, ocena i kwalifikacja dawcy. Przeszczepienie nerki od żywego dawcy, Klinika Medycyny Transplantacyjnej, UWM, Olsztyn 2005.
 10. Kruszyna T., Mileniak I.: Koordynacja pobrania narządów od dawcy zmarłego- krok po kroku. Medycyna Praktyczna Chirurgia 2010,6, 96.
 11. http://www.przeszczep.pl/67foz_7_zycie_po_transplantacji.htm.
 12. Król B., Zembala-John J.: Transplantacja narządów, aspekty medyczne, prawne i organizacyjne. Zabrze 2013.
 13. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków, Studia Medyczne, 2012, 3, 45-52.
 14. Makara-Studzińska M., Kowalska A.J., Jakubowska K.: Poziom wiedzy oraz opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 1, 31-36
 15. Komunikat badań CBOS, BS/105/2012, Postawy wobec przeszczepiania narządów, CBOS, Warszawa 2012, 1-15.
 16. Uzdalewicz Z., Mess E.: Czynniki wpływające na stan wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji narządów, Problemy Pielęgniarstwa, 2016, 3/4, 232–237.
 17. Humańska M., Dudek M.K.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów, <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.004>, pobrano 14-03-2018
 18. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2017.html, pobrano 14-03-2018
 19. Sielicka E.: Edukacja ponad granicami – transplantologia, Teraźniejszość-Człowiek-Edukacja, 2015, 4, 83-94.
 20. Marcinkiewicz I., Głuszek S.: Wiedza mieszkańców województwa świętokrzyskiego na temat transplantologii, Studia Medyczne, 2014, 3, 173–179.

PIELEGNOWANIE PACJENTA Z RZUTOWO – REMITUJĄCĄ POSTACIĄ STWARDNIENIA ROZSIANEGO LECZONEGO INTERFERONEM W CZASIE RZUTU CHOROBY

Rafał Wasilewski¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży ul. Akademicka 14
18-400 Łomża
2. Szpital Wojewódzki w Łomży Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża

WSTĘP

Stwardnienie Rozsiane jest najczęściej występującą chorobą demielinizacyjną. To choroba OUN z ogniskową demielinizacją istoty białej. Może wystąpić u osób w każdym wieku, SM rozwija się powoli, ma okresy rozwoju gdzie dolegliwości narastają bardzo szybko i okresy zastoju co potrafi wprowadzić chorego w błędną myśl, że wyzdrowiał. Na SM nie ma aktualnie leku, przyczyna nie została wyjaśniona, choroba prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego [1,2,3].

Ważnym wydarzeniem w kształtowaniu poglądów na temat Stwardnienia Rozsianego rozpoczął się w 1993 roku, kiedy odkryto pierwszy lek na SM- interferon beta. Łagodził i zmniejszał on liczbę zaostrzeń choroby i zauważalnie wpływał na czas rozwoju choroby. Interferon ingerował w funkcje układu immunologicznego co pasowało do aktualnej teorii na temat SM. Stwardnienie Rozsiane jest najintensywniej badaną chorobą neurologiczną gdyż zaczęto uważać, że SM poddaje się leczeniu [2,3,4].

Chorobowość SM na świecie jest bardzo różna, występują bardzo duże wahania, współczynnik chorobowości waha się od 15 do 180 na 100 000 osób. Najwyższy współczynnik występuje w północnej części Europy środkowej części Ameryki Północnej i południowej Australii[4]. Badacze zaobserwowali, że częstość występowania wzrasta wraz ze zwiększeniem się szerokości geograficznej, a obniża się przy zbliżaniu do równika [5,6].

Polska jest jednym z krajów o wysokiej częstotliwości występowania SM. Zapadalności w Polsce wynosi od 45-92 przypadków na 100 000 mieszkańców. Autorzy stwierdzają, że rocznie zauważa się 2000 nowych chorych, co może znaczyć, że 40 000-60 000 Polaków cierpi na SM [7].

W Polsce zaczęto prowadzić rejestr chorych na SM dopiero od 2011, a i to tylko w województwie świętokrzyskim. W 2013 rejestr ten został przekształcony w ogólnopolski rejestr chorych na SM. Współczynnik chorobowości w Polsce jest różny, jednak najbardziej niepokojące były województwa podlaskie (22,92) i opolskie (55,22) [4, 8].

Przyczyna SM nie została jeszcze odkryta, podejrzewa się wpływ różnych czynników takich jak środowiskowe, genetyczne i odpornościowe[2]. Zauważono, że istotne jest nawet miejsce urodzenia i czas migracji, jednak jak autor napomniął, zależność występowania SM w poszczególnych szerokościach geograficznych istnieje tylko w okresie pierwszych piętnastu lat[6]. Badania wykazały, że osoby emigrujące w wieku dorosłym ze stref o wysokim ryzyku do stref małego ryzyka dalej są tak samo narażone, ale kiedy taka osoba emigruje ze strefy o małym ryzyku do strefy z wysokim ryzykiem zachowuje swoje „prawdopodobieństwo” zapadnięcia na SM, dzieci jednak to nie dotyczy [6].

Powszechnie wiadomo, że kobiety zapadają na SM częściej w stosunku 2:1, co znaczy, że wpływ na chorobę ma nie tylko położenie geograficzne, ale i płeć [4].

W wielu badaniach zaobserwowano, że na SM zapada się głównie pomiędzy 20-40 rokiem życia, jednak są przypadki gdzie na SM zapadają dzieci w już przed 10 rokiem życia [4].

Badania Sadovnick ukazały, że od 10% do 15% wszystkich zachorowań na SM stanowi rodzina. Prawdopodobieństwo zachorowania na SM w przypadku pokrewieństwa pierwszego stopnia jest do 20-30 razy większe, niż w klasycznym przypadku. W przypadku pokrewieństwa drugiego stopnia jest test około 3 razy większe, co znaczy, że choroba może mieć podłoże genetyczne [4].

Etiologia choroby jest nieznana, jednak w SM zauważono wiele nieprawidłowości w układzie autoimmunologicznym wskazuje na patologie o charakterze autoagresji [9,10].

Do najbardziej typowych objawów stwardnienia rozsianego należą:

1. Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, po kilku tygodniach rozwija się zanik nerwu, przede wszystkim skroniowe zblednięcie tarczy;
2. Porażenie nerwów ruchowych gałek ocznych, zwłaszcza tzw. Porażenie międzyjądrowe;
3. Oczopląs;

4. Drżenie zamiarowe;
5. Mowa skandowana;
6. Inne objawy ataksji mózdkowej;
7. Brak odruchów brzusznych [10,11];
8. Uporczywe parestezję w kończynach i na tułowie (typowe parestezję występują w postaci objawu Lhermitte’a, tj. uczucia przebiegania prądu wzdłuż kręgosłupa, zwłaszcza po pochyleniu głowy, objaw ten występuje czasem w innych chorobach rdzenia)[9];
9. kurczowy niedowład kończyn dolnych;
10. Zaburzenia czynności zwieraczy, m.in. nagłace parcie na mocz, a także nietrzymanie moczu lub zatrzymanie moczu [10,11];
11. Zaburzenia psychiczne w postaci depresji lub euforii i upośledzenia funkcji poznawczych, przeważnie w niewielkim stopniu [10,11].

Objawy te występują w różnych zestawieniach i kombinacjach [11].

W SM występują cztery typy przebiegu klinicznego:

1. Postać rzutowo-reemisyjna występują w niej zaostrzenia choroby (rzuty), które całkowicie lub częściowo powracają do stanu przed rzutem. Czas pomiędzy rzutami charakteryzuje się brakiem postępu choroby
2. Postać pierwotnie postępująca, choroba rozwija się nieprzerwanie z okresami stabilizacji lub krótką nie wielką poprawą stanu klinicznego
3. Postać wtórnie postępująca choroba postępuje po okresie rzutowo-reemisyjnym, w tym przypadku mogą występować okazjonalne rzuty lub niewielkie remisje oraz okresy stabilizacji
4. Postać postępująco-rzutowa charakteryzuje się ciągłym postępem choroby od początku jej zauważenia oraz wyraźnymi rzutami, pomiędzy rzutami występuję wyraźna progresja objawów

Postępowanie lecznicze w SM obejmuje:

Przerywanie lub łagodzenie rzutów choroby.

Leczenie objawowe

Zapobieganie postępowi choroby (nowym rzutom) Zabiegi te mają na celu zmniejszenie częstości rzutów oraz opóźnić rozwój choroby do kolejnej fazy. W ubiegłych latach stosowano wiele leków lub metod prowadzących do silnej immunosupresji lub

immunomodulacji (oddziaływanie na układ immunologiczny w sensie wzmacnianie lub osłabianie endogennych odczynów odpornościowych, do tego czasu dalej używa się *interferonu beta* (IFN β), które ma działanie immunomodulacyjne, przeciwwirusowe i przeciwnowotworowe, tego preparatu używa się głównie w postaci SM rzutowo-remitującej [16,21,22,23].

W terapii SM używa się kilku preparatów które wpływają na naturalny przebieg choroby są to: Interferon β 1a (Avonex, Rebif, Plegridy), Interferon β 1b (Betaferon, Extavia), Octan glatirameru (Copaxone), Fumaran dimetylu, Metotreksat, Azatiopryna, Cyklofosfamid, Mitoksantron.

Natalizumab (Tysabri) jest nowym lekiem, preferowanym kiedy leczenie bardziej popularnymi preparatami nie daje pożądaných skutków. W chorobie SM stosuje się również organiczny związek chemiczny zwany Mitoksantron stosuje się go we wtórnie postępującej postaci choroby [12,13].

CELE PRACY

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorego na Stwardnienie Rozsiane leczonego interferonem w czasie rzutu choroby,
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem ze Stwardnieniem Rozsianym leczonego interferonem w czasie rzutu choroby,
3. Określenie roli pielęgniarzki w opiece nad pacjentem ze Stwardnieniem Rozsianym leczonego interferonem w czasie rzutu choroby,
4. Realizacja zaplanowanych działań w procesie diagnostyki i leczenia,
5. Ocena działań pielęgnacyjnych podjętych u pacjenta ze Stwardnieniem Rozsianym leczonego interferonem w czasie rzutu choroby.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 64-letnią pacjentkę J.F. przyjętą na oddział Neurologiczny w Wojewódzkim Szpitalu w Łomży z rozpoznaniem rzutem choroby SM w postaci rzutowo-reemisyjnej 02.04.2018 r., leczoną interferonem.

W postępowaniu zastosowano następujące techniki badawcze: obserwacja pielęgniarska, wywiad, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiar, które pozwoliły wyłonić problemy pielęgniarskie i sformułować diagnozę pielęgniarską, zastosowano skalę bólu NRS, skalę równowagi i chodu według Tinneti M. i wsp., Baxter, Glasgow.

Opis przypadku

Pacjentka J.F., lat 46, przyjęta na oddział w nocy z 02 na 03 Kwietnia 2018 z powodu rzutu choroby SM, z wieloletnią historią choroby, a od 2 lat leczona w programie leczenia stwardnienia rozsianego. Otrzymuje interferon beta 1A - 1 raz w tygodniu, domięśniowo. Wstrzyknięcia wykonuje samodzielnie. Choroba rozpoznana w 2013r. Od tamtej pory 1 raz w roku występuje rzut choroby.

Informacje ogólne: wzrost 162 cm, waga 69 kg, BMI 25.91, w przeszłości pacjentka była operowana z powodu dyskopatii. U chorej występuje niedowład spastyczny kończyn dolnych.

Skóra zadbaną, suchą. Blizna pooperacyjna na plecach. Aktualnie przyjmowane leki: (Solu-Medrol wlew dożylny 1000 mg/dobę przez 5 dni, witamina D₃, Parogen 20 mg, Prazol 20 mg, Kalipoz).

Parametry w dniu obserwacji: ciśnienie tętnicze krwi: 111/77 mmHg, tętno: 105u/min, temperatura: 36.7 °C, oddechy: 22 oddechy/minutę

W dniu obserwacji pacjentka była spokojna i rozmowna, uskarżała się na ból oczu, nóg i płaców u stóp (ból oceniony 4/10 w skali bólu NRS) jak i na uczucie zimna i ciepła w stopach. Kilka dni wcześniej wystąpiło też pogorszenie wzroku, chora porusza się powoli podtrzymując się o barierki łóżka i ściany. Wykorzystano skalę równowagi i chodu według Tinneti M. i wsp. Wynik końcowy wyniósł 21/28 świadczący iż ryzyko upadku istnieje.

Pacjentka ma założone wkłucie obwodowe w lewym przedramieniu, bez oznak stanu zapalnego (Skala Baxter ocena 0). Występuje drżenie rąk, zaparcia, trudności z utrzymaniem moczu. Występują również skurcze stóp. Pacjenta zakrztusza się śliną, co powoduje nudności, bez wymiotów. Pacjentka zgłasza również ogólne osłabienie. Chora uskarża się na brak smaku i apetytu po przyjęciu leku(Solu – Medrol) oraz na ból głowy (4 w skali NRS), który również powoduje nudności, mijają kiedy chora przestaje poruszać głową. Pacjentka jest zorientowana co do miejsca i otoczenia (15 pkt. w skali Glasgow).

Chora ma świetny kontakt z rodziną i otrzymuje mnóstwo wsparcia od bliskich, mieszka z mężem w domku jednorodzinnym, przed wejściem do domu znajdują się dwa

schodki, chora nie ma problemu z pokonaniem tej przeszkody. Łazienka przystosowana do osoby niepełnosprawnej, pacjentka ocenia swoje warunki mieszkalne za wystarczające. Jest samodzielna jeśli chodzi o toaletę, higienę i jedzenie. Wykonuje czynności domowe, jednak potrzebuje częstych, nie długich odpoczynków, powodem jest ból nóg i duszność.

Proces pielęgnowania

Problem pielęgnacyjny 1:

Ból

- oczu i palców stóp spowodowany nasileniem objawów stwardnienia rozsianego (skala bólu NRS 4/10)
- głowy spowodowany działaniem niepożądanym stosowanej farmakoterapii

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarstwa:

- edukacja na temat sposobów radzenia sobie z bólem, rozmowa,
- stosowanie technik rehabilitacji
- wypijanie płynów w ilości około 2-2,5 litra na dobę – woda niegazowana, herbaty niesłodzone,
- ciche i spokojne otoczenie
- podanie leków p/bólowych na zlecenie lekarza

Ocena działania:

Dolegliwości bólowe stopniowo zmniejszały się. Konieczne było zastosowanie farmakoterapii.

Problem pielęgnacyjny 2:

Ryzyko powstania uszkodzeń ciała spowodowane możliwością upadku z powodu słabego wzroku

Cel opieki:

Niedopuszczenie do upadku w środowisku szpitalnym, edukacja w zakresie treningu upadku, stworzenie bezpiecznego środowiska domowego.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarstwa:

- Zapoznanie chorej z rozkładem Sali i oddziału, wskazanie toalety
- Towarzyszenie choremu podczas dłuższych spacerów (wskazane jest wzięcie pacjenta

pod rękę żeby zabezpieczyć przed ewentualnym upadkiem);

- Zadbanie o to, aby chora nie nosiła zbyt luźnych butów ani zbyt ciasnych, buty powinny mieć najlepiej gumową podeszwę, która zapobiega poślizgnięciu się;
- Edukacja rodziny w zakresie czynników zwiększających ryzyko upadku oraz ich minimalizacji, zalecenie zamontowania w łazience i toalecie uchwytów, których chora będzie się mogła podtrzymać, maty antypoślizgowe.
- Nauczanie pacjentki właściwego upadania, aby zminimalizować uszkodzenia ciała

Ocena działania:

W środowisku szpitalnym nie doszło do upadku. Pacjentka opanowała bezpieczne techniki upadania. Rodzina zaangażowana w zakresie wprowadzania zmian w środowisku domowym na takie, które będą bezpieczne dla pacjentki.

Problem pielęgnacyjny 3:

Dyskomfort spowodowany brakiem apetytu, nudnościami związanymi z działaniem niepożądanym leków

Cel opieki:

Poprawa łaknienia, zmniejszenie odczucia nudności.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- Ułożenie pacjentki w pozycji grzbietowej, półwysokiej lub wysokiej z odchyleniem głowy na bok
- Uspokojenie pacjentki
- Zalecenie głębokich wdechów w czasie odczuwania nudności
- Wietrzenie sali przed rozpoczęciem przyjmowania pokarmów
- Usunąć czynniki ,które mogą niekorzystnie wpływać na łaknienie(baseny, kaczki, miski nerkowate)
- Podanie leków na zlecenie lekarza

Ocena działania:

Brak apetytu nadal się utrzymuje.

Problem pielęgnacyjny 4:

Dyskomfort spowodowany sporadycznymi epizodami nietrzymania moczu

Cel opieki:

Poprawa funkcjonowania układu moczowego

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarstwa:

- Zidentyfikowanie czynników powodujących nasilenie stopnia nietrzymania moczu
- Nauczenie wykonywania ćwiczeń poprawiających funkcjonowanie mięśni Kegla
- Niedopuszczenie do przetrzymywania moczu w pęcherzu
- Wytworzenie mechanizmu regularnego oddawania moczu
- Zabezpieczenie odzieży i bielizny przez użycie wkładek lub pieluchomajtek.
- Zapewnienie możliwości i umiejętności utrzymywania higieny okolicy krocza

Ocena działania:

Epizody nietrzymania moczu nadal występują.

Problem pielęgnacyjny 5:

Trudności w oddawaniu stolca z pod postacią zaparć

Cel opieki:

Polepszenie perystaltyki jelit i uregulowanie rytmu wypróżnień

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarstwa:

- Zidentyfikowanie czynników odpowiedzialnych za występowanie zaparć
- Zwrócenie uwagi na obecność w diecie świeżych warzyw i owoców, a także na ilość przyjmowanych płynów (min. 30ml/kg masy ciała)
- Wyeliminowanie z diety produktów zapierających np.: czekolada, suszone owoce.
- Zalecane próby oddania stolca 5-10 min po posiłkach do ok. 30 min,
- Zastosowanie ćwiczeń zwieracza zewnętrznego odbytu (przez wytwarzanie wymuszonego parcia na stolec)
- Zwiększenie aktywności fizycznej,
- Edukacja pacjentki i rodziny w zakresie profilaktyki zaparć
- W przypadku nieskuteczności działań podanie łagodnych środków przeczyszczających: herbaty, czopki glicerynowe

Ocena działania:

Problem wymaga dalszej obserwacji, a działania kontynuacji. Wciąż występują problemy z uregulowaniem rytmu wypróżnień

Problem pielęgnacyjny 6:

Spastyczność mięśni spowodowane nasilonym przebiegiem choroby

Cel opieki:

Zmniejszenie napięcia mięśniowego

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- Stosowanie technik rehabilitacji, które mają za zadanie niwelować napięcie mięśniowe, ćwiczenia rozciągające
- poinstruowanie chorej o odpowiednim układaniu się w łóżku

Ocena działania:

Problem wymaga dalszej obserwacji, a działania kontynuacji. Spastyczność nie zwiększyła się.

Problem pielęgnacyjny 7:

Ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca wkłucia obwodowego

Cel opieki:

Zapewnienie drożności kaniuli oraz niedopuszczenie do zakażenia

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- Używanie jałowych gazików, jałowych korków jednorazowych i czystych rękawic jednorazowych
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
- Zmiana kaniuli co 72h i w razie potrzeby wymiana kaniuli
- dbałość o czystość miejsca wkłucia oraz otoczenia
- Obserwacja kaniuli pod kątem wystąpienia stanu zapalnego(skala BAXTER)
- Wymiana opatrunku, zabezpieczenie kaniuli przed wypadnięciem
- Edukacja pacjentki w celu przedstawienia celu terapii oraz omówienie konieczności pozostawienia wkłucia w stanie czystości i w prawidłowym miejscu

Ocena działania:

Kaniuła drożna brak oznak zakażenia (Skala Baxter 0)

Zalecenia pielęgniarские:

1. Regularne przyjmowanie leków modyfikujących przebieg choroby wg zaleceń
2. Prawidłowe przyjmowanie leków – staranne wykonywanie wstrzyknień w wyznaczone miejsca, rotacja kolejności miejsc.
3. Zwracanie uwagi na działania niepożądane leków – objawy grypopodobne i sposoby radzenia sobie z nimi
4. Stosowanie diety zaleconej przez lekarza, wypijanie minimum 2 litrów płynów – woda niegazowana, herbaty ziołowe, owocowe.
5. Przygotowanie domu dla osoby niepełnosprawnej (uchwyty, maty antypoślizgowe, usunięcie przeszkód)
6. Edukacja rodziny i bliskich na temat choroby i sposobów radzenia, udziału rodziny w opiece nad osobą chorą.
7. Uczęszczanie na rehabilitację, ciągłe usprawnianie w warunkach domowych, Stosowanie ćwiczeń rozluźniających napięcie mięśniowe
8. W razie odczucia nawrotu choroby kontakt z lekarzem
9. Kontakt z grupami wsparcia,
10. Stosowanie pieluchomajtek i wkładek w razie potrzeby
11. W razie pojawienia się negatywnych, nie mijających myśli, kontakt z psychologiem

WNIOSKI

Na podstawie analizy przypadku pacjentki z SM w postaci rzutowo-remitującej leczonej interferonem sformułowano następujące wnioski:

1. Główne problemy pielęgnacyjne u pacjentki z SM to problemy natury biologicznej związane z przebiegiem choroby są to głównie różnego rodzaju bóle, sztywność kończyn,

- osłabienie wzroku, zaparcia, epizody nietrzymania moczu, ogólne osłabienie, ryzyko upadku, brak apetytu, ryzyko zakażenia miejsca wkłucia.
2. Na podstawie danych został opracowany indywidualny plan opieki pielęgniarskiej. Działania pielęgniarza koncentrowały się na usunięciu bólu, zadbaniu o bezpieczeństwo i komfort pacjentki oraz na zniwelowaniu skutków rzutu.
 3. Pielęgniarz na podstawie zebranych danych określił swoją rolę i zadania w opiece nad chora.
 4. Realizacja zaplanowanych działań pielęgniarskich przyczyniła się do pewnych skutków w leczeniu i postępie choroby.
 5. Działania pielęgniarza w opiece nad pacjentką z SM przyniosły następujące skutki, ból został osłabiony, nie nastąpiło uszkodzenia ciała związane z ryzykiem upadków, komfort i bezpieczeństwo chorej zostało zachowane.

PODSUMOWANIE

Stwardnienie rozsiane to choroba dająca w swoim obrazie bardzo różne dolegliwości, powodująca znaczne utrudnienia w funkcjonowaniu bio-psychpo – fizycznym pacjenta. Nie odnaleziono leku na SM, dlatego pacjenci są leczeni objawowo i za pomocą rehabilitacji, niestety nie zawsze takie leczenie daje efekty.

W omawianym przypadku pacjentki ze stwardnieniem rozsianym jako najważniejszy problem zidentyfikowano bóle oczu i palców u stóp spowodowane nasileniem przebiegu choroby, z tą komplikacją pacjenta radzi sobie za pomocą odpowiednich technik rehabilitacji, okładów zimnych i ciepłych.

Kolejnym problemem, który stwarza trudności dla pacjentki jest spastyczności mięśni, chora radzi sobie z tym problemem za pomocą technik rehabilitacyjnych, które mają za zadanie zmniejszyć napięcie mięśniowe, spastyczność nie pogłębiła się, niestety nie zauważono również poprawy. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z SM powinna mieć charakter wielokierunkowy i nie można ograniczać się tylko i wyłącznie do rehabilitacji.

Bardzo często występujący problem u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym to przypadki nietrzymania moczu, który wystąpił u pacjentki, z którym radziła sobie za pomocą wkładek i pieluchomajtek, oraz wykonywaniem ćwiczeń wzmacniających mięśnie Kegla.

Wraz z pogarszaniem się stanu neurologicznego leczenie zaburzeń mikcji staje się trudniejsze, jednak rzadko dochodzi do pogorszenia się czynności górnych dróg moczowych. Leczenie zaburzeń mikcji powinno skupiać się głównie na leczeniu objawowym, czyli właśnie ćwiczeniu mięśni Kegla, stosowanie wkładek i pieluchomajtek. Stosuje się również toksynę botulinową.

Bardzo dużym problemem pielęgnacyjnym u chorych na SM jest również ogólne osłabienie organizmu. Bardzo często pomaga uprawianie aktywności fizycznej typu spacer. Często pacjentom towarzyszy zespół zmęczenia i depresje. Powyższa pacjentka przyjmuje leki wspomagające w leczeniu depresji[14].

Opieka nad osobami chorującymi na stwardnienie rozsiane powinna cechować się wielowymiarowością i obejmować człowieka we wszystkich zakresach jego funkcjonowania. Sprawdza się tutaj podejście tzw.: holistyczne.

PIŚMIENNICTWO

1. Jabłoński M., B., Turowski K., Poturzyńska A.: S, [w:] Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych Tom 3, pod red. Widomska-Czekajska T., Górąjek-Jóźwik J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 874, 892.
2. Domagała W.: Choroby ośrodkowego układu nerwowego [w:] Podstawy patologii pod red. Domagała W., Chosia M., Urańska E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 634-635.
3. Selmaj K.: Stwardnienie Rozsiane. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006, 7-9.
4. Potemkowski A. : Stwardnienie rozsiane w świecie i w Polsce – ocena epidemiologiczna. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9 (2), 91-97.
5. Członkowska A., Losy J.: Stwardnienie Rozsiane i inne zespoły demielinizacyjne [w:] Neurologia. Tom 2, pod red. Kozubski W., Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 565-577.
6. Rosiak K., Zagożdżon P.: Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. Probl Hig Epidemiol, 2012, 93 (4), 627-631.
7. Guzik A., Kwolek A.: Częstość występowania i rozmieszczenie stwardnienia rozsianego w Polsce i na świecie. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2015, 55-62.

8. Broła W., Fudala M., Flaga S. i wsp.: Polski rejestr chorych na stwardnienie rozsiane – stan obecny, perspektywy i problemy. *Aktualności Neurologiczne*, 2015, 15 (2), 68-73.
9. Malec-Milewska M., Przeklasa-Muszyńska A.: Ból u chorych na stwardnienie rozsiane [w:] *Leczenie bólu*, pod red. Wordliczek Ł., Dobrogowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 756-761.
10. Kazibutowska Z.: Diagnostyka, rokowanie i leczenie w stwardnieniu rozsianym w kontekście zagadnień rehabilitacji. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2008, 4, 46-47.
11. Prusiński A.: *Neurologia praktyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 309-314.
12. Losy J.: Podstawy kliniczne chorób demielinizacyjnych – stwardnienie rozsiane [w:] *Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych* pod red. Jaracz K., Kozubski W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 250-257.
13. Michałak S., Kaźmierski R., Niezgoda A. i wsp.: Badania laboratoryjne w chorobach układu nerwowego [w:] *Neurologia. Tom 1*, pod red. Kozubski W., Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 135-137.
14. Członkowska A., Losy J.: Stwardnienie rozsiane i inne zespoły demielinizacyjne [w:] *Neurologia. Kompendium*, pod red. Kozubski W. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 375-386.

WIELOASPEKTOWOŚĆ PROBLEMÓW OPIEKI NAD PACJENTKĄ Z OSTEOPOROZĄ - STUDIUM PRZYPADKU

Paulina Borowska¹, Halina Doroszkiewicz², Katarzyna Snarska³, Natalia Sołowianowicz^{2,4}

1. Klinika Ortopedii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Oddział Geriatrii, Szpital MSWiA w Białymstoku

WSTĘP

Osteoporoza wywodzi się od greckiego słowa: „osteon” – znaczące kość oraz łacińskiego słowa „poros” znaczącego dziurę. Tłumacząc nazwę choroby otrzymamy więc „dziurawą kość” [1].

Pierwsza definicja osteoporozy, sformułowana była przez Trzaskę i Michalskiego w międzywojennej encyklopedii, publikowanej w latach 1925-1938. Określała ona to schorzenie jako „gąbczenie” (zrzeszotnienie) kości, tworzenie pustych przestrzeni (luk) w utkaniu kostnym, zdarzającym się przy zanikach kości, szczególnie przy tzw. starczym zaniku kości. W 1941 roku inaczej określił osteoporozę Fuller Albright, opisując ją najprościej: „za mało kości w kości” [2].

Przedstawione określenia choroby, wraz z poszerzającą się wiedzą dotyczącą chorób metabolicznych kości, przestały być aktualne i nie oddają w pełni jej sedna. Obecnie obowiązują dwie definicje osteoporozy.

Definicja według National Osteoporosis Foundation (NOF) i National Institutes of Health (NIH): „Osteoporoza jest to choroba szkieletu, charakteryzująca się upośledzoną wytrzymałością kości, co powoduje zwiększone ryzyko złamania” [1]. Inną definicję podała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO): „Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, która charakteryzuje się obniżoną masą i jakością tkanki kostnej, upośledzoną jej mikroarchitekturą co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia podatności na złamania” [3].

Fizjologia kości

Kość, jako podstawowa tkanka szkieletu, pełni wiele istotnych funkcji w organizmie człowieka. Jest narządem ruchu i stanowi miejsce przyczepu mięśni, spełnia funkcję podporową. Chroni narządy wewnętrzne organizmu (np. kości czaszki czy żeber) oraz bierze udział w regulacji stężenia elektrolitów i magazynowaniu pierwiastków (głównie jonów wapnia i fosforu). Jest również miejscem produkcji komórek krwi [4]. Szkielet dorosłego człowieka składa się z około 206 kości i waży średnio 10 kg. Można podzielić go na dwie główne części: szkielet osiowy, na który składają się kości czaszki, kręgosłup z kością krzyżową, a także mostek z żebrami, oraz szkielet obwodowy (kończyn) [4].

Tkanka kostna zbudowana jest z substancji międzykomórkowej (macierzy) i komórek. Macierz zawiera część organiczną, zwaną również osteoidem, oraz część nieorganiczną. Część organiczna to głównie białko fibrylarne (kolagen typu I) mające postać helisy. Część nieorganiczna natomiast, to przede wszystkim fosforany wapnia (zwane hydroksyapatytem) oraz węglany wapnia, które są regularnie rozmieszczone pomiędzy łańcuchami helisy (w ten sposób w kościach wbudowane jest 1–1,5 kg wapnia). Taka organizacja przestrzenna części organicznej i nieorganicznej macierzy, nadaje kości sztywność i twardość [4].

Podstawowymi komórkami tkanki kostnej są komórki osteogenne, osteocyty, osteoblasty i osteoklasty. Te pierwsze to komórki multipotencjalne, które mogą się dzielić i różnicować na osteocyty, osteoblasty i osteoklasty. Funkcją osteoblastów jest uruchamianie procesu budowy kości, mianowicie syntezy i wydzielania składników osteoidu. Za resorpcję kości, czyli rozkład i usuwanie przestarzałej lub uszkodzonej tkanki kostnej odpowiadają osteoklasty, dzięki uwalnianym przez nie enzymom hydrolitycznym i kwasom organicznym [4].

Kość jest żywą, dynamiczną tkanką, aktywną metabolicznie. Nieprzerwanie zachodzą w niej procesy odbudowy i destrukcji [5]. Dzieje się to przy udziale wspomnianych wyżej komórek kostnych: osteoklastów, zwanych komórkami kościogubnymi oraz kościotwórczych osteoblastów. Osteoblasty syntezują składniki osteoidu, istoty międzykomórkowej kości a także osteoprotegerynę. Dzięki temu proces resorpcji kości jest hamowany. Oprócz tego, osteoblasty posiadają receptory szerokiego spektrum steroidów, hormonów peptydowych, czynników wzrostowych i cytokin: witaminy D, estradiolu, testosteronu, trójiodotyroniny i tyroksyny, parathormonu, insuliny itp. To one stymulują proces tworzenia i resorpcji kości [5, 6]. Tempo przebudowy zależne jest głównie od czynników hormonalnych, które zmieniają

się wraz z wiekiem i są odmienne u obu płci. Najważniejszymi hormonami uczestniczącymi w regulacji procesu przebudowy kości są parathormon i kalcytonina oraz witamina D. Wpływ mają również hormony tarczycy, somatotropina, insulina, estrogeny i testosteron oraz witamina K. Resorpcja jest procesem szybkim, trwającym zaledwie kilka dni. Wypełnienie i odbudowa powstałego ubytku natomiast, może trwać do trzech miesięcy [5]. Tkankę kostną można również podzielić na grubowłóknistą oraz drobnowłóknistą. Tkanka drobnowłóknista jest dojrzałą formą tkanki kostnej, w przeciwieństwie do grubowłóknistej, która występuje w rozwoju płodowym. U osób dorosłych występuje tylko wyrostkach zębołowych, szwach, miejscach przyczepu ścięgien oraz miejscach zmian zwyrodnieniowych. Z tkanki drobnowłóknistej zbudowane są kości długie oraz kości płaskie. Układ blaszek pozwala zróżnicować ją na istotę zbitą oraz istotę gąbczastą.

Etiologia i rodzaje osteoporozy

Fizjologicznie, w kościach stale zachodzą procesy resorpcji i syntezy. Dzięki temu kości nieustannie się zmieniają, pozbywając się starej lub uszkodzonej tkanki i zastępując ją nowym materiałem. Przebudowa kości umożliwia regenerację mikrouszkodzeń, adaptację szkieletu do mechanicznych obciążeń, a także utrzymanie stałej homeostazy pierwiastków: wapnia i fosforu [2]. Osteoporoza zaczyna się wówczas, gdy dochodzi do zaburzenia przebudowy kości, a proces resorpcji tkanki kostnej przeważa nad jej syntezą. To prowadzi do utraty masy i gęstości kości, co z kolei powoduje obniżenie jej wytrzymałości mechanicznej [6]. Przyczyny tego zjawiska mogą być różne i właśnie ze względu na nie, podaje się dwie główne postacie osteoporozy – pierwotną i wtórną. Jest to podział osteoporozy ze względu na jej etiologię. Osteoporoza pierwotna jest przypadkiem częstszym, niż wtórna.

Osteoporoza pierwotna powstaje wskutek starzenia się tkanek oraz działania dodatkowych czynników klinicznych, które zwiększają ryzyko złamań. W zależności od wieku, proces resorpcji i odtwarzania tkanki kostnej ulega zmianie. W okresie dzieciństwa budowa tkanki kostnej przeważa nad jej rozkładem. We wczesnej dorosłości tendencja ta stopniowo się osłabia, aż do równowagi w II i III dekadzie życia. Ustala się wówczas szczytowa masa kostna – czyli maksymalna masa kości jaka zostaje osiągnięta w ciągu życia. Jest ona zależna głównie od płci i predyspozycji genetycznych, ale również od stylu życia: aktywności fizycznej i odżywiania. Przed osiągnięciem czterdziestego roku życia u kobiet i nieco później u mężczyzn, rozpoczyna się okres inwolucji. Wówczas w kościach zaczyna

przeważać jej resorpcja, która z roku na rok postępuje. Osteoporozę pierwotną dzieli się na typ 1 oraz typ 2. Typ 1 to osteoporoza spowodowana niedoborami hormonalnymi i dotyczy kobiet w okresie menopauzy (niedobór estrogenów). Typ 2 natomiast, charakteryzuje się bardzo dużą aktywnością osteoklastów i dotyczy ludzi w starszym wieku – powyżej 70 roku życia. Nazywana jest osteoporozą starczą [6, 7].

Typ pierwszy osteoporozy, czyli osteoporoza związana z menopauzą u kobiet, spowodowana jest zmniejszeniem żeńskich hormonów płciowych. Estrogeny mają wpływ na powstawanie osteoprotegeryny (OPG), która hamuje resorpcyjne działanie osteoklastów. Ich niedobór prowadzi więc do wzmożonego działania komórek kościogubnych i zmniejszonej aktywności osteoblastów. To w efekcie powoduje spadek gęstości mineralnej kości (ang. bone mineral density – BMD) i zwiększenie stężenia wapnia i fosforanów w moczu i surowicy krwi. Wówczas zauważalny jest duży spadek masy tkanki kostnej. Proces ten zaczyna się już w okresie premenopauzy i trwa do 5 lat po menopauzie. Średnia szybkość utraty masy kostnej w okresie pomenopauzalnym oceniana jest na około 1-2% utraconej masy rocznie [5, 8, 9].

Zrzesztotnienie kości starcze – typ 2 osteoporozy pierwotnej, spowodowany jest głównie niedoborami wapnia w organizmie, na które osoby starsze są szczególnie narażone. U ludzi w wieku podeszłym, zmniejszone jest wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym. Z wiekiem kwaśność soku żołądkowego, która jest niezbędna do rozpuszczania i wchłaniania jego związków ulega obniżeniu. Często jest także upośledzenie czynności nerek, które wydalają witaminę D, nawet przy prawidłowych jej stężeniach w ustroju. Natomiast niedobór witaminy D, skutkuje zmniejszeniem wchłaniania głównego pierwiastka występującego w kościach – wapnia. Również z wiekiem zmniejszona jest ilość wydzielanej laktazy, co prowadzi do nietolerancji laktozy i może skutkować dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, po spożyciu nabiału. Powoduje to niechęć części osób starszych do spożywania produktów mlecznych, bogatych w wapń [10, 11].

Osteoporoza wtórna wywołana jest przez wiele różnych czynników. Może być przyczyną określonych chorób lub wynikiem stosowania i działania niektórych leków. Również unieruchomienie ma znaczącą rolę w powstawaniu osteoporozy wtórnej [5].

Szybki zanik tkanki kostnej występuje podczas długotrwałego unieruchomienia, noszenia opatrunku gipsowego po złamaniu kości, przy porażeniu z różnych przyczyn, a także przy stwardnieniu rozsianym. Po ponownym podjęciu aktywności fizycznej następuje wzrost masy i gęstości kości. Jednak proces ten przebiega powolniej, niż zanik kości, będący

skutkiem braku podejmowanej aktywności. Dlatego unieruchomienie i konieczność leżenia w łóżku ze wskazań medycznych, należy jak najbardziej ograniczać.

Zaburzenia endokrynologiczne również mają duży wpływ na przemianę kości, a zatem na powstawanie osteoporozy wtórnej. Choroby gruczołów wydzielniczych mogą być wrodzone lub nabyte. Do tych, które mogą wywołać osteoporozę zalicza się:

- niewydolność gonad (pierwotną i wtórną),
- nadczynność przytarczyc,
- nadczynność kory nadnerczy
- zaburzenia czynności tarczycy,
- akromegalię (nadmiar hormonu wzrostu dorosłych),
- cukrzycę
- chorobę Cushinga [3, 5].

Również istotny wpływ na powstawanie osteoporozy wtórnej mają niektóre choroby układu pokarmowego. Złe wchłanianie oraz niedobory żywieniowe są przyczyną niedoboru wapnia i witaminy D. Dotyczy to przede wszystkim chorych z zespołem złego wchłaniania np. celiakia, ale również osób z chorobą Leśniowskiego Crohna, wrzodziejącym zapaleniem jelit lub pacjentów po resekcji żołądka. Wrzody lub nadżerki żołądka mogą przyczyniać się w sposób pośredni do powstawania osteoporozy. Przyczyną tego jest stosowanie przez tych chorych leków, zwanych inhibitorami pompy protonowej. Leki te powodują zwiększenie pH soku żołądkowego, jednak na skutek tego, zmniejsza się wchłanianie wapnia. Dlatego też długotrwałe stosowanie inhibitorów pompy protonowej zwiększa ryzyko wystąpienia osteoporozy [3, 5].

Długotrwałe stosowanie i działanie glikokortykosteroidów jest najczęstszą przyczyną osteoporozy wtórnej [12]. Ich działanie na tkankę kostną jest złożone i wynika między innymi z zaburzeń w metabolizmie i przyswajaniu wapnia, zwiększonego wydalania go przez nerki, obniżeniu stężenia hormonów płciowych – co wpływa na aktywację osteoklastów. Ponadto, glikokortykosteroidy działają bezpośredniego na tkankę kostną, poprzez działania powodujące zwiększenie ekspresji genu. W ten sposób komórki kościogubne są pobudzane i zachodzi wzmożona resorpcja kości [6].

Ze względu na lokalizację zmian osteoporotycznych, chorobę zrzesztotnienia kości dzieli się także na miejscową oraz uogólnioną.

Osteoporoza miejscowa ma zwykle charakter wtórny lub jest spowodowana stanem zapalnym. Przykładem może być reumatoidalne zapalenie stawów oraz łuszczykowe zapalenie stawów, jak również unieruchomienie kończyny w gipsie [13].

Osteoporoza uogólniona to taka, która dotyczy całego szkieletu i w mniejszym lub większym stopniu dotyka wszystkich jego struktur. Powstaje w wyniku procesów starzenia się tkanek, uogólnionego działania defektów metabolicznych bądź unieruchomienia [14].

Obraz kliniczny

W przebiegu osteoporozy pozbawiającej kość mineralu, kość staje się porowata, delikatna, lekka i podatna na złamania. Można ją wówczas porównać do delikatnie utkanej koronki, a zdrową kość – do sztywnego materiału [7]. Mimo postępującej jej destrukcji, przebieg choroby przez wiele lat może być niezauważalny, gdyż nie daje ona żadnych objawów. Jest to tzw. niemy przebieg zaniku tkanki kostnej. Pierwszym objawem, często już zaawansowanej osteoporozy jestiskoenergetyczne złamanie, które powstające na skutek niewielkiego urazu lub bez urazu w ogóle. Złamanieiskoenergetyczne więc, to takie złamanie, które jest niewspółmierne do siły, która je wywołała. Uznaje się, iż złamania trzonów kręgów, nasady dalszej kości promieniowej (nadgarstka) oraz bliższego końca kości udowej są typowymi i najczęstszymi złamaniami związanymi ze zresztotnieniem kości. Za złamania osteoporotyczne zalicza się także złamania bliższego końca kości ramiennej, jak również złamania żeber, miednicy czy obojczyka [5, 7].

Dolegliwości bólowe spowodowane przez osteoporozę można podzielić na ostre i przewlekłe. Są to bóle zarówno nocyceptywne, jak i neuropatyczne. Ostre dolegliwości bólowe zwykle występują nagle i są spowodowane świeżym złamaniem. Dolegliwości te nawet jeśli są leczone, mogą przechodzić w przewlekłe. Z powodu nasilonych dolegliwości bólowych, chory ogranicza wszelką aktywność ruchową, co przyczynia się do osłabienia mięśni i szybszej resorpcji tkanki kostnej. Jest to tak zwane „błędne koło” osteoporozy.

Złamania kręgów należą do najczęstszych złamań osteoporotycznych, jednak aż u około 60% pacjentów nie dają żadnych objawów klinicznych. U niektórych pojawia się kłujący ból pleców. Objaw jest często ignorowany, ponieważ w dzisiejszych czasach bóle pleców są bardzo powszechne. Jednak skutki i następstwa złamań kręgów, mogą być poważne. Jednym z nich jest charakterystyczna deformacja kręgosłupa, zaokrąglenie pleców i

powstanie garbu (kifozy). W języku potocznym zwany jest „wdowim garbem”. W konsekwencji powstałego garbu następują:

- zmniejszenie wysokości ciała, poprzez skrócenie tułowia, przy czym kończyny górne mogą wydawać się nieproporcjonalnie długie
- niezdolność do leżenia płasko na plecach
- ostre i przewlekłe dolegliwości bólowe
- problemy z oddychaniem – kifoza powoduje ściśnięcie klatki piersiowej i płuc
- męczące i utrudnione chodzenie, a także stanie w pozycji wyprostowanej.

Występuje również typowy dla złamań kręgów objaw choinkowy. Jest to objaw, który charakteryzuje zaczerwienionymi się fałdami skóry, biegnącymi w dół od strony kręgosłupa, przypominając wyglądem choinkę. Poprzez złamania skrócona zostaje również odległość między dolnymi, rzekomymi żebrami, a grzebieniem kości biodrowej na tyle, że dochodzi do stykania się ich powierzchni. To powoduje dyskomfort, a nawet ból podczas poruszania się. Zmienia się także punkt ciężkości ciała, co w konsekwencji prowadzi do bolesnego napięcia mięśni, a nawet ich stwardnienia [5, 7]. Złamania trzonów kręgów powodują także ograniczenie swobody poruszania oraz niepewny chód, który spowodowany jest lękiem przed upadkiem w wyniku zmian postawy i równowagi ciała.

Złamanie bliższego końca kości udowej jest najpoważniejszym złamaniem, z powodu wysokiej śmiertelności, inwalidztwa i wysokich kosztów leczenia. Szacunkowo po złamaniu bliższego końca kości udowej (b.k.k.u) zaledwie 1/3 pacjentów wraca do aktywności sprzed urazu, a ponad 50% jest niezdolnych do samodzielnego życia. Ocenia się, że aż 20% chorych umiera w ciągu pierwszego roku po złamaniu b.k.k.u [14]. Złamania te, mogą zdarzyć się bez wyraźnego czynnika sprawczego, jednak najczęściej są spowodowane upadkiem z pozycji stojącej. Natychmiastowymi objawami złamania bliższego odcinka kości udowej jest

- silny lub łagodny ból biodrze, w zależności od miejsca i stopnia urazu
- niemożliwość i niezdolność wstania
- kończyna złamanego stawu biodrowego jest zwrócona do zewnątrz [7, 8].

Złamania bliższego końca kości udowej wymagają zazwyczaj leczenia zabiegowego. Konieczna jest także rehabilitacja z fizjoterapią [5].

Złamanie Collesa czyli złamanie bliższego końca kości promieniowej jest jednym z trzech najczęstszych złamań osteoporotycznych. Złamanie to najpowszechniej występuje u

kobiet w okresie menopauzy. Objawia się ostrym bólem, dużym obrzękiem i ograniczoną ruchomością, a także wrażliwością nadgarstka na ucisk [7].

Czynniki ryzyka osteoporozy

Do powstawania osteoporozy predysponują pewne czynniki, zależne lub niezależne od pacjentów. Biorąc to pod uwagę, czynniki ryzyka osteoporozy można podzielić na modyfikowalne i niemodyfikowalne.

Czynniki ryzyka niemodyfikowalne, czyli takie, na które sam pacjent nie ma wpływu. Należą do nich:

- predyspozycje i uwarunkowania genetyczne (występowanie osteoporozy w rodzinie)
- płeć żeńska – wiąże się to z niższą szczytową masą kostną u kobiet, niż u mężczyzn oraz występowaniem u kobiet okresu wzmożonej utraty tkanki kostnej w okresie menopauzy
- menopauza
- rasa biała i żółta (osteoporoza u tych ras jest trzykrotnie częstsza niż u rasy czarnej)
- zaawansowany wiek
- długotrwałe unieruchomienie
- choroby współistniejące takie jak: reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, choroba Cushinga, nadczynność tarczycy
- przyjmowanie leków takich jak: glikokortykosteroidy, przeciwpadaczkowych, heparyny [3, 16, 17].

Do modyfikowalnych czynników ryzyka należą:

- mała aktywność fizyczna, siedzący tryb życia
- mała podaż wapnia
- palenie tytoniu – zwiększenie ilości kadmu w ustroju powoduje spadek syntezy aktywnego metabolitu witaminy D w nerkach, a przez to zwiększenie wydalania wapnia z moczem i zaburzeń wbudowywania jego w kość
- nadmierne spożywanie alkoholu
- spożywanie kawy – wywiera ona niekorzystny wpływ na bilans wapnia w ustroju

- niedobór witaminy D – powoduje zaburzone wchłanianie wapnia
- niedobory białkowe – niedobór białka w organizmie prowadzi do zaburzeń wchłaniania wapnia oraz jest przyczyną zwiększonej utraty masy kostnej, a także zmniejszenia siły mięśniowej co predysponuje do upadków
- dieta bogatobiałkowa – może powodować kwasicę metaboliczną oraz zwiększoną utratę wapnia wraz z moczem [3, 17].

Osteoporoza jest chorobą podstępna, początkowo jej przebieg jest bezobjawowy, dlatego też najlepiej byłoby rozpoznać ją zanim nastąpi złamanie. W jej diagnostyce należy wciąć pod uwagę kliniczne czynniki ryzyka, a także czynniki densometryczne i laboratoryjne [14].

Rozpoznanie osteoporozy możliwe jest dzięki oznaczeniu gęstości mineralnej kości (BMD) i po stwierdzeniu jej zmniejszenia $<-2,5\text{g/cm}^3$ masy kostnej względem wskaźnika T-score. Wskaźnik „T” jest średnią gęstością mineralną kości, w grupie osób tej samej płci i wieku 30-35 lat, kiedy to szkielet człowieka osiąga największą masę, tzw. masę szczytową. Na jego podstawie Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła następujące kategorie diagnostyczne:

- | | |
|----------------------|--|
| • norma | +1.0 / -1.0 |
| • osteopenia | -1.0 / -2.4 |
| • osteoporoza | -2.5 (poniżej lub równe) |
| • ciężka osteoporoza | -2.5 + przynajmniej jedno złamanie [17]. |

Stwierdzenie tego, jest możliwe dzięki badaniu densytometrycznemu. Umożliwia ono zmierzenie masy kostnej z jednoczesnym obrazowaniem struktury kości, dzięki przetworzeniu danych przez system komputerowy. Za „złoty standard” densytometrii uważa się metodę DXA (Dual X-ray Absorptiometry) czyli absorpcjometrię rentgenowską dwuenergetyczną. Rozpoznanie osteoporozy upoważnia wyłącznie pomiar wykonany w odcinku piersiowym kręgosłupa (L1-L4 lub L2-L4) oraz bliższym końcu kości udowej [15].

W rozpoznawaniu osteoporozy stosuje się nie tylko pomiar BMD, ale także badanie radiologiczne. Badanie obrazowe wykonuje się w celu diagnostyki różnicowej z innymi chorobami układu kostnego oraz w celu zobrazowania złamań. W badaniu RTG widoczna jest zmniejszona gęstość kości oraz złamania kompresyjne. Dodatkowe informacje diagnostyczne można uzyskać dzięki tomografii komputerowej, rezonansowi magnetycznemu i badaniom

laboratoryjnym – wzrost markerów osteogenezy i osteolizy. Oznaczając markery przebudowy kości z surowicy i moczu możliwe jest wywnioskowanie szybkości i tempa przebudowy kośćca, gdyż poza masą wpływ na wytrzymałość tkanki kostnej ma także tempo jej przebudowy [3, 8, 17].

Aktualne badania wykazują, że aż 55-75% złamań osteoporotycznych występuje u osób, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych według WHO. Okazuje się więc, iż kryterium proponowane przez Światową Organizację Zdrowia, nie jest wystarczające by określić ryzyko złamań [18].

Celem diagnostyki i leczenia osteoporozy jest zapobieganie złamaniom, dlatego też algorytm FRAX (fracture risk assessment tool) jest obecnie najbardziej praktycznym narzędziem w ocenie ryzyka złamań. Metoda ta uwzględnia czynniki ryzyka złamań osteoporotycznych takie jak: wiek, płeć, wskaźnik masy ciała (BMI – body mass index), przebyte złamanie, aktualne palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, leczenie glikokortykosteroidami, RZS oraz wynik badania DXA – pod uwagę brana jest gęstość mineralna kości badana w zakresie bliższego końca kości udowej. Znaczenie ma również osteoporoza wtórna, z uwzględnieniem chorób ją wywołujących. Na podstawie zgromadzonych danych, kalkulator FRAX pozwala obliczyć ryzyko złamań bliższego końca kości udowej i innych złamań osteoporotycznych w ciągu najbliższych 10 lat u danego pacjenta. W Polsce małe ryzyko złamań przyjmuje się dla wartości poniżej 5%, średnie – 5-10%, oraz duże – powyżej 10%. [3, 18].

Celem diagnostycznym jest więc nie tylko wykrycie osteoporozy jako choroby, ale głównie identyfikacja pacjentów z dużym ryzykiem złamania [19].

Leczenie i profilaktyka osteoporozy

Leczenie osteoporozy powinno być wielokierunkowe i składać się z postępowania farmakologicznego oraz nefarmakologicznego. Zadaniem takiego leczenia jest zapobieganie ubytkom tkanki kostnej oraz zwiększenie masy kostnej. Powinno służyć ono zminimalizowaniu ryzyka pierwszego złamania, a jeśli ono już nastąpiło – zmniejszeniu ryzyko kolejnych [20].

Farmakologiczna terapia osteoporozy oparta jest na kilku grupach leków. Są to leki antyresorpcyjne, leki anaboliczne oraz leki o mieszanym mechanizmie działania [19].

Leki antyresorpcyjne – działanie tych leków, polega na zahamowaniu czynności osteoklastów, co powoduje zwolnienie resorpcji kości.

- Bisfosfoniany – są syntetycznymi analogami pirofosforanów. Hamują one działanie osteoklastów i przyspieszają ich apoptozę. W ten sposób resorpcja kości jest wolniejsza niż jej tworzenie. Najlepsze efekty leczenia bisfosfonianami występuje u osób, u których w kościach zachodzi wzmożony ich metabolizm (przykładem są kobiety w okresie menopauzy, u których występuje niedobór estrogenów lub pacjenci leczeni glikokortykosteroidami) [19]. Jednak stosowane są we wszystkich rodzajach osteoporozy. Częstym efektem ubocznym ich działania są zaburzenia żołądka oraz przełyku. Zalecane jest, aby przyjmować je rano, na czczo w formie doustnej, popijając wodą. Zalecane jest także aby do 30 minut po przyjęciu leku utrzymać pozycję stojącą. Przeciwwskazaniami do stosowania tych leków są: ostre choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy, hipokalcemia oraz niewydolność nerek [19, 21].
- Estrogeny (HTZ) – ich niedobór, prowadzi do wzmożonego działania osteoklastów, a więc do zwiększonej resorpcji kości. Suplementuje się je głównie w okresie menopauzy u kobiet. Terapia estrogenowa powinna być rozpoczęta nie później niż 2-3 lata po menopauzie. Stosowane są leczniczo i zapobiegawczo w osteoporozie i okresie menopauzy. Zwiększają jednak ryzyko raka endometrium i piersi [21].
- Selekttywne modulatory receptorów estrogenowych (SERM) – stosowane są w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. Dotychczas jedynym stosowanym preparatem jest raloksyfen. Ma on działanie podobne jak estrogeny, powoduje zwiększenie masy kostnej, jednak ich stosowanie nie wywołuje działań niepożądanych takich jak: rak piersi i endometrium, krwawienia z dróg rodnych czy chorób pęcherzyka żółciowego. Dodatkowym korzystnym działaniem raloksyfenu jest zmniejszenie stężenia cholesterolu we krwi, głównie frakcji LDL. Podobnie jak estrogeny, stosuje się je u kobiet w okresie menopauzy [19, 21].
- Kalcytonina jest hormonem, wydzielanym przez komórki C tarczycy. Hamuje ona czynność osteoklastów, jednak ma najslabsze działanie resorpcyjne. Efektem jej działania jest również spadek wapnia we krwi i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Podawana jest w inhalacjach. Obecnie jest rzadko stosowana w leczeniu osteoporozy, z powodu licznych działań niepożądanych (ryzyka rozwoju nowotworów) [21, 22].

Leki anaboliczne – ich działanie polega na pobudzaniu osteoblastów, a więc na stymulowaniu tworzenia kości. Powodują one wzrost grubości beleczek kostnych, wzrost połączeń beleczek w kości gąbczastej, a także pogrubienie kości korowej.

- Parathormon (PTH) jest hormonem wydzielanym przez przytarczycę. Wpływa na funkcję nerek, zwiększając zwrotne wchłanianie wapnia w cewkach nerkowych oraz na czynność absorpcyjną jelit, zwiększając wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym. Działa również bezpośrednio na kości zwiększając resorpcję wapnia z kości [20]. Podawany w sposób ciągły zwiększa więc resorpcję kości. Natomiast podaż tego hormonu w sposób cykliczny i pulsacyjny, raz na dobę we wstrzyknięciach podskórnych przejawia działanie anaboliczne na kość. Poprzez stymulację kościotworzenia, zostaje odtworzona odporność tkanki kostnej. W konsekwencji następuje pogrubienie warstwy korowej kości, oraz pogrubienie zwiększenie połączeń beleczek kostnych. W terapii stosowany jest rekombinowany segment parathormonu – teriparatyd. Parathormon i jego analogi stosowane są we wszystkich rodzajach osteoporozy [6, 21].

Leki o mieszanym mechanizmie działania

- Ranelinian strontu jest to lek, który łączy jednocześnie dwa mechanizmy działania na tkankę kostną; hamuje resorpcję kości oraz stymuluje jej tworzenie. Pobudza on osteoblasty, powodując wzrost syntezy kolagenu, a także zmniejsza aktywność osteoklastów i rozpuszczalność kryształów hydroksyapatytu. Stosowany jest głównie w osteoporozie związanej z menopauzą.

Wymienione środki farmakologiczne są podstawą w leczeniu osteoporozy. Oprócz postępowania przyczynowego stosowane są również leki, w zapobieganiu bólu, mianowicie analgetyki, niesteroidowe leki przeciwzapalne miorelaksanty, a także leki przeciwdepresyjne [20].

Działania niefarmakologiczne, które konieczne są w leczeniu i profilaktyce osteoporozy to przede wszystkim eliminacja modyfikowalnych czynników ryzyka, a także właściwa dieta oraz podejmowanie aktywności fizycznej adekwatnej do możliwości pacjenta. Dużą rolę odrywa również rehabilitacja. Skuteczne leczenie osteoporozy jest zazwyczaj długotrwałe, dlatego też ważne jest wczesne jej zapobieganie.

Zbilansowana dieta jest niezmiernie ważna w leczeniu i profilaktyce osteoporozy. Istotna jest właściwa ilość wapnia, dostarczana z pożywieniem. Za główne jego źródło uważa się produkty mleczne; mleko, jogurty naturalne, kefiry i sery. Właściwa podaż tego pierwiastka jest istotna na każdym etapie rozwoju człowieka, dla osiągnięcia szczytowej masy kostnej i utrzymania jej na wysokim poziomie [23].

Poszczególne grupy osób	Zalecana dobową dawka wapnia
dziewczęta w okresie dojrzewania i młode kobiety	1200 - 1500 mg
kobiety w wieku 25-50 lat	1000 mg
kobiety ciężarne i karmiące	1200 - 1500 mg
kobiety w okresie menopauzy	1500 mg
kobiety powyżej 65 roku życia	1500 mg
mężczyźni w wieku 25-65 lat	1000 mg
mężczyźni powyżej 65 roku życia	1500 mg

Dobowa dawka wapnia w diecie nie powinna przekraczać 2000 mg, ponieważ jego wchłanianie zmniejsza się wraz ze zwiększeniem przyjmowanej dawki. Wapń jest głównym pierwiastkiem tkanki kostnej, całkowita zawartość wapnia w organizmie człowieka to 1-2% masy ciała, z czego 99% znajduje się w kościach. U osób dorosłych i starszych, często wymagana jest jego dodatkowa suplementacja [19, 20].

Witamina D powoduje zwiększenie wchłaniania wapnia w przewodzie pokarmowym, zmniejszenie stężenia parathormonu we krwi a także zmniejszenie resorpcji tkanki kostnej. Dostarczana jest z dietą w postaci ergokalcyferolu (D2) i cholekalcyferolu (D3). Syntetyzowana jest również w skórze w czasie ekspozycji na światło słoneczne i wówczas wytwarzane jest jej aż 80% zapotrzebowania. W okresie zimowym czas przebywania i ekspozycja na światło dzienne jest niewielka, a odsłonięta powierzchnia skóry – minimalna.

Wówczas źródła pokarmowe witaminy D, nabierają większego znaczenia. Witamina D występuje głównie w produktach zwierzęcych. Najbogatsze w tę witaminę są tłuszcze rybne (głównie tran), łosoś, sardynki, śledzie, makrela, ale także mleko i żółtka jaj [24]. W profilaktyce i leczeniu osteoporozy może być również konieczna jej suplementacja.

Spożywane białko wpływa na jakość kości poprzez udział w tworzeniu kolagenu i innych białek tkanki kostnej. Według badań, zbyt małe spożycie białka (0,8-1,0 g/kg mc) niekorzystnie wpływa na mineralizację kości przez zmniejszenie wchłaniania wapnia w przewodzie pokarmowym oraz zwiększenie stężenia parathormonu w ustroju. Nadmiar białka w diecie natomiast, prowadzi do zakwaszenia organizmu, a w konsekwencji zwiększenia wydalania wapnia z moczem i utraty masy kostnej.

Witamina C, (zwana inaczej kwasem askorbinowym) niezbędna jest w procesie syntezy kolagenu. Na podstawie przeprowadzonych badań zauważono korzystny związek między spożyciem witaminy C, a gęstością mineralnej kości, mianowicie po spożywaniu produktów bogatych w tą witaminę lub jej suplementacji przez pewien okres zaobserwowano wzrost gęstości mineralnej kości. Produkty bogate kwas askorbinowy to przede wszystkim produkty roślinne, głównie świeże owoce i warzywa. Największe ilości witaminy C znajdują się w owocach czarnej porzeczki, owocach cytrusowych, truskawkach, kapuście.

Fosfor obok wapnia, to główny pierwiastek tkanki kostnej. W organizmie człowieka występuje około 1% fosforu, z czego 85% znajduje się w kościach. Według przeprowadzonych badań, nadmierne spożycie fosforu powoduje zwiększenie utraty masy kostnej, a jeśli dodatkowo w organizmie brakuje wapnia (przez małą jego podaż) może wpływać na hormony regulujące gospodarkę wapniową. Zalecana dzienna podaż fosforu powinna wynosić 700 mg. Nadmierne spożycie fosforu (2 g dziennie) powoduje hamowanie wchłaniania wapnia w przewodzie pokarmowym. Proporcja wapnia do fosforu w diecie ma również znaczenie, a najkorzystniejsza to 1,5:1 lub 1:1. Fosfor zawierają: mięso, drób, ryby, jaja, produkty mleczne, orzechy. Duże ilości fosforu zawierają napoje gazowane oraz żywność przetworzona: koncentraty spożywcze, zupy w proszku, przetwory mięsne i produkty typu fast food [24].

Nadmierne spożycie soli negatywnie wpływa na ogólnoustrojową gospodarkę wapniową, a długotrwałe nadmierne jej spożycie wpływa na ujemny bilans wapnia w organizmie. Zalecane jest spożycie maksymalnie 6 g soli dziennie czyli około 2400 mg sodu.

W krajach zachodniej Europy, jej spożycie może być aż 5-krotnie większe. Zwiększenie wydalania sodu z moczem, zwiększa również wydalanie wapnia [24].

Istotną kwestią w profilaktyce i leczeniu osteoporozy jest aktywność fizyczna, a u osób ze złamaniami utrzymanie najdłużej jak to możliwe dobrej kondycji fizycznej. Działania te są konieczne dla zachowania odpowiedniej siły mięśniowej i utrzymania równowagi ciała i zachowaniu samodzielności pacjenta. Wskazana jest aktywność z wykluczeniem dźwigania, skłonów, oraz gwałtownych skrętów tułowia. Należy unikać również aktywności fizycznej wiążącej się z dużym ryzykiem upadku np. aerobiku. Dla osób starszych oraz ze stwierdzoną osteoporozą należy dobierać aktywność umiarkowaną i dostosowaną do ich możliwości. Najbardziej wskazane są więc ćwiczenia ogólnokondycyjne, czyli takie, które angażują duże grupy mięśniowe. Wówczas zwiększa się nie tylko ich siła, ale również wytrzymałość mięśni. Dzięki takiemu działaniu możliwe jest zapobieganie upadkom, które mogą być bezpośrednią przyczyną złamań. Przykładem może być aerobik wodny, pływanie, spacer a także popularny nordic walking [19, 25].

Osteoporoza jako problem XXI wieku

Osteoporoza jest najczęstszą chorobą metaboliczną kości, przede wszystkim dotyczącą osób starszych i kobiet po menopauzie. Złamania i powikłania złamań, są jej klinicznymi objawami. Czynnikiem sprzyjającym temu zjawisku jest wzrost odsetka ludzi starszych w społeczeństwie poprzez przedłużenie średniej długości życia, dzięki rozwojowi nauki i medycyny. Istotna jest także zmiana stylu życia, dzięki postępowi technologicznemu [11,26].

Życie współczesnych ludzi, staje się coraz bardziej komfortowe, dzięki rozpowszechnieniu komunikacji, dostępowi do wind, ruchomych schodów i wszechobecnej komputeryzacji. Obowiązki codzienne i praca nie wymagają od człowieka współczesnego zbyt dużo aktywności fizycznej, która jest niezbędna do prawidłowego rozwoju i funkcji tkanki kostnej. Dodatkowo nieprawidłowe odżywianie wpływa i pogłębia zmiany w kościach, związane z osteoporozą. Dlatego też, Światowa Organizacja Zdrowia zalicza osteoporozę do jednych z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych. Nazywana jest również „epidemią XXI wieku” [11, 26].

Rola pielęgniarki w leczeniu osteoporozy

Na przestrzeni lat role zawodowe pielęgniarki ulegały licznym, zasadniczym przemianom. Jednakże niezależnie od etapu rozwoju pielęgniarstwa, było ono zawsze nastawione na rozwijanie idei zrozumienia człowieka i otaczającego go środowiska, w aspekcie zaspokajania jego potrzeb.

Zasadniczą rolą pielęgniarki wobec pacjenta z osteoporozą jest jego edukacja na temat choroby, jej profilaktyki i możliwych powikłań. Istotne jest także ukazanie pacjentowi zadań terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Inną równie ważną kwestią jaką pielęgniarka powinna poruszyć jest edukacja na temat prewencji upadków. Ważne jest także okazanie wsparcia, zwłaszcza pacjentom z innymi chorobami współistniejącymi [27].

Pacjent z rozpoznaną osteoporozą powinien posiadać szerszą wiedzę na temat choroby, jakie są jej objawy (występowanie złamań i ich powikłania), oraz w jaki sposób im zapobiegać. Edukacja pacjenta w zakresie terapii choroby, obejmuje więc zapoznanie z niefarmakologicznym oraz farmakologicznym jej leczeniem, zleconym przez lekarza. Pielęgniarka powinna poinformować chorego pacjenta o konieczności zmiany trybu życia; zwiększeniu aktywności fizycznej, adekwatnej do jego stanu zdrowia i modyfikacji diety, zapewniającej odpowiednią podaż wapnia. Należy wskazać i zalecić pacjentowi spożywanie konkretnych produktów, bogatych w wapń (mleko, kefir, jogurt, jaja) [16]. Konieczne jest także pouczenie na temat, przebywania co najmniej 20 minut w okresie letnim na słońcu, w celu wytworzenia witaminy D, pod wpływem promieniowania UV w skórze i/lub stosowania suplementacji witaminy D (400-800j.), głównie w sezonie zimowym. Ważne jest również poinformowanie o konieczności unikania palenia tytoniu i nadmiernego spożywania alkoholu i kofeiny, które należą do czynników ryzyka i mogą pogłębiać istniejącą już osteoporozę. Pielęgniarka powinna zapoznać pacjenta z farmakologicznym procesem leczenia i stosowanymi lekami, zasadami ich przyjmowania (przez jaki okres, w jakiej porze dnia), przeciwwskazaniami do ich stosowania, a także o możliwości wystąpienia działań niepożądanych. W przypadku leczenia osteoporozy hormonalną terapią zastępczą należy poinformować pacjentkę o konieczności systematycznego wykonywania mamografii, USG piersi i endometrium, przynajmniej raz w roku wykonania badania cytologicznego oraz kontroli glikemii i cholesterolu [27]. Do ogólnych terapeutycznych zadań pielęgniarki należą więc:

- zapoznanie z sposobami nefarmakologicznego leczenia osteoporozy (stosowanie właściwej diety, odpowiedniej i systematycznej aktywności fizycznej, ekspozycji na słońce, eliminacja czynników ryzyka oraz utrzymanie odpowiedniej masy ciała)
- zapoznanie chorego z zasadami przyjmowania leków oraz możliwymi działaniami niepożądanymi
- motywacja do systematycznego przyjmowania leków, utrzymaniu właściwej diety oraz systematycznej aktywności fizycznej
- motywacja do kontroli stanu zdrowia i leczenia chorób współistniejących.

Pielęgniarka powinna zapoznać chorego z ogólnymi zasadami rehabilitacyjnymi, gdyż są one nieodłącznym elementem terapii osteoporozy. Celem rehabilitacji jest zwiększenie gęstości masy kostnej i zapobieganie dalszej jej utracie. Dzięki odpowiednim ćwiczeniom możliwa jest także profilaktyka deformacji klatki piersiowej i kręgosłupa. Chorego pacjenta należy więc zachęcać do umiarkowanej, systematycznej aktywności fizycznej. Pielęgniarka powinna wskazać taką aktywność, która nie niesie ze sobą zwiększonego ryzyka urazów bądź upadków i nie obciąża stawów. Nie zaleca się także ćwiczeń szczególnie szybkich oraz zgięć i rotacji kręgosłupa. Wskazane są natomiast ćwiczenia umiarkowane, ale też ogólnokondycyjne, czyli takie, które angażują całe ciało i wzmacniają mięśnie. Przykładem są spacer, nordic walking, pływanie, aerobik wodny, jogging i tenis. Ćwiczenia powinny być dobierane pod względem sprawności i preferencji pacjenta. W przypadku zaistniałych złamań i unieruchomienia, pacjenta należy nauczyć wykonywania ćwiczeń izometrycznych, które angażują mięśnie i zapobiegają ich zanikom. Istotne jest też poinstruowanie pacjenta podczas przyjmowania prawidłowej postawy ciała w czasie poruszania się, stania, siedzenia, a nawet leżenia oraz zalecenie spania na niewielkiej poduszce i sprężystym materacu [27].

Podsumowując, do zadań rehabilitacyjnych pielęgniarki należą:

- poinformowanie o zalecanych i przeciwwskazanych formach aktywności fizycznej
- motywowanie do wykonywania odpowiednich, ogólnie usprawniających ćwiczeń
- motywowanie do wykonywania ćwiczeń izometrycznych
- nauczanie przyjmowania prawidłowej postawy ciała [27].

Konieczna jest również ocena ryzyka upadków (małe, średnie lub duże), a także ukazanie pacjentowi cennych wskazówek dotyczących prewencji upadków.

Wskazówki dotyczące prewencji upadków, które mogą być bezpośrednią przyczyną złamań:

- zachęcenie do korzystania ze sprzętu pomocniczego podczas poruszania (gdy sprawność pacjenta jest ograniczona) np. kule, laska, balkonik, korzystania z poręczy i uchwytów pomocniczych w toalecie
- nauczanie korzystania ze sprzętu pomocniczego, ułatwiającego poruszanie się
- zachęcenie pacjenta do stosowania dodatkowych ochraniaczy podczas planowanego wysiłku fizycznego np. na kolana, nadgarstki
- zalecenie położenia maty antypoślizgowej w toalecie i pod chodniki
- zalecenie korekty wad wzroku, zachęcenie do noszenia okularów [27].

W przypadku zaawansowanej choroby osteoporotycznej, z licznymi złamaniami lub złamaniami znacznie ograniczającymi samodzielność chorego, do roli pielęgniarki należy ocena chorego w zakresie jego możliwości w samoobsłudze i samopielęgnacji.

Oceny należy dokonać poprzez obserwację, wywiad, przy użyciu skal geriatrycznych, takich jak Barthel, I-ADL, Norton. Ważna jest również mobilizacja do ćwiczeń czynnych i biernych (nawet w łóżku), w celu zapobiegania wystąpienia zaników mięśni i przykurczów.

Osteoporoza jest jedną z najczęstszych chorób we współczesnym świecie, a jej powikłania – złamania osteoporotyczne, występują wystarczająco często, aby zyskać nazwę epidemii [27,28].

Według badań, do złamań osteoporotycznych w okresie życia dochodzi u co drugiej kobiety i co piątego mężczyzny. Osteoporoza więc, wbrew pozorom dotyka szerokiego zakresu współczesnego społeczeństwa. Najbardziej problematyczne są złamania, które powodują znaczne cierpienia oraz wpływają na długość i jakość życia, dlatego leczenie osteoporozy jest właściwie i głównie zapobieganiem złamaniom [27, 28].

Pacjenci z osteoporozą, często wykazują niedostateczny poziom wiedzy na temat choroby i postępowania przeciw złamaniom.

Nie wykazują również wiedzy na temat czynników ryzyka a także koniecznej i właściwej diety oraz aktywności fizycznej. Dlatego też, istotne jest prowadzenie wśród nich edukacji zdrowotnej.

CELE PRACY

1. Opracowanie procesu pielęgnowania, ustalenie problemów pielęgnacyjnych i możliwych działań pielęgniarzkich w opiece nad pacjentem z osteoporozą.
2. Ocena zrealizowanych działań pielęgnacyjnych.
3. Przygotowanie chorego do samoobsługi i samopielęgnacji w środowisku domowym.
4. Opracowanie wskazówek do dalszej pielęgnacji pacjentowi z osteoporozą i jego rodzinie.
5. Ocena roli pielęgniarki wobec pacjenta z osteoporozą.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta pacjentka w wieku 79 lat, z rozpoznaniem osteoporozy. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, zwanego metodą kazuistyczną. W pielęgniarstwie, metoda ta polega na poznaniu złożonych problemów konkretnego pacjenta wynikających z rozpoznania choroby i jej następstw [29, 30]. Techniki badawcze, które posłużyły do napisania pracy to:

- analiza dokumentacji medycznej (historia choroby, historia pielęgnowania, książka raportów pielęgniarzkich)
- wywiad pielęgniarzki
- obserwacja.

Analiza dokumentacji medycznej jest sposobem gromadzenia danych, który polega na jakościowej i ilościowej analizie dokumentacji pacjenta. Dokumentacja medyczna obejmuje: historię choroby, historię pielęgnowania, karty zleceń lekarki oraz wyniki badań diagnostycznych [29, 30].

Wywiad pielęgniarzki jest planową, ukierunkowaną rozmową z pacjentem. Jego celem jest uzyskanie jak najszerszego zakresu informacji o pacjencie, jego chorobie oraz środowisku pacjenta [29].

Obserwacja to uważne i świadome oglądanie; w pielęgniarstwie dostrzeganie wyglądu zewnętrznego pacjenta, sposobu poruszania, jego zachowania a także dostrzeganie widocznych nieprawidłowości i patologii [29].

W celu ustalenia diagnozy pielęgniarstwiej oraz planu postępowania posłużono się metodą procesu pielęgnowania.

Proces pielęgnowania jest propozycją nowoczesnej opieki pielęgniarstwiej, która wykorzystuje świadome stosowanie rozpoznania stanu biologicznego, psychicznego i społecznego jednostki i środowiska, a także podejmowanie celowych i planowych działań, mających przyczynić się do utrzymania lub zmiany dotychczasowego stanu oraz oceniania uzyskanych wyników [30]. Obecnie przyjmuje się cztery etapy procesu pielęgnowania:

- rozpoznanie stanu biopsychospołecznego pacjenta
 - planowanie opieki
 - realizowanie planu opieki
 - ocenianie.
1. Rozpoznanie – polega na gromadzeniu niezbędnych danych o pacjencie i jego środowisku. Dane pochodzące z różnych źródeł: analiza dokumentacji medycznej (historia choroby, historia pielęgnowania, książka raportów pielęgniarstwiej, wywiad pielęgniarstwiej, obserwacja, pomiary, stanowią podstawę do sformułowania rozpoznania pielęgniarstwiej zwanego diagnozą.
 2. Planowanie opieki - etap ten charakteryzuje się decydowaniem o tym, co i w jaki sposób powinno być wykonane dla pacjenta oraz jego środowiska przez pacjenta lub przy pacjencie aby uzyskać stan uznany za optymalny. Stan ten zostaje wyrażony w postaci celu lub celów opieki pielęgniarstwiej dla indywidualnego pacjenta oraz jego środowiska. Cel, który zostanie jednoznacznie określony, staje się zadaniem do wykonania dla pielęgniarstwiej.
 3. Realizowanie planu opieki - zastosowanie w praktyce ustalonego wcześniej planu opieki pielęgniarstwiej na tym etapie działania pielęgnacyjno-terapeutyczne, realizowane są na rzecz pacjenta oraz jego środowiska. Działania są zgodne z wcześniej ustalonym planem.
 4. Ocenianie- stanowi on wynik porównania stanu rozpoznanego w pierwszym etapie ze stanem uzyskanym po podjęciu celowych i planowych działań pielęgniarstwiej.

Opis przypadku

Pacjentka ZJ, lat 79, przyjęta do oddziału 07.03.2017 r. w trybie planowym z rozpoznaniem osteoporozy, niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa z dyskopatią L4-L5. Chora przytomna, świadoma, z kontaktem słownym logicznym. Zgłaszała bardzo silny ból prawego biodra, promieniujący na całą kończynę dolną, który pojawił się we wrześniu 2016r. Upadków w wywiadzie nie podaje. W ambulatoryjnie wykonanym RTG stwierdzono złamanie prawej szyjki kości udowej. U chorej nie zastosowano leczenia zabiegowego, nie została zaopatrzona ortopedycznie. Nie jest w stanie poruszać się samodzielnie oraz funkcjonować z powodu silnych dolegliwości bólowych. Pozycja ciała wymuszona bólem. W ocenie czynności samoobsługowych ocenianych skalą Barthel, pacjentka uzyskała 15/100 punktów, w zakresie oceny złożonych czynności życia codziennego (I-ADL) uzyskała 4/12 punktów. Pacjentka ogólnie osłabiona, zgłasza dyskomfort spowodowany zaparciem. Chora ma założony cewnik Foley'a do pęcherza moczowego oraz wkłucie obwodowe na prawym przedramieniu. Znajduje się w grupie ryzyka rozwoju odleżyn, ocena w skali Norton: 12/20 punktów. W ocenie stanu emocjonalnego (oceniana za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji) uzyskała 4/15 punktów.

Powodem hospitalizacji był silny ból kończyny prawej, obniżony nastrój, zaburzenia snu oraz brak samodzielności w czynnościach życia codziennego. Chora mieszka sama, jest wdową. Codziennie utrzymuje kontakt z córką i synem. Warunki mieszkaniowe oceniła jako dobre. Nałogów nie podaje. Pracowała w zakładzie włókienniczym, obecnie utrzymuje się z emerytury.

Ocena parametrów: ciśnienie tętnicze krwi: 126/83 mmHg, tętno: 70 uderzeń/min, oddech: 14 oddechów/min, temperatura: 36,8° C, wzrost: 150 cm, masa ciała: 85 kg, BMI: 37,8. Zastosowane leczenie farmakologiczne w szpitalu: Paracetamol 500mg 1x1 – doustnie, Tramal 100 mg – dożylnie, Biseptol 960 – 2x1 tabl. – doustnie, Floractin – 2x 1 tabl. – doustnie, Tertensif – 1x 1 tabl. – doustnie, Clexane 60 mg – podskórną, Xylocaine ½ ampułki – dożylnie, Duphalac 2x 15 ml – doustnie, Prefaxine 75 mg – doustnie, Deprexolet 10 mg – doustnie, Devicap – 2x 8 kropli doustnie.

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu, analizy dokumentacji medycznej i obserwacji, rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjentki z osteoporozą, ze złamaniem szyjki kości udowej. Zgromadzone dane o pacjentce pozwoliły na opracowanie indywidualnego

planu opieki pielęgniarskiej, wyłonienie problemów pielęgnacyjnych, zaplanowanie i realizację działań pielęgniarskich oraz dokonanie próby oceny podjętych działań.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjentki z osteoporozą i złamaniem szyjki kości udowej

Problem pielęgnacyjny

1. Silny ból biodra prawego spowodowany złamaniem szyjki kości udowej

Cel opieki: zmniejszenie bólu

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej:

- ocena nasilenia bólu, pacjentka, oceniła ból w skali VAS na 9/10
- ocena charakteru bólu, pacjentka określiła ból jako silny, tępy
- próba odwrócenia uwagi, poprzez rozmowę, organizację czasu, włączenie telewizji
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza – Paracetamol doustnie 1 tabl. 500mg, Tramal 100 mg – 1 ampłka – dożylnie
- obserwacja skuteczności podanych leków przeciwbólowych
- pomoc przy dobieraniu dogodnej pozycji, uśmierzającej ból

Ocena działania: pacjentka zgłasza zmniejszenie nasilenia bólu, w skali VAS oceniła na 3/10.

Problem pielęgnacyjny

2. Brak samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego – deficyt samoopieki i samopielęgnacji

Cel opieki: zaspokojenie potrzeb pacjentki

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej:

- toaleta całego ciała w łóżku
- zmiana bielizny pościelowej i osobistej
- nawilżanie/natłuszczanie skóry pacjentki
- podawanie płynów do picia
- pomoc przy dopieraniu odpowiedniej pozycji przy spożywaniu posiłków
- pomoc w ubieraniu i rozbieraniu

- pomoc w doborze dogodnej pozycji ułożeniowej

Ocena działania: podstawowe potrzeby pacjentki zostały zaspokojone.

Problem pielęgnacyjny

3. Zaparcia spowodowane zmniejszoną perystaltyką jelit z powodu unieruchomienia

Cel opieki: ułatwienie wydalania stolca, zmniejszenie zaparć

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- badanie fizykalne brzucha: obmacywanie, osłuchiwanie
- polecenie chorej wykonywania masażu okrężnego brzucha, zgodnie z ruchem wskazówek zegara
- zalecenie wypijania większej ilości wody/ wody z miodem/ wody z cytryną
- zalecenie diety lekkostrawnej, zalecenie ograniczenia produktów ciężkostrawnych, wzdymających
- zachęcenie do spożywania większej ilości warzyw i owoców najlepiej gotowanych
- w razie konieczności podanie czopka lub wykonanie lewatywy
- odnotowywanie wypróżnień
- udział pielęgniarki w farmakoterapii

Ocena działania: prawidłowe wypróżnienie.

Problem pielęgnacyjny

4. Ryzyko rozwoju odleżyn spowodowane ograniczeniem ruchomości z powodu złamania szyjki kości udowej

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka powstania odleżyn

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- ocena ryzyka rozwoju odleżyn – istnieje ryzyko odleżyn, ocena w skali Norton – 12/20 punktów
- częsta zmiana pozycji ułożeniowej pacjentki (nie rzadziej niż co 2 godziny)
- stosowanie udogodnień
- przy każdej zmianie pozycji – delikatny masaż skóry
- dokładne i delikatne osuszanie skóry
- delikatne oklepywanie miejsc narażonych na ucisk wypukłą dłońią ze złączonymi palcami

- natłuszczenie ciała pacjentki, w szczególności miejsc narażonych na ucisk, oliwką lub Sudocremem
- dokładne oglądanie skóry przynajmniej raz dziennie, obserwacja pod kątem zaczerwienienia i innych zmian patologicznych
- do opieki w warunkach domowych, zalecenie rodzinie wypożyczenia materaca przeciwodleżynowego
- zalecenie żywienia pacjentki zgodnie ze zleconą dietą, uzupełnianie niedoborów białka, suplementacja witamin A i C

Ocena działania: zmniejszono ryzyko rozwoju odleżyn.

Problem pielęgnacyjny

5. Zwiększone ryzyko kolejnych złamań- zaburzona mikroarchitektura kostna spowodowana osteoporozą

Cel opieki: odbudowa kości, zapobieganie kolejnym złamaniom

Planowanie i realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. podanie witaminy D3 na zlecenie lekarza – Devicap 2x 8 kropli dziennie
- zalecenie spożywania produktów bogatych w wapń (kefir, jogurty naturalne, twarogi sery)
 - wykonywanie ćwiczeń czynnych w łóżku i mobilizacja do ich wykonywania pod kierunkiem fizjoterapeuty
 - zalecenie wykonywania ćwiczeń izometrycznych
 - zalecenie i mobilizacja pacjentki i jej rodziny do przebywania na świeżym powietrzu, na słońcu – 30 minut dziennie
 - zalecenie unikania palenia tytoni i spożywania alkoholu
 - poinformowanie rodziny o konieczności ostrożnej i delikatnej zmiany pozycji

Ocena działania: pacjentka wyraża chęć wykonywania ćwiczeń w łóżku.

Problem pielęgnacyjny

6. Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foley'a do pęcherza moczowego

Cel opieki: zapobieganie ZUM

Planowanie i realizacja opieki pielęgnarskiej:

- kontrola ilości, koloru moczu

- pielęgnacja okolicy krocza wodą z mydłem
- kontrola cewnika, dbanie o jałowość cewnika
- codzienna wymiana bielizny osobistej
- regularne opróżnianie worka na mocz
- pacjentce zlecono podanie leków– Biseptol 960 – 2x1 doustnie

Ocena działania: pacjentka nie zgłasza żadnych dolegliwości, opróżniono 1000 ml moczu koloru słomkowego.

Problem pielęgnacyjny

7. Zwiększone ryzyko choroby zakrzepowo – zatorowej spowodowane ograniczeniem ruchomości

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu choroby zakrzepowo – zatorowej

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- mobilizacja do częstej zmiany pozycji i siadania z nogami spuszczoneymi do dołu, pomoc przy zmianie pozycji i przy siadaniu
- mobilizacja do prostych ćwiczeń czynnych w łóżku
- podanie heparyny na zlecenie lekarza - Clexane 0,6 ml podskórnice

Ocena działania: nie zaobserwowano żadnych niepokojących objawów choroby zakrzepowo – zatorowej.

Problem pielęgnacyjny

8. Depresyjny nastrój, trudności z zasypianiem, poczucie bezradności z powodu silnego bólu biodra i braku możliwości poruszania się

Cel opieki: poprawa nastroju pacjentki, ułatwienie zasypiania

Planowanie i realizacja opieki pielęgniarzkiej:

- otoczenie pacjentki troskliwą opieką
- okazanie zainteresowania poprzez rozmowę, oferowanie czasu, poznanie obaw pacjentki
- cierpliwe słuchanie skarg pacjentki
- przejawianie optymizmu
- próba zrozumienia pacjentki, okazanie empatii
- dostarczenie gazet, włączenie telewizji

- zapewnienie spokoju w porze snu
- podanie leków na zlecenie lekarza – Prefaxine 75 mg rano i Deprexolet 10 mg na wieczór

Ocena działania: nastrój pacjentki uległ poprawie.

W dalszej części planu opieki, wyłoniono wskazówki do dalszej pielęgnacji:

- Częsta (co najmniej co 2 godziny) zmiana pozycji ułożeniowej pacjentki, w celu przeciwdziałania wystąpieniu odleżyn.
- Pozycja ciała powinna być zmieniana delikatnie i ostrożnie.
- Pozycje powinny być wygodne dla pacjentki, nie powinny powodować dyskomfortu czy bólu.
- Zaleca się w pielęgnacji zastosowanie udogodnień: materac przeciwodleżynowy, pianki, etc.
- Należy dokładnie wykonywać toaletę w łóżku, najlepiej codziennie rano, używając do tego wody z mydłem. Po każdym umyciu, należy delikatnie osuszyć ręcznikiem (nie nacierając skóry), natłuścić miejsca narażone na ucisk.
- Z uwagi na występowanie zaparć, chorej należy podawać dietę lekkostrawną, najlepiej w postaci 5 posiłków dziennie, mniejszych ilościowo, o ustalonej i konkretnej porze dnia. Należy unikać produktów wzdymających takich jak: kapusta, brokuły, fasola groch. Ważna jest również mobilizacja chorej do wypijania około 1,5 l wody (można podawać wodę z miodem i/lub cytryną). Zaleca się podawanie produktów spożywczych bogatych w wapń np.: kefir, jogurty naturalne, twarogi, sery.
- Warto zachęcić chorą do korzystania ze świeżego powietrza, szczególnie w słoneczne dni (wytwarzanie witaminy D3 w skórze).
- Należy kontrolować i pamiętać o stosowaniu leczenia farmakologicznego: leków, suplementacji witaminy D, zleconego przez lekarza.
- Zaleca się optymalne spożycie białka, w postaci chudego drobiu: filet z kurczaka i indyka bez skóry.
- Należy mobilizować chorą do ćwiczeń czynnych i biernych w łóżku, w celu zapobiegania zanikom mięśni i przykurczom, a także zapobiegania wystąpieniu choroby zakrzepowo – zatorowej.

WNIOSKI

Istotne jest prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka wystąpienia osteoporozy na temat właściwej diety i aktywności fizycznej. Ważne jest także uświadomienie o możliwości wystąpienia poważnych powikłań w przypadku nieleczonej osteoporozy. Konieczna jest profilaktyka osteoporozy i złamań, w szczególności u osób starszych oraz kobiet po menopauzie; stosowanie właściwej diety, bogatej w wapń i suplementacja witaminy D3 oraz ograniczenie ryzyka upadku poprzez korektę zaburzeń wzroku oraz stosowanie butów lub skarpet antypoślizgowych. Pielęgniarka odgrywa istotną rolę w profilaktyce i leczeniu osteoporozy.

PODSUMOWANIE

Osteoporoza jest najczęstszą chorobą układu szkieletowego, dotyczącą przede wszystkim osób starszych, przebiegającą przez długi okres bezobjawowo. Często pierwszym objawem, osteoporozy jest już złamanie na skutek niewielkiego urazu lub bez urazu, dlatego ważna jest jej wczesna profilaktyka. Niebezpieczeństwo osteoporozy polega na tym, iż przez wiele lat może przebiegać w sposób niezauważalny, nie dając żadnych objawów, mimo postępującej destrukcji tkanki kostnej. Nieleczona osteoporoza prowadzi do poważnych powikłań. Złamanie szyjki kości udowej należy do najpoważniejszych powikłań osteoporozy, które prowadzi do unieruchomienia, powodując znaczne ograniczenia w samoobsłudze i samopielęgnacji. W ostatnich latach występują one tak często, że zyskały nazwę epidemii. Do złamań osteoporotycznych, dochodzi w ciągu życia u co drugiej kobiety i co piątego mężczyzny [28]. Osteoporoza dotyka więc bardzo szerokiego zakresu współczesnego społeczeństwa. Złamania trzonów kręgów, nasady dalszej kości promieniowej (nadgarstka) oraz bliższego końca kości udowej są najczęstszymi, typowymi złamaniami dla choroby osteoporotycznej. Te z kolei, niezależnie od miejsca powstania powodują ból i znaczne ograniczenia. Ważne jest wczesne zapobieganie osteoporozie, poprzez właściwą profilaktykę: włączenie właściwej i umiarkowanej aktywności fizycznej, wzbogacenie diety w wapń, suplementacja witaminy D3 oraz unikanie spożywania kawy i alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ostrowska B.: Charakterystyka stabilności postawy ciała kobiet z osteopenią i osteoporozą. Studia i monografie. Wydawnictwo AWF, Wrocław 2009: 16-33
2. Głuszko P.: Osteoporoza – spojrzenie w przeszłość. Reumatologia, 2011, 49, 5: 372-377.
3. Tlustochowicz W., Korkosz M.: Choroby metaboliczne kości. Med Prakt, 2011: 1828-1833.
4. Żendzian-Piotrowska M.: Fizjologia kości [w:] Fizjologia człowieka. Górski J. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010, 293-296.
5. Antonorsi D.: Osteoporoza. Opieka Farmaceutyczna. Wyd. I polskie. Syrycka J., Jawiarczyk-Przybyłowska A., Pluta J., Bohater P. (red). Med. Pharm, Wrocław 2013, 5-9.
6. Czerwiński E. (red.): Osteoporoza problem interdyscyplinarny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 13-41.
7. Gomez J.(red.): Jak radzić sobie z osteoporozą i jej zapobiegać. Wydawnictwo Feeria, 1999, 17-25.
8. Tkaczuk – Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Osteoporoza – obraz kliniczny, czynniki ryzyka i diagnostyka. Prz Menopauz, 2010, 2: 113-117.
9. Pertyński T., Stachowiak G., Stetkiewicz T.: Rola ginekologa w okresie pre- i około menopauzalnym. Prz Menopauz, 2007, 2: 63-69.
10. Napiórkowska L. Franek E.: Osteoporoza starcza. Endokrynol Pol, 2009, 2 (60): 110-114.
11. Kuczera W., Pluskiewicz W.: Osteoporoza starcza. Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2012, 66 (6): 57-65.
12. Sewerynek E., Bajon K., Stuss M.: Osteoporoza wtórna w przebiegu przewlekłej steroidoterapii. Prz Menopauz, 2007, 6: 336-343.
13. Gerkowicz A., Pietrzak A., Nogalski A.: Łuszczyca a osteoporoza. Łuszczyca a menopauza. Prz Menopauz, 2013, 2: 159-162.
14. Rabijewski M., Papierska L., Kozakowski J., Zgliczyński W.: Osteoporoza u mężczyzn – przyczyny, zapobieganie i leczenie. Gerontol Pol, 2007, 15 (3): 54-60.
15. Wieczorek-Chełmińska Z. (red.): Żywnie w osteoporozie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 12- 28.
15. Czerwiński E., Chrzan R.: Współczesne techniki obrazowania osteoporozy. Twój Magazyn Medyczny. Osteoporoza II, 2005, 8 (157):7-16.
16. Guła Z., Korkosz M.: Osteoporoza w wieku podeszłym – patogenez, ocena ryzyka złamań i skuteczność przeciwlamaniowa leków. Geront Pol, 2010, 18, (3):107-113.

17. Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A. Osteoporoza jako problem społeczny-patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. *Probl Hig Epidemiol*, 2015, 96(1):106-114.
18. Rocznik W., Babuška-Rocznik M., Rocznik A.: Diagnostyka i farmakoterapia osteoporozy. *Lekarz*, 2010, (12): 14-22.
19. Głuszko P., Lorenc R.: Osteoporoza pierwotna i wtórna. Wskazówki postępowania dla reumatologów. *Reumatologia*, 2012, 50 (5): 370-377.
20. Gryszczyńska B., Iskra M., Gryszczyńska A., Kasprzak M., Budzyń-Napierała M.: Pierwiastki, rośliny i aktywność fizyczna w profilaktyce oraz leczeniu osteoporozy. *Post Fitoter*, 2014, 2: 76-83.
21. Włodarek D.: Znaczenie diety w zapobieganiu osteoporozie. *Endokrynol Otyłość*, 2009, 5 (4): 245-253.
22. Skop-Lewandowska A., Ostachowska-Gąsior A., Kolarzyk E.: Żywieniowe czynniki ryzyka osteoporozy u osób w podeszłym wieku. *Geront Pol*, 2012, 20 (2):53-58.
23. Chwojnowska Z., Charzewska J. Osteoporoza-aktualne wyzwanie. *Żyw. Człow.*, 2008, 35:151-184.
24. Grajeta H. Żywnienie w profilaktyce i leczeniu osteoporozy. *Prz Lek* 2003, 60:649-659.
25. Sierakowska M., Sierakowski S.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami reumatycznymi [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*. Jurkowska G., Łagoda K. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 473- 483.
26. Szczepański L: Osteoporoza [w:] *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Daniluk J, Jurkowska G. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005: 563-564.
27. Drozdowska B.: Złamania osteoporotyczne. *Endokrynol Pol*, 2009, 60: 498-502.
28. Lenartowicz H., Kózka M.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 97-104.
29. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa Tom I. Wybrane działania pielęgniarskie*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 235-242.

PROBLEMY I WYZWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO W OPIECE NAD CHORYM NAD HIV/AIDS

Justyna Sarosiek¹, Agnieszka Lankau²

1. Student studiów doktoranckich, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

„Terminalnie chorzy na AIDS, których odwiedzały rodziny i przyjaciele, żyli około 30 procent dłużej niż ci umierający w osamotnieniu. Ci, których dotykano, masowano pokryte zropiałymi krostami łydki, ramiona i twarz, żyli z kolei o 45 procent dłużej niż ci, których z odrazy nie odwiedzał lub nie dotykał nikt bliski.”

-Janusz Leon Wiśniewski

WSTĘP

AIDS to zespół nabytego niedoboru odporności (od ang. acquired immunodeficiency syndrome lub acquired immune deficiency syndrome), choroba wywołana przez ludzki wirus niedoboru odporności (HIV), prowadząca do postępującego upośledzenia odporności osoby zakażonej i ostatecznie do rozwoju zespołu nabytego niedoboru odporności [1].

AIDS jest to choroba zakaźna, której drogą zakażenia są głównie kontakty seksualne, bądź naruszenie ciągłości tkanek ciała. Dotyczy ona nie tylko populacji szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia jak: narkomani, związki homoseksualne, dializowani, leczeni preparatami krwiopochodnymi itp., ale także przedstawiciele każdej grupy społecznej we wszystkich przedziałach wiekowych. W populacji zakażonych obserwuje się stały wzrost odsetka osób o orientacji heteroseksualnej [1].

Jak wynika z danych skumulowanych, w Polsce od początku epidemii, tj. od 1985 r. do połowy 2014 r. wykryto 18 123 przypadków zakażenia wirusem HIV, wśród których było co najmniej 6 047 zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Każdego roku wykrywa się średnio 600 - 800 zakażeń. Ogółem, od 1986 roku odnotowano 3 149 zachorowań na AIDS; zmarło ponad 1 279 pacjentów. Szacuje się, że w Polsce ogólna liczba żyjących osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS wynosi około 30 tysięcy, z czego około 20% to kobiety [2].

W 2015 w Polsce zarejestrowano 1273 nowe zakażenia wirusem HIV, najczęstszą drogą zakażenia były kontakty homoseksualne mężczyzn (277 osób), kontakty heteroseksualne (90 osób) i dożylnie przyjmowanie narkotyków (49 osoby), ponadto rozpoznano cztery przypadki zakażenia dziecka przez matkę oraz jeden zakażenia jatrogenne. W 66,9% przypadków nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia. W Polsce do nowych zakażeń u mężczyzn dochodziło najczęściej w wieku 20–29 lat, a u kobiet w przedziale wiekowym 30–39 lat [2,3].

Od roku 2000 zauważa się spadek liczby zakażeń związanych ze stosowaniem narkotyków drogą dożylną oraz wzrost liczby zakażeń poprzez ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Istotnym problemem zdrowotnym i społecznym jest ryzyko transmisji odmatczynej HIV, które w grupie kobiet nie poddających się profilaktyce na terenie Europy wynosi 15–30%. Do ok. 70% zakażeń odmatczynej HIV dochodzi podczas porodu [2].

Zakażenie wirusem HIV, choć nadal jest nieuleczalne, w świetle dzisiejszego stanu wiedzy medycznej, jest chorobą poddającą się leczeniu. Stało się tak dzięki wprowadzeniu w roku 1996 skojarzonego leczenia antyretrowirusowego, tzw. wysoce aktywnej terapii antyretrowirusowej (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART). Wprowadzenie leczenia spowodowało spadek liczby zachorowań na AIDS oraz spadek śmiertelności z tego powodu. Ma ono również znaczenie profilaktyczne, gdyż u osób objętych terapią antyretrowirusową (ARV) dochodzi do zmniejszenia ilości krążącego we krwi wirusa, co powoduje zmniejszenie zakaźności tych osób[3].

Liczba pacjentów leczonych ARV w Polsce wynosi obecnie około 5 401 osób, w tym 136 dzieci (dane na 31 maja 2011 r.) zakażonych HIV i chorych na AIDS, przy czym leczenie antyretrowirusowe tych dzieci, a także leczenie noworodków i niemowląt urodzonych przez matki zakażone HIV prowadzone jest bez ograniczeń i „kolejki oczekujących” [3,4].

Problemy w opiece pielęgniarskiej nad chorym na AIDS

Słowo AIDS i HIV od zawsze budziły lęk w społeczeństwie, także wśród pracowników ochrony zdrowia. Praca personelu medycznego z pacjentami chorującymi na choroby zakaźne wymaga specjalistycznej i kompleksowej wiedzy. Strach przed zakażeniem może również blokować pracowników służby zdrowia przed niesieniem pomocy chorym oraz walki z AIDS na wszelkie możliwe sposoby. Wreszcie niechęć wobec życia bez względu na to, jakie ono nie jest, nie może stanowić bariery międzyludzkiej, szczególnie przed niesieniem wsparcia. Stąd przeciwdziałanie dyskryminacji osób chorych na AIDS oraz przerywanie milczenia poprzez wszelkie działania informujące społeczeństwo, a także własne doksztalcanie permanentne stanowi wyzwanie dla pracowników służby zdrowia, którzy najczęściej mają kontakt z chorymi [3].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z AIDS, powinna być przede wszystkim opieką holistyczną oraz interdyscyplinarną. Opieka ta opiera się pielęgniarki należy: właściwe rozpoznawanie problemów zdrowotnych chorych, dążenie do poprawy stanu ich zdrowia oraz jakości życia, przygotowanie do samoopieki, jak również stymulowanie zrozumienia oraz akceptacji sytuacji, w której się znaleźli [3].

Aspekt edukacyjny

Z racji, iż AIDS jest zespołem chorób, jednym z najważniejszych elementów w opiece nad pacjentem okazuje się wsparcie psychologiczne i edukacyjne. W pierwszej kolejności pielęgniarka powinna rozważyć aspekt edukacyjny, z jakim ściśle się ona wiąże, za którym kryje się wiedza, a bez niej z kolei niemożliwe będzie przeciwdziałanie chorobie oraz walka z nią [4,6].

W opinii Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w prewencji chorób przewlekłych, oprócz indywidualnego oddziaływania w miejscu świadczonych usług, pielęgniarka powinna wspierać inicjatywy kampanii informacyjnych i edukacji zdrowotnej, udzielać jasnych i spójnych wskazówek sprzyjających utrzymaniu zdrowia [4].

Zadaniem poradnictwa dla pacjenta jest promowanie zdrowia, profilaktyka powikłań poprzez przekazywanie informacji na temat choroby i postępowanie pielęgnacyjne. Ma to umożliwić między innymi rozpoznawanie przez pacjenta i jego otoczenie nasilenia objawów lub nawrotu choroby. Informowanie i edukowanie pacjenta (w indywidualnie dobranej formie) ma spowodować jego aktywizację, zmniejszyć lęk przed nawrotem choroby i nauczyć radzenia sobie z trudnościami wynikającymi ze schorzenia [4,5,6].

Profilaktyka AIDS związana z działaniami opiekuńczymi przede wszystkim opiera się na edukowaniu rodziny pacjenta oraz szczególnym merytorycznym przygotowaniu personelu służby zdrowia opiekującego się nim. Celem działań pielęgniarki jest połączenie opieki z profilaktyką oraz edukacją. Opieka pielęgniarska nad osobą z AIDS obejmuje także jej rodzinę, która winna przekazywane przez pielęgniarkę informacje szerzyć dalej [1,5].

Zadania zawodowe wynikające z funkcji wychowawczej realizowanej przez pielęgniarki obejmują m.in.: dokonywanie indywidualnej oceny kompetencji odbiorcy w zakresie zachowania i/lub przywracania zdrowia, przygotowywanie i dostarczanie podopiecznym niezbędnych informacji, organizowanie i realizację procesu edukacji zdrowotnej oraz ocenianie skuteczności wdrożonych programów/interwencji edukacyjnych [6,7].

Pielęgniarka jest zatem ważnym ogniwem w przełamywaniu stereotypów społecznych, pomaga przełamywać wstyd samym chorym, a także lęk w społeczeństwie przed zakażeniem [7].

Zasady higieny i ryzyko zawodowe

Wirus HIV jest wirusem, który przenosi się poprzez krew, spernę, wydzielinę z pochwy, płyny ustrojowe (np. płyn mózgowo-rdzeniowy, wody płodowe), zwłaszcza jeśli są zanieczyszczone krwią. Potencjalna drogą zakażenia w pracy personelu medycznego to zakłucie zanieczyszczonym sprzętem (ok. 0,3% ryzyka) oraz zachłapanie śluzówki lub uszkodzonej skóry (0,009%) [6].

Podkreślić należy tutaj, iż podczas realizacji procesu pielęgnowania stosowanie podstawowych środków ostrożności ma ogromne znaczenie w opiece oraz zapobieganiu

zakażeniu wirusem HIV. Jednak pamiętać należy, że uniwersalne zasady bezpiecznej pracy z pacjentem, obowiązują zawsze i wszędzie tam, gdzie w ogóle pojawia się możliwość ekspozycji na materiał biologiczny pochodzący od drugiego człowieka, bez względu na to, czy posiadamy wiedzę o jego statusie serologicznym, czy też nie. Personel medyczny zatem ze względu na ryzyko wystąpienia ekspozycji zawodowej, zobligowany jest do przestrzegania zasad profilaktyki przed oraz poekspozycyjnej. Do każdego przecież chorego należy podchodzić jako do potencjalnie zakażonego, zachowując środki ostrożności powszechnie obowiązujące, dzięki którym można pozbyć się lęku o własne życie i zdrowie, który to z kolei utrudnia jakiegokolwiek kontakty międzyludzkie z chorym [6,7].

Stosowanie barier mechanicznych, ograniczających kontakt pracownika służby zdrowia z potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi, zmniejsza ryzyko nabycia zakażenia. Dzięki używaniu rękawic lateksowych ilość krwi, która dostanie się do miejsca zakłutego igłą do iniekcji zmniejsza się o 46–63%, a w przypadku zakłucia igłą chirurgiczną – nawet o 86%². W sytuacjach, kiedy rozprysnięcie się krwi jest wysoce prawdopodobne, wskazane jest używanie okularów ochronnych. Ryzyko zakażenia po kontakcie błon śluzowych i skóry z krwią zawierającą HIV zależy także od objętości krwi i stadium infekcji pacjenta (czyli od liczby cząstek wirusa w jego krwi). Ryzyko zakażenia jest prawdopodobnie większe, gdy kontakt ze skórą jest długi, obejmuje rozległe jej obszary lub miejsca, w których jej integralność naruszona jest w widoczny sposób (tzn. kiedy widoczne są otarcia, pęknięcia, zmiany zapalne lub otwarte rany) [7,8].

HIV nie jest najbardziej zakaźnym wirusem. Jednak nawet niewielka ilość krwi zawierającej wirusa, która dostanie się do organizmu poprzez uszkodzoną skórę (zakłucie, skaleczenie się narzędziem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią), może doprowadzić do zakażenia HIV. W polskiej opiece medycznej najbardziej obawiają się zakażenia lekarze-zabiegowcy. W pracy zawodowej, najniebezpieczniejszym narzędziem są igły do iniekcji. Zwłaszcza te świeżo używane u pacjentów zakażonych HIV. Najczęściej do zakłuć igłami dochodzi w sytuacjach, w których nie są przestrzegane podstawowe zasady bezpieczeństwa pracy. Pielęgniarki w Polsce ciągle jeszcze po wykonanej iniekcji lub pobraniu krwi, z powrotem zakładają plastikową osłonkę na dopiero co użytą igłę [6,7].

W Stanach Zjednoczonych do 1/5 zakłuć dochodzi w trudnych do przewidzenia okolicznościach, jak na przykład nagłe poruszenie się pacjenta lub współpracownika. Stosowanie rękawic ochronnych jest ważne także podczas pielęgnacji pacjentów zakażonych HIV. W 2003 r. opisano przypadek pracownika domu opieki równocześnie zakażonego HCV i HIV, którego jedynym czynnikiem ryzyka był kontakt z wymiocinami, moczem i stolcem chorego, cierpiącego na demencję związaną z AIDS. Pracownik domu opieki wykonywał swoje obowiązki bez rękawic ochronnych, zaś skóra jego dłoni była często popękana. Od początku epidemii HIV/AIDS do grudnia 2002 r. na świecie odnotowano 106 przypadków zakażeń pracowników służby zdrowia, w których udokumentowano serokonwersję po kontakcie zawodowym z HIV, a 238 osób uznano za prawdopodobnie zakażone w związku z wykonywaniem pracy zawodowej. Wszyscy mieli w wywiadzie zawodowy kontakt z krwią lub innym, zawierającym krew, płynem ustrojowym albo materiałem laboratoryjnym

zanieczyszczonym HIV, i nie wskazywali w dochodzeniu epidemiologicznym innych czynników ryzyka dla nabycia infekcji [8,9,10].

W stosunku do ponad 20 lat trwania epidemii i milionów zakażonych HIV osób, liczba przypadków zakażeń zawodowych na świecie jest niewielka. Większość potwierdzonych przypadków (69%) i znaczna część prawdopodobnych (39%) dotyczyła pielęgniarek lub pracowników laboratoriów klinicznych, to znaczy osób mających najczęściej kontakt z igłami do iniekcji. Prawie wszystkie potwierdzone przypadki zawodowego zakażenia HIV (91%) nastąpiły wskutek kontaktu z krwią zakażoną HIV, zakłucia (skaleczenia) miały miejsce w 89% tych przypadków. W 8 przypadkach zakażenie nastąpiło wskutek kontaktu błon śluzowych i/lub skóry z płynami zakaźnymi, w dwóch przypadkach nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia. Warto pamiętać, że można zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w przypadku narażenia zawodowego przez podawanie leków antyretrowirusowych. W takiej sytuacji najlepiej zgłosić się do jednego z oddziałów szpitalnych zajmujących się terapią osób zakażonych HIV lub profilaktyką poekspozycyjną. W szpitalach tych leki antyretrowirusowe są dostępne przez całą dobę (24h) [9,10].

Problemy pielęgnacyjne opieki paliatywnej

Opieka nad chorymi na AIDS w warunkach szpitalnych opiera się na przestrzeganiu izolacji pacjentów w zależności od czynnika etiologicznego, który wywołuje daną jednostkę chorobową. Pacjenci z AIDS bowiem ze względu na upośledzenie odporności są szczególnie narażeni na zakażenia przenoszone poprzez kontakty bezpośrednie, drogą kropelkową a także powietrzną. Do najczęstszych problemów zdrowotnych, z jakimi borykają się chorzy na AIDS, które należy brać pod uwagę w ocenie stanu zdrowia i planowaniu opieki przez pielęgniarkę należą: biegunka, gorączka, zmiany zapalne jamy ustnej, zaburzenia oddychania, problemy psychospołeczne [3,4].

Biegunka u chorych na AIDS występuje zwykle w postaci przewlekłej, trwa ponad jeden miesiąc, a jej przebieg nierzadko jest bardzo ciężki. Jej przyczynami mogą być, m.in. zaburzeniami wchłaniania, przyjmowane lekami antyretrowirusowe lub zakażenia oportunistyczne. Wystąpienie biegunki u chorego zawsze niesie za sobą ryzyko wystąpienia odwodnienia a także zaburzeń wodno-elektrolitowych [4].

Celem działań pielęgniarki ukierunkowanych na rozwiązanie tego problemu będzie zmniejszenie skutków biegunki do minimum, a zwłaszcza zapobieganie odwodnieniu przez eliminowanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, zapobieganie maceracji skóry w okolicy

odbytu, jak również poprawa nastroju chorego stworzenie warunków zaspokojenia potrzeby wydalania, tj. w atmosferze intymności oraz godności osobistej. Pamiętać tutaj należy, że czynności pielęgnacyjne podejmowane u pacjentów z biegunką, należy zawsze podporządkować zasadom reżimu sanitarnego, istotne jest stosowanie jednorazowych środków ochrony osobistej [3,6].

Kolejnym ważnym problemem, jaki często pojawia się u pacjentów z AIDS jest gorączka, której przyczynę może stanowić samo zakażenie, neuroinfekcja, zapalenie płuc, gruźlica, zakażenie układu moczowego, posocznice. Opieka pielęgniarska u chorego gorączkującego powinna być ukierunkowana na zapewnienie bezpieczeństwa, utrzymanie prawidłowej temperatury ciała, stosownej higieny osobistej oraz zapobieganie odparzeniom [3].

Następny problem, który należy omówić i brać pod uwagę w opiece pielęgniarskiej to zmiany zapalne w obrębie jamy ustnej (owrzodzenia i kandydoza). Celem opieki będzie tutaj utrzymanie właściwej higieny jamy ustnej, eliminowanie zmian zapalnych, zmniejszenie suchości, jak również poprawa samopoczucia pacjenta [3,4].

Kolejny istotny problem a jednocześnie najczęściej występujący u chorych na AIDS dotyczy zaburzeń ze strony układu oddechowego, tj. duszność, kaszel oraz sinica. Chorzy są predysponowani do wystąpienia zapaleń górnych i dolnych dróg oddechowych za sprawą występujących u nich zaburzeń i osłabienia odporności, niedożywienia oraz wyniszczenia. Celem działań pielęgniarskich będzie tutaj utrzymanie optymalnej czynności oddechowej, ułatwienie oddychania, łagodzenie kaszlu, a także zmniejszenie niepokoju [1,3,4].

Problemy społeczne i psychologiczne

Opieka pielęgniarska nad chorym na AIDS w myśl holistycznego modelu opieki winna być także ukierunkowana na rozwiązywanie problemów, o charakterze psychospołecznym. Najczęstsze problemy pielęgnacyjne, które są ściśle związane ze stanem psychospołecznym chorych to: brak poczucia bezpieczeństwa, lęk przed śmiercią, samotnością, izolacją od otoczenia, beznadzieję spowodowaną zakażeniem, brak wiary w skuteczność leczenia, pielęgnowania, obawy przed hospitalizacją, poczucie zagubienia i pustki, beznadzieja oraz utrata sensu życia [3,8].

Celem opieki pielęgniarskiej w wyżej wymienionych problemach będzie: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, pomoc w dostrzeganiu pełnowartościowości własnego życia, budowanie pozytywnego myślenia, minimalizowanie niepokoju i niepewności o stan

zdrowia, zniwelowanie bezradności, zapewnienie komfortu psychicznego, wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego, pomoc w organizacji czasu wolnego, realizowaniu zainteresowań, motywowanie do samoopieki [3, 6].

W kontaktach z chorymi na AIDS pielęgniarki powinny okazywać im zainteresowanie, być zarówno ich towarzyszem, jak i przewodnikiem. Do tego potrzeba przede wszystkim empatii, tolerancji, nie współczucia a współodczuwania z chorymi, bowiem z niego jedynie może wypływać wiara w ich potencjalne możliwości, a wiara ta ma moc odmieniania nastawienia pacjentów wobec własnego życia, które póki trwa, póty istnieje nadzieja na jego lepsze jutro [9].

Pielęgniarki powinny pokazywać swoim zachowaniem, życiem, że opiekują się chorym na AIDS z poszanowaniem wszelkich jego praw jako człowieka oraz podchodząc do niego nie jak do „innego”, ale jako do „swojego” – pacjenta, podopiecznego, dla którego w swej pracy zawodowej zrobi się wszystko, by walczyć o jego życie. Reprezentując taką postawę samym chorym wskazywać będą istotę świadomego życia, opartego na wiedzy o swoich ograniczeniach związanych z chorobą, którego nie trzeba się wstydzić, ale wystarczy zadbać o bezpieczeństwo swoje i innych. Społeczeństwu natomiast wskażą drogę poszanowania każdej formy życia ludzkiego, wzajemnego wsparcia oraz niesiania pomocy z poczuciem bezpieczeństwa o własne życie, dzięki posiadanej wiedzy. Tak, aby ten kto zna osobę opiekującą się chorym na AIDS, zrozumiał, że wstydem nie jest życie z chorobą, lecz wstydem jest przechodzenie obok potrzebujących pomocy i wsparcia z lęku o własne życie, które uważa się za cenniejsze [5, 11].

Pielęgniarki i położne przez ciągłą edukację na temat HIV i AIDS oraz stosowanie w praktyce zdobywanych informacji mogą również przyczyniać się do zmniejszania stygmatyzacji osób żyjących z HIV [12].

PODSUMOWANIE

Zabiegi pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę są bardzo ważnym elementem opieki nad osobami zarażonymi wirusem HIV oraz chorującymi na AIDS. Specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami wymaga dużej wiedzy, specyficznego podejścia do chorego i uwzględniania różnych, często pozamedycznych czynników wpływających na stan zdrowia chorego. Jest to wszechstronna, kompleksowa opieka, polegająca na wykonywaniu w bardzo kompetentny sposób czynności i realizowaniu zadań

pozwalających zachować zdrowy tryb życia, zapobiegać chorobom oraz pomagać w odzyskiwaniu zdrowia i poprawiać komfort życia. Za pomocą szerokiego spektrum działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych personel pomaga pacjentom w zachowywaniu samodzielności i niezależności w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej.

Praca personelu medycznego niesie za sobą wiele wyzwań i problemów takich jak: ryzyko zawodowe związane z ekspozycją na wirus HIV przy wykonywaniu zabiegów, przeciwdziałaniu problemom pielęgnacyjnym w ramach postępu choroby, okazywanie wsparcia psychologicznego i społecznego, a także edukacja pacjenta oraz jego rodziny.

Opieka nad pacjentem chorującym na AIDS bywa wymagająca i niesie za sobą wiele wyzwań, ale jest też nieodłączną częścią oddziaływania między ludźmi. To właśnie pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad pacjentem okazuje mu oprócz dyscyplinarnej i profesjonalnej opieki pełne człowieczeństwo i wsparcie, zwłaszcza w świecie dzisiejszej dyskryminacji i stygmatyzacji.

„Tu chodziło bowiem o seksualną winę, seksualną tajemnicę, seksualny wstyd. Rak, pisała niegdyś Sontag, postrzegany był jako zły bakcyl, rezultat niekontrolowanej mutacji biologicznej... AIDS natomiast to niekontrolowana mutacja społeczna.”

-Siddhartha Mukherjee

PIŚMIENNICTWO

1. Kałdon B.: Wybrane aspekty problematyki zakażenia wirusa HIV i choroby AIDS, a młodzież jako grupa szczególnego ryzyka. Forum Pedagogiczne UKSW 2011; 1: 152-168.
2. Winek K., Sikora A., Mikuła T.: Postępy w leczeniu zakażenia HIV. Postępy Nauk Medycznych, 2010; 10, 800-804.
3. Horban A., Podlasin R., Cholewińska G.: Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS 2016: 426-442.
4. Ankiersztejn-Bartczak M.: 25 lat HIV w Polsce. Czy coś się zmieniło? Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 1: 71-75.
5. Mijas M., Dora M., Brodzikowska M., Żołądek S.: Język, HIV, media. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych. 2016;1: 11-147.

6. Węglarska J., Połusznia-Owczarz M.: Postawy pielęgniarek wobec osób zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Innowacje w pielęgniarstwie i naukach o zdrowiu* 2016,2,1.
7. Gańczak M., Korzeń M., Owsianka B., Szych Z.: Objawy personelu chirurgicznego wobec zawodowego zakażenia HIV, w świetle oznaczeń przeciwciał anti-HIV i częstości występowania allele $\Delta 32$ genu CCR5. *Przegląd Epidemiologiczny* 2015; 69: 845 – 849.
8. Gańczak M., Szych Z.: Występowanie zakażeń HBV, HCV, HIV wśród personelu więziennego w świetle zawodowych czynników ryzyka. *Medycyna Pracy* 2017; 68, 4:507-516.
9. Gańczak M., Szych Z., Szczeniowski A., Dmytrzyk-Daniłow G.: Postawy personelu medycznego wobec osób zakażonych HBV, HCV, lub HIV pracujących w oddziałach zabiegowych oraz badania serologiczne pracowników. *Medycyna Pracy* 2013; 64, 5:6 39–647.
10. Brackowska B., Kowalska M., Beniowski M., Zejda J., Mazur W., Witor A.: Zawodowa ekspozycja pracowników służb medycznych na wirus HIV w województwie śląskim. *Medycyna Pracy* 2010; 61, 3: 315–322.
11. Krawczyk P., Białkowska J., Dworniak D., Kamerys J., Szosland D., Jabłkowski M.: Czy ryzyko zarażenia zawodowego na zakażenie wirusami HBC. HCV, HIV dotyczy tylko pracowników ochrony zdrowia? *Medycyna Pracy* 2010; 61,1:15–23.
12. Vorasane S., Jimba M., Kikuchi K.: An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 125.

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW - ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM

Katarzyna Czykier¹, Anna Baranowska², Beata Olejnik³, Agnieszka Lankau²

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy z Pododdziałem Intensywnej terapii USK w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Kliniczne aspekty występowania reumatoidalnego zapalenia stawów na podstawie literatury

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), potocznie nazywane również artretyzmem lub gościem przewlekłym postępującym, jest zapalną, przewlekłą, immunologicznie zależną układową chorobą tkanki łącznej. Charakteryzuje się niespecyficznym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych oraz powikłań układowych. Mimo stosowanej terapii przebieg choroby ma charakter przewlekły z nawrotami, a nieustanny jej rozwój prowadzi do niepełnosprawności, kalectwa i przedwczesnej śmierci [1].

Epidemiologia

Występowanie RZS ma zasięg ogólnoświatowy. Dotyczy około 0,8% populacji. Częstość występowania i ciężkość choroby różni się w zależności od rejonów geograficznych [2].

Największą częstość występowania stwierdzono u rdzennych Amerykanów (5%), a najmniejszą wśród Afrykańczyków zamieszkujących tereny wiejskie. Obserwuje się częste zachorowania rodzinne [2].

W Polsce choruje około 400.000 osób, przy czym kobiety około trzy krotnie częściej od mężczyzn. Początek choroby przypada na czwartą i piątą dekadę życia [2].

Etiologia i patogeneza

Etiologia reumatoidalnego zapalenia stawów jest nieznana, a w jej patogenezie podkreśla się duże znaczenie predyspozycji genetycznej i predyspozycji płci żeńskiej do zachorowania na tę chorobę. Przypuszcza się ponadto, że RZS może być wywołane czynnikiem zakaźnym, bakteryjnym bądź wirusowym. Rozważano udział wirusa różyczki, cytomegalii, mikoplazmy oraz Epsteina-Barra (EBV), jednakże nie zostało to naukowo udowodnione [3,4].

Obraz kliniczny

Początek choroby jest zwykle powolny, pojawiają się wówczas stany podgorączkowe, bóle stawów i mięśni, parestezje w kończynach, utrata łaknienia oraz spadek masy ciała.

Ryc.1. Zdrowy staw i staw z RZS Źródło: [1].

RZS jest chorobą autoimmunologiczną to znaczy, że organizm z niewiadomych przyczyn rozpoznaje i atakuje swoje komórki. Jest to proces przewlekły, charakteryzuje się okresami zaostrzeń i remisji. W czasie choroby błona maziowa stawu (cel procesu zapalnego) ulega przerostowi, pogrubieniu. Przerośnięta błona maziowa wnika do wnętrza chrząstki pokrywającej powierzchnie stawowe i je uszkadza – jest to proces nieodwracalny (Ryc.1.) [5]. W stawach zmienionych chorobowo pojawia się ból utrudniający ruch, problemem jest sztywność stawów i mięśni w godzinach rannych. Czas trwania sztywności porannej jest zależny od stopnia nasilenia procesu zapalnego. Badaniem przedmiotowym stwierdza się

obrzęk zajętych stawów, wysięk, bolesność uciskową i ruchową oraz ograniczenie ruchomości.

Zmiany te występują najczęściej symetrycznie w stawach jednoimiennych kończyn górnych. Proces zapalny może obejmować ścięgna i pochewki ścięgna w otoczeniu zajętych stawów. Widoczny jest zanik mięśni, na początku międzykostnych rąk i czworogłowych ud. W następnych okresach zanik staje się uogólniony. U około 10% chorych pojawiają się guzki reumatoidalne, które umiejscawiają się w okolicach narażonych na ucisk – najczęściej stawów łokciowych. U chorych leżących – w okolicy potylicznej i nad wyrostkami kolczastymi kręgów [5].

Przebieg choroby i stopnie wydolności czynnościowej

Przebieg RZS jest indywidualny, charakteryzuje się stałym nieubłagalnym postępem zmian chorobowych. Istnieją przypadki o dużej dynamice choroby oraz o łagodnym, powolnym przebiegu. Różne jest także rozmieszczenie dotkniętych chorobą stawów. Procesem chorobowym może być objęty każdy staw: dłoni, palców, rąk, kolan, stóp łącznie ze stawami skroniowo-żuchwowym i kręgosłupa szyjnego. Poza stawami reumatoidalny proces zapalny objawia się również w pochewkach ścięgien i kaletkach maziowych. W RZS występują okresy zaostrzeń i remisji.

W czasie zaostrzeń chorzy odczuwają silne bóle, nękające w dzień i w nocy powodując bezsenność i zmiany w psychice.

Każde zaostrzenie powoduje dalsze niszczenie stawów i pogłębianie się inwalidztwa. Czas remisji oznacza, że aktywność RZS znacznie się zmniejszyła, osiągając stan zatrzymania, a nie ustąpienia choroby.

Remisja została osiągnięta gdy :

1. Poranna sztywność stawów trwa krócej niż 10 min;
2. Nie pojawia się zmęczenie;
3. Nie występują bóle stawów;
4. Przy ucisku lub ruchu w stawach nie pojawia się ból;
5. Nie ma obrzęku w stawach lub pochewkach ścięgien.

Rodzaj, zasięg zmian w narządzie ruchu zależy od aktywności procesu chorobowego. W zaawansowanym okresie choroby powstają przykurcze, zeszywnienia stawów

W miarę upływu czasu proces chorobowy obejmuje coraz więcej stawów, prowadząc do ich zniekształceń i upośledzenia ogólnej sprawności chorego [6].

W reumatoidalnym zapaleniu stawów wydolność czynnościową pacjenta określa się za pomocą skali Goftona. Wyróżnia ona cztery stopnie choroby według wydolności czynnościowej stawów. Choremu, który jest samodzielny i bez przeszkód wykonuje codzienne zajęcia przypisuje się stopień I, natomiast IV stopień oznacza pełną zależność od osób trzecich i unieruchomienie w łóżku lub na wózku [6].

Zmiany stawowe

Zniekształcenia stawów rąk

Kończyna górna stanowi funkcjonalną całość, proces chorobowy, który toczy się w jednym stawie zaburza czynność całej kończyny.

Postępujące ograniczenie funkcji kończyn górnych powoduje często uraz psychiczny z powodu narastających trudności w życiu codziennym.

Objawem wczesnych zmian zapalnych jest ból oraz symetryczne obrzęki stawów śródręczno-paliczkowych i międzypaliczkowych bliższych (palców II i III).

Skóra rąk staje się cieńsza i nadmiernie potliwa. Następuje zanik mięśni międzykostnych grzbietowych i glistowatych oraz mięśni kłębku kciuka palca małego (Fot.1.).

Fot.1. Zniekształcenia rąk we wczesnym okresie choroby.

Źródło: [2].

Zniekształcenia w następstwie zniszczenia struktur stawowych z zaburzeniami stabilności stawów i przemieszczeń ścięgien powstają w późniejszym okresie RZS (Fot.2.) Zaburzenia funkcji stawów, zwłaszcza rąk są przyczyną inwalidztwa [7].

Fot.2. Zniekształcenia rąk w późniejszym okresie choroby.

Źródło: [2]

W późniejszym okresie choroby następują zniekształcenia rąk:

- Podwichnięcia dłoniowe palców II-V w stawach śródręczno- palczkowych;
- Zniekształcenia typu „łabędziej szyi”- przeprost w stawie międzypaliczkowym bliższym, a zgięcie w stawie międzypaliczkowym dalszym.
- **Kciuk „butonierkowaty”** -zwany także „szewskim”, zgięcie w stawie śródręczno- palczkowym, przeprost w stawie międzypaliczkowym
- Kciuki butonierkowate i odchylenie łokciowe palców II-V w stawach śródręczno- palczkowych w kierunku kości łokciowej,
- Zniekształcenie typu **palce „butonierkowate”**- zgięcie w stawie międzypaliczkowym bliższym, przeprost w stawie międzypaliczkowym dalszym [1].

Ponadto zniekształceniu i upośledzeniu czynności ruchowej ulegają:

- Stawy promieniowo-nadgarstkowe
- Staw barkowy
- Stawy stóp
- Stawy kolanowe
- Odcinek szyjny kręgosłupa [2,6].

Zmiany pozastawowe

Zmiany pozastawowe mogą obejmować wiele narządów. Występują głównie u chorych z obecnym czynnikiem reumatoidalnym z ciężkim i długotrwałym przebiegiem choroby. Obecność zmian pozastawowych jest wskaźnikiem złej prognozy i ma wpływ na leczenie [4].

Najczęstsze zmiany pozastawowe:

1. Skóra dłoni i stóp nadmiernie chłodna, wilgotna, czasem zaczerwieniona.
2. **Guzki reumatoidalne** – niebolesne, widoczne na powierzchni wyprostnej, głównie przedramion, również obecne w miejscach narażonych na ucisk. Występują u 20-35% chorych z obecnością czynnika reumatoidalnego (Fot.3.).

Fot.3. Guzki reumatoidalne nad stawami.

Źródło: [2].

3. Zapalenie osierdzia występuje w późnym okresie choroby. Guzki reumatoidalne mogą się tworzyć nawet w mięśniu sercowym. U chorych na RZS, choroba niedokrwienna serca występuje częściej [8].
4. Poważnym objawem pozastawowym w RZS jest zapalenie naczyń krwionośnych. Chorzy mają podwyższone ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych co jest główną przyczyną zgonów [8].
5. Węzły chłonne są często powiększone. Może dojść do powiększenia śledziony z równoczesnym zmniejszeniem ilości krwinek białych. W przebiegu RZS objawy te noszą nazwę zespołu Felt'ego [8].

Rozpoznanie

Dla ustalenia rozpoznania stosuje się kryteria diagnostyczne zaproponowane przez Amerykańskie Towarzystwo Reumatologiczne (ACR, 1987).

U 50% chorych na początku choroby nie stwierdza się typowych zmian radiologicznych. Wskaźniki ostrej fazy (OB, CRP) mogą być tylko nieznacznie podwyższone. U 30% chorych w surowicy nie występuje czynnik reumatoidalny klasy IgM [1].

Podgrupy kliniczne RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów występuje w odmiennych postaciach. Różnicuje się je pod względem przebiegu klinicznego, postępu zmian radiologicznych, oraz czasu w jakim dochodzi do inwalidztwa. W przebiegu objawów klinicznych wyróżniamy trzy typy:

Typ pierwszy Tzw. „samoograniczający”

- charakteryzuje się łagodnym przebiegiem choroby;
- dotyczy 5-10% chorych;
- czynnik reumatoidalny występuje u 5% chorych;
- istnieje tendencja do cofania się objawów przy stosowaniu tradycyjnych leków modyfikujących przebieg choroby;
- po upływie 3-10 lat chorzy nie spełniają kryteriów diagnostycznych RZS;
- istnieje możliwość zmiany rozpoznania [9].

Drugi typ charakteryzuje się:

- niewielką progresją choroby;
- czynnik reumatoidalny obecny jest u 60-90% chorych;
- dotyczy 5-10% chorych;

- wyraźna odpowiedź na leczenie tradycyjnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby.

Typ trzeci:

- charakteryzuje się dużą progresją choroby;
- występuje u 60 do 90% chorych na RZS;
- od początku choroby stwierdza się wysokie miano czynnika reumatoidalnego;
- chorzy źle odpowiadają na leczenie tradycyjnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby;
- stała progresja zmian;
- ta postać choroby szybko prowadzi do niepełnosprawności i inwalidztwa [9].

Podstawowa diagnostyka w RZS

- OB/CRP;
- Czynn timerumatoidalny (RF-IgM);
- Przeciwciała anty-CCP (przy negatywnym RF-IgM);
- Morfologia krwi z rozmazem ;
- Stężenie enzymów wątrobowych (ALAT, AspAT);
- Stężenie kwasu moczowego;
- Stężenie kreatyniny;
- Stężenie elektrolitów;
- Badanie ogólne moczu;
- Badania płynu stawowego (celem wykluczenia innej choroby stawów) [9].

Badania obrazowe:

- USG stawów w przypadku podejrzenia o cystę Beckera, oraz narządów wewnętrznych przy zmianach narządowych;
- Badanie radiologiczne (RTG) klatki piersiowej, rąk, nadgarstków, stóp, odcinka szyjnego kręgosłupa oraz innych zajętych stawów;
- EKG
- Ocena płynu stawowego (badanie morfologiczne i bakteriologiczne na obecność czynn timerumatoidalnego);

- Rezonans magnetyczny (MRI) przy wczesnych zmianach zapalnych w stawach rąk i stóp, przy braku zmian w badaniu rtg i odcinka szyjnym kręgosłupa;
- CT narządów wewnętrznych;
- Badanie gęstości mineralnej kości [9].

Rozpoznanie różnicowe

RZS należy różnicować z:

- innymi układowymi chorobami tkanki łącznej, zapaleniem
- skórnomięśniowym i wielomięśniowym, zespołem Sjogrena, chorobą Still'a u dorosłych, twardziną;
- toczeniem rumieniowatym układowym;
- zakażeniami bakteryjnymi i wirusowymi (bakteryjne zapalenia wsierdza, aktywne zapalenie wątroby; HBs, HCV, zakażeniem wirusowym HIV);
- nowotworami [1].

Leczenie kompleksowe w RZS

Leczenie chorego na RZS powinno być kompleksowe i uwzględniać:

1. leczenie farmakologiczne;
2. rehabilitację;
3. leczenie operacyjne;
4. psychoterapię [4].

Leczenie farmakologiczne

Ma ono na celu:

1. Zmniejszenie bólu i uwolnienie chorego od innych objawów towarzyszących zapaleniu;
2. Zapobieganie strukturalnemu uszkodzeniu stawów i tkanek okołostawowych, których następstwem może być niepełnosprawność;
3. Wydłużenie okresu remisji;
4. Ochronę chorego przed powikłaniami;
5. Utrzymanie sprawności fizycznej i psychicznej;
6. Zatrzymanie lub spowolnienie aktywności procesu chorobowego [1].

Czynniki, które mogą prognozować agresywny przebieg choroby:

1. Uogólnione zajęcie stawów małych i dużych (ponad 20% stawów).
2. Występowanie zmian pozastawowych, guzków reumatoidalnych i zapalenia naczyń.
3. Utrzymujący się przyspieszony OB oraz podwyższony CRP.
4. W badaniu radiologicznym obecne nadżerki kostne w pierwszych 2 latach choroby.
5. Obecność HLADR4, wysokiego miana czynnika reumatoidalnego [4].

Najważniejszymi grupami leków stosowanymi w terapii RZS są:

Grupa I - niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ),

Grupa II – glikokortykosteroidy;

Grupa III – leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh);

Leki biologiczne [6].

Leczenie operacyjne

Wskazaniem do leczenia operacyjnego jest:

1. Grożące lub dokonane przerwanie ścięgna;
2. Grożące złamanie kości w przypadku dużej torbieli kości zlokalizowanej w pobliżu stawu oraz ucisk na nerwy;
3. Duże guzki reumatoidalne.

Wskazania względne stanowią:

- długotrwałe, utrzymujące się bóle stawu;
- nie ustępujące mimo leczenia zapalenia błony maziowej, ścięgna, kaletki maziowej;

Nie operuje się jednak chorych dobrze przystosowanych do istniejących zmian w narządzie ruchu [6].

Wyróżniamy trzy grupy zabiegów operacyjnych:

1. Operacje profilaktyczno- lecznicze.
2. Operacje korekcyjne i rekonstrukcyjne.
3. Usztywnienie stawu.

Wszystkie metody leczenia się ściśle uzupełniają. Leki przeciwzapalne i przeciwbólowe pozwalają na opanowanie ostrego rzutu choroby, a tym samym umożliwiają rozpoczęcie kinezyterapii [6].

Rehabilitacja

Należy ją podjąć już we wczesnych okresach choroby, kiedy nie doszło jeszcze do zmian utrwalonych w narządzie ruchu.

W początkowych okresach leczenia należy stosować bodźce łagodne i zwiększać ich nasilenie w miarę leczenia. Należy pamiętać, że skuteczność rehabilitacji jest uzależniona od regularności zabiegów. Ograniczenie ich ilości wskazane jest w okresie zaostrzenia choroby, wówczas mogą wystąpić objawy obciążenia organizmu [10].

Cel stosowanych zabiegów fizykoterapeutycznych:

1. Zmniejszenie stanu zapalnego;
2. Poprawa krążenia w kończynach
3. Zmniejszenie bolesności stawów i tkanek sąsiadujących;
4. Ograniczenie lub okresowe zniesienie sztywności porannej;
5. Przeciwdziałanie powstawaniu przykurczów w stawach;;
6. Poprawa stanu ogólnego pacjenta.

Leczenie ruchem (kinezyterapia), odgrywa najistotniejszą rolę w procesie rehabilitacji chorych na RZS. Leczenie ruchem prowadzi się w sposób indywidualny. Należy pamiętać, że pod wpływem obciążenia narządu ruchu może dojść do zaostrzenia procesu zapalnego. Dlatego też zestaw ćwiczeń powinien być przygotowany przez specjalistę kinezyterapii w zależności od potrzeb i aktualnego stanu chorego. Początkowo ćwiczenia fizyczne powodują nasilenie bólu stawów i mięśni. W tym okresie pacjenci ćwiczą niechętnie, a dokuczliwy ból wyzwała postawę rezygnacji i buntu przeciwko aktywności fizycznej. Pacjent ma poczucie szkodliwego wpływu ruchu na jego stan zdrowia. Zadaniem pielęgniarki jest wówczas mobilizowanie podopiecznego do ćwiczeń pomimo bólu i przedstawienie korzyści z tego płynących. Doskonałą formą aktywności dla pacjenta będzie czynne uczestnictwo w terapii zajęciowej [6,11].

Psychoterapia - Jest ona niezbędna podczas leczenia RZS. Oprócz silnego bólu i innych fizycznych objawów choroby pojawiają się stany obniżonego nastroju, większa łatwość przykrego odczuwania różnego rodzaju bodźców i przeżyć. Postępujące inwalidztwo, ograniczenie codziennej aktywności funkcjonowania w rolach społecznych stanowi dla pacjenta czynnik stresowy, przejawiający się u większości chorych zaburzeniami emocjonalnymi z kręgu zaburzeń depresyjnych. W przebiegu tej choroby następują zmiany osobowości, ze skłonnością do reakcji depresyjnych. Choroba ma charakter przewlekły, postępujący, jest przyczyną dolegliwości bólowych w rezultacie prowadzi do kalectwa, często niweczy ambicje i plany życiowe. Dlatego też rzadko kiedy ma miejsce zjawisko pełnej akceptacji choroby wśród chorych. Pacjenci odczuwają bezradność i beznadziejność wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej, poczucie małej możliwości oddziaływania na nią, brak satysfakcji z własnej roli w społeczeństwie i znaczenia dla innych. Niepełnosprawność należy rozpatrywać jako obecność cierpienia nie tylko fizycznego, ale również duchowego. Ważnym zadaniem jest oddziaływanie na psychikę pacjenta i umacnianie jego wiary w powodzenie leczenia [6,12,13].

W realizacji zadań psychoterapii powinni brać udział wszyscy członkowie zespołu rehabilitacyjnego. Najważniejszą rolę w usprawnianiu psychicznym odgrywa właściwe podejście w codziennych kontaktach z chorym. Należy okazywać choremu zainteresowanie, pomagać w czynnościach życia codziennego, ale nie wyręczać. Aktywność fizyczna oraz odpowiednia praca dostosowana do możliwości pacjenta także może mieć wpływ na akceptację inwalidztwa [14].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z RZS

Zadania pielęgnacyjne wobec pacjenta

Choroba często utrudnia bądź uniemożliwia wykonywanie pewnych czynności samodzielnie. Dokuczliwy ból, ograniczona ruchomość stawów i towarzyszące obniżenie nastroju powoduje często u chorego postawę rezygnacji i deficyt samoopieki. Docenianie trudu i wysiłku jaki wkłada pacjent w wykonywanie podstawowych czynności życia codziennego jest dla niego bodźcem do dalszej pracy nad sobą [15].

Do zadań pielęgnacyjnych wobec pacjenta z RZS należy:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych przez:

- zmniejszenie działania bodźców zewnętrznych wzmagających dolegliwości bólowe przez szybkie, sprawne i delikatne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych;
- stosowanie udogodnień (podpórek) odciążających miejsca wrażliwe na działanie bodźców bólowych, zapewnienie lekkiego koca;
- częstą zmianę pozycji, aby zapobiec długotrwałemu uciskowi na bolące miejsca;
- unikanie silnego światła i hałasu;
- zapewnienie odpowiednich warunków do snu i wypoczynku;
- łagodzenie lęku i obaw pacjenta;
- cierpliwe wysłuchanie pacjenta, wyjaśnienie mu wszystkich wątpliwości m.in. mechanizmów powstawania bólu oraz celowości stosowania leków i zabiegów
- podawanie na zlecenie lekarza środków przeciwbólowych;

[16].

Pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego pacjentowi z ograniczoną zdolnością do samoopieki.

Bardzo częstym zjawiskiem jest przybieranie przez chorego postawy bierności i oczekiwania na pomoc spowodowane ciągłym bólem stawów. W takiej sytuacji zadaniem pielęgniarki jest przekonanie pacjenta do wykonywania niektórych czynności nawet za cenę nasilenia bólu. Najważniejsze jest wówczas kierowanie się zasadą nie wyręczania ale pomocy pacjentowi [16].

Pielęgniarka powinna stwarzać odpowiednie warunki do samoobsługi i mobilizować chorego do samodzielności. Pacjentowi, który jest w stanie jeść samodzielnie, powinno się ułatwić tę czynność, zapewniając specjalne sztucce o grubych rękojeściach, lekkie talerze, lekkie kubki z dużymi uchwytami. Przy wykonywaniu czynności higienicznych należy namawiać podopiecznego do czynnego udziału.. Chory z ograniczoną możliwością chodzenia powinien otrzymać balkonik lub kule ortopedyczne, ułatwiające samodzielne poruszanie. U osób całkowicie niezdolnych do poruszania się powinien być stosowany wózek inwalidzki [16].

3. Zapobieganie powikłaniom narządu ruchu.

W okresie zaostrzenia choroby, ze względu na silny ból pacjenci często pozostają w łóżku i ograniczają aktywność fizyczną. Zadaniem pielęgniarki wówczas jest uświadomienie choremu, że systematyczne leczenie i rehabilitacja uchronią go przed powikłaniami.

Zapewnienie ruchu we wszystkich stawach, właściwe ułożenie pacjenta, a także właściwa postawa chorego do aktywności fizycznej jest niezbędna w celu zapobiegania powstania usztywnień stawów, przykurczów oraz zaników mięśniowych. Bardzo ważna jest więc świadomość i wiedza pacjenta na temat wpływu codziennej aktywności fizycznej i ćwiczeń dla utrzymania możliwie jak najdłużej samodzielności.

Aby zapobiec powikłaniom które pojawiają się w tym czasie pielęgniarka opiekująca się pacjentem powinna:

- zadbać o prawidłową pozycję ułożenia chorego:
- pacjent powinien leżeć na twardym materacu,
- głowa powinna być podparta na małej poduszce,
- ramiona symetrycznie ułożone;
- krzywizna lędźwiowa wypełniona;
- kończyny dolne ułożone w wyproście z niewielkim zgięciem w stawach kolanowych (w tym celu pod kolana układa się wałek);
- stopy podparte o podpórkę;
- częsta zmiana pozycji w łóżku:
- w zależności od okresu choroby- wykonywać lub nadzorować ćwiczenia fizyczne we wszystkich stawach;
- wraz z poprawą stanu chorego należy mobilizować go do samodzielności [16].

Rola pielęgniarki w usprawnianiu pacjenta z RZS

Proces rehabilitacji wymaga wielokierunkowych działań specjalistów tworzących zespół rehabilitacyjny. Jednym z członków tego zespołu jest pielęgniarka. Zadania w zespole związane są z pełnionymi rolami i funkcjami zawodowymi [16].

Rolą pielęgniarki w usprawnianiu jest zdobycie zaufania chorego i przekonanie go, że bez jego czynnej współpracy wyniki leczenia będą niezadowalające. Zachętą i bodźcem do dalszej pracy nad sobą jest uznanie dla ogromnego trudu chorego ćwiczącego pomimo bólu [26].

Pielęgniarka, która ma ciągły kontakt z pacjentem przebywającym na oddziale, zna problemy, niepokoje i zachowanie chorego. Informuje zespół rehabilitacyjny o spostrzeżeniach wynikających z diagnozy pielęgniarskiej, mający wpływ na proces rehabilitacji [17].

Działania pielęgniarki w zakresie rehabilitacji mogą mieć charakter: **bezpośredni** - gdy wykonuje zabiegi lub ćwiczenia z pacjentem, lub **pośredni** - gdy przygotowuje pacjenta do uczestniczenia w ćwiczeniach i zabiegach.

Czynności te mogą być planowane i realizowane samodzielnie przez pielęgniarkę.

Do najprostszych ćwiczeń, których pielęgniarka może nauczyć chorego należą:

- prostowanie i zaciskanie palców rąk;
- dotykanie kciukiem każdego palca;
- zginanie i prostowanie łokci;
- unoszenie i opuszczanie ramion;
- zginanie i prostowanie palców stóp;
- krążenia stóp;
- napinanie rzepki;
- przywodzenie i odwodzenie nogi;
- unoszenie na przemian jednej i drugiej nogi w pozycji na brzuchu [17].

W okresie dużego zaostrzenia procesu zapalnego w wielu stawach, przebiegającego z podwyższoną temperaturą dużą bolesnością, chory musi pozostawać w łóżku [16].

Edukacja chorego i jego rodziny

Jedną z najistotniejszych ról jaką pełni pielęgniarka wobec pacjentów chorych na RZS jest edukacja. Działania edukacyjne mają na celu przygotowanie osoby chorej i jej rodziny do funkcjonowania w nowej sytuacji - choroby poza szpitalem [18].

Reumatoidalne zapalenie stawów pozbawia zdolności ruchu i pewności siebie. Jest chorobą przewlekłą, postępującą, znacznie ograniczającą sprawność fizyczną chorego, powodującą uzależnienie od innych osób. Problemem staje się kąpiel, ubieranie, czesanie czy wykonanie makijażu. Ból nasilający się przy wykonywaniu poszczególnych czynności zniechęca chorego do podejmowania wysiłku.

Natomiast brak ćwiczeń fizycznych pogłębia i przyspiesza utratę sprawności. Choroba ta wymaga stałej mobilizacji chorego oraz życzliwej pomocy rodziny [7].

Osoba chora oczekuje wyjaśnienia problemów związanych z chorobą. Szuka odpowiedzi na pytania dotyczące choroby, jej przebiegu, sposobów leczenia i związanych z nim objawów ubocznych. Zadania pielęgniarki wobec pacjenta z RZS dążą do ochrony i wzmocnienia życia z chorobą, przy zachowaniu jak najdłuższej samodzielności i aktywności.

Celem edukacji pacjentów z RZS jest m.in. zmniejszenie cierpienia chorego poprzez nauczenie go redukowania bólu, oraz zwiększenie wiedzy i umiejętności członków rodziny w zakresie sprawowania opieki i podtrzymania poziomu wydolności [18].

Zagadnienia, którym należy poświęcić uwagę w edukacji pacjenta.

1. Poinformowanie o istocie choroby oraz jej objawach.
2. Udzielenie wskazówek dotyczących trybu życia.
 - należy oszczędzać chore stawy podczas zajęć domowych;
 - należy rozkładać siłę na wszystkie mięśnie;
 - nie przeciążać kręgosłupa;
3. Uświadomienie pacjenta o konieczności stosowania ruchu. Pacjent powinien wykonywać systematycznie ćwiczenia gimnastyczne co daje:
 - lepszą siłę mięśniową;
 - lepszą zdolność radzenia sobie z codziennymi obowiązkami;
 - lepszą kondycję fizyczną.
4. Zapoznanie z niefarmakologicznymi sposobami radzenia sobie z bólem, pacjent powinien:
 - zwolnić tryb życia, planować swój dzień i decydować co jest najważniejsze, aby się nadmiernie nie zmęczyć;

- wysypiać się w nocy;
 - utrzymywać należną masę ciała, aby nie obciążać bioder, kolan oraz stóp;
5. Poinformowanie o możliwości korzystania ze sprzętu ułatwiającego samodzielne funkcjonowanie w codziennym życiu (sztućce z grubymi rękojeściami, balkonik ułatwiający chodzenie itd.)
 6. Przekazanie wskazówek dotyczących leczenia farmakologicznego.
 7. Udzielenie informacji dotyczącej diety chorego;
 8. Przygotowanie rodziny do właściwego sprawowania opieki nad chorym z RZS.

Do procesu edukacji powinni być włączeni opiekunowie chorego i rodzina. Ważnym elementem edukacji rodziny jest kształtowanie właściwej postawy w stosunku do chorej bliskiej osoby. Często najbliżsi w dobrej intencji pomagają lub wyręczają chorego w codziennych czynnościach. Nadopiekuńczość rodziny może zniweczyć dobre wyniki rehabilitacji.

Pielęgniarka uczy rodzinę:

- zapobiegania powikłaniom mogących pojawić się w przebiegu choroby;
 - udziela wsparcia psychicznego, gdy przez dłuższy czas nie ma widocznych efektów leczenia;
 - przekonuje do konieczności kontynuowania leczenia farmakologicznego;
 - informuje o możliwościach przystosowania mieszkania do potrzeb pacjenta.
9. Poinformowanie rodziny o możliwości nawiązania kontaktu z:
 - pielęgniarką środowiskową;
 - rejonowym ośrodkiem pomocy społecznej [18].

CEL PRACY

Obecnie najczęściej występującą chorobą reumatyczną jest reumatoidalne zapalenie stawów, które przebiega z okresami zaostrzeń i remisji.

Destrukcyjny wpływ RZS na tkanki stawowe jest przyczyną trwałego inwalidztwa. Nieustanny rozwój choroby pozbawia pacjenta zdolności do samoopieki uzależniając go od pomocy osób trzecich.

Reasumując reumatoidalne zapalenie stawów powoduje cierpienie fizyczne jak i psychiczne.

Zadaniem pielęgniarki wobec chorego ze schorzeniami narządu ruchu jest utrzymanie go jak najdłużej w stanie pełnej sprawności i aktywności fizycznej.

Najważniejszą zasadą jest niesienie pomocy choremu ale bez zastępowania go w codziennych czynnościach.

Pielęgniarka powinna cechować się cierpliwością, życzliwością, empatią i spostrzegawczością w opiece nad chorym.

Pacjent pozostaje pod stałą opieką rodziny na której ciąży sprawowanie nad nim opieki. Zarówno rodzina jak i sam chory powinni być przygotowani do samoopieki, nauczyć się żyć z chorobą i postępującą niepełnosprawnością aby radzić sobie w codziennym życiu. W tym wypadku rolą pielęgniarki jest edukacja.

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z RZS przebywającego w oddziale reumatologii.
2. Ustalenie indywidualnego planu opieki i sposobu jego realizacji.
3. Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece i usprawnianiu pacjenta z RZS.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W badaniu posłużono się przypadkiem 78-letniego pacjenta z rozpoznaniem reumatoidalnego zapalenia stawów, przebywającego w klinice Reumatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

W celu zgromadzenia informacji umożliwiających rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta, ustalenia diagnozy pielęgnarskiej i planu pielęgnacji wykorzystano metodę indywidualnych przypadków z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Zastosowano następujące metody zbierania danych o pacjencie.

1. **Obserwacji pielęgnarskiej** - która rozpoczyna się od pierwszego kontaktu z chorym, to świadome i celowe gromadzenie danych o pacjencie, jego rodzinie i środowisku.
2. **Wywiadu pielęgnarskiego** - to ukierunkowana rozmowa z chorym, umożliwia zebranie wiarygodnych informacji o podmiocie opieki i ukierunkowuje działania pielęgnarskie.

3. **Analizy dokumentacji medycznej** - która polega na analizie historii choroby, indywidualnej karty zleceń lekarskich i wyników badań diagnostycznych pod kątem przydatności informacji.
4. **Pomiaru** - który polega na stosowaniu określonych sposobów i metod z użyciem przyrządów umożliwiających określenie pewnych wartości w sposób ilościowy [7].

Sporządzono Arkusz do zbierania danych o pacjencie.

Jako metoda badawcza zastosowany został proces pielęgnowania, w którym pielęgniarka samodzielnie podejmuje decyzje co do zakresu i kierunku działań oraz odpowiada za wynik pielęgnowania. Zwiększa to autonomię zawodu i podnosi poziom opieki nad pacjentem.

WYNIKI

Opis przypadku

Badaniem objęto 78 letniego mężczyznę. Dnia 10.07.2017r. pacjent K.S. został przyjęty na Oddział Rehabilitacji Leczniczej w Białymstoku celem leczenia silnych dolegliwości bólowych stawów obwodowych, odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa oraz doskonalenia techniki chodu i poprawy wydolności ogólnej. Tryb przyjęcia planowy. Informacje o stanie zdrowia uzyskano przeprowadzając wywiad z pacjentem, od jego rodziny, i w oparciu o dokumentację medyczną.

Pacjent to emeryt z wykształceniem zawodowym, przez wiele lat wykonywał pracę fizyczną. Od 1998r przebywał na rencie chorobowej.

Chory z dwudziestopięcioletnim wywiadem reumatoidalnego zapalenia stawów w IV okresie choroby. Wielokrotnie hospitalizowany na Oddziale Rehabilitacji oraz w Klinice Reumatologii z powodu silnych dolegliwości bólowych. Pacjent także jest pod stałą opieką Poradni Kardiologicznej. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca typu II. W 2006r przebył zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno - wieńcowego (CABG)

Przy przyjęciu stan ogólny chorego dobry, stwierdzono deformację drobnych stawów rąk i stóp, bólowe ograniczenie ruchomości obu stawów barkowych i kolanowych. Widoczne obrzęki stawowe w obrębie kończyn dolnych. Ostatnio objawy bólowe znacznie się nasiliły, unieruchamiając pacjenta w łóżku przez większość dnia. Zgłaszał silne dolegliwości bólowe stawów barkowych i kolanowych. Zniekształcenia stawów rąk, sztywność i ból sprawiały wielką trudność w wykonywaniu czynności. W skali Barthel otrzymał 80 punktów. W ciągu

dnia porusza się przy pomocy laski charakterystycznymi drobnymi kroczkami. Chory niepokoi się o stan swojego zdrowia. Chciałby jak najdłużej zachować pełną sprawność i chce zrobić wszystko, by tak się stało. Ma też okresy gorszego samopoczucia, zaczyna wtedy wątpić w sens ćwiczeń. Wstydzi się swojej niepełnosprawności. Skarży się na przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, duszność spoczynkową podczas leżenia w łóżku i dolegliwości spowodowane długotrwałym przyjmowaniem NLPZ (choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, stany zapalne jelita grubego). Diety nie przestrzega pije kawę, herbatę, napoje gazowane oraz okazjonalnie alkohol. Pacjent zgłasza bóle brzucha związane z zaparciami. Choremu towarzyszy uczucie sztywności porannej trwającej do około 2 godzin. Występują bóle i zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego krwi. Chory przyznaje, że leki przyjmuje systematycznie. Wartości ciśnienia waha się w granicach 184/108mmHg do 118/76mmHg, HR 71u/min-miarowe, temperatura ciała 36.8°C. Poziom stężenia glukozy we krwi na czczo: 117 mg/dL. Skóra czysta bez zmian patologicznych. Waga ciała 61kg, wzrost 168cm. Pan K.S. mieszka wraz z 70-letnią żoną na wsi we własnym domu. Opiekę sprawują także dwie córki pacjenta, które mieszkają niedaleko. Kontakt z rodziną dobry, widoczne zaangażowanie i troska, ale także obawy i brak wiedzy na temat opieki nad chorym w domu.

U chorego zastosowano następujące leczenie:

- Polprazol- 1x20 mg- tabl.- na czczo;
- Enarenal- 2x5 mg;
- Sulfosalazyna- 2x2 tabletki;
- Ketonal 100 miligramów w i.m.
- Ttramal 50 miligramów w i.m.
- Siofor 500 2x1 tabletka
- Amaryl 4 1 tabletka rano
- Atrox 20 1 tabletka wieczorem
- Acard 75 1 tabletka wieczorem
- Diuresin SR 1 tabletka rano
- Piramil 1,25 1 tabletka rano
- DicloDuo 75 2x1 tabletka
- Panadol 500 (w razie bólu)
- Metypred 1 tabletka po śniadaniu

Pacjent w miarę możliwości ćwiczy według zleconego planu usprawniania. Pomimo wprowadzonego postępowania brak widocznej poprawy stanu funkcjonalnego pacjenta.

Zgłasza dolegliwości bólowe stawów barkowych i kolanowych z towarzyszącym uczuciem sztywnienia.

Na podstawie przedstawionych danych skonstruowano indywidualny plan pielęgnowania pacjenta.

Indywidualny plan opieki

Diagnoza 1. Przewlekły, nękający ból stawów kolanowych i barkowych spowodowany znacznym zaostrzeniem choroby.

Cel:

- Dążenie do minimalizacji bólu.
- Złagodzenie stanu zapalnego stawów.
- Ułatwienie wykonywania czynności dnia codziennego.
- Poprawa samopoczucia pacjenta.

Planowanie:

1. Podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń.
2. Obserwacja pacjenta pod kątem nasilenia bólu.
3. Zapewnienie warunków odpoczynku i wygody w łóżku.
4. Stosowanie udogodnień.
5. Zmniejszenie aktywności fizycznej (wykonywanie ćwiczeń biernych przez pielęgniarkę).
6. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę sprawnie szybko i delikatnie. Częsta zmiana pozycji, zachęcenie do czynnej pomocy.
7. Pomoc w wykonywaniu czynności codziennych : toalecie ciała, ubieraniu, spożywaniu posiłków.
8. Pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.
9. Właściwa kolejność przeprowadzania zabiegów przy chorym tak, aby ćwiczenia i czynności pielęgnacyjno-higieniczne odbywały się w czasie działania środków przeciwbólowych.

Realizacja:

- Podano leki przeciwbólowe zgodnie z IKZ godzinę przed planowanym wstaniem z łóżka i wykonaniem przez pacjenta czynności codziennych

- Obserwowano pacjenta pod kątem nasilenia bólu, który ciągle utrudniał pacjentowi wykonywanie czynności dnia codziennego, pomimo zastosowanej farmakoterapii. .
- W celu zmniejszenia aktywności fizycznej pacjenta, wykonane zostały ćwiczenia bierne.
- Toaleta poranna została wykonana sprawnie i delikatnie. Podczas jej trwania pacjent czynnie uczestniczył w przeprowadzanych czynnościach. Została zmieniona bielizna pościelowa oraz bielizna osobista pacjenta.

Ocena:

- Stosowane leczenie p/bólowe przyniosło mierne efekty.
- Pacjent nadal odczuwa dolegliwości bólowe. Cel nie został w pełni osiągnięty dlatego wymaga dalszej realizacji zaplanowanych działań.

Diagnoza 2. Obawa przed hospitalizacją spowodowana uczuciem bezradności wstydem z powodu niepełnosprawności.

Cel

- Zaspokajanie potrzeby odżywiania.
 - Uzyskanie samodzielności
- w jak najszerszym zakresie samoobsługi.

Planowanie

1. Zapewnienie wygodnej pozycji podczas posiłku .
2. Pomoc w spożywaniu posiłków.
3. Mobilizowanie do samodzielnego spożywania uprzednio przygotowanych posiłków.
4. Dostarczenie sprzętu pomocniczego np. sztućce z pogrubionymi trzonkami, kubek z odpowiednim szerokim uchwytem.
5. Edukowanie chorego w zakresie możliwości samoobsługi.
6. Dbanie o to aby posiłek był ciepły z zastosowaniem odpowiedniej diety - lekkostrawnej, cukrzycowej.

Realizacja

- Pacjent otrzymał ciepły posiłek zgodny z dietą cukrzycową, lekkostrawną.
- Zapewniono pacjentowi odpowiedni sprzęt ułatwiający samodzielne spożywanie posiłków (stolik przyłóżkowy, lekki kubek z szerokim uchwytem, sztućce z grubymi rękojeściami)

Ocena

- Pacjent sam spożywa posiłek przy niewielkiej pomocy personelu.

Diagnoza 3. Trudności w spożywaniu posiłków z powodu bólu i zniekształceń stawów rąk.

Cel

- Zaspokajanie potrzeby odżywiania.
- Uzyskanie samodzielności w jak najszerszym zakresie samoobsługi

Planowanie

1. Zapewnienie wygodnej pozycji podczas posiłku .
2. Pomoc w spożywaniu posiłków.
3. Mobilizowanie do samodzielnego spożywania uprzednio przygotowanych posiłków.
4. Dostarczenie sprzętu pomocniczego np. sztućce z pogrubionymi trzonkami, kubek z odpowiednim szerokim uchwytem.
5. Edukowanie chorego w zakresie możliwości samoobsługi.
6. Dbanie o to aby posiłek był ciepły z zastosowaniem odpowiedniej diety - lekkostrawnej, cukrzycowej.

Realizacja

- Pacjent otrzymał ciepły posiłek zgodny z dietą cukrzycową, lekkostrawną.
- Zapewniono pacjentowi odpowiedni sprzęt ułatwiający samodzielne spożywanie posiłków (stolik przyłóżkowy, lekki kubek z szerokim uchwytem, sztućce z grubymi rękojeściami)

Ocena

Pacjent sam spożywa posiłek przy niewielkiej pomocy personelu

Diagnoza 4. Ciągłe uczucie zmęczenia wynikające z osłabienia siły mięśniowej i zaburzeń snu.

Cel

- Poprawa samopoczucia pacjenta.
- Poprawa jakości snu.

Planowanie

Ocena przyczyn wywołujących uczucie przewlekłego zmęczenia.

2. Mobilizowanie pacjenta do kontynuowania zabiegów fizjoterapeutycznych i kinezyterapii pomimo uczucia zmęczenia.
3. Wyjaśnienie związku pomiędzy stanem zaawansowania choroby, a osłabieniem siły mięśniowej.
4. Wyjaśnienie wpływu racjonalnego odżywiania (białka, witaminy, mikroelementy) oraz kondycji fizycznej na samopoczucie.
5. W stanach zmęczenia i apatii zapewnienie wsparcia psychicznego.

6. Zapewnienie dobrych warunków do odpoczynku i odpowiedniego mikroklimatu na sali chorego.

7. Podawanie leków nasennych na zlecenie lekarza.

Realizacja

-Pielęgniarka przeprowadziła z pacjentem życzliwą rozmowę, podczas której uświadomiła mu jaki może być powód ciągłego uczucia zmęczenia.

- Przed planowanym snem sala pacjenta została przewietrzona, zapewniono ciszę na sali (zamknięto drzwi na korytarz) oraz zmieniono pozycję pacjenta w łóżku na bardziej komfortową.

Ocena

Jakość snu pacjenta uległa poprawie, czuje się mniej zmęczony i osłabiony, nie udało się jednak wyeliminować tego problemu ze względu na przewlekłą postać choroby.

Diagnoza 5. Trudności w wykonywaniu codziennej toalety ciała spowodowane zniekształceniem kończyn górnych.

Cel

- Zaspokajanie potrzeby higieny osobistej.

Planowanie

1. Doraźna pomoc w utrzymaniu higieny osobistej i otoczenia, wycofanie się w miarę poprawy stanu zdrowia.
2. Toaleta ciała wykonywana sprawnie, delikatnie dbając o ciepło i wygodę.
3. Szczególnie dbanie o czystość okolicy krocza (podmywanie po każdorazowym oddaniu stolca).
4. Pielęgnowanie paznokci rąk i stóp- ochrona przed urazami i infekcjami.
5. Dbanie o higienę jamy ustnej.
6. Dbanie o czystość bielizny osobistej i pościelowej, wymiana jej w razie potrzeby.
7. Zakładanie ciepłej, przewiewnej odzieży, skarpety, wygodne obuwie do chodzenia.
8. Sposób i technika wykonywania czynności związanych z obsługą pacjenta dostosowane indywidualnie do możliwości.

Realizacja

- Pielęgniarka wykonała poranną toaletę ciała pacjenta.

-Dokładnie umyto i delikatnie osuszono całe ciało pacjenta, zmieniony został pampers, bielizna pościelowa, bielizna osobista pacjenta, wykonano dokładną toaletę krocza i jamy ustnej, przycięto paznokcie na nogach i stopach za pomocą specjalnych nożyczek.

- Pacjentowi założone zostało czyste, przewiewne ubranie.

Ocena

Chory samodzielnie wykonuje niektóre czynności w zakresie higieny. Pacjent czuje się zadbany, coraz chętniej uczestniczy w zabiegach usprawniających. Wymaga jednak nadal pomocy

Diagnoza 6. Duszność spoczynkowa nasilająca się podczas leżenia w łóżku.

Cel

- Niwelowanie uczucia duszności.
- Poprawa efektywnego oddychania.
- Poprawa komfortu pacjenta.

Planowanie

1. Wykonywanie 3x dziennie ćwiczeń oddechowych mających na celu poprawę efektywnego oddychania (np. dmuchanie przez rurkę do naczynia z wodą; w pozycji leżącej na plecach, nogi wyprostowane, dłonie położone na nadbrzuszu: wdech z uwypukleniem brzucha, a następnie wydech z uciskaniem dłońmi na nadbrzusze; korzystanie ze specjalnego aparatu do ćwiczeń oddechowych.)
2. Przedstawienie pacjentowi pozycji ułożeniowych, które poprawiają komfort oddychania: np. pozycja półwysoka (semi-flower) - wezgłowie jest podniesione, poduszki 1 lub 2.
3. Uniesienie zagłówka łóżka do kąta 30 stopni.
4. Zapewnienie odpowiednich warunków na sali chorego (codzienne wietrzenie, zapewnienie spokoju i poczucia bezpieczeństwa).
5. Zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza.

Realizacja

- Zapoznano pacjenta z ćwiczeniami oddechowymi, które mają na celu poprawę efektywnego oddychania.
- Ułożono pacjenta w pozycji półwysokiej, wezgłowie podniesiono pod kątem 30 stopni.
- Zastosowano tlenoterapię z użyciem wążów tlenowych na zlecenie lekarza.
- Sala pacjenta została wywietrzona.

Ocena

Pacjent rzetelnie wykonuje ćwiczenia oddechowe. Podczas leżenia w łóżku przyjmuje odpowiednią pozycję ułatwiającą oddychanie.

Uczucie duszności uległo obniżeniu, nastąpiła poprawa komfortu pacjenta.

Diagnoza 7. Dyskomfort z powodu sztywności stawów.

Cel : Zmniejszenie dyskomfortu wywołanego sztywnością stawów.

Planowanie:

1. Uświadomienie znaczenia aktywności fizycznej i kinezyterapii w utrzymaniu ruchomości stawów.
2. Praca nad poprawą ruchomości W stawach.
3. Pomoc w systematycznym wykonywaniu gimnastyki stawów.
4. Zachęcanie do korzystania z zabiegów fizykoterapeutycznych.

Realizacja:

- W celu poprawy ruchomości w stawach pacjenta wykonano systematycznie ćwiczenia bierne i czynne.
- Pielęgniarka uświadomiła pacjentowi jaki wpływ ma aktywność fizyczna i wykonywane ćwiczenia na utrzymanie ruchomości w stawach.

Ocena:

Dyskomfort spowodowany sztywnością stawów jest mniejszy. Problem jednak nie został rozwiązany. Pozytywne efekty rehabilitacji motywują pacjenta do dalszej pracy.

Diagnoza 8. Występowanie obrzęków stawowych w obrębie kończyn dolnych.

Cel: Zmniejszenie obrzęków.

Planowanie:

1. Poinformowanie pacjenta o czynnikach nasilających obrzęki takich jak: wysiłek fizyczny, sposób ubierania, nieodpowiedni odpoczynek.
2. Wskazanie sposobu układania kończyn dolnych w celu eliminacji ucisku obrzękniętych stawów, układamy je powyżej poziomu serca z wykorzystaniem udogodnień.
3. Natłuszczanie (np. oliwką) miejsc, w których występują obrzęki.
4. Kontrola i codzienny pomiar obrzęków z zachowaniem zasad.

Realizacja:

- Poinformowano pacjenta o prawidłowym sposobie odpoczynku w pozycji leżącej z kończynami uniesionymi powyżej linii serca (zastosowano udogodnienia w postaci specjalnych wałków)
- Podczas toalety porannej wykonano pielęgnację skóry w obrębie obrzęków: dokładnie umyło i delikatnie osuszone skórę, zastosowano oliwkę w celu natłuszczenia skóry.
- Za pomocą centymetra kontrolowano obwód kończyn dolnych, w równym odstępie czasowym i w tym samym miejscu, by ocenić obrzęki.

Ocena:

Obrzęki na kończynach dolnych zmniejszyły się w małym stopniu. Pacjent stosuje się do zaleceń.

Diagnoza 9. Stany przygnębienia i lęku spowodowane długotrwałą terapią, niepewnym rokowaniem i brakiem postępu w leczeniu.

Cel:

Poprawa kondycji psychicznej.

Planowanie:

1. Nawiązanie pozytywnego kontaktu, uważne słuchanie wypowiedzi chorego.
2. Pomoc w organizacji czasu wolnego, zachęcenie do udziału w terapii zajęciowej.
3. Mobilizowanie do współpracy w leczeniu, rehabilitacji i terapii zajęciowej.
4. Wyjaśnienie wątpliwości dotyczących rehabilitacji i samopielęgnowania.
5. Zainteresowanie chorego rozmową z psychologiem na temat samopoczucia psychicznego.
6. Zastosowanie technik relaksacyjnych.

Realizacja:

- Przeprowadzono z pacjentem rozmowę, podczas której wyraził swoje lęki.
- Zachęcono pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych związanych z wykonywaniem prac plastycznych.
- Zapewnienie pacjentowi rozmowy z lekarzem prowadzącym, podczas której wyjaśnił on cel leczenia oraz poinformował pacjenta o jego obecnym stanie zdrowia.
- Pacjent odbył rozmowę z psychologiem, który pokazał mu przykładowe techniki redukowania lęku.

Ocena:

Częściowo nastrój uległ poprawie. Chory wyraził zgodę na rozmowę z psychologiem.

Diagnoza 10: Dolegliwości związane z długotrwałym przyjmowaniem NLPZ(choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, stany zapalne jelita grubego)

Cel:

- Zmniejszenie występujących dolegliwości

Planowanie:

1. Rozmowa dotycząca niekorzystnego działania leków na błonę śluzową żołądka i sposobów osłony błony śluzowej.

2. Omówienie czynników mogących nasilić dolegliwości takich jak: stres, palenie tytoniu, przemęczenie.
3. Dostarczenie informacji o metodach radzenia sobie ze stresem.
4. Motywowanie pacjenta do przestrzegania diety polegającej na:- ograniczeniu spożywania produktów pobudzających wydzielanie soków żołądkowych: tj. mocna herbata, kawa, potrawy smażone, tłuste mięso.
5. Ukazanie choremu niefarmakologicznych metod przeciwbólowych.

Realizacja:

- Uświadomienie pacjentowi ubocznych skutków przyjmowania dużej ilości leków przeciwbólowych na układ pokarmowy.
- Ukazanie pacjentowi niefarmakologicznych metod redukowania bólu (krioterapia, masaż, elektroterapia lub akupunktura)

Ocena:

Pacjent dostrzega związek między odczuwanymi dolegliwościami a sposobem odżywiania. Rozumie konieczność przestrzegania diety. Zna techniki niefarmakologicznego leczenia bólu.

Diagnoza 11: Ból i zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego krwi.

Cel:

- Unormowanie ciśnienia tętniczego krwi.
- Obserwacja w kierunku powikłań spowodowanych wzrostem ciśnienia tętniczego krwi.
- Przygotowanie do samoopieki.

Planowanie:

1. Kontrola RR 2x dziennie.
2. Podawanie leków zgodnie z I.K.Z.
3. Wprowadzenie diety lekkostrawnej z ograniczeniem soli do 3 g/dobę.
4. Zapewnienie spokoju w nowym otoczeniu szpitalnym.
5. Zalecenie aktywności fizycznej pod kontrolą, która reguluje poziom ciśnienia tętniczego krwi.
6. Zwracanie uwagi na powolną zmianę pozycji ciała.
7. Poinformowanie pacjenta o symptomach mogących świadczyć o wyższym ciśnieniu tętniczego krwi.

8. Nauczenie pacjenta samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi w warunkach domowych i zachęcenie do prowadzenia dzienniczka pomiarów.

Realizacja:

- Edukowano pacjenta na temat stosowania diety niskosodowej oraz wpływu soli na wartości ciśnienia tętniczego.
- Kontrolowano poziom ciśnienia tętniczego rano, wieczorem oraz podczas nasilenia objawów.
- Podano pacjentowi leki obniżające poziom ciśnienia tętniczego krwi zgodnie z IKZ oraz wytłumaczono istotę ich regularnego przyjmowania.
- Pacjent został poinformowany o symptomach, które świadczą o zwyżce ciśnienia (ból i zawroty głowy)
- Pionizacja pacjenta odbywa się stopniowo, powoli.
- Pielęgniarka nauczyła pacjenta prawidłowo wykonywać pomiar ciśnienia tętniczego krwi i zachęciła do częstej kontroli i zapisywania otrzymanych wartości w dzienniczku pomiarów.

Ocena:

Wartości ciśnienia krwi stopniowo się obniżyły. Chory jest spokojny i czuje się bezpiecznie w nowym otoczeniu. Rozumie konieczność wykonywania regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Prowadzi dzienniczek samokontroli, w którym zapisuje wartości ciśnienia

Diagnoza 12: Brak motywacji do przestrzegania diety zalecanej w chorobach reumatycznych.

Cel:

- Zwiększenie zakresu wiedzy na temat diety i motywowanie pacjenta do przestrzegania jej.

Planowanie:

1. Przeanalizowanie z pacjentem popełnianych błędów dietetycznych.
2. Zachęcenie pacjenta do stosowania diety wzboganej w większą ilość owoców i warzyw, tłustych ryb, pieczywa razowego pełnoziarnistego, produktów bogatych w błonnik.
3. Przedstawienie spisu produktów które należy ograniczyć a które wybierać.
4. Zachęcenie do współpracy z dietetykiem.
5. Konieczność utrzymania należytej masy ciała.

6. Edukacja rodziny, szczególnie żony pacjenta, na temat zalecanej diety i sposobie przyrządzania posiłków dla chorego.

Realizacja:

- Zapewniono pacjentowi i jego najbliższym konsultacji i dietetykiem.
- Przekazano pacjentowi listę produktów spożywczych, które powinien ograniczyć, a które wybierać
- Kontrolowano masę ciała pacjenta.
- Ukazano istotę stosowania odpowiedniej diety oraz motywowano pacjenta do jej przestrzegania.

Ocena:

Pacjent potrafi samodzielnie ułożyć jadłospis. Stosuje się do zaleceń dietetycznych.

Diagnoza 13: Bóle brzucha związane z zaparciami.

Cel: Zapobieganie zaparciom

Planowanie:

1. Podawanie środków regulujących wypróżnienia np. Alax, Lactulosum.
2. Spożywanie produktów bogatych w błonnik, picie jogurtów.
3. Podawanie herbatek ziołowych regulujących wypróżnienia.
4. Odpowiednie nawodnienie 1,5-2,0l/dobę.
5. Zapewnienie bezpieczeństwa podczas drogi do toalety i w toalecie.
6. W razie potrzeby stosowanie czopków lub wykonanie Enemu na zlecenie lekarza.
5. Podawanie basenu na prośbę.
6. Toaleta krocza po każdorazowym oddaniu stolca.
7. Kontrola wydalania stolców- odnotowanie w karcie gorączkowej.

Realizacja:

- Dbano o prawidłowe nawodnienie pacjenta, spożywał on 1,5l wody dziennie.
- Wykonano enemę w celu ułatwienia wypróżnienia.
- Na prośbę pacjenta podano basen.
- Kontrolowano wypróżnienia, wyniki zapisywano na karcie gorączkowej pacjenta.
- Po każdorazowym oddaniu stolca przez pacjenta wykonano toaletę krocza.

Ocena:

Częściowo po zastosowaniu zaleceń problem z zaparciami się zmniejszył.

Diagnoza 14: Deficyt wiedzy rodziny o chorobie i pielęgnacji. Pacjent nie chce być ciężarem dla rodziny.

Cel:

- Uzupełnienie wiedzy
i umiejętności rodziny w postępowaniu
z chorobą.

Planowanie:

1. Omówienie zasad opieki nad chorym
w domu. Nauczenie wykonywania czynności higienicznych, zapobiegania odparzeniom,
odleżynom, pomocy
w karmieniu.
2. Zwrócenie uwagi na codzienne życie
z bliską osobą pod hasłem „pomagam ale nie wyręczam”.
3. Pouczenie o konieczności wykonywania ćwiczeń i potrzebie ruchu.
6. Dostarczenie informacji poprzez literaturę na temat istoty choroby, odżywiania, znaczenia
aktywności fizycznej, zabiegów leczniczych, rehabilitacyjnych oraz ćwiczeń, które chory
może wykonywać samodzielnie.
7. Zwrócenie uwagi pacjentowi i jego rodzinie na konieczność przystosowania pomieszczeń
do potrzeb osoby chorej, aby ułatwić codzienne czynności.

Realizacja:

- Zachęcono rodzinę do pomocy w wykonywaniu toalety ciała
i karmieniu pacjenta w celu ich edukacji.
- Zapoznano rodzinę z zasadami profilaktyki przeciwoleżynowej (stosowanie materaca
przeciwoleżynowego, dokładne naciąganie prześcieradła by uniknąć nierówności
powodujących ucisk, stosowanie specjalnych wałeczków, delikatne osuszanie skóry po
kąpieli, częsta zmiana pozycji ułożeniowej)
- Zaproponowano rodzinie pacjenta przystosowania mieszkania do stanu chorego (uchwyty
przy wannie, toalecie, wysoka muszla klozetowa lub podwyższająca nakładka na sedes, mata
antypoślizgowa w wannie i w brodziku, usunięcie z mieszkania chodników i dywanów, które
mogą utrudniać poruszanie się choremu oraz stanowić ryzyko jego upadku)

Ocena:

Rodzina chętnie słuchała zaleceń i sugestii pielęgniarki. Wzbogaciła swoją wiedzę na temat choroby i pielęgnacji.

Rodzina okazała chęć pomocy pacjentowi, wsparcie i troskę dzięki czemu stan psychiczny chorego uległ poprawie.

Diagnoza 15: Wahania poziomu glikemii spowodowane obecnością cukrzycy typu II.

Cel:

Unormowanie poziomu glukozy we krwi i jego kontrola.

Planowanie:

1. Podawanie leków na zlecenie lekarza mających na celu unormowanie poziomu glukozy we krwi pacjenta.
2. Uświadomienie pacjentowi przestrzegania diety cukrzycowej..
3. Edukacja chorego i jego rodziny na temat prawidłowego wykonywania pomiaru stężenia glukozy we krwi i prawidłowych jej wartościach.
4. Nauka rozpoznawania objawów niepożądanych wahań poziomu glikemii oraz metod ich zapobiegania.

Realizacja:

- Podanie pacjentowi leków obniżających stężenie glukozy we krwi oraz uświadomienie istoty ich przyjmowania.
- Regularna kontrola poziomu glikemii.
- Pacjent i jego rodzina zostali wyedukowani na temat diety cukrzycowej, prawidłowego wykonywania samodzielnego pomiaru stężenia glukozy we krwi w warunkach domowych, rozpoznawania niepożądanych objawów wahań poziomu glikemii oraz metod ich zapobiegania.

Ocena:

Pacjent potrafi prawidłowo wykonać pomiar glukozy we krwi. Zna jej prawidłowe normy i wie jak rozpoznać objawy niepożądane związane z chorobą.

WNIOSKI

1. Obserwowany pacjent z RZS to obraz człowieka cierpiącego, zmagającego się z bólem oraz narastającą niepełnosprawnością nie dającą się powstrzymać,
2. Zaplanowane działania były nastawione przede wszystkim na walkę z bólem oraz. usprawnianie pacjenta w zakresie samoopieki.
3. Rola pielęgniarki polegała na realizacji wobec pacjenta funkcji terapeutycznej, opiekuńczej, rehabilitacyjnej oraz edukacyjnej (także wobec rodziny) celem osiągnięcia maksymalnej sprawności i samodzielności chorego w życiu codziennym.
4. Postawione cele związane z likwidacją i zmniejszeniem problemów pacjenta związanych z chorobą tylko częściowo zostały osiągnięte z uwagi na przewlekły i postępujący charakter choroby. W związku z tym konieczna jest dalsza kontynuacja planu opieki.

PIŚMIENNICTWO

1. Filipowicz – Sosnowska A.: Reumatoidalne zapalenie stawów. [w:] Reumatologia kliniczna. Zimmermann-Górska I. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 496-518.
2. Akil M., Veerapen K.: Reumatoidalne zapalenie stawów: cechy kliniczne i diagnostyka [w:] ABC reumatologii. Snaith M.L. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 73-79.
3. Krajewska - Włodarczyk M., Samborski W.: Rola mikrocząsteczek w patogenezie reumatoidalnego zapalenia stawów. Forum Reumatologiczne 2017, 3,3: 131-140.
4. Felis - Giemza A.: Strategia leczenia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów z uwzględnieniem obecności czynników „złej prognozy”. Varia Medica 2017, 1,1: 92-98
5. Kucharz E., Kotyla P., Wnuk B., Lewicki M.: Ruchomość znaczy sprawność. Poradnik dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Wydawnictwo HOLBEX, Warszawa 2010: 5-15.
6. Paprocka-Borowicz M.: Fizjoterapia w chorobach układu ruchu: podręcznik dla studentów licencjatów wydziałów fizjoterapii. Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007: 77-83.
7. Stanisławska - Biernat E.: Jak żyć z reumatoidalnym zapaleniem stawów? Poradnik dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Pfizer, Warszawa 2007,

8. Cal - Kocikowska J., Szulińska M., Bogdański P.: Reumatoidalne zapalenie stawów - czynniki ryzyka sercowo - naczyniowego. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2014, 5,1: 26-33.
9. Marcol-Majewska A., Majewski G., Kotyla P.: Reumatoidalne zapalenie stawów - propozycje postępowania diagnostycznego. Forum Reumatologiczne 2017, 3,2: 88-92.
10. Kuryliszyn - Moskal A., Hryniewicz A., Dziura J.: Balneoterapia w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów i choroby zwyrodnieniowej stawów. Forum Reumatologiczne 2017, 3,3: 168-172.
11. Kądziołka J., Grzegorzczak J., Rawska A.: Wpływ fizjoterapii na poziom odczuwalnego bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Przegląd Medyczny UR, Rzeszów 2009: 46-54.
12. Musiał J., Celińska - Lowenhoff M.: Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych - problemy diagnostyczno - terapeutyczne. Psychiatria Polska 2012, 46,6: 1029-1042
13. Wróbel A., Majda A.: Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Problemy Pielęgniarstwa 2015, 23,2: 220-226
14. Krzemińska-Dąbrowska I., Sudoł K., Moskalewicz B.: Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. Reumatologia 2007, 45,4: 215-217.
15. Radzik T.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami tkanki łącznej. [w:] Pielęgniarstwo internistyczne podręcznik dla studentów medycznych. Talarska D., Zozulińska D. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 290-293.
16. Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Nyklewicz W., Mojsa W.: Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwrheumatycznej- implikacje dla opieki pielęgniarskiej. Problemy Pielęgniarstwa 2010, 18,2: 232-238.
17. Kozłowska D., Wojciechowska M.: Realizowanie zadań funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki w opinii pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. Problemy Pielęgniarstwa 2007, 15,2-3: 162-167.
18. Sierakowska M., Lewko J., Krajewska K., Kowalczyk K., Krajewska - Kułak E.: Jak żyć z przewlekłą chorobą reumatyczną - rola pielęgniarki w edukacji pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16, 1,2: 199-204.

OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO – INDYWIDUALNE STUDIUM PRZYPADKU

Milena Pietrzak¹, Regina Sierżantowicz²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo
2. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Kamica żółciowa jest chorobą dotyczącą dróg żółciowych oraz pęcherzyka żółciowego, polegającą na powstawaniu złożeń, najczęściej kamieni żółciowych zalegających w głównych przewodach żółciowych. Złogi w zależności od diety, predyspozycji genetycznych mogą się od siebie różnić, lecz w głównej mierze są zbudowane z kryształów cholesterolu, śluzu, bilirubinianów wapnia oraz białek. Kamica żółciowa może powstać w każdym obszarze dróg żółciowych, czyli w pęcherzyku żółciowym, drogach żółciowych zewnątrzwątrobowych lub wewnątrzwątrobowych, najczęściej w miejscu przed ich zwężeniem. Podstawowa rola dróg żółciowych polega na zagęszczaniu, magazynowaniu oraz uwalnianiu żółci do dwunastnicy. Procesy regulowane są za pomocą mięśni gładkich zwieracza Oddiego (SO) oraz pęcherzyka żółciowego (GB). Kontrolę sprawują współdziałające ze sobą mechanizmy neurohormonalne. Z kolei unerwienie dróg żółciowych pochodzi z włókien współczulnych oraz zstępujących nerwu błędnego, które uwalniają noradrenalinę oraz acetylocholinę, a także z włókien czuciowych, posiadających substancję P. Otwarta cholecystektomia przeprowadzona przez Langenbucha przez wiele lat uchodziła za złoty standard w leczeniu objawowej kamicy żółciowej. Następnie pod koniec XIX wieku farmakologicznie próbowano leczyć kamicę kwasami żółciowymi. Natomiast w latach osiemdziesiątych XX wieku zastosowano litotrypsję pozaustrojową falą uderzeniową. Metody te jednak nie przyniosły zamierzonych celów, ponieważ u znacznej ilości pacjentów po około 5 latach od leczenia dochodziło do nawrotów. Dopiero w roku 1987 przeprowadzono pierwszą cholecystektomię laparoskopową pod kierownictwem Moureta, co było wielkim krokiem w terapii kamicy pęcherzykowej. Choroba przewodu żółciowego jaką jest kamica

żółciowa, postrzegana jest jako poważny problem współczesnej medycyny. Najczęściej wykonywana jest cholecystektomia, czyli operacje powodujące usunięcie pęcherzyka żółciowego, co spowodowane jest kamicią żółciową. Choroba jest głównie powodowana przez zaburzenia retencji i składu lipidowego żółci, co wynika ze zmniejszonej aktywności motorycznej pęcherzyka żółciowego. Rola pęcherzyka żółciowego, podobnie jak dróg żółciowych polega również na magazynowaniu, jak i od 5 do 20-krotnym zagęszczaniu żółci.

Ściany struktury pęcherzyka składają się z warstwy mięśni gładkich, która od wewnątrz posiada warstwę błony śluzowej, pokrytej mikrokosmkami, zwiększającymi jej powierzchnię chłonną. Podczas gdy spożyjemy pokarm, dochodzi do skurczu pęcherzyka żółciowego, co powoduje dopłynięcie większej ilości żółci do dwunastnicy [1, 2, 3, 4].



Fotografia 1. Pęcherzyk żółciowy podczas operacji laparoskopowej (materiał własny).

Problem z dolegliwościami ze strony dróg żółciowych, a przede wszystkim z kamicią żółciową występuje od 10 do 15% populacji Europy Zachodniej. Częściej chorują dorośli, lecz zdarzają się też przypadki wśród dzieci. W przypadku Stanach Zjednoczonych w ciągu

roku wykonuje się około 700000 zabiegów cholecystektomii, przy podobnym procencie zachorowań tamtejszego społeczeństwa, ale przy większych kosztach przeznaczonych na diagnostykę i leczenie. Koszty, które są przeznaczone na szybsze wykrycie i zapobieganie chorobie sięgają w Ameryce Północnej 5 milionów dolarów rocznie. Zachorowanie na kamice żółciową może przytrafić się w każdym wieku, jednak wzrost zachorowalności stwierdza się u osób po 50 r. ż. Częstość zachorowań u kobiet wynosi ok. 5 do 15%, podczas gdy u mężczyzn od 4 do 10%, tak więc możemy sformułować wniosek, iż ryzyko kamicy żółciowej jest większe u płci żeńskiej. Należy również pamiętać, że po 50 roku życia zwiększa się procent i liczba chorych bez względu na płeć. Wyróżniamy różne stany wysokiego ryzyka kamicy, główne z nich to: ciąża, otyłość bądź intensywne odchudzanie, cukrzyca, czy też żywienie pozajelitowe. W tych przypadkach dochodzi do upośledzenia motoryki pęcherzyka żółciowego. Kamica żółciowa może być następstwem kumulowania się różnego rodzaju czynników, jak np. predyspozycji genetycznych, zakażenia dróg żółciowych, wahań składu żółci, chorób jelit oraz hematologicznych, zmienną kurczliwość pęcherzyka żółciowego, a przede wszystkim czynnikami dietetycznymi. Występowanie kamicy żółciowej zależy w głównej mierze od zachowań zdrowotnych. Główne kryteria chroniące nas przed pojawieniem się choroby to przede wszystkim dieta oraz aktywność fizyczna, które mimo silnej akcentacji są czasem lekceważone. Ogromne znaczenie ma samokontrola i świadomość dbania o własne zdrowie. Palenie papierosów ma duży wpływ na występowanie pierwiastków toksycznych w złojach w pęcherzyku żółciowym [5, 6, 7, 8].

Z wyjątkiem diety i aktywności duże znaczenie mają choroby współistniejące u danego pacjenta, a w szczególności cukrzyca. Większy odsetek zachorowań stanowią chorzy z cukrzycą. Duże znaczenie ma wyrównanie poziomu glukozy w organizmie, ze względu na to, że złe odległe niewyrównanie zwiększa ryzyko wystąpienia kamicy żółciowej. Czas obecności cukrzycy nie ma w tym przypadku większego znaczenia. Każde społeczeństwo starzeje się, a w związku z tym wzrasta ryzyko zachorowania na kamice żółciową. Odsetek jest duży u osób, które przekroczyły już 70 i 80 lat, lecz największy u osób po 90 roku życia. Wtedy najczęściej pojawia się tzw. objawowa kamica pęcherzyka żółciowego, stwarzająca duże problemy co do rozpoznania i leczenia. Choroba jest częstym wskazaniem do operacji u osób w podeszłym wieku, ponieważ zdecydowanie częściej występują powikłania kamicy pęcherzyka żółciowego, takie jak np.: ostre zapalenie trzustki, zespół Mirizzi'ego, czy też kamica przewodowa. W przypadku podziału klinicznego kamicy żółciowej rozróżniamy kilka

jej typów. Może przebiegać jako bezobjawowa kamica pęcherzykowa albo przewodowa, objawowa kamica, ujawniająca się pod postacią kolki żółciowej. W podziale klinicznym mieszczą się również powikłania kamicy, do których należą: zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki, zapalenie dróg żółciowych, żółtaczka zaporowa, rak pęcherzyka żółciowego, niedrożność jelit spowodowana obecnością kamieni żółciowych. Bezobjawowa kamica żółciowa wymaga długich obserwacji, nawet do 25 lat, w tej grupie znajduje się 60-80% pacjentów. Leczenie chirurgiczne nie jest zalecane, ze względu na niskie ryzyko wystąpienia kolki żółciowej, powikłań oraz raka pęcherzyka żółciowego. Profilaktyczne usunięcie pęcherzyka żółciowego w bezobjawowej kamicy żółciowej jest wskazane podczas operowania ciężkiej otyłości, czy też w trakcie poważnej operacji w jamie brzusznej, np. poszerzonej resekcji jelit w chorobie Leśniowskiego-Crona [2, 9, 10, 11].

Objawowa kamica żółciowa powinna być leczona za pomocą leków przeciwbólowych, rozkurczowych oraz zwiększających wydzielanie i przepływ żółci (np. cholestil). Leczenie chirurgiczne to planowe laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego, które wiąże się z trwałym wyleczeniem pacjenta. W przypadku przeciwwskazań do laparoskopii wykonuje się tzw. operację otwartą, jednak czas regeneracji organizmu po cholecystektomii jest krótszy, tak samo jak niższy jest współczynnik powikłań po tej metodzie operacyjnej. Jedynym przeciwwskazaniem do przeprowadzenia cholecystektomii jest wykryty rak pęcherzyka żółciowego [11].

W przypadku zapalenia pęcherzyka żółciowego, które nie jest powikłane, głównym objawem jest kolka żółciowa. Ten patologiczny objaw spowodowany jest kamieniem, zatykającym szyję pęcherzyka lub przewodu pęcherzykowego. Odpływ żółci jest zablokowany przez złoży, a kiedy jednocześnie dochodzi do skurczu pęcherzyka żółciowego, następuje zwiększenie ciśnienia w pęcherzyku i powstaje ból określany jako kolka żółciowa. Ból jest najczęściej napadowy oraz silny, często narastający, po czym przyjmuje zwykle stałe natężenie. Kolka żółciowa umiejscawia ból w nadbrzuszu oraz prawym górnym kwadrancie brzucha, czasem promieniując do okolicy podłopatkowej i międzyłopatkowej. Objawem towarzyszącym kolce żółciowej są najczęściej nudności i wymioty, gorączka, zlewne poty, osłabienie. W niektórych przypadkach pęcherzyk żółciowy może być wyczuwalny pod łukiem żebrowym. Objawem towarzyszącym kolce żółciowej jest również objaw Chełmońskiego, gdzie pacjent odczuwa ból w prawym podżebrzu podczas lekkiego wstrząsania. Objaw Blumberga polega na braku lub znikomej bolesności powłok brzusznych

w wyniku delikatnego i powolnego uciskania, natomiast gwałtowne zwolnienie ucisku powoduje ostry ból. Częstym objawem zapalenia pęcherzyka żółciowego jest opór oraz ból uciskający w prawym górnym kwadrancie brzucha. Ocenę obecności objawu Murphy'ego wykonuje się w czasie głębokiego oddychania, podczas gdy pacjent wstrzyma oddech. Objawami potwierdzającymi zapalenie pęcherzyka żółciowego są również gorączka oraz zwiększenie liczby leukocytów. Oba parametry mogą występować zarówno razem, jak i pojedynczo. Może występować wzrost aktywności amylazy w surowicy, co świadczy o żółciopochodnym zapaleniu trzustki lub zgorzelinowym zapaleniu pęcherzyka żółciowego. Kolejnym objawem jest tzw. „dyspepsja ze wzdęciem”. Jest to uczucie dyskomfortu oraz pełności, występujące około dwóch godzin po spożyciu posiłków szczególnie tłustych, w okolicy nadbrzusza. Najczęściej objawy dyspepsji nasilają się wieczorem, przy czym nasilenie i częstość bólów są zmienne [12, 13, 14]. W przypadku osób starszych diagnostyka zapalenia pęcherzyka żółciowego może być utrudniona, z powodu braku typowych objawów. W podeszłym wieku zmiany mogą zachodzić w stanie psychicznym pacjenta, czy też zmianie jego apetytu. W badaniach laboratoryjnych często nie stwierdza się żadnych nieprawidłowości, a badania przedmiotowe, ocena objawów Blumberga, czy też Chełmońskiego, nie zawsze potwierdzają obecność choroby [12].

Wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest występowanie różnych objawów kamicy żółciowej jednocześnie, napady kolki żółciowej nawet objawiające się rzadko, zgorzelinowe zapalenie pęcherzyka, aż do żółciowego zapalenia trzustki włącznie. Brak przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu umożliwiacholecystektomię laparoskopową. Ważnym wskazaniem jest ryzyko wystąpienia raka pęcherzyka żółciowego. W przypadku kiedy cholesteroloza wskazuje na pęcherzyk porcelanowy, niebezpieczeństwo wystąpienia raka pęcherzyka żółciowego wynosi 7%, występowanie polipów zwiększa możliwość nowotworu aż do 50%. Ryzyko powstania raka powoduje anomalie połączenia trzustkowo-żółciowego oraz nosicielstwo *Salmonella typhi*. Koniecznością, gdy należy usunąć pęcherzyk żółciowy jest przewlekła hemoliza, a zwłaszcza niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, zaburzenia odporności, dializoterapia. Ponadto pęcherzyk żółciowy usuwa się w przypadku planowanej operacji kardiochirurgicznej, czy też transplantacji, szczególnie takich narządów jak: płuca, serce, czy nerki, bądź też w stanie po przeprowadzonym już przeszczepie któregoś z tych narządów [2, 15].

W przypadku diagnostyki kamicy żółciowej wykonuje się badanie obrazowe jakim jest ultrasonografia jamy brzusznej. Choremu poleca się pozostanie co najmniej 8 godzin na czczo, aby dobrze uwidocznili złoże w poszerzonym pęcherzyku żółciowym, wypełnionym żółcią. Pozwala to na wykrycie bezpośredniej przeszkody w obrębie dróg żółciowych. Możemy zaobserwować poszerzenie głównej drogi żółciowej lub cechcholestazy. Głównymi cechami ostrego kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego obrazie ultrasonograficznym jest pogrubienie ściany pęcherzyka żółciowego oraz występowanie płynu w obrębie pęcherzyka. Pacjent może odczuwać bolesność w przypadku nacisku głowicą na pęcherzyk żółciowy. Kryteria rozpoznania kamicy za pomocą badania ultrasonograficznego obejmują echogeniczne ognisko ukazujące reakcję grawitacyjną oraz dające cień akustyczny. Gdy w USG brak złogów w przewodzie żółciowym, a występuje poszerzenie oraz nieprawidłowe wyniki badań wątrobowych zaleca się cholangioscintyografię. Badanie polega na podaniu dożylnym analogów kwasu iminodwuoctowego, znakowanych technetem oraz wydzielanych do żółci. Jeśli po upływie godziny od podania pęcherzyk żółciowy nie zostanie wypełniony, wskazuje na niedrożność przewodu pęcherzykowego. W przypadku drożności pęcherzyka żółciowego uwidacznia się on w badaniu cholangioscintygrafii po upływie 30 minut. Do nieinwazyjnych badań diagnozujących kamice żółciową zaliczamy tomografię komputerową (TK) jamy brzusznej. Pozwala na wykrycie uwapnionych kamieni, a przede wszystkim przydaje się, gdy istnieje podejrzenie mechanicznego zablokowania przewodów żółciowych. Dzięki badaniu TK można również stwierdzić, czy nie doszło do żółciopochodnego zapalenia trzustki. Endoskopowa ultrasonografia (EUS) stanowi połączenie techniki ultrasonograficznej oraz wideoendoskopowej. Głowica EUS pozwala na zobrazowanie małych przewodów żółciowych i trzustkowych, ze względu na brak zakłóceń ze strony powłok brzusznych, co występuje w przypadku zwykłej ultrasonografii. Badanie EUS jest bardzo dokładne i przydatne ze względu na dużą możliwość wykrycia złogów mniejszych niż 1 cm. W diagnostyce kamicy przewodowej przydatna jest endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW). Jest również metodą sekwencyjną leczenia kamicy, równocześnie z zastosowaniem cholecystektomii laparoskopowej. ECPW jest metodą pozwalającą zaobserwować przyczyny zastoju żółci, zlokalizować złoże znajdujące się w drogach żółciowych oraz stwierdzić, na ile poszerzone zostały główne drogi żółciowe. Czasem podczas badania endoskopowego zaleca się pobranie wycinka do badania histopatologicznego. U pacjentów z podejrzeniem kamicy żółciowej wykonuje się badania biochemiczne. Bada się stężenie bilirubiny w osoczu, a niekiedy aktywność enzymów, takich jak fosfataza zasadowa

oraz gamma-glutamylotranspeptydaza. Zleca się badanie białka C-reaktywnego, liczby leukocytów, jak również aktywność amylazy w surowicy krwi. Badania biochemiczne mają duże znaczenie podczas kierowania pacjenta do zabiegu operacyjnego [11, 12, 16, 17, 18, 19, 20].

Pacjent przed operacją musi wyrazić pisemną zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz zostać poinformowany o celu zabiegu i jego możliwych powikłaniach. Pacjent pozostaje co najmniej 12 godzin przed operacją na czczo. Należy ustalić, czy chory przyjmuje leki oraz wykonać badania endokrynologiczne w celu wyrównania ewentualnych różnic hormonalnych w przypadku nieleczonych chorób. Zaleca się całkowite potwierdzenie diagnozy za pomocą badań diagnostycznych, szczególnie USG oraz wykonanie badań biochemicznych, z których niezbędne są w przypadku ostrego kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego badania funkcji wątroby, stężenie bilirubiny w osoczu krwi, a także aktywność amylazy i lipazy. Ważne aby przed zabiegiem operacyjnym pacjent miał wykonaną morfologię krwi oraz grupę krwi. Chorego ocenia anestezjolog w celu ustalenia podawanego znieczulenia i możliwych powikłaniach, wynikających ze znieczulenia. Pacjent przybywający na oddział planowo w celu skierowania na cholecystektomię laparoskopową musi zostać poinformowany o konieczności kąpieli w wieczór przed zabiegiem oraz rano, w dniu zabiegu z dodatkiem środka antyseptycznego. Pielęgniarka przygotowuje pole operacyjne, w przypadku kamicy żółciowej zaleceniem może być ogolenie całego brzucha, ze względu na możliwość komplikacji w trakcie zabiegu i konieczność przeprowadzenia operacji otwartej. Przed odwiezieniem pacjenta na salę operacyjną, należy przypomnieć o wyjęciu ewentualnych protez oraz zdjęciu biżuterii [15, 21, 22].

Przed operacją po zbadaniu pacjenta i podejrzeniu występowania zakażenia, wprowadza się antybiotykoterapię. Identyczne postępowanie stosuje się w przypadku, kiedy temperatura ciała chorego przekracza 38,5°C, czy też z badań biochemicznych wynika, że leukocytoza przekracza 12 500/mm³. Leczenie zakażenia powinno się kierować szczególnie na szczepy z rodziny Enterobacteriaceae, a zastosowanymi antybiotykami najczęściej są cefalosporyny I/II generacji lub połączenie chinolonu z metronidazolem. Przy stwierdzonym zakażeniu antybiotyk powinno się podać na tydzień przed planowaną operacją w trzech dawkach, jednak jeśli nastąpiło nagłe przyjęcie pacjenta, pierwszą dawkę leku podaje się na 30 minut przed zabiegiem. Jednym z najważniejszych czynności, które muszą zostać wykonane przed zabiegiem operacyjnym jest ocena przedoperacyjna, dotycząca stanu dróg

żółciowych, a szczególnie ich głównej drogi. Lekarz prowadzący ocenia przydatność wykonania ECPW. Ważnym etapem w tej ocenie jest potwierdzenie oraz przekazanie pacjentowi decyzji o konieczności wykonania operacji, uwzględniając w tym szybkość narastania dolegliwości bólowych, czy też innych obciążeń występujących w chorobie kamiczej dróg żółciowych. Opieka po cholecystektomii laparoskopowej powinna polegać przede wszystkim na obserwacji pacjenta i jego podstawowych parametrów życiowych. Ważne jest również, aby pielęgniarka zgodnie ze zleceniem monitorowała ból oraz aplikowała leki przeciwbólowe. W związku z możliwością wystąpienia nudności i wymiotów związanych ze znieczuleniem należy rozważyć podanie leków przeciwwymiotnych, także według zlecenia. Pacjenci po operacji odczuwają uciążliwe nudności i wymioty do 24 godzin po zabiegu, jednak najbardziej pod tym względem cierpią do 6 godzin. Objawy te zdarzają się w każdym wieku i płci, lecz znacznie częściej u kobiet. Należy pamiętać, że ból operacyjny po zabiegu laparoskopowym jest znacznie mniejszy w porównaniu z klasyczną operacją. Po zabiegu operacyjnym zarówno laparoskopowym, jak i operacji klasycznej należy obserwować tzw. łożę pooperacyjną i objętość płynu, który się tam znajduje, zwykle od 1 do 60 ml. Stwierdza się w tym miejscu obecność krwi, czy też krezki lub sieci, jeśli wydzielina charakteryzuje się wysoką echogenicznością. Lekarz diagnozuje najczęściej za pomocą badania USG. Częstym powikłaniem pooperacyjnym jest również krwawienie, uszkodzenie dróg żółciowych oraz wyciek żółci do jamy otrzewnej. Może dojść do pojawienia się ropnia zewnątrzotrzewnowego, jak i wewnątrzotrzewnowego oraz do przetoki zewnętrznej lub mającej kontrakt z innymi narządami jamy brzusznej [12, 15, 23, 24, 25, 26].

Przeprowadzenie cholecystektomii laparoskopowej odbywa się w trakcie pobytu 24-godzinnego oraz w postaci trybu ambulatoryjnego. Jednak w przypadku osób ze schorzeniami współistniejącymi i starszych zaleca się dłuższy czas obserwacji, a tym samym konieczność przedłużenia hospitalizacji po operacji. W dniu zabiegu pacjent powinien otrzymywać płyny nawadniające dożylnie oraz powstrzymać się od jedzenia, natomiast drugiego dnia po powrocie perystaltyki jelit chory może zjeść już posiłek, z diety lekkostrawnej. Należy poinformować pacjenta, że w przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wypisaniu ze szpitala, jak np. wyciek z rany lub żółtaczka należy zgłosić się do lekarza rodzinnego lub chirurga. W przypadku gorączki, bądź problemów z defekacją również powinniśmy zasięgnąć porady lekarza. Przed wypisem pacjenta ze szpitala należy przekazać informacje dotyczące: zakazu podnoszenia ciężarów, ze względu na możliwość wystąpienia

przepukliny, zwłaszcza brzusznej oraz konieczności wizyty kontrolnej w celu oceny skuteczności przeprowadzonej operacji[15, 27].



Fotografia 2. Ustawienie trokarów podczas laparoskopii (materiał własny).

CELE PRACY

Rozpoznanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych u pacjentki z kamicią żółciową, ustalenie poziomu dolegliwości bólowych, ryzyka nudności i wymiotów pooperacyjnych oraz stanu odżywienia pacjentki, ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie postępowania dietetycznego, pielęgnacji rany w warunkach domowych, opracowanie wskazówek edukacyjnych dla pacjenta po cholecystektomii w warunkach domowych, opracowanie materiałów edukacyjnych dotyczących postępowania dietetycznego po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Ważnym aspektem pracy było również zwrócenie uwagi na pełną świadomość zarówno pacjenta, jak i jego bliskich dotyczącą choroby, jej powikłań oraz czasu potrzebnego do pełnej regeneracji organizmu chorego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta 39 letnia pacjentka z rozpoznaniem kamicy żółciowej, przyjęta do oddziału I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie nagłym dnia 19 lutego 2018r. ze wstępnym

rozpoznaniem bólu brzucha. Parametry życiowe w momencie przyjęcia na oddział: ciśnienie tętnicze 118/86mmHg, tętno 62u./min., 13 oddechów/min., temperatura ciała: 37,6°C. Dnia 6 marca 2017r. chora poddała się operacji bariatrycznej. W wywiadzie pacjentka zgłaszała silne, kłujące ataki kolkowe, trwające ok. 20-40 minut, które następnie stopniowo się zmniejszały, natomiast ból promieniował w okolice mostka oraz łopatek. Oprócz wyjątkowo silnie odczuwanych dolegliwości chora zgłaszała uporczywe nudności i wymioty oraz zawroty głowy. Na podstawie skali wzrokowo-analogowej (Visual AnalogueScale, VAS), czyli skali służącej do obrazowego, bądź słownego subiektywne interpretowanie bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 przypisywane jest dla nieodczuwania dolegliwości, a 10 dla bólu niedającego się znieść. Rozpoznano ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, pacjentkę operowano w trybie pilnym. Pacjentka odczuwała ból w skali 7 na 10 w pierwszej dobie po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego, co świadczy o dość dużym nasileniu bólowym.

Zaobserwowano również obrzęki występujące na kończynach dolnych. Podczas przeprowadzania wywiadu pielęgniarskiego chora zgłosiła również powiększone węzły chłonne szyjne, a także migdałki. Ze względu na zgłoszone objawy zlecono konsultacje z laryngologiem. Z badań diagnozujących lekarz zlecił pasaż przewodu pokarmowego, USG jamy brzusznej a także morfologię, grupę krwi, stężenie bilirubiny oraz elektrolitów.

Chora z rozpoznaniem zapaleniem pęcherzyka żółciowego została zabrana na blok operacyjny dnia 22 lutego 2018r. o godzinie 20. Pacjentka była wprowadzona w znieczulenie ogólne, zabieg przeprowadzony metodą laparoskopową. W pierwszej dobie po operacji pacjentce przetoczono 2500ml płynów, usunięto założony na bloku operacyjnym cewnik Foleya, a także zmieniono opatrunek na ranie pooperacyjnej oraz uruchomiono pacjentkę, pomagając w przeprowadzeniu porannej toalecie ciała.

Dnia 23 lutego 2018r. w pierwszej dobie po operacji chora oceniła ból w skali VAS (7 na 10), szczególnie podczas kaszlu. Po operacji pacjentka odczuwała zawroty głowy, silne nudności oraz dwa razy zwymiotowała do miski nerkowatej. Zgłosiła silny dyskomfort w miejscu ujścia drenu wychodzącego z prawej strony jamy brzusznej, w którym zebrало się 50 ml krwistej treści. Podczas oglądania rany pooperacyjnej nie zauważono możliwych zmian świadczących o zakażeniu.

Po operacji parametry życiowe wynosiły: ciśnienie tętnicze - 88/56 mmHg, natomiast tętno 50 u./min. Leki zlecone pacjentce po zabiegu to: 500ml glukozy, 500ml PWE, 500ml NaCl, 100ml Xylocaine 0,5%, 1 ampulka No-spy, 5ml Pyralginy, 40mg IPP doustnie, a także 1 g Perfalganu dożylnie i 0,4mg Clexane podskórnice.

Leczenie chirurgiczne – polegało na usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz ze złoгами, zabieg odbył się dnia 22 lutego o godzinie 20:00, w trybie nagłym, ze względu na narastający ból. Po zabiegu operacyjnym zmierzono u pacjentki możliwości wystąpienia nudności i wymiotów pooperacyjnych za pomocą **skali Apfel** (skali używanej najczęściej przez anestezjologów), gdzie okazało się, że pacjentka choruje na chorobę lokomocyjną oraz jest kobietą, co daje 39% szans na pojawienie się wyżej wymienionych dolegliwości po operacji. W tym celu zlecono podanie środków przeciwwymiotnych.

Tabela I. Skala Apfel

Kryterium	Punkty
Płeć żeńska	1 pkt
Palenie tytoniu	0 pkt
PONV lub choroba lokomocyjna	1 pkt
Stosowanie opioidów po zabiegu	0pkt

Stan odżywienia pacjentki został zbadany przez pielęgniarki, pracujące na oddziale w dniu przyjęcia na oddział, za pomocą skali SGA (subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia), gdzie zdiagnozowano u pacjentki prawidłowy stan odżywienia.

Świadomość pacjentki zbadano zarówno podczas przyjęcia do szpitala, jak i po zabiegu operacyjnym za pomocą skali Glasgow. W obu przypadkach pacjentka otrzymała 15 pkt., co świadczy o pełnej przytomności. Warto zaznaczyć, że w badaniu tym zwraca się uwagę na: otwieranie oczu, kontakt słowny i reakcję ruchową. 39-letnia pacjentka posiada wykształcenie średnie, mieszka z mężem i córką. Utrzymuje się z pensji nauczyciela, warunki bytowe uznaje za dobre. Nie zgłasza występowania żadnych chorób współistniejących.

Pomiarami bezpośrednimi w tym przypadku były: pomiar ciśnienia, tętna, oddechu pacjentki oraz ilości treści zbierającej się w drenach pooperacyjnych, natomiast pomiarami pośrednimi określa się wszystkie skale użyte do zbadania pacjentki, czyli skala VAS, Apfel, Glasgow i SGA. Analizę dokumentacji medycznej polega przede wszystkim na szczegółowej analizie całej dokumentacji medycznej pacjenta, w skład której wchodzi m.in. karta

gorączkowa, karta zleceń lekarskich, karta obserwacji, zlecenia badań diagnostycznych łącznie z ich wynikami, historia choroby pacjenta, wyniki konsultacji z innymi specjalistami oraz karta opieki pielęgniarskiej [28].

Ocena stanu indywidualnego pacjentki w dniu przeprowadzania wywiadu:

Alergie: nie występują.

Stopień samodzielności w zakresie poruszania się, czynności higienicznych, potrzeb fizjologicznych oraz odżywiania: samodzielna.

Układ oddechowy: oddech prawidłowy, brak wydzieliny, brak kaszlu, brak duszności.

Układ sercowo-naczyniowy: parametry – ciśnienie tętnicze krwi: 117/76mmHg; tętno 55u/min., obrzęki występują na kończynie dolnej, sinica nie występuje i perfuzja obwodowa prawidłowa.

Układ pokarmowy: brak zmian patologicznych w jamie ustnej, sposób odżywiania – doustny, wydalanie - samodzielne, dolegliwości – nudności, wymioty.

Układ moczowo-płciowy: wydalanie – samodzielne, brak dolegliwości.

Układ mięśniowo-stawowy: ruchomość stawów pełna, siła i napięcie mięśni prawidłowe.

Skóra: świąd – nie występuje, odleżyny – nie występują, odparzenia – nie występują. Posiada tatuaż zlokalizowany na lewym przedramieniu (obejmujący całe przedramię).

Układ nerwowy/stan psychiczny/narządy zmysłów: świadomość – przytomna, kontakt – logiczny, stan psychiczny – stabilny, deficyt narządów zmysłów nie występuje.

Inne istotne informacje: operacja bariatryczna w marcu 2017r.

Indywidualny plan opieki wobec pacjentki po cholecystektomii.

Problem pielęgnacyjny 1:

Ból brzucha o średnim stopniu nasilenia spowodowany przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

Cel działań pielęgniarских:

Uśmierzanie odczuwanego przez pacjentkę bólu.

Planowane działania pielęgniarские:

- ocena poziomu odczuwanego bólu w skali VAS (pacjentka oceniła na poziom bólu na 7 z 10)
- pomoc i edukacja pacjentki w przyjmowaniu pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe
- wytłumaczenie i omówienie przyczyn odczuwania silnego bólu
- obserwacja parametrów życiowych, takich jak temperatura, ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów i ich dokumentowanie (ciśnienie tętnicze krwi 88/56-120/70 mmHg, tętno 50 u./min-62u/min, temp-37 stopni C, oddechy-18).
- podanie pacjentce leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza (podano 5 ml Pyralginy)
- ocena występowania objawów ubocznych podczas podawania leków przeciwbólowych, np. pokrzywka na ciele, obrzęki nóg,
- ocena skuteczności podawanych leków za pomocą ponownego ocenienia pacjentki skalą VAS.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Zgodnie z zaplanowanymi działaniami pielęgniarskimi zostało wszystko wykonane. Jednak odczuwanie bólu przez pacjentkę nie uległo zmianie, wszystkie parametry życiowe pozostały na podobnym poziomie, jak przed podjęciem opracowanych działań.

Problem pielęgnacyjny 2:

Nudności i wymioty utrzymujące się po zabiegu operacyjnym.

Cel działań pielęgnarskich:

Wyeliminowanie nudności i wymiotów pooperacyjnych.

Planowane działania pielęgnarskie:

- ocena narażenia na występowanie nudności i wymiotów za pomocą skali Apfel (pacjentka uzyskała 2 pkt. – możliwość występowania)
- wyjaśnienie pacjentce istoty reakcji organizmu na środki znieczulenia ogólnego a także na obecność rurki intubacyjnej podczas trwania zabiegu
- ocena stopnia nawodnienia pacjentki
- obserwacja ilości i koloru treści zwymiotowanej
- zabezpieczenie pacjentki przed zadławieniem się wymiocinami – ułożenie pacjentki na boku i podłożenie miski nerkowatej z ligniną

- higiena jamy ustnej pacjentki, w celu zapewnienia lepszego samopoczucia pacjentce
- pomiar podstawowych parametrów życiowych pacjentki (RR: 117/76 mmHg, tętno: 55u./min., temperatura ciała: 36,7°C)
- podanie nawodnienia w postaci PWE, glukozy, płynu Ringera i NaCl oraz leków przeciwwymiotnych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Spośród zaplanowanych działań nie zaobserwowano ilości i koloru treści wymiotowanej, ze względu na ustąpienie wymiotów po podaniu środków przeciwwymiotnych. Pacjentka zgłosiła brak nudności 2h po podanych lekach oraz płynach, samodzielnie wykonała higienę jamy ustnej.

Problem pielęgnacyjny 3:

Możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej

Cel działań pielęgniarских

Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń wodno-elektrolitowych

Planowane działania pielęgniarские

- Kontrola stanu nawodnienia organizmu
- Prowadzenie bilansu wodno-elektrolitowego płynów
- Obserwacja diurezy godzinowej oraz dobowej
- Pobranie krwi do badania poziomu elektrolitów, hematokrytu, mocznika i kreatyniny na zlecenie lekarza
- Uzupełnianie płynów i elektrolitów zgodnie z kartą zleceń
- Kontrola wypróżnień
- Obserwacja chorej w kierunku objawów zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej (hipo- i hiperkaliemii, hipo- i hipernatremii, hipo- i hiperkalcemii)

Realizacja i ocena podjętych działań: Wykonano zlecenia lekarskie: pobrano krew do badań laboratoryjnych, prowadzono bilans wodno-elektrolitowy. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny 4:

Zawroty głowy i ryzyko upadku spowodowane znacznym osłabieniem organizmu pacjentki po zabiegu operacyjnym.

Cel działań pielęgniarских:

Poprawienie kondycji pacjentki poprzez zlikwidowanie zawrotów głowy i niedopuszczenie do ewentualnego upadku.

Planowane działania pielęgniarские:

- kontrola parametrów życiowych pacjentki, przede wszystkim ciśnienia tętniczego krwi (117/76 mmHg), tętna (55u./min.), temperatury (36,7°C) i oddechów (14 oddechów/min.) oraz zapisywanie uzyskanych wyników i poinformowanie lekarza o każdorazowych odchyleniach od normy.
- częsta pomoc pacjentce w przypadku wstawania z łóżka, transportowanie na badania za pomocą wózka inwalidzkiego
- zalecenie pacjentce przed wstaniem z łóżka kilka sekund odpoczęcia w pozycji siedzącej, co uchroni przed wzmocnieniem dolegliwości
- zalecenie pacjentce wolnej adaptacji do zmiany natężenia światła (podczas zapalenia światła wieczorem, najpierw włączenie lampki nocnej, następnie żyrandola)
- przystawienie pacjentce do łóżka np. balkonika lub kul, przez co chora uniknie niepożądanego upadku.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Z zaplanowanych działań wykonano wszystko, mimo to zawroty głowy nadal się utrzymują, dlatego zlecono pacjentce spacerować po sali chorych z pomocą balkonika. Pomiar parametrów życiowych jest wykonywany trzy razy dziennie. Ze względu na utrzymywanie się dolegliwości przez cały czas problem pielęgnacyjny jest cały czas w obserwacji.

Problem pielęgnacyjny 5:

Dyskomfort spowodowany obecnością drenu pooperacyjnego po prawej stronie jamy brzusznej.

Cel działań pielęgniarских:

Zmniejszenie, bądź całkowite pozbawienie dyskomfortu odczuwanego przez pacjentkę.

Planowane działania pielęgniarские:

- zapewnienie pacjentce czystej, luźnej i bawełnianej bielizny, zarówno osobistej, jak i pościelowej
- higiena i stała obserwacja miejsca ujścia drenu z jamy brzusznej, zwrócenie uwagi pacjentki na występowanie objawów zaczerwienienia wokół drenu, dyskomfortu i polecenie zgłaszania odczuwanych objawów personelowi medycznemu
- ocena ilości i jakości treści znajdującej się w drenie (ok. 50 ml krwistej treści), dokumentowanie podejmowanych działań w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki
- wsparcie psychiczne pacjentki i wyjaśnienie celu wyprowadzenia drenu z jamy brzusznej
- zmiana opatrunków w warunkach aseptycznych z użyciem sprzętu jednorazowego
- zmiana opatrunku raz dziennie lub więcej w przypadku zabrudzenia
- zalecenie pacjentce rozmowy z lekarzem prowadzącym w celu uzyskania informacji o zasadach usunięcia drenu.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Spośród zaplanowanych działań pielęgniarских wykonano wszystkie zaplanowane działania. Pacjentka odczuwała dyskomfort do momentu wyjęcia drenu w II dobie po operacji, przy czym dyskomfort był znacznie mniejszy po wykonaniu zaplanowanych działań.

Problem pielęgnacyjny 6:

Obrzęk kończyn dolnych.

Cel działań pielęgniarских:

Likwidacja obrzęku występującego na kończynach dolnych.

Planowane działania pielęgniarские:

- zalecenie pacjentce układania kończyn dolnych wyżej niż reszty ciała, najlepiej na dodatkowej poduszce lub przygotowanych udogodnieniach w łóżku
- unikanie zakładania ciasnych skarpetek, zalecenie zakupienia i zakładania skarpetek bezuciskowych
- wykonanie okładów np. z Altacetu, zalecenie wykonania kąpieli nóg z użyciem soli, które powodują zmniejszenie dolegliwości

- stała obserwacja ucieplenia i zabarwienia kończyn dolnych, systematyczny pomiar obwodu kończyn dolnych
- prowadzenie i monitorowanie bilansu wodno-elektrolitowego, szczególnie przyjmowanych płynów doustnych i dożylnych oraz diurezy
- stały pomiar podstawowych parametrów życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała (ciśnienie tętnicze 120/70, temperatura ciała 36,8 stopni C)
- podanie leków przeciwozrękowych zgodnie z karta zleceń lekarskich (podano tabletkę Hydrochorotiazydu na zlecenie lekarza).
- Ocena diurezy po podaniu leku, dokumentowanie podejmowanych działań

Realizacja i ocena podjętych działań:

Obrzęk na kończynach dolnych zmniejszył się w I dobie po operacji, wszystkie zaplanowane działania pielęgniarskie wykonano. Pacjentka nauczyła się dodatkowo robić samodzielnie okłady na obrzęknięte kończyny dolne.

Problem pielęgnacyjny 7:

Ryzyko zakażenia spowodowane drenem założonym do jamy brzusznej oraz założonym wenflonem.

Cel działań pielęgniarских:

Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia.

Planowane działania pielęgniarских:

- higiena i częsta zmiana opatrunku w miejscu wyprowadzenia drenu
- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki, zarówno podczas zmiany opatrunku i przy jakichkolwiek manipulacjach w obrębie drenu, wkluciu obwodowym
- niedopuszczenie do zabrudzenia opatrunku
- kontrola ilości i jakości treści spływającej przez dren (ok. 50 ml krwistej treści)
- wsparcie psychiczne pacjentki poprzez rozmowę, zachęcanie rodziny do odwiedzin
- edukacja pacjentki co do zachowania higieny oraz zwracania uwagi na położenie drenu podczas działań, zmiany pozycji

Realizacja i ocena podjętych działań:

Spośród zaplanowanych działań pielęgnacyjnych wykonano wszystko, w II dobie po operacji wyjęto dren ze względu na małą ilość treści, wykonano badania laboratoryjne potwierdzające, że nie doszło do zakażenia.

Problem pielęgnacyjny 8:

Ryzyko zakażenia spowodowane wkłuciem obwodowym założonym na prawym przedramieniu.

Cel działań pielęgniarских:

Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia.

Planowane działania pielęgniarские:

- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas podejmowanych działań, np. podczas podawania leków, podłączaniu kroplówek
- zmiana opatrunku na wenflonie w przypadku zabrudzenia
- codzienne sprawdzanie drożności wkłucia i zapisywanie w karcie wkłuć
- obserwacja miejsca wkłucia oraz zmiana miejsca wkłucia zgodnie z zaleceniami producenta wenflonów, bądź po 72h od jego założenia
- przepłukanie wenflonu przynajmniej 2 ml 0.9% NaCl przed każdorazowym podaniem leków, jak i po podaniu wszystkich leków
- zastosowanie tzw. stulpy lub owinięcie wenflonu bandażem, chroniących przed manewrami pacjenta przy wenflonie

Realizacja i ocena podjętych działań:

Wykonano wszystkie z podjętych działań pielęgniarских, na chwilę obecną nie zaobserwowano pojawienia się zakażenia, jednak pacjentka mimo to ma nadal założone wkłucie obwodowe, przez co problem pielęgnacyjny podlega dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny 9:

Brak wiedzy pacjentki w zakresie postępowania dietetycznego.

Cel działań pielęgniarских:

Edukacja pacjentki w zakresie postępowania dietetycznego.

Planowane działania pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentką na temat jej choroby i konieczności stosowania diety wątrobowej

- wytłumaczenie pacjentce istoty utrzymania diety
- wyjaśnienie pacjentce możliwości wystąpienia powikłań, związanych z nieprzestrzeganiem diety
- zalecenie pacjentce rozmowy z lekarzem prowadzącym
- zalecenie pacjentce umówienia się na wizytę do dietetyka w celu dobraniu odpowiedniej diety
- przekazanie pacjentce broszur, plakatów, bądź innych materiałów edukacyjnych
- rozmowa z rodziną pacjentki na temat konieczności stosowania diety.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Wiedza na temat konieczności stosowania diety, ograniczenia aktywności fizycznej oraz innych wskazań pooperacyjnych została przekazana zarówno pacjentce, jak i jej rodzinie.

Problem pielęgnacyjny 10:

Brak wiedzy pacjentki na temat zmiany opatrunków i pielęgnacji rany pooperacyjnej.

Cel działań pielęgniarских:

Edukacja pacjentki w zakresie pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz zmiany opatrunków.

Planowane działania pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentką na temat konieczności pielęgnacji rany pooperacyjnej, w celu jej prawidłowego gojenia się
- zalecenie rozmowy z pielęgniarką opatrunkową, pracującą na oddziale w celu pokazania jak należy prawidłowo wykonywać opatrunki na ranie pooperacyjnej
- pokazanie pacjentce produktów koniecznych do zakupienia w celu zmiany opatrunków
- przekazanie pacjentce broszur, ulotek na temat pielęgnacji rany
- obejrzenie razem z pacjentką filmu instruktażowego pokazującego całościową zmianę opatrunku, łącznie z przemyciem rany pooperacyjnej
- rozmowa z rodziną na temat pomocy pacjentce w zasugerowanych czynnościach pielęgnacji rany.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Z planowanych działań wykonano wszystko, pacjentka z chęcią przyjęła możliwość samodzielnego robienia opatrunków, korzysta ze wszystkich dostarczonych materiałów i informacji. Rodzina również wykazała chęć pomocy chorej.

Problem pielęgnacyjny 11:

Brak wiedzy pacjentki na temat ograniczenia aktywności fizycznej.

Cel działań pielęgniarских:

Edukacja pacjentki na temat konieczności prowadzenia oszczędnego trybu życia po zabiegu operacyjnym.

Planowane działania pielęgniarские:

- wyjaśnienie pacjentce istoty prowadzenia oszczędnego trybu życia
- przekazanie pacjentce informacji na temat zakazu podnoszenia ciężarów większych niż 2 kg i to po okresie 2 tygodni od operacji do około miesiąca
- przekazanie pacjentce informacji i zaleceń dotyczących podejmowania pracy w domu (początkowo tylko czynności proste nie wymagające wymuszonej pozycji, podnoszenia ciężkich przedmiotów, związanej z napięciem rany pooperacyjnej)
- zalecenie pacjentce spacerowania na świeżym powietrzu, co najmniej 30 minut codziennie
- rozmowa z rodziną pacjentki na temat ograniczenia aktywności fizycznej
- zalecenie pacjentce rozmowy z lekarzem prowadzącym w celu wypisania zwolnienia lekarskiego (w przypadku ciężkiej fizycznej pracy) i wyjaśnienia granic uprawiania sportów po zabiegu.

Realizacja i ocena podjętych działań:

Z podjętych działań pielęgniarских wykonano wszystko, pacjentka nie pracuje dużo fizycznie, zrozumiała przekazane polecenia i zamierza się stosować do przekazanych rad i poleceń zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy.

Rodzina zamierza wesprzeć pacjentkę poprzez robienie zakupów i wykonywanie porządków domowych.

Wskazówki dla pacjentki po usunięciu pęcherzyka żółciowego do stosowania po opuszczeniu szpitala:

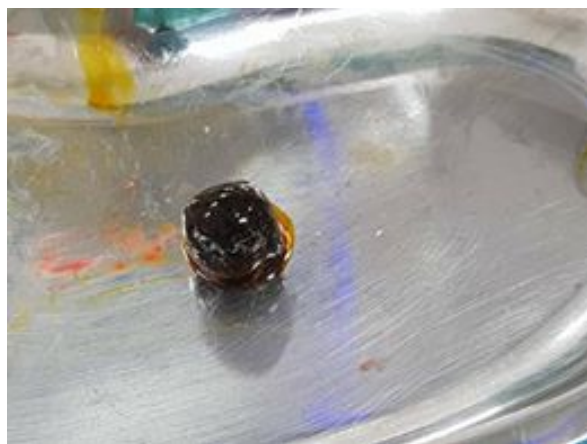
1. Należy stosować się do zaleceń lekarskich i przyjmować przepisane przez lekarza leki zgodnie z jego zaleceniami.
2. Codziennie należy zmieniać opatrunek na ranie pooperacyjnym ze szczególnym jej oglądaniem, aby sprawdzić czy brzegi rany się nie rozeszły lub czy rana nie ropyje, bądź nie krwawi.
3. Podczas zmiany opatrunku należy przemyć ranę, przy czym zaleca się użycie Octeniseptu. Należy zdjąć stary opatrunek, popryśkać wyżej wymienionym środkiem antyseptycznym wokół rany, po czym przetrzeć jałowym gazikiem, poczekać aż rana wyschnie i zrobić nowy, jałowy opatrunek.
4. Należy pamiętać o kontrolnej wizycie w poradni chirurgicznej do 10 dni od wyjściu ze szpitalu, zarówno w celu zdjęcia szwów, jak i kontroli gojącej się rany, bądź wcześniej w przypadku niepokojących objawów.
5. Większa aktywność fizyczna, szczególnie bieganie w okresie pierwszych dwóch tygodni są niewskazane ze względu na możliwość nasilenia lub powrócenia dolegliwości bólowych, a także nieumyślnego i przedwczesnego zerwania szwów.
6. Należy ograniczyć podnoszenie przedmiotów powyżej 2 kg oraz wykonywanie prac fizycznych wymagających napięcia tłoczni brzusznej. Nie należy wykonywać ciężkich prac (mycie okien, pielenie warzywa na działce) do 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym.
7. Należy zastosować dietę lekkostrawną, a także niskotłuszczową z ograniczeniem potraw smażonych, bardzo mocno doprawionych, a także pieczonych i napojów gazowanych. Zaleca się picie wody niegazowanej, jedzenie gotowanego mięsa, przede wszystkim indyka, kurczaka i cielęciny.
8. Nie należy spożywać alkoholu.
9. Należy ograniczyć palenie tytoniu i wyrobów tytoniowych do minimum, bądź jeśli to możliwe całkowicie zaprzestać tym czynnościom.
10. Nie należy używać różnego rodzaju używek.
11. W momencie całkowitego ustąpienia dolegliwości bólowych nie ma przeciwwskazań do współżycia seksualnego, chyba że odczuwane jest tzw. „naciąganie szwów”.

12. Pacjent otrzymuje zwolnienie lekarskie L4 od lekarza prowadzącego, na czas określony, co jest związane przede wszystkim z ciężkością wykonywanych prac fizycznych.
13. W przypadku nasilenia dolegliwości bólowych lub wystąpienia dodatkowych objawów niepokojących, należy zgłosić się do poradni rodzinnej, bądź na SOR .

Informacje do przekazania dla pacjenta.

I. Rodzaje kamieni żółciowych.

Rodzaj kamieni żółciowych zależy przede wszystkim od miejsca, gdzie są zlokalizowane, od ich kształtu oraz składu. Kamienie dzieli się również pod względem barwnika, gdzie wyróżniamy wapniowo-bilirubianowe i czarne. Biorąc pod uwagę skład dzielimy je na: kamienie cholesterolowe, barwnikowe czarne, a także brązowe. Z kolei te pierwsze można dodatkowo podzielić na czyste, złożone oraz mieszane. Kamienie cholesterolowe mają pH ok. 7,02, a w ich skład wchodzi przede wszystkim cholesterol (aż 70% składu kamienia żółciowego). Barwnikowe złoże zawierają większe ilości wapnia, żelaza i miedzi niż cholesterolowe, przy czym ich pH wynosi 7,32. Należy podkreślić również, że węglan wapnia oraz fosforan wapnia wchodzi w skład jedynie kamieni barwnikowych czarnych, rzadziej brązowych, natomiast sole wapniowe kwasów tłuszczowych znajdują się jedynie w tych drugich [5].



Fotografia.3. Kamień barwnikowy czarny (materiał własny).

Dieta w kamicy żółciowej

W przypadku kamicy żółciowej, a szczególnie w momencie jej zaostrzenia najważniejszym działaniem, który może powstrzymać dalsze zaostrzenie się choroby jest odpowiednia dieta. Przede wszystkim stosuje się dietę lekkostrawną, a także niskotłuszczową z ograniczeniem produktów, zawierających w sobie dużą ilość błonnika. Kamica żółciowa to choroba, podczas której należy wykluczyć z diety produkty tłuszczowe, produkty, które zawierają nierozpuszczalny błonnik (otręby, chleb razowy), produkty zawierające kwas szczawiowy oraz wzdymające owoce i warzyw, szczególnie kapustę kiszoną, cebulę. Zabrania się jedzenia potraw pikantnych, z dużą ilością tłuszczu, a także produktów konserwowanych i marynowanych. Zaleca się przede wszystkim gotowanie produktów na parze, przy czym do mięsa zalecane do spożywania przy tej chorobie to: kurczak, indyk, chuda cielęcina. W przypadku spożywania jaj, zaleca się zjadanie samego białka, bez dodatku żółtka. Należy też pamiętać, że ze względu na brak pęcherzyka żółciowego trzeba również ograniczyć ilość spożywanych produktów i znacznie lepiej jeść w tym przypadku mniejsze porcje, ale częściej. Zaleca się również zaprzestanie palenia papierosów oraz innych wyrobów tytoniowych, spożywania alkoholu, a także korzystania z różnego rodzaju dostępnych używek [29].

Pielęgnacja rany pooperacyjnej

Pielęgnacja rany pooperacyjnej jest bardzo ważnym elementem w całkowitej regeneracji organizmu, a co za tym idzie również w wyzdrowieniu pacjenta. Pierwszym podstawowym warunkiem pielęgnacji rany jest niedopuszczenie do zakażenia. Należy pamiętać również, że pierwszymi objawami nieprawidłowego gojenia się mogą być: gorączka, posocznica, czy też dreszcze. Oprócz tego możemy też wyróżnić objawy miejscowego zakażenia, czyli tego które występuje w okolicy rany pooperacyjnej. Są to między innymi ból w miejscu uszkodzenia skóry, zaczerwienienie, ropne wysięki, a niekiedy dochodzi również do rozejścia się brzegów rany. Aby w prawidłowy sposób pielęgnować uszkodzone tkanki należy przede wszystkim myć i dezynfekować ręce podczas każdorazowej zmiany opatrunku. W momencie gdy nastąpi rozejście się brzegów rany ważne jest też zakładanie rękawiczek do każdego zabiegu. Należy pamiętać, że rana się szybciej zagoi, kiedy będzie ściśle kontrolowana i przestrzegana każdorazowa zmiana opatrunku [30, 31].

Zmiana opatrunku na ranie pooperacyjnej

Zmiana opatrunku powinna się odbywać raz dziennie, przy czym w przypadku opatrunku zabrudzonego częściej. Materiały potrzebne do zmiany opatrunku to przede wszystkim: rękawiczki jednorazowe, pakiet gazików jałowych lub gazy, jałowa pęseta, środek odkażający (np. octenisept), a także samoprzylepne plastry z dodatkową warstwą chroniącą ranę (tzw. Cosmopory sterylne). Zmiana opatrunku powinna polegać najpierw na odklejeniu starego plastra i przyjrzeniu się, czy nie było krwawienia, bądź ropy na odklejonym plastrze. Następnie należy przemyć ranę spryskując ją środkiem odkażającym, bądź też nanosząc preparat na jałowy gazik. Ranę należy przemyć w kierunku od wewnątrz do zewnątrz, zwracając jednocześnie uwagę na wygląd, zabarwienie i brzegi uszkodzonej skóry. Po wykonaniu tych czynności należy poczekać do całkowitego wyschnięcia rany, co zapobiegnie zbytniemu nawilgotnieniu. Następnie konieczne jest, aby ranę zakryć stosując mniejszy gazik jałowy, najlepiej z maścią poprawiającą szybkość gojenia się, następnie przyłożyć większy gazik również jałowy, zakrywający z każdej strony mniejszą część opatrunku. Wszystko po wykonanych czynnościach należy pokryć przylepcem, aby w całości pokrywało opatrunek znajdujący się pod spodem [31].

DYSKUSJA

Podstawową funkcją pęcherzyka żółciowego jest gromadzenie i zagęszczenie żółci, która po spożyciu posiłku wydostaje się z pęcherzyka przedostając się do kolejnego odcinka przewodu pokarmowego jakim jest dwunastnica, gdzie uczestniczy w trawieniu pokarmu. Kiedy funkcjonuje on nieprawidłowo, czyli w momencie kiedy pojawią się w nim złoże żółciowe, zarówno nie dochodzi do całkowitego strawienia pokarmu a dodatkowo pojawiają się objawy niepożądane dla pacjenta, czyli najczęściej wspomniany ból i ucisk po prawej stronie. W przypadku schorzeń pęcherzyka żółciowego możemy wyodrębnić kilka ich rodzajów: kamicę żółciową, kamicę przewodową, ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego oraz nowotwór pęcherzyka żółciowego. Kamica żółciowa jest chorobą występującą znacznie częściej wśród płci żeńskiej. W zarysie tej choroby kamienie zaczynają się tworzyć w pęcherzyku żółciowym, skąd następnie wędrują do przewodów żółciowych, jednocześnie je zapychając. Kolejnym schorzeniem jest kamica przewodowa, gdzie w tym przypadku

kamienie znajdujące się w przewodzie pęcherzykowym, na skutek silnego ataku kolki, w szybki sposób przedostają się do przewodu żółciowego wspólnego. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, czyli choroba najczęściej diagnozowana powstaje na skutek rozciągnięcia ściany pęcherzyka znaczną ilością kamieni, bądź też większym kamieniem. Ściana pęcherzyka żółciowego jest również drażniona żółcią, której skład chemiczny w okresie zachorowania się zmienia, co przyczynia się do dodatkowych podrażnień. Rak pęcherzyka żółciowego jest najrzadziej występującą chorobą, lecz uważaną za trudną do wykrycia. Większość lekarzy jest założenia, że ten rodzaj nowotworu jest do całkowitego wyleczenia, jeśli zostanie wykryty we wczesnym stadium, co zdarza się tak naprawdę jedynie podczas przypadkowych cholecystektomii lub innego rodzaju zabiegach operacyjnych [28].

Jak często zwraca się uwagę do pełnego zdiagnozowania pacjentki korzysta się z różnego rodzaju badań. Do badań obrazowych zaliczamy: USG jamy brzusznej, tomografię komputerową i rezonans magnetyczny, cholangiografię przezskórną, biopsję aspiracyjną cienkoigłową, a także znacznie bardziej inwazyjne badanie wykonywane najczęściej pod kontrolą anestezjologa – endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną. U opisanej pacjentki przed operacją wykonano jedynie USG jamy brzusznej, które dało bardzo dobrze widoczną przyczynę wszystkich powstałych objawów. Jednak należy pamiętać, że nie zawsze w przypadku ultrasonografii będziemy w stanie stwierdzić, że na ukazanym obrazie widzimy akurat dobrze widoczną ścianę pęcherzyka żółciowego, czy też złoży znajdujące się zarówno w pęcherzyku, jak i w przewodach [14, 28].

Leczenie kamicy żółciowej jest bardzo ważnym etapem, szczególnie ze względu na to, że eliminuje całkowicie lub łagodzi nieprzyjemne dolegliwości bólowe odczuwane przez pacjenta. Najczęściej stosuje się leczenie zachowawcze, bądź chirurgiczne. Leczenie zachowawcze skupia się na kilku podstawowych aspektach. Najważniejszą rzeczą w zakresie leczenia zachowawczego jest przestrzeganie ścisłej diety, znacznie ściślejszej niż po zabiegu operacyjnym, kiedy pęcherzyk żółciowy zostanie już wycięty. Z wyjątkiem diety należy przyjmować zalecone przez lekarza antybiotyki, stosować leki przeciwbólowe i rozkurczowe oraz uzupełniać niedobory wodno-elektrolitowe. Natomiast leczenie chirurgiczne polega na całkowitym wycięciu pęcherzyka żółciowego za pomocą metody laparoskopowej lub tradycyjnej. Powyższy opis pacjentki dotyczy chorej, która zakwalifikowała się do leczenia chirurgicznego metoda laparoskopową od razu po potwierdzeniu diagnozy za pomocą

ultrasonografii i dodatkowych badań laboratoryjnych, ze względu na możliwość dodatkowych powikłań spowodowanych przebytą rok wcześniej operacją bariatryczną [28].

Problem kamicy żółciowej oraz ostrego zapalenia dotyczy coraz większej liczby osób, dlatego ważna jest jak najwcześniejsza diagnostyka, co spowodowałoby możliwość podejmowania działań profilaktycznych. Należy pamiętać, że najważniejszymi objawami są ból po prawej stronie w górnym kwadrancie jamy brzusznej oraz silne napadowe kolki, które mają charakter nawrotowy [28].

PODSUMOWANIE

Kamica żółciowa jest chorobą spowodowaną złoгами występującymi w przewodach żółciowych, doprowadzającą do zamknięcia światła przewodu. Choroba ta częściej występuje wśród kobiet, natomiast odsetek zachorowań zarówno w płci męskiej, jak i żeńskiej stopniowo wzrasta po ukończeniu 50 roku życia. Objawy zwiastujące zachorowanie na kamice żółciową to przede wszystkim ból występujący w nadbrzuszu, a także prawym górnym kwadrancie brzucha. Poza bólem występuje również wysoka gorączka, zlewne poty, nudności, wymioty a także ogólnoustrojowe osłabienie. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się zwiększoną ilość leukocytów, a niekiedy także wzrost aktywności amylazy w surowi krwi, co występuje również w przypadku innych dolegliwości związanych z przewodem pokarmowym. Osoby starsze, szczególnie te między 80 a 90 rokiem życia mają nietypowe objawy chorobowe, które mogą się charakteryzować zaburzeniami psychicznymi, natomiast w tym przypadku nie może występować żaden z typowych objawów zapalenia pęcherzyka żółciowego. Objaw Blumberga, polegający na mocno odczuwalnym bólu dopiero w momencie zwolnienia ucisku jest podstawowym elementem badania przedmiotowego, który potwierdza ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego. Dieta zalecana przy tej jednostce chorobowej opiera się na unikaniu cytrusów, dań smażonych i pieczonych, a także kawy, mocnej herbaty oraz napojów gazowanych. Jest ona określana mianem diety lekkostrawnej z ograniczeniem tłuszczu. Główne problemy pielęgnacyjne zgłaszane przez pacjenta przed zabiegiem operacyjnym to przede wszystkim typowe objawy kamicy żółciowej, a także w zależności od przypadku ewentualne niewyrównane parametry chorób współistniejących. Ból rany pooperacyjnej, nudności i wymioty nieustępujące nawet do kilku godzin po zabiegu operacyjnym oraz dyskomfort spowodowany przez obecność drenów w jamie brzusznej to

główne problemy pielęgnacyjne pacjenta po zabiegu operacyjnym, które należy pacjentowi szczegółowo wytłumaczyć w celu ograniczenia niepokoju. Ważne jest, aby w okresie pooperacyjnym, który jest okresem przejściowym dokładnie wytłumaczyć pacjentowi istotę odczuwanych dolegliwości w celu uspokojenia go, a także zachęcić do akceptacji choroby, która już nie zacznie na nowo dokuczać po dokładnym wygojeniu się miejsca operowanego. Należy też przeprowadzić rozmowę z rodziną pacjenta na temat czynności dnia codziennego, w których pacjent będzie potrzebował pomocy przede wszystkim ze względu na znaczne ograniczenie możliwości fizycznych w okresie pooperacyjnym. Problem kamicy żółciowej dotyczy coraz większej części społeczeństwa, a szczególnie osób po 50 roku życia bez względu na płeć. Dolegliwość ta polega na zaleganiu złożeń, czyli kamieni w drogach żółciowych. W pracy scharakteryzowano objawy wskazujące na występowanie kamicy żółciowej, podzielono kamice żółciową ze względu na objawową i bezobjawową. Po ogólnej charakterystyce choroby wymieniono wskazania decydujące o skierowaniu pacjenta do usunięcia pęcherzyka żółciowego. Wymieniono badania wykonywane przed planowanym zabiegiem operacyjnym, potwierdzające wcześniej postawioną diagnozę. Następnie omówiono postępowanie okołoperacyjne wobec pacjenta z kamcią żółciową, uwzględniając pobranie zgody na zabieg, umycie środkiem antyseptycznym, wygolenie powłok jamy brzusznej oraz w razie potrzeby wdrożenia antybiotyku w formie dożylniej profilaktycznie w celu uniknięcia możliwego zakażenia.

W analizie indywidualnego przypadku pacjentki z kamcią żółciową rozpoznano indywidualne problemy pielęgnacyjne. Wśród najważniejszych zaobserwowano: silne, kłujące ataki kolkowe, nudności oraz wymioty, a także zawroty głowy. Ustalono na podstawie skal: VAS nasilenie dolegliwości bólowych, Apfel – występowanie nudności i wymiotów pooperacyjnych, SGA – prawidłowy stan odżywienia pacjentki. Oceniono za pomocą ankiety konstrukcji własnej poziom wiedzy w zakresie postępowania dietetycznego i pielęgnacyjnego, w którym zauważono niedostateczną wiedzę o chorobie. Opracowano wskazówki edukacyjne dla pacjentki po cholecystektomii w warunkach domowych. Opracowano materiały edukacyjne w zakresie postępowania dietetycznego po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Zaproponowany proces edukacyjny zminimalizował wystąpienie powikłań pooperacyjnych a przeprowadzona edukacja w zakresie postępowania dietetycznego i zalecanej aktywności fizycznej była istotnym elementem w postępowaniu terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Waszczuk E., Mulak A.: Zaburzenia czynnościowe pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego. Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego. Paradowski L. (red.). Cornetis, Wrocław 2007: 137-150.
2. Nowakowska-Duława E., Nowak A.: Kamica żółciowa i zapalenie dróg żółciowych. Wielka interna Gastroenterologia część I. Dąbrowski A. (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2015 (2011): 394-412.
3. Pasternak A., Szura M., Mazur M., Mróz I., Matyja M., Matyja A.: Number and distribution of interstitial cells of Cajal in human gallbladder. *Folia Medica Cracoviensia* 2014, 1: 71-77.
4. Jurkowska G.: Fizjologia przewodu pokarmowego. Fizjologia człowieka. Górski J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 240-263.
5. Ryżko J., Górczewska M., Jankowska I., Ryżko J.: Patogeneza kamicy żółciowej. *Pediatrica Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2011, 13: 52-54.
6. Pitchumoni C. S.: Kamica pęcherzyka żółciowego (kamienie żółciowe): powstawanie złogów. *Gastroenterologia Nettera*. Floch M. H. (red.). Urban&Partner, Wrocław 2010: 587-589.
7. Kurowska K., Różańska O.: Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014, 1: 35-40.
8. Kwapieliński J., Szady B., Olszowy Z., Szady A., Ahnert B., Swoboda M.: Rola nałogu palenia tytoniu i zawartości pierwiastków fizjologicznych na udział litu, tytanu, strontu, molibdenu w strukturze mineralnej złogów pęcherzyka żółciowego. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2016, 19: 25-32.
9. Kotarski P., Niebisz A. B., Krzymień J.: Cukrzyca a kamica żółciowa. *Diabetologia Praktyczna* 2009, 10: 40-44.
10. Kozicki I.: Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych u chorych w podeszłym wieku. *Postępy nauk medycznych* 2008, 21: 736-739.
11. Paumgartner G., Greenberger N. J.: Kamica żółciowa. *Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia tom II*. Greenberger N. J., Blumberg R. S., Burakoff R. (red.). Czelej, Lublin 2013: 566-576.
12. Strasberg S. M.: Ostre kamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego. *Chirurgia po Dyplomie* 2008, 3: 15-21.

13. Chochowska M., Wytrązek M., Marcinkowski J. T.: Związek zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym oraz objawów sugerujących kamice dróg żółciowych – studium przypadku zaburzeń czynnościowych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, 18: 261-267.
14. Rawlinson N., Alderson D.: Chirurgia wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony. Choroby chirurgiczne, diagnostyka i leczenie. Rawlinson N., Alderson D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 217-221.
15. Frantzides C. T., Carlson M. A., Luu M.: Laparoskopowa cholecystektomia. Atlas Chirurgii Laparoskopowej i zabiegów małoinwazyjnych. Frantzides C. T., Carlson M. A. (red.). Urban&Partner, Wrocław 2011: 159-163.
16. Pitchumoni C. S.: Kamica i zapalenie pęcherzyka żółciowego. *Gastroenterologia Nettera*. Floch M. H. (red.). Urban&Partner, Wrocław 2010: 590-592.
17. Budzyński A.: Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych – cz. III. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2008, 6: 59-68.
18. Remiszewski M.: Wytyczne NICE w diagnostyce i leczeniu kamicy żółciowej. *Medycyna po Dyplomie* 2015, 2: 9-12.
19. Kiełtucki J.: Ultrasonografia endoskopowa (EUS) w diagnostyce i leczeniu kamicy przewodów dróg żółciowych. Współczesna rola ECPW. *Annales Academia eMedicae Silesiensis* 2017, 71: 326-330.
20. Bednarczyk J., Wojtuń S., Warczyńska A., Skrobowska E., Trojanowski P., Stanowski E.: Rola ECPW w kwalifikacji do cholecystektomii laparoskopowej w dobie nowoczesnych badań obrazowych dróg żółciowych. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2007, 22: 474-476.
21. Wierzbicki Z., Lisik W.: Standard przygotowania do leczenia operacyjnego chorego z otyłością olbrzymią. *Postępy Nauk Medycznych* 2009, 7: 506-509.
22. Piotrowska R., Książek J., Wojciechowska E., Terech S.: Znaczenie profilaktyki w zakażeniu miejsca operowanego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013, 21: 335-339.
23. Torres K., Szukała M., Torres A., Pietrzyk Ł., Maciejewski R.: Assessment of correlation between gender, age, body mass index and the severity of postoperative pain, nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2015, 39: 9-13.
24. Stefaniak T., Dziedziul J., Walerzak A., Adamczyk K., Gill D., Vingerhoets A., Babinska D., Trus M., Lachinski A. J., Śledziński Z.: Wpływ mentalnych reprezentacji choroby

- oraz postrzegania blizny pooperacyjnej na rekonwalescencję Pacjentów po zabiegach chirurgicznych*. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2011, 83: 469-479.
25. Smereczyński A., Starzyńska T., Kołaczyk K., Kładny J.: Rola ultrasonografii w ocenie powikłań po laparoskopowym usunięciu pęcherzyka żółciowego. *Journal of Ultrasonography* 2014, 14: 152-162.
 26. Mitura K., Romańczuk M.: Konsekwencje przypadkowego pozostawienia złogów po cholecystektomii laparoskopowej. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2007, 2: 79-81.
 27. Wirkowski A., Pesta W.: *Pułapkicholecystektomii laparoskopowej – doświadczenia własne*. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008, 3: 179-185.
 28. Ścisło L.: Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i wątroby. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Walawska E. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 303-324.
 29. Minasiewicz R., Urban J., Szałkowski Z., Kukowska D.: Ocena jakości życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciową metodą klasyczną lub laparoskopową. *Zeszyty Naukowe*. Puchalski Z. (red.). Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2016: 47-72.
 30. Kowalewska M.: Zakażenia szpitalne w chirurgii. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Walawska E. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 56-72.
 31. Montewka M., Skrzek A., Plewik D., Rudzki S., Wysokiński A., Koziół-Montewka M.: Zakażenia miejsca operowanego – charakterystyka czynników ryzyka, endogennych źródeł zakażenia i metody zapobiegania. *Post. Mikrobiol.* 2012, 3: 227-235.

OCENA WIEDZY MŁODYCH KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Anna Hrubczyńska¹, Katarzyna Łagoda²

1. Białostockie Centrum Onkologii
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Choroby nowotworowe stanowią jeden z największych problemów współczesnej medycyny. Z powodu wzrostu występowania nowotworów w ostatnich latach, stały się one nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, ale też społecznym i ekonomicznym krajów. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia zakładają, że w XXI wieku staną się one zasadniczą przyczyną zgonów ludzi na całym świecie. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem ogłosiła wyniki badań, które dowodzą, że w 2012 roku na choroby nowotworowe zmarło 8,2 mln ludzi na świecie. W takiej sytuacji epidemiologicznej szczególnie ważną rolę zapobieganiu rozwojowi tych chorób odgrywa przede wszystkim znajomość profilaktyki nowotworów, możliwie wczesna diagnostyka zmian nowotworowych oraz skuteczne metody leczenia, już na początkowym etapie rozpoznania choroby [1].

Do najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet w większości krajów wysokorozwiniętych, takich jak USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej należy rak piersi. Najmniej zachorowań na raka piersi notuje się w południowej Azji i Afryce. Jest to nowotwór złośliwy, wywodzący się z tkanki nabłonkowej komórek gruczołu piersiowego, który powstaje miejscowo w piersi bądź też robi przerzuty do węzłów chłonnych i innych narządów wewnętrznych (np. płuc, wątroby, kości i mózgu). Stanowi on około 20% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek i jest drugą, co do częstości występowania, przyczyną zgonów z powodów nowotworowych w Polsce. Ocenia się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy

z nich, umiera. Rak sutka pojawia się także u mężczyzn, jednak występuje on rzadko i zwykle jest późno rozpoznawany [1,2].

Wczesne wykrycie raka piersi umożliwia wczesne jego wyleczenie. Kobiety od 20 roku życia powinny systematycznie, co miesiąc, wykonywać samobadanie piersi. Dlatego też istotne znaczenie w profilaktyce pierwotnej i wtórnej raka piersi ma szeroko prowadzona kampania informacyjna skierowana do bardzo młodych kobiet oraz realizacja programów wczesnego wykrywania tego typu nowotworów.

Nowotwory piersi należą do największych problemów onkologicznych w krajach rozwiniętych, jak również są potęgującym się problemem w krajach rozwijających się, które powodują 30% zachorowań na choroby nowotworowe, są też przyczyną 16,6% zgonów nowotworowych. Dowodem na to jest także porównanie liczby zachorowań i zgonów, która w krajach wysokorozwiniętych wynosi lekko ponad połowa zachorowań (50,1%), zaś większość zgonów rejestruje się w krajach mniej rozwiniętych (58,7%). Określa się, że w krajach Unii Europejskiej w 2008 roku u ponad 330 tysięcy kobiet wykryto raka piersi, gdzie około 89 tysięcy z nich, zmarło. Z diagnozą tego nowotworu postawioną w ciągu poprzedzających 5 lat żyje około 1,33 mln kobiet [3].

Obraz kliniczny nowotworu piersi zależy od stadium zaawansowania choroby. W początkowym stadium rak piersi zazwyczaj przebiega bezobjawowo, ponieważ niewielkie zmiany można wykryć jedynie poprzez zastosowanie specjalistycznych badań. Na ogół jest rozpoznawany przypadkowo, jako twardy guzek w piersi, wyczuwalny dotykiem podczas samobadania piersi. Na kolejnym etapie badania guza, ocenia się jego wielkość, konsystencję, bolesność oraz ruchomość względem skóry. Uzupełniając opisuje się wygląd skóry nad powstałym guzem. Na przestrzeni ostatnich lat, dzięki użyteczności i lepszej dostępności badań obrazowych piersi, zwłaszcza mammografii, rak piersi jest wykrywany w stadium przedobjawowym, co istotnie zwiększa szansę wyleczenia. U 5 do 10% pacjentów nowotwór rozpoznawany jest w stadium uogólnienia [4,5].

CELE PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy i zachowań zdrowotnych młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi oraz określenie zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 250 studentek w wieku 19-35 lat rekrutowanych spośród kierunków Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W pracy została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszych badań. Kwestionariusz składał się z dwóch części. Pierwsza z nich – 6 pytań, dotyczy danych demograficznych badanej grupy oraz występowania raka piersi w rodzinie. Druga część ankiety – 26 pytań, dotyczy wiedzy na temat raka piersi oraz jego profilaktyki, zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi oraz zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi. Łącznie kwestionariusz zawierał 32 pytania ankietowe, które były jedno- bądź wielokrotnej odpowiedzi.

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każda osoba została poinformowana o celu przeprowadzenia ankiety. Respondenci odpowiadający na pytania nie mieli wyznaczonego limitu czasu.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od września do grudnia 2017 roku. Zgodę na przeprowadzone badania uzyskano od Dziekana Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Nr zgody: R-I-002/194/2017.

Uzyskane wyniki z ankiety zostały przedstawione w postaci tabel i wykresów za pomocą programu Microsoft Excel 2007.

WYNIKI

Charakterystyka demograficzna studentów

W badaniu wzięło udział 250 losowo wybranych studentek kierunków Pielęgniarstwa (90%) i Położnictwa (10%) Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na studiach I (54,8%) i II (45,2%) stopnia. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 1.

Tabela I. Charakterystyczna demograficzna studentek.

Charakterystyka demograficzna		n	%
Kierunek studiów	Pielęgniarstwo	225	90,0
	Położnictwo	25	10,0
	Ogółem	250	100
Rok studiów	1	73	29,2
	2	170	68,0
	3	7	2,8
	Ogółem	250	100,0
Studia	I stopnia	137	54,8
	II stopnia	113	45,2
	Ogółem	250	100,0

Ankietowane studentki były w wieku 19-35 lat. Największą grupę (25,2%) stanowiły kobiety w wieku 20 lat, zaś najmniejszą (0,4%) jedna osoba w wieku 19 lat. Najliczniejszą grupę (85,6%) wśród ankietowanych stanowiły kobiety stanu wolnego, zaś najmniej liczną (1,4%) rozwódki, nie było ani jednej wdowy. Zdecydowaną większość ankietowanych studentek (76,4%) stanowiły osoby mieszkające w mieście.

Analizując przypadki wystąpienia raka piersi w rodzinie wśród ankietowanych wynika, że 16,4% studentek potwierdziło wystąpienie raka piersi w rodzinie.

Ocena wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi

Do czynników ryzyka zwiększających zachorowalność na raka piersi w opinii badane studentki zaliczyły: czynniki genetyczne (100%), raka drugiego sutka (75,6%), antykoncepcję doustną (53,2%), starszy wiek (47,2%) oraz pierwszą wczesną miesiączkę (46%). Aktywność fizyczna jest czynnikiem ryzyka według 2% respondentek, współżycie seksualne według 4,4%, zanieczyszczone powietrze według 9,6% i późna menopauza w opinii 35,6%.

Najmniejszy odsetek wśród odpowiedzi stanowił wegetarianizm (0,8%). Wyniki przedstawia Tabela 2.

Tabela II. Czynniki ryzyka raka piersi w opinii ankietowanych.

Czynniki ryzyka zwiększające zachorowalność na raka piersi	n	%*
Czynniki genetyczne	250	100,0
Rak drugiego sutka	189	75,6
Antykoncepcja doustna	133	53,2
Starszy wiek	118	47,2
Pierwsza wczesna miesiączka	115	46,0
Późna menopauza	89	35,6
Zanieczyszczone powietrze	24	9,6
Współżycie seksualne	11	4,4
Aktywność fizyczna	5	2,0
Wegetarianizm	2	0,8

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

Według badanej grupy respondentek najczęstszym objawem raka piersi jest wyczuwalny guzek (98,4%). Do innych objawów studentki zaliczyły: zmianę kształtu piersi (91,6%), powiększenie węzłów chłonnych (90,0%), wyciek z brodawki sutkowej (86,6%), wciągnięcie i owrzodzenie sutka (83,6%), obrzęk i zaczerwienienie skóry (38,8%). Wyniki ilustruje Tabela 3.

Kolejne pytanie dotyczyło najczęstszej lokalizacji guza. Według respondentek jest to górny zewnętrzny kwadrant piersi (80,4%). Pozostałe odpowiedzi układają się następująco: dolny zewnętrzny kwadrant piersi (10,8%), górny wewnętrzny kwadrant piersi (6,4%) (Rycina 1.).

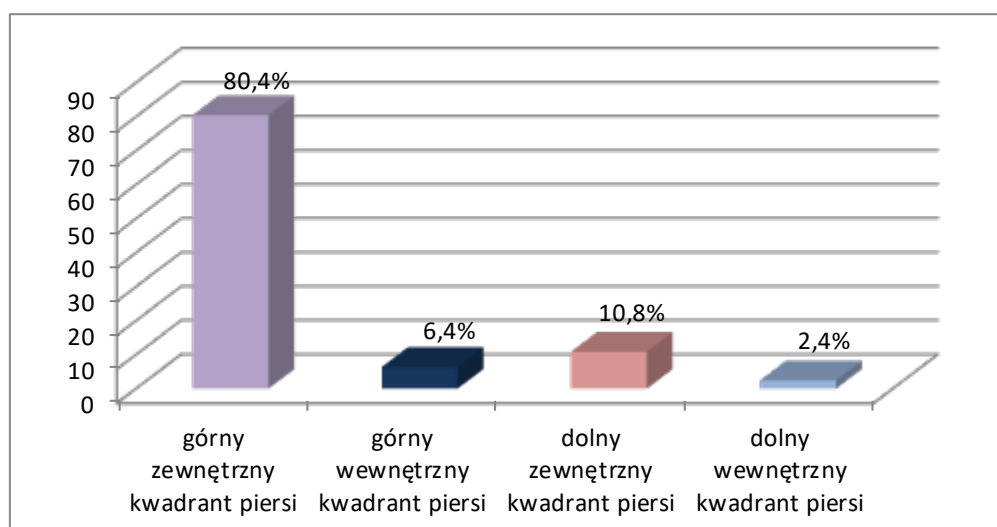
Na pytanie dotyczące nosicielstwa genów zwiększających ryzyko wystąpienia raka piersi studentki odpowiadały następująco: BRCA1 – 45,2% , BRCA2 – 41,4%, RET – 2,8%.

Aż 42,4% ankietowanych nie znało odpowiedzi na pytanie dotyczące nosicielstwa genów raka sutka.

Tabela III. Objawy raka piersi według ankietowanych.

Objawy raka piersi	n	%*
Wyczuwalny guzek	246	98,4
Zmiana kształtu piersi	229	91,6
Powiększenie węzłów chłonnych	225	90,0
Wyciek z brodawki sutkowej	217	86,8
Wciągnięcie i owrzodzenie sutka	209	83,6
Obrzęk i zaczerwienienie sutka	97	38,8
Nudności i wymioty	19	7,6
Ból głowy	5	2,0
Drętwienie nóg	3	1,2
Zaparcia	0	0,0

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.



Rycina 1. Najczęstsza lokalizacja guza w opinii ankietowanych.

Większość ankietowanych studentek (98%) poprawnie zaznaczyło mammografię jako metodę diagnostyczną wykorzystywaną w wykrywaniu raka piersi. Kolejną poprawną odpowiedź, USG piersi zaznaczyło 94%, badanie palpacyjne blisko 76%, biopsję piersi niecałe 78% badanych kobiet. Wyniki przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Metody diagnostyczne wykorzystywane w wykrywaniu raka piersi według ankietowanych.

Metody diagnostyczne wykorzystywane w wykrywaniu raka piersi	n	%*
Mammografia	244	97,6
USG piersi	235	94,0
Biopsja piersi	194	77,6
Palpacja	189	75,6
Tomografia komputerowa	48	19,2
RTG piersi	46	18,4
Rezonans magnetyczny	31	12,4
Cytologia	20	8,0

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

W opinii badanej grupy studentek do najpopularniejszych metod leczenia raka piersi można zaliczyć chemioterapię (96,4%), mastektomię (95,2%) oraz radioterapię (82,8%). Podobna liczba kobiet zaznaczyła leczenie oszczędzające (39,3%) i hormonoterapię (36,4%). Najmniej osób wymieniło rehabilitację (8,4%) i przeszczep szpiku (0,8%) (Tabela V).

Według ankietowanych kobiet w największym stopniu dietą wpływającą na wystąpienia raka sutka jest dieta wysokotłuszczowa (38,0%) oraz wysokowęglowodanowa (22,8%). Prawie 38% respondentek nie znało odpowiedzi na to pytanie. Dokładne wyniki przedstawia Tabela VI.

Tabela V. Metody leczenia raka piersi w opinii ankietowanych.

Metody leczenia raka piersi	n	%*
Chemioterapia	241	96,4
Mastektomia	238	95,2
Radioterapia	207	82,8
Leczenie oszczędzające	98	39,2
Hormonoterapia	91	36,4
Rehabilitacja	21	8,4
Przeszczep szpiku	2	0,8

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

Tabela VI. Dieta wpływająca na wystąpienie raka piersi według badanej grupy ankietowanych

Dieta wpływająca na wystąpienie raka piersi	n	%
Wysokotłuszczowa	95	38,0
Wysokowęglowodanowa	57	22,8
Wysokobiałkowa	12	4,8
Niskotłuszczowa	3	1,6
Nie wiem	82	32,8
Ogółem	250	100,0

Na pytanie „Co to jest badanie skryningowe?” nieco ponad 73% badanych kobiet odpowiedziało poprawnie, udzielając odpowiedzi, że jest to badanie przesiewowe. Inne odpowiedzi były następujące: badanie diagnostyczne – 12,4%, badanie okresowe – 5,2%. Ponad 9% kobiet przyznało się do braku wiedzy na ten temat.

Najwięcej ankietowanych (67,2%) właściwie uznało mammografię jako badanie skrinigowe. USG piersi jako badanie przesiewowe uznało 14,0% młodych kobiet, biopsję piersi 3,6%, a tomografię komputerową 2,0%. Około 13% wszystkich respondentek nie znało odpowiedzi na pytanie (Tabela VII).

Tabela VII. Wiedza studentek na temat rodzajów badań skrinigowych raka piersi

Rodzaje badań skrinigowych raka piersi	n	%
Mammografia	168	67,2
USG piersi	35	14,0
Biopsja piersi	9	3,6
Tomografia komputerowa	5	2,0
Rezonans magnetyczny	0	0,0
Nie wiem	33	13,2
Ogółem	250	100,0

Ocena zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki raka piersi

W kolejnym etapie badań zapytano ankietowane studentki o to, czy wykonują samobadanie piersi. Wśród młodych kobiet 75,0% zadeklarowało wykonywanie samobadania piersi. Najczęstszą pozycją ankietowanych podczas samobadania piersi jest pozycja stojąca przed lustrem (44,0%). Niektóre z nich (24,4%) wykonują badanie w różnych pozycjach, na siedząco (3,2%), na leżąco (3,6%). Prawie ¼ respondentek nie wykonuje samobadania piersi (Tabela VIII).

Podczas badań zapytano młode kobiety o dzień cyklu miesięczkowego, w którym powinno się wykonać samobadanie piersi. Wśród ankietowanych prawidłowo odpowiedziało prawie 71% kobiet, że badanie to należy wykonywać po 3-5 dniach od ustąpienia krwawienia oraz 44,8% – w okresie przekwitania zawsze w tym samym dniu miesiąca. Po 14 dniach od

wystąpienia miesiączki zaznaczyło 16%, termin nie ma znaczenia – 9,6%, w okresie przekwitania termin samobadania nie ma znaczenia – 2,0%. Wyniki przedstawia Tabela IX.

Tabela VIII. Najczęstsza pozycja podczas samobadania piersi pośród badanej grupy studentek

Najczęstsza pozycja podczas samobadania piersi	n	%
Pozycja stojąca przed lustrem	110	44,0
Różne pozycje	61	24,4
Leżąca	9	3,6
Siedząca	8	3,2
Nie wykonuję badania	62	24,8
Ogółem	250	100,0

Tabela IX. Wiedza studentek na temat wyboru dnia cyklu miesięczkowego na wykonanie samobadania piersi.

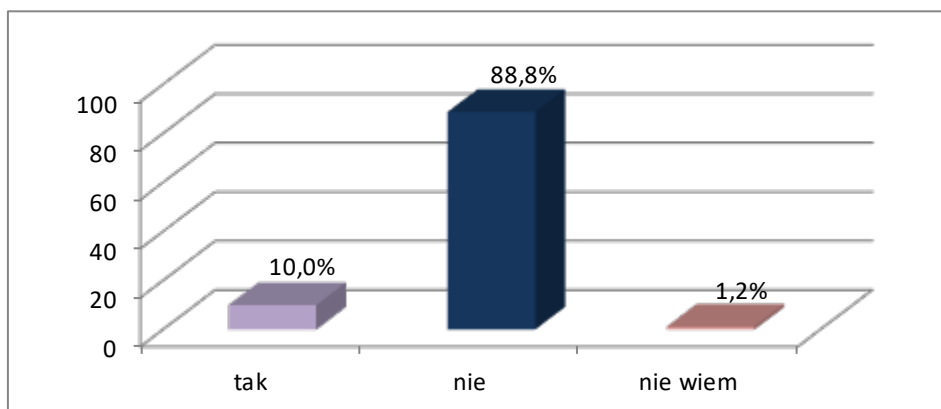
Termin badania	n	%*
Po 3-5 dniach od ustąpienia krwawienia	177	70,8
W okresie przekwitania zawsze w tym samym dniu miesiąca	112	44,8
Po 14 dniach od wystąpienia miesiączki	40	16,0
Termin nie ma znaczenia	24	9,6
W okresie przekwitania termin samobadania nie ma znaczenia	5	2,0
W trakcie miesiączki	3	1,2

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

Na pytanie dotyczące zmniejszenia zachorowalności na raka piersi poprzez wykonywanie samobadania ankietowane studentki odpowiedziały, że może ono w 84,8% obniżyć zachorowalność na raka. W opinii 13,6% kobiet samobadanie piersi nie zmniejsza ryzyka, a 1,6% kobiet nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie

Według połowy ankietowanych studentek mammografia jest to badanie radiologiczne piersi (52,8%). Inne kobiety uważają, że jest to badanie ultrasonograficzne (44,8%). Odpowiedzi nie znało 2,4% badanych kobiet. Ponad połowa respondentek (56,8%) odpowiedziała, że mammografię należy wykonywać po ukończeniu 50 roku życia. Wedle 32% młodych kobiet badanie to, powinny robić kobiety po ukończeniu 35 roku życia, a 10% uważa, że po 20 roku życia. Jedynie 1,2% respondentek nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Około 61% ankietowanych kobiet sądzi, że wykonanie USG piersi rekomendowane jest od 20 roku życia. W opinii 31,4% badanych USG piersi zaleca się od 50 roku życia, a zaledwie 0,4% uważa, że od 80 roku życia. Natomiast 6,0% kobiet nie potrafiło udzielić odpowiedzi na zadane pytanie

Ankietowane młode kobiety zapytano również o wypowiedzenie się na temat dziedziczenia genów raka piersi. Prawie 89% z nich nie zgadza się z tym, że narażone na zachorowanie są tylko te kobiety, u których w rodzinie wystąpił rak piersi, a 10% kobiet uważa, że rak piersi występuje wyłącznie u kobiet, u których w rodzinie pojawił się rak sutka. Wyniki ilustruje Rycina 2.



Rycina 2. Opinia studentek na temat rodzinnego obciążenia zachorowania na raka piersi

W kolejnym etapie badań studentki poproszono o określenie działań zapobiegawczych wczesnego wykrywania raka piersi. Najczęstszą odpowiedzią na pytanie dotyczące działań profilaktycznych raka piersi było badanie palpacyjne od 20 roku życia (93,2%). Wykonywanie mammografii jako działanie zmniejszające ryzyko zachorowania piersi wymieniło 86,8% badanych. Inne działania wpływające na zapobieganie i wczesne wykrywanie raka sutka stanowiły w opinii ankietowanych: unikanie używek (59,6%), dieta ze zmniejszoną ilością tłuszczów zwierzęcych (48,4%), zwiększone spożycie warzyw i owoców (35,6%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela X.

Tabela X. Wiedza studentek na temat metod wczesnego wykrywania raka piersi i działań zapobiegawczych.

Działania wpływające na zapobieganie i wczesne wykrywanie raka piersi	n	%*
Badanie palpacyjne od 20 roku życia	233	93,2
Wykonywanie mammografii	217	86,8
Unikanie używek	149	59,6
Dieta ze zmniejszoną ilością tłuszczów zwierzęcych	121	48,4
Zwiększone spożycie warzyw i owoców	89	35,6

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

Zdaniem ankietowanych studentek najczęstszym czynnikiem stanowiącym przeszkodę w profilaktyce raka piersi jest brak wiedzy społeczeństwa (87,6%) oraz strach przed wykryciem guza (87,6%). Zdaniem respondentek wstydlivy charakter choroby (64,0%) stanowi mniejszy problem wdrażenia działań profilaktycznych. Około połowa badanych wskazuje na problem braku zaufania do lekarza (49,6%) i ograniczony dostęp do badań diagnostycznych (46,8%) (Tabela XI).

Zdaniem ankietowanych studentek do instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi należą Amazonki (87,2%) i Kampania Avon „Różowa wstążka” (79,2%). Studentki wymieniły ponadto: Polski Komitet Zwalczenia Raka (10,8%) oraz Polską Unię Onkologiczną (8,4%). Natomiast 6,0% osób nie miało wiedzy na ten temat.

pytanie dotyczące źródeł wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, respondenci odpowiadały następująco: ponad 86% badanych korzysta z Internetu, około 42% czyta książki, 31,2% pozyskuje wiedzę od znajomych, rodziny, natomiast gazety są źródłem wiedzy dla ponad 15% respondentek. Niemal 6% badanych przyznała się, że nie poszukuje wiedzy na ten temat.

Tabela XI. Czynniki stanowiące przeszkodę w profilaktyce raka piersi w opinii badanych studentek

Przeszkody w profilaktyce raka piersi	n	%*
Brak wiedzy społeczeństwa	219	87,6
Strach przed wykryciem guza	211	84,4
Wstydlivy charakter choroby	160	64,0
Brak zaufania do lekarza	124	49,6
Ograniczony dostęp do badań diagnostycznych	117	46,8

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź.

Ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi

Do sposobów zachęcenia kobiet do aktywnego udziału w profilaktyce raka piersi według ankietowanych studentek należą: bezpłatne badania (91,6%), możliwość wykonywania badania blisko miejsca zamieszkania (75,6%) oraz motywacja kobiet do dbania o własne zdrowie (40,8%).

W przeprowadzonych badaniach zapytano młode kobiety o opinię dotyczącą zakresu świadomości Polek na temat profilaktyki raka piersi. Większość ankietowanych kobiet (74,4%), uważa iż poziom zrozumienia jest przeciętny. Według 12,8% kobiet poziom wiedzy jest dobry, natomiast 12,0% twierdzi, że zły. Taka sama liczba ankietowanych nie ma zdania (0,4%) na ten temat lub sądzi, że jest ona bardzo dobra (0,4%) (Tabela XII).

Respondentki w czasie badania zostały poproszone o wypowiedzenia się czy edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki raka piersi w Polsce jest na wystarczającym poziomie. Zdaniem większości ankietowanych jest ona niedostateczna (70,4%). Zdecydowana większość studentek przyznała, że ważne jest edukowanie kobiet na temat profilaktyki i

wczesnego wykrywania raka piersi (98,4%). Na to pytanie nie udzieliło odpowiedzi około 1% młodych kobiet.

Studentki wyraziły opinię na temat optymalnego czasu rozpoczęcia edukacji kobiet na temat profilaktyki raka piersi. Prawie 89% studentek uważa, że w szkole średniej, niemalże 7% na pierwszej wizycie u ginekologa, 2% twierdzi, że na studiach oraz, że każda kobieta powinna zdobywać taką wiedzę we własnym zakresie (Tabela XIII).

Tabela XII. Świadomość Polek na temat profilaktyki raka piersi w opinii studentek

Ocena świadomości Polek na temat profilaktyki raka piersi	n	%
Bardzo dobra	1	,4
Dobra	32	2,8
Przeciętna	186	4,4
Zła	30	2,0
Nie mam zdania	1	4
Ogółem	250	100,0

Tabela XIII. Optymalny czas rozpoczęcia edukacji kobiet na temat profilaktyki raka piersi w opinii studentek

Optymalny czas rozpoczęcia edukacji kobiet	n	%
W szkole średniej	222	88,8
Na studiach	5	2,0
Na pierwszej wizycie u ginekologa	17	6,8
Każda kobieta powinna zdobywać taką wiedzę we własnym zakresie	5	2,0
Nie potrzebna jest mi taka wiedza	0	0,0
Nie wiem	1	0,4
Ogółem	250	100,0

DYSKUSJA

Piersi kobiety są niewątpliwym atutem jej piękna. Lekarze różnych specjalności czynią wszelkie starania, aby chronić je przed wszelkimi chorobami, a zwłaszcza najgroźniejszymi – rakami piersi [6]. Zmiana stylu życia populacji krajów rozwiniętych, jak również rozwijających się wiąże się ze stałym wzrostem zachorowalności na raka piersi w skali światowej. Jednakże rozwój metod obrazowania i rozpowszechnianie metod profilaktyki raka piersi przyczynia się do wykrywania choroby w początkowych stadiach jej rozwoju, co pozawala wdrażać efektywne leczenie bez konieczności okaleczania i narażania na powikłania związane z rozległymi operacjami [7,8].

Polska zalicza się do krajów europejskich, które nadal mieszczą się na czołowym miejscu pod względem zbyt późnej wykrywalności nowotworów złośliwych. Jest to jedną z głównych przyczyn wysokiego poziomu zgonów z powodu chorób onkologicznych. Obecnie notuje się poprawę wyników leczenia w USA i krajach członkowskich Unii Europejskiej (50-60% przeżyć wieloletnich), jednakże nie dostrzega się takich pomyślnych zmian w państwach Europy Środkowo-Wschodniej. Polska znajduje się na jednej z ostatnich pozycji, ze wskaźnikiem 25-30% przeżyć wieloletnich. Rak piersi w Polsce stanowi około 1/4 zachorowań na choroby nowotworowe i nieco ponad 1/8 zgonów, z powodu tych chorób. Ocenia się, że w ciągu kolejnych 15 lat liczba zachorowań w Polsce przekroczy nawet 21 tysięcy [2,3]. Dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe piersi w Polsce sygnalizują stopniowe polepszenie sytuacji. Pomimo postępu medycyny, prowadzenia licznych programów profilaktycznych i wyraźnej poprawy rezultatów leczenia, liczba zachorowań ciągle rośnie. W chwili obecnej wzrost wskaźnika zachorowalności jest szybszy niż wskaźnika umieralności. Taka sytuacja epidemiologiczna związana jest z wieloma czynnikami, które określa się jako czynniki cywilizacyjne. W populacji polskiej główne znaczenie mają zmiany dotyczące płodności i diety kobiet, jak również wydłużenie się przeciętnego trwania życia. Mając na uwadze powyższe zjawiska demograficzne, przyrost liczby zachorowań jest nieunikniony, a ograniczenie umieralności możliwe jest jedynie przez zmniejszenie skutków społecznych nowotworu piersi [9].

Przyczyny powstania raka piersi nie zostały nadal poznane, jednakże wiadomo, że jest to choroba wieloczynnikowa, na której wystąpienie składają się niezależne, częściowo zależne i zależne czynniki mające przyczynowy związek z zachorowaniem na raka piersi.

Wiążą się one ze starzeniem się organizmu człowieka, predyspozycją genetyczną, jak również ze środowiskiem i stylem życia. Znajomość tych przyczyn, jest ważna nie tylko dla samej medycyny, ale i głównie dla kobiet, będących w grupie podwyższonego ryzyka, wśród których można by sukcesywnie wdrażać metody profilaktyki pierwotnej [4].

Do niezależnych i najważniejszych czynników ryzyka zalicza się płeć żeńską i wiek. Ryzyko zachorowania na raka piersi u obu płci wzrasta wraz z wiekiem. Wśród kobiet przed 45. rokiem życia rak sutka występuje stosunkowo rzadko, większość zachorowań dotyczy kobiet w wieku 50-69 lat [10].

Kolejnym, równie istotnym czynnikiem ryzyka jest obciążenie genetyczne. Silny związek z zachorowaniem na nowotwór piersi mają mutacje genu BRCA1 (w obrębie chromosomu 13) i BRCA2 (w obrębie chromosomu 17), które dziedziczone są w sposób autosomalny dominujący. Nosicielstwo tych genów zwiększa ryzyko wzrostu raka o około 50-80%. Jednakże oba zmutowane geny są odpowiedzialne zaledwie za około 5% chorób nowotworowych piersi. Inną przyczyną jest występowanie raka piersi w rodzinie, zwłaszcza u kobiet, których krewni pierwszego stopnia (szczególnie matka i siostra) są nosicielkami zmutowanych genów i w młodym wieku chorowały na raka piersi. Określa się to jako tzw. ryzyko rodzinne. Następnym czynnikiem ryzyka jest przebyty rak piersi w wywiadzie, który aż pięciokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia raka drugiej piersi. Taka sytuacja dotyczy szczególnie kobiet, u których w pierwszym stopniu pokrewieństwa wystąpił obustronny rak piersi, zwłaszcza w okresie przedmenopauzalnym [10,11].

Brak aktywności fizycznej, siedzący tryb życia również zalicza się do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia raka piersi wśród kobiet po menopauzie, ponieważ nie stwierdzono takiego związku przed okresem menopauzalnym. Działaniem profilaktycznym w tym przypadku jest podjęcie regularnej aktywności fizycznej, stosownej do wieku i możliwości. Oprócz tego, spożywanie alkoholu dodatkowo zwiększa możliwość wystąpienia raka piersi. Ryzyko zachorowania rośnie wraz z ilością spożywanego alkoholu. Jedną z możliwych przyczyn jest fakt, że alkohol może podnosić poziom estrogenu, może również obniżać poziom niektórych niezbędnych składników odżywczych, takich jak kwas foliowy, witamina A i C. Ograniczenie wszystkich powyżej wymienionych szkodliwych czynników, może przyczynić się do obniżenia ryzyka pojawienia się raka sutka nawet o 50%. Poza tym, według doniesień najnowszych badań narażenie młodych kobiet na działanie środków chemicznych, stosowanych na co dzień we wszystkich gospodarstwach domowych, także przyczynia się do zwiększenia ryzyka raka piersi.

Do czynników społeczno-ekonomicznych zalicza się fakt, że kobiety mieszkające w mieście chorują częściej niż na wsi. Udowodniono również, że depresja, przewlekły stres oraz wydarzenia życiowe obciążające psychicznie należą do czynników predysponujących do rozwoju raka piersi. Wśród innych czynników ryzyka wymienia się niezdolności zmiany w piersiach, zwłaszcza atypowy przerost nabłonka i ekspozycję na promieniowanie jonizujące [12,13].

W badaniach Ślusarskiej B. i wsp. na temat wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi najczęściej ankietowanych kobiet prawidłowo wskazywało czynniki genetyczne – 88,9%, przebyty nowotwór piersi – 66%, wiek – 54,2% oraz długotrwałe stosowanie antykoncepcji doustnej – 49,3% jako podstawowe czynniki ryzyka raka piersi [14]. Badania własne wykazały zbieżne wyniki. Według nich czynniki genetyczne wskazało 100% kobiet, rak drugiego sutka – 75,6%, starszy wiek – 47,2% oraz antykoncepcję doustną – 53,2%.

Celem diagnostyki raka piersi, obok rozpoznania choroby, jest również określenie zaawansowania procesu nowotworowego. Umożliwia to ustalenie rokowania oraz podjęcie decyzji o sposobie leczenia. Diagnostyka raka piersi składa się z trzech podstawowych etapów. Pierwszy etap to badanie palpacyjne (manualne) przez lekarza ginekologa. Powinno być ono zrobione w czasie wizyty, do dwóch razy w ciągu roku, między 3 a 10 dniem cyklu miesięczkowego kobiety [15].

Dodatkowo badania Ślusarskiej B. wykazały, że większość respondentek wie, że samobadanie powinno się wykonywać w 2-3 dniu po ustąpieniu krwawienia – 62,5%, ponad połowa respondentek – 56,3% poprawnie zaznaczyła także, że kobiety po menopauzie powinny wykonywać samobadanie piersi zawsze tego samego dnia w każdym miesiącu [14]. Badania własne ujawniły, że 70,8% młodych kobiet zaznaczyło, że samobadanie piersi należy wykonać po 3-5 dniach od ustąpienia krwawienia oraz 44,8% – w okresie przekwitania zawsze w tym samym dniu miesiąca. W badaniach przeprowadzonych przez Kalinowskiego P. i wsp. studentki wskazały, że najlepszą metodą wykrywania raka piersi jest badanie mammograficzne – 57,4%, samobadanie piersi – 23,6% i USG piersi – 20,3% [16]. Jak wykazały badania własne, do najbardziej znanych metod diagnostycznych wykorzystywanych w wykrywaniu raka piersi studentki również zaliczyły: mammografię – 97,6%, USG piersi – 94% oraz palpację – 75,6%.

Badania Ślusarskiej B. [14] dowodzą także, że aż 79,2% badanych kobiet wie, że wykonywanie mammografii zaleca się u kobiet powyżej 40 roku życia. Ponad połowa respondentek – 61,1% jest świadoma, że wykonywanie USG piersi zaleca się w grupie

wiekowej od 20 do 40 roku życia[14]. W badaniach własnych wykazano, że najwięcej kobiet uznało, że mammografię należy wykonywać po ukończeniu 50 roku życia. Ponad 61% ankietowanych kobiet sądzi, że wykonanie USG piersi rekomendowane jest od 20 roku życia.

Badania Karczmarek-Borowskiej B. i wsp. ukazały, że badane w 85,42% wskazały mammografię jako formę badania przesiewowego [17]. W badaniach własnych respondentki do badań skriningowych zaliczyły mammografię w 67,2%.

W badaniach Michalik J. respondentki do najbardziej powszechnych objawów raka piersi zaliczyły pojawienie się guza – 73%, wyciek z brodawki – 68%, wciągnięcie brodawki – 49%, jak również powiększenie pachowych węzłów chłonnych – 35% [18]. W badaniach własnych otrzymano następujące wyniki: wyczuwalny guzek – 98,4%, powiększenie węzłów chłonnych – 90%, wyciek z brodawki sutkowej – 86,8%, wciągnięcie i owrzodzenie sutka – 83,6% oraz powiększenie węzłów chłonnych – 90%.

Wyniki badań Kalinowskiego P. subiektywny stan wiedzy studentek na temat profilaktyki raka piersi określają jako dobry – 47,3% oraz przeciętny – 43,9%. Jedynie 6,1% studentek ocenia swój stan wiedzy jako bardzo dobry i 2,7% jako zły [16]. W badaniach własnych zapytano młode kobiety, jaka jest świadomość Polek na temat profilaktyki raka piersi: 74,4% osób przyznało, że wiedza jest przeciętna, 12,8% – dobra, 12% – zła i zaledwie 0,4% oszacowało jako bardzo dobrą.

Do przyczyn wystąpienia raka piersi, należą również czynniki szkodliwe, które można modyfikować. Są one związane między innymi ze stylem życia. Niewątpliwie ważnym czynnikiem ryzyka jest otyłość, zwłaszcza pomenopauzalna, związana głównie z niewłaściwą dietą. Ograniczenie wartości energetycznej posiłków a przez to zmniejszenie masy ciała lub też utrzymanie prawidłowych jej wartości (optymalna wartość wskaźnika BMI to 18,5-24,9 kg/m²) redukuje ryzyko zachorowania na raka piersi o około 30%. Szczególnie jedzenie dużej ilości cukrów prostych i czerwonego mięsa, które zawiera wielonasycone kwasy tłuszczowe, jest kancerogenne. W diecie antyrakowej dużą rolę odgrywa błonnik, przede wszystkim celuloza, ale także inne włókna pokarmowe, zawarte w produktach zbożowych i ziarnach zbóż. Dobrym źródłem witamin, jak również błonnika są owoce i warzywa, które powinny być obecne w codziennej diecie każdego człowieka [19].

W badaniach Paździor A. i wsp. respondentki w większości (55%) nie potrafiły określić rodzaju diety mającej znaczenie w profilaktyce raka piersi, a 15% uznało, że rodzaj diety nie ma żadnego znaczenia [20]. Badania własne wykazały, że prawidłową dietę

wysokotłuszczową wybrało 38% ankietowanych, a 32,8% kobiet nie potrafiło udzielić odpowiedzi na zadane pytanie.

W USA oraz w krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym sposobem ograniczenia zachorowań oraz poprawy wyników leczenia są narodowe programy walki z rakiem. Obejmują one m.in. edukację społeczeństwa i kadry medycznej oraz realizację populacyjnych badań przesiewowych. W badaniach Michalik J. wykazano, że głównym źródłem informacji na temat nowotworów piersi dla ankietowanych jest Internet – 32% i czasopisma – 18% [18]. W badaniach własnych porównywalnie dowiedziono, że respondentki najczęściej czerpią wiedzę z Internetu – 86,4%, natomiast z gazet – 15,2%.

W badaniach przeprowadzonych przez Najdyhor E. i wsp. zapytano kobiety o znajomość organizacji i instytucji zajmujących się profilaktyką raka piersi. Najbardziej znaną organizacją były Amazonki – 86% oraz Kampania Avon „Różowa wstążka” – 71%. W dalszej kolejności Polski Komitet Zwalczenia Raka – 31% i Polska Unia Onkologii – 12% [21]. Wyniki badań własnych są zbieżne z wynikami Najdyhor E. i wsp., i przedstawiły się następująco: Amazonki – 87,2%, Kampania Avon „Różowa Wstążka” – 79,2%, Polski Komitet Zwalczenia Raka – 10,8% i Polska Unia Onkologiczna – 8,4%.

Według badań Bogusz R. i wsp. szczególnym czynnikiem, który może stanowić przeszkodę w profilaktyce raka piersi jest strach przed chorobą (73%) [22]. Badania własne wykazały, że brak wiedzy społeczeństwa (87,6%) w największym stopniu przyczynia się do ograniczonego zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi. Na drugim miejscu usytuował się strach przed wykryciem guza (84,4%).

W profilaktyce pierwotnej złośliwego nowotworu piersi, u kobiet z mutacją genową lub częstym występowaniem nowotworów piersi w rodzinie, znalazł zastosowanie syntetyczny lek o działaniu antyestrogenowym – tamoksifen. Jego działanie zmniejsza zagrożenie wystąpienia raka piersi u kobiet z podwyższonym ryzykiem rozwinięcia się tej choroby o około 50%. Według badań, tamoksifen zmniejsza ryzyko wystąpienia nawrotu miejscowego i przerzutów raka piersi, zabezpiecza również przed rozwojem nowotworu drugiej piersi u pacjentek po leczeniu onkologicznym. Ważne jest, aby decyzja o stosowaniu hormonoprewencji uwzględniała możliwość wystąpienia różnych działań niepożądanych ze strony leku, do których należą między innymi zakrzepica głębokich naczyń żylnych, udar mózgu czy zatorowość płucna [23,24]. Innym działaniem uzasadnionym medycznie jest także przeprowadzenie, najlepiej między 35-40 rokiem życia kobiety, profilaktycznej adnektomii z ewentualną histerektomią. Postępowanie to wykonywane w takim okresie

życia kobiety, powoduje zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka piersi o około 60%. Kolejnym zabiegiem jest podskórna obustronna profilaktyczna mastektomia, wykonywana u kobiet z potwierdzoną mutacją genów supresorowych BRCA1 i BRCA2, która redukuje ryzyko zgonu o 81–100%, jednak jej rozpowszechnianie jest bardzo kontrowersyjne z uwagi na aspekty psychologiczne oraz prawdopodobieństwo pojawienia się groźnych powikłań pooperacyjnych. Innym aspektem profilaktyki pierwotnej raka sutka jest próba zadziałania na czynniki potencjalnie modyfikowalne poprzez utrzymywanie optymalnej wagi ciała, ograniczenie zawartości tłuszczów zwierzęcych w diecie, zwiększenie podaży kwasu foliowego, długotrwałe karmienie piersią, zwiększenie aktywności fizycznej, zmniejszenie spożycia mocnego alkoholu oraz próba wykluczenia stosowania znanych czynników ryzyka takich jak doustne środki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza [23].

W ramach profilaktyki wtórnej nowotworów złośliwych piersi systematyczne samobadanie piersi jest najprostszym badaniem służącym do wykrycia raka. Powinno być przeprowadzane każdego miesiąca od ukończenia 20 roku życia, jeden raz w miesiącu, bezpośrednio po miesiączce. Badanie palpacyjne zaleca się wykonywać pod prysznicem z powodu zmniejszonego tarcia. Wykonuje się je płaską powierzchnią trzech środkowych palców, ruchami okrężnymi próbując wykryć stwardnienie. Kolejnym krokiem jest oglądanie piersi przed lustrem z obiema kończynami górnymi uniesionymi do góry, później z opartymi rękoma na biodrach. Należy oglądać piersi pod kątem zmiany kształtu, symetrii, zmiany wyglądu brodawki, otoczek i skóry. Kobiety, które nie miesiączkują powinny wykonywać samobadanie stale w tym samym, wybranym dniu miesiąca, zaś kobiety miesiączkujące – w 3-10 dniu cyklu miesięczkowego. W przypadku wystąpienia jakiegokolwiek zmiany bądź wątpliwości, kobieta powinna zgłosić się do lekarza w celu wykonania dalszej diagnostyki [25,26]. Najdyhor E. i wsp. w swoich badaniach oszacowały, że 64% kobiet deklarowało, że przeprowadza samobadanie piersi, pozostałe 36% nie podejmowały próby obserwacji własnego ciała [21]. Wyniki badań własnych pokazują, że 71,2% studentek wykonuje samobadanie piersi, a 28,8% kobiet nie wykonuje regularnego samobadania piersi.

Aktualnie najlepszą metodą wykrywania raka piersi we wczesnych stadiach zaawansowania jest wykonywanie badań przesiewowych opartych na badaniach mammograficznych u kobiet bez objawów klinicznych, wykonywanych co 24 miesiące w wieku od 50 do 69 lat, w innych przypadkach decyzję o wykonaniu MMG powinno się podejmować indywidualnie w oparciu o dokładny wywiad. Udowodniono, że badania skryningowe z wykorzystaniem mammografii lub mammografii i klinicznego badania piersi,

redukuja umieralność z powodu raka piersi u kobiet w wieku 50–69 lat o około 30%. Uzupełnienie mammografii profesjonalnym klinicznym badaniem piersi, wykonanym przez lekarza, dodatkowo poprawia efektywność skryningu. U kobiet bez objawów i dodatkowych czynników ryzyka powinno się ono odbywać w wieku 20-39 lat co 36 miesięcy, natomiast w

Aktywny udział kobiet w prawidłowo zaplanowanych i prowadzonych programach badań przesiewowych oraz odpowiednia edukacja mogą prowadzić do zmniejszenia umieralności spowodowanej rakiem piersi nawet o 30–40%. Cel taki można osiągnąć pod warunkiem masowego uczestnictwa kobiet objętych badaniami przesiewowymi, powiązania tych badań z rejestrem nowotworów, przeprowadzania ich zgodnie z wytycznymi oraz systematycznej kontroli ich jakości i skuteczności [3, 26].

Problematyka raka piersi i jego zapobiegania jest tematem dostępnym na szeroką skalę w artykułach naukowych, programach profilaktycznych, jak również w codziennym życiu społecznym. Wyniki badań własnych w dużym zakresie są porównywalne z wynikami innych autorów opublikowanych w wielu artykułach naukowych, lecz przedstawiają również inne, ważne aspekty. Przeprowadzone badania potwierdziły, że stan wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi jest niewystarczający i wymaga zintensyfikowania działań z zakresu szeroko pojętej edukacji zdrowotnej dotyczącej zagadnień onkologicznych w zakresie czynników ryzyka raka piersi, objawów klinicznych, metod samobadania oraz możliwości wykonywania badań przesiewowych.

WNIOSKI

1. Stan wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi nie jest w pełni zadowalający i wymaga uzupełnienia w zakresie czynników predysponujących do wystąpienia raka piersi, objawów klinicznych, diagnostyki i leczenia.
2. Młode kobiety są świadome istotyprzeprowadzania badań profilaktycznych piersi, ale ze względu na brak realnego zagrożenia, wykonują je nieregularnie.
3. Istnieje potrzeba realizowania działań edukacyjnych wśród młodych kobiet w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi, zwłaszcza za pośrednictwem mediów i pracowników służby zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory* 2013, 63 (2): 111-118.
2. Didowska J., Wojciechowski W., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w 2012 roku. *Krajowy Rejestr Nowotworów Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów* 2014: 15-80.
3. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M., Talarska D., Drozd-Gajdus E., Szewczyzak M.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2016, 97(1): 38-44.
4. Jaśkiewicz J., Pieńkowski T.: Rak piersi – rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka. *Przewodnik Lekarza* 2009, 6: 47-53.
5. Jassem J.: Rak piersi. [w:] *Onkologia kliniczna*. Krzakowski M., Potemski P., Warzocha K., Wysocki P. (red.). Via Medica, Gdańsk 2015: 643-675.
6. Kurowska K., Adamczyk I.: Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. *CurrentGynecologicOncology*, 2014, 12 (4): 278-289.
7. Wołowski T., Wróblewska P.: Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93 (2): 347-349.
8. Szkiela M., Worach-Kardas H., Marcinkowski J. T.: Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95 (2): 292-302.
9. Moszczyński P., Moszczyńska-Serafin A.: Współczesne poglądy na etiopatogenezę raka sutka. *Onkologia* 2015, 2: 50-59.
10. JanssesPh. J., Vandeloo M.: Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka związane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwory* 2009, 59 (3): 159-167.
11. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski T. J.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013, 94 (2): 166-171.
12. Sowa M., Smuczyński W., Tarkowski M., Wójcik K., Kochański B.: Analiza wybranych czynników ryzyka raka piersi – przegląd piśmiennictwa. *Journal of Education, Health and Sport* 2015, 4, (5): 245-250.
13. Jokiel M., Bielska-Lasota M.: Czynniki ryzyka raka piersi – możliwości profilaktyki pierwotnej. *Przegląd Epidemiologiczny* 2010, 64 (3): 435-438.

14. Ślusarska B., Nowicki G. J., Łachowska E., Piasecka H., Marciniak A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22 (1): 59-65.
15. Kuźma-Richert A., Saczko J.: Breast carcinoma – diagnostics, therapy and resistance. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2011, 20 (1): 93-101.
16. Kalinowski P., Bojakowska U.: Analiza poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi w grupie studentek i kobiet pracujących. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23 (1): 20-26.
17. Karczmarek-Borowska B., Strykowska A., Grądalska-Lampart M., Grybel M.: Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2013, 3: 298-310.
18. Michalik J., Denis U., Wolski D., Stanisławek A., Węgorowski P.: Analiza poziomu wiedzy w zakresie nowotworów piersi wśród kobiet zamieszkujących obszary wiejskie i miejskie. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7 (8): 325-335.
19. Malczyk E., Majkrzak Ż.: Żywieniowe czynniki ryzyka rozwoju raka piersi. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2015, 96 (1): 67-76.
20. Paździor A., Stachowska M., Zielińska A.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80 (6): 419-422.
21. Najdyhor E., Krajewska-Kułak E., Krajewska-Ferishah K.: Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekologia Polska*, 2013, 84: 116-125.
22. Bogusz R., Charzyńska-Gula M., Majewska A., Gałęziowska E.: Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19 (4): 523-529.
23. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny* 2012, 4: 343-347.
24. Strojek K., Maślanka M., Styczyńska H., Zukow W.: Health promoting behaviors and women knowledge about breast cancer prevention. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7 (3): 166-176.
25. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2016, 97 (1): 38-44.
26. Lewandowska A., Mess E., Kruk W.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. *Onkologia Polska*, 2012, 15 (1): 5-8.

PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ

Joanna Asijewska¹, Katarzyna Łagoda²

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, UMB
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Współcześnie cukrzyca często jest nazywana globalną epidemią XXI wieku. Jest chorobą cywilizacyjną oraz metaboliczną. Obecnie na to schorzenie cierpi około 2,6 mln Polaków. W ostatnim czasie możemy zaobserwować wzrost zachorowalności, dlatego też skuteczne zapobieganie dalszemu rozwojowi cukrzycy i jej powikłaniom staje się coraz większym problemem klinicznym. Zgodnie z prognozami WHO przewiduje się, że częstość zachorowań w najbliższych latach wzrośnie co najmniej dwukrotnie.

Schorzenie to cechuje się podwyższonym stężeniem glukozy we krwi oraz zaburzeniem wydzielania i/lub działania insuliny, skutkuje to nieprawidłowym metabolizmem węglowodanów, tłuszczów i białek, co w konsekwencji może doprowadzić do niewydolności wielu narządów. Cukrzyca wyróżnia się na tle innych jednostek chorobowych tym, że pacjent ma znaczący wpływ na przebieg choroby poprzez samoopiekę i samokontrolę, niestety wiąże się to z koniecznością zmiany stylu życia, przestrzegania diety oraz regularną farmakoterapią. Dzięki temu można w znaczącym stopniu zmniejszyć rozwój choroby oraz ryzyko powikłań takich jak: nefropatia cukrzycowa, retinopatia cukrzycowa oraz zespół stopy cukrzycowej [1,2,3].

Obecnie jednym z najpoważniejszych i najczęściej występujących powikłań jest zespół stopy cukrzycowej (ZSC). Występuje on u ok. 15% chorych. Objawia się nawracającymi owrzodzeniami (płytkie albo głębokie przerwanie ciągłości skóry) oraz zakażeniami. Niestety pomimo rozwoju medycyny, stopa cukrzycowa nadal stanowi istotny problem kliniczny, ponieważ obniża jakość życia chorego w znacznym stopniu, często prowadząc do inwalidztwa. Leczenie tego powikłania jest bardzo trudne, długotrwałe i bardzo

kosztowne, mimo starań często kończy się amputacją. Wczesne wykrycie zespołu oraz profilaktyka w znacznym stopniu mogą zmniejszyć ilość amputacji kończyn dolnych. Dlatego też edukacja pacjentów z cukrzycą jest niezwykle ważna i z pewnością pozwoli ograniczyć rozwój choroby oraz liczbę jej powikłań [1].

Do głównych zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ZSC należy zebranie szczegółowego wywiadu oraz obserwacja pacjenta, kontrola parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura, oddech), analiza dokumentacji medycznej, ocena nasilenia bólu, określenie problemów pielęgnacyjnych, ustalenie dalszej pielęgnacji oraz edukacja pacjenta w zakresie samoopieki. Zebrane dane pozwalają na postawienie diagnozy pielęgniarstwa, oraz określenie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych pacjenta.

CELE PRACY

1. Ocena stanu zdrowia oraz wydolności fizycznej pacjenta z Zespołem Stopy Cukrzycowej.
2. Ocena poziomu wiedzy pacjenta na temat zespołu stopy cukrzycowej oraz samoopieki.
3. Ocena zapotrzebowania pacjenta na edukację zdrowotną na temat zespołu stopy cukrzycowej i samoopieki.
4. Określenie czynników ryzyka amputacji stopy.
5. Opracowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarstwa oraz wskazówek do dalszej pielęgnacji.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono w oparciu o metodę indywidualnego przypadku. Objęto nim mężczyznę, 40 lat, hospitalizowanego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Klinice Endokrynologii Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w Białymstoku z rozpoznaniem powikłania cukrzycy - zespołu stopy cukrzycowej. Celem hospitalizacji była dokładna diagnostyka stopy objętej ZSC, a także amputacja II palca prawej stopy, która zapobiegnie pogłębieniu się martwicy i uwolni pacjenta od uporczywego bólu.

Materiał zebrano na podstawie własnych obserwacji pacjenta, wywiadu pielęgniarskiego, pomiarów bezpośrednich: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, pomiar oddechów, pomiar masy ciała, wzrostu ($BMI\ kg/m^2 = 20,34$) i obwodów ciała oraz pomiarów pośrednich.

Analizą objęto dokumentację chorego: historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich oraz wyniki badań laboratoryjnych. W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia interwencji pielęgniarskich zastosowano proces pielęgnowania.

Dane metrykalne chorego, wywiad przedmiotowy i podmiotowy potrzebny do oceny stanu pacjenta, umieszczony został w arkuszu do gromadzenia danych o pacjencie, który został skonstruowany na potrzeby tej pracy. Poziom wiedzy pacjenta na temat ZSC i samoopieki został oceniony na podstawie dwóch ankiet konstrukcji własnej.

Do oceny wydolności fizycznej zastosowano standaryzowaną skalę Katza (ADL). Skala ta ocenia podstawowe czynności dnia codziennego, do których zalicza się: kąpanie się, ubieranie i rozbieranie się, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie i kontrolowanie wydalania moczu i stolca. Zdolność pacjenta do wykonania danej czynności ocenia się na 1 pkt., a niezdolność na 0 pkt. Zsumowanie punktów pozwala na interpretację wyników: 5–6 pkt. – osoby sprawne, 3–4 pkt. – osoby umiarkowanie niesprawne, ≤ 2 – osoby znacznie niesprawne.

Do rozpoznania ZSC wykorzystano klasyfikację według Wagnera (Tabela I.) oraz klasyfikację PEDIS (Tabela II.). System Wagnera sugeruje się głębokością rany i rozległością tkanek martwiczych. Składa się z 6 stopni, gdzie: 0 stopień – oznacza zniekształcenie stopy, 2 stopień – owrzodzenie ze stanem zapalnym skóry i tkanki podskórnej, 3 stopień – owrzodzenie głębokie z zajęciem kości, ropowica stopy, 4 stopień – martwica sucha lub zgorzel wilgotna (leczenie miejscowo), 5 stopień – rozległa martwica zakwalifikowana do amputacji.

Klasyfikacja PEDIS to kliniczna klasyfikacja stopnia uszkodzenia stopy, uwzględniająca obecność zakażenia oraz czynnik niedokrwienności. Skrót PEDIS oznacza: P – Perfusion (ukrwienie), E – Extent (wielkość rany w cm^2), D – Depth (drażnienie – w głąb do kości stopy), I – Infection (zakażenie), S – Sensation (zaburzenia czucia, neuropatia). Oceniając wymienione parametry lekarz klasyfikuje stopień uszkodzenia stopy do jednej z czterech klas.

Tabela I. Skala Wagnera

Stopień	Charakterystyka
0	Zniekształcenie stopy, bez owrzodzenia
1	Owrzodzenie powierzchowne
2	Owrzodzenie obejmujące ścięgna, więzadła, torebkę stawową lub powięź
3	Głębokie owrzodzenie z ropniem lub zapaleniem kości
4	Zgorzel części stopy
5	Rozległa zgorzel stopy

Tabela II. Klasyfikacja PEDIS

Stopień I	Prawidłowe ukrwienie (tętno wyczuwalne na tętnicach stóp, $ABI > 0,9$) Owrzodzenie powierzchowne (nie przekracza skóry właściwej) Brak objawów klinicznych zakażenia Brak cech neuropatii czuciowej
Stopień II	Kliniczne objawy upośledzenia krążenia (chromanie przestankowe, $ABI < 0,9$) Rana może obejmować wszystkie tkanki miękkie Infekcja obejmuje skórę i tkankę podskórną (obszar zapalenia nie przekracza 2 cm od granicy owrzodzenia) Obecność neuropatii czuciowej
Stopień III	Krytyczne niedokrwienie (ból spoczynkowy, $ABI < 0,4$) Penetracja zakażenia do kości Infekcja nasilona miejscowo (obszar zapalenia przekracza 2 cm od granicy owrzodzenia, ale nie ma cech infekcji uogólnionej)
Stopień IV	gorączka $> 38^{\circ}C$ tętno $> 90/min$ częstość oddechów $> 20/min$ leukocytoza > 12 tys. lub < 4 tys.

Do oceny stopnia odczuwania bólu u pacjenta wykorzystano skalę VAS oraz skróconą wersję kwestionariusza McGilla. Skala VAS określa wizualne natężenie bólu. Jest to 10 -

stopniowa skala, gdzie 0 – oznacza brak bodźców bólowych, 5 – ból umiarkowany, 10 – oznacza największe natężenie bólowe. Skala McGilla składa się z 15 przymiotników, z których pierwsze 11 odnosi się do sensorycznego komponentu bólu, a 4 ostatnie do aspektu afektywnego. Oceniane są za pomocą 4 – stopniowej skali, gdzie 0 – brak bólu, 1 – łagodny ból, 2 – umiarkowany ból, 3 – silny ból. Wersja ta zawiera również wizualną skalę analogową do oceny nasilenia bólu w ciągu danego tygodnia oraz ocenę aktualnego nasilenia bólu.

Do oceny uzależnienia od nikotyny zastosowano kwestionariusz uzależnienia od nikotyny według Fagerströma. Pozwala on ocenić stopień uzależnienia od nikotyny na podstawie zebranego wywiadu. Składa się z 6 pytań. Maksymalnie można uzyskać 10 punktów. Wyniki interpretowane są następująco:

- 0 – 3 pkt. niski stopień uzależnienia od nikotyny
- 4 – 6 pkt. średni stopień uzależnienia od nikotyny
- >6 pkt. silny stopień uzależnienia od nikotyny

Do wstępnej oceny stanu psychicznego użyto skróconej skali Hamiltona, oceniającej wystąpienie depresji. Zawiera ona 17 pytań, odpowiedzi punktuje się od 0 – 4 punktów. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły między innymi: odczuwania winy, problemów ze snem, tendencji do samobójstwa, trudności z koncentracją uwagi, obecności lęku, niepokoju ruchowego, braku apetytu, hipochondrii, obniżonego libido, ubytku masy ciała i krytycyzmu.

Opis przypadku pacjenta

Badaniem objęto pacjenta w wieku 40 lat. Został przyjęty w trybie planowym 03.03.2018 na Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych z powodu ropowicy stopy prawej z wtórną martwicą palca II i został zakwalifikowany do amputacji tego palca. Pacjent z 20-letnim wywiadem cukrzycy typu 2, od 3 lat jest dializowany z powodu schyłkowej niewydolności nerek. Ponadto u chorego występują powikłania cukrzycy w postaci polineuropatii, retinopatii oraz zespołu stopy cukrzycowej. Pacjent choruje również na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. W 2017 roku przeszedł angioplastykę tętnicy podkolanowej oraz amputację palca III prawej stopy.

Zabarwienie powłok skórnych stopy jest różowe, stopa ciepła, sucha, tętno wyczuwalne. Parametry w normie, ciśnienie tętnicze krwi 176/74 mmHg, tętno 67 uderzeń na

minutę, temperatura 36,8°C. Wzrost pacjenta to 176 cm, waga ciała: 63 kg, BMI: 20,34 (prawidłowe).

Pacjent wymaga niewielkiej pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych. Sprawność ruchowa jest ograniczona z powodu dolegliwości bólowych w prawej stopie objętej ZSC, jednak przy pomocy kul odłokciowych pacjent porusza się samodzielnie. W dniu przyjęcia chory zgłaszał uporczywy ból prawej stopy nasilający się w nocy, w skali VAS - 8. Dolegliwości bólowe opisał jak: silne, skurczowe, palące, rozsadzające i przeszywające. Według wstępnej oceny stanu psychicznego, pacjent ma poczucie winy z powodu swojej choroby. Nie stwierdza się jednak tendencji samobójczych ani zniechęcenia do życia.

Wyniki badań laboratoryjnych

Data	Badanie	Wyniki badań	Zakres referencyjny
Biochemia			
05.03.2018	Glukoza	↓ 45,0 md/dl	70 - 100
	Bilirubina całkowita	0,4 md/dl	0,2 – 1,2
	Mocznik	↑ 113,0 mg/dL	10 - 50
	Kreatynina	↑↑ 10,55 mg/dl	0,70 – 1,10
	eGFR	↓ 6 ml/min	> 60
	Białko całkowite	6,4 g/dl	6,0 – 8,0
	Kwas moczowy	6,32 mg/dl	3,40 – 7,0
	Wapń	2,26 mmol/L	2,25 – 2,75
	Fosfor	↑2,12 mmol/L	0,74 – 1,52
	Białko CRP	↑84,5mg/L	0,0 – 10,0
	Cholesterol	145 mg/dl	< 190
	Cholesterol - HDL	↓ 29 mg/dl	>45
	Cholesterol - LDL	64mg/dl	<115 - brak towarzyszących czynników ryzyka <70 - ryzyko towarzyszące - choroba wieńcowa, zawał, miażdżyca, cukrzyca z powikłaniami narządowymi, przewlekła choroba nerek
	Triglicerydy	↑ 205 mg/dl	<150

Immunochemia			
05.03.2018	TSH	0,9931 μ IU/ml	0,3500 – 4,9400
	Witamina 25-OH D3	↓14,6 ng/ml	30 – 40
	Troponina I hs	↑260,90 ng/l	<34,20
Jony			
05.03.2018	Sód	↓135,0 mmol/L	136,0 – 145,0
	Potas	↑5,29 mmol/L	3,5 – 5,1
Hematologia			
03.03.2018	WBC	↑12,29 $\times 10^3/\mu$ L	4,00 – 10,00
	RBC	↓3,57 $\times 10^6/\mu$ L	4,50 – 6,0
	HGB	↓11,0 g/Dl	14,0 – 18,0
	HCT	↓33,7%	40,0 – 54,0
	MCV	↑94,4 fL	80,0 – 94,0
	MCH	30,8 pg	27,0 – 34,0
	PLT	↑502 $\times 10^3/\mu$ L	130 – 350
	PCT	↑0,52%	0,1 – 0,4

Wyniki glikemii – na czczo glikemia często znacznie podwyższona, w ciągu dnia częste wahania wartości wychodzące poza granicę określonych norm.

	Data	6:00	10:00	14:00	17:00
Glikemia	05.03.18	190mg/dl	260mg/dl	98mg/dl	96mg/dl
	06.03.18	215mg/dl	310mg/dl	210mg/dl	59 mg/dl
	07.03.18	130mg/dl	215mg/dl	110mg/dl	68mg/dl

Zakres wiedzy pacjenta na temat zasad pielęgnacji stóp, doboru obuwia i wkładek do obuwia, sposobu zaopatrywania ran i skaleczeń na stopie oraz eliminacji czynników ryzyka stopy cukrzycowej jest niewystarczający. Chory posiada wysoki zakres wiedzy na temat diety

cukrzycowej, regulacji dawek insuliny, hipoglikemii, prowadzenia dzienniczka samokontroli, kontroli stanu nawodnienia, techniki wykonywania iniekcji insuliny.

U chorego stwierdzono obecność licznych czynników ryzyka ZSC. Pomimo wielu prób, nadal jest uzależniony od nikotyny, często nie przestrzega zaleceń pielęgnacyjnych oraz dietetycznych, które prowadzą do rozwoju ZSC. Według skali PEDIS pacjent został zakwalifikowany do stopnia II, zaś według skali Wagnera do stopnia 3.

Plan indywidualnej opieki pielęgniarzkiej oraz wskazówki do dalszej pielęgnacji

Problem 1. Uporczywy ból prawej stopy promieniujący do II palca

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarzkie:

1. Przeprowadzenie wywiadu określającego nasilenie bólu (w skali VAS od 1-10) oraz czynniki wyzwalające ból.
2. Podaż leku przeciwbólowego na pisemne zlecenie lekarza.
3. Zapewnienie pozycji leżącej, odciążającej kończyny dolne.
4. Zachęcanie do częstych zmian pozycji w łóżku poprzez podtrzymywanie stawów oraz unikanie gwałtownych ruchów aby zapobiec zmęczeniu i ustabilizować stawy oraz zmniejszyć dolegliwości bólowe.
5. Zaopatrzenie pacjenta w sprzęt ortopedyczny np. kule odłokciowe w celu ułatwienia poruszania się
6. Zalecenie systematycznego prowadzenia dzienniczka obserwacji bólu, w celu odnotowania czynników nasilających odczuwanie bólu.
7. Angażowanie pacjenta w czynności rozrywkowe, zgodnie z upodobaniami, aby odwrócić uwagę od bólu i problemów związanych z chorobą.

Ocena działań pielęgniarzskich: Przed podaniem leków przeciwbólowych pacjent ocenił ból według skali VAS na 8. Po podaniu leku przeciwbólowego ból ustąpił całkowicie. Pacjent prowadzi dzienniczek obserwacji bólu; przy poruszaniu się korzysta z kul odłokciowych. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem 2. Ryzyko zakażenia rany na II palcu prawej stopy

Cel opieki:

1. Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany,
2. Stworzenie warunków do gojenia rany.

Działania pielęgniarские:

1. Pomiar i odnotowanie wielkości rany (szerokość – 1cm).
2. Pobranie posiewów zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki z rany w celu doboru antybiotykoterapii na pisemne zlecenie lekarza.
3. Opracowanie rany: Dokładne oczyszczenie rany 0,9% NaCl , odkażenie rany antyseptykiem, dobór i zastosowanie opatrunku na ranę, zabezpieczenie opatrunku gazikami a następnie zabandażowanie.
4. Monitorowanie temperatury ciała.
5. Poinformowanie pacjenta o konieczności:
 - obserwacji stopy pod kątem stanu zapalnego (nasilenie bólu, obrzęk, zaczerwienienie, uczucie gorąca, pogorszenie wyglądu rany, zwiększenie wysięku),
 - odciążania stopy,
 - utrzymywania normoglikemii,
 - przestrzegania zasad higieny osobistej,
 - Częstej zmiany obuwia.
6. Nauczenie pacjenta przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku

Ocena działań pielęgniarских: Rana została zaopatrzona, nie doszło do powiększenia/ pogłębienia rany. Dzięki opracowaniu rany – stworzone zostały odpowiednie warunki do gojenia się rany. Temperatura ciała w normie: 36,7 ° C. Pacjent został poinformowany o niezbędnych zaleceniach. Pacjent został poinformowany o konieczności przestrzegania prawidłowych zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku. Chory był zainteresowany przekazywanymi informacjami i zadeklarował ich przestrzeganie.

Problem 3. Niepokój związany z pogorszeniem wzroku na skutek retinopatii

Cel opieki:

1. Zminimalizowanie niepokoju pacjenta,
2. Zapoznanie z zaleceniami obowiązującymi przy retinopatii cukrzycowej.

Działania pielęgniarские:

1. Zaproponowanie pacjentowi konsultacji z okulistą w celu omówienia metod możliwego leczenia
2. Poinformowanie pacjenta o konieczności:
 - utrzymywania normoglikemii, prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi

- przestrzegania diety cukrzycowej,
 - systematycznej kontroli wzroku w poradni okulistycznej,
3. Zapoznanie pacjenta z zasadami higieny wzroku,
 4. Zapoznać pacjenta z czynnikami nasilającymi retinopatię,
 5. Zapoznanie ze wskazanymi i przeciwwskazanymi formami aktywności fizycznej przy retinopatii cukrzycowej.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent był zainteresowany przekazywanymi treściami. Zadeklarował przestrzeganie zasad terapeutycznych

Problem 4. Dyskomfort z powodu ograniczonej sprawności ruchowej spowodowanej ZSC i koniecznością odciążania stopy.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta

Działania pielęgniarские:

1. Pomoc w przemieszczaniu się w razie potrzeby; ochrona przed urazem, upadkiem.
2. Zapewnienie sprzętu pomocniczego na czas pobytu w szpitalu tj. kul łokciowych lub wózka w celu ułatwienia przemieszczania się.
3. Rozmowa z pacjentem na temat organizacji i rodzajów sprzętu pomocniczego. Podanie informacji na temat sklepów ortopedycznych, gdzie można zaopatrzyć się lub wypożyczyć sprzęt ortopedyczny.

Ocena działań pielęgniarских: Dyskomfort pacjenta zmniejszył się, może on się poruszać przy użyciu sprzętu pomocniczego. Pacjent został poinformowany o rodzajach sprzętu oraz w jakich miejscach może go zakupić lub wypożyczyć

Problem 5. Deficyt wiedzy na temat ZSC, zmiany opatrunków, pielęgnacji stóp oraz zaleceń dietetycznych w ZSC.

Cel opieki: Zwiększenie zakresu wiedzy chorego

Działania pielęgniarские:

1. Poinformowanie pacjenta o tym jak rozpoznać ZSC oraz podanie różnic i charakterystycznych objawów dla poszczególnego rodzaju.
2. Poinformowanie o wystąpieniu możliwych powikłań w przypadku nieodpowiedniego i późno rozpoczętego leczenia lub braku leczenia np. powstanie kolejnych owrzodzeń, deformacja stopy, staw Charcota, martwica, ryzyko amputacji stopy.
3. Zapoznanie pacjenta z zasadami codziennej pielęgnacji
4. Wyjaśnienie konieczności codziennej kontroli stóp oraz systematycznego nawilżania skóry.

5. Przekazanie pacjentowi w formie pisemnej zaleceń dotyczących opatrywania ran m.in.: dobór rodzaju opatrunku do owrzodzenia oraz preparatu o dobrym spektrum przeciwbakteryjnym,
6. Zapoznanie z zasadami właściwego doboru obuwia oraz wkładek do butów.
7. Przekazanie informacji na temat metod leczenia ZSC.
8. Zachęcenie pacjenta do kontaktu i podjęcia leczenia w specjalistycznej Poradni Stopy Cukrzycowej.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent był zainteresowany przekazywanymi treściami.

Wzbogacił wiedzę na temat zmiany opatrunków, pielęgnacji stóp oraz zaleceń dietetycznych, zadeklarował przestrzeganie zaleceń. Pacjent otrzymał materiały edukacyjne.

Problem 6. Dyskomfort z powodu ograniczonej sprawności ruchowej spowodowanej ZSC i koniecznością odciążania stopy.

Cel opieki: 1. Zmniejszenie ryzyka powikłań stopy cukrzycowej

2. Motywowanie do przestrzegania zaleceń w zakresie odciążania stopy

Działania pielęgniarских:

1. Przekazanie pacjentowi informacji na temat:
 - butów specjalistycznych, indywidualnych wkładek ortopedycznych do butów,
 - Środków pielęgnacyjnych, maści i kremów do stopy cukrzycowej
 - Czynników upośledzających mikrokrążenie w obrębie stóp.
3. Omówienie z pacjentem sposobów odciążania stopy (buty ortopedyczne, wkładki, kule)
4. Omówienie wskazanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej w przypadku stopy cukrzycowej

Ocena działań pielęgniarских: Stan nawilżenia skóry poprawił się. Pacjent był zainteresowany przekazywanymi treściami na temat zasad pielęgnacji skóry w obrębie stóp i ochrony przed urazami.

Problem 7. Nieprzestrzeganie diety cukrzycowej

Cel opieki: Motywacja do przestrzegania diety cukrzycowej

Działania pielęgniarских:

1. Zalecenie konsultacji z dietetykiem w celu ustalenia diety cukrzycowej i jadłospisu.
2. Rozmowa z pacjentem i jego rodziną na temat zmiany nawyków żywieniowych.
3. Zaproponowanie pacjentowi korzystania z systemu indeksu glikemicznego oraz wymienników węglowodanowych przy komponowaniu posiłków.

4. Poinformowanie o konieczności regularnego spożywania posiłków niskowęglowodanowych.

5. Przekazanie pacjentowi pisemnych instrukcji na temat zasad odżywiania, wskazanych i przeciwwskazanych technik przyrządzania potraw, sposobów ograniczania kaloryczności posiłków.

6. Przekazanie pacjentowi propozycji jadłospisu diety cukrzycowej o kaloryczności 2000 kcal na 7 dni.

5. Zmotywowanie pacjenta do zaprzestania spożywania alkoholu i palenia papierosów.

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent przebywając na oddziale przestrzega zaleceń dietetycznych. Pacjent wraz z rodziną zadeklarował stosowanie się do zaleceń dietetycznych. Pacjent został zapoznany z istotą diety cukrzycowej.

Problem 8. Przewlekły nikotynizm. Brak motywacji do zaprzestania palenia tytoniu.

Cel opieki: Zmotywowanie chorego do zaprzestania palenia papierosów

Działania pielęgniarские:

1. Wskazanie korzyści zdrowotnych wynikających z zaprzestania/ograniczenia palenia papierosów czynnego i biernego.
2. Przedstawienie negatywnych skutków palenia papierosów
3. Poinformowanie o możliwościach leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego uzależnienia od tytoniu
4. Wskazanie możliwości leczenia w poradni specjalistycznej

Ocena działań pielęgniarских: Pacjent podjął próbę zaprzestania palenia tytoniu.

Problem 9. Lęk przed amputacją palca na stopie oraz koniecznością samodzielnego zaopatrywania rany po operacji

Cel opieki: Zminimalizowanie lęku.

Działania pielęgniarские:

1. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego.
2. Zapoznanie pacjenta z zasadami opatrywania rany po amputacji palca, w celu szybszego gojenia się rany.
3. Poinformowanie o możliwości wystąpienia bólów fantomowych.
4. Zaproponowanie konsultacji z psychologiem i chirurgiem.

Ocena działań pielęgniarских: Lęk pacjenta został zminimalizowany. Pacjent został zapoznany z zasadami opatrywania rany.

Wskazówki dla pacjenta do dalszej pielęgnacji

1. W przypadku stwierdzenia obecności nieprawidłowych objawów w obrębie stóp, należy natychmiast zgłosić się do poradni lekarza rodzinnego lub poradni chirurgicznej/poradni stopy cukrzycowej. Do tych objawów należą między innymi: przebarwienia na stopach; bóle podczas chodzenia, powodujące konieczność zatrzymania się; zaczerwienienie, zasinienie, błądź skóry stóp; modzele, odciski; otarcia; pogrubiałe paznokcie; pojawienie się skurczy mięśni, uczucie mrowienia, ściskania, kłucia i pieczenia w stopach; deformacje palców, sucha skóra, łuszcząca się, pękająca, utrata włosów na grzbiecie i palcach stopy; wyciek płynnej treści z rany na stopach; pojawienie się obrzęku i/lub ocieplenia stopy, rozejście się brzegów rany pooperacyjnej na stopie.

2. Przestrzeganie zasad higieny stóp

- Kąpiel stóp powinna trwać przez 2-3 minuty, w wodzie o temperaturze 37°C, ze środkami o pH 5,5;
- Należy dokładnie osuszać stopy po kąpeli, szczególnie przestrzeń między palcami;
- Należy stosować preparaty nawilżające do stóp, omijając przestrzenie między palcami np.: środki z moczniakiem 5-10 % (np. Podologic Med, Atrac Tain, Flexitol, Diabetegen);
- Należy skracać paznokcie przynajmniej raz w miesiącu za pomocą jednorazowego pilnika papierowego (nie obcinacza !) nie zaokrąglając brzegów, najlepiej ścinać na prosto, zachowując kierunek z góry na dół, aby zabezpieczyć je przed wrastaniem. Płytką paznokciową ma chronić opuszki palców;
- Należy smarować paznokcie specjalnymi środkami pielęgnacyjnymi, ponieważ płytka paznokciowa tak samo jak skóra potrzebuje nawilżenia;
- Nie należy samodzielnie usuwać zrogowaceń, najlepiej skorzystać z gabinetu kosmetycznego, podologicznego lub poradni stopy cukrzycowej;
- Nie należy moczyć stóp, ponieważ sprzyja to i przyspiesza rogowacenie naskórka, które stwarza środowisko do rozwoju grzybów i bakterii;
- Pumeksy powinny być dezynfekowane, często wymieniane.

3. W celu poprawy stanu nawilżenia skóry w obrębie stóp należy codziennie (szczególnie na noc) stosować preparaty pielęgnacyjne, które:

- będą natłuszczać i nawilżać skórę stóp. Preparatem szczególnie polecanym do nawilżenia i odżywienia skóry jest moczniak, czyli naturalny składnik nawilżający skórę, który posiada zdolność do pochłaniania i zatrzymywania wody, dzięki czemu

podnosi poziom nawilżenia skóry. Działanie mocznika w kosmetykach zależy od jego stężenia: 2% - regeneruje naskórek; 3 - 10% - nawilża naskórek; 10% - działa przeciwbakteryjnie; 10 – 30% - zmiękcza skórę, ułatwiając wchłanianie innych substancji; 30 – 50% - złuszcza naskórek,

- zapewnią neutralne pH skóry i zawierają w składzie substancje lipidowe tj. parafinę, która zapobiega ucieczce wody ze skóry. Są to tzw. emolienty, które występują w postaci emulsji do ciała, do kąpieli oraz w postaci kremów, olejków i żeli. W celu zapewnienia kompleksowej ochrony, preparaty te należy stosować od razu po kąpieli,
- posiadają działanie przeciwgrzybiczne i przeciwbakteryjne;
- kremy przeznaczone do pielęgnacji stóp powinny być wzbogacone o witaminy A + E. Dodatkowym atutem kremów dla diabetyków jest zawartość srebra, który ma właściwości przeciwbakteryjne i pozwoli ograniczyć ryzyko zakażenia lub infekcji naskórka.
- Przestrzeganie zasad zmiany opatrunków na stopie
- Opatrunek należy zmieniać minimum raz na dwa dni, w celu oceny stanu rany lub w zależności od potrzeb (zamoczenie/zabrudzenie opatrunku).
- Podczas zmiany opatrunku należy umyć stopy, następnie przemyć ranę 0,9% NaCl, dokładnie ją osuszyć, odkazić antyseptykiem np. Octeniseptem przez 3-4 minuty, następnie należy ponownie osuszyć stopę, natłuścić ją maścią i nałożyć opatrunek oraz zabezpieczyć np. bandażem (bez zawiązywania!) przyklejonym plastrem.
- Przed zabandażowaniem palce należy oddzielić gazikami.

4. W przypadku nasilającego się bólu w obrębie stóp, zastosowanie leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza. Należy przyjąć pozycję w której ból jest mniej odczuwalny, zgłosić się do lekarza rodzinnego lub diabetologa.

5. W celu odciążenia stopy należy kupić lub wypożyczyć kule odciążające stopę oraz zastosować but ortopedyczny odciążający stopę. Buty są dostępne w sklepach ortopedycznych na wniosek lekarza diabetologa lub chirurga z refundacją Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. W celu usprawnienia przemieszczania się przy pomocy kul odłokciowych i/lub chodzika w warunkach domowych należy:

- zamontować uchwyty w toalecie i łazience.
- usunąć dywany oraz inne przedmioty, które mogłyby utrudnić poruszanie się po domu.

7. W celu wzmocnienia stopy, poprawy ukrwienia i elastyczności stopy oraz zwiększenia masy mięśniowej należy regularnie ćwiczyć. Zalecana aktywność fizyczna:

- Spacer, 2 razy dziennie po 1 godzinie. Osoby które nie ćwiczyły do tej pory powinny stopniowo przyzwyczajać się do ruchu, a więc zacząć od kilkuminutowego spaceru i z czasem wydłużać go do 1 godziny. Najważniejsze, aby spacer były systematyczne.
- Ćwiczenia można wykonywać również w pozycji stojącej (przy biurku lub szafce): stanie na przodostopiu, następnie podnoszenie się na palcach i opadanie. Następuje wtedy spinanie i rozkurczanie mięśni łydki. Ćwiczenie należy powtórzyć kilka razy dziennie po 30 razy.
- Ćwiczenia w pozycji siedzącej: stopy należy unieść nad ziemię i zataczać koła ze zmianą kierunku – w lewo, w prawo – przez 10 minut kilka razy dziennie.
- Przyciąganie oraz napinanie stóp w pozycji siedzącej. Nogi wyprostowane w kolanach, stopy oparte o podłogę na piętach - należy przyciągać palce na przemian do siebie (przytrzymać 10 sekund), następnie rozluźnić. Ćwiczenie powtórzyć 30 razy na każdą nogę kilka razy dziennie.
- Jeśli pacjent ma rany lub odczuwa silny ból podczas chodzenia należy: przyciągać i napinać stopy w pozycji leżącej. Ćwiczenia są niezwykle ważne u osób leżących, ponieważ poprawiają krążenie i zmniejszają ból niedokrwienny. Należy zrobić 30 powtórzeń kilka razy dziennie. Samodzielne wykonywanie ćwiczeń przyspiesza gojenie rany.

8. W celu ochrony stóp przed urazami należy przestrzegać następujących zasad:

- Nie należy moczyć stóp w wodzie, ponieważ powoduje to macerację skóry;
- Nie powinno się obcinać paznokci zbyt krótko, aby mógł on chronić opuszkę palca, nie zaokrąślać brzegów-ścinać na prosto, aby zabezpieczyć je przed wrastaniem;
- Nie chodzić na bosą (zarówno w domu jak i poza domem);
- Nie stosować preparatów z kwasami (np. kwas salicylowy), spirytusu, kamfory, i innych płynów „rozgrzewających” na bazie spirytusu;
- Nie należy samodzielnie usuwać odstającej i twardej skóry na stopach;
- Nie stosować termoforów ani wkładów rozgrzewających do stóp;
- Nie używać nożyczek lub cążek;
- Nie odwlekać konsultacji ze specjalistą w razie niepokojących objawów .

9. Codzienna obserwacja i kontrola stanu stóp za pomocą lusterka lub innej osoby, w razie wystąpienia niepokojących zmian należy zgłosić się do lekarza lub pielęgniarki. Szczególną uwagę należy zwrócić na stronę podeszwową stóp, paznokcie, przestrzeń między palcami.

10. Aby uniknąć otarć skóry w obrębie stóp należy przestrzegać następujących zasad odpowiedniego doboru obuwia dla chorych na cukrzycę:

- obuwie powinno być wykonane z naturalnych materiałów (skóra, zamsz, płótno), na grubej podeszwie, najlepiej o 1 rozmiar większe niż stopa.
- Stosować skarpety bezuciskowe, bezszwowe, wykonane z naturalnych włókien np. bawełna. Można stosować skarpety pięciopalczaste w przypadku palców młoteczkowatych oraz ściśniętych.
- Stosować wkładki specjalistyczne, odciążające stopę. Wkładki odciążające miejsca przeciążenia powinny być dobierane do konkretnej pary butów.
- Należy raz w tygodniu przeprowadzać dezynfekcję butów oraz obuwia domowego.
- Należy unikać noszenia kłapek japonek, aby uniknąć otarć między palcami.

7. Regularne pomiary glikemii glukometrem 3 razy dziennie przed głównymi posiłkami, lub w razie potrzeby (tj. złe samopoczucie lub objawy hipoglikemii).

8. Prowadzenie dzienniczka kontroli ciśnienia tętniczego jeden- dwa razy dziennie o stałych porach, a także w przypadku złego samopoczucia. Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi zapobiegają dalszemu rozwijaniu się powikłań cukrzycy

9. Przestrzeganie diety cukrzycowej, z uwzględnieniem składników pokarmowych, które przyspieszą gojenie się ran tj.: produkty bogate w białko, np. ser biały, pierś z kurczaka, jogurty, kefir, maślanka; witamina C, która znajduje się w natce pietruszki, czarnej porzeczce, w cytrusach i żurawinie.

10. W celu zapobiegania dalszemu uszkodzeniu wzroku należy przestrzegać następujących zaleceń:

- konieczność utrzymywania prawidłowych wartości glikemii przed i po posiłkach;
- systematyczna kontrola wzroku w poradni okulistycznej; co najmniej raz w roku, najlepiej w tej samej poradni okulistycznej;
- wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi przynajmniej 1 raz dziennie,
- unikanie wykonywania wysiłku fizycznego statycznego (dźwiganie ciężarów, podnoszenie ciężkich przedmiotów, odśnieżanie śniegu itd..) i prac domowych szczególnie z przodopochyleniem,

- unikanie gwałtownej zmiany oświetlenia, przebywania długotrwałego w pomieszczeniu ze światłem jarzeniowym;
- unikanie długiego patrzenia w ekran komputera/ telewizora,
- używanie okularów przeciwsłonecznych podczas przebywania na słońcu,
- spożywanie pokarmów bogatych w witaminę A np. jarmuż, szpinak, marchew, dynia;
- zaprzestanie palenia tytoniu.

11. Po amputacji palca dopasować indywidualne obuwie ortopedyczne i indywidualną wkładkę do butów.

12. Przestrzeganie regularnych wizyt w Poradni Stopy Cukrzycowej i Poradni Diabetologicznej.

13. Zaprzestanie palenia tytoniu. Skorzystanie z poradni leczenia uzależnienia od nikotyny.

13. Regularne przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

PODSUMOWANIE

Zgodnie z definicją Światowej organizacji Zdrowia (WHO) zespół stopy cukrzycowej charakteryzuje się obecnością infekcji, owrzodzeń, uszkodzenia tkanek głębokich stopy wraz z towarzyszącymi cechami neuropatii oraz chorób naczyń obwodowych w kończynach dolnych o różnym stopniu zaawansowania. Stanowi to istotny problem, ponieważ w bardzo krótkim czasie może doprowadzić do amputacji kończyny dolnej, a nawet do śmierci chorego [1,4,5]. Powodem zmiany kształtu stopy np. palce młoteczkowate, podwyższenie sklepienia podłużnego stopy, jest neuropatia motoryczna, która sprawia, że urazy powstają znacznie łatwiej, w związku z tym dotychczasowe obuwie przestaje pasować. Zmiany kształtu stopy powodują nierównomierny rozkład sił nacisku, a więc przeciążenie niektórych obszarów stopy, takich jak pięta, szczyty palców oraz okolice śródstopia, wynikające z nieprawidłowego sposobu stawiania stopy podczas chodzenia. W miejscach nacisku tworzą się odciski w których najczęściej powstają owrzodzenia [1,6,7].

Staw Charcota (neuroartropatia) występuje u około 2,5 % chorych z cechami neuropatii cukrzycowej. Jest uważany za rzadkie powikłanie. Polega na destrukcyjnym procesie niszczenia tkanki kostnej i stawów. Schorzenie rozpoczyna się zazwyczaj przez uraz kończyny dolnej spowodowany skręceniem lub uderzeniem, co zwykle nie zostaje zauważone przez pacjenta. Neuroartropatia zlokalizowana jest zazwyczaj jednostronnie, w stawach

śródstopnych, skokowych i śródstopno - palczkowych. Objawy są zależne od stopnia zaawansowania choroby. Ostra artropatia Charcota zawsze ma cechy stanu zapalnego, objawia się obrzękiem jednej stopy, zaczerwienieniem, miejscowo podwyższoną temperaturą o ok. 3°C. Towarzyszą również objawy takie jak: resorpcja kości oraz wylew krwi do stawu [8, 9,10].

Dodatkowym utrudnieniem są współistniejące zmiany miażdżycowe, początkowo objawiające się poprzez bóle nasilające się szczególnie podczas spoczynku w pozycji leżącej, zaś zmniejszają się po opuszczeniu kończyny. Powodują niedokrwienie kończyn dolnych, co zwalnia i upośledza proces gojenia, zwalczanie infekcji oraz przenikanie antybiotyków do zakażonych miejsc [5,7,11,12].

Dokładna ocena rany chorego z cukrzycą, odgrywa kluczową rolę w podjęciu decyzji o dalszym postępowaniu, czy będzie to leczenie zachowawcze czy chirurgiczne.

Główny wpływ na pozytywne wyniki leczenia ZSC jest jak najwcześniejsze wykrycie patologii. Dlatego też niezwykle ważną rolę odgrywa lekarz rodzinny, który ma najczęstszy kontakt z pacjentem. Z racji tego, że do najważniejszych czynników ryzyka owrzodzenia stóp należą neuropatyczne zaburzenia czucia, lekarz rodzinny powinien regularnie oceniać wrażliwość pacjenta na bodźce czuciowe w obrębie kończyn dolnych. Do niedrogich i możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych metod oceny układu nerwowego należą wspomniane już: badanie za pomocą monofilamentu oraz czucia wibracji [6,13,14,15].

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2018 , stopy chorego na cukrzycę należy: oglądać powierzchownie podczas każdej wizyty u lekarza rodzinnego; raz do roku przeprowadzić pełną ocenę stóp w kierunku powikłań naczyniowych oraz neurologicznych; nie rzadziej niż raz na 3 miesiące wykonywać pełne badania stóp u osób z grupy ryzyka; w przypadku owrzodzeń badania należy dokonywać w zależności od zaleceń lekarza prowadzącego [16].

Leczenie ZSC nie powinno być prowadzone przez jednego specjalistę. Wymaga opieki wielodyscyplinarnej. Diabetolog pełni funkcję koordynującą nad zespołem w którego skład powinni wchodzić: chirurg ogólny, chirurg naczyniowy, pielęgniarka diabetologiczna, kardiolog, neurolog, ortopeda, nefrolog, mikrobiolog, radiolog, psycholog, okulista, dietetyk, rehabilitant, technik ortopedyczny. Taki zespół jest w stanie zapewnić optymalną opiekę nad chorymi i zmniejszyć ilość amputacji kończyn dolnych [12,17,18].

Postępowanie ogólnoustrojowe powinno być prowadzone równoległe z postępowaniem miejscowym. Najpierw należy przeprowadzić wywiad dotyczący historii owrzodzenia, mechanizmu urazu oraz dotychczasowego postępowania z raną. Niezbędne są tu specjalistyczne badania ukierunkowane na szczegółową etiologię owrzodzenia [12,19].

Miejscowe leczenie jest integralną częścią procesu gojenia się rany, ale nie może zastąpić postępowania ogólnoustrojowego. Leczenie to powinno się rozpoczynać od zabiegów higieniczno - pielęgnacyjnych stóp. Następnie należy oczyścić łożysko rany, skontrolować pod kątem bakteriologicznym. Można stosować środki i opatrunki przeciwdrobnoustrojowe w celu wspierania procesów odnowy [20]. W miejscowym leczeniu ZSC obowiązują zasady wg koncepcji TIME - poszczególne litery akronimu wykazują inny obszar działania który wpływa na poprawę gojenia rany.

Leczenie owrzodzeń jest długotrwałe i wymaga dużych nakładów finansowych. Według IDSA (zgodnie z zaleceniami z 2012 roku) opatrunki pomagają uzyskać optymalne środowisko gojenia się rany a ich dobór musi być indywidualny dla poszczególnej jednostki. Wybór właściwego opatrunku dokonuje się na podstawie etiologii owrzodzenia (neuropatia/niedokrwienie), fazy gojenia, głębokości uszkodzenia i charakteru wysięku a także cechy zapalenia i/lub infekcji rany. Prawidłowy opatrunek powinien usuwać wysięk oraz składniki toksyczne, utrzymywać środowisko wilgotne na granicy rana-opatrunek, zapewniać wymianę gazową, być przezroczysty, często zmieniany i wygodny, być dostępny w szpitalu oraz w warunkach ambulatoryjnych. Nie powinien być przepuszczalny dla mikroorganizmów, w celu uniknięcia wtórnej infekcji ani zawierać toksycznych zanieczyszczeń [21,22,23,24,25].

Rolą chirurga jest zapobieganie amputacjom oraz dążenie do korekcji deformacji sprzyjających nawrotom owrzodzeń. Najczęstszym zadaniem jest, miejscowe oczyszczenie chirurgiczne owrzodzenia przy użyciu skalpela, nożyc i/lub kleszczy. Obejmuje: usunięcie tkanki martwiczej/martwicy rozplywowej i zgrubienia, redukcję obciążenia, wspomaganie drenaży wydzielin. Zanim nastąpi decyzja o ewentualnej amputacji należy bezwzględnie ocenić stan ukrwienia tętnic kończyn dolnych [26].

Głównym celem leczenia ran jest opanowanie infekcji poprzez antybiotykoterapię miejscową lub ogólnoustrojową. Antybiotykoterapia jest wprowadzana w 3 stopniu wg skali Wagnera, jeśli owrzodzenie jest głębokie, drąży do kości a jego powierzchnia jest duża oraz jeżeli tętno na grzbiecie stopy nie jest wyczuwalne. W infekcji tkanek powinna trwać do 2 tygodni, zaś w przypadku zapalenia kości minimum 1 miesiąc. Antybiotyk jest dobierany na podstawie wyników prawidłowo pobranych posiewów. W przypadku leczenia stopy

niedokrwiennej w skład farmakoterapii wchodzi leki przeciwzakrzepowe np. heparyna drobnocząsteczkowa, aspiryna, która ma dużą skuteczność a dodatkowo jest tania i nie wymaga recepty. Zazwyczaj zalecana jest dawka 75-325 mg/dobę. U chorych z przeciwwskazaniem do stosowania aspiryny można zastosować tiklopidynę. Inną grupą są leki o działaniu reologicznym najczęściej z grupy metyloksantyn - pentoksyfilina, która wpływa na elastyczność krwinki czerwonej, co zwiększa lepkość krwi, krzepliwość osocza i reaktywność krwinek płytkowych, jednak według Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego lek ten jest mało skuteczny [26,27,28].

Odciążenie stopy odgrywa istotną rolę w leczeniu owrzodzeń stóp. Rekomenduje się stosowanie łuski gipsowej lub jeśli nie ma takiej możliwości to zastosowanie ortezy stopowo-goleniowej. Opatrunek gipsowy powinien być wymieniany regularnie (raz na 7-10 dni) w celu oceny stanu rany oraz wykluczenia obecności nowych owrzodzeń. Przeciwwskazaniem do zastosowania łuski gipsowej jest: ostra infekcja, masywna otyłość chorego, niedokrwienie oraz zaburzenia równowagi. W przypadku braku możliwości zastosowania tych metod zaleca się stosowanie kul odłokciowych, wózka inwalidzkiego, buta pneumatycznego, czasowego obuwia odciążającego piętę lub przodostopie, w zależności od lokalizacji owrzodzenia. Stosując którąkolwiek formę odciążenia jednej kończyny, należy wyrównać wysokość obuwia na drugiej stopie [27,28, 29,30].

Obecnie pojawiają się coraz nowsze, alternatywne metody leczenia, które są skuteczne i często pozwalają na uniknięcie amputacji. Należą do nich: przeszczep płatków skórnych, stosowania światła spolaryzowanego, opatrunki podciśnieniowe, biochirurgia, stosowanie autologicznego koncentratu bogato-płytkowego, gąbki kolagenowej, leczenie tlenem hiperbarycznym w komorze hiperbarycznej [8,13,20,28,29,30].

Pacjenci narażeni na powstanie ZSC powinni być świadomi i wyczuleni na punkcie pierwszych objawów, których nie należy bagatelizować. Dlatego też należy codziennie wnikliwie oglądać stopy, nie tylko po stronie grzbietowej ale również od strony podeszwowej, powinni zwracać uwagę na zaczerwienienia, wszelkie otarcia, zranienia oraz zrogowacenia.

We współczesnym leczeniu cukrzycy, duży nacisk stawia się na edukację zdrowotną chorych, na którą składa się zarówno przekazanie wiadomości o cukrzycy, ale także nauka odpowiednich umiejętności. Niezwykle ważną rolę w edukacji pacjenta odgrywa pielęgniarka, która w sposób szczególny jest powołana do prowadzenia tej działalności.

Pielęgniarki znacznie lepiej przekazują wiedzę o cukrzycy, gdyż nie ograniczają się jedynie do istoty choroby oraz leczenia, ale także obejmują zakres samopielęgnacji w tej chorobie [31].

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną, dlatego też bardzo ważne jest, by zminimalizować jej dotychczasowe skutki oraz nie dopuścić do powstania nowych powikłań.

Obecnie w leczeniu cukrzycy dużą rolę odgrywa edukacja, ponieważ w odróżnieniu od innych chorób leczenie zależy wyłącznie od samego pacjenta. Dlatego też dobrze przyswojona wiedza jest podstawą do wyrobienia odpowiednich umiejętności oraz nawyków. Odpowiednio przeprowadzona edukacja pozwoli pacjentowi na wyrównanie cukrzycy oraz umożliwi spełnianie ról w życiu codziennym, pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą [31].

Pielęgniarka odgrywa szczególną rolę w edukacji zdrowotnej, ponieważ ma najczęstszy kontakt z pacjentem oraz szerokie możliwości do podejmowania działań edukacyjnych. Przekazywanie wiedzy jest bardzo istotną formą opieki pielęgniarskiej oraz jest jedną z funkcji pielęgnowania. Edukacja powinna przygotowywać pacjenta do samoopieki i samokontroli a także systematycznie motywować go do działania w trosce o jego własne zdrowie [31].

Odpowiedni zakres wiedzy na temat choroby pozytywnie wpływa na świadomość pacjenta i jego zaangażowanie w proces leczenia. Dlatego też niezwykle ważna jest jakość przeprowadzonej edukacji, gdyż to od niej zależy stan wiedzy pacjenta. Pełna wiedza na temat cukrzycy daje mu możliwości do panowania nad chorobą, kierowania własnym życiem oraz do osiągnięcia wyznaczonych celów życiowych [31].

Współcześnie pacjentowi przysługują świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę w zakresie diagnostyki (ma na celu ocenę stanu zarówno fizycznego jak i psychicznego poprzez kontrolę parametrów życiowych, analizę dokumentacji medycznej oraz rozmowę z pacjentem na temat jego sytuacji zdrowotnej), leczenia (czynności które pielęgniarka wykonuje na zlecenie lekarza lub asystując lekarzowi przy badaniach lub zabiegach), rehabilitacji, zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych (polegają na dążeniu do zwiększenia zakresu samodzielności i samoopieki chorego poprzez pomoc i towarzyszenie przy czynnościach których nie jest w stanie wykonać sam; mobilizowanie go do działania), zadań edukacyjnych oraz promujących zdrowie (przekazanie informacji na temat jednostki chorobowej, samoopieki oraz profilaktyki). Rola pielęgniarki oparta jest na postawieniu diagnozy pielęgniarskiej, która umożliwi wykonanie procesu pielęgnowania pacjenta, ocenę

jego indywidualnych problemów oraz potrzeb zdrowotnych. Diagnoza pielęgniarska stanowi podstawę do wyboru interwencji pielęgniarskich, które pozwolą na uzyskanie pozytywnych skutków leczenia [1].

Zespół stopy cukrzycowej stanowi niebezpieczeństwo dla pacjenta, ponieważ może prowadzić do niepełnosprawności, a w skrajnych przypadkach nawet do utraty życia. Dlatego też szczególnie ważnymi elementami są: edukacja oraz jak najszybsze wdrożenie leczenia w celu poprawy stanu zdrowia. Zadaniem pielęgniarki jest uczestniczenie w leczeniu miejscowym, obowiązują ją wtedy zasady według koncepcji TIME. Leczenie owrzodzeń powinno rozpoczynać się od zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych stóp, oczyszczenia łóżyska rany oraz pobrania materiału na posiew bakteriologiczny na zlecenie lekarza. Stosuje się również opatrunki przeciwdrobnoustrojowe, w celu wspierania procesów odnowy. Osiągnięcie pozytywnego efektu leczenia zależy nie tylko od pielęgniarki, ale również od zaangażowania pacjenta w ten proces. Dlatego też niezwykle ważnym aspektem w opiece nad pacjentem z ZSC jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego oraz motywowanie go do aktywnego udziału w procesie leczenia, samokontroli oraz profilaktyki powikłań [20,21,31].

WNIOSKI

1. Na podstawie analizy danych o stanie bio – psycho – społecznym pacjenta z ZSC sformułowano następujące problemy pielęgnacyjne: uporczywy ból prawej stopy promieniujący do II palca, ryzyko zakażenia rany na II palcu prawej stopy, lęk z powodu pogorszenia wzroku na skutek retinopatii, zaniedbanie higieniczne, które wynika z częściowego deficytu samoopieki i braku motywacji pacjenta do dbania o higienę ciała, dyskomfort z powodu ograniczonej sprawności ruchowej spowodowanej ZSC i koniecznością odciążania stopy, sucha skóra na stopach, ryzyko pęknięć skóry w okolicy pięt, lęk przed wystąpieniem innych powikłań cukrzycy, spowolnione gojenie się ran z powodu niewłaściwej diety, przewlekły nikotynizm oraz lęk przed amputacją palca.
2. U chorego objętego obserwacją stwierdzono znaczny deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie pielęgnacji stóp, diety cukrzycowej, zmiany opatrunków, który mógł przyczynić się do powstania martwicy palca prawej stopy, dlatego też należy objąć

pacjenta i jego rodzinę dalszą edukacją na temat zaleceń pielęgnacyjnych stóp w cukrzycy.

3. U pacjenta stwierdzono wysokie czynniki ryzyka amputacji stopy takie jak: nie przestrzeganie zaleceń dietetycznych, brak wiedzy i nie przestrzeganie zaleceń w zakresie pielęgnacji stóp, palenie tytoniu, nie stosowanie specjalistycznego obuwia odciążającego stopę. Czynniki te mogą sprzyjać powstawaniu owrzodzeń prowadzących do amputacji. U pacjenta po raz drugi wystąpiła potrzeba amputacji palca prawej stopy. W przypadku braku zmiany stylu życia, istnieje wysokie ryzyko kolejnych amputacji.
4. Na podstawie zgromadzonych informacji opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej, zaplanowano działania, które umożliwią realizację założonych celów, a także udzielono pacjentowi i jego rodzinie wskazówek do dalszej pielęgnacji w celu poprawy komfortu życia i zminimalizowaniu czynników ryzyka.

PIŚMIENNICTWO

1. Korzon-Burakowska A.: Zespół stopy cukrzycowej - patogeneza i praktyczne aspekty postępowania. *Choroby Serca i Naczyń* 2007; 14 (2): 93-96.
2. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studentów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 14; 261-262.
3. Ducka B. Z., Strojek K.: Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2. *Clinical Diabetology* 2012; 1 (4): 138-145.
4. Sieradzki J., Koblik T.: Zespół stopy cukrzycowej. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009: 8-14, 39-64, 78.
5. Żmijewska E., Kozak- Szkopek E.: Wiedza o cukrzycy u chorych z zespołem stopy cukrzycowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (4): 525-532.
6. Fabian W., Koziarska-Rościszewska M.E.: Cukrzyca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 9: 86-92.
7. Clayton W.: Patofizjologia, klasyfikacja i leczenie owrzodzeń stóp u chorych na cukrzycę. *Clinical Diabetology* 2009; 10 (5): 209-216.
8. Rosiński G.: W trosce o stopę cukrzycową. Wydawnictwo Novo Nordisk, Warszawa 2008; 25, 34-35, 40.

9. Leczenie owrzodzeń stopy cukrzycowej. Szybsze gojenie dzięki zwiększonej kontroli zakażenia i minimalnej maceracji. Wydawnictwo Coloplast, 2014.
10. Nehring P., Mrozikiewicz - Rakowska B., Sobczyk-Kopciol A., Karnafel W.: Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą typu 1. *Clinical Diabetology* 2013; 2 (5):160-164.
11. Karnafel W.: Stopa cukrzycowa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 7-16, 20-29, 35-40.
12. Mrozikiewicz - Rakowska B., Jawień A., Sopata M., et al.: Organizacja opieki nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej. *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia ran. Leczenie Ran* 2015; 12 (3):83-112.
13. Katsilambros N., Dounis E., Makrilakis K., Tentolouris N., Tsapogas P.: Atlas stopy cukrzycowej. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 10-13: 152-205.
14. Czech A.: Postępy w diagnostyce i leczeniu ostrych oraz przewlekłych powikłań cukrzycy. *Przewodnik Lekarski*, 2009; 12 (1): 14.
15. Zalecenia w opiece diabetologicznej Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, konsultatów krajowych w dziedzinach: pielęgniarstwa, pielęgniarstwa diabetologicznego i pielęgniarstwa epidemiologicznego 2017; Procedura 6. Samokontrola i samopielęgnacja stóp. Źródło internetowe: http://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/procedury-2017_prev.pdf **Pobrane:** 14.12.2017
16. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna* 2018; 4 (1): 1-94.
17. Koblik T.: Wczesne wykrywanie stopy cukrzycowej. *Diabetologia Praktyczna* 2008; 9 (1): 48-53.
18. Konarzewska A., Korzon-Burakowska A., Dubaniewicz-Wybieralska M.: Diagnostyka obrazowa w zespole stopy cukrzycowej – jak korzystać z dostępnych metod i jak porozumieć się z radiologiem. *Diabetologia Praktyczna* 2011; 12 (1):18-19.
19. Ducka B. Z., Strojek K.: Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2. *Clinical Diabetology* 2012; 1 (4): 138-145.
20. Robaczewska I., Filanowicz M., Cegła B.: Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu specjalistycznych opatrunków ratujących stopę cukrzycową. *Pielęgniarstwo Polskie* 2014; 1: 41–48.
21. Wilamowska - Pietruszyńska A., Kawczyńska-Butrym Z., et.al.: *MEDI Forum Opieki Długoterminowej. Leczenie ran. Nowoczesne metody leczenia ran przewlekłych.* Wydawnictwo MEDI, Toruń 2011: 8-12, 27.

22. Postępowanie w leczeniu zakażeń w zespole stopy cukrzycowej. *Studia Przypadków Pielęgniarskich*. Inforanek 2013; 1 (19): 10-11.
23. Chadwick P., Edmonds M., McCardle J., Armstrong D.: Wytyczne w zakresie najlepszej praktyki: leczenie ran w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. *Wounds International*, Londyn 2013: 9-13.
24. Mrozikiewicz-Rakowska B., Zdziebko M., Kołodziej Ł., Wojtasik M., Słodkowski M., Czupryniak L.: Jak uniknąć niepotrzebnej amputacji w przebiegu neuroartropatii cukrzycowej? Opis przypadku. *Leczenie Ran* 2016; 13 (3): 91–96.
25. Bartoszewicz M., Junka A., Biofilm Based Wound Care: strategia leczenia ran przewlekłych objętych procesem infekcyjnym wywołanym przez drobnoustroje w formie biofilmowej. *Leczenie Ran* 2012; 9 (1):1-6.
26. Jawień A., Bartoszewicz M., Przondo- Mordarska A., Szewczyk., Kaszuba A., Urbanek T., Staszkiwicz W., Sopata M., Kucharzewski M., Korzon-Burakowska A., Krasowski G., Kozka M., Sikorski J., Junka A.: Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. *Leczenie Ran* 2012; 9 (3):59-75.
27. Koblik T.: Leczenie stopy cukrzycowej — obecny stan wiedzy. *Clinical Diabetology* 2011; 12 (1): 11-14.
28. Koblik T.: Algorytmy leczenia zespołu stopy cukrzycowej. *Clinical Diabetology* 2009; 10 (5): 196-201
29. Koblik T.: Zespół stopy cukrzycowej. Trudno gojące się i przewlekłe rany - istotny problem medyczny. *Clinical Diabetology* 2007; 8 (1): 22-27
30. Margas M., Krakowiecki A.: Niekonwencjonalne metody leczenia miejscowego w zespole stopy cukrzycowej. *Diabetologia Gastroenterologia Otyłość*. Wydawnictwo Nowa Klinika 2011; 18 (1): 38-40.
31. Szewczyk A.(red.): *Pielęgniarstwo Diabetologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 3: 182, 192 – 199.

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH STUDENTÓW UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku

Magda Szajkowska¹, Katarzyna Łagoda²

1. Klinika Endokrynologia, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Styl życia jest zespołem zachowań, działań, podejmowanych czynności mających wartość dla zdrowia. Kształtuje się on już od najmłodszych lat w procesie socjalizacji. Wzajemne oddziaływanie, osobiste wzory zachowań, które są determinowane przez elementy społeczno- kulturowe również kształtują styl życia. Wpływają na niego modyfikowalne i ulegające kontroli czynniki warunkujące zdrowie ludności. Do elementów poprawnego stylu życia zaliczamy między innymi aktywność fizyczną, prawidłowe odżywianie się, unikanie używek. Wszystkie formy działań zdrowotnych możemy nazwać formami ochrony lub poprawy zdrowia. Wiele przeprowadzonych badań, prac naukowych doprowadziło do zwrócenia uwagi, że nieprzestrzeganie zalecanego prozdrowotnego stylu życia stanowi poważne ryzyko chorób cywilizacyjnych. Obecnie owe choroby są nazywane „chorobami z wyboru” [1,2,3]. Do chorób cywilizacyjnych możemy zaliczyć między innymi: nadciśnienie tętnicze, nowotwory, otyłość, anoreksje i bulimie, uzależnienia, depresje, nerwice, chorobę wieńcową, pracołizm [4].

Podstawowym elementem stylu życia są zachowania zdrowotne. Dzielą się one na dwie kategorie: zachowania prozdrowotne czyli działania sprzyjające zdrowiu oraz zachowania antyzdrowotne czyli działania szkodliwe dla zdrowia [5,6].

Styl życia kształtuje się już od najmłodszych lat w procesie socjalizacji. Ma on ogromną wartość dla zdrowia. Przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia wpływa pozytywnie

na poprawę zdrowia oraz na profilaktykę chorób w późniejszych latach życia. Styl życia to zachowania zdrowotne, które dzielimy na zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne to takie, które sprzyjają zdrowiu natomiast antyzdrowotne, które szkodzą zdrowiu. Zachowania negatywne, czyli antyzdrowotne powodują zwiększoną podatność na pojawienie się chorób cywilizacyjnych oraz uzależnień [1,2,6].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza negatywnych i pozytywnych zachowań zdrowotnych wśród studentów, oraz samoocena stanu zdrowia i własnego stylu życia przez ankietowanych studentów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto grupę losowo wybranych 173 studentów obu płci (148 kobiet i 25 mężczyzn) Uniwersytetu Medycznego Białymstoku o kierunkach Pielęgniarstwo, Położnictwo, Elektromedycyna oraz Fizjoterapia.

Materiał do badań zebrano na podstawie kwestionariusza ankiety, skonstruowanego na potrzeby badań oraz na podstawie kwestionariusza IZZ Juczyńskiego.

Badania były prowadzone anonimowo w okresie czerwiec-grudzień 2017r.

Udział studentów w badaniu był dobrowolny, świadomy oraz anonimowy.

Zgodę na prowadzenie badań uzyskano od Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (R-I-002/192/2017).

Autorski kwestionariusz ankiety składa się z trzech części.

Pierwsza część dotyczy danych demograficznych studentów i zawiera pytania zamknięte oraz otwarte.

Na drugą część ankiety składają się pytanie zamknięte, półotwarte i otwarte dotyczące stanu zdrowia i stylu życia studentów.

Ostatnia część to osiem pytań zamkniętych na temat oceny własnego stylu życia i stanu zdrowia.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych służy do oceny zachowań w ciągu ostatniego roku. Badany określa w skali od 1 do 5 częstość korzystania wymienionych zachowań m.in. wystarczająco dużo śpię, ograniczam palenie tytoniu, unikam przepracowania, jem dużo

warzyw i owoców, myślę pozytywnie. Skala 1-5 oznacza : 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3- od czasu do czasu, 4 - często, 5 – prawie zawsze. IZZ zawiera 24 stwierdzenia związane ze zdrowiem. Zebrane punkty zsumowano. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badany za pomocą skali IZZ mieści się w granicach 24-120 punktów, gdzie wyższy wskaźnik oznacza większe ryzyko nasilenia wybranych zachowań. Wyniki przekształca się na standaryzowane normy stenowe: Wyniki niskie : 1-4 sten, Wyniki średnie : 5-6 sten, Wyniki wysokie : 7-10 sten.

Kwestionariusz IZZ zawiera stwierdzenia opisujące zachowania zdrowotne w 4 kategoriach :

1. Prawidłowe nawyki żywieniowe (pytania : 1,5,9,13,17,21)
2. Zachowania profilaktyczne (pytania : 2,6,10,14,18,22)
3. Praktyki zawodowe(pytania : 4,8,12,16,20,24)
4. Pozytywne nastawienie psychiczne (pytania : 3,7,11,15,19,23).

Zebrane wyniki poddano analizie opisowej. Rozkład danych przedstawiono za pomocą tabel i wykresów.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Badania zostały przeprowadzone wśród losowo wybranych 173 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wśród badanych studentów większość stanowiły kobiety (85,6%). Znaczną część badanych stanowili studenci kierunku Pielęgniarstwo (61,27 %) oraz studenci III roku studiów (13,29%).

Największy odsetek badanej grupy stanowili studenci I° (73,89%). Studenci w wieku 20-22 lat byli zdecydowaną większością badanych (86,7%).

Średnia wieku respondentów to 21,7 lat ($\pm 3,8$ lat).

Ankietowani mieszkańcy miast stanowili większość (64,73%), pozostałe 35,26% to mieszkańcy wsi.

Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Dane demograficzne		n	%
Płeć	K	148	85,6
	M	25	14,4
Przedział wieku (lat)	20-22	150	86,7
	23-24	10	5,8
	25 i więcej	13	7,5
Rok studiów	I	10	5,78
	II	13	7,5
	III	23	13,29
Kierunek	Pielęgniarstwo	106	61,27
	Elektrodiagnostyka	15	8,67
	Położnictwo	25	14,45
	Fizjoterapia	26	15,02
Tryb studiów	I stopnia	128	73,98
	II stopnia	45	26,01
Miejsce zamieszkania	Miasto	112	64,73
	Wieś	61	35,26

Określenie stanu zdrowia badanej grupy

W badaniu poproszono ankietowanych studentów o podanie chorób współistniejących. 58,4% respondentów zadeklarowało iż są zdrowi. Natomiast wśród podanych chorób najczęściej występująca była krótkowzroczność (23,1%). Niewielki odsetek respondentów podało choroby tarczycy. Nadczynność tarczycy dotyczy 3,5% badanych studentów, natomiast niedoczynność tarczycy dotyczy 2,3% ankietowanych. Szczegółowe dane na temat chorób współistniejących przedstawia tabela II.

Tabela II. Choroby współistniejące w badanej grupie studentów

Choroby współistniejące	n	%
Nadczynność tarczycy	4	2,3
Niedoczynność tarczycy	6	3,5
Alergia	19	10,9
Astma	5	2,9
Wole guzowate	1	0,6
PCOS	1	0,6
Depresja	1	0,6
Dalekowzroczność	5	2,9
Krótkowzroczność	40	23,1
Choroba Hashimoto	1	0,6
Astygmatyzm	2	1,2
Nadciśnienie tętnicze	1	0,6
Choroba refluksowa przełyku	1	0,6
Jestem zdrowy	101	58,4

Respondenci zostali poproszeni o podanie leków, które przyjmują na stałe. Zdecydowana większość ankietowanych (80,4%) zadeklarowała iż nie przyjmuje żadnych leków na stałe.

Najczęściej przyjmowanym lekiem na stałe są preparaty witamin, które podało 12,7% studentów. Dane dotyczące przyjmowanych leków zawiera Tabela III.

Tabela III. Przyjmowane leki przez studentów

Przyjmowane leki na stałe	n	%
Preparaty witamin	22	12,7
Hormony tarczycy	7	4,0
Leki na alergię	7	4,0
Środki antykoncepcyjne	1	0,6
Nie pamiętam nazwy	4	2,3
Nie przyjmuję leków na stałe	139	80,4

Usunięcie wyrostka robaczkowego stanowiło najczęstszy przebyty zabieg operacyjny wśród ankietowanych (6,9%). Wśród innych zabiegów operacyjnych respondentów podano m.in. cholecystektomię – 2,9%, usunięcie migdałków – 1,1% oraz przepuklinę pachwinową – 1,1%. Jednak zdecydowana część badanej grupy nie miała żadnego zabiegu operacyjnego (86,1%). Dane na ten temat przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Przebyte zabiegi operacyjne

Przebyte zabiegi operacyjne	n	%
Usunięcie migdałków	2	1,1
Usunięcie wyrostka robaczkowego	12	6,9
Cholecystektomia	5	2,9
Operacja nerki	1	0,6
Plastyka więzadła kolana	1	0,6
Torbiel jajnika	1	0,6
Przepuklina pachwinowa	2	1,1
Brak	149	86,1

Zdecydowana większość studentów (94,2%) korzysta z opieki zdrowotnej tylko w razie potrzeby. Natomiast tylko 5,8% osób leczy się z powodu choroby przewlekłej. Ankietowanych studentów zapytano o częstość kontroli jamy ustnej. Ponad 34% respondentów odpowiedziało, że wizytę u stomatologa w celu kontroli uzębienia wykonuje co pół roku. Natomiast raz w roku kontrolę deklaruje 32,36% ankietowanych. Sporadyczne kontrole, tylko w razie bólu dotyczyło 5,78% studentów.

Ocena stylu życia badanej grupy

Ponad połowa (52,6%) ankietowanych studentów spożywa nieregularne posiłki. Natomiast regularność w spożywaniu posiłków deklaruje 45,08% respondentów. Prawie 25% (24,27%) ankietowanych raz w miesiącu spożywa posiłek w restauracjach szybkiej obsługi. Kilka razy w miesiącu z restauracji typu KFC i McDonald korzysta 19,07% respondentów. Największa część badanych studentów deklaruje iż korzysta z wymienionych restauracji kilka razy w roku (39,30%).Większość studentów (73,4%) nie pije w ogóle napojów energetyzujących, natomiast 4% spożywa je codziennie.

Zaledwie 4,7% ankietowanych częściej niż 4 razy w tygodniu podejmowało wysiłek fizyczny trwający około 1h. Dwa – trzy razy w tygodniu aktywność fizyczną uprawiało 37,6%. Natomiast 9,2% badanych studentów zadeklarowało iż nie podejmowało żadnej aktywności fizycznej. Najczęściej wybieranymi formami aktywności fizycznej wśród ankietowanych był spacer (52,6%) oraz jazda na rowerze (41,0%). Dość często ankietowani korzystali z siłowni (23,1%). Rodzaje wysiłku fizycznego preferowanego przez badanych studentów przedstawia Tabela V.

Aż połowa ankietowanych przyznała, że przez 3-5h dziennie korzysta z Internetu. 27,16% grupy badawczej przeznacza na Internet 1-2h w ciągu dnia. Natomiast 16,76% respondentów korzysta z Internetu powyżej 6 h dziennie.

W pytaniu dotyczącym samooceny ankietowanych czy zbyt dużo czasu poświęcają na przeglądanie portali społecznościowych typu Facebook aż 64,2% studentów potwierdziło iż za wiele czasu spędzają przeglądając portale społecznościowe.

Najczęstszą formą spędzania wolnego czasu badanych studentów jest przeglądanie portali społecznościowych (52,6%) oraz oglądanie telewizji (23,7%). Aktywnie wolny czas

spędza ponad 30% ankietowanych. Sposób spędzania wolnego czasu wybieranego przez studentów przedstawia Tabela VI.

Tabela V. Najczęściej podejmowany rodzaj aktywności fizycznej przez studentów

Rodzaj aktywności fizycznej	n	%*
Spacer	91	52,6
Jazda na rowerze	71	41,0
Siłownia	40	23,1
Bieganie	34	19,7
Zajęcia grupowe np. fitness	28	16,2
Pływanie/basen	26	15,0
Jazda na rolkach	4	2,3
Piłka ręczna	1	0,6
Karate	1	0,6
Kravmaga	1	0,6

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź

Tabela VI. Sposób spędzania wolnego czasu deklarowana przez studentów UMB

Sposób spędzania wolnego czasu	n	%*
Przeglądam portale społecznościowe	91	52,6
Spędzam czas aktywnie	55	31,8
Czytam książki	46	26,6
Oglądam TV	41	23,7
Śpię	1	0,6

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź

Respondentów zapytano o przyczyny stresu w życiu codziennym. Zdecydowana większość badanych studentów przyznała iż powodem stresu jest natłok różnych spraw (61,3%) oraz egzaminy i zaliczenia na uczelni (56,6%). Również wysokie wymagania na uczelni (23,1%) są przyczyną stresu ankietowanych. Szczegółowe dane na temat przyczyn stresu w codziennym życiu w opinii ankietowanych studentów przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. Przyczyny stresu w codziennym życiu w opinii ankietowanych studentów

Przyczyny stresu	n	%*
Natłok różnych spraw	106	61,3
Egzaminy i zaliczenia na Uczelni	98	56,6
Wysokie wymagania na Uczelni	40	23,1
Trudności materialne	31	17,9
Problemy uczuciowe	29	16,8
Problemy rodzinne	21	12,1
Konflikty rodzinne	17	9,8
Zły stan zdrowia	9	5,2
Praca zawodowa	4	2,3
Ciągły brak czasu	1	0,6

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź

Problemy ze snem zadeklarowało 23,7% ankietowanych. Natomiast 74 % badanych nie ma kłopotów ze snem. Najbardziej preferowanymi formami odpoczynku wśród studentów jest odpoczynek bierny. Ponad połowa badanych (52,0%) korzystała z Internetu, 35,3% ankietowanych leniuchowała a 34,7% oglądała TV. Szczegółowe dane na temat preferowanych form odpoczynku umieszczono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Preferowane formy odpoczynku przez studentów

Preferowane formy odpoczynku	n	%*
Spotkania ze znajomymi	91	52,6
Korzystanie z Internetu	90	52,0
Słuchanie muzyki	85	49,1
Czytanie książek/ prasy	65	37,6
Piesze wycieczki/jazda na rowerze/siłownia	65	37,6
Leniuchowanie	61	35,3
Oglądanie TV	60	34,7
Gotowanie	46	26,6
Hobby	35	20,2
Zakupy	34	19,7
Czytanie książek/prasy	25	14,5
Spacer z psem	1	0,6

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź

Blisko połowa badanych studentów (49,1%) spożywała alkohol dwa-cztery raz w miesiącu. Raz w miesiącu lub rzadziej spożywanie alkoholu zadeklarowało 39,3% badanych studentów. Natomiast 8% respondentów spożywała alkohol dwa-trzy razy w tygodniu. Tylko 4% ankietowanych nie spożywa alkoholu w ogóle. Alkohol studenci najczęściej spożywali u znajomych w domu (67,0%). Spożywanie napojów alkoholowych w barze zadeklarowało 43,3% badanych, u siebie w domu 36,4% a w klubach i dyskotekach 19,0%. Respondentów zapytano o incydent utraty przytomności po spożyciu alkoholu. 26% studentów przyznało iż straciło przytomność, natomiast zaprzeczyło 74% badanych.

W pytaniu dotyczącym występowaniu nikotynizmu wśród studentów, aż 82,7% badanych zaprzeczyło paleniu papierosów. Ponad 16% ankietowanych potwierdziło iż palili papierosy. Palących tytoń studentów zapytano o ilość wypalanych papierosów w ciągu

jednego dnia. 13,9% ankietowanych wypalało 10 lub mniej papierosów, 11-20 papierosów dotyczyło 1,7% studentów a 21 i więcej wypalanych papierosów zadeklarowało 0,6% badanych.

Jak wykazały badania 8% badanych studentów UMB przynajmniej raz w życiu użyło dopalaczy. Prawie 90% ankietowanych zaprzeczyło używania dopalaczy. Natomiast 2,4% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na ten temat.

Studentów zapytano o powód używania narkotyków lub dopalaczy. Większość badanych (48,6%) odpowiedziała iż powodem sięgania po dopalacze czy narkotyki jest chęć poznania czegoś nowego. Ponad 40% badanych uważała, że dopalacze czy narkotyki były zażywane dla „szpanu”, blisko 31% dla rozluźnienia a 13,9% badanych zadeklarowało iż studenci sięgają po dopalacze z nudów.

Większość ankietowanych studentów (61,3%) uważała iż narkotyki nie są dość powszechnym problemem wśród młodzieży akademickiej. Natomiast 33,5% badanych potwierdziła istnienie tego problemu wśród młodzieży akademickiej. Tylko 4,6% studentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Ocena własnego stylu życia i stanu zdrowia przez badaną grupę

Badanych poproszono o ocenę własnego stylu życia, stanu zdrowia, sposobu odżywiania, aktywności fizycznej oraz o ocenę narażenia na stres w sytuacjach codziennych. Blisko 77% ankietowanych oceniła swój styl życia jako przeciętny, bardzo dobry zadeklarowało 16,2% a zły 6,4% badanych. Na bardzo dobry stan zdrowia deklarowało 43,9%, przeciętny blisko 55% a zły 1,2% studentów. Oceniając własny sposób odżywiania 65,3% badanych odpowiedziała, że jest on przeciętny, bardzo dobry (20,2%) natomiast zły prawie 14% . Niezadowolenie z własnej aktywności fizycznej zgłosiło 24,3% respondentów, natomiast zadowolenie 19,0%. Pozostałe 56% ankietowanych oceniła swoją aktywność fizyczną jako przeciętną. Przeciętne narażenie na stres zadeklarowało 42,2% badanych studentów, bardzo duże (9,8%) natomiast niskie 41,6% . Powyższe dane umieszczono w Tabeli XI.

Studenci dokonali subiektywnej oceny sposobu radzenia ze stresem. Zdecydowana większość (n=124, 71,7%) uważa, że radzi sobie ze stresem przeciętnie, 15,5% (n=27) uważa że bardzo dobrze, natomiast 12,1% (n=21) przyznała że radzi sobie źle. Najwięcej ankietowanych (41,0%) uważała, że rodzina ma determinujący wpływ na zachowania

zdrowotne i styl życia. Ponad 33% badanych odpowiedziało, że wpływ mają znajomi natomiast 28,3% uważała iż wpływ ma partner. Ponad 20 % studentów udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. Szczegółowe dane na ten temat zawarto w Tabeli X.

Tabela IX. Subiektywna ocena własnego stylu życia i stanu zdrowia

Oceniana kategoria	Ocena			Brak odpowiedzi n(%)
	Bardzo dobry	Przeciętny	Zły	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Styl życia	28 (16,2)	133 (76,9)	11 (6,4)	2 (1,2)
Stan zdrowia	76 (43,9)	94 (54,3)	2 (1,2)	1 (0,6)
Sposób odżywiania	35 (20,2)	113 (65,3)	24 (13,9)	1 (0,6)
Aktywność fizyczna	33 (19,0)	97 (56,0)	42 (24,3)	1 (0,6)
Narażenie na stres w sytuacjach codziennych	17 (9,8)	73 (42,2)	72 (41,6)	3 (1,7)

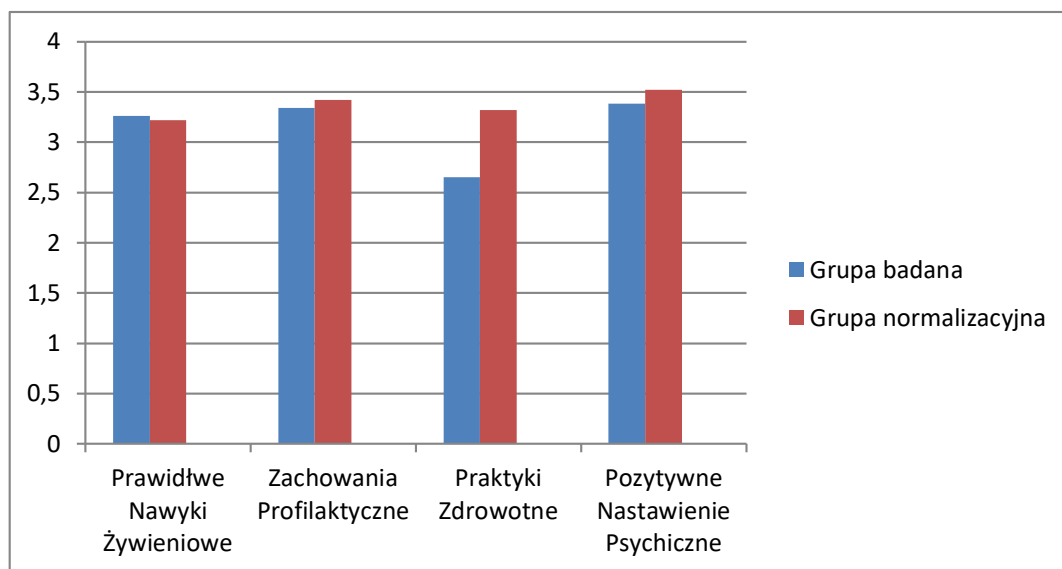
Tabela X. Czynniki wpływające na zachowania zdrowotne i styl życia studentów

Czynniki	n	%*
Rodzina	71	41,0
Partner	49	28,3
Znajomi	58	33,5
Media i panujące trendy	23	13,3
Przekonania	1	0,6
Zła organizacja czasu	1	0,6
Nie wiem	35	20,2

*Procenty nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielili więcej niż jedną odpowiedź

Studentów UMB spytano co ich zdaniem korzystnie wpływa na zdrowie i dobre samopoczucie. Największa część ankietowanych (81,5%) odpowiedziała iż jest to aktywność fizyczna, blisko 70% uważała, że odpoczynek i sen korzystnie wpływa na zdrowie. Nieco mniej (63,0%) respondentów stwierdziła, że zdrowa żywność pozytywnie działa na zdrowie i dobre samopoczucie. Studenci wymienili również : brak nałogów (52,6%) , eliminacja stresu (45,0%) oraz czyste środowisko (28,3%). Według ankietowanych również czynniki genetyczne (18,5%) mają korzystny wpływ na zdrowie.

Ocena zachowań zdrowotnych studentów według Inwentarza Zachowań Zdrowotnych



Rycina 1. Wyniki poszczególnych zachowań zdrowotnych studentów UMB oraz grupy normalizacyjnej

Wynik kwestionariusza dla całej badanej grupy studentów wyniósł 8,44 sten, co oznacza wynik wysoki. W badanej grupie wyniki poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych przedstawiają się następująco :

- ✓ **Prawidłowe Nawyki Żywieniowe:** średnia z punktów uzyskana w pytaniach kwestionariusza – 3,26. Wyniki grupy normalizacyjnej wynoszą 3,22.
- ✓ **Zachowania Profilaktyczne:** średnia z punktów uzyskana w pytaniach kwestionariusza – 3,34. Wyniki grupy normalizacyjnej wynoszą 3,42.

- ✓ **Praktyki Zawodowe:** średnia z punktów uzyskana w pytaniach kwestionariusza – 2,65. Wyniki grupy normalizacyjnej wynoszą 3,32.
- ✓ **Pozytywne Nastawienie Psychiczne:** średnia z punktów uzyskana w kwestionariuszu : 3,38. Wyniki grupy normalizacyjnej wynoszą 3,52.

Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 1.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Działania wpływające na zdrowie kształtują się zwłaszcza w drugiej dekadzie życia. Tworzą się podczas interakcji społecznych w wyniku przekazywania informacji przez rodzinę, szkołę, media oraz służby medyczne. Najbardziej przełomowe lata życia w procesie kształcenia zachowań to 20 i 21 rok życia. Wiek ten przypada na start nauki w szkołach wyższych. Owe lata są trudne bowiem młody człowiek staje przed ważnymi wyborami, pierwszą pracą, zwiększoną ilością nauki i często też oddaleniem od domu rodzinnego. Stąd też często młodzi ludzie zaniedbują zdrowy styl życia. Wiek ten jest predysponujący do prowadzenia działań antyzdrowotnych [7].

Zachowania prozdrowotne są bodźcem warunkującym utwierdzenie i wzmacnianie zdrowia. Są to świadome czynności podejmowane aby zwiększyć efektywność zdrowia oraz wyeliminować postawy zagrażające. Główne grupy zachowań prozdrowotnych to:

- dbanie o zdrowie fizyczne (troszczyć się o ciało, sen, zalecane odżywianie),
- dbanie o zdrowie psychospołeczne (unikanie obciążeń psychicznych),
- czynności prewencyjne (samokontrola zdrowia),
- unikanie czynności ryzykownych (palenia papierosów, nadużywania leków i alkoholu) [8,9].

Zachowania antyzdrowotne powodują zwiększoną podatność na pojawienie się chorób cywilizacyjnych oraz uzależnień. Eliminacja palenia papierosów oraz nadużywania alkoholu stała się nadrzędną sprawą w ochronie zdrowia w Polsce. Jest to jedno z zaleceń WHO i NPZ [10].

Koncepcje wyjaśniające zachowania zdrowotne można podzielić na dwie główne teorie: **teoria społecznego uczenia się oraz teoria atrybucji**. Teoria społecznego uczenia się zależy od mechanizmów warunkowania, modelowania i samokontroli. Natomiast teoria atrybucji odwołuje się do zmiennych poznawczych, do których zaliczamy poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie własnej skuteczności. Teoria społecznego uczenia się

mówi iż rodzina jest głównym źródłem wpływu psychospołecznego. Rodzice dostarczają modeli działań zdrowotnych a także wzmocnienie owych działań z ich strony może skutkować na podejmowanie konkretnych działań przez młodych ludzi. Najbliższe osoby dostarczają wskazówek związanych z wyborem działań zdrowotnych, wprowadzają normy związane ze zdrowiem np. zakaz palenia papierosów czy palenia tytoniu [11].

Zachowania prozdrowotne są bodźcem warunkującym utwierdzenie i wzmacnianie zdrowia. Są to świadome czynności podejmowane aby zwiększyć efektywność zdrowia oraz wyeliminować postawy zagrażające. Główne grupy zachowań prozdrowotnych to:

- dbanie o zdrowie fizyczne (troszczyć się o ciało, sen, zalecane odżywianie)
- dbanie o zdrowie psychospołeczne (unikanie obciążeń psychicznych)
- czynności prewencyjne (samokontrola zdrowia)
- unikanie czynności ryzykownych (palenia papierosów, nadużywania leków i alkoholu) [8,9].

Zachowania antyzdrowotne powodują zwiększoną podatność na pojawienie się chorób cywilizacyjnych oraz uzależnień [10].

Celem podjętych badań było określenie pozytywnych i negatywnych zachowań zdrowotnych studentów oraz analiza oceny stanu zdrowia i własnego stylu życia przez ankietowanych. Badanie przeprowadzono w grupie 173 losowo wybranych studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Wysiłek fizyczny jest jednym z najważniejszych determinantów mających znaczenie na prawidłowy rozwój młodzieży a w dorosłym życiu wpływającym na stan zdrowia i poziom życia. Niska aktywność fizyczna lub jej brak jest czynnikiem dużego ryzyka wystąpienia chorób metabolicznych [12,13].

Aktywność fizyczna wpływa na korzystne zmiany w zakresie układu krążenia, zwiększa poziom przemiany materii oraz obniża poziom cholesterolu ogólnego i trójglicerydów. Obniża wartość ciśnienia tętniczego, wpływa na poprawę tolerancji glukozy oraz dobrze wpływa na procesy zapalne i stężenie hormonów płciowych. Pozytywny wpływ regularnej aktywności przejawia się także w poprawie zdrowia psychicznego i w prawidłowym utrzymaniu narządu ruchu [14,15]. Wysiłek fizyczny przede wszystkim minimalizuje ryzyko wystąpienia otyłości. Obecnie postęp cywilizacji tworzy masę konkurencji aktywności fizycznej, między innymi komputery, Internet, telewizja [16]. Pozytywny wpływ aktywności fizycznej zaobserwowano także w zaburzeniach psychicznych i neurologicznych. Do tych zaburzeń zaliczamy: zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne,

zaburzenia snu, zespół chronicznego zmęczenia a także choroba Parkinsona i Alzheimera [17].

Udowodniono również, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób nowotworowych. Głównie chodzi o raka piersi, raka błony śluzowej macicy oraz raka jelita grubego. W sytuacji nowotworu piersi i jelita grubego wysiłek fizyczny zmniejsza ryzyko powrotu choroby oraz przedłuża przeżycie [18].

Zalecenia American Collage of Sport Medicine oraz WHO dotyczące aktywności fizycznej osób zdrowych, dorosłych w wieku 18-65 lat :

- umiarkowany wysiłek fizyczny przez min.30minut, 5 dni w tygodniu lub
- bardzo intensywny wysiłek fizyczny przez min.30 minut, 3 dni w tygodniu [19].

Zarzeczna-Baran i wsp. podkreślają, iż za około 60% potencjału zdrowia ludzi odpowiada styl życia. Umieszczone są w nim modyfikowalne czynniki warunkujące zdrowie jednostek. Wybór odpowiedniego stylu życia dokonuje się wtedy gdy jednostka posiada odpowiednią i adekwatną wiedzę na jego temat. Jednym z filarów dobrego potencjału zdrowia jest aktywność fizyczna. W badaniach *Zarzecznej-Baran i wsp.* ponad 80% badanych studentów gdańskiej akademii medycznej uczestniczy w jakichkolwiek formach aktywności fizycznej. Najczęstszą formą aktywności fizycznej podejmowaną przez badanych było pływanie (31,92%) oraz jazda na rowerze (28,07%)[20]. Natomiast w badaniach *Bogdan i wsp.* stwierdzono bardzo niską aktywność fizyczną (ok.30%)deklarowaną przez studentów Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego w różnych formach wysiłku fizycznego[21].

Regularne ćwiczenia są nie tylko cennym elementem w utrzymaniu prawidłowej masy ciała czy też leczeniu otyłości ale także przyczyniają się do zmniejszenia ryzyka pojawienia się chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy. Z badań Sochackiej i wsp. wynika, iż tylko 43% badanych studentów regularnie podejmuje aktywność fizyczną, a najbardziej popularną formą aktywności jest jazda na rowerze (40,05%)[14].Badania własne wykazały, że aktywność fizyczną dwa-trzy razy w tygodniu, trwającą dłużej niż 1h podejmuje 37,6% studentów. Żadnej formy aktywności fizycznej nie podejmuje 9,2% studentów UMB. Najczęściej wybieraną formą wysiłku fizycznego przez studentów był spacer (52,6%) oraz jazda na rowerze (41,0%).

Postawy żywieniowe podobnie jak pozostałe zachowania zdrowotne są determinowane przez czynniki środowiskowe, kulturowe jak również przez nabytą wiedzę na temat żywienia. Główną rolę w sposobie żywienia odgrywają nawyki żywieniowe rodziny,

zachęcające reklamy artykułów spożywczych oraz obecnie panująca moda żywieniowa [22,23].

Wskazania dietetyczne osobom zdrowym opracowane przez Institute of Medicine of the National Academies deklarują : 40-65% spożytych dziennie kalorii powinno pochodzić z węglowodanów, 20-35% z tłuszczów a 10-35% z białek. Ograniczenie wchłaniania innych składników diety powoduje nadmierne spożycie cukrów, które jest szczególnie niewskazane. Nasycone tłuszcze, cholesterol oraz kwasy tłuszczowe typu trans powinny być ograniczane w diecie do minimum. Dobroczynną rolę w strukturze tłuszczów odgrywają kwasy tłuszczowe wielonienasycone, do których zaliczamy omega-3 i omega-6 [17].

Najczęstsze popełniane błędy żywieniowe to: monotonia żywienia i brak urozmaicenia, nadmierne spożycie cukru, mięsa, napojów gazowanych oraz artykułów żywieniowych typu Fast food, mała ilość spożywanych owoców i warzyw, ryb, mleka oraz produktów pełnoziarnistych [24,25].

Pozytywne przykłady wpływu diety można mnożyć. Wśród dobroczynnego wpływu diety jest spożycie produktów bogatych w wapń oraz witaminę D i K , które pozytywnie wpływają na profilaktykę i leczenie osteoporozy. Również spożycie warzyw, owoców czy produktów sojowych zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi. Sposób odżywiania ma ogromny wpływ na zdrowie. Nieprawidłowe odżywianie bardzo często prowadzi do niedożywienia jakościowego oraz nadwagi i otyłości. Nadmiar tkanki tłuszczowej w młodym wieku prowadzi do wielu konsekwencji zdrowotnych. Zwiększa się ilość wystąpienia chorób metabolicznych, endokrynologicznych czy psychologicznych. Rośnie również ryzyko wystąpienia problemów sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego czy też nowotworów [17, 26,27].

Spożywanie regularnie posiłków oraz wybór zdrowej żywności ma istotny wpływ na stan zdrowia młodzieży. Podjadanie między posiłkami stało się obecnie dużym problemem, który ma negatywny wpływ na funkcjonowanie organizmu. Badania *Gajdy i Jeżewskiej-Zychowicz* wskazują na istnienie poważnych problemów żywieniowych u młodzieży. Z jej badań wynika, iż ponad połowa badanych (54,5%) spożywała 4-5 posiłków dziennie. Najczęściej kupowanymi produktami przez młodzież były napoje (71,9%) oraz słodkie (42,7%) [21].

W badaniach *Zalewskiej-Puchały J. i wsp.* stwierdzono, iż najczęściej badani spożywają 4 posiłki dziennie (48%). U ponad połowy studentów (51%) zaobserwowano nieracjonalne odżywianie. Głównie błędy dotyczyły nadmiernego spożywania mięsa

czerwonego, unikania konsumpcji kasz, ryżu, warzyw i owoców. Natomiast 54% ankietowanych przyznało się do podjadania między posiłkami a wśród przekąsek głównie dominowały chipsy i słodczyce [28]. Badanie *Kurzak M i wsp.* ukazują, iż prawie wszyscy ankietowani spożywają przekąski. Około połowa badanych podjada słodczyce, drożdżówki lub kanapki, 40% osób deklaruje spożywanie owoców między posiłkami, a co dziesiąty badany podjada chipsy oraz Fast-foody [29]. Badania własne wykazały, że ponad połowa (52,6%) ankietowanych studentów UMB nie spożywa regularnie posiłków. Natomiast 19,07% badanych kilka razy w miesiącu korzysta z restauracji typu KFC, McDonald.

Uzależnienie jest przewlekłą chorobą układu nagrody oraz pamięci i powiązanych z nimi części mózgu. Zaburzenia te powodują zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne, które prowadzą do antyzdrowotnego przymusu przyjęcia nagrody. Otrzymanie jej skutkuje ulgą lub specyficznym zachowaniem. Typowe zachowania nałogowe to nikotynizm, nadużywanie alkoholu, lekomania. Obserwuje się w ostatnich latach tendencję wzrostową wymienionych zachowań, co oznacza że wzrasta zainteresowanie używkami [30].

Palenie nikotyny i spożywanie napojów alkoholowych – są to najbardziej rozpowszechnione używki w populacji. Wpływają one pośrednio lub bezpośrednio na stan zdrowia. Wśród alkoholi najbardziej popularnością cieszy się piwo. Podatność osobnicza jest jedną z przyczyn sięgania po alkohol czy papierosy. Nadużywanie alkoholu oraz palenie nikotyny zwiększają ryzyko wystąpienie chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego i nowotworów [17].

Badania *Smoleń E. i wsp.* ukazują, iż 13,4% ankietowanych to osoby regularnie palący a prawie 65% badanych to osoby, które nigdy nie paliły. W badaniach tych również zaobserwowano, że 63,7% respondentów spożywało okazjonalnie alkohol. Regularne spożywanie alkoholu dotyczyło 7,7% badanych studentów (2,5% ankietowanych spożywało alkohol 1-2 razy w tygodniu a 4,1% ankietowanych 3-4 razy w tygodniu). Najczęściej studenci sięgali po piwo i wódkę [10].

W badaniach *Szczerbińskiego R. i wsp.* podkreślono duże rozpowszechnienie picia alkoholu i palenia wyrobów tytoniowych wśród studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki. Z jego badań wynika, iż 58,82% studentów i 41,67% studentek codziennie paliło papierosy. Wykazano również, że 100% badanych studentów i 95% studentek przeszło inicjację spożycia alkoholu. Najczęściej badani spożywali alkohol raz w miesiącu (57,89% studentów i 38,89% studentek) a preferowanym alkoholem była wódka [31]. Badania własne wykazały, iż blisko połowa (49,1%) badanych studentów spożywało

alkohol dwa-cztery razy w miesiącu. Do spożycia napojów alkoholowych dwa- trzy razy w tygodniu przyznało się 8% ankietowanych. Utratę przytomności wywołaną nadmiernym spożyciem alkoholu zadeklarowało 26% studentów. Wśród badanych osób 16,7% paliło papierosy. Badania *Ślusarskiej B. i wsp.* na studentach medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wykazały, iż 21,15% badanych paliło papierosy, incydent palenia w przeszłości dotyczył 10,58% a 68,27% studentów nigdy nie paliło wyrobów tytoniowych [32]. Według *Skop-Lewandowskiej A.* nikotynizm jest powodem szkód wielonarządowych organizmu. Zwiększa on o 25-40% ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia oraz o 30-40% z powodu nowotworów. Palenie tytoniu również w 70% jest przyczyną zgonów na nienowotworowe choroby układu oddechowego [33].

W grupie uzależnień znajduje się również narkomania. Jest dość często spotykanym zjawiskiem społecznym i uzależnieniem, które najczęściej dotyczy ludzi młodych. Głównym powodem sięgania po substancje narkotyczne jest środowisko rówieśnicze, które najczęściej wywołuje presję i namawia do zażywania narkotyków. Narkomania wynika z zażywania leków lub innych środków odurzających poprzez dłuższy lub krótszy czas. Stan odurzenia może być spowodowany przez autentyczne narkotyki oraz poprzez leki, które mają zbliżone działania do rzeczywistych narkotyków (leki nasenne, uspokajające). Nałogowe zażywanie takich leków określa się lekomanią. Ciężkie stadium narkomanii jest już zaawansowaną chorobą wyniszczającą organizm, najczęściej prowadzącą do śmierci. Śmiertelność u osób uzależnionych od narkotyków jest bardzo wysoka. Główną przyczyną śmierci jest przedawkowanie [35]. Wyróżnia się wiele rodzajów narkotyków. Według WHO dzielimy je na: opiaty np. heroina, morfina; psychostymulanty np. amfetamina, metamfetamina; kokaina; marihuana i haszysz; halucynogeny np. DMT; psychodeliki, np. LSD-25; środki lotne – kleje; leki uspokajające i barbiturany; nikotyna; alkohol i steroidy. Najbardziej popularne narkotyki to opiaty, marihuana oraz psychostymulanty.

Według badań CBOS z 2011r, na temat narkomanii 7% ankietowanych przynajmniej raz w życiu zażyła narkotyku lub środka odurzającego. Najliczniejszą grupę, która zadeklarowała co najmniej jednorazowe zażycie środka narkotycznego to osoby w wieku 18-24 lata (14%) oraz 25-34 lata (16%). Trzeba również pamiętać, że po substancje psychoaktywne sięgają również dzieci poniżej 18 roku życia [34]. W badaniach *Puchały Zalewskiej J. i wsp.* wykazano, iż 1% studentów zażywało narkotyki lub steroidy poprawiające sylwetkę. Do incydentów zażywania steroidów w przeszłości przyznało się 3% badanych [28]. W swoich badaniach *Łaszek M. i wsp.* wykazali, iż co trzeci badany student

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zażył środki pobudzające. Ponadto aż 80% badanych studentek oraz 50% studentów przyznało się do sięgania po środki halucynogenne [35]. W badaniach własnych stwierdzono, iż po dopalacze sięgało 8% ankietowanych studentów. Głównym powodem sięgania po substancje psychoaktywne według studentów jest chęć poznania czegoś nowego. Według 33,5% badanych problem narkotyków jest dość powszechny wśród młodzieży akademickiej.

Współczesny świat daje wiele dobrodziejstw oraz możliwości, które zarazem stają się niebezpieczeństwem dla zdrowia. Zaliczyć tutaj możemy Internet, który w ostatnich latach rozwinął się w ogromnych ilościach zarówno pod względem liczby korzystających jak również liczby usług przez niego oferowanych. Internet zaliczany jest do wyjątkowo groźnych i uzależniających mediów. Uzależnienie od Internetu staje się coraz większym kłopotem społecznym, który dotyka coraz więcej osób, w tym młodzież. Uzależnieni od Internetu nie zdają sobie sprawy z wynikającego zagrożenia. Objawami uzależnienia od Internetu są: coraz większa potrzeba korzystania z Internetu przez coraz dłuższy czas, poświęcanie czasu na czynności związane z Internetem, ograniczenie lub nawet rezygnacja z czynności społecznych (czynności rodzinne, zawodowe). Najbardziej uzależniające są różne formy komunikacji, czyli rozmowy w czasie teraźniejszym, włącznie z czatem. Skutki uzależnienia są bardzo szkodliwe. Człowiek uzależniony od Internetu izoluje się, unika kontaktu z ludźmi w realnym świecie, ucieka od problemów i obowiązków życia codziennego. Skutki uzależniania możemy podzielić na skutki psychologiczne i skutki społeczne [36]. Do skutków psychologicznych należą między innymi: depresja, zanik więzi emocjonalnych, unikanie kontaktów społecznych, brak zainteresowań oraz brak komunikacji niewerbalnej. Natomiast do negatywnych następstw społecznych należą: zaniedbywanie obowiązków, problemy finansowe, brak troski o własne zdrowie, utrata zainteresowań społecznych.

Rozwój technologii spowodował, że cyfryzacja stała się narzędziem użytku codziennego. Przykładem jest telefonia komórkowa, której gigantyczny rozwój możemy zaobserwować. Ogromny dostęp do telefonii wpływa na rozwój pozytywnych aktywności oraz na rodzaje komunikacji dnia codziennego. Niestety oprócz pozytywnych skutków rozwoju telefonii komórkowej obserwuje się wiele zachowań patologicznych oraz nowych problemów społecznych wśród młodzieży. Jednym z niebezpieczeństw jakie niesie telefonia komórkowa jest uzależnienie od tego urządzenia, które nazywane jest fonoholizmem. Głównym objawem fonoholizmu jest niekontrolowana potrzeba korzystania z telefonu oraz

zachowania związane z jego używaniem. O uzależnieniu od telefonu mówimy w sytuacji kiedy korzystanie z niego uniemożliwia lub przeszkadza w funkcjonowaniu codziennym oraz kiedy powoduje skutki psychologiczne, społeczne i fizyczne. Konsekwencje fonoholizmu są dość zbliżone do skutków uzależnienia od Internetu. Zaliczyć tutaj można: rozkojarzenie, negatywne uczucia w sytuacji pozbawienia telefonu, obniżony nastrój, agresja, przemęczenie.

Sen jest czasem wypoczynku, wzrostu i regeneracji organizmu i tkanek. Fizjologiczny sen powoduje powrót witalności fizycznej oraz maksimum zdolności poznawczych. Na sen poświęcamy aż 1/3 część życia. Najczęstszym zaburzeniem snu jest bezsenność. Objawia się ona jako trudność w zasypianiu, w podtrzymaniu snu oraz bardzo wczesnym budzeniu się. Bezsenność pogarsza jakość życia oraz znacznie komplikuje funkcjonowanie życia społecznego i zawodowego. Prawidłowy, zdrowy sen w dużej mierze zależy od stosowania prawidłowej higieny snu. Istotne jest aby propagować zdrowy sen i jego prawidłowe zasady już w grupie młodych osób bowiem problemy ze snem pogłębiają się z wiekiem.

Oprócz bezsenności wyróżniamy zaburzenia snu endogenne i egzogenne. Głównym objawem zaburzeń endogennych jest występowanie snu w godzinach, które są zgodne z zegarem biologicznym pacjenta ale są niepożądane i nieakceptowane w społeczeństwie. Zaburzenia egzogenne występują niezależnie od naszej woli, sen nie jest zgodny z rytmem biologicznym, jest wymuszony przez strefy czasowe lub godziny pracy [37].

Najczęstszym zaburzeniem rytmu okołodobowego jest zaburzenie z opóźnioną fazą snu i czuwania. Szacuje się, że występuje u 7-16% osób młodych. Głównymi objawami zaburzenia z opóźnioną fazą snu i czuwania jest: wyraźnie opóźnione zasypianie a w konsekwencji budzenie o ponad 2 godziny w stosunku do społecznie akceptowanych godzin snu. Osoby z tym zaburzeniem zgłaszają brak senności wieczorem, problem z porannym wstawaniem oraz uczucie zmęczenia w ciągu dnia. Problemy te głównie nasilają się w okresie jesienno-zimowym. Zaburzenie z opóźnioną fazą snu i czuwania ujawnia się najczęściej ok. 18-20r. życia i nieleczona może utrzymywać się do końca życia [37].

Niedobry snu prowadzi do wielu negatywnych skutków. Jednym z nich są wahania nastroju. Osoba staje się bardziej podatna do odczuwania smutku, zmęczenia. Zły sen wpływa także na brak motywacji oraz na wystąpienie trudności w rozwiązywaniu zadań wymagających planowania i przewidywania, co jest spowodowane pogorszeniem funkcji neurologicznych. Brak snu wpływa także na zaburzenia widzenia. Początkowo pojawiają się błędy w oszacowaniu odległości czy głębokości, a po dłuższej bezsenności mogą pojawić się

halucynacje. Niedobór snu wpływa na utrudnione oddychanie bowiem prowadzi do niewielkiego zmniejszenia maksymalnej objętości wdychanego powietrza. Wrażliwość na brak snu wykazuje także metabolizm glukozy. Przy niedoborze snu potrzeba więcej czasu niż zazwyczaj aby wyrównać poziom glukozy we krwi po posiłku. Także zdolność do produkcji insuliny zmniejsza się prawie o 1/3, co może prowadzić to wystąpienia cukrzycy. Rola snu w utrzymaniu zdrowia psychicznego jak i fizycznego jest oczywista [37].

Błońska K.B i wsp. podkreślają jak ważnym elementem w prozdrowotnym stylu życia jest sen. Prowadzone przez nią badania wykazały, iż 48% studentów warszawskich uczelni wyższych miało problemy z zasypianiem. Aż 58% badanych budziło się w nocy, 53% miało problem z ponownym zaśnięciem. Według jej badań 67% studentów przesypiało 5-7,5h w ciągu doby [38]. Badania *Kurzak M. i Pawelec K.* wykazały, iż większość badanych przesypiało do 7h dziennie. Zaniepokojenie autorów budziło to, iż 22,3% ankietowanych kładło się spać po północy [29]. W badaniach własnych stwierdzono, iż 23,7% badanych studentów UMB miało problemy ze snem.

Stres jest nieodłącznym elementem życia człowieka, szczególnie w okresie nauki akademickiej. Według badań *Szczyrby-Maróń B.* najbardziej stresujące sytuacje w życiu studenta to: kolokwia, nadmiar nauki oraz problemy zdrowotne w rodzinie. Badania wykazały również, iż myślenie życzeniowe było najbardziej popularnym sposobem radzenia sobie ze stresem [39].

Badania własne wykazały, iż główną przyczyną stresu studentów UMB jest natłok różnych spraw (61,3%), egzaminy i zaliczenia na uczelni (56,6%) oraz wysokie wymagania na uczelni (23,1%). W większości (57,2%) stres działał jeszcze bardziej denerwująco a dla 23,1% badanych sytuacje stresowe zniechęcały do dalszego działania. *Maria M.* w swojej pracy zbadała częstość wykonywania czynności higienicznych dnia codziennego. 78% badanych studentów szczecińskich uczelni dbała o codzienną higienę jamy ustnej. Jako bardzo dobry własny stan zdrowia określiło 40% respondentów [40].

Edukacja zdrowotna, wdrażanie programów edukacyjnych jest istotnym elementem propagowania zdrowego stylu życia. Ważne jest aby kształtować prawidłowe zachowania już w młodości. Warunkuje to prawidłowy rozwój człowieka oraz pomaga w zachowaniu dobrego stanu psychofizycznego aż do starości. Istnieje wiele możliwości zdobycia wiedzy o zdrowiu i jego poprawie. Dostępne są programy profilaktyczne np. dotyczących jedzenia warzyw i owoców, picia wody i inicjatywy prewencyjne np. badania przesiewowe, szczepienia. Przykładem działań profilaktycznych w szkołach są programy zapobiegania

palenia wyrobów tytoniowych, program profilaktyczny „Noe”, który dotyczy problemu uzależnienia i życia w rodzinie alkoholowej, program profilaktyczny „Drugi elementarz, czyli program siedmiu kroków” skierowany do młodzieży, rodziców oraz nauczycieli dotyczący profilaktyki uzależnień. Jednym z głównych warunków skutecznej edukacji zdrowotnej są rodzice i osoby znaczące w oddziaływaniu na młodzież. Edukacja zdrowotna powinna bazować na kształtowaniu umiejętności, budowaniu prawidłowych, zdrowych postaw. Zwiększa to szansę na podejmowanie działań prozdrowotnych przez młodych [28].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych wyników stwierdzono następujące wnioski:

- 1) Badana grupa studentów częściowo prezentuje zachowania szkodliwe zdrowiu. Głównie niski poziom aktywności fizycznej oraz nieregularne spożywanie posiłków.
- 2) Zaobserwowano dość poważny problem wśród studentów UMB, którym jest nadmierne korzystanie z Internetu, szczególnie poświęcając czas na przeglądanie portali społecznościowych.
- 3) Zaleca się konieczność wdrażania programów profilaktycznych i edukacyjnych w celu zwiększenia poziomu wiedzy na temat zachowań zdrowotnych oraz w celu motywacji do zmiany stylu życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ponczek D, Olszowy I: Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 2: 260-268.
2. Zięba-Kołodziej B: Na marginesie zdrowia czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. Nowiny Lekarskie, 2012, 4: 330- 336.
3. Romanowska-Tołłoczko: Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. Hygeia Public Health, 2011, 1: 89-93.
4. Huber L: Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 2: 268-275.

5. Ślusarska B, Kulik B.T, Piasecka H, Pacian A: Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 1: 19-26.
6. Palacz J: Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 3: 301-306.
7. Kropornicka B, Baczewska B, Dragan W, Krzyżanowska E, Olszak C, Szymczuk E: Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*, 2015, 2: 58-64.
8. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T: Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 3:509-513.
9. Wojtyła A, Biliński P, Bojar I: Zachowania zdrowotne nastolatków w Polsce w opinii młodzieży i ich rodziców. *Problemy higieny i Epidemiologii*, 2011, 2:327-334.
10. Smoleń E, Cipora E, Penar-Zadarko B, Gazdowicz L: Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2012,4:474-484.
11. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N: Kształtowanie i zmiana zachowań zdrowotnych [w:] *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Wydawnictwo Difin SA, Warszawa, 2011, 45-59.
12. Chabros E, Charzewska J, Rogalska-Niedźwiedz M, Wajszczyk B, Chwojnowska Z, Fabiszewska J: Mała aktywność fizyczna młodzieży w wieku pokwitania sprzyja rozwojowi otyłości. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 1: 58-61.
13. Witana K, Szpak A: Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne aktywności fizycznej młodzieży szkół średnich w Białymstoku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2009,1:42-46.
14. Sochocka L, Wojtyłko A: Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych. *Medycyna Środowiskowa*, 2013,2:53-58.
15. Makowiec-Dąbrowska T: Wpływ aktywności fizycznej w pracy i w życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 3:130-138.
16. Marcysiak M, Ciosek A, Żywica M, Prządek E, Banasiewicz D, Marcysiak M, Zagroba M, Ostrowska B, Skotnicka-Klonowicz G: Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna

uczniów klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 3: 216-222.

17. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N: Problematyka zachowań związanych ze zdrowiem [w] *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Wydawnictwo Difin SA, Warszawa, 2011, 11-38.
18. Litwiniuk M, Kara I: Aktywność fizyczna a nowotwory. *OncoReview*, 2012, 4:228-233.
19. Siwiński W, Rasińska R: Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 2: 181-188.
20. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E: Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2007, 1: 55-59.
21. Gajda R, Jeżewska-Zychowicz M: Zachowania żywieniowe młodzieży mieszkającej w województwie świętokrzyskim – wybrane aspekty. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 4: 611-617.
22. Roszko-Kirpsza I, Olejnik J.B, Zalewska M, Marcinkiewicz S, Maciorkowska E: Wybrane nawyki żywieniowe, a stan odżywienia dzieci i młodzieży regionu Podlasia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 4:799-805.
23. Gronowska-Senger A: Żywność, styl życia a zdrowie Polaków. *Żywność Człowieka i Metabolizm*, 2007, 34: 12-21.
24. Wanat G, Grochowska-Niedworok E, Kardas M, Całyniuk B: Nieprawidłowe nawyki żywieniowe i związane z nimi zagrożenia dla zdrowia wśród młodzieży gimnazjalnej. *Hygeia Public Health*, 2011, 3:381-384.
25. Suliga E: Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. *Hygeia Public Health*, 2010, 1:44-48.
26. Waśkiewicz A, Słońska Z, Drygas W: Czy zachowania zdrowotne polskich nastolatków mogą sprzyjać powstawaniu nadwagi i otyłości?. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 2009, 4:341-345.
27. Kardjalik K, Bryła M, Maniecka Bryła I: Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowanie nadwagi i otyłości w grupie studentów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 1:71-79.
28. Zalewska-Puchała J, Majda A, Korzonek R: Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia. *Problemy pielęgniarstwa*, 2013, 4: 504-511.

29. Kurzak M, Pawelec K: Zachowania zdrowotne warszawskich gimnazjalistów. Zeszyty Naukowe WSKFiT, 2013, 8: 11-17.
30. Zwierzyńska E, Pietrzak B: Patogeneza uzależnień – problem wciąż aktualny . Alcoholism and DrugAddiction , 2014, 2: 163-175.
31. Szczerbiński R, Karczewski J: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Supraślu – palenie papierosów i spożywanie napojów alkoholowych. Hygeia Public Health, 2010, 2: 185-188.
32. Ślusarska B, Kulik B.T, Piasecka H, Pacian A: Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 1: 19-26.
33. Skop-Lewandowska A, Jaworska J: Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia wśród studentek UJCM w Krakowie. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011,4: 766-769.
34. CBOS : Postawy wobec narkotyków, 2011, 1-12.www.cbos.pl/SPISCOM.POL/2011/K_089_11.PDF pobrano dnia 20.06.2018
35. Łaszek M, Nowacka E, Szatko F: Negatywne wzorce zachowań studentów. Część I. Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2011, 1 144-119.
36. Molga A: Uzależnienia od Internetu. Dydaktyka Informatyki, 2014, 9 : 136- 135.
37. Wichniak A, Jankowski S. K, Skalski M, Skwarło-Sońta K, Zawilska B.J, Żarowski M, Poradowska E, Jernajczyk W: Standardy leczenia zaburzeń rytmu okołodobowego snu i czuwania Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem i Sekcji Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część II. Diagnoza i leczenie. Psychiatria Polska, 2017, 5: 815-832.
38. Błońska K.B, Gotlib J: Występowanie zaburzeń snu wśród studentów. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2012, 4: 485-497.
39. Szczyrba-Maróń B: Strategie radzenia sobie ze stresem w grupie studentów pielęgniarstwa z uwzględnieniem korzystania ze środków psychoaktywnych. Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 4: 455-460.
40. Makris M : Zachowania prozdrowotne studentów pierwszego roku szczecińskich uczelni. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 2007, 24: 43-50.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO USUNIĘCIU ŻOŁĄDKA Z POWODU NOWOTWORU

Emilia Pawluczuk¹, Bożena Kirpsza², Dorota Joanna Kondzior³

1. Studentka kierunku Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwory żołądka historycznie były w Polsce najczęstszą przyczyną nowotworu złośliwego u obu płci aż do lat 70. XX wieku. W Polsce zachorowalność na raka żołądka jest na średnim poziomie, a liczba zachorowań ulega tendencji spadkowej. Pomimo tego Polska należy do krajów o największym ryzyku zgonu z powodu nowotworu złośliwego [1,2]. Częstość występowania raka żołądka rośnie wraz z wiekiem z przeważającą liczbą chorujących mężczyzn [3]. U mężczyzn jest to zazwyczaj 55- 74 rok życia, a u kobiet 50- 69 rok życia [4,5,6]. Według Krajowego Rejestru Nowotworów około 5% mężczyzn i 2,5% kobiet w Polsce choruje na raka żołądka [7]. Niewielką częstość zachorowań na raka żołądka stwierdzono na południu Azji, w Afryce, północnej Europie i w Australii . Najwięcej przypadków zachorowań występuje w krajach Dalekiego Wschodu oraz Ameryce Południowej i Środkowej [1]. Natomiast najwięcej nowych przypadków zachorowań dotyczy krajów rozwijających się [4]. Dzięki rozwojowi wczesnej diagnostyki w krajach Dalekiego Wschodu odsetek 5- letniego przeżycia wynosi ponad 50%, w Europie do 30%, a w Polsce poniżej 20% [1,3,4]. Spadek zachorowalności wiąże się również ze zwiększeniem higieny, wzrostem spożycia surowych warzyw i owoców oraz eradykacją *Helicobacter pylori* [2,4]. Głównym typem raka żołądka jest rak gruczolowy. Obserwuje się mniejszą liczbę

zachorowań na raka trzonu oraz raka części dystalnej żołądka, natomiast wzrasta liczba chorych na gruczolakoraka okolicy wpustowej i połączenia żołądkowo - przełykowego [1,3,9]. Taka lokalizacja nowotworu dotyczy najczęściej młodych mężczyzn i związana jest z nienajlepszym rokowaniem. Zmniejszenie zachorowalności na raka typu jelitowego dotyczy głównie ludzi młodszych [3,4].

Wyróżniamy dwa typy raka żołądka - jelitowy i rozlany . Typ jelitowy dominuje u mężczyzn, szczególnie rasy czarnej, w wieku starszym, ma on także lepsze rokowanie (rak wysoko zróżnicowany). Typ rozlany występuje częściej przed 40 rokiem życia, u kobiet, ma gorsze rokowanie, może być on dziedziczny. Typ jelitowy wiąże się z czynnikami środowiska, a rozlany z czynnikami genetycznymi. Oba typy raka żołądka mogą dawać przerzuty [2]. Rak żołądka jest najczęściej wynikiem wspólnego oddziaływania czynników środowiskowych oraz modyfikacji genetycznych [4]. W wieku do 45 lat większą rolę odgrywają czynniki genetyczne, natomiast po 45 roku życia - czynniki środowiskowe [4]. Do czynników ryzyka związanych ze środowiskiem zaliczamy nieprawidłową dietę, czyli spożywanie pokarmów solonych, wędzonych, smażonych, zawierających w swoim składzie azotyny, a także niskie spożycie świeżych warzyw i owoców [1,4,6,9]. Poza tym pokarmy zawierające w swoim składzie duże ilości skrobi oraz niewielkie ilości białka, a także palenie papierosów i spożywanie nadmiaru alkoholu. [1,4,6,10]. Ponadto otyłość i mała aktywność fizyczna również stanowią czynniki ryzyka [1,9]. W badaniach stwierdza się wpływ wykonywanej pracy na rozwój nowotworu, głównie w przemyśle górniczym i hutniczym oraz rybołówstwie [4,9]. Im wyższa pozycja bytowo - socjalna, tym jest mniejsze prawdopodobieństwo rozwoju raka [4]. Także niedokrwistość, napromieniowanie, grupa krwi A oraz przebyty zabieg częściowej resekcji żołądka może stanowić ryzyko wystąpienia tego nowotworu. Ponadto wirus Epstein - Barr może wpływać na częstość występowania raka żołądka [1,4]. Infekcję *Helicobacter pylori* uznaje się za najczęstszą z przyczyn wystąpienia raka żołądka.

Bakteria jest chroniona przed kwaśnym środowiskiem żołądka przez enzym - ureazę [1,4,10,11]. Wytwarza ona też inne enzymy i toksyny, które powodują uszkodzenie błony śluzowej żołądka. Zakażenie *Helicobacter pylori* następuje zazwyczaj w dzieciństwie, zwykle drogą fekalno - oralną albo oralno - oralną [11]. Zazwyczaj przebiega bezobjawowo, może jednak być przyczyną zanikowego zapalenia błony śluzowej, wrzodu trawiennego, dysplazji, metaplazji, a nawet raka żołądka [12]. Infekcja *Helicobacter pylori* częściej występuje w

krajach rozwijających się, częściej dotyczy ludzi biednych i mniej wykształconych [1]. Im bardziej wirulentny szczep tej bakterii, tym większe jest prawdopodobieństwo rozwoju raka żołądka [1,12,13]. Podłoże genetyczne może mieć nawet około 8 - 10% osób chorych na raka żołądka [7]. Wykazano, iż prawdopodobieństwo wystąpienia raka żołądka jest nawet dwa razy większe u osób, u których w rodzinie były już wcześniej przypadki wystąpienia tego nowotworu [1]. Do czynników ryzyka raka żołądka występującego dziedzicznie zaliczyć można: wystąpienie pośród krewnych I i II stopnia minimum dwóch zweryfikowanych przypadków raka żołądka, w tym u jednej osoby przed 50 rokiem życia, lub co najmniej trzy przypadki niezależnie od wieku, ryzyko jest wyższe u bliźniąt jednojajowych [14]. Wrodzony rak żołądka zwykle występuje w postaci raka rozlanego [1,10]. Powodowany jest najczęściej przez mutację genu CDH1. Rak żołądka występujący rodzinnie może być również związany z mutacją genów BRCA1 i BRCA2. Większe ryzyko zachorowania występuje również u osób cierpiących na zespół Lyncha, Li - Fraumeni, zespół Peutza - Jeghersa, zespół gruczolakowatej polipowatości rodzinnej, a także w chorobie Addisona - Biermera i chorobie Menetriera [1,4,9]. Rak żołądka jest nowotworem, który nie daje jednoznacznych objawów sugerujących jego wystąpienie już we wczesnym stadium. Czasami osoba chora może nie odczuwać żadnych objawów sugerujących coś niepokojącego [9]. We wstępnej fazie nowotworu mogą występować łagodne bóle w nadbrzuszu, głównie po posiłku, może również nastąpić utrata masy ciała oraz objawy charakterystyczne dla niestrawności, takie jak odbijanie, czy wzdęcia. Na te objawy najczęściej są jednak stosowane leki, które zmniejszają wydzielanie kwasu żołądkowego i tym samym opóźniona jest prawidłowa diagnostyka. W zaawansowanej postaci nowotworu żołądka mogą wystąpić spadek masy ciała, uczucie dyskomfortu w nadbrzuszu, nudności, wymioty, pełność po posiłku. Wraz z postępowaniem nowotworu do wymienionych objawów dołączają krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, wyczuwalny guz w nadbrzuszu, powiększenie wątroby, czasami problemy z połykaniem. Następnym etapem może być wyniszczenie związane z rozprzestrzenianiem się choroby w postaci przerzutów. Pojawia się wodobrzusze najczęściej spowodowane rozsiewem nowotworu w jamie brzusznej [9,15]. Czasami można spotkać się z przypadkiem, gdy rak żołądka manifestuje się w postaci przerzutów do płuc (zespół Barda), dając jednocześnie silniejsze objawy pulmonologiczne niż gastrologiczne [16].

Do klasyfikacji patomorfologicznej raka żołądka używana jest klasyfikacja stworzona w 1965 roku przez Laurena. Służy ona przede wszystkim do oceny przed operacją zakresu

resekcji żołądka, jest też ważna przy ocenie rokowania [4,7]. Klasyfikacja ta wyróżnia trzy podstawowe typy tego nowotworu, typ jelitowy, typ rozlany, oraz typ mieszany. Typ jelitowy charakteryzuje się podobieństwem komórek nowotworowych do komórek znajdujących się w błonie śluzowej jelita [4,7,9]. Typ ten może stanowić ponad 50% wszystkich przypadków tego nowotworu. Typ rozlany związany jest z rozproszeniem komórek nowotworowych i brakiem wyraźnych granic między nimi. Dotyczy on około 30% osób chorych na raka żołądka, spotykany jest też częściej wśród ludzi młodszych. Typ rozlany cechuje się gorszym rokowaniem związanym z wysokim stopniem złośliwości. Typ mieszany jest kombinacją typu jelitowego i rozlanego, ponieważ występują w nim oba typy komórek nowotworowych [4,7,9].

Natomiast klasyfikacja TNM służy do prognozowania rozwoju choroby, a także wybrania odpowiedniej metody leczenia. Klasyfikacja ta bierze pod uwagę guz pierwotny, stan regionalnych węzłów chłonnych i występowanie przerzutów odległych [7,9,17].

Po dokonaniu resekcji żołądka można określić stopień i typ zaawansowania nowotworu za pomocą badania mikroskopowego i makroskopowego. Można wyróżnić takie typy histologiczne nowotworu żołądka jak: rak gruczołowy, gruczołowy podobny do wątrobowomórkowego, płaskonabłonkowy oraz nieodróżnicowany [17].

Dzięki prawidłowej diagnostyce możliwe jest szybkie rozpoznanie i wdrożenie leczenia. Podstawowym badaniem jest gastroskopia z pobraniem wycinka. Bardzo przydatne w rozpoznaniu są badania szczegółowe, takie jak badanie przedmiotowe, morfologia i biochemia krwi, zaleca się badanie endoskopowe z ultrasonografią, TK jamy brzusznej, a także RTG i TK klatki piersiowej oraz TK miednicy małej z kontrastem. Zaleca się również wykonanie laparoskopii otrzewnej w celu wykrycia przerzutów odległych. W celach diagnostycznych ma również zastosowanie PET, najczęściej łącznie z TK [3,9].

Endoscopia z powiększeniem spełnia ważną rolę w ocenie zmian zapalnych, zanikowych i wczesnych nowotworowych, a także pozwala zdiagnozować obecność *Helicobacter pylori*, a ponadto pozwala obejrzeć ściany żołądka w dużym powiększeniu, co może być przydatne w określeniu charakteru i rozległości zmiany [18]. Wykonywanie corocznie gastroskopii u osób, u których w rodzinie występował rak żołądka, zaleca się w wieku niższym o 5-10 lat, niż najniższy wiek zachorowania u krewnego [14].

Zazwyczaj rozpoznanie raka żołądka można uzyskać po badaniu mikroskopowym pobranego podczas gastroskopii wycinka, opracowywany jest wówczas raport histopatologiczny, który jest podstawą do wyboru odpowiedniego sposobu leczenia [17].

Wraz z rozwojem nauki, w diagnostyce raka żołądka zaczęto stosować markery nowotworowe. Należą do nich markery genetyczne, które są przydatne w diagnostyce rodzinnego występowania nowotworów żołądka. Nie został jeszcze odkryty marker, który pozwoliłby w 100 % rozpoznać tę chorobę. Do mutacji dziedzicznych zaliczmy mutacje w genie CDH1, z którymi wiąże się bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia rozlanego raka żołądka, i to przed 40 rokiem życia. Zmiany w genach MSH2 i MLH1 powiązane z zespołem Lyncha, a także mutacje genu TP53, APC, oraz BRCA1 i BRCA2 są czynnikami dziedzicznymi [14,19].

Można poddać diagnostyce również zmiany genetyczne, które zachodzą w organizmie w trakcie życia osobniczego, a przyczyniają się do powstania raka żołądka. Są to na przykład aberracje chromosomowe, nadekspresja białka HER2, zmiany aktywności niektórych genów. Można wyróżnić również markery biochemiczne pozwalające odróżnić komórki nowotworowe i te prawidłowe, są one przydatne w ocenie zaawansowania nowotworu, a także sprawdzeniu skuteczności leczenia oraz nawrotu choroby [19].

Rak żołądka jest nowotworem trudnym do leczenia, ponieważ całkowita resekcja tego narządu jest możliwa zazwyczaj tylko we wczesnym stadium choroby, rak zaawansowany często tworzy przerzuty, tym samym staje się nieoperacyjny [4].

Metody leczenia operacyjnego stosowane we wczesnym raku żołądka to wycięcie subtotalne żołądka metodą laparoskopową lub otwartą [7]. W zaawansowanym raku żołądka stosuje się radykalną resekcję żołądka, łącznie z usunięciem węzłów chłonnych okołożołądkowych i regionalnych, tzw. limfadenektomia D2 [7].

Obecnie rekomendowana jest resekcja 2/3 żołądka oraz limfadenektomia D2 [9,20]. Splenektomia albo resekcja ogona trzustki jest zalecana tylko w przypadku naciekania nowotworu bezpośrednio na te narządy i braku przerzutów [20].

Aby zapobiegać wystąpieniu nawrotów nowotworu do otrzewnej wykonuje się podczas gastrektomii zabieg omentektomii [20].

Laparoskopowe usunięcie żołądka z powodu nowotworu związane jest z mniejszą liczbą powikłań po operacji, krótszą hospitalizacją i szybszym powrotem do sprawności, metoda ta może być też stosowana u pacjentów w wieku podeszłym [20]. U osób cierpiących na rozlanego raka żołądka zaleca się wykonanie radykalnego usunięcia całego żołądka [21]. Paliatywne usunięcie żołądka z powodu nowotworu wykonuje się, gdy istnieje ryzyko krwawienia z guza, powstania przetok, czy możliwość przedziurawienia guza [22,23].

Ciągłość przewodu pokarmowego jest najczęściej przywracana metodą Roux-en-Y, która wiąże się z niską liczbą nieszczelności w zespoleniu, a także nie powoduje refluksu jelitowo-przelykowego [7,23]. Stosowana jest również metoda zespolenia przełykowo-żołądkowego lub metoda Rydygiera.

U osób leczonych z powodu raka żołądka istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów lub też powstania wznowy miejscowej, z tego powodu leczenie operacyjne jest poszerzane o leczenie uzupełniające, a także chemioterapię i radioterapię [4,7].

Chemioterapia okołoperacyjna jest korzystniejsza niż stosowana tylko po operacji, ponieważ przed resekcją żołądka stan ogólny pacjenta jest znacznie lepszy niż po zabiegu [24]. Ponadto leczenie neoadjuwantowe w lokalnie zaawansowanym nowotworze może przyczynić się do możliwości usunięcia guza, który był pierwotnie nieoperacyjny [3,24,25]. Leczenie okołoperacyjne może zwiększyć szansę na przeprowadzenie resekcji żołądka, a także umożliwia ocenę skuteczności działania chemioterapii na komórki nowotworowe, zmniejszyć ryzyko progresji choroby po resekcji żołądka oraz wydłużyć życie chorego [5,26].

Chemioterapia stosowana okołoperacyjnie składa się z 3 cykli przed zabiegiem oraz 3 cykli po nim [3,7]. Najczęściej stosowany schemat leków to: Epirubicyna, Cisplatyna i Fluorouracyl (ECF) lub też schemat: Epirubicyna, Oxaliplatyna i Kapecytabina (EOX) [3,7]. Radioterapia nie jest stosowana samodzielnie lecz w skojarzeniu z chemioterapią [9]. Jeśli nie uzyskano odpowiedzi na chemioterapię lub zaobserwowano progresję choroby należy zmienić schemat stosowanego leczenia [26].

Efekty leczenia ciągle nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, dlatego wciąż szuka się nowych sposobów terapii [27]. Nowoczesną metodą leczenia jest terapia celowana skuteczna nawet w raku zaawansowanym [24].

W uogólnionym raku żołądka stosowana jest chemioterapia paliatywna, która pomimo swojej toksyczności przyczynia się do wydłużenia życia chorych [9]. Za najskuteczniejsze leki uznaje się Trastuzumab i Ramucirumab [27]. U pacjentów, u których stwierdzono nadekspresję receptora HER2 stosuje się Trastuzumab łącznie z Cisplatyną lub Fluoropirymidyną [7,9,28]. Natomiast Ramucirumab służy do leczenia osób, u których wystąpiła progresja choroby w czasie chemioterapii lub po jej zakończeniu [9].

Dzięki stosowanym skojarzonym metodom leczenia można zaobserwować wzrost 5-letniego przeżycia w porównaniu do zastosowania jedynie gastrektomii, jednak wskaźnik ten jest wciąż poniżej wskaźnika europejskiego [3,7,25].

W przypadku raka żołądka rokowanie zazwyczaj jest złe [4]. Wpływa na nie ma ogólny stan pacjenta, jego wiek, stan zaawansowania procesu nowotworowego oraz wdrożone leczenie .

Dzięki czynnikom prognostycznym można podzielić chorych na takich, u których należy zastosować chemioterapię adjuwantową, i takich, u których nie jest to zalecane [27]. U osób cierpiących na resekcyjnego raka żołądka albo raka połączenia żołądkowo-przełykowego zastosowanie chemioterapii okołoperacyjnej pozwala na przedłużenie okresu przeżycia. Chemioterapia oraz chemioradioterapia wpływają korzystnie na stan pacjenta, wydłużają czas życia pacjenta oraz poprawiają jego jakość [29].

Rokowanie zależy w dużej mierze od możliwości wykonania resekcji żołądka, typu histopatologicznego zmiany nowotworowej, głębokości nacieku oraz liczby węzłów chłonnych zawierających przerzuty. Chorzy z nieresekcyjnym i nieoperacyjnym rakiem żołądka kwalifikowani są do leczenia paliatywnego [17].

Jednym z częściej spotykanych powikłań u chorych na nowotwory żołądka jest niedożywienie, którego przyczyną jest zwiększone zapotrzebowanie energetyczne. To, jak daleko posunięte jest niedożywienie zależy od tego, jak długo trwa proces nowotworowy i jak bardzo jest on zaawansowany. Niedożywienie jest przyczyną upośledzenia odpowiedzi immunologicznej, szczególnie krótko po wykonanym zabiegu operacyjnym [30].

Tak więc niedożywienie jest przyczyną upośledzenia reakcji odpornościowej, w której biorą udział cytokiny, na uraz operacyjny. W następstwie może być przyczyną powstania powikłań pooperacyjnych i przedłużającej się hospitalizacji. [30]

Niedożywienie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, takich jak: zapalenie płuc, zapalenie układu moczowego, utrudnione gojenie rany pooperacyjnej, zaburzenia ze strony układu oddechowego i krążeniowego [31].

Innym powikłaniem jest zespół wyniszczenia nowotworowego. Do jego rozpoznania niezbędny jest wywiad z pacjentem, badania antropometryczne i biochemiczne. Zespół ten charakteryzuje się niechęcią do spożywania pokarmów, zmniejszeniem ilości tkanki mięśniowej i tłuszczowej, osłabieniem, ubytkiem masy ciała, spadkiem odporności. Z zespołem wyniszczenia nowotworowego najczęściej wiążą się niekorzystne rokowania: skrócenie i obniżenie jakości życia, częstsze działania niepożądane i mniej skuteczne leczenie. Konieczna może się okazać modyfikacja konsystencji lub drogi przyjmowania posiłków. [32]

Powikłania leczenia chirurgicznego dzielą się na chirurgiczne, do których zaliczamy: nieszczelność zespolenia, rozejście się rany, ropień w otrzewnej, oraz inne powikłania: niewydolność oddechowa, zatorowość płuc, ostra białaczka limfoblastyczna. Innym powikłaniem jest nawrót choroby w postaci wznowy miejscowej lub przerzutów odległych, np. do wątroby. Najwięcej jest powikłań sercowych i płucnych oraz infekcji rany pooperacyjnej. Prawdopodobieństwo powikłań zwiększa się wraz z rozległością operacji [7]. Także po rutynowym drenażu otrzewnej po resekcji żołądka występuje więcej powikłań - związanych głównie z założeniem drenu - oraz przedłuża się hospitalizacja. Można również spotkać się z problemem niedokrwistości występującej po operacji [23]. Również po zastosowaniu chemioterapii występują powikłania, takie jak neutropenia, limfocytopenia oraz nudności i wymioty, rzadziej biegunka lub zapalenie jamy ustnej [5].

Bardzo ważne są aspekty psychologiczne związane z chorobą nowotworową. Jest to zły stan psychiczny i emocjonalny pacjenta, który dowiedział się o swojej chorobie, stres związany z niepewnością co do skuteczności leczenia i jego skutkami ubocznymi, obawa przed ryzykiem nawrotu choroby, strach przed nieznanym, przed przedwczesną śmiercią, lęk przed bólem, czasem poczucie winy. Chorobie nowotworowej dość często może towarzyszyć depresja, jednak czasami może być ona trudna do zdiagnozowania, gdyż naturalne jest, że człowiek chory ma obniżony nastrój, czy zaburzony sen [33].

Nie powinno się spożywać zbyt słonych pokarmów - wpływa to niekorzystnie na śluzówkę żołądka i może zwiększać jej podatność na czynniki rakotwórcze [4,13].

W celu ograniczenia częstości występowania raka żołądka należy zwrócić uwagę na środowisko, w którym żyje człowiek. Bardzo ważną rolę odgrywa tu dieta, szczególnie korzystne jest spożywanie świeżych owoców i warzyw, które mają w swoim składzie błonnik [7,14].

Ponadto nadmierne spożycie soli może być przyczyną częstszego występowania infekcji *Helicobacter pylori* [17]. Dlatego, aby zapobiegać przekształceniu dysplazji błony śluzowej żołądka w raka, konieczna jest eradykacja tej gram ujemnej pałeczki z organizmu człowieka [5,14].

W profilaktyce raka żołądka dużą rolę odgrywa także tryb życia pacjenta. Istotne jest wyeliminowanie palenia tytoniu oraz ograniczenie w diecie czerwonego mięsa oraz tłuszczów zwierzęcych. Zaleca się natomiast spożycie oliwy z oliwek, przypraw takich jak kurkuma i żeń - szeń, a także picie zielonej herbaty, jednak nie mniej niż 5 filiżanek dziennie, ponieważ wtedy wykazuje działanie przeciwnowotworowe. Utrzymywanie BMI na właściwym poziomie oraz uprawianie aktywności fizycznej również zajmuje ważne miejsce w profilaktyce raka żołądka [6,13].

Dużą rolę w profilaktyce ma także wykonywanie badań endoskopowych u osób, u których występują niepokojące objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz u pacjentów z grup ryzyka (rodzinny rak żołądka, wcześniejsze operacje w obrębie żołądka, choroby genetyczne) z częstością 1-2 razy w roku [4,34].

CEL PRACY

Najczęściej podejmowaną formą leczenia raka żołądka jest zabieg operacyjny. Przeprowadzenie resekcji żołądka z powodu nowotworu jest zabiegiem skomplikowanym i często bardzo rozległym co wiąże się z możliwością wystąpienia niebezpiecznych dla pacjenta powikłań.

Celem pracy było:

- Przedstawienie problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjenta po usunięciu żołądka z powodu nowotworu.
- Zaproponowanie indywidualnego planu pielęgnowania pacjenta.

- Przedstawienie roli pielęgniarki w edukacji pacjenta po zabiegu usunięcia żołądka z powodu nowotworu.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 59-letnią pacjentkę II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku po zabiegu operacyjnym całkowitego usunięcia żołądka z powodu nowotworu. W celu przedstawienia zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentką posłużono się metodą analizy indywidualnego przypadku, rozpoznano problemy pielęgnacyjne, ustalono cele opieki pielęgniarskiej, zaplanowano i zrealizowano działania pielęgnacyjne, oraz dokonano oceny przeprowadzonych działań.

Do przedstawienia indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką posłużono się procesem pielęgnowania. Na podstawie zgromadzonych podczas wywiadu z pacjentką danych postawiono diagnozy pielęgniarские. Określono cele i sposób postępowania pielęgnacyjnego wobec pacjentki, a następnie określono skuteczność podjętych działań.

W celu rozpoznania stanu biopsychospołecznego pacjentki zastosowano następujące metody gromadzenia danych:

- obserwację pielęgniarską (zabarwienie skóry i błon śluzowych, występowanie zmian patologicznych na skórze, aktywność ruchowa, stan higieniczny, samopoczucie),
- wywiad pielęgniarski,
- analizę dokumentacji medycznej: (historia choroby, historia pielęgnowania, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich),
- pomiary: bezpośrednie: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, liczba oddechów na minutę, masa i wysokość ciała, oraz pośrednie: wskaźnik BMI, skala oceny bólu VAS.

Opis przypadku

Pacjentka I. K. została przyjęta do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku dnia 6 listopada 2017r. z rozpoznaniem raka żołądka. Pacjentka ma 59 lat, została przyjęta w trybie planowym,

mieszka z mężem, warunki bytowe określa jako dobre. Pacjentka posiada wykształcenie wyższe, z zawodu jest księgową, utrzymuje się z wykonywanej pracy.

W przeszłości pacjentka nie chorowała, nie miała wykonywanych operacji, nie występują u niej choroby przewlekłe ani żadne alergie. Pacjentka nie przyjmuje na stałe żadnych leków. Pacjentka paliła papierosy od około 30 lat, około 20 papierosów dziennie, alkohol spożywa okazjonalnie, jej aktywność fizyczna jest na niskim poziomie. W pracy pacjentka odczuwa duże narażenie na stres.

Masa ciała pacjentki wynosi 56 kg, wzrost to 158 cm, BMI wynosi 22,43 i jest ono na prawidłowym poziomie.

Na dwa miesiące przed przyjęciem do szpitala pacjentka zgłosiła się do lekarza z powodu wymiotów, nudności, zgagi i dużej utraty masy ciała (około 10 kg) oraz bólów zlokalizowanych w okolicy nadbrzusza. Miała wykonaną gastroscopię, w wyniku której stwierdzono obecność *Helicobacter pylori* oraz zmiany metaplastyczne w śluzówce żołądka. Podczas badania został również pobrany fragment tkanki żołądka w celu przeprowadzenia badania histopatologicznego. Ostatecznie zdiagnozowano u pacjentki raka żołądka oraz guz trzustki po wykonaniu badania usg jamy brzusznej.

Przy przyjęciu do kliniki u pacjentki zostały wykonane następujące badania: morfologia, elektrolity, mocznik, kreatynina, GOT GPT, PT, INR, APTT, wapń, białko z proteinogramem, cholesterol, bilirubina, oznaczenie grupy krwi.

Przygotowanie do zabiegu operacyjnego polegało na uzupełnieniu niedoborów żywieniowych poprzez zastosowanie żywienia pozajelitowego. W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny oczyszczono przewód pokarmowy pacjentki poprzez wykonanie lewatywy, ogolono pole operacyjne (brzuch od klatki piersiowej po spojenie łonowe), wykonano toaletę pępka i przymoczek z preparatu odkażającego skórę (Skinsept).

Pacjentka obecnie jest po zabiegu operacyjnym polegającym na usunięciu całego żołądka, części trzustki, wątroby i jelita oraz wykonaniu zespolenia przewodu pokarmowego.

Pacjentka świadoma, kontakt słowny logiczny zachowany, występuje bezsenność od początku pobytu pacjentki na oddziale.

Pacjentka oddycha samodzielnie z częstością 16 oddechów/minutę, oddech jest miarowy, średniogłęboki. W drogach oddechowych zalega śluzowa wydzielina, którą pacjentka sama odkrztusza. Występuje również wilgotny i napadowy kaszel.

Ciepłota ciała pacjentki wynosi 36,5°C, ciśnienie tętnicze wynosi 161/92 mm Hg, a tętno 97 uderzeń/minutę. Nie występują obrzęki ani sinica skóry.

Pacjentka wydalą mocz za pomocą cewnika Foley'a. Diureza dobową wynosi 1500 ml. Pacjentka nie miesiączkuje, miała dwa porody za pomocą cesarskiego cięcia.

Pacjentka odczuwa suchość w jamie ustnej, ma częściową protezę zębową. Pacjentka jest żywiona dojelitowo w przepływie 50 ml/godz. za pomocą pompy Flocare. Ma także prowadzone żywienie pozajelitowe preparatem Kabiven Peripheral 1440 ml + 1 ampulka Cernevit +1 ampulka Addiphos + 1 ampulka Addamel N. U pacjentki występują gazy oraz oddaje ona stolec.

Pacjentka odczuwa tępy, ciągły ból brzucha w okolicy rany pooperacyjnej, który nasila się szczególnie przy przewracaniu się na boki i siadaniu. Nasilenie bólu w skali 10-stopniowej VAS zostało ocenione na 7 punktów.

Skóra czysta, sucha, blada, bez zmian dermatologicznych ani odleżyn, pacjentka wymaga pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych. Pacjentka nosi okulary do czytania, słuch pacjentki jest prawidłowy.

Samopoczucie w ocenie pacjentki jest złe, nastrój obniżony, występują niepokoje związane ze stanem zdrowia, pamięć prawidłowa, orientacja w sprawach zdrowia słaba.

Opatrunek na ranie pooperacyjnej rano był przesiąknięty surowiczą treścią i został zmieniony, obecnie opatrunek jest suchy, pacjentka ma założone 3 dreny, w każdym jest około 100 ml surowiczej wydzieliny na dobę, z założonej sondy odessano około 500 ml zielonej treści w ciągu doby, szwy nie zostały zdjęte, brak powikłań w gojeniu rany pooperacyjnej.

Pacjentka ma monitorowane ciśnienie tętnicze i tętno dwa razy dziennie, wykonywany profil glikemii trzy razy dziennie o godz. 7, 16 i 20 oraz inhalacje z 0,9% roztworu soli fizjologicznej dwa razy dziennie.

Leki: Captopril 2x 25 mg, Pyralgin 3x 1 ampulka, Perfalgan 2x 1 flakon, Metoclopramid 3x 1 ampulka, Nexium 1x 40 mg, Clexane 1x 40 mg, Vibramycin 2x 100 mg, Relanium 5 mg na godz. 22, Gensulin R - 16 jednostek rano, 12 po południu i 12 wieczorem.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Zmniejszenie bólu odczuwanego przez pacjentkę.

Planowane działania:

- ocena natężenia bólu odczuwanego przez pacjentkę w skali VAS,

- podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich i kontrola działania podanych leków,
- obserwowanie i dokumentowanie parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura) 2 razy dziennie,
- zachęcanie pacjentki do układania się w wygodnej pozycji, najlepiej półwysokiej, która zmniejszy napięcie powłok brzusznych lub pomaganie pacjentce w przyjęciu wygodnej pozycji,
- zapewnienie na sali ciszy i spokoju,
- informowanie pacjentki o celu wszystkich podejmowanych przy niej działań pielęgnacyjnych.

Zrealizowane działania:

- oceniono natężenie bólu odczuwanego przez pacjentkę przed podaniem leków przeciwbólowych na 7 punktów w skali VAS,
- podano leki przeciwbólowe zgodnie z kartą zleceń (Pyralgin 3x 1 ampulka, Perfalgan 2x 1 flakon),
- dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (161/92 mmHg), tętna (97 uderzeń/min.), temperatury (36,8°C),
- zachęcano pacjentkę do układania się w pozycji półwysokiej,
- informowano pacjentkę o celu wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych.

Ocena: Po podaniu leków przeciwbólowych ból odczuwany przez pacjentkę zmniejszył się na 3 punkty w skali VAS.

Diagnoza pielęgnarska 2: Ryzyko infekcji rany pooperacyjnej.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia infekcji rany pooperacyjnej.

Planowane działania:

- zapewnienie pacjentce higieny osobistej i higieny otoczenia.
- pomoc przy wykonywaniu toalety rano i wieczorem,
- obserwowanie rany w kierunku objawów zapalenia (zaczerwienienie, ból, obrzęk),
- pomiar temperatury ciała 2 razy dziennie,
- obserwacja czystości opatrunków na ranie,
- obserwacja opatrunku w kierunku przesiąkania go wydzieliną z rany,

- zmienianie opatrunku na ranie zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki przynajmniej raz na dobę, a w razie potrzeby częściej,
- stosowanie antybiotykoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Zrealizowane działania:

- zmieniono bieliznę pościelową,
- dokonano pomiaru temperatury ciała (36,8°C),
- obserwowano czystość opatrunku na ranie pooperacyjnej,
- obserwowano ranę w kierunku wystąpienia objawów zapalenia,
- zmieniono opatrunek na ranie pooperacyjnej,
- zastosowano antybiotykoterapię zgodnie z kartą zleceń lekarskich (Vibramycin 2x 100mg).

Ocena: Nie stwierdzono objawów infekcji rany pooperacyjnej.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko powikłań związanych z nieszczelnością zespolenia żołądkowo- jelitowego.

Cel opieki: Wczesne rozpoznanie objawów nieszczelności zespolenia żołądkowo- jelitowego.

Planowane działania:

- przez około tydzień po zabiegu stosowanie żywienia dojelitowego lub pozajelitowego zgodnie z zaleceniem lekarza,
- obserwacja ilości oraz barwy wydzieliny odprowadzanej przez założone dreny,
- obserwacja i wczesne rozpoznanie objawów nieszczelności zespolenia (wyciekanie treści z rany, wytworzenie się przetoki w okolicy założonych drenów),
- w razie objawów sugerujących nieszczelność zespolenia podanie pacjentce doustnie 20 ml 1% roztworu Methyleum Coreuleum oraz obserwacja, czy niebieski płyn pojawia się w drenach.

Zrealizowane działania:

- stosowano żywienie dojelitowe i pozajelitowe zgodnie ze zleceniem lekarza,
- podano pacjentce doustnie 20 ml 1% roztworu Methyleum Coreuleum i obserwowano, czy płyn w drenach nie ma niebieskiego zabarwienia,
- obserwowano ilość i barwę wydzieliny w drenach,
- obserwowano ranę w kierunku wycieku treści.

Ocena: Nie stwierdzono obecności kontrastu w drenach pooperacyjnych, stwierdzono niebieskie zabarwienie moczu. Nie stwierdzono objawów nieszczelności zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko wystąpienia infekcji w miejscu założenia drenów.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu infekcji.

Planowane działania:

- obserwowanie i dokumentowanie ilości i barwy wydzieliny odprowadzanej przez dreny,
- zabezpieczenie skóry wokół drenów jałowymi gazikami,
- dbanie o higienę pacjentki i higienę otoczenia.

Zrealizowane działania:

- obserwowano i dokumentowano ilość (około 100 ml/ dobę w każdym z 3 drenów) i barwę (surowicza, podbarwiona krwią) wydzieliny odprowadzanej przez dreny,
- zabezpieczono skórę wokół drenów jałowymi gazikami,
- dbano o utrzymanie higieny przez pacjentkę.

Ocena: Nie zaobserwowano objawów infekcji w miejscu założenia drenów.

Diagnoza pielęgnarska 5: Ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych spowodowane założeniem cewnika Foley'a do pęcherza moczowego.

Cel opieki: Zapobieganie infekcji dróg moczowych.

Planowane działania:

- obserwacja, czy nie występują objawy infekcji dróg moczowych (gorączka, zwiększona ilość oddawanego moczu, zaczerwienienie cewki moczowej),
- kontrolowanie diurezy dobowej,
- obserwacja koloru i przejrzystości wydalanego moczu,
- dbanie o higienę krocza i ujścia cewki moczowej,
- utrzymywanie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego,
- dbanie o to aby cewnik i dren odprowadzający mocz nie uległ zagięciu,
- pobranie moczu do badania bakteriologicznego na zlecenie lekarza.

Zrealizowane działania:

- obserwowano temperaturę (36,8°C), ilość oddawanego moczu, zaczerwienienie cewki moczowej w celu rozpoznania objawów infekcji dróg moczowych,
- prowadzono kontrolę diurezy dobowej (1500ml),
- obserwowano kolor i przejrzystość wydalanego moczu,
- utrzymywano worek na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego.

Ocena: Nie zaobserwowano objawów infekcji dróg moczowych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu prowadzonego żywienia pozajelitowego.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań.

Planowane działania:

- poinformowanie pacjentki o konieczności stosowania żywienia pozajelitowego,
- obserwowanie miejsca wkłucia kaniuli w kierunku wystąpienia objawów infekcji (zaczerwienienie, ból, obrzęk),
- usunięcie wenflonu w przypadku zauważenia objawów infekcji i założenie nowego wkłucia,
- przygotowanie i podłączenie żywienia pozajelitowego zgodnie ze zleceniem lekarza i zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- wymienianie aparatu do przetoczeń każdorazowo przy podłączaniu nowego żywienia,
- ustawienie szybkości przepływu żywienia zgodnie z zaleceniami lekarza,
- obserwacja parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura) 2 razy dziennie,
- kontrolowanie diurezy dobowej,
- kontrolowanie zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej zgodnie ze zleceniem lekarza.

Zrealizowane działania:

- poinformowano pacjentkę o konieczności stosowania żywienia pozajelitowego,
- obserwowano miejsce wkłucia w kierunku występowania objawów infekcji,
- przygotowano i podłączono żywienie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki, zgodnie ze zleceniem lekarza (Kabiven Peripheral 1440 ml + 1 ampułka Cernevit +1 ampułka Addiphos + 1 ampułka Addamel N),

- obserwowano parametry życiowe (ciśnienie tętnicze krwi - 161/92mmHg, tętno - 97 uderzeń/minutę, temperatura - 36,8°C),
- prowadzono kontrolę diurezy dobowej (1500 ml).

Ocena: Nie doszło do powikłań z powodu prowadzonego żywienia pozajelitowego.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort pacjentki związany z koniecznością założenia sondy do żywienia dojelitowego przez jamę nosową.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu odczuwanego przez pacjentkę.

Planowane działania:

- poinformowanie pacjentki o konieczności dojelitowego odżywiania za pomocą sondy,
- wykonanie toalety jamy nosowej,
- wykonanie toalety jamy ustnej, płukanie ust wodą,
- kontrolowanie położenia sondy każdorazowo przed podłączeniem żywienia,
- przepłukanie sondy wodą po zakończeniu żywienia,
- przygotowanie żywienia zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja pacjentki w kierunku wystąpienia objawów infekcji oraz biegunki,
- podawanie żywienia w odpowiedniej temperaturze i z odpowiednią prędkością,
- ułożenie pacjentki w pozycji siedzącej podczas karmienia,
- zmiana ułożenia zgłębnika w jamie nosowej, aby zapobiec wystąpieniu odleżyny.

Zrealizowane działania:

- poinformowano pacjentkę o konieczności żywienia przez sondę,
- skontrolowano położenie sondy przed podłączeniem żywienia za pomocą pompy Flocare,
- podłączono żywienie zgodnie ze zleceniem lekarza z szybkością 50ml/godz.,
- przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki oraz odpowiedniej temperatury podawanego pożywienia,
- ułożono pacjentkę w pozycji siedzącej podczas karmienia,
- zmieniono ułożenia zgłębnika w jamie nosowej, aby zapobiec wystąpieniu odleżyny.

Ocena: Dyskomfort odczuwany przez pacjentkę zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 8: Niedostateczna wiedza pacjentki na temat możliwości wystąpienia objawów wczesnego albo późnego "zespołu poposiłkowego" po wprowadzeniu żywienia doustnego.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjentki na temat objawów i sposobów radzenia sobie z objawami "zespołu poposiłkowego".

Planowane działania:

- przedstawienie pacjentce objawów charakteryzujących wczesny zespół poposiłkowy: nudności, wymioty, niepokój, uczucie pełności w trakcie lub 15 minut po posiłku,
- przedstawienie pacjentce objawów charakteryzujących późny zespół poposiłkowy: silny głód, drżenie rąk, niepokój 2-4 godziny po posiłku,
- poinformowanie pacjentki, że objawy te są spowodowane zaburzeniem drogi fizjologicznego wchłaniania pokarmu z powodu przeprowadzonej operacji,
- zachęcanie pacjentki do odpoczywania po posiłku w pozycji półsiedzącej lub leżącej 20 minut do 2 godzin,
- w razie objawów późnego zespołu poposiłkowego zalecenie zjedzenia niewielkiej porcji pokarmu około 2 godziny po głównym posiłku,
- poinformowanie o konieczności spożywania małych porcji pokarmu i ograniczenia węglowodanów w diecie.

Zrealizowane działania:

- poinformowano pacjentkę o objawach charakteryzujących wczesny i późny zespół poposiłkowy,
- poinformowano pacjentkę o konieczności odpoczynku po jedzeniu lub spożyciu 2 godziny po posiłku niewielkiej ilości pokarmu,
- poinformowano pacjentkę o konieczności spożywania małych porcji pokarmu i ograniczenia węglowodanów w diecie.

Ocena: Pacjentka zna objawy i wie jak sobie radzić w razie wystąpienia wczesnego lub późnego "zespołu poposiłkowego"

Diagnoza pielęgniarska 9: Możliwość wystąpienia powikłań spowodowanych ograniczoną aktywnością ruchową.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania powikłań.

Planowane działania:

- ocena zdolności pacjentki do samoopieki,
- pomoc pacjentce w wykonywaniu czynności higienicznych,
- pomoc pacjentce przy zmianie pozycji ułożenia ciała,

- zachęcanie pacjentki do stosowania gimnastyki oddechowej,
- zastosowanie farmakologicznej profilaktyki przeciwzakrzepowej zgodnie ze zleceniem lekarza,
- wczesne uruchamianie pacjentki,
- zachęcanie pacjentki do zwiększenia aktywności ruchowej w miarę możliwości.

Zrealizowane działania:

- pomagano pacjentce w wykonywaniu czynności higienicznych i zmianie pozycji,
- zachęcano pacjentkę do gimnastyki oddechowej,
- stosowano farmakologiczną profilaktykę przeciwzakrzepową zgodnie z kartą zleceń lekarskich (Clexane 40 mg).

Ocena: Nie zaobserwowano powikłań.

Diagnoza pielęgniarska 10: Nieefektywne odkrztuszanie i mokry kaszel spowodowany zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych.

Cel opieki: Zmniejszenie ilości zalegającej wydzieliny.

Planowane działania:

- oklepywanie pleców pacjentki 2 razy dziennie,
- podanie leków rozrzedzających zalegającą wydzielinę na zlecenie lekarza,
- zastosowanie inhalacji z 0,9% roztworu soli fizjologicznej 2 razy dziennie,
- zachęcanie pacjentki do wykonywania gimnastyki oddechowej,
- zachęcanie pacjentki do układania się w pozycji półwysokiej,
- obserwowanie ilości i barwy odkrztuszanej wydzieliny.

Zrealizowane działania:

- wykonano oklepywanie pleców,
- zastosowano inhalację z 0,9% roztworu soli fizjologicznej,
- zachęcano pacjentkę do wykonywania gimnastyki oddechowej przy pomocy aparatu Triflo, efektywnego kaszlu,
- obserwowano ilość i barwę odkrztuszanej przez pacjentkę wydzieliny.

Ocena: Ilość wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych pacjentki zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 11: Bezsenność wynikająca ze stresu spowodowanego pobytem w szpitalu.

Cel opieki: Ułatwienie pacjentce zaśnięcia.

Planowane działania:

- podanie leków nasennych na zlecenie lekarza,
- przewietrzenie sali przed snem,
- dbanie o odpowiednią temperaturę powietrza na sali,
- zmiana bielizny pościelowej,
- zapewnienie ciszy i spokoju na sali,
- unikanie drzemek w ciągu dnia,
- zachęcenie do noszenia ubrania z miękkich i przewiewnych materiałów,
- zachęcanie pacjentki do czytania książki albo liczenia w myślach w celu ułatwienia zaśnięcia.

Zrealizowane działania:

- podano leki zgodnie z kartą zleceń lekarskich (Relanium 5mg),
- przed snem przewietrzono salę pacjentki,
- zmieniono bieliznę pościelową.

Ocena: Pacjentka zasnęła.

Diagnoza pielęgniarska 12: Dyskomfort pacjentki z powodu suchości w jamie ustnej.

Cel opieki: Zmniejszenie odczuwanego przez pacjentkę dyskomfortu.

Planowane działania:

- płukanie ust wodą,
- mycie zębów miękką szczoteczką,
- płukanie jamy ustnej roztworem Tantum Verde 2-3 razy na dobę,
- smarowanie ust wazeliną,
- zapewnienie na sali odpowiedniego mikroklimatu (temperatura około 22°C),
- uzupełnianie płynów drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- oglądanie błon śluzowych jamy ustnej 1 raz dziennie w celu oceny ich stanu nawilżenia.

Zrealizowane działania:

- podano płyny drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- zachęcano pacjentkę do mycia zębów miękką szczoteczką oraz do smarowania ust wazeliną.

Ocena: Zmniejszył się dyskomfort odczuwany przez pacjentkę.

Diagnoza pielęgniarska 13: Niepokój pacjentki spowodowany niepewnością o wyniki leczenia.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju odczuwanego przez pacjentkę.

Planowane działania:

- rzeczowa i serdeczna rozmowa z pacjentką mająca na celu poprawienie jej samopoczucia,
- pomoc w nawiązaniu kontaktu z innymi chorymi, którzy pozytywnie przeszli zabieg resekcji żołądka z powodu nowotworu,
- umożliwienie pacjentce kontaktu osobistego oraz telefonicznego z rodziną,
- zachęcanie rodziny do włączenia się do działań pielęgnacyjnych nad pacjentką,
- zapewnienie pacjentce kontaktu z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat przebiegu operacji,
- zapewnienie pacjentce optymalnych warunków do odpoczynku,
- informowanie pacjentki o wszystkich czynnościach i zabiegach pielęgnacyjnych wykonywanych przy niej,
- okazanie pacjentce życzliwości, zrozumienia i wsparcia.

Zrealizowane działania:

- przeprowadzono rozmowę z pacjentką,
- umożliwiono pacjentce kontakt z lekarzem,
- zapewniono ciszę i spokój na sali,
- informowano pacjentkę o wszystkich wykonywanych przy niej czynnościach pielęgnacyjnych.

Ocena: Niepokój odczuwany przez pacjentkę zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 14: Obawy pacjentki związane z funkcjonowaniem w codziennym środowisku po zakończonym leczeniu szpitalnym.

Cel opieki: Zmniejszenie obaw pacjentki.

Planowane działania:

- rzeczowa rozmowa dostarczająca pacjentce zaleceń i wskazówek do dalszej samoopieki i samopielęgnacji,
- okazanie pacjentce życzliwości, zrozumienia i wsparcia,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem na prośbę pacjentki,
- udzielanie fachowych, konkretnych odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości pacjentki.

Zrealizowane działania:

- przeprowadzono z pacjentką rozmowę edukacyjną na temat dalszego postępowania żywieniowego,
- udzielono pacjentce odpowiedzi na jej pytania i wątpliwości.

Ocena: Obawy pacjentki zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 15: Niedostateczna wiedza pacjentki na temat nadciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy pacjentki na temat nadciśnienia tętniczego krwi.

Planowane działania:

- poinformowanie o konieczności obserwacji ciśnienia tętniczego krwi 2 razy dziennie oraz w razie złego samopoczucia pacjentki,
- podanie leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- przekazanie pacjentce informacji na temat zasad farmakoterapii w leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi,
- edukacja pacjentki w zakresie przyczyny, objawów i następstw nadciśnienia tętniczego krwi,
- nauczanie pacjentki zasad samodzielnego wykonywania pomiaru RR i prowadzenia karty obserwacyjnej w domu.

Zrealizowane działania:

- dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (161/92mm Hg) i tętna (97 uderzeń/minutę),
- przekazano informacje na temat zasad farmakoterapii nadciśnienia tętniczego krwi,
- podano leki zgodnie z kartą zleceń lekarskich (Captopril 25 mg),

- przekazano pacjentce informacje na temat sposobu prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Ocena: Wiedza pacjentki na temat nadciśnienia tętniczego krwi wzrosła.

Diagnoza pielęgniarska 16: Nieunormowana cukrzyca.

Cel opieki: Unormowanie stężenia glukozy we krwi.

Planowane działania:

- wykonywanie pomiaru glikemii za pomocą glukometru 3 razy dziennie oraz w razie złego samopoczucia pacjentki,
- podanie pacjentce insuliny zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- nauczanie pacjentki samodzielnego pomiaru glikemii za pomocą glukometru,
- nauczanie pacjentki obsługi penu.

Zrealizowane działania:

- wykonano pomiar glikemii za pomocą glukometru (256 mg/dL),
- podano pacjentce 12 jednostek insuliny (GensulinR).

Ocena: Stężenie glukozy we krwi zostało unormowane

Zalecenia do opieki domowej

1. Wizyty kontrolne powinny odbywać się co 3-6 miesięcy w przeciągu pierwszych dwóch lat po operacji, w ciągu następnych 3 lat co pół roku, a kolejne wizyty z częstotnością raz do roku. Należy zwrócić uwagę, że po resekcji żołądka mogą pojawić się niedobory witaminy B12, żelaza i innych składników mineralnych, należy więc okresowo kontrolować masę ciała i wykonywać badania laboratoryjne krwi (morfologia, białko, albuminy, elektrolity, stężenie żelaza i witaminy B12), oraz uzupełniać niedobory składników odżywczych. Leczenie niedokrwistości wynikającej z niedoboru żelaza, witaminy B12 i kwasu foliowego powinno być prowadzone zgodnie z zaleceniami lekarza.

2. Postępowanie z raną pooperacyjną:

Zalecane są prysznice, unikać należy kąpieli w wannie. Do przemywania rany zaleca się stosowanie środków odkażających, np. Octanisept. Należy dbać o to, aby opatrunek na ranie był suchy i czysty. Opatrunek podlega zmianie 1-2 razy w ciągu doby. Kiedy w okolicy rany pooperacyjnej pojawia się obrzęk, zaczerwienienie i wyciek treści, należy zgłosić się do lekarza, gdyż takie objawy mogą świadczyć o tym,

że nastąpiło zakażenie rany. Lekarz wyznaczy termin, w którym należy zgłosić się na zdjęcie szwów.

3. Aktywność fizyczna:

Po operacji należy ograniczyć wysiłek fizyczny, obowiązuje zakaz dźwigania ciężkich przedmiotów, należy również unikać stresu.

4. Postępowanie dietetyczne:

Po usunięciu żołądka z powodu nowotworu pacjenta obowiązuje dieta lekkostrawna oraz bogata w białko (110-130 g/dobę). Posiłki powinny być spożywane w odstępach 3-4 godzin, najlepiej 5-6 razy w ciągu dnia, w niewielkich objętościach. Pokarm należy dokładnie przeżuwać. Przez około 4 tygodnie po operacji należy przyjmować pokarmy płynne i zmiksowane.

Zalecane jest spożywanie pokarmów zawierających w swoim składzie dużo białka (chude mięso, chude ryby, mleko, jogurty, jaja). Zupy przygotowywać na wywarach warzywnych. Warzywa i owoce powinny być obrane ze skórki i ugotowane. Można spożywać biały ryż, kaszę manną.

Wskazane jest ograniczenie w diecie tłuszczów do 50-70 g/dobę, szczególnie pochodzenia zwierzęcego, na rzecz tłuszczów roślinnych. Należy unikać cukrów prostych oraz produktów ciężkostrawnych, np. groch, kapusta, kalafior, fasola, grzyby.

Spożywane produkty powinny być poddane gotowaniu lub duszeniu, nie jest natomiast zalecane smażenie. Można używać przypraw łagodnych: koper, natka pietruszki, sok z cytryny, niewskazane są sól, pieprz i chili.

Płyny zaleca się popijać małymi łykami, 30-60 minut przed lub po posiłku. Wyeliminować należy gazowane i słodzone napoje, kawę, mocną herbatę, alkohol i kakao.

WNIOSKI

Na podstawie analizy indywidualnego przypadku pacjentki po resekcji żołądka z powodu nowotworu sformułowano następujące wnioski:

1. Dokładne rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po usunięciu żołądka z powodu nowotworu oraz przygotowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem ma istotny wpływ na przebieg okresu pooperacyjnego w sposób niepowikłany.

2. Duże znaczenie w procesie pielęgnowania pacjenta ma edukacja, która polega na przygotowaniu przez pielęgniarkę zaleceń dla pacjenta do opieki domowej. Wskazówki te dotyczą między innymi postępowania z raną pooperacyjną, częstości wizyt kontrolnych, sposobu właściwego odżywiania i aktywności fizycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Malinowska M., Nasierowska- Guttmejer A.: Epidemiologia i patogeneza raka żołądka. Polish Journal of Pathology 2013; 64, 4: 17-26.
2. Zatoński W., Sulkowska U., Didkowska J.: Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. Nowotwory Journal of Oncology 2015; 65, 3: 179-196.
3. Wełnicka- Jaśkiewicz M.: Rak żołądka, nieoperacyjne metody leczenia. Gastroenterologia Kliniczna 2011; 3, 1: 36-45.
4. Sitarz R., Kolasińska- Bzoma M., Polkowski W., Offerhaus J., Maciejewski R.: Rak żołądka- aktualny problem. Zdrowie publiczne 2010; 120, 3: 311-315.
5. Nurzyński P., Deptała A.: Rola chemioterapii w nowoczesnym leczeniu chorych na raka przełyku i raka żołądka. Chirurgia po Dyplomie 2016; 11, 1: 24-30.
6. Tuchowska P., Worach- Kardas H., Marcinowski J.T.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce - główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94, 2: 166-171.
7. Siemion L., Bandurski J., Malinger S.: Wyniki leczenia raka żołądka w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze. Przegląd Lekarski 2015; 72, 3: 120-125.
8. Ochendusko S., Chłosta M., Pawłęga J.: Tolerancja oraz skuteczność uzupełniającej chemioradioterapii w raku żołądka - doniesienia wstępne. Nowotwory Journal of Oncology 2008; 58, 5: 413-417.
9. Chudzik M.: Aktualne możliwości leczenia raka żołądka. Medyczne Zeszyty Naukowe Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej - Curie 2015; 1: 55-68.
10. Bodnar M., Smolińska M., Popławski C., Wiśniewska E., Marszałek A.: Ocena statusu HER2 w raku żołądka u pacjentów palących papierosy - czy jest to możliwe? Przegląd Lekarski 2013; 70, 10: 791-795.
11. Zegarski W., Krause A., Zegarska B.: Rola Helicobacter pylori w raku żołądka. Cancer Surgery 2009; 2: 5-8.

12. Brzeźniakiewicz K.: Rola polimorfizmów genu interleukiny-1 w rozwoju raka żołądka u osób zakażonych *Helicobacter pylori*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009; 55, 3: 5-12.
13. Klusek J., Głuszek S., Kozieł D.: Co nowego w profilaktyce nowotworów układu pokarmowego- przegląd piśmiennictwa 2009-2010. Przegląd Gastroenterologiczny 2011; 6, 2: 78-84.
14. Jakubowska A., Wojnarska B., Lubiński J.: Genetyka kliniczna raka żołądka. Postępy Nauk Medycznych 2008; 8: 526-528.
15. Wroński K., Płużański A., Jakubik J., Kaczmarek M., Jeziorski A.: Postępowanie w przypadku wodobrzusza u chorych z zaawansowanym rakiem żołądka. Współczesna Onkologia 2007; 11, 6: 312-317.
16. Zieliński M., Ochman M., Głowacki J., Kozielski J.: Pulmonary lesions in the course of gastric cancer - two cases of Bard's syndrome. Pneumonol Alergol Pol 2016; 84: 33-37.
17. Nasierowska- Guttmejer A., Majewski P., Malinowska M.: Rak żołądka. Morfologia. Polish Journal of Pathology 2013; 64, 4: 27-39.
18. Wasielica - Berger J., Piotrowska - Staworko G., Baniukiewicz A., Dąbrowski A.: Zastosowanie endoskopii z powiększeniem w diagnostyce chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. Przegląd Gastroenterologiczny 2010; 5, 1: 15-23.
19. Krygier A., Żebrowska M., Balcerczak E., Szmajda D.: Markery nowotworowe w raku żołądka- podział i charakterystyka. Folia Medica Lodziensia 2015; 42, 1: 5-18.
20. Kurylcio A., Mielko J., Rawicz- Pruszyński K., Sitarz R., Polkowski W.: Co nowego w chirurgii onkologicznej? Postępy Nauk Medycznych 2016; 3: 159-165.
21. Bielecki K.: Co nowego w chirurgii ogólnej? Postępy Nauk Medycznych 2016; 3: 144-153.
22. Wroński K.: Gastrektomia totalna jako typowy zabieg wysokospecjalistyczny. Współczesna Onkologia 2007; 11, 6: 305-311.
23. Bandurski R., Zaręba K., Kędra B., Kondej- Muszyńska K., Wróblewski E., Kaczmarek M.: Chory z zespoleniem przełykowo- dwunastniczym po całkowitym wycięciu żołądka z powodu raka- 22-letnia obserwacja. Przegląd Gastroenterologiczny 2011; 6, 5: 328-333.
24. Ochenduszek S.: Nowe perspektywy w leczeniu systemowym raka żołądka. Nowotwory Journal of Oncology 2008; 58, 2: 160-166.
25. Jeziorski K.: Leczenie okołoperacyjne raka żołądka. Onkologia w praktyce klinicznej 2010; 6, 4: 153-158.

26. Łasińska I., Kwinta Ł., Litwiniuk M., Wysocki P.: Leczenie okołoooperacyjne gruczolakoraka przełyku, połączenia przełykowo- żołądkowego oraz żołądka: nowe standardy postępowania i kontrowersje. *OncoReview* 2013; 3, 1: 11-17.
27. Czyżykowski R., Połowinczak- Przybyłek J., Janiak A., Frąckowiak M., Potemski P.: Zastosowanie terapii ukierunkowanych molekularnie w leczeniu paliatywnym raka żołądka i połączenia żołądkowo- przełykowego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2014; 10, 5: 244-252.
28. Jeziorski K.G.: Rak żołądka- leczenie ukierunkowane molekularnie. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2011; 7, 5: 258-263.
29. Polkowski W., Łacko A., Guzel Z., Reguła J., Pałucki J., Potemski P.: Nowotwory żołądka. [w:] Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Krzakowski M., Warzocha K. i wsp.: 125-134.
30. Ścisło L., Walewska E., Orzeł- Nowak A., Szczepanik A.M., Kłęk S., Czupryna A.: Ocena odpowiedzi układu odpornościowego na stan odżywienia pacjentów z rakiem żołądka zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21, 1: 55-62.
31. Ścisło L., Walewska E., Kłęk S., Szczepanik A.M., Orzeł- Nowak A., Czupryna A., Kulig J.: Ocena stanu odżywienia a występowanie powikłań u pacjentów po resekcji żołądka. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22, 3: 361-366.
32. Karczmarek - Borowska B., Hoczela I.: Leczenie żywieniowe w chorobach nowotworowych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2010; 2: 221-226.
33. Mazurkiewicz A., Rutkowska A., Sidor K., Makara-Studzińska M.: *Onkologia i Radioterapia* 2015; 3, 33: 54-58.
34. Popiela T.: Polskie badanie nt. raka żołądka: sukces czy porażka? *Nowotwory Journal of Oncology* 2011; 61, 6: 545.

OCENA POZIOMU WIEDZY NA TEMAT HEMODIALIZY I ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH WŚRÓD PACJENTÓW PRZEWLEKLE DIALIZOWANYCH

Teresa Szikorowska¹, Dorota Joanna Kondzior²

1. Stacja Dializ w Suwałkach
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB

WSTĘP

Raporty o stanie leczenia nerkozastępczego w Polsce wskazują, że obecnie jest 18 tys. osób, którzy korzystają z różnych form terapii nerkozastępczej, a przewlekła choroba nerek (PChN) może dotyczyć ponad 4 mln rodaków. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) mają prawo do wyboru metody leczenia nerkozastępczego. Do tych form leczenia należy dializa otrzewnowa, hemodializa i przeszczep nerki [1].

Obecnie pacjenci z PChN są wcześniej objęci opieką nefrologiczną, która obejmuje leczenie nefroprotektoryjne, edukację chorego, terapię zaburzeń towarzyszących tej chorobie oraz wczesne planowanie wytworzenia dostępu naczyniowego. Te elementy poprawiają rokowanie i wydłużają życie [2].

PChN (Przewlekła choroba nerek) od niedawna jest traktowana jako choroba cywilizacyjna, dotycząca średnio 10-11% ludności świata (500-600 milionów osób). Jest to zespół chorobowy, wieloobjawowy, który powstaje w wyniku długotrwałego, postępującego i nieodwracalnego upośledzenia czynności kłębuszków i cewek nerkowych oraz zwłóknienia tkanki śródmiąższowej.

PChN jest rozpoznawana na podstawie dwóch wskaźników uszkodzenia struktury lub funkcji nerek, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące:

- **eGFR** (estimated Glomerular Filtration Rate), czyli szacowany wskaźnik filtracji kłębuszkowej, który określa funkcję wydalniczą nerek i jest mniejszy od 60 ml/min/1,73m² z uszkodzeniem nerek lub bez ich uszkodzenia

- albuminuria (stężenie albumin/kreatyniny w moczu) to parametr, który wskazuje na strukturalne uszkodzenie miąższu nerek i jest większy od 30 mg/dobę.

Klasyfikacja PChN -5 stadiów:

Tabela I. Klasyfikacja etapów rozwoju PChN

Stadium	Opis	Filtracja kłębuszkowa eGFR	Polski odpowiednik
I	Uszkodzenie nerek z prawidłowym lub zwiększonym eGFR	>90	Uszkodzenie nerek (albuminuria, białkomocz, krwinkomocz)
II	Uszkodzenie nerek z nieznacznym zmniejszeniem eGFR	60-89	Utajona niewydolność nerek
III	Utajona niewydolność nerek	30-59	Wyrównana niewydolność nerek
IV	Ciężkie zmniejszenie eGFR	15-29	Niewyrównana niewydolność nerek
	Niewydolność nerek	<15	Schyłkowa niewydolność nerek, mocznica

Źródło: Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek - dziesięć lat w teorii i praktyce. Forum Nefrologiczne, 2013, 1 (6), 64 [3].

Do **dodatkowych wskaźników uszkodzenia nerek** zalicza się:

- nieprawidłowe zmiany w badaniach obrazowych
- nieprawidłowości w osadzie moczu
- objawy kliniczne wskazujące na chorobę nerek.

PNN wchodzi w skład PChN, począwszy od II stadium [3].

Najczęstsze przyczyny przewlekłej choroby nerek to:

- nefropatia cukrzycowa (cukrzycowa choroba nerek)
- przewlekłe kłębuszkowe zapalenia nerek (pierwotne i wtórne)
- nefropatia nadciśnieniowa

Objawy PChN

Obraz kliniczny PChN zależy jest od podstawowej przyczyny, która wywołuje niewydolność nerek, stopnia zaawansowania choroby i szybkości jej postępu oraz mechanizmów adaptacyjnych ustroju. Objawy mogą dotyczyć prawie wszystkich narządów (pokarmowy, oddechowy, krążenia, nerwowy i mięśniowy, kostno- stawowy, krwiotwórczy, płciowy), ale nie rozwijają się w jednakowym czasie. Zauważa się zmiany skórne, oczne i zmienia się psychika chorego.

Leczenie PChN

A- leczenie zachowawcze:

- wczesne rozpoznanie PChN
- identyfikacja i leczenie aktywnej choroby podstawowej, która uszkodziła nerki oraz chorób współistniejących
- zwolnienie lub zahamowanie postępu choroby
- stosowanie erytropoetyny
- zmniejszanie wtórnej nadczynności przytarczyc
- profilaktyka chorób sercowo- naczyniowych, zaprzestanie palenia tytoniu
- przygotowanie do leczenia nerkozastępczego
- szczepienia ochronne

B - leczenie nerkozastępcze [4]

Leczenie nerkozastępcze i rodzaje

- Kiedy wyczerpią się możliwości profilaktyki i leczenia nefroprotekcyjnego koniecznością staje się zastosowanie jednego z rodzajów leczenia nerkozastępczego:
 - przeszczepienie nerki
 - dializa otrzewnowa
 - hemodializa

Najlepszą metodą jest przeszczep wyprzedzający, czyli przed włączeniem do leczenia dializami. Przeszczep nerki nie tylko przedłuża życie, ale też poprawia jego jakość i jest mniej kosztowny od dializoterapii.

Kwalifikacja chorych do leczenia nerkozastępczego opiera się na podstawie oceny klinicznej stanu chorego (stan nawodnienia, odżywienia, NT), wystąpienia objawów mocznicowych i współistnienia chorób towarzyszących PChN. Ocena funkcji nerek na podstawie wartości eGFR nie powinna być jedynym kryterium decydującym o rozpoczęciu leczenia.

Ogólnie przyjęto, że leczenie nerkozastępcze trzeba rozpocząć odpowiednio wcześniej, gdy klirens kreatyniny endogennej - eGFR wynosi:

- u pacjentów z cukrzycą $< 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$
- u pozostałych $< 10 \text{ ml/min/1,73m}^2$ [5].

Hemodializa (HD)

Hemodializa jest dializą pozaustrojową i najbardziej rozpowszechnioną metodą dializoterapii. Ma zastosowanie u pacjentów z przewlekłą i ostrą niewydolnością nerek. Dializami nie można wyleczyć uszkodzenia nerek, ale zwalczane są niektóre objawy ich niewydolności, a w przypadku ostrej niewydolności nerek (ONN) dializy są wykonywane ze wskazań nagłych i pozwalają na przeżycie przez chorego czasu, który jest potrzebny na regenerację uszkodzonych części nefronu.

Hemodializoterapia łączy się z leczeniem dietetycznym farmakologicznym, substytucyjnym oraz rehabilitacją.

Zabieg hemodializy polega na adekwatnym usuwaniu toksyn mocznicowych i nadmiaru płynu (wody) z organizmu w kilkugodzinnej wymianie między krwią a płynem dializacyjnym za pomocą specjalnego urządzenia zwanego „sztuczną nerką”.

Zasadniczym celem hemodializy jest dążenie do uzyskania możliwie prawidłowej homeostazy organizmu poprzez:

- regenerację buforów ustroju i wyrównanie kwasicy metabolicznej
- usuwanie drobno- i średniocząsteczkowych toksyn mocznicowych
- wyrównywanie zaburzeń elektrolitowych
- usuwanie nadmiaru wody w wyniku ultrafiltracji (UF) [6].

W hemodializie są stosowane różne techniki:

- hemodializa klasyczna wodorowęglanowa (HD) to podstawowa i najprostsza technika dializacyjna w leczeniu chorych z PNN. Zabieg ten odbywa się przeciętnie 3 razy w tygodniu po 4-5 godzin i są to tzw. dializy przewlekłe.
- techniki : ciągłe, nisko wydajne, wysoko wydajne

W Polsce z technik wysoko wydajnych mają zastosowanie dwa rodzaje: hemodializa wysoko wydajna (high-flux)- HDHF (Hemodialysis High-Flux) i hemodiafiltracja – HDF z produkcją płynu on-line [7].



Fotografia 1. Nowoczesny aparat „sztucznej nerki” do wykonywania zabiegów hemodializy metodą HDF. Źródło: ze zbiorów własnych.

Wskazania do hemodializy

Decyzja o rozpoczęciu leczenia powinna być indywidualna dla każdego chorego w zależności od oceny jego ogólnego stanu klinicznego i występowania objawów mocznicowych.

Wskazania kliniczne:

- ciężka ostra lub przewlekła niewydolność nerek
- objawy mocznicy
- przewodnienie zagrażające życiu
- nadciśnienie tętnicze niereagujące na leczenie farmakologiczne
- nieproporcjonalnie duża niedokrwistość w porównaniu ze stopniem niewydolności nerek
- zatrucie niektórymi środkami chemicznymi, alkoholem, lekami

Wskazania laboratoryjne:

- kwasica metaboliczna – $\text{HCO}_3^- < 14 \text{ mmol/l}$ niemożliwa do leczenia zachowawczego
- hiperkaliemia $> 7 \text{ mmol/l}$ (oporna na leczenie farmakologiczne)
- stężenie kreatyniny we krwi powyżej 10 mg/dl , a w cukrzycy $> 5 \text{ mg/dl}$
- klirens kreatyniny $< 15 \text{ ml/min}$, a w cukrzycy $< 20 \text{ ml/min}$ (ostatecznie nie jest ustalona wielkość eGFR)
- stężenie mocznika we krwi $> 200 \text{ mg/dl}$
- wysoka hiperfosfatemia

Przeciwwskazania do hemodializ (bezwzględne i względne):

- brak zgody ze strony pacjenta
- brak możliwości wytworzenia dostępu naczyniowego
- ciężka nieodwracalna niewydolność serca lub innych narządów nierokująca poprawy jakości życia pacjenta
- rozsiana choroba nowotworowa bez szansy na remisję
- uogólniona miażdżyca z zaawansowanym zespołem demencyjnym
- znacznie obniżone ciśnienie tętnicze krwi [5,7].

W celu oceny skuteczności dializy pacjentom wykonuje się stałe badania miesięczne, kwartalne i półroczne.

Powikłania ostre hemodializy

Powikłania te mogą wystąpić podczas trwania zabiegu. Do najważniejszych należą:

- świąd skóry, który występuje o różnym nasileniu u 50-75 % dializowanych i niejednokrotnie jest trudny do opanowania. Przyczyny nie są dokładnie poznane, ale mogą to być reakcje alergiczne na materiały używane w dializoterapii, podwyższony poziom wapnia i fosforu, nadczynność przytarczyc. Obserwuje się zadrapania i ich nadkażenia.



Fotografia 2. Nadkażenia ropne na skórze spowodowane świądem i drapaniem się. Źródło: ze zbiorów własnych.

Wskazówki dla pacjenta: stosowanie diety niskofosforanowej, letnich kąpiel z użyciem krochmalu, kremów lub maści hipoalergicznym- łagodzących i nawilżających, regularne przyjmowanie zleconych leków; nierozdrapywanie swędzących miejsc, ale delikatne ich ściskanie opuszkami palców.

- kurcze mięśni występujące u ok. 20 % osób dializowanych, najczęściej u starszych, z niskim wskaźnikiem BMI (Body Mass Index) i palących tytoń. Dotyczą one przeważnie mięśni kończyn dolnych. Najczęstsze przyczyny to: nieprawidłowo określona „sucha masa ciała”, zbyt duża ultrafiltracja (UF), nasilona miażdżycy.

Wskazówki dla pacjenta: ograniczenie przyjmowania płynów w okresach między dializami, stosowanie ćwiczeń rehabilitacyjnych polegających na rozciąganiu mięśni.

- hipotonia śróddializacyjna to nagłe obniżenie ciśnienia tętniczego krwi w trakcie dializy (spadek ciśnienia skurczowego poniżej 90 mm Hg). Ten incydent dotyczy przeciętnie 20% chorych i występuje zwłaszcza u starszych osób, z cukrzycą i chorobami serca. Przyczynami mogą być: nieprawidłowe ustalenie „suchej masy ciała”, zbyt duża lub intensywna UF, przyjęcie zbyt dużej dawki leków hipotensyjnych przed dializą, spożywanie posiłków w trakcie zabiegu.

Wskazówki dla pacjenta: niespożywanie posiłków, nieprzyjmowanie leków hipotensyjnych przed dializą, nieprzewadnianie się między dializami.

- hipertonia śróddializacyjna nazwana również nadciśnieniem śróddializacyjnym (IDH – Intradialytic Hypertension) jest rzadko rozpoznawane lub ignorowane. Występuje u 5-15% osób hemodializowanych. Czasami źle kontrolowane RR między dializami może w trakcie zabiegu wzrosnąć do wartości zagrażających życiu. Przyczynami mogą być: znaczne przewodnienie chorego, usuwanie leków hipotensyjnych podczas HD, zbyt duża UF, hiperkalcemia i hipoglikemia dializacyjna, zwiększona sztywność tętnic.

Wskazówki dla pacjenta: restrykcja soli i płynów w okresie między dializami, regularne przyjmowanie zaleconych leków hipotensyjnych, wykonywanie pomiarów RR w domu i prowadzenie dzienniczka, stosowanie diety z ograniczeniem cholesterolu.

- hiperkaliemia to wzrost stężenia potasu we krwi $>5,5$ mmol/l. Często występuje u pacjentów z cukrzycą, a jeszcze częściej u chorych z urazami wielonarządowymi w ONN. Nadmierne stężenie potasu (K) może spowodować zaburzenia rytmu serca i doprowadzić nawet do nagłego zgonu. **Przyczyny:** kwasica w przebiegu hiperkatabolizmu, błędy dietetyczne, krwawienia z przewodu pokarmowego, hemoliza.

Wskazówki dla pacjenta: ograniczone spożywanie owoców i warzyw, odpowiednie ich przygotowanie; wyeliminowanie błędów dietetycznych; zapoznanie pacjenta z objawami hiperkaliemii, aby w razie potrzeby zgłosił się jak najszybciej na stację dializ celem wydializowania z nadmiaru potasu).

- hipokaliemia jest to obniżone stężenie K we krwi poniżej 3,5 mmol/l. **Przyczyny:** niedożywienie, przewlekłe głodzenie się, wyniszczenie spowodowane nieefektywną dializoterapią, obfite biegunki.

Wskazówki dla pacjenta: zwrócenie uwagi na stan odżywiania się (apetyt), systematyczne przyjmowanie zleconych leków.

- hipoglikemia dializacyjna to nagłe obniżenie stężenia glukozy we krwi poniżej 70 mg/dl. **Przyczyny:** wyniszczenie, niedożywienie, nieprawidłowo leczona cukrzyca, wydializowanie glukozy, niespożywanie posiłku po podaniu insuliny, choroby wątroby.

Wskazówki dla pacjenta: nauczenie się wychwytywania pierwszych sygnałów niedocukrzenia, spożywanie posiłku po podaniu insuliny, przynoszenie na dializę kostek cukru lub cukierków; chorzy na cukrzycę powinni być pod stałą kontrolą poradni diabetologicznej; pacjentom z dużymi spadkami glikemii podczas dializy zaleca się nieprzyjmowanie insuliny przed zabiegiem.

- odczyny gorączkowe (temperatura ciała $> 38^{\circ}\text{C}$) mogą być reakcją na substancje pirogenne (dializator, płyn dializacyjny) albo mogą świadczyć o objawach infekcji. **Przyczyny:** zakażenia dostępów naczyniowych, krwi, płynu dializacyjnego; zmiany martwicze (stopa cukrzycowa, odleżyny).

Wskazówki dla pacjenta: zgłaszanie personelowi medycznemu ogólnego stanu złego samopoczucia, dreszczy, kontrola temperatury ciała w domu.

Obecnie rzadko występujące ostre powikłania to: „zespół pierwszego użycia”, hemoliza, hipoksemia dializacyjna, zespół niewyrównania [8].

Powikłania przewlekłe hemodializy

Zależne są od czasu leczenia, mogą dotyczyć wszystkich układów i narządów. Główną przyczynę zgonów stanowią powikłania ze strony układu krążenia. Wyniszczenie chorych jest spowodowane również przewlekłymi zakażeniami i niedożywieniem. U części z nich dochodzi też do wtórnej nadczynności przytarczyc, które wywołują powikłania w układzie kostno - stawowym i często są przyczyną niepełnosprawności.

Ze względu na wydłużający się okres życia pacjentów dializowanych ważne jest efektywne leczenie hemodializami oraz zapobieganie powikłaniom, a w przypadku ich wystąpienia potrzebna jest współpraca ze specjalistami w leczeniu chorych [8].

Do najczęstszych przewlekłych powikłań należą:

- przerost lewej komory mięśnia sercowego (PLK), który u osób dializowanych związany jest z występowaniem głównie nadciśnienia tętniczego.



Ryc. 1. Czynniki wpływające na rozwój PLK u pacjentów z PChN [9].

Zapobieganie PLK:

- ścisła kontrola przewodnienia między zabiegami,
- kontrola ciśnienia tętniczego (pomiary domowe),
- systematyczne stosowanie leków,
- ograniczenie spożycia soli,
- wyrównanie niedokrwistości [9].
- zaburzenia gospodarki mineralnej i metabolizmu kostnego (MBD – mineral and bone disorders) inaczej nazwane osteodystrofią nerkową. Są to zaburzenia wapniowo-fosforanowe, które najczęściej rozpoczynają się w 3 stadium PChN. Badania wykazały powiązanie między podwyższonym poziomem fosforu (P) a

występowaniem powikłań sercowo-naczyniowych. **Objawy:** świąd skóry, bóle kostno-stawowe, łamliwość kości i deformacje, efekt czerwonych oczu, kalcyfikacja.

Obniżenie poziomu P w surowicy krwi jest możliwe poprzez:

- stosowanie odpowiedniej dawki dializy
- ograniczenia dietetyczne
- leki wiążące P w przewodzie pokarmowym
- kalcymimetyki (obniżają stężenie parathormonu – PTH we krwi)
- pochodne witaminy D₃ (alfakalcydol umożliwia prawidłowe wchłanianie Ca z przewodu pokarmowego).

Normy badań biochemicznych dla osób dializowanych : PTH- może przekraczać 2-9 krotnie górną granicę normy, stężenie fosforanów < 1,8 mmol/l, Ca > 8,4 mg/dl [10].

- niedożywienie jest rozpoznawane u 23-76% osób poddanych hemodializoterapii, a badania wykazały, że ten stan ma powiązanie z częstością występowania chorób sercowo-naczyniowych, pogorszeniem jakości życia i zwiększeniem częstości hospitalizacji. Najczęstsze przyczyny to: nieprawidłowa dieta, brak apetytu, przewlekły stan zapalny, niedodializowanie i wpływ toksyn mocznicowych, nadmierny katabolizm, gastropatie, zły stan psychiczny, stosowane leki.

Wyróżnia się dwa rodzaje niedożywienia:

- 1) białkowo-energetyczne: prawidłowe stężenie CRP (białka C-reaktywnego, C-Reactive Protein) i albumin
- 2) zespół MIA (Malnutrition, Inflammation, Atherosclerosis), tzn. niedożywienie - zapalenie- miażdżyca: podwyższone stężenie CRP i niskie stężenie albumin. Ten zespół stanowi zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i śmiertelności.

Ocena stanu odżywienia powinna być dokonywana co 6-12 miesięcy i obejmować:

- wywiad żywieniowy (dobowy lub 3-dniowy zapis ilości i rodzaju spożywanych produktów – pacjent prowadzi dzienniczek)
- badania antropometryczne (masa ciała- określenie BMI, obwód ramienia, grubość fałdu skórniego)

- 7-punktowa skala Subiektywnej Oceny Stanu Odżywienia (SGA – Subjective Global Assessment)
- badania laboratoryjne określające stężenia: albuminy, prealbuminy, CRP, cholesterolu, a także mocznika, kreatyniny, elektrolitów, wapnia, fosforu
- znormalizowany wskaźnik katabolizmu białek (nPNA – normalized Protein Nitrogen Appearance).

Rekomendowane wartości: BMI > 23, stężenie albuminy > 4g/dl, nPNA > 1g/kg należnej mc./dobę, stężenie prealbuminy > 30mg/dl.

Kryteria rozpoznania lub ryzyka niedożywienia: BMI < 23, SGA ≤ 5 punktów, obwód ramienia < 23 cm, spożycie < 50% zalecanych ilości białka i kalorii w diecie, nPNA < 1g/kg należnej mc./dobę, stężenie albuminy < 3,8 g /dl, stężenie prealbuminy < 20mg/dl.

Należy skutecznie leczyć wszystkie stany zapalne, ponieważ one nasilają katabolizm białek i mogą być przyczyną braku efektu leczenia niedożywienia [11].

- amyloidozą dializacyjną jest to zaburzenie metabolizmu kostnego i polega na gromadzeniu się głównie w kościach β_2 -mikroglobuliny (składnik amyloidu). Zmiany głównie dotyczą bioder, kolan, ramion, rąk i nadgarstków, a objawy zespołu cieśni nadgarstka (ból, obrzęk, utrata czucia) występują u ponad połowy pacjentów; pierwsze objawy zazwyczaj pojawiają się po 5 latach dializoterapii. Leczenie: stosowanie dializatorów typu high-flux, leczenie chirurgiczne cieśni nadgarstka i rehabilitacja ręki.
- encefalopatia mocznicowa, czyli otępienie dializacyjne może wystąpić, gdy woda używana do dializ nie jest właściwie oczyszczona lub u pacjentów długotrwale leczonych doustnymi lekami zawierającymi glin albo też u osób niedodializowanych. Objawy mogą być wczesne (trudności w mowie) i późne (stałe zaburzenia mowy, trudności w posługiwaniu się przedmiotami, zmiany osobowości, napady padaczkowe). Profilaktyka i leczenie polegają na odstawieniu preparatów zawierających glin, stosowaniu ultraczystej wody, wydłużeniu czasu dializ.
- polineuropatia mocznicowa jest zaburzeniem czynności nerwów obwodowych o charakterze sensoryczno-motorycznym, dotyczącym głównie dystalnych części kończyn dolnych. Objawy: „zespół niespokojnych nóg” (np. po dłuższym siedzeniu uczucie zmuszające do ruszania nogami, co daje chwilową ulgę), następnie zaburzenia

czucia (palenie, drętwienie w stopach, bóle kończyn), mogą wystąpić trudności w chodzeniu i porażenie mięśniowe. Profilaktyka i leczenie: dializy z zastosowaniem hemodiafiltracji [8].

Zachowania prozdrowotne w edukacji pacjenta hemodializowanego

To wszelkie nawyki i czynności, które przyczyniają się do utrwalania i polepszania zdrowia. Ważny element stanowi środowisko, w którym osoba się wychowuje i dlatego każdego pacjenta należy traktować indywidualnie.

Pacjent poddawany leczeniu hemodializami zachowań prozdrowotnych uczy się od personelu stacji dializ, a szczególnie od pielęgniarek, które przeprowadzają edukację zdrowotną. Celem edukacji jest kształtowanie nowego stylu życia chorego, który znacznie różni się od dotychczasowego i zależy od przyjętej określonej postawy chorego wobec zdrowia. Należy edukować także osoby najbliższe dla chorego, ponieważ oni też muszą wiedzieć, jak mogą wspierać chorych i służyć im pomocą w codziennym życiu. Drugim argumentem do takiego postępowania jest rosnąca liczba starszych osób dializowanych, które są mniej świadome swojej choroby. Do omówienia wybranych zagadnień edukacyjnych należy używać prostego i zrozumiałego dla wszystkich języka, a także przekazać informacje w zwartej formie pisemnej. Poprzez edukację zdrowotną chory dializowany ma nauczyć się czynności, które będą podstawą do współpracy z personelem w przeprowadzaniu skutecznego leczenia i będą wpływały na poprawę jakości jego życia.

Zadaniem pielęgniarki dializacyjnej, pracującej na stacji hemodializ jest nieustanna edukacja pacjenta dotycząca typowych zachowań prozdrowotnych:

- obserwacji oraz postępowania z dostępem naczyniowym, jakim jest cewnik czasowy, cewnik permanentny, przetoka tętniczo- żylna
- stosowania diety
- samooceny nawodnienia organizmu, kontrolowania wagi ciała
- rozpoznawania i postępowania w sytuacjach, które zagrażają zdrowiu i życiu (hiperkaliemia, hiperfosfatemia, hipokalcemia i inne)
- kontroli ciśnienia tętniczego
- rehabilitacji ruchowej
- unikania stresu i niepowodowania go

- przestrzegania zasad stosowanej farmakoterapii według zleceń lekarza [12].

Samoopieka nad dostęпами naczyniowymi: przetoka, cewnik

U osób hemodializowanych sprawny dostęp naczyniowy jest skutecznym „narzędziem” ratującym i podtrzymującym życie.

Rodzaje dostępow naczyniowych:

- przetoka tętniczo-żylna (t-ż) wykonana z własnych naczyń pacjenta
- przetoka t-ż wykonana z materiału sztucznego (proteza naczyniowa, graft)
- cewnik permanentny, tunelizowany (długoterminowy)
- cewnik czasowy (krótkoterminowy).

Przetoka tętniczo-żylna (t-ż) z naczyń własnych pacjenta jest najlepszym preferowanym dostępem naczyniowym, polegającym na podskórnym zespoleniu tętnicy z przyległą do niej żyłą. Chory jest wcześniej informowany, że obowiązuje oszczędzanie naczyń krwionośnych niedominującej kończyny i nie może pozwalać na jej klucie, np. w celu pobierania badań, podawania leków.

Sposoby wytworzenia przetoki:

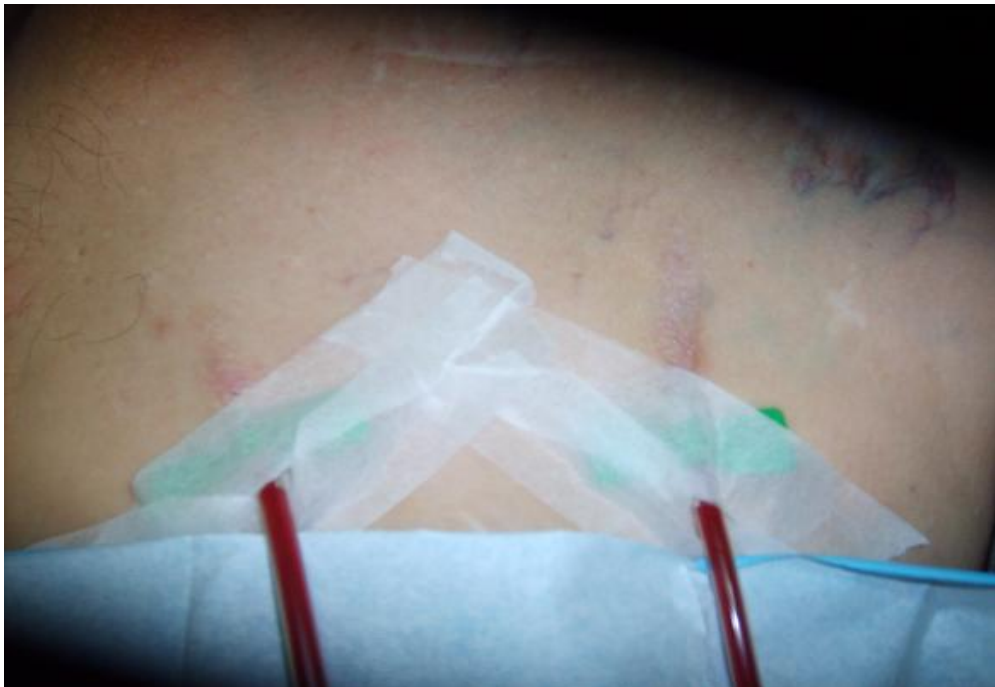
- przetoka klasyczna t-ż Cimino- Brescia (promieniowo-odpromieniowa) jest zespoleniem chirurgicznym boku tętnicy promieniowej z boki najbliższej żyły powierzchownej.



Fotografia 3. Funkcjonująca przetoka promieniowo – odpromieniowa wykonana 29 lat temu (używana po 22,5 rocznej przerwie w dializach). Źródło: ze zbiorów własnych.

- zespolenie w tabakierce anatomicznej
- zespolenie tętnicy promieniowej z żyłami górnej części przedramienia
- z użyciem żyły przeszywającej dołu łokciowego (przetoka Gracza)
- zespolenie końca żyły odpromieniowej z bokiem tętnicy ramiennej (wykonana w okolicy łokcia, przetoka ramiennie- odpromieniowa)
- zespolenie końca żyły odłokciowej z bokiem tętnicy ramiennej i różne jej modyfikacje
- zespolenie końca żyły ramiennej (wypreparowanej z tkanek) z bokiem tętnicy ramien.

W przypadku wykorzystania możliwości założenia przetoki na kończynie górnej można wykonać przetokę na górnej części klatki piersiowej (Fotografia 4) lub na kończynie dolnej.



Fotografia 4. Przetoka z naczyń własnych pacjenta wykonana na klatce piersiowej. Źródło: ze zbiorów własnych.

Pacjent powinien mieć wykonaną przetokę z wyprzedzeniem, najlepiej na 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia dializami, aby była ona już dojrzała i wydolna [13].

Samoobserwacji i samopielęgnacji pacjenta nad przetoką należy uczyć już od chwili wczesnego okresu pooperacyjnego, ponieważ pierwsze 24 godziny są bardzo ważne dla funkcjonowania przetoki t-ż i ten okres wymaga wnikliwej obserwacji.

Pacjent zanim zostanie wypisany ze szpitala powinien nauczyć się osłuchiwania szmeru przetoki uchem i palpacyjnie.

Następnym elementem edukacji jest trening wytworzonej przetoki, który można rozpocząć po usunięciu szwów ok. 2 tyg. po zabiegu. Do ćwiczeń używana jest miękka piłeczka, gąbka, elastyczny przedmiot lub staza (szer.2-3 cm, dł. 1m).

W zależności od stanu naczyń długość czasu treningu jest od 6 tyg. do 3-4 mies.

Pacjenta należy pouczyć, aby:

- w domu samodzielnie badał działanie przetoki kilka razy w ciągu dnia (rano, w południe, wieczorem) oraz po zasłabnięciu; w razie zmniejszonego przepływu albo niesłyszalności, aby jak najszybciej skontaktował się ze stacją dializ
- dbał o higienę ciała, a szczególnie o okolicę przetoki
- zdejmował po 12 godzinach opatrunki zakładane po dializie
- zwracał uwagę na wygląd skóry w okolicy przetoki (jakikolwiek zmiany)
- samodzielnie, właściwie tamował przetokę
- nie nosił obcisłej odzieży, biżuterii na ręce z przetoką, nie bandażował jej, nie dźwigał w niej więcej niż 3-5 kg, nie nosił toreb na przedramieniu, nie mierzył ciśnienia, nie pozwalał nakłuwać żył
- nie spał na ręce z przetoką i nie podkładał jej pod głowę
- chronił rękę przed urazami
- wiedział jak postępować, gdy pojawią się niepowodzenia podczas nakłuwania przetoki

Pacjenta należy poinformować o możliwości wystąpienia powikłań związanych z funkcjonowaniem przetoki i o sposobach postępowania w danej sytuacji. Do najpoważniejszych zalicza się: zakrzepicę, zakażenie, zwężenie (w tych przypadkach można „uratować” przetokę) oraz mogące wystąpić późno: tętniaki i pęknięcie przetoki [14].

Przetoka t-ż sztuczna (proteza naczyniowa, graft)

W sytuacji, gdy nie ma możliwości wykonania przetoki t-ż z naczyń własnych to można wykonać ją ze sztucznego materiału. Protezę naczyniową wszywa się końcami do boku tętnicy i boku żyły. Opracowano protezy syntetyczne i biologiczne, które ciągle są

modyfikowane, ale często dochodzi do ich zwężenia, zakrzepic i zakażeń. Standardowy okres wygajania ok. 2-3 tygodni. Tutaj nie jest potrzebny trening przygotowawczy, ale pacjent musi zachować wzmożony reżim higieniczny. Wskazania do dalszego postępowania pacjenta są takie same, jak w przypadku przetoki wykonanej z naczyń własnych [15].

Proteza hybrydowa GORE to PTFE (politetrafluoroetylen), na końcu ma samorozprężalny stent mocujący koniec dystalny w żyłę i nie ma potrzeby chirurgicznego wykonywania zespolenia, a przepływ krwi w żyłę nie jest zaburzony.

Cewnik permanentny (centralny, tunelizowany)

Kiedy nie można u chorego wytworzyć przetoki tętniczo-żyłnej to następnym stałym dostępem naczyniowym do hemodializy jest cewnik permanentny.

Dotyczy to osób bardzo otyłych, pacjentów z cukrzycą i chorobą naczyń obwodowych oraz chorych z kardiomiopatią. Może być również stosowany jako alternatywa pomostowa u pacjentów ze świeżo wykonaną przetoką do czasu wygojenia i przygotowania do nakłucia.

Najczęściej zakładany jest po stronie prawej do żyły szyjnej wewnętrznej.

Z chwilą założenia zarówno cewnik jak i jego ujście (miejsce, gdzie cewnik wychodzi przez skórę na zewnątrz) wymagają profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i samoopieki ze strony pacjenta.

Do najczęściej występujących i niebezpiecznych powikłań zalicza się:

- zakażenie cewnika
- zakrzepica cewnika
- trudności w drożności cewnika

Pielęgnacja cewnika ze strony pielęgniarki polega na: obserwacji pod kątem powikłań, zmianach opatrunku wokół ujścia cewnika i edukacji pacjenta. Wszystkie czynności przy cewniku należy wykonywać z zachowaniem zasad aseptyki. Opatrunki standardowe powinny być zmieniane przy każdej dializie, a przezroczyste (półprzepuszczalne) raz na tydzień.



Fotografia 5. Cewnik permanentny założony do żyły szyjnej.

Źródło: ze zbiorów własnych.

Celem edukacji pacjenta, jego rodziny, bądź opiekuna jest uzyskanie współpracy z zespołem pielęgniarskim w kierunku zminimalizowania występowania powikłań infekcyjnych. Działania edukacyjne polegają na:

- wyrobieniu nawyków higienicznych u chorego
- uświadomieniu ich pod kątem obserwacji wystąpienia objawów zakażenia i dalszego postępowania
- poinstruowanie pacjenta o obowiązku nakładania maski chirurgicznej przy podłączaniu do dializy i odłączaniu
- zwracaniu szczególnej uwagi chorego na ujście zewnętrzne cewnika
- poinformowaniu o: bezwzględnym zakazie używania cewnika do innych celów niż dializa i manipulacji przy cewniku; zwracaniu uwagi, czy są korki na końcówkach cewnika; zakazie samodzielnego wykonywania opatrunków
- pouczeniu o ostrożności przy zdejmowaniu odzieży celem uniknięcia uszkodzenia lub przypadkowego usunięcia cewnika
- pouczeniu pacjenta, aby nie spał na tej stronie, po której założony jest cewnik
- poinformowaniu o zakazie pomiaru RR na kończynie, gdzie jest cewnik [16].

Niedawno została opracowana alternatywa dla cewnika permanentnego, którą jest zestaw HeRO (Hemodialysis Reliable Outcome).. Proteza jest łączona z tętnicą ramienną,

a drugi koniec jest tunelizowany podskórnie i wyprowadzany na zewnątrz. Hemodializy są wykonywane przez nakłuwanie protezy [15].

Cewnik czasowy (zwykły)

Cewnik czasowy stosuje się celem przeprowadzania hemodializ w nagłych przypadkach u chorych z ONN, w konieczności detoksykacji lub z powodu innych wskazań pilnych.

Najlepsze miejsca do założenia cewnika to: żyła szyjna wewnętrzna, wyjątkowo żyła udowa. Czas użytkowania cewnika czasowego nie powinien przekraczać 3 tygodni. Profilaktycznie jako zabezpieczenie przed infekcją na ujście cewnika można stosować maść z mupirocyną, a do wypełnienia kanałów cewnika cytrynian sodu.

Profilaktyka zakażeń dostępu naczyniowego w trakcie jego użytkowania polega na przestrzeganiu zasad aseptyki i antyseptyki zarówno przez personel jak i pacjentów. Zasady samoopieki i samopielęgnacji dla pacjenta z założonym cewnikiem czasowym są takie same jak przy implantacji cewnika stałego [16,17].

Dieta

Kontrola mocznicy u osób hemodializowanych oprócz stosowania skutecznej dializy polega też na przestrzeganiu właściwej diety i uzupełniającym leczeniu farmakologicznym.

W leczeniu żywieniowym chory powinien odżywiać się racjonalnie, dostarczając organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych w odpowiednich proporcjach i ilościach zawartych w białkach, tłuszczach, węglowodanach, witaminach, pierwiastkach śladowych i wodzie.

Prawidłowa dietoterapia powinna opierać się na badaniach biochemicznych i antropometrycznych, poprzedzonych dokładnym wywiadem żywieniowym z pacjentem.

Dieta osób hemodializowanych o odpowiedniej ilości dobowego zapotrzebowania energetycznego to ok. 35 kcal/kg masy ciała (mc.), czyli ok. 2000-2500 kilokalorii (kcal).

Podstawowe źródło energii powinny stanowić węglowodany złożone, niskoprzetworzone (razowe pieczywo, kasze, ryż, makarony ok. 50 -60%) oraz tłuszcze.

Białko

Pacjenci powinni spożywać białko bogate w aminokwasy egzogenne (lepiej wykorzystywane przez organizm), czyli białko o wysokiej wartości biologicznej, pochodzenia

zwierzęcego. (mięso zwierząt i drobiu, jaja, ryby, przetwory mleczne). Powinno ono stanowić co najmniej 50% dziennego zapotrzebowania.

Należy zachęcać pacjentów, aby prowadzili dzienniczki codziennego spożycia, ponieważ to pozwala korygować popełniane błędy żywieniowe [18].

Potas (K)

Spożycie potasu w diecie jest uzależnione od utrzymywania się resztkowej funkcji nerek.

Pacjenta należy zapoznać z objawami hiperkaliemii (mrowienie w okolicy ust, języka i dłoni; osłabienie mięśni tzw. „nogi z waty”, zaburzenia rytmu serca- niskie tętno), aby nauczył się kontrolować siebie, a w razie potrzeby zgłosił się na stację dializ w celu przeprowadzenia dodatkowej dializy, ponieważ może dojść do zawału serca. Ograniczenia dietetyczne dotyczą zwłaszcza warzyw, które należy podwójnie gotować bez użycia soli.

Schemat postępowania:

- jarzyny rozdrobnić, zalać na 30 min. gorącą wodą (proporcja: 10 części wody na jedną część jarzyn)
- odcedzić i wypłukać pod bieżącą wodą
- zalać warzywa zimną wodą, gotować przez 3 min., odlać, a następnie ponownie zalać zimną wodą i gotować dalej. Takie postępowanie powoduje straty potasu na poziomie 30-60 %.

Podczas gotowania makaronu, kaszy, ryżu, zawartość potasu zmniejsza się o 30-35 %, a w mięsie o 50%. Owoce i warzywa sparzone i głęboko zamrożone zawierają do 30% mniej K, a owoce wekowane lub w puszkach o połowę mniej niż produkty surowe. Na zawartość potasu w diecie wpływa wielkość porcji spożywanego produktu i metoda jego przygotowania.

Do produktów, które prawie nie zawierają potasu należą: miód pszczeli i sztuczny, konfitura, dżem, cukier, majonez, tłuszcze. Pacjenci powinni też ograniczyć spożycie zup (dodatkowa ilość wody, sodu i potasu).

Fosfor (P)

Fosfor pochodzi głównie z produktów zawierających wysokiej wartości białko i ze środków konserwujących żywność. W ciągu 48 godzinnego okresu pomiędzy dializami u pacjentów dostarczany jest fosfor w ilości 1200–1400 mg, a jedna sesja dializacyjna usuwa z organizmu 600–800 mg fosforu.

Fosfor w diecie występuje w 2 postaciach:

- organiczny, znajduje się w białkach i jest słabo przyswajalny
- nieorganiczny, dodawany jest do żywności i napojów jako środek konserwujący, a wchłania się w ok. 90%.

Profilaktyka zaburzeń mineralnych i kostnych dotyczy stosowania diety ubogiej w P, a bogatej w Ca. Taką dietę trudno jest opracować, ponieważ te same produkty, które mają dużo fosforanów, zawierają też dużo Ca, np. nabiał.

Dieta bezfosforanowa nie istnieje, ponieważ sole kwasu fosforowego są szeroko stosowane w przemyśle spożywczym. Pacjent powinien unikać spożywania produktów typu fast food, żywności przetworzonej (np. konserwy, podroby), ryb i mięsa drobiowego, nasion roślin strączkowych, napojów typu cola oraz ograniczyć nabiał: mleko i sery twarogowe. Bezpieczniej jest przyrządzać potrawy ze świeżych produktów w domu, np. mięso ugotować lub upiec w rękawie foliowym.

Tłuszcze

Wysokie stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL we krwi są przyczyną chorób układu krążenia. U osób dializowanych tłuszcze mają pokrywać ok. 30% zapotrzebowania kalorycznego (10% energii może pochodzić z tłuszczów nasyconych).

Pacjent powinien:

- unikać spożywania smalcu, śmietany, tłustych mięs i wędlin, podrobów
- stosować oleje roślinne pochodzące z pierwszego tłoczenia na zimno
- jeść produkty w postaci gotowanej, duszonej lub pieczonej na grillu
- wybierać chude rodzaje mięsa (kurczak i indyk bez skóry, cielęcina, wołowina)
- ograniczyć spożywanie żółtego sera

Sód (Na)

Obecny w produktach spożywczych pokrywa w całości dzienne zapotrzebowanie na ten pierwiastek. Przelicznik: 1 g sodu = ok. 2,5 g soli

Pacjent powinien wykluczyć z diety produkty szczególnie bogate w sód:

- wędliny, wędzone mięso i ryby

- produkty w puszkach i proszku
- sery: żółte, pleśniowe, topione, oscypki
- marynaty, kiszonki
- krakersy, chipsy
- oliwki

oraz powinien dokładnie czytać informacje na opakowaniach produktów spożywczych i nie używać tych, które zawierają glutaminian, węglan lub azotan sodu [18,19].

Witaminy

Chorzy dializowani powinni spożywać lub suplementować następujące witaminy i składniki mineralne:

- kwas foliowy jest zawarty w zielonych surowych warzywach. Dializowani nie mogą spożywać surówek w większych ilościach i ze wszystkich warzyw i dlatego powinni dodatkowo przyjmować tabletki tego preparatu 1mg/dobę.
- witaminy z grupy B są dostarczane do organizmu w produktach pochodzenia zwierzęcego i roślinnego, a ponieważ dializowani mają ograniczenia dietetyczne, więc dochodzi do ich niedoboru. W celu uzupełnienia witamin z grupy B zalecane jest przyjmowanie witaminy B complex.
- witamina C jest zalecana osobom hemodializowanym w dawce 90 mg/dobę.

Pacjentom dializowanym nie zaleca się rutynowej suplementacji witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A,D,E,K), ponieważ u nich często są wysokie stężenia tych witamin. [55].

- aktywne formy witaminy D (np. kalcytriol, parykalcytol) są podawane w celu leczenia wtórnej nadczynności przytarczyc. Stosowane jest indywidualne dawkowanie dla każdego pacjenta [56].
- żelazo (Fe) u osób dializowanych najczęściej podaje się drogą dożylną, ponieważ stosowanie doustne jest zwykle mało skuteczne [57].
- magnez (200-300 mg/dobę)
- wapń (2000mg/dobę łącznie z suplementacją).

Edukacja żywieniowa ma na celu:

- ustalenie zapotrzebowania energetycznego i ilości składników odżywczych w zależności od ograniczeń dietetycznych
- ustalenie z pacjentem produktów spożywczych, które są zalecane, ograniczone bądź niewskazane w diecie
- przedstawienie prawidłowego planowania posiłków
- nauczanie chorego umiejętności samodzielnego doboru potraw na poszczególne posiłki i zmotywowanie go do stosowania diety.

Monitorowanie stanu odżywienia ma na celu zidentyfikowanie pacjentów, którzy są zagrożeni bądź cierpiący na niedożywienie, co wpływa na ich skuteczne leczenie [20].

Nawodnienie organizmu

Utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego jest dla osób dializowanych podstawowym wymogiem do tego, aby uniknąć powikłań związanych z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej. Stan nawodnienia wpływa na przeżywalność chorych.

Odwadniając pacjenta, dąży się do uzyskania u niego tzw. „suchej wagi”(należnej), czyli najniższej, przy której nie występują objawy przewodnienia bądź odwodnienia organizmu i RR nie obniża się poniżej normy.

Dla pacjentów należy indywidualnie ustalać ilość przyjmowanych płynów. Jeżeli chory nie oddaje moczu to nie może przyjąć więcej niż 500 ml dziennie, a przyrost masy ciała między dializami jest dopuszczalny do 2kg.

Ilość wody w organizmie zależy od wielu czynników, takich jak np. wiek, pora roku, rodzaj wysiłku fizycznego, choroby przebiegające z biegunką, wymiotami.

Woda jest dostarczana do organizmu w postaci:

- płynnej
- z pokarmów stałych (400-1200ml/dobę, zależnie od diety)
- z procesów przemiany materii

Prawidłowy bilans wodny obejmujący dobę powinien wynosić zero.

Przewodnienie niekontrolowane prowadzi do niewydolności krążenia, jest przyczyną rozwoju procesów zapalnych i zwiększa ryzyko zgonu. Z tego powodu nagromadzona woda w organizmie jest uważana za jedną z najgorszych toksyn mocznicowych.

Bardzo ważne w procesie odwodnienia jest pojęcie „Refillingu” (napełnianie). Jest to główny mechanizm, który umożliwia przechodzenie wody pozałożyskowej do naczyń krwionośnych. System naczyniowy przez ściany naczyń przeprowadza około 10 ml wody / kg masy ciała w ciągu godziny, a jeżeli zamierzone odwadnianie będzie większe od możliwości „refillingu” (ok. 15 ml/kg/godz.) to może doprowadzić do hipowolemii.

Ustalenie prawidłowej wagi trwa tygodnie, a nawet miesiące i zależy od stanu zdrowia pacjenta.

Pacjent hemodializowany ma wzmożone pragnienie, dlatego powinien wiedzieć jak postępować, aby nie doprowadzać siebie do przewodnienia:

- obserwować siebie na co dzień, kontrolować wagę i mierzyć RR w domu
- znać objawy świadczące o przewodnieniu
- ograniczyć podaż soli w diecie i przyjmowanie płynów
- często płukać jamę ustną wodą (nie połykać) lub pić powoli małymi łykami
- znać proste miary domowe, aby umieć ocenić ilość przyjmowanych płynów (np.: 1 szklanka/kubek 200-250 ml; 1 łyżka stołowa- 15 ml)
- ograniczyć spożywanie zup, słodczy i słodkich napojów.

W grupie pacjentów hemodializowanych do określenia należynej wagi ciała coraz częściej wykorzystuje się obiektywną metodę, polegającą na ocenie stanu nawodnienia organizmu przy użyciu aparatu BCM (Body Composition Monitor) oraz można też wyliczyć wielkość masy tkanki beztłuszczowej i tłuszczowej w organizmie, a to dostarcza danych do oceny stanu odżywienia.

Pacjentów do badania BIA należy wcześniej poinformować o odpowiednim przygotowaniu się po to, aby uzyskany wynik był miarodajny [21].

Ochrona przed zakażeniami wirusowymi zapalenia wątroby typu B i C

Zakażenia te są najczęściej występującymi zakażeniami wirusowymi u pacjentów dializowanych. Przyczynę stanowi obniżona odporność i stałe naruszanie ciągłości tkanek. W grupie osób hemodializowanych te zakażenia przebiegają nietypowo i stanowią problem diagnostyczny i terapeutyczny.

Najczęściej są to zakażenia wewnątrzszpitalne „krzyżowe” przenoszone pomiędzy pacjentami, a uczestniczy w tym personel medyczny nieprzestrzegający zasad sanitarno-higienicznych oraz sami pacjenci. Najważniejszym i najprostszym czynnikiem zapobiegającym zakażeniom jest właściwa higiena rąk, obowiązująca zarówno personel jak i pacjenta dializowanego. Opracowana została standardowa procedura mycia rąk oraz ich dezynfekcji metodą wcierania, której należy nauczyć pacjenta. Obowiązuje wydzielanie pomieszczeń ze stanowiskami dializacyjnymi dla pacjentów zakażonych wirusami zapalenia wątroby typu B i C. Wszystkim dializowanym pacjentom należy przy przyjęciu oznaczyć pełny panel badań wirusologicznych, a następnie co 6 miesięcy powtarzać: anty-HBs, HBsAg, anty-HCV.

W sytuacji, gdy pacjent był dializowany w innym ośrodku lub miał zabieg chirurgiczny, endoskopię itp., to po każdym jego powrocie wskazane jest oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HCV i Ag HBs.

Pacjenta należy poinformować, że zakażenia te nie są przenoszone przez żywność, wodę lub drogą powietrzną.

Osoba zakażona WZW typu B i C powinna wiedzieć, w jaki sposób postępować, aby nie narażać innych ludzi na zakażenia:

- poinformować domowników o zakażeniu
- dbać o higienę osobistą, a zwłaszcza często myć ręce
- posiadać i oznakować swoje przybory i artykuły kosmetyczno-higieniczne
- w miarę możliwości, samodzielnie opatrywać swoje skaleczenia
- informować o swoim zakażeniu przed poddaniem się różnym zabiegom
- nie powinna używać z innymi osobami wspólnych sprzętów, którymi można się skaleczyć
- nie może być dawcą krwi, tkanek i narządów
- osoby często zmieniające partnerów seksualnych powinny zawsze stosować prezerwatywy.

Postępowanie w różnych sytuacjach:

- jeżeli jest stały partner seksualny, uodporniony przeciwko WZW B poprzez szczepienie, to można nie stosować prezerwatywy, a w przypadku WZW C stały partner seksualny powinien poddać się badaniu w kierunku obecności przeciwciał anty-HCV

- powierzchnie i sprzęt zabrudzone zakażoną krwią należy zdezynfekować stężonym roztworem podchlorynu sodowego (np. ACE, Domestos) przez 15 min., a następnie założyć rękawiczki i ręcznikiem jednorazowym usunąć plamy
- bieliznę i odzież, która jest zanieczyszczona zakażoną krwią trzeba najpierw zdezynfekować rozcieńczonym roztworem wybielacza (1: 10) przez 30 min., a następnie dobrze wypłukać w zimnej wodzie i osobno wyprać w temperaturze ok. 90°C
- wannę, klozet i umywalkę należy dezynfekować preparatami, np. ACE, Domestos, w stężeniu określonym przez producenta
- naczynia stołowe i sztucce najlepiej myć w zmywarce w temp. ok. 90°C lub pacjent powinien mieć własne, które należy zmywać osobno w gorącej wodzie z detergentem
- zużyte materiały opatrunkowe osoby zakażonej należy zbierać do osobnego worka foliowego
- zużyte strzykawki i igły stosowane u zakażonych powinny być umieszczone w pojemnikach odpornych na przekłucie i wyrzucone do worka na śmieci
- podczas pielęgnacji osób zakażonych i wykonywanych u nich zabiegów należy używać lateksowych rękawiczek i foliowego fartucha ochronnego [22].

Dbłość o kondycję fizyczną

Wydolność fizyczna osób hemodializowanych zależy wieku, stanu psychicznego oraz chorób współistniejących. Większość pacjentów uważa, że są zbyt chorzy, aby jeszcze ćwiczyć i zwykle wybierają siedzący tryb życia, ale powinni ze swoim lekarzem ustalić plan codziennych ćwiczeń, które będą dostosowane do ich możliwości. Ćwiczenia mogą być prowadzone: w czasie zabiegu HD, w dni wolne od dializ w centrum rehabilitacyjnym, a także w domu chorego. Ćwiczenia w czasie zabiegu HD najlepiej jest prowadzić na początku hemodializy, w 1–2 godzinie trwania zabiegu, ponieważ w dalszych godzinach zabiegu mogą występować powikłania. Ćwiczenia wykonywane są w pozycji leżącej na plecach, półleżącej lub siedzącej. Do ćwiczeń wykorzystywane są np. ergometry rowerowe, piłki, obciążniki. Głównie do tych ćwiczeń należy angażować mięśnie kończyn dolnych i tułowia.

Ćwiczenia nadzorowane w dni wolne od zabiegów HD mogą być prowadzone w centrum rehabilitacyjnym na sali gimnastycznej, basenie, bieżni lub w parku. Pacjent w dzień bez dializ najlepiej się czuje i funkcjonuje i dlatego może pozwolić sobie na większą

różnorodność ćwiczeń fizycznych i używanych urządzeń. Niewskazane są sporty walki i ćwiczenia siłowe.

Do ćwiczeń wykonywanych w domu należą: ćwiczenia oporowe i rozciągające; ćwiczenia stosowane w rehabilitacji sercowo-naczyniowej, np. chodzenie ze stopniowym zwiększaniem odległości i/lub czasu oraz ćwiczenia na rowerze stacjonarnym. Rodzaj i natężenie ćwiczeń powinny być dostosowane indywidualnie do możliwości i ograniczeń wynikających ze schorzeń towarzyszących. Przed każdorazowym przystąpieniem do ćwiczeń i po ich zakończeniu należy: skontrolować RR, poziom glikemii (u osób z cukrzycą).

W celu poprawienia jakości życia pacjentów dializowanych powstał specjalny program treningowy ogólnych ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu. Ćwiczenia te nie są wyczerpujące, czas ich trwania wynosi ok. 45 minut. Wszyscy mogą je wykonywać. Niewskazane są ćwiczenia, które wywołują lub nasilają ból.

Wszystkich pacjentów zawsze trzeba zachęcać do zwiększania aktywności w domu, np. prace porządkowe w domu i ogrodzie, używanie schodów zamiast windy, systematyczne spacerowanie.

Rehabilitacja osób hemodializowanych jest jednym z elementów terapii, która ma pozytywny wpływ na podtrzymywanie w miarę dobrego stanu zdrowia:

- hamuje utratę masy kostnej
- wzmacnia elastyczność, wytrzymałość i siłę mięśni
- poprawia tolerancję glukozy i stan odżywienia
- ćwiczy samodyscyplinę
- redukuje podwyższone RR u osób z nadciśnieniem
- pomaga kontrolować masę ciała
- wyrównuje skutki przewlekłej mocznicy
- zmniejsza depresję i niepokój
- zwiększa niezależne funkcjonowanie w codziennym życiu.

Należy co 6 miesięcy oceniać aktywność fizyczną chorego stosując odpowiednie kwestionariusze do badania, np. kwestionariusz jakości życia SF-36 (ocena własnych możliwości wykonywania ćwiczeń). Brak aktywności fizycznej jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, NT i cukrzycy [23].

Adaptacja do życia z chorobą przewlekłą

Choroba nerek jest chorobą przewlekłą, w której dochodzi do stopniowego, długotrwałego zaburzenia w funkcjonowaniu całego organizmu. Wpływa nie tylko na sferę fizyczną, ale również psychiczną, społeczną, duchową i dlatego do pacjenta należy podchodzić holistycznie. U pacjentów hemodializowanych oprócz lęku i stresu występują zaburzenia snu, problemy seksualne, zmiany psychiczne oraz depresja. Potwierdzono też związek depresji z obniżeniem odporności i niedożywieniem.

Osoby przewlekłe hemodializowane najczęściej przeżywają różne niepokoje związane z:

- długotrwałym leczeniem; muszą ciągle kontrolować własny organizm: stosować się do określonej diety, ograniczyć ilość przyjmowanych płynów, przyjmować systematycznie zalecone leki,
- bólem i okaleczeniem ciała spowodowanym wykonaniem przetoki, wkłuwaniem igieł, zakładaniem cewników, bólami pleców z powodu długiego leżenia w trakcie zabiegu
- niestabilnością w samopoczuciu podczas zabiegu i będąc w domu, ponieważ wraz z czasem wydłużającej się hemodializoterapii nasilają się działania niepożądane zabiegu i uciążliwości somatyczne
- ograniczeniem aktywności, polegającej na rezygnacji z pracy zawodowej, życia towarzyskiego, kulturalnego i rekreacji
- zależnością od innych związaną z proszeniem o pomoc w sytuacjach, gdy sami przestają radzić; oczekiwaniem na transport
- odrzuceniem przez najbliższych i poczuciem osamotnienia poprzez negatywne myślenie, że człowiek chory jest nikomu niepotrzebny
- własną śmiercią.

Natężenie tych emocji zależy od osobowości pacjenta, nastawienia do życia, wsparcia ze strony rodziny, wcześniejszych doświadczeń oraz aktywności życiowej.

Pielęgniarka ze względu na częste bezpośrednie kontakty z chorym, rozmowę, obserwację może ocenić i rozpoznać problemy, potrzeby pacjenta, a przez to wspierać go, aby lepiej radził sobie ze stresem związanym z chorobą i jej leczeniem oraz akceptował siebie z istniejącymi ograniczeniami. Takie działania psychologiczne sprawiają, że osoba chora

przyjmuje nową tożsamość. W tej trudnej dla pacjenta sytuacji życiowej wsparcia należy udzielać jemu i jego rodzinie. Rodzina powinna maksymalnie usamodzielniać oraz aktywizować osobę chorą po to, aby czuła się potrzebna innym i nie oczekiwała biernie na pomoc w każdej sytuacji. Pacjenci, którzy pracują zawodowo zaspokajają potrzeby: materialne, akceptacji, przynależności, znaczenia, a to jest najlepszy sposób w zapobieganiu depresji.

Ważne są 3 rodzaje wsparcia:

- **emocjonalne** - zawiera akceptację chorego przez innych ludzi (serdeczna atmosfera, okazanie troski, cierpliwe wysłuchanie)
- **praktyczne** - udzielanie pomocy w rozwiązywaniu codziennych problemów
- **społeczne** – realizowane przez rodzinę, przyjaciół, personel medyczny; wzajemne wspieranie się pacjentów (tworzenie samopomocowych grup pacjentów).

Otrzymane wsparcie emocjonalne obniża lęk i depresję, a wsparcie praktyczne i społeczne zmniejszają rozdrażnienie i agresję [24].

CEL PRACY

W Polsce obecnie jest 18 tys. osób, którzy korzystają z różnych form terapii nerkozastępczej. Najbardziej rozpowszechnioną jest hemodializoterapia. Zabieg hemodializy polega na usuwaniu toksyn mocznicowych, wyrównywaniu zaburzeń elektrolitowych i kwasowo- zasadowych oraz usuwaniu nadmiaru wody z organizmu. Z takiej stałej formy leczenia korzystają pacjenci, u których doszło do całkowitego zniszczenia nerek.

Dla personelu pielęgniarskiego pracującego na Stacjach Dializ zasadniczym elementem opieki jest profesjonalna i systematyczna edukacja zdrowotna pacjentów, która dotyczy przewlekłej choroby nerek, przebiegu hemodializy i jej powikłań, pielęgnacji dostępów naczyniowych, przestrzegania diety, ograniczenia w przyjmowaniu płynów oraz rehabilitacji.

Poprzez edukację pacjent staje się bardziej świadomy wpływu i odpowiedzialności za swoje zdrowie, jest bardziej chętny do współpracy z zespołem terapeutycznym oraz poprawia się jego komfort psychiczny i jakość życia [2].

Cel pracy:

1. Znajomość objawów ubocznych hemodializy i częstotliwość ich występowania w badanej grupie pacjentów.
2. Ocena wpływu prowadzonej terapii na codzienne funkcjonowanie chorego hemodializowanego.
3. Określenie zachowań zdrowotnych i sprawdzenie stopnia stosowania się do zaleceń.
4. Sprawdzenie gotowości pacjentów przewlekłe dializowanych do samoopieki.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w Oddziale Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach, w okresie od stycznia do marca 2017 roku po uzyskaniu zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych.

W celu oceny zachowań prozdrowotnych i wpływu leczenia hemodializami na codzienne życie pacjentów zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Za narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Badaniem objęto 74 pacjentów leczonych metodą hemodializoterapii.

Materiał był zebrany indywidualnie, drogą bezpośrednich spotkań z pacjentami, po wyrażeniu przez nich świadomej zgody.

Ankiety były dane pacjentom do domu, aby mogli je wypełnić w sposób najbardziej wiarygodny. Tym osobom, które miały trudności z wypełnieniem, służono pomocą poprzez czytanie i zaznaczanie odpowiedzi przez nich wskazanych.

Ankieta zawierała 8 pytań socjodemograficznych, 12 pytań ogólnych oraz 20 pytań szczegółowych.

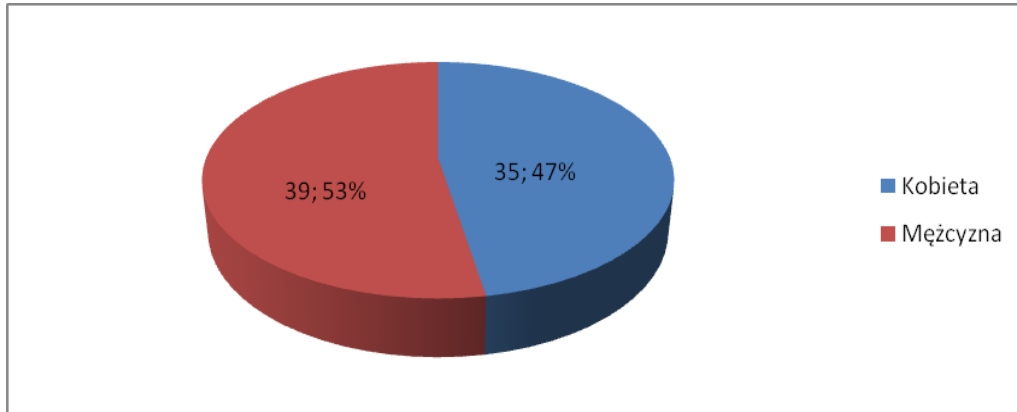
Pytania miały charakter mieszany (otwarty i zamknięty) z alternatywnymi odpowiedziami. Sprecyzowane zostały w sposób jasny, tak aby nie sprawiały trudności w odpowiedzi.

Pacjenci zostali poinformowani, iż ankieta ma charakter anonimowy, a zebrane tą drogą informacje zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Badania poddano analizie ilościowej i jakościowej. Wyniki przedstawiono w postaci rycin i tabel.

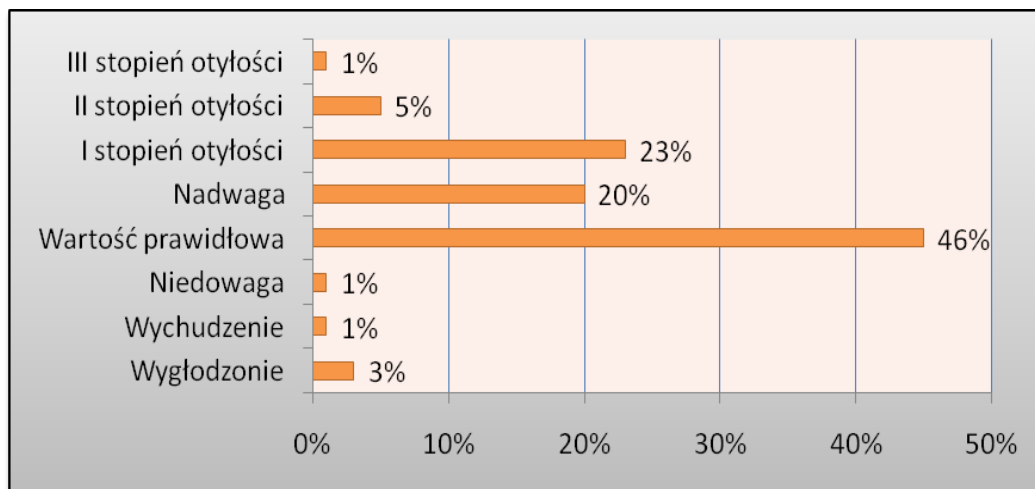
WYNIKI

Charakterystyka badanej populacji



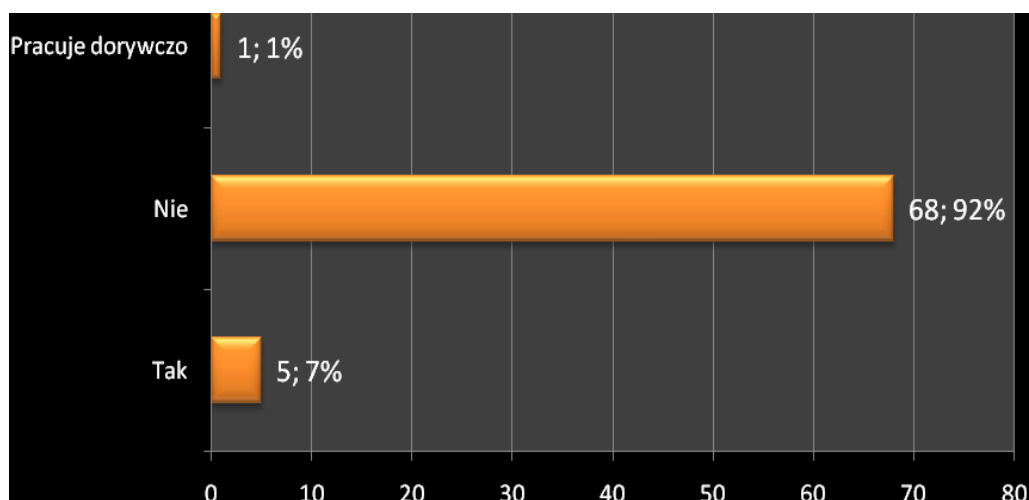
Ryc. 5. Charakterystyka populacji

Badaniami objęto 74 pacjentów stacji dializ w Suwałkach należących do grupy wiekowej 18-97 lat. Kobiety biorące udział w badaniu stanowiły 47% (n=35), natomiast mężczyźni 53% (n=39) (Ryc.5).



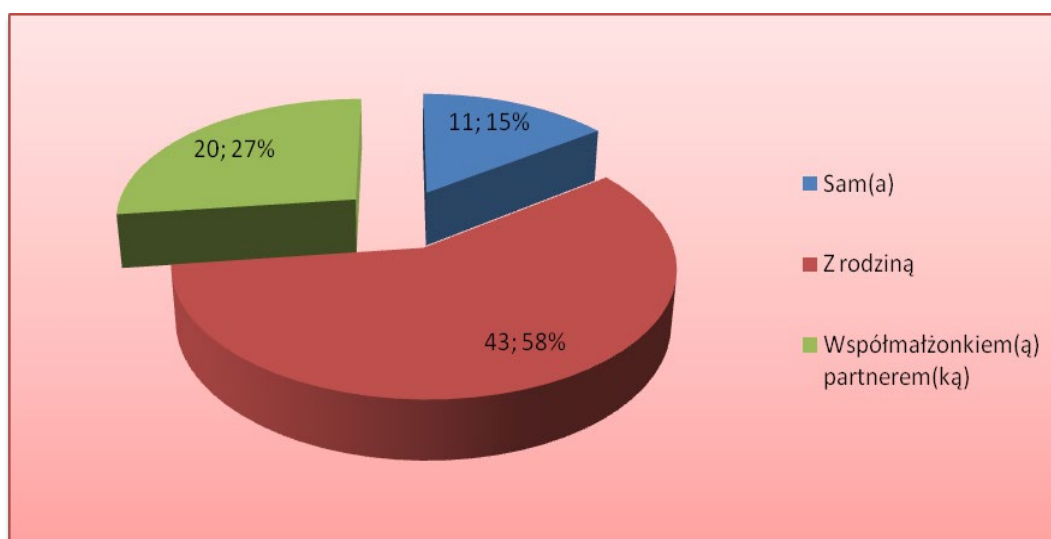
Ryc.6. BMI badanej populacji

Największą grupą badanych były osoby o prawidłowej masie ciała (46%), ale dość liczne grupy, bo prawie druga połowa to osoby z nadwagą (20%) i I stopniem otyłości (23%). Najmniej osób (po 1%) było w grupach z: niedowagą, wychudzeniem i III st. otyłości (Ryc.6).



Ryc.7. Praca zawodowa

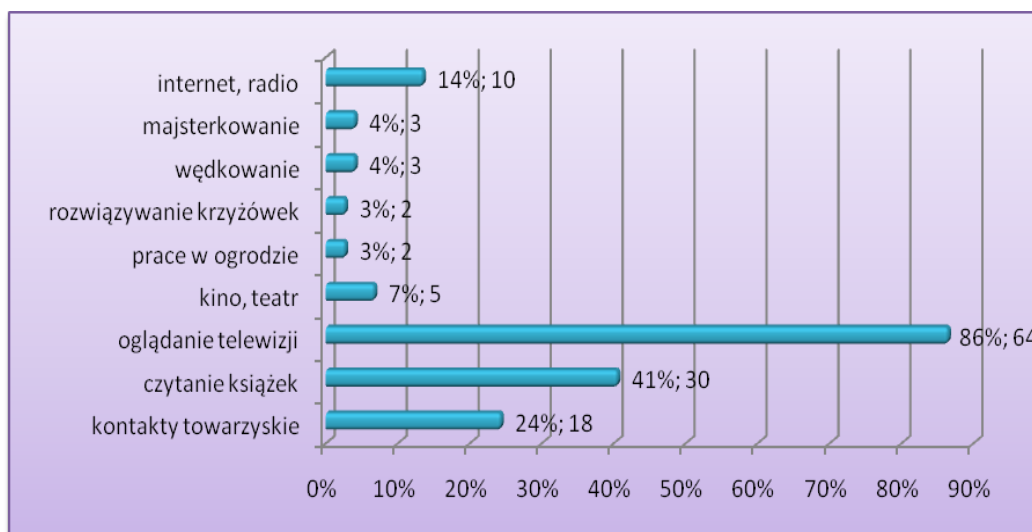
Spośród 74 ankietowanych 68 osób nie pracuje, czyli są na rencie lub emeryturze. Zawodowo pracuje 5 osób, a 1 wykonuje prace dorywcze (Ryc.7).



Ryc.8. Podział badanych ze względu na sposób zamieszkania

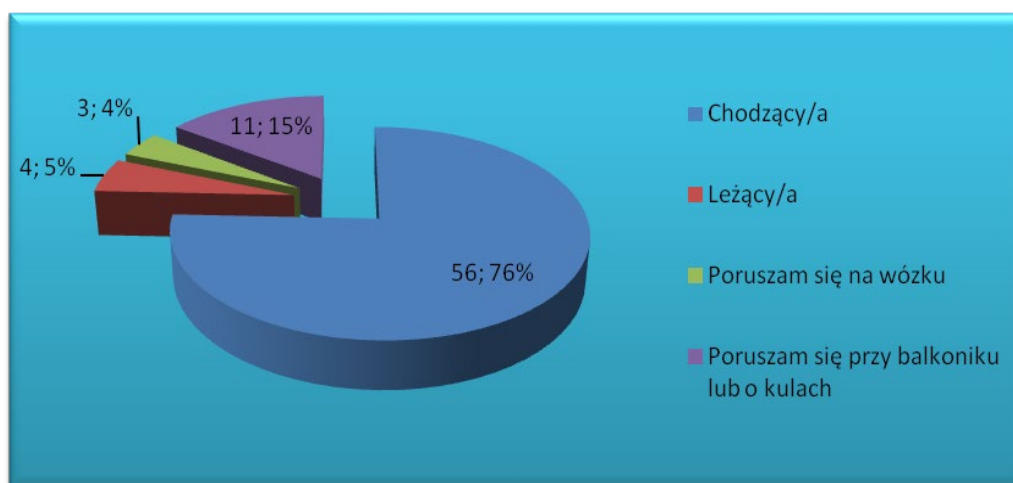
Większość pacjentów hemodializowanych mieszka z rodziną (58%), czyli ma zapewnioną opiekę. Najmniejszą grupą są osoby mieszkające samotnie (15%), a 27% chorych mieszka tylko ze współmałżonkiem lub partnerem (Ryc.8).

Część II – ogólna



Ryc. 9. Spędzanie wolnego czasu.

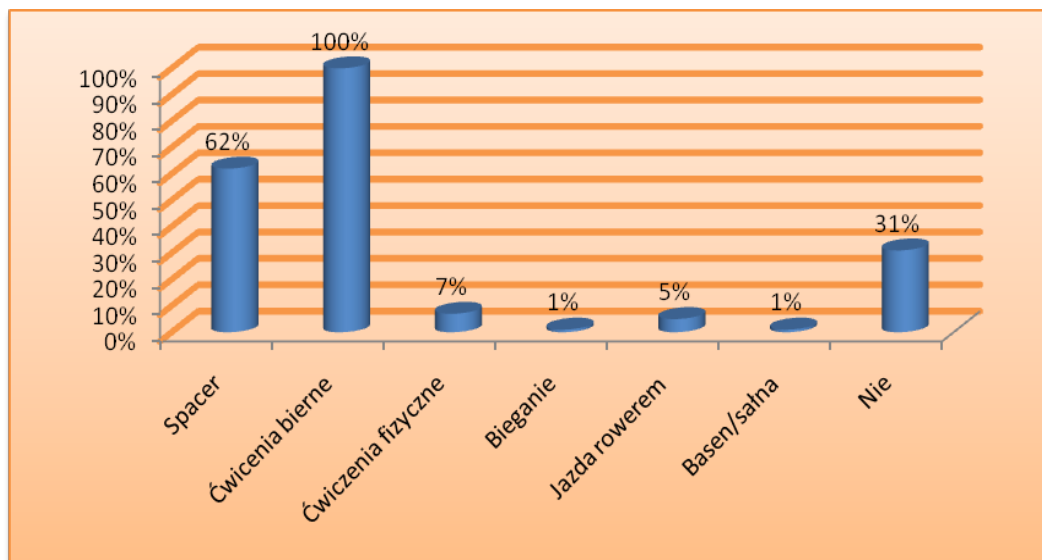
*Przy udzielaniu odpowiedzi była możliwość wielokrotnego wyboru, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.



Ryc.10. Sprawność fizyczna

Ankietowani w większości (86%) odpowiedzieli, że oglądają telewizję. 41% czyta książki, 24% utrzymuje kontakty towarzyskie, a 14% słucha radia lub spędza czas przy komputerze. Do kina lub teatru chodzi 7% osób. Prawie równomiernie najmniejsza liczba osób zajmuje się wędkowaniem, majsterkowaniem (po 4%) oraz pracami w ogrodzie i rozwiązywaniem krzyżówek (po 3%) (Ryc.9).

Zdecydowana większość osób to osoby chodzące samodzielnie (76%). Drugą grupą są osoby poruszające się przy pomocy balkonika lub kul (15%). Chorzy leżący stanowią 5%, a poruszających się na wózku jest 4% (Ryc. 10).



Ryc.11. Aktywność fizyczna

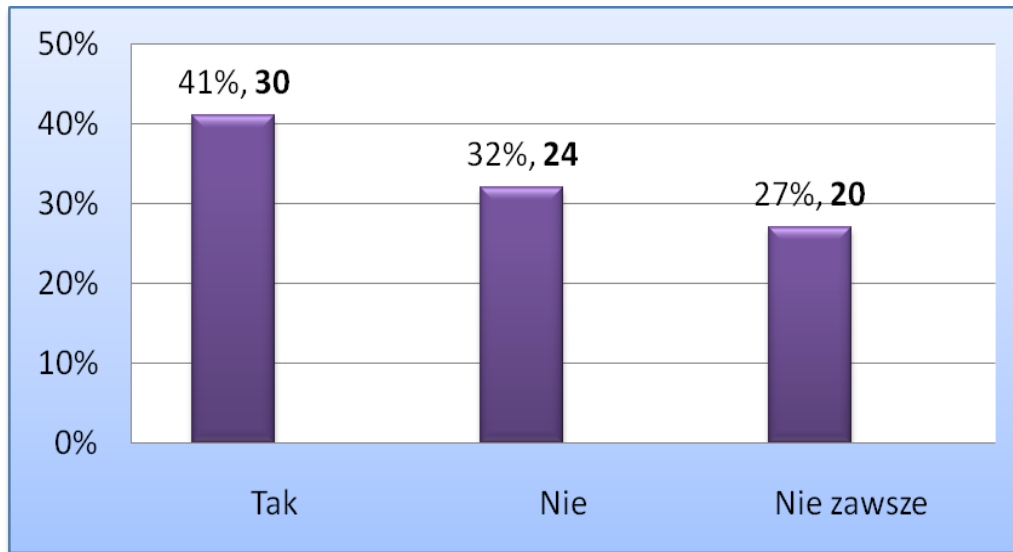
*Przy udzielaniu odpowiedzi była możliwość wielokrotnego wyboru, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najwyższy procent stanowią osoby, które lubią spacerować (62%). Różne ćwiczenia fizyczne wykonuje 7%, a jeździ rowerem 5%. Bieganiem albo korzystaniem z basenu lub sauny zajmuje się po 1%. Prawie 1/3 ogółu dializowanych (31%) nie jest aktywnych fizycznie, natomiast wszyscy pacjenci wykonują ćwiczenia bierne (Ryc. 11).

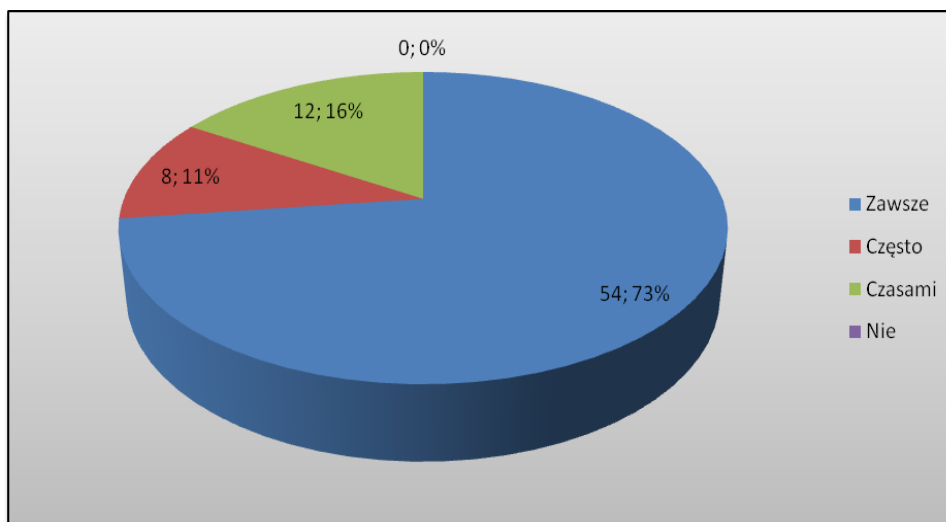
W codziennym życiu samodzielnie funkcjonuje 41% ankietowanych, zaś 32% całkowicie jest zdanych na pomoc ze strony najbliższych. Odsetek 27% osób nie zawsze daje sobie radę w czynnościach dnia codziennego (Ryc.12).

Na pomoc i wsparcie ze swego najbliższego otoczenia może liczyć zawsze 73% chorych, często 11%, a tylko czasami 16% osób (Ryc.13).

Wśród osób hemodializowanych jest 22% palących papierosy, a 78% tych, które nie palą (Ryc.14).



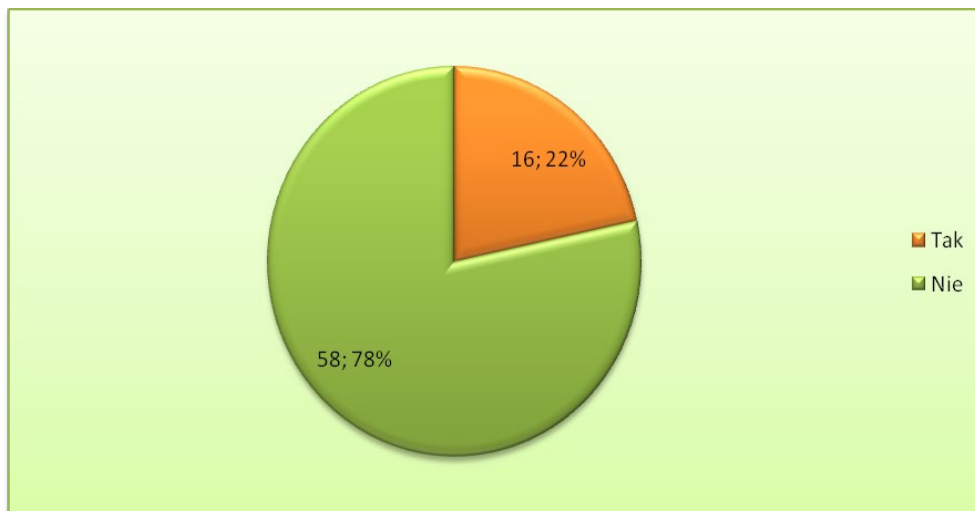
Ryc.12. Samodzielne funkcjonowanie



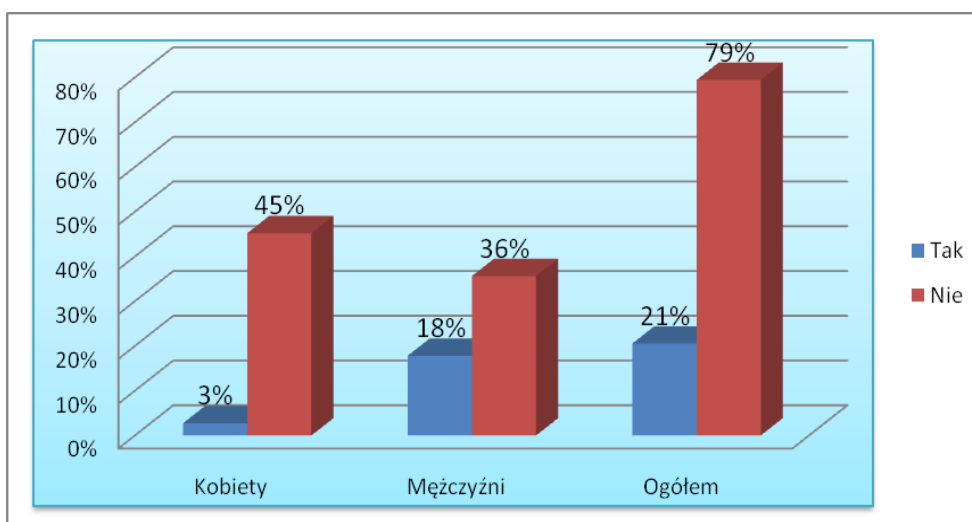
Ryc.13. Wsparcie ludzi z najbliższego otoczenia.

Badania wykazały, że 79% dializowanych nie pije alkoholu, a 21% osób spożywa alkohol. Większość pijących stanowią mężczyźni 18%, zaś kobiety tylko 3% (Ryc.15).

Na podstawie ankiet wykazano, że wśród osób dializowanych jest aż 41% chorych na cukrzycę (Ryc.16).



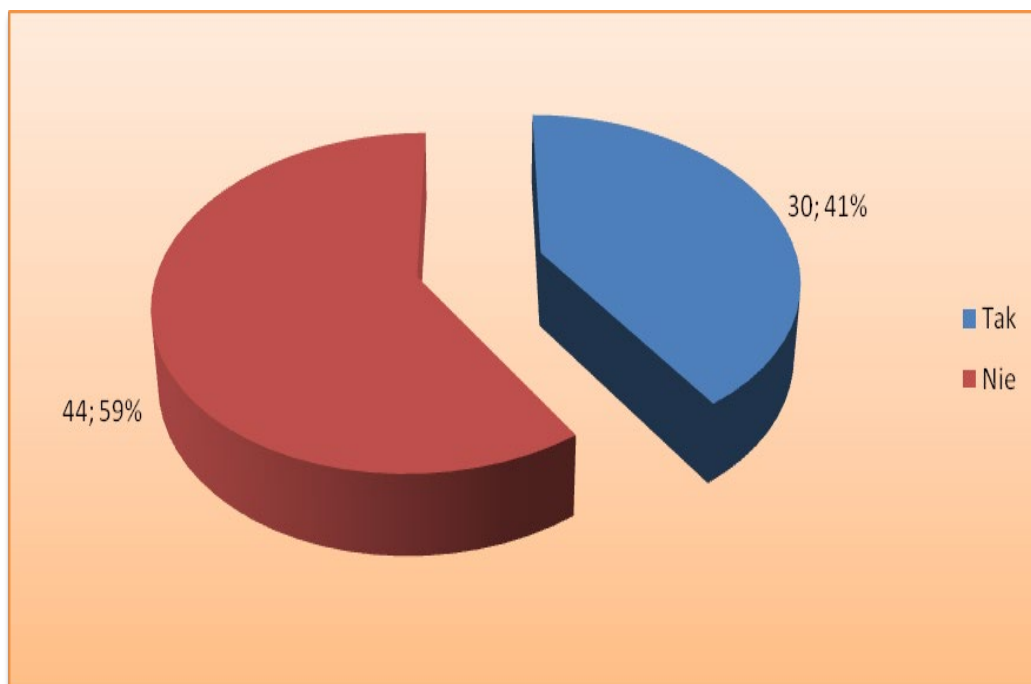
Ryc. 14. Palenie papierosów



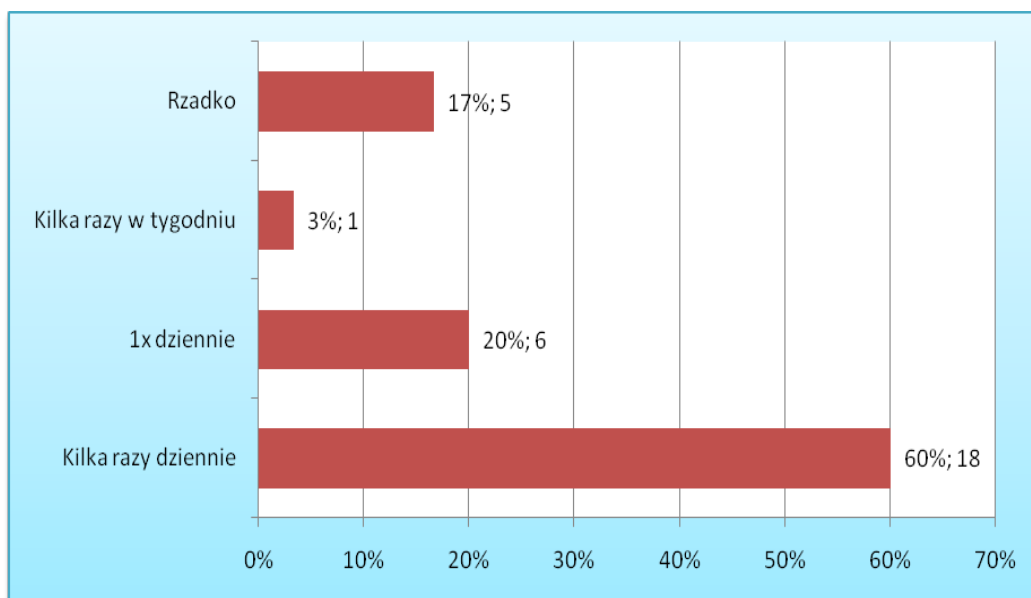
Ryc. 15. Spożywanie alkoholu

Wśród osób chorych na cukrzycę większość z nich (60%) postępuje właściwie i kilkakrotnie w czasie doby dokonuje pomiarów glikemii. 20% osób mierzy poziom cukru we krwi raz dziennie, 3% kilka razy w tygodniu, a 17% wykonuje tę czynność rzadko (Ryc.17).

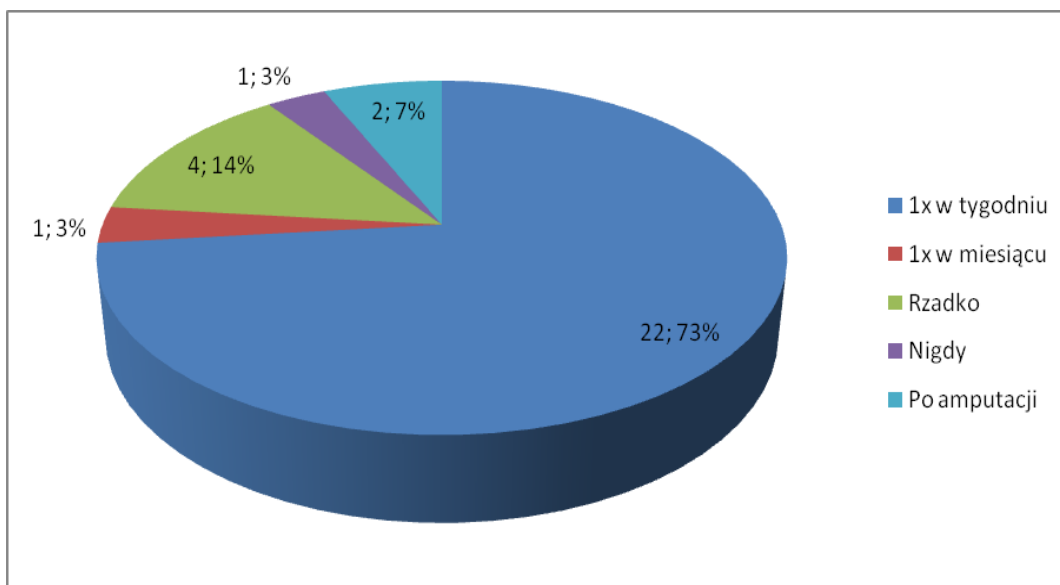
73% respondentów chorych na cukrzycę właściwie postępuje sprawdzając stopy raz w tygodniu. 14% rzadko zwraca uwagę na swoje stopy. Jedna osoba (3%) wykonuje tę czynność raz w miesiącu i 1osoba (3%) wcale nie zwraca uwagi na wygląd stóp (Ryc.18).



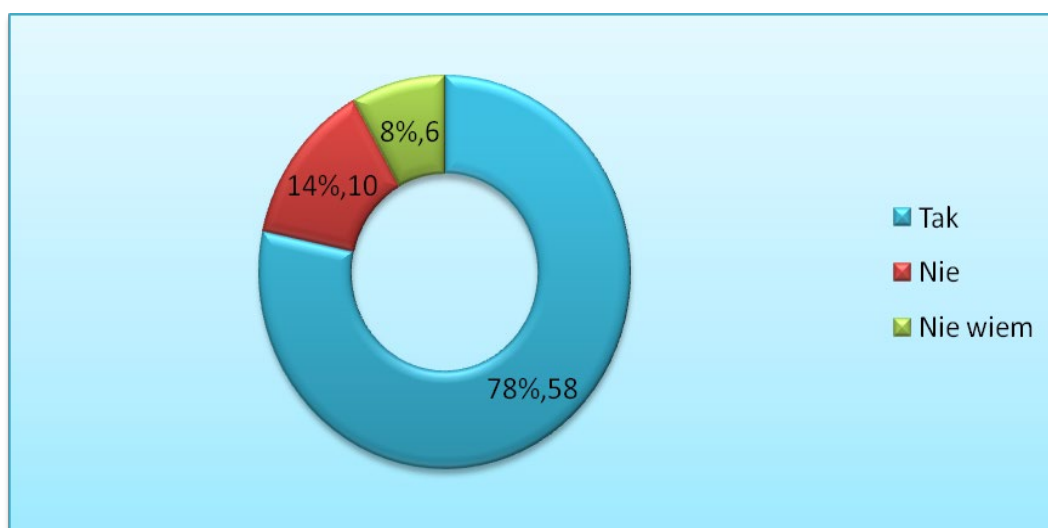
Ryc.16. Występowanie cukrzycy wśród ankietowanych



Ryc.17. Pomiar glikemii przez badanych

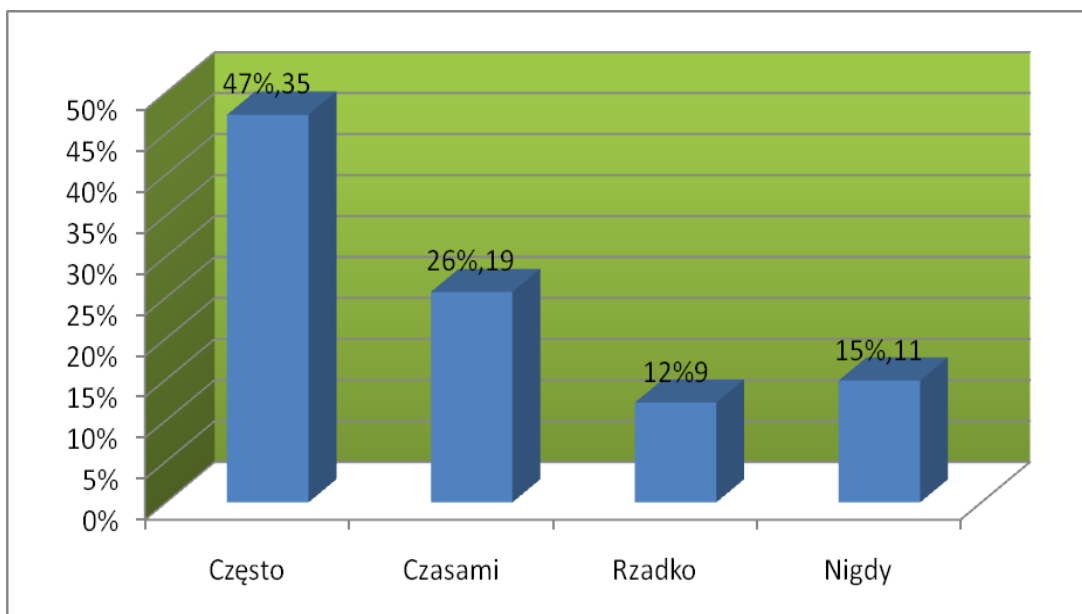


Ryc.18. Oglądanie stóp (zabarwienie skóry, urazy)



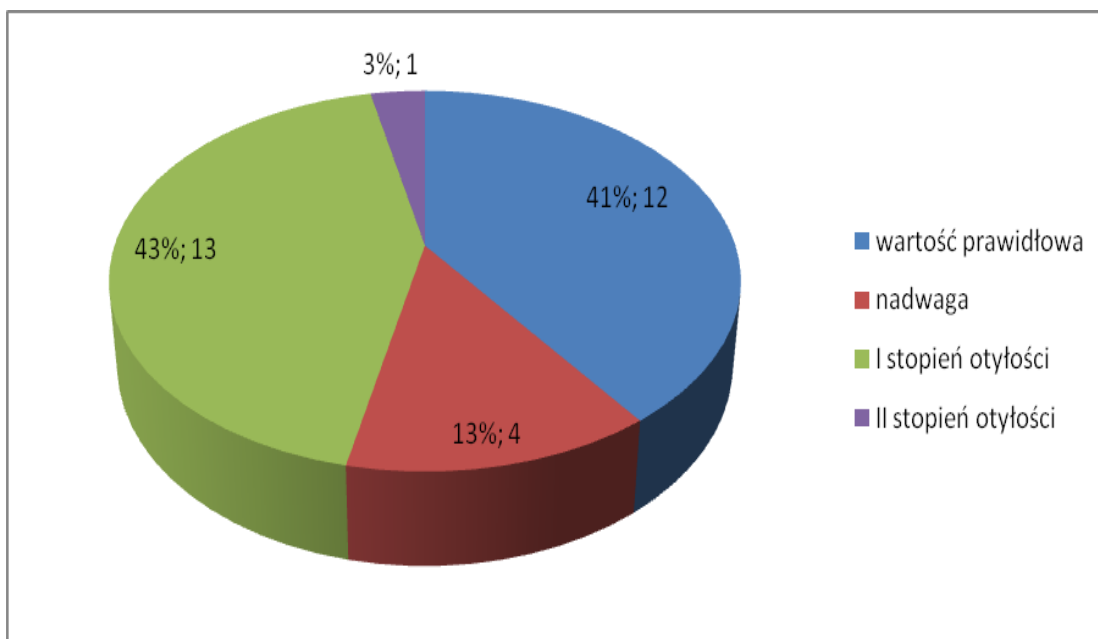
Ryc.19. Występowanie chorób serca i nadciśnienia tętniczego

78% respondentów odpowiedziało, że choruje na serce i/lub nadciśnienie tętnicze, a 8% nie ma orientacji w tym temacie. Osoby, u których nie występują te dolegliwości stanowią 14% ogółu hemodializowanych (Ryc.19).



Ryc.20. Częstotliwość pomiarów ciśnienia tętniczego w domu

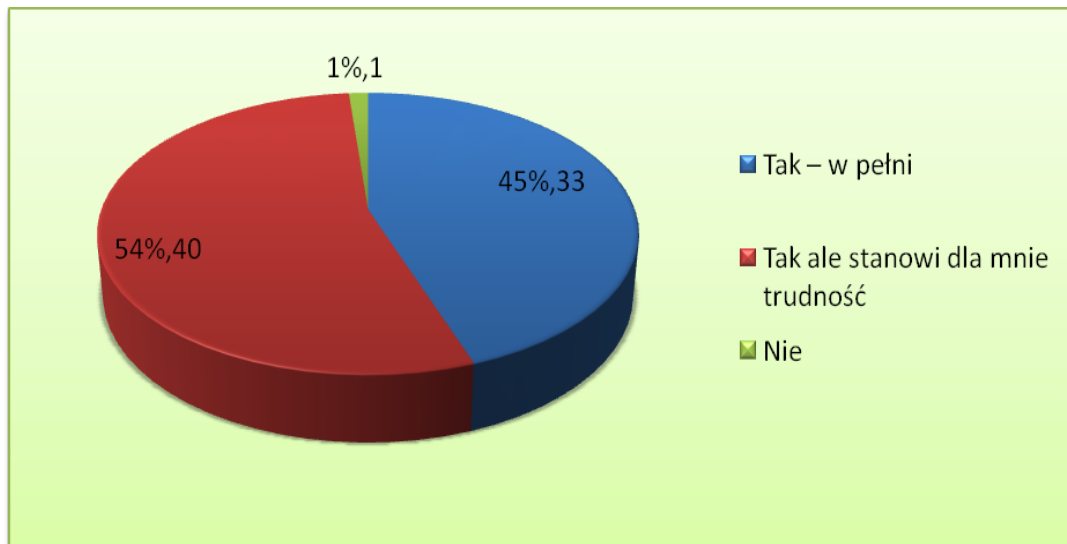
Najwięcej ankietowanych (47%) wykazało wykonywanie tej czynności prawidłowo, czyli często. Grupa osób, która dokonuje czasami pomiaru ciśnienia stanowi 26%. Rzadko kontroluje RR 12% chorych, a 15% nigdy tego nie robi (Ryc.20).



Ryc.21. Występowanie otyłości u pacjentów chorych na cukrzycę

U 60% chorych na cukrzycę występują problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała, ponieważ wśród nich jest 13% osób z nadwagą, aż 43% z I st. otyłości i 3% z II st. otyłości. Prawidłową masę ciała deklaruje 41% osób (Ryc.21).

Część III – dotycząca hemodializy

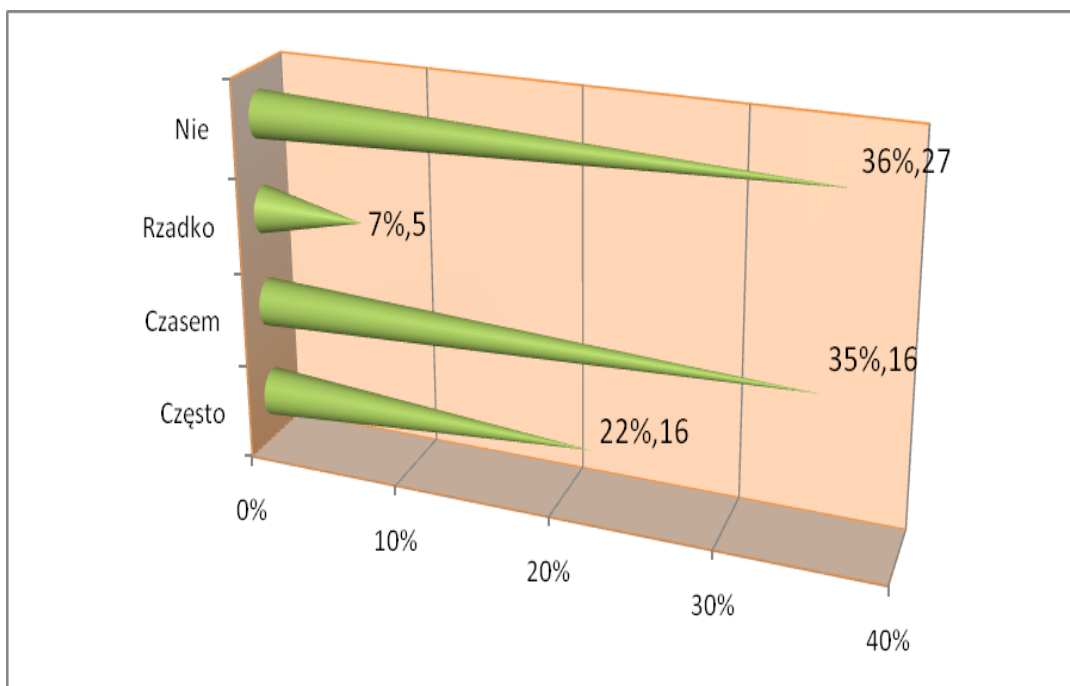


Ryc.22. Akceptacja hemodializy przez respondentów

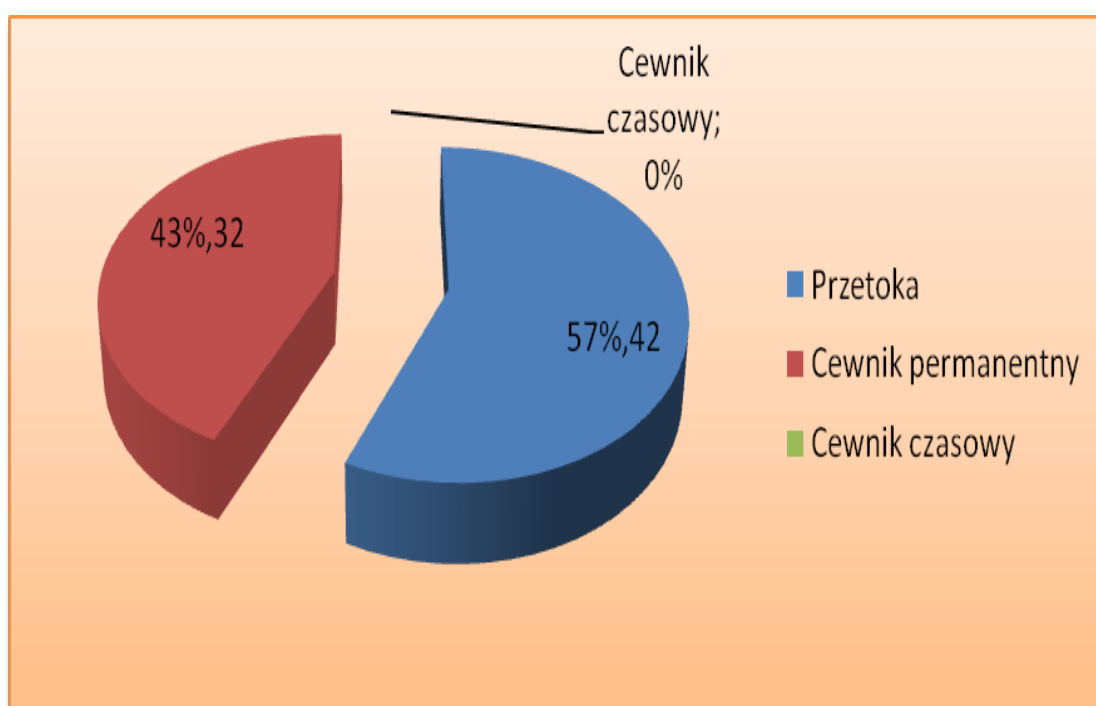
Większość ankietowanych (54%) odpowiedziała, że akceptuje tę formę leczenia, ale stanowi to dla nich trudność, natomiast 45% chorych w pełni pogodziło się dzieleniem życia z dializami. Jedna osoba nie może pogodzić się z tym, co ją spotkało (Ryc.22).

Najwięcej respondentów (36%) odpowiedziało, że dializy nie przeszkadzają im w codziennym funkcjonowaniu. Prawie też tyle samo osób (35%) stwierdziło, że czasem stanowi to dla nich trudność. 22% wykazało, że dializy są często przeszkodą, zapewne związaną z przerywaniem swoich czynności i koniecznością jechania na zabieg. Dla 7% chorych dializy rzadko są przeszkodą (Ryc.23).

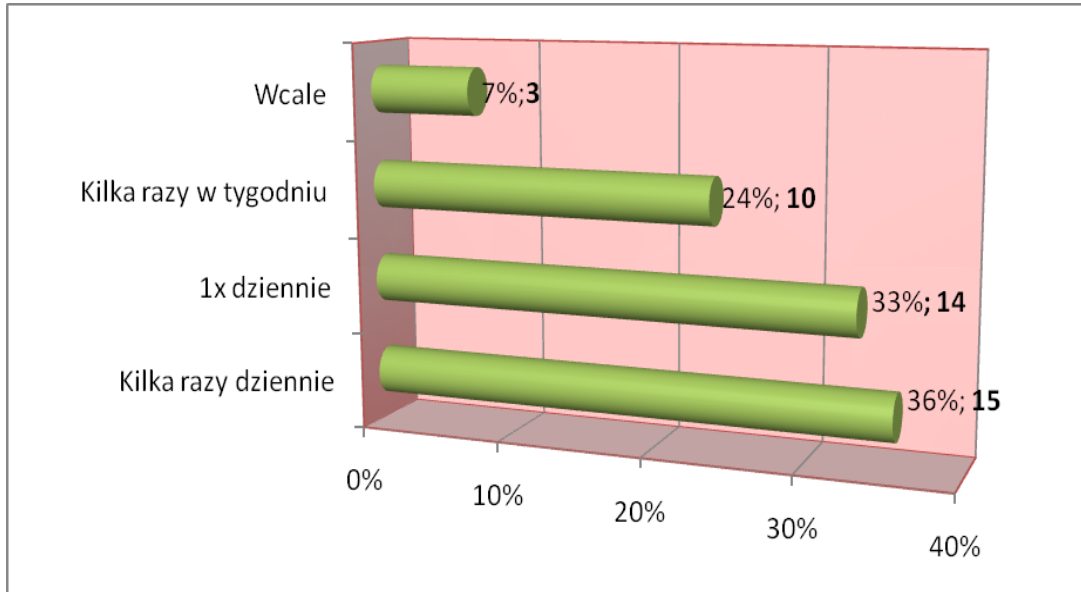
Dostępem naczyniowym u 57% dializowanych jest przetoka, czyli najbardziej optymalny i bezpieczny dostęp powodujący najmniej powikłań. Dla 43% pacjentów założony jest cewnik permanentny, czyli nie było u nich możliwości wytworzenia przetoki (Ryc.24).



Ryc.23. Dializy przeszkodą w codziennym funkcjonowaniu

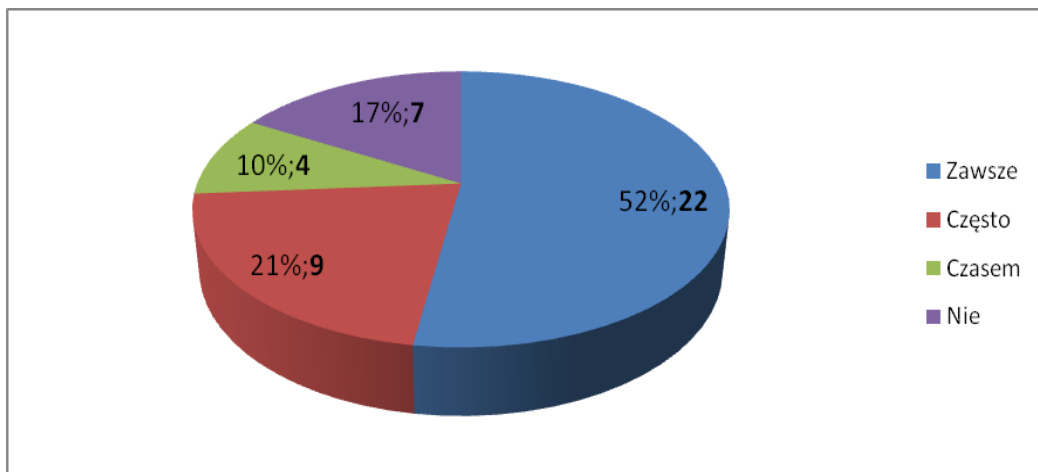


Ryc.24. Dostęp naczyniowy do dializ



Ryc.25. Sprawdzanie działania przetoki

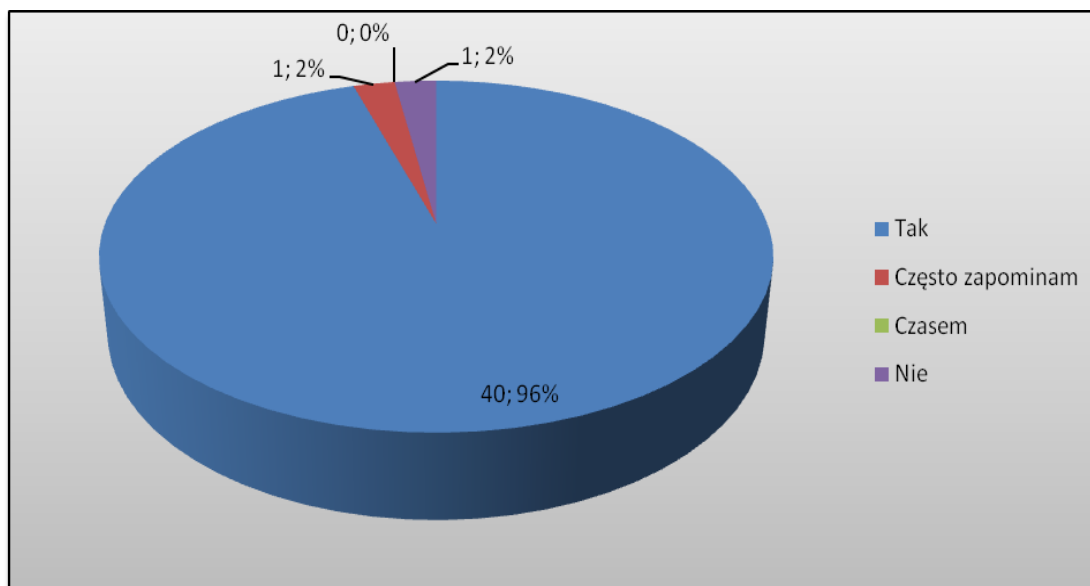
Więcej niż 1/3 pacjentów (36%) odpowiedziała, że działanie przetoki sprawdza kilka razy dziennie, co oznacza że postępują prawidłowo. W trochę mniejszym stopniu o swój dostęp naczyniowy troszczy się następna 1/3 pacjentów (33%), a w minimalnym stopniu dokonuje tej czynności 24%. Trzy osoby (7%) nie zwracają uwagi, co się dzieje z przetoką (Ryc.25).



Ryc.26. Mycie i dezynfekcja przetoki każdorazowo przed oraz po zabiegu

Wśród respondentów jest więcej niż połowa osób (52%), którzy zawsze myją i dezynfekują rękę z przetoką przed i po zabiegu, czyli rozumieją, że takie postępowanie jest

ważnym elementem wpływającym na zminimalizowanie wystąpienia zakażeń przetoki. 21% pacjentów często wykonuje tę czynność, co świadczy o tym, że starają się dostosować do zaleceń. W skali 10% osoby tylko czasem dbają o higienę przetoki i aż 17% chorych wcale tej czynności nie wykonuje (Ryc.26).



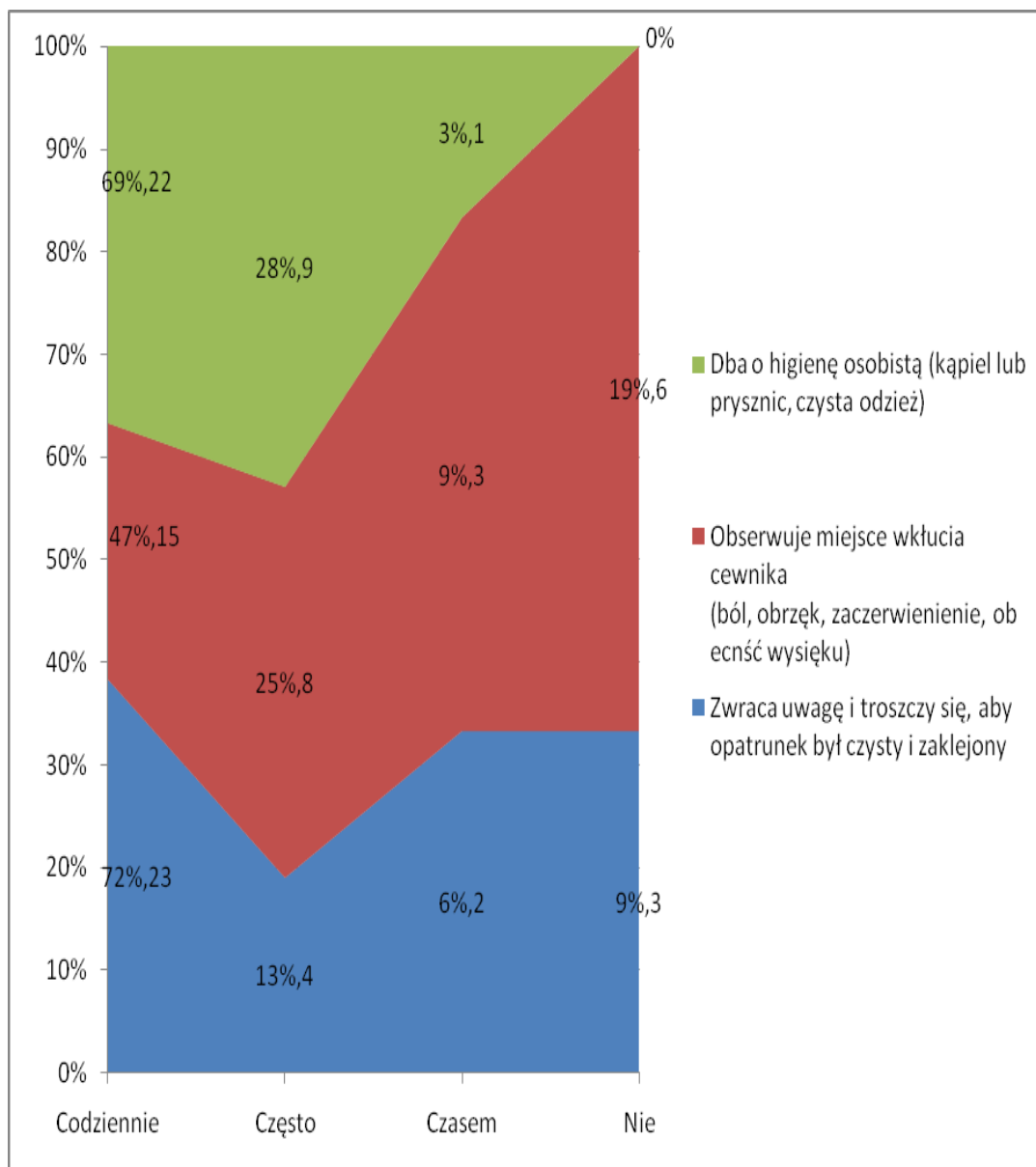
Ryc.27. Dbanie o kończynę z założoną z przetoką

Ankietowani w 96% odpowiedzieli, że troszczą się o przetokę w sposób właściwy, czyli sami nie mierzą ciśnienia na rękę z przetoką oraz gdy znajdują się w innych placówkach służby zdrowia, to nie pozwalają na mierzenie RR i nakłuwanie żył na tej rękę. Dwie osoby nieprawidłowo postępują narażając przetokę na uszkodzenia (zwężenie, wynaczynienie, zatrzymanie pracy przetoki) (Ryc.27).

Wśród osób dializowanych na cewniku prawie 3/4 z nich (72%) prawidłowo troszczy się o opatrunek na cewniku, czyli o jego czystość i zaklejenie. Często zwraca uwagę na wygląd opatrunku 13% osób. Dwie osoby (6%) czasem interesuje się jak wygląda opatrunek, a trzy osoby (9%) nie robią tego wcale.

Drugim elementem, na który pacjent powinien zwrócić uwagę jest obserwacja miejsca założenia cewnika w kierunku wystąpienia zapalenia (zaczerwienienie, ból, obrzęk, wysięk). Tę czynność wykonuje codziennie 47% pacjentów i jest to prawidłowe postępowanie. 25% chorych często obserwuje miejsce wkłucia i jest to też akceptowane. 9% (3 osoby)

w minimalnym stopniu zajmuje się samoobserwacją, a 19 % chorych jest obojętnych na to, co dzieje się z ich cewnikiem.



Ryc.28. Dbanie o cewnik permanentny

Trzecią czynnością, a zarazem najważniejszą w zapobieganiu zakażeniom jest codzienne dbanie o higienę osobistą z czego wywiązuje się 69% ankietowanych. 28% chorych odpowiedziało, że często myje się i zmienia odzież, a jedna osoba (3%) dba o higienę od czasu do czasu (Ryc.28).

Tabela II. Objawy występujące u respondentów podczas dializy.

<u>Objawy</u>	Codziennie		Często		Czasem		Nigdy		Ogółem
	Liczba		Liczba		Liczba		Liczba		
Bóle głowy	2		6		28	38	38	51	100%
Niepokój	3		6		22	30	43	58	100%
Wymioty	0		3		16	22	55	74	100%
Drżenie mięśniowe	2		5		23	31	44	59	100%
Kurcze mięśni	5		18	24	36	49	15	20	100%
Świąd skóry	6		8	11	19	26	41	55	100%
Przyspieszone tętno	3		8	11	18	24	45	61	100%
Obniżone napięcie mięśni	0		4	5	20	27	50	68	100%
Drętwienie kończyn	5		8	11	24	32	37	50	100%
Biegunka	1		4		6		63	86	100%
Utrata przytomności	0		0		7		67	91	100%
Nagły wzrost RR	2		9	12	21	28	42	57	100%

Na pytanie dotyczące występowania niepożądanych objawów podczas dializy uzyskano następujące odpowiedzi:

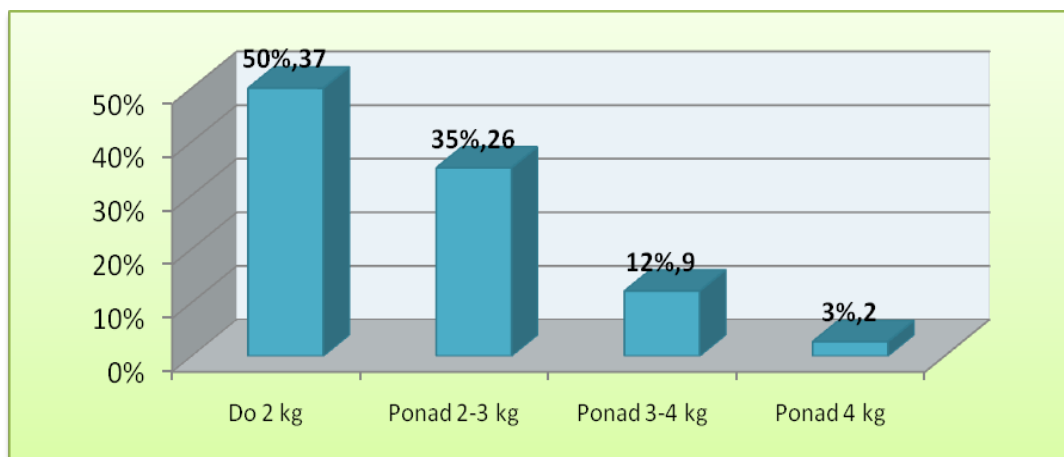
- bóle głowy, najczęstszą odpowiedzią było, że nigdy one nie występują (51%), natomiast w 38% przypadków zdarza się, że czasem występują, a w 8% często; dla dwóch osób (3%) codziennie boli głowa
- niepokój nie występuje u 58% chorych, 30% czasem go odczuwa; u 8% pojawia się często, a 3 osoby (4%) podczas każdej dializy odczuwają niepokój
- wymioty zdarzają się czasem u 22% dializowanych, a prawie 3/4 osób (74%) nigdy nie ma tych dolegliwości; wymioty często występują u 3 osób (4%)
- drżenie mięśniowe nigdy nie występuje u 59% pacjentów, a 31% czasem je odczuwa; u 7% objaw ten występuje często, a u 3% codziennie
- kurcze mięśni czasem występują prawie u połowy dializowanych (49%) , a 24% odpowiedziało, że tą dolegliwość odczuwa często, zaś 7% codziennie, natomiast 20% nie ma tego problemu
- świąd skóry nigdy nie występuje u 55% badanych, zaś 26% osób odczuwa czasem tę dolegliwość, 11% często, a 8% codziennie
- przyspieszone tętno często występuje u 11% chorych, czasem zdarza się u 24%, a codziennie u 3 osób (4%), ale 61% pacjentów nigdy nie ma takich dolegliwości
- obniżone napięcie mięśni nie zdarza się w 68% , zaś odczuwalne jest czasem przez 27% i często przez 5% respondentów
- drętwienie kończyn u połowy pacjentów (50%) nigdy nie występuje, ale czasem odczuwa je 32%, często 11% i 7% codziennie
- biegunka wśród dializowanych należy do rzadkości, ponieważ u 86% nie występuje, u 8% występuje rzadko, 4 osoby (5%) zgłasza, że często ma biegunkę i u jednej osoby (1%) występuje codziennie
- utrata przytomności występuje bardzo rzadko, ponieważ zdarzyło się to czasem u 9% chorych, a u pozostałych 91% nigdy nie wystąpił ten objaw
- nagły wzrost RR u większej połowy pacjentów (57%) nigdy nie występuje, natomiast 28% odpowiedziało, że czasem zdarza się u nich; u 12% chorych często podczas HD występuje nagły wzrost ciśnienia, a dwie osoby (3%) mają z tym problem cały czas (Tabela II).

Tabela III. Wpływ dializ na samopoczucie psychiczne badanych

SAMOPOCZUCIE PSYCHICZNE	Zawsze		Często		Czasem		Nigdy		Ogól- Nie
	Liczba		Liczba		Liczba		Liczba		
Odczuwanie lęku przed złym samopoczuciem podczas dializy	8	11	4	5	14	19	48	65	100%
Zamartwianie się o pogorszenie ogólnego stanu zdrowi	8	11	13	17	33	45	20	27	100%
Odczuwanie smutku, przygnębienia, osamotnienia	8	11	8	11	30	41	28	37	100%
Występowanie zaburzenia snu	6	8	17	23	27	36	24	33	100%
Odczuwanie zmęczenia spowodowane dojazdem na zabiegi	8	11	9	12	21	28	36	49	100%
Zamartwianie się o najbliższych	14	19	24	32	22	30	14	19	100%
Problem z pamięcią	3	4	12	16	25	34	34	46	100%
Zainteresowanie otoczeniem	21	28	21	28	21	28	11	16	100%

Na pytanie: „Jak dializy wpływają na Pana /Pani samopoczucie psychiczne ?” pacjenci odpowiedzieli w następujący sposób:

- odnośnie odczuwanego lęku przed złym samopoczuciem podczas dializy w większości (65%) chorzy stwierdzili, że nigdy ten objaw u nich nie występuje, ale 11% zawsze martwi się, że będzie źle się czuła na dializie; u 19% pacjentów obawa ta występuje czasem, a 5% często ma z tym problem,
- zamartwianie się o pogorszenie ogólnego stanu zdrowia dotyczy prawie 3/4 wszystkich pacjentów, ale ten problem występuje z różną częstotliwością: zawsze występuje u 11%, często u 17% i czasem u 45%, natomiast 27% twierdzi, że nigdy nie martwi się pogorszeniem zdrowia,
- odczuwanie smutku, przygnębienia, osamotnienia dotyczy większości pacjentów i występuje: zawsze w 11%, często 11%, czasem u 41% chorych, a 37% ankietowanych twierdzi, że nigdy nie ma takiego problemu,
- problemy ze snem zgłasza ponad 2/3 ogółu pacjentów, u 8% chorych zaburzenia snu występują zawsze, u 23% często, a u 36% czasem; 33% respondentów nie ma trudności ze snem,
- odczuwanie zmęczenia spowodowane dojazdem na zabiegi zgłasza połowa ankietowanych (51%); spośród nich 11% zawsze odczuwa zmęczenie dojazdami, 12% często, a 28% czasem czuje się zmęczona jazdą; dla 49% dojeżdżanie na dializy nie jest utrudnieniem,
- odnośnie martwienia się o najbliższych, ankietowani wykazali, że w dużym stopniu troszczą się o nich; 19% pacjentów zawsze martwi się tym, żeby najbliższym było dobrze, 32% często ma to uczucie, a 30% czasem o tym myśli; tylko 19% osób nie wykazuje szczególnego zainteresowania bliskimi,
- problemy z pamięcią zgłasza większość dializowanych (54%), w tym 34% odpowiedziało, że czasem im się to zdarza, 16% ma te problemy często, a 4% zawsze, natomiast pozostali (46%) ma dobrą pamięć,
- zainteresowanie otoczeniem przejawia się u 84% ankietowanych; w równej mierze, bo po 28% pacjenci odpowiedzieli na częstość (zawsze, często, czasem) występowania u nich tej pozytywnej cechy, która świadczy o tym, że nie zamykają się w sobie i pragną przebywać z innym ludźmi; tylko 16% wskazało, że nie interesuje się otoczeniem (Tabela III).



Ryc.29. Tygodniowy przyrost wagi między dializami

Połowa pacjentów stwierdziła, że średnio w tygodniu między dializami przybywa na wadze do 2 kg i to jest prawidłowy stan. Pozostali pacjenci przybywają więcej i narażają siebie na gorsze samopoczucie podczas przeprowadzanych zabiegów oraz po ich zakończeniu i do tej grupy należy: 35% , którzy przybywają ponad 2 do 3kg ; 12% przybywających ponad 3 do 4 kg oraz 2 osoby (3%) ze wzrostem wagi między dializami ponad 4 kg (Ryc.29).

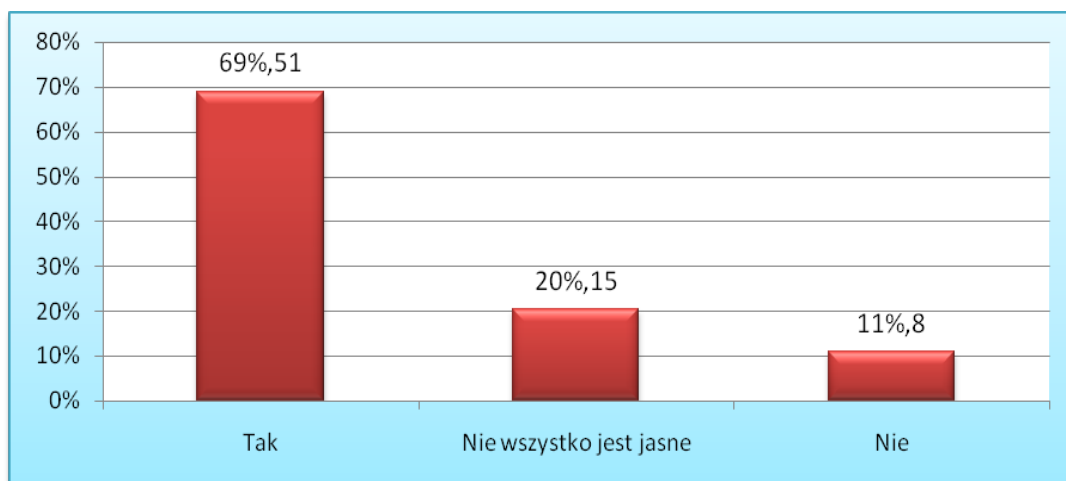
Wszystkim stałym dializowanym pacjentom przekazywane są informacje na temat zasad stosowania diety z ograniczeniem potasu, fosforu i sodu . Na zadane pytanie uzyskano od pacjentów odpowiedź zwrotną z następującymi wynikami: 69% chorych odpowiedziało, że rozumie i zna zasady stosowania diety, w 20% przypadków osoby nie wszystko rozumieją, a 11% twierdzi, że takich zasad nie zna (Ryc.30).

Wśród ankietowanych, którzy rozumieją zasady diety 41% odpowiedziało, że czasami mają trudności w jej stosowaniu, 18 % respondentów deklaruje, iż często ma problem z zastosowaniem właściwej diety, 8% badanych przyznaje, że rzadko ma z tym problem. Natomiast 33% osób wskazuje, że jest im łatwo stosować zalecaną dietę (Ryc.31).

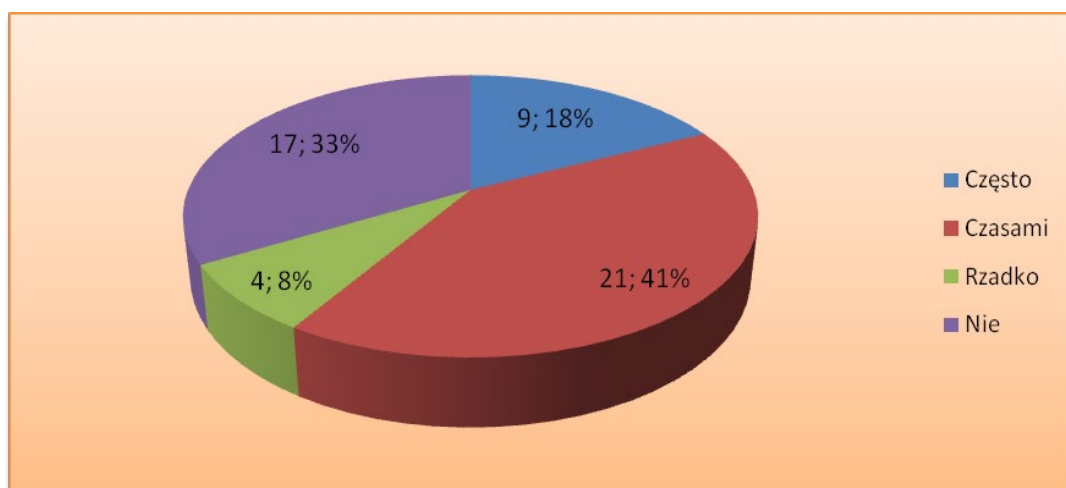
Ankietowani wykazali, że prawie połowa z nich (49%) nie orientuje się, jakie to są objawy uboczne hemodializy. 39% przyznaje, że zna je częściowo, a tylko 12% deklaruje, że objawy uboczne hemodializy są im znane (Ryc.32).

Wśród pacjentów znających całkowicie i częściowo objawy uboczne hemodializy znalazło się 14 osób, które wymieniły poszczególne znane im objawy: najczęściej - 36% wskazało, że jest to ogólne osłabienie; 29% - kurcze mięśni; po 21% deklaruje problemy

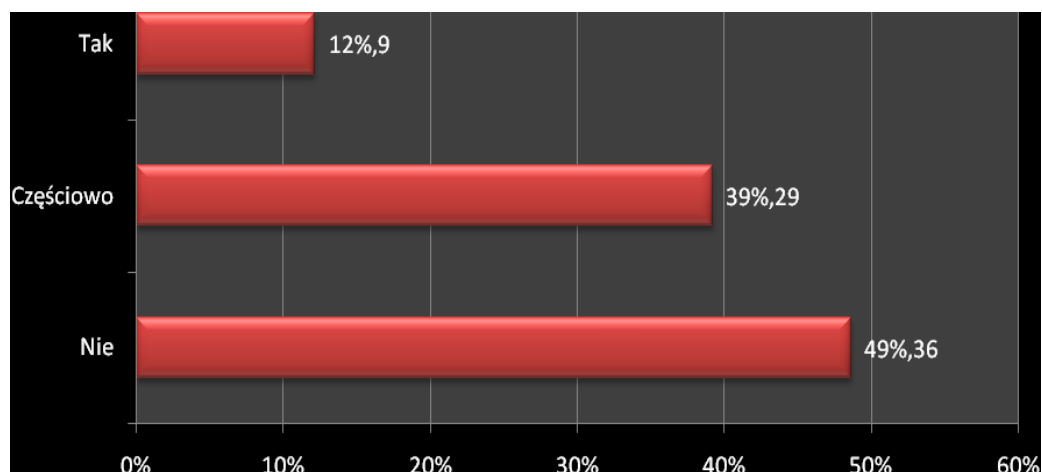
sercowo - naczyniowe i niskie RR, natomiast po 14% opowiada się za bólami stawów/ kości, NT, WZW typu B i C. Pojedyncze osoby (po 7%) do ubocznych objawów zaliczyły: bóle mięśni, drętwienie kończyn, suchość skóry, senność, wydializowanie wapnia i dyskomfort (Ryc.33).



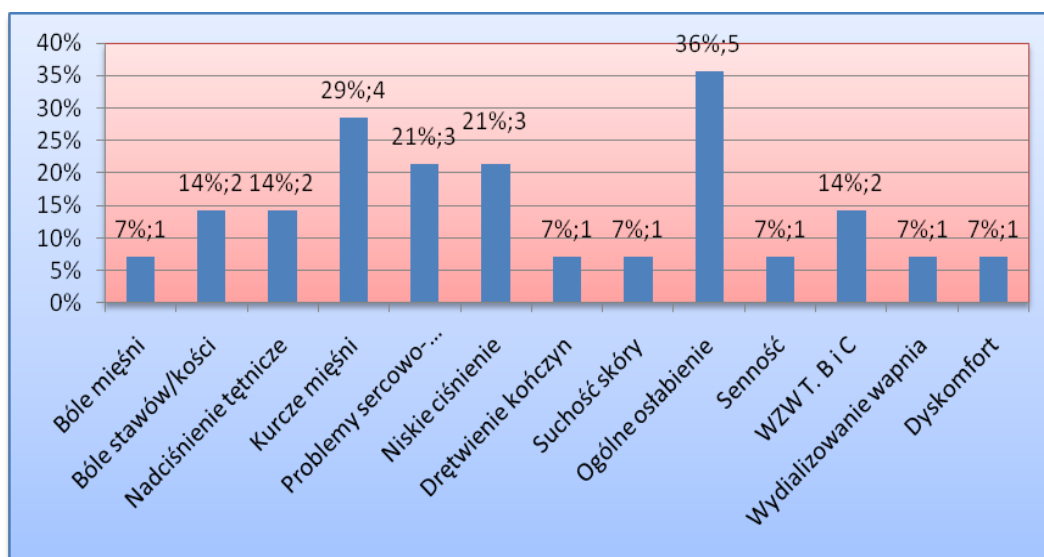
Ryc.30. Znajomość i rozumienie zasad stosowania diety u osób dializowanych z ograniczeniem potasu, fosforu, sodu



Ryc.31. Trudności w stosowaniu diety wśród respondentów, którzy rozumieją jej zasady



Ryc.32. Znajomość objawów ubocznych hemodializy przez respondentów



Ryc.33. Wymienione objawy uboczne hemodializy przez ankietowanych

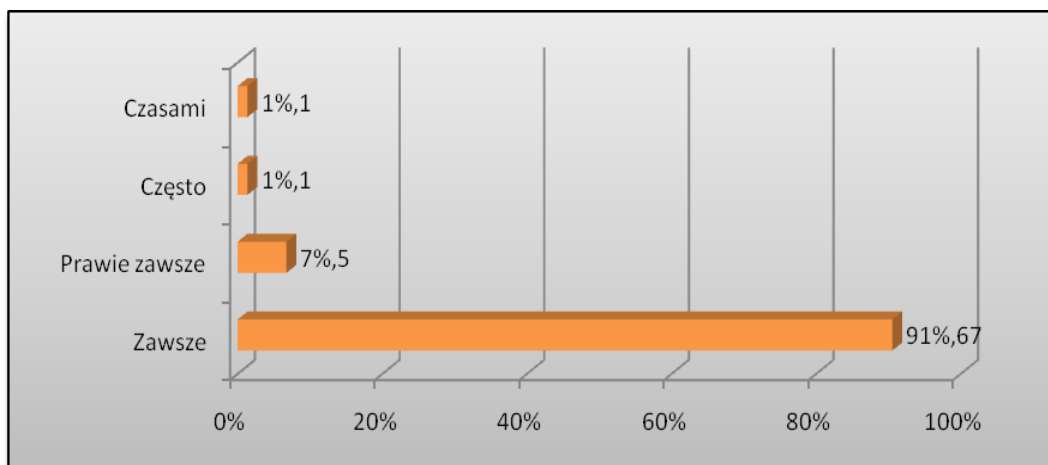
*Przy udzielaniu odpowiedzi była możliwość wielokrotnego wyboru, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Podane zostały niektóre objawy uboczne hemodializy, a ankietowani mieli polecenie, aby zaznaczyć, jakie objawy u nich występują i jak często. Uzyskano następujące odpowiedzi:

- bóle kostno-stawowe występują u 61% pacjentów i są o różnym stopniu nasilenia; 39 % chorych wskazuje, że takie bóle odczuwa często, a u 22% pojawiają się one rzadko; jest grupa osób (39%), którzy nie odczuwają bólów kości i stawów,
- zaburzenia sercowo- naczyniowe jako problem są wymieniane przez 72% ogółu dializowanych; 27% odpowiedziało, że często u nich występują takie objawy, a u 45% zdarzają się rzadko, natomiast u 28% pacjentów wcale nie występują,
- osłabienie związane z niedokrwistością zgłasza 64%, z czego 23% odczuwa często ten objaw, a u 41% zdarza się rzadko; 36% chorych odpowiedziało, że nie występuje osłabienie
- nadciśnienie tętnicze występuje u 70% ankietowanych, z tym, że często zdarza się u 31 % pacjentów, a rzadko u 39% ; 30 % twierdzi, że nie występuje u nich NT
- zespół niespokojnych nóg zgłaszany jest przez 39% respondentów ; ten objaw często występuje u 24% pacjentów, a rzadko u 15% , zaś 61% osób stwierdza, że zespołu niespokojnych nóg nie ma (TabelaIV).

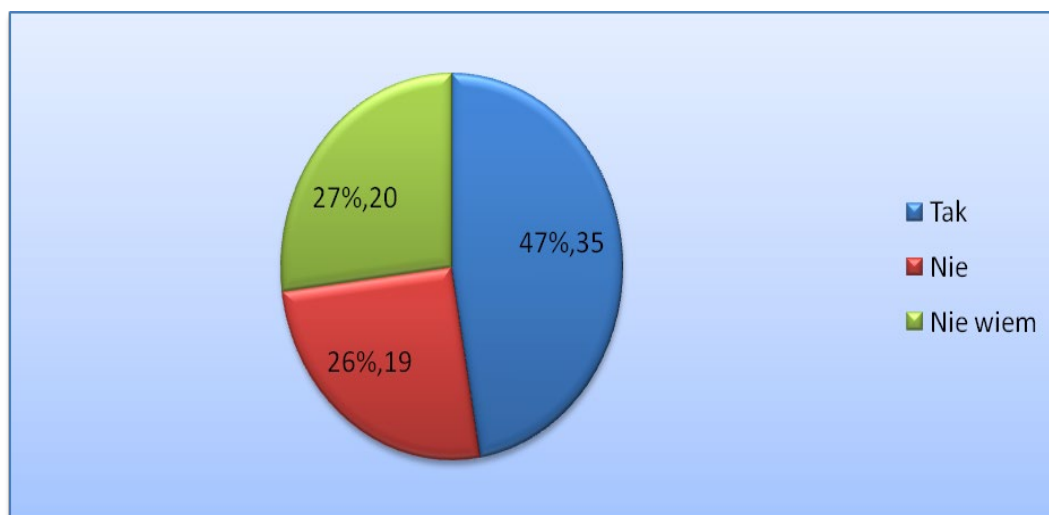
**Tabela IV. Rodzaj i częstość występowania przewlekłych objawów
u dializowanych respondentów**

OBJAWY	Często		Rzadko		Nie występują		Ogółem
	iczbą		iczbą		iczbą		
Bóle kostno-stawowe	29	39	16	22	29	39	100%
Zaburzenia sercowo-naczyniowe	20	27	33	45	21	28	100%
Niedokrwistość (osłabienie)	17	23	30	41	27	36	100%
Nadciśnienie tętnicze	23	31	29	39	22	30	100%
Zespół niespokojnych nóg	18	24	11	15	45	61	100%



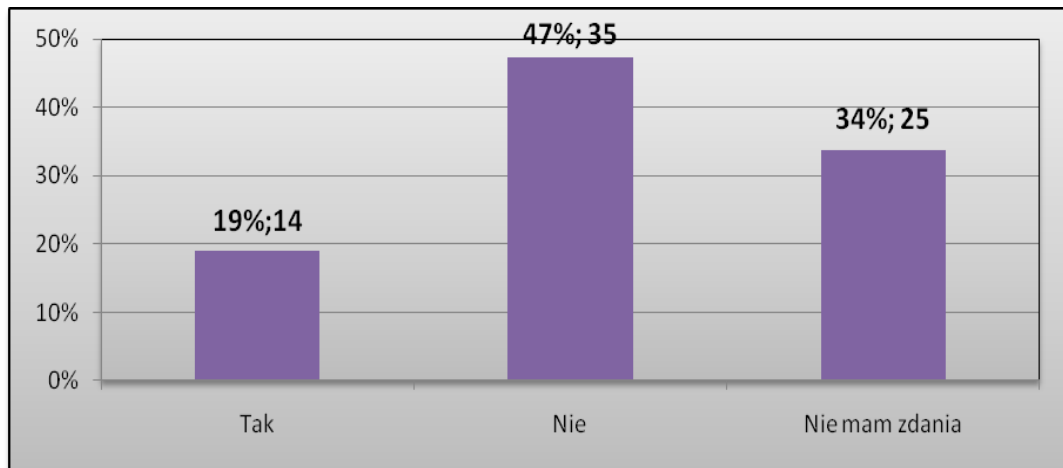
Ryc. 34. Systematyczność przyjmowania zaleconych leków

Systematyczne przyjmowanie zaleconych leków przez osoby dializowane jest podstawą skutecznego leczenia i dobrego samopoczucia. 91% pacjentów wykazało, że zawsze systematycznie przyjmują wszystkie leki, a 7% stwierdziło, że prawie zawsze. Dwie osoby wyraźnie sobie szkodzą, przyjmując leki tylko czasami (1%) lub często (1%) (Ryc.34).



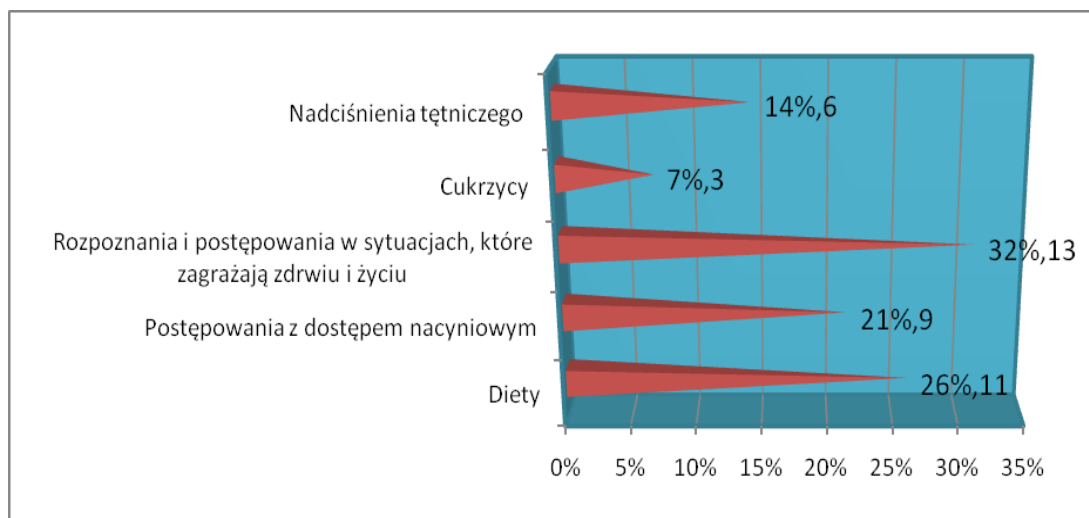
Ryc. 35. Opinia respondentów na temat, czy wiedza jaką posiadają odnośnie leczenia hemodializami jest wystarczająca

Uzyskano następujące odpowiedzi: 47% osób stwierdziło, że posiada wystarczającą wiedzę na temat swego leczenia; 27% nie jest pewna, natomiast 26% pacjentów ma świadomość, że ich wiedza jest jeszcze niedostateczna (Ryc.35).



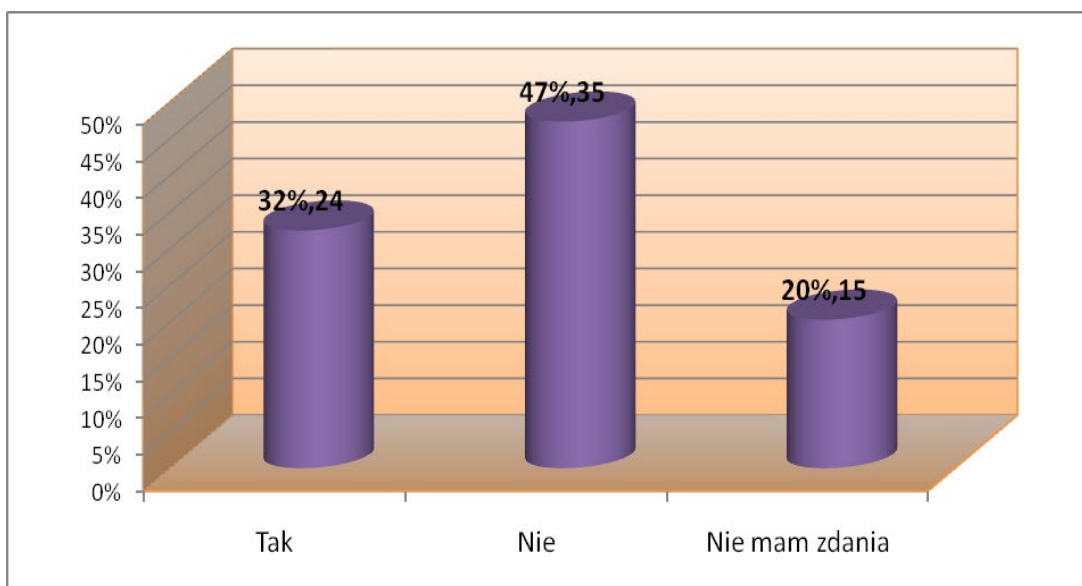
Ryc. 36. Potrzeba uczestnictwa respondentów w zajęciach edukacyjnych

Na pytanie: „Czy Pan / Pani odczuwa potrzebę uczestniczenia w zajęciach edukacyjnych ?” 47% pacjentów odpowiedziało negatywnie, 19% ma potrzebę uczestnictwa w takich zajęciach i chce pogłębić swoją wiedzę na temat swego leczenia, a 34% nie jest zdecydowana (Ryc.36).



Ryc. 37. Wyrażone zainteresowania tematami edukacyjnymi

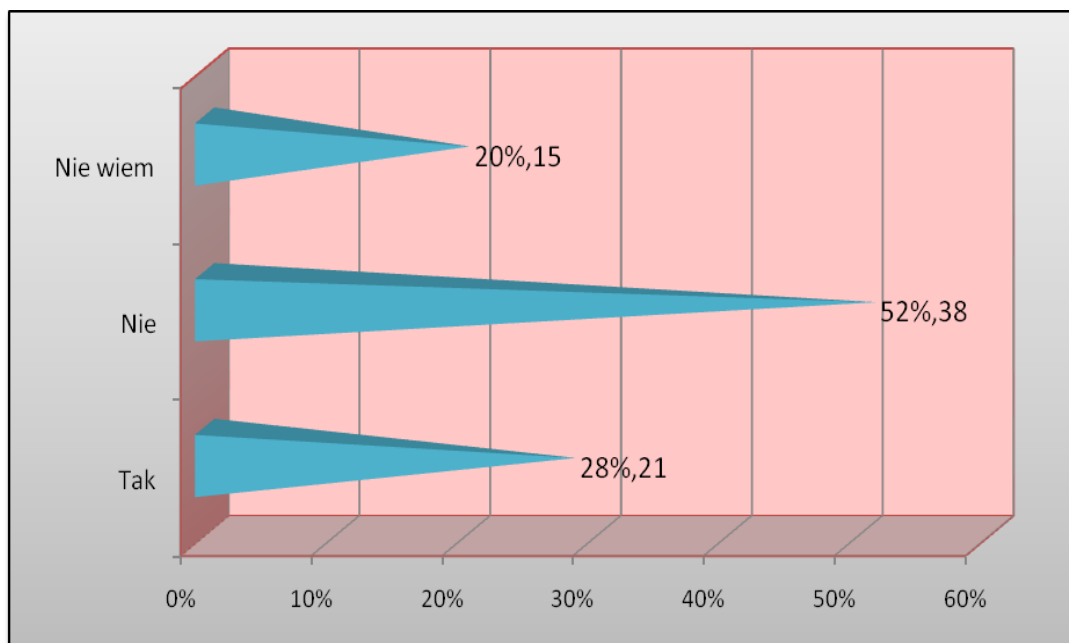
Respondenci mimo to, że nie chcą brać udziału w zajęciach edukacyjnych ostatecznie wyrazili potrzebę edukacji na tematy, które ich interesują. Jest to grupa licząca 42 osoby. Największa grupa stanowiąca 32% chce dowiedzieć się więcej na temat rozpoznawania i postępowania w sytuacjach, które zagrażają zdrowiu i życiu (hiperkaliemia...). 26% chorych interesują zasady dietoterapii. 21% chce zdobyć większą wiedzę na temat postępowania z dostępem naczyniowym. 14% pacjentów interesują problemy z NT i 7% chorych chce zasięgnąć informacji na temat życia z cukrzycą (Ryc.37).



Ryc.38. Zainteresowanie respondentów zorganizowaniem grupy wsparcia osób dializowanych przy oddziale stacji dializ w Suwałkach

Niemal połowa ankietowanych (47%) odpowiedziała, że nie jest zainteresowana zorganizowaniem grupy wsparcia osób dializowanych. Prawie 1/3 pacjentów (32%) jest pozytywnie nastawiona do tej propozycji i chce, aby taka grupa powstała, a 20% osób określiło się jako niezdecydowani (Ryc.38).

Wśród respondentów więcej niż połowa (52%) stwierdziła, że nie ma czasu i chęci, aby brać udział w spotkaniach grupy wsparcia. 28% pacjentów jest chętnych do uczestniczenia w takich spotkaniach, a 20% jest niezdecydowanych (Ryc.39).



Ryc. 39. Określenie czasu i chęci uczestnictwa w gryпах wsparcia

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Dane epidemiologiczne z ostatnich lat wskazują, że co roku wzrasta liczba pacjentów z PChN na całym świecie i dlatego jest to choroba cywilizacyjna. Do głównych przyczyn zaliczane są takie schorzenia jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze, które rozwijają się u coraz to większej liczby ludności. Przewiduje się, że w następnych dziesięcioleciach nastąpi znaczny wzrost pacjentów wymagających leczenia nerkozastępczego. Hemodializa należy do szeroko rozpowszechnionej metody leczenia nerkozastępczego i w naszym kraju obejmuje ponad 90% pacjentów [3].

Pacjent dializowany jest edukowany przez personel pielęgniarski, ponieważ znajduje się w obliczu zagrożenia życia, co wywołuje w nim negatywne emocje, wymaga od chorego zmiany trybu życia, rezygnacji z wielu przyjemności i przyzwyczajęń. Pacjent odczuwa ograniczenia spowodowane brakiem samowystarczalności, co wiąże się z obniżeniem poczucia własnej wartości. Z tego powodu powinien być otoczony holistyczną opieką.

Literatura i prowadzone badania wskazują, że przewlekle chorzy, leczeni hemodializami potrzebują czasu, aby zaakceptować swoją nową sytuację i odnaleźć się w niej, a do tego jest niezbędne wsparcie ze strony otoczenia. W badaniach własnych

wykazano, że na pomoc i wsparcie ze swego najbliższego otoczenia może liczyć zawsze 73% chorych, często 11%, a czasami 16% osób, a badania przeprowadzone przez Kurowską i Weselską potwierdziły zbliżony wynik, że większość badanych wsparcie emocjonalne otrzymało od małżonka - 84%, a od rodziny - 73,9% [25].

Pacjenci, którzy mieszkają z rodziną mają codziennie wsparcie i opiekę od najbliższych, co ma wpływ na jakość ich życia. Badania własne wykazały, że z rodziną mieszka 58%, 27% ze współmałżonkiem lub partnerem, a samotnie 15%. Podobnie jest w badaniach Grochowskiej i wsp., którzy wskazali, że 63% zamieszkiwało z rodziną, 21% ze współmałżonkiem i 16% mieszkało samotnie [26].

Przeprowadzane badania przez naukowców wskazują, że leczenie nerkozastępcze stanowi istotne źródło negatywnych emocji: niepokój, obawa, lęk, zamartwianie się i twierdzą, że pacjenci hemodializowani są grupą bardziej podatną na stres i depresję. W swojej ankiecie postawiłam pytanie „Jak dializy wpływają na Pana /Pani samopoczucie psychiczne?” i otrzymałam inną odpowiedź niż Wajdlich i wsp.[27] odnośnie martwienia się o pogorszenie stanu zdrowia, ponieważ w moich badaniach obawy te (o różnej częstotliwości) dotyczą aż 73% chorych, a u nich 38%. Dalej badania Wajdlich i wsp. [27] wykazują też obawy 48% pacjentów odnośnie reżimu płynowego i dietetycznego. W swoich badaniach mogę stwierdzić, że 50% chorych ma problem z przewadnianiem się, natomiast właściwej diety trudno przestrzegać aż dla 67% tych, którzy rozumieją jej zasady. Moim zdaniem, jeżeli pacjenci mają te problemy, to też wyrażają w ten sposób obawy.

Osoby pracujące zawodowo lepiej przystosowują się do ograniczeń stwarzanych przez chorobę, ponieważ czują się potrzebni, dowartościowani, niezależni finansowo. Ta grupa jest bardziej zmotywowana do walki z chorobą i nie obserwuje się u nich stanów depresyjnych. W badanej grupie chorych 92% pacjentów nie pracuje, czyli są na rencie lub emeryturze; 7% pracuje zawodowo; 1% wykonuje prace dorywcze. W badaniach Dutkowskiej i wsp. stwierdza się, że 55,6% stanowią osoby będące na emeryturze lub rencie [28].

Jednym z elementów zwiększających proces adaptacji do leczenia jest akceptacja choroby. Z moich badań wynika, że 45% chorych w pełni akceptuje leczenie hemodializami, natomiast 54% odpowiedziała, że akceptuje tę formę leczenia, ale stanowi to dla nich trudność, a 1% - 1osoba nie może pogodzić się z tym, co ją spotkało. W badaniach Grochowskiej i wsp. chorobę akceptowało 56% , a tych, którzy nie pogodzili się z nią było

44% [91]. Badania Zielińskiej -Więczkowskiej i Krokowskiej wykazały, że 70% osób akceptowało chorobę, 22,5% częściowo, a u 7,5% nie nastąpiła akceptacja choroby [29].

Chorzy dializowani są w różnym stopniu usamodzielnieni w codziennym funkcjonowaniu, a to wynika z ich niepełnosprawności oraz powikłań dializoterapii. W badaniu przeprowadzonym przeze mnie, w codziennym życiu samodzielnie funkcjonuje 41% ankietowanych, zaś 32% całkowicie jest zdanych na pomoc ze strony najbliższych, a 27% nie zawsze sobie radzi. Badania Kapki – Skrzypczak i wsp. wykazały, że jest 33,3% osób samodzielnych, 50% nie radzi sama, a 16,7% ma ograniczoną samodzielność [30]. Na podstawie tych badań wynika, że lepszą samodzielność w codziennym funkcjonowaniu uzyskują pacjenci z mojego ośrodka.

Ważnym aspektem życia jest spędzanie wolnego czasu i w swoich badaniach ujęłam ten element, który ubogaca osobowość i rozszerza horyzonty zainteresowań. Najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że oglądają telewizję, czytają książki, utrzymują kontakty towarzyskie z rodziną i znajomymi, natomiast badania Grochowskiej i wsp. [26] ukazały zbliżoną oglądalność telewizji, prawie dwa razy więcej osób czytających książki i ponad trzy razy więcej uczestniczących w spotkaniach towarzyskich.

Zachowania prozdrowotne chorych dializowanych to zespół takich czynności, które wpływają na poprawę stanu zdrowia i jakości życia. Do takich zachowań należy obowiązek dbania o dostęp naczyniowy. Najlepszym takim dostępem jest przetoka tętniczo- żylna wykonana z naczyń własnych pacjenta, która jest najbardziej bezpieczna i długotrwała. Pielęgniarka zawsze przekazuje pacjentowi zasady pielęgnacji przetoki, aby miał świadomość, że od jego zaangażowania zależy wykonywanie skutecznych zabiegów hemodializy. W badaniu własnym wykazano, że 69% sprawdza działanie przetoki; 52% zawsze dba o higienę okolicy przetoki.

W badaniach przeprowadzonych przez Grzelewską i wsp. [31] najczęściej przestrzegany zaleceniem jest higiena okolicy przetoki - 87%; 76% sprawdza działanie przetoki.

Porównując te badania, to w moich pacjenci wykazali mniejszą dbałość o higienę okolicy przetoki; mniejsza ilość osób sprawdza działanie przetoki.

Z badań własnych wynika, że dostępem naczyniowym u 57% dializowanych jest przetoka, a 43% pacjentów ma założony cewnik permanentny, czyli nie było u nich

możliwości wytworzenia przetoki. Wajdlich i wsp. wykazują korzystniejszą sytuację, ponieważ 72,7% chorych jest dializowanych na przetocze i 25,8% na cewniku [32].

Aktywność fizyczna u osób dializowanych poprawia strukturę i funkcję układu kostnego, mięśniowego, wpływa na kontrolę RR, cukrzycy i chorób sercowo- naczyniowych, łagodzi objawy depresji i niepokoju. Jeżeli pacjent nie ma wiedzy i zrozumienia na ten temat to jest trudno go przekonać.

Na pytanie wielokrotnego wyboru w badaniach przedstawionych przeze mnie wszyscy pacjenci wypowiedzieli się, że wykonują ćwiczenia bierne, następnie najchętniej spacerują- 62% oraz bardzo mała ilość osób ćwiczy i jeździ rowerem. Badania Grochowskiej i wsp. wykazały, że aktywność ruchowa wykonywana jest o różnej częstotliwości przez 76% chorych [26], a w badaniach Kapki – Skrzypczak i wsp. aktywność fizyczną deklaruje tylko 23,3%, a pozostali nie ćwiczą [30].

Właściwa dieta wpływa znacząco na prawidłowy przebieg dializ, dobre samopoczucie i stan odżywienia. Powinna ona zawierać odpowiednią ilość białka, potasu, fosforu, sodu. Trudno jest ustalić taką dietę. W celu uzyskania informacji jak radzą sobie moi pacjenci zadałam im pytanie, czy znają i rozumieją zasady stosowania diety z ograniczeniem potasu, fosforu, sodu. 69% chorych odpowiedziało, że tak, 20% nie wszystko rozumieją, a 11% nie zna tych zasad. Wśród tych, którzy te zasady rozumieją 41% odpowiedziało, że czasami mają trudności w stosowaniu diety, 18 % często, 8% rzadko, natomiast 33% nie ma problemu. Wajdlich i wsp. w pracy badawczej wykazali, że do zaleceń dietetycznych nie stosuje się 60% pacjentów, a 38,7% je przestrzega [33]. W związku z tym, biorąc pod uwagę pacjentów z przeprowadzonego badania własnego, którzy rozumieją zasady diety, to jest więcej tych, którzy mają problem z przestrzeganiem diety, w porównaniu z wykazanymi badaniami powyżej.

Jedną z metod oceny niedożywienia jest określenie oceny parametrów antropometrycznych BMI. W moich badaniach największą grupę stanowiły osoby o prawidłowej masie ciała- 46%, z nadwagą- 20%, z otyłością- 29%, 5% niedowaga. Dla porównania w badaniach Borka i wsp. [34] BMI było w normie u 55% pacjentów, 16% niedowaga, 19% nadwaga, 11% otyłość. Z badań wynika, że w mojej grupie badanych jest znacznie więcej osób otyłych, a mniej z niedowagą.

Borek i wsp. [34] w swoich badaniach udowodnili też, że niedożywienie dotyczy 40% pacjentów hemodializowanych i jest częstym, groźnym powikłaniem, w dużym stopniu niezależnym od wskaźnika BMI, ponieważ u tych chorych może gromadzić się woda, która będzie zawyżać masę ciała a niedożywienie będzie się rozwijać. Sygnalizują oni, że pierwszym symptomem niedożywienia jest pogorszenie apetytu. Badacze doszli do wniosku, że u dializowanych jest lepsze rokowanie w przypadku osób ze zwiększoną tkanką tłuszczową i BMI powyżej normy. Udowodnili większą przeżywalność tych pacjentów. Teoretycznie z przeprowadzonego badania wynika, że wśród moich respondentów jest więcej osób, które mają szansę na dłuższe przeżycie.

Niestosowanie się w pełni do zaleceń lekarskich przez pacjentów to jeden z najczęstszych powodów niepowodzenia terapii, który może doprowadzić do przyspieszonego rozwoju powikłań. Zalecenia lekarskie dotyczą przyjmowania leków, stosowanej diety, reżimu płynowego i zmiany stylu życia.

W badaniach własnych pacjenci stwierdzili, że 91% z nich zawsze systematycznie przyjmuje wszystkie leki, 7% prawie zawsze, 1% często, 1% czasem, natomiast badania Wajdlich i wsp. wykazują, że ich ankietowani w 43,5 % zawsze przyjmują leki, a 53% nieregularnie [33].

Nadciśnienie tętnicze występuje u ponad 60-80% populacji chorych dializowanych i u chorych na cukrzycę. Jest częstym powikłaniem PChN, a nieleczone powoduje choroby sercowo- naczyniowe i stopniowo niszczy wszystkie układy organizmu. Docelowe wartości RR to <140/90 mmHg. Kontrola ciśnienia tętniczego jest często niezadawalająca.

W mojej grupie badanych stwierdzam, że 78% choruje na serce i/lub nadciśnienie tętnicze, 8% nie orientuje się, 14% nie choruje, czyli dane z literatury tutaj potwierdzają się. Pacjenci kontrolują RR w domu w następujący sposób: 47% często, 26% czasem, 12% rzadko, 15% nigdy nie mierzy. Wśród ankietowanych jest 41% chorych na cukrzycę, a w badaniach Zbrocha i wsp.[35] jest zbliżona ich liczba, bo 38,1%.

Badacze Zbroch i wsp. [35] wykazali, że wśród dializowanych osób chorych na cukrzycę jest wyższy procent otyłości i częściej występuje u nich choroba niedokrwienna serca i NT, niż u pacjentów bez cukrzycy. Można sugerować, że własne badania potwierdziły się z badaniami wyżej wymienionych autorów.

Większość chorych dobrze znosi hemodializy, jednak czasami mogą pojawić się objawy niepożądane, a skutki uboczne wpływają negatywnie na samopoczucie pacjenta, który czuje się ogólnie osłabiony, występują problemy ze snem, stres, zaburzenia apetytu. W mojej ankiecie otrzymałam następujące odpowiedzi w ogólnym ujęciu: kurcze mięśni - 80%, drętwienie kończyn - 50%, bóle głowy - 49%, świąd skóry - 45%, nagły wzrost RR - 43%, biegunka - 14%, wymioty - 26%.

Te niepożądane objawy też ogólnie ujęte, wykazane przez Grochowską i wsp. [26] są następujące: skurcze mięśni - 92%, NT - 78%, biegunka lub zaparcia - 70%, świąd skóry - 62%; brak apetytu, nudności, wymioty - rzadko. Porównując te dwa wyniki wyżej wymienione stwierdzam, że dominują skurcze mięśni i w dość dużym stopniu objawia się świąd skóry oraz NT. W badaniu Grochowskiej i wsp. ukazano, że biegunka lub zaparcia występują aż u 70% pacjentów, a w badaniu własnym biegunka jest u 14%. Taka różnica może wynikać z tego, że u tych chorych występują często zaparcia spowodowane przyjmowaniem leków wiążących fosforany w przewodzie pokarmowym. Badania Dutkowskiej i wsp. wykazały, że do objawów najczęściej występujących podczas zabiegu hemodializy należą: świąd skóry - 20,4%; częste kurcze mięśni - 14,7%; bóle pleców - 15,5% [28]. W badaniach Zielińskiej –Więczkowskiej i wsp. pacjenci odpowiedzieli, że do najbardziej dokuczliwych objawów w trakcie HD należą: wahania RR - 40%, bóle głowy - 12,5%, świąd skóry - 12,5%, kurcze mięśni - 7,5%, ogólne osłabienie - 11,3% [29].

Na podstawie tych wszystkich badań stwierdza się, że do najczęstszych niepożądanych objawów hemodializy należą: skurcze mięśni, nagły wzrost RR, świąd skóry i bóle głowy.

Sen wpływa na regenerację całego organizmu i samopoczucie psychiczne, ale wśród osób dializowanych występują w różnym stopniu zaburzenia snu. W badaniach własnych pacjenci wykazali, że ta dolegliwość dotyczy 2/3 ogółu pacjentów (8% zawsze, 23% często, 36% czasem), a u 33% nie występują. W swoich badaniach Kapka- Skrzypczak i wsp. wykazali, że 50% ma problemy ze snem, a 50% nie, ale twierdzą, że zaburzenia te są też przypadłością podeszłego wieku, a starszych osób jest większość, więc nie muszą być one związane z dializoterapią [30]. Zielińska-Więczkowska i Krokowska wskazują na zaburzenia snu związane z: budzeniem się w nocy - 47,8%; zasypianiem - 25%; bezsennością 22,8% [29].

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonego badania nasunęły się następujące wnioski:

1. Niespełna 1/8 badanych zna objawy uboczne hemodializy, a nieco ponad 1/3 przyznaje, że zna je częściowo i potrafi je wymienić.
2. Najczęstsze objawy uboczne hemodializy występujące u pacjentów to: skurcze mięśni, nagły wzrost RR, świąd skóry i drętwienie kończyn.
3. Po dializach pacjenci zazwyczaj odczuwają ogólne osłabienie, a to ma wpływ na ich codzienne funkcjonowanie.
4. Zachowania zdrowotne pacjentów hemodializowanych odnoszą się do: samopielegnacji dostępu naczyniowych (przetoka, cewnik permanentny), stosowania właściwej diety i reżimu płynowego, uprawiania aktywności fizycznej, kontroli RR i glikemii, systematycznego przyjmowania zleconych leków, przestrzegania zasad higieny osobistej.
5. Pacjenci w różnym stopniu przestrzegają zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych największy nacisk kładąc na: systematyczne przyjmowanie leków- 91%, wykonywanie pomiarów glikemii- 80%, wstrzemięźliwość od spożywania alkoholu - 79% i palenia papierosów – 78%, a najmniejszy na przestrzeganie diety- 33%.
6. Odnośnie sfery psychicznej to pacjenci najczęściej martwią się o najbliższych i o pogorszenie swego stanu zdrowia oraz odczuwają smutek, przygnębienie, osamotnienie.
7. Większość pacjentów ma problem ze stosowaniem odpowiedniej diety.
8. 28% pacjentów jest chętnych do uczestniczenia w grupach wsparcia pacjentów dializowanych.
9. 47% pacjentów stwierdziło, że posiada wystarczającą wiedzę na temat leczenia hemodializami, a 19% ma potrzebę uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych. Najwięcej osób chciałoby dowiedzieć się o sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu oraz o diecie.

Po przeanalizowaniu badań i wysuniętych wniosków określono postulaty:

- Należy postarać się o to, aby przy oddziale powstała grupa wsparcia pacjentów dializowanych.
- Systematycznie prowadzić edukację pacjentów w kierunku prawidłowych zachowań dietetycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Krupińska M., Kliś A.: Edukacja pacjenta dializowanego. II Konferencja Naukowo-szkoleniowa „Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa nefrologicznego”, Szczyrk 23-24 października 2015, 9-11.
2. Rutkowski B., Białobrzaska B.: Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do leczenia nerko-zastępczego [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzaska B., Dębska- Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 64-69.
3. Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek - dziesięć lat w teorii i praktyce. Forum Nefrologiczne, 2013, 1 (6), 63-70.
4. Myśliwiec M., Drabczyk R.: Przewlekła choroba nerek i przewlekła niewydolność nerek [w:] Kompendium medycyny praktycznej - choroby wewnętrzne, pod red. Szczeklik A., Gajewski P. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 701-708.
5. Warzocha A., Liberek T., Rutkowski B.: Kiedy rozpocząć leczenie dializą ?. Forum Nefrologiczne, 2010, 2 (3), 90-94.
6. Chamienia A., Trusewicz W.: Podstawy fizjologii hemodializy. [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa, pod red. Rutkowski B. Wydawnictwo Via Medica Media Sp. z o.o., Wydanie I, Gdańsk 2009, 90- 94.
7. Wańkowicz Z.: Dializa - wczoraj i dziś, przez pryzmat własnych doświadczeń. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2013,2(17), 65-71.
8. Wruk- Złotowska A., Dębska- Ślizień A.: Powikłania hemodializy [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzaska B., Dębska- Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 123-135.
9. Drożdż D.: Przerost lewej komory mięśnia sercowego. Dializa i Ty, 2016, 1 (27), 17-18.
10. Wróblewski K.: Przewlekła choroba nerek a zaburzenia mineralne i kostne. Żyj Aktywnie, 2009, 4, 20-23.
11. Rutkowski B., Małgorzewicz S., Łysiak-Szydłowska W. i wsp.: Stanowisko dotyczące rozpoznawania oraz postępowania w przypadku niedożywienia dorosłych chorych z przewlekłą chorobą nerek. Forum Nefrologiczne, 2010, 2 (3), 138-141.
12. Wiśniewska B., Jaroszewska C.: Hemodializa - zadania pielęgniarki wynikające z istoty zabiegu. Pielęgniarka i Położna, 2008, 10-11, 30.
13. Kawecka A., Białobrzaska B., Kliś A.: Dostęp naczyniowy. [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa, pod red. Rutkowski B. Wydawnictwo Via Medica Media Sp. z o.o., Wydanie I, Gdańsk 2009, 111-122.

14. Białobrzaska B., Kliś A.: Samoopieka nad dostępem naczyniowym do hemodializy [w:] Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy, pod red. Białobrzaska B., Kliś A. Wydawnictwo Via Medica Sp. z o.o., Wydanie I, Gdańsk 2009, 62-67.
15. Głowiński J., Głowińska I., Małyszko J.: Od przetoki tętniczo-żylną do operacji hybrydowych. Udział chirurgii naczyniowej w rozwoju dializoterapii. Forum Nefrologiczne, 2012, 2 (5), 110-117.
16. Kliś A.: Permanentny cewnik do hemodializy - opieka pielęgniarska. Konferencja „Model opieki koordynowanej nad pacjentem z chorobą przewlekłą”, Szczecinek 15-16 kwietnia 2016, 2-4.
17. Ratajewski W., Małyszko J.: Czasowy dostęp naczyniowy u chorych hemodializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2013, 2 (17), 76-82.
18. Małgorzewicz S., Paczkowska B.: Praktyczne aspekty żywienia w okresie leczenia hemodializą [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzaska B., Dębska-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 340-348.
19. Rodak S.: Co na naszym stole? Zalecenia dietetyczne dla pacjentów hemodializowanych. Dializa i Ty, 2013, 1(19), 19-21.
20. Małgorzewicz S.: Zapotrzebowanie na witaminy u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, Dializa i Ty, 2014, 2 (23), 10-12.
21. M. Kulpecka - Mazur: O przybieraniu na wadze, przewodnieniu i badaniu składu masy ciała za pomocą urządzenia zwanego monitorem składu ciała (BCM – body composition monitor). Dializa i Ty, 2016, 1 (27), 18-21.
22. Rodak S.: Zapobieganie zakażeniu wirusami zapalenia wątroby typu C. Dializa i Ty, 2011, 1 (12), 16.
23. Gołębiowski T., Weyde W., Kusztal M. i wsp.: Ćwiczenia fizyczne w rehabilitacji chorych dializowanych. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2009, 63, 13-22.
24. Misiewicz A., Różański J., Marchelek-Myśliwiec M. i wsp.: Problemy psychospołeczne chorych przewlekle dializowanych . Postępy Nauk Medycznych, 2010, 3 (23), 188-191.
25. Kurowska K., Weselska M.: Rola wsparcia a przystosowanie się do życia osób dializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2015, 4 (19), 161-165.
26. Grochowska A., Kurzawska M., Bodys- Cupak I.: Wsparcie a jakość życia pacjentów dializowanych w Tarnowie. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2016, 2 (47), 156-162).

27. Wajdlich M., Górczewska B., Jesionowska K. i wsp.: Ocena obaw pacjentów z przewlekłą chorobą nerek związanych z leczeniem nerkozastępczym. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2014, 1 (18), 15.
28. Dutkowska D., Rumianowski B., Grochans E. i wsp.: Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 3 (93), 529-535.
29. Zielińska - Więczkowska H., Krokowska B.: Ocena jakości życia chorych dializowanych. *Medycyna Rodzinna*, 2014, 2, 42-45.
30. Kapka- Skrzypczak L., Lipin B., Niedźwiecka J. i wsp.: Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 4 (93), 790-797.
31. Grzelewska A., Przybyła J., Grzanek M. i wsp.: Analiza wpływu poziomu wiedzy pacjentów z wytworzoną przetoką tętniczo-żylną leczonych metodą powtarzanych hemodializ na przestrzeganie zaleceń międzydializacyjnych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 1 (20), 14-20.
32. Wajdlich M., Kempny- Kwoka D., Włodarczyk- Sporek I.: Jakość życia pacjentów hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo i po przeszczepie. *Zdrowie i Dobrostan*, 2014, 2, 65-78.
33. Wajdlich M., Pietrasik P., Jarzębski T. i wsp.: Współpraca z lekarzem i przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w różnych stadiach przewlekłej choroby nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2011, 1 (15), 33-38.
34. Borek P., Duszyńska A., Małgorzewicz S. i wsp.: Ryzyko utraty masy ciała i stan odżywienia pacjentów hemodializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2014, 3 (18), 123-127.
35. Zbroch E., Maciorkowska D., Trusewicz W. i wsp.: Kontrola ciśnienia tętniczego w zależności od występowania cukrzycy u pacjentów hemodializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2011, 4 (15), 220-224.

PROBLEMY PIELEGNACYJNO-TERAPEUTYCZNE PACJENTA Z ZESPOŁEM GUILLAINA-BARRÉGO

Magdalena Kotowska, Agata Gołębiowska

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża

WSTĘP

Zespół Guillaina-Barrégo (GBS Guillain-Barré Syndrome) jest to ostra neuropatia zapalna o podłożu autoimmunologicznym. Charakteryzuje się uszkodzeniem nerwów czaszkowych oraz obwodowych o ostrym podłożu. Po raz pierwszy zespół ten został opisany przez francuskiego lekarza Jean Landry w 1859 roku, kolejne opisy przypadków z GBS zostały przedstawione w 1916 roku przez Georges Guillain, Jean Alexandre Barre i Andre Strohl. Pracowali oni wówczas w Centrum Neurologicznym V Armii Francuskiej, zajęli się badaniami i opisem dwóch pacjentów hospitalizowanych z powodu osłabienia siły mięśniowej, parestezji i bólu mięśni. Po przeprowadzonych badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego, zauważono podwyższenie stężenia albumin przy prawidłowej ilości komórek. Po pewnym czasie u obydwóch pacjentów doszło do nagłej remisji. Ostra, zapalna poliradikuloneuropatia demielinizacyjna (określany także jako zapalenie wielokorzeniowo-nerwowe, zakaźno-toksyczne zapalenie wielokorzeniowe, polineuropatia zapalna, ostra zapalna poliradikuloneuropatia, demielinizacyjna) należy do grupy chorób autoimmunologicznych. Jest zespołem chorobowym o niepewnej jeszcze etiologii występującym zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, ale zachorowalność u dzieci jest niższa. Schorzenie to charakteryzuje się ostrym, nagłym pojawieniem się objawów neurologicznych uwarunkowanych zapalnym uszkodzeniem nerwów, korzeni a nierzadko samego rdzenia[1].

Zespół poliradikuloneuropatii zapalnej z obecnością rozszczepienia białkowo-komórkowego od 1927 roku określa się mianem zespołu Guillaina- Barrego. Obecnie ta jednostka chorobowa oznacza ostrą zapalną polineuropatię aksonalną i demielinizacyjną.

Poprzez prowadzone przez wiele lat badania zauważano że wystąpienie GBS jest często a nawet zazwyczaj poprzedzone infekcją przewodu pokarmowego lub górnych dróg oddechowych. charakteryzuje się uszkodzeniem nerwów ruchowych pod postacią wiotkich niedowładów ze zniesieniem odruchów mięśniowych. Nagłe osłabienie mięśni rozpoczyna się najczęściej od stóp, obejmując następnie pozostałe mięśnie kończyn, tułowia, a często mięśnie twarzy i mięśnie oddechowe [1, 2, 3].

Zespół Guillaina Barrego jest najczęściej występująca neuropatią nabytą. Około 2/3 chorych zgłasza w wywiadzie przebycie choroby zakaźnej w ciągu 1–6 tygodni przed wystąpieniem objawów neurologicznych: najczęściej są to infekcje układu oddechowego, pokarmowego, infekcje wirusowe lub grzybicze. U 20% chorych stwierdza się zakażenia bakteryjne. Zapadalność na Zespół Guillaina Barrego wynosi 1,72/ 100 000 osób/ rok. Ryzyko zachorowania zwiększa się z wiekiem aż o 50% na każde kolejne 10 lat życia. Częściej na GBS chorują mężczyźni 2,04/100 000 osób/rok, a wśród kobiet — 1,45/100 000 osób/rok. Zauważa się również wpływ pory roku na zachorowalność liczba chorych zwiększa się o 15% zimą i jesienią w porównaniu do lata i wiosny. Jak wcześniej wspominałam istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na Zespół Guillaina- Barrego jest wcześniejsze przebycie infekcji górnych dróg oddechowych lub układu pokarmowego, 58% pacjentów z GBS przed pierwszymi objawami przeszło infekcję spowodowane między innymi *Campylobacter jejuni*, wirusem cytomegalii, wirusem Epsteina- Barr, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, wirusami grypy A i B, wirusem paragrypy, opryszczki i ospy. Ryzyko zachorowania na GBS wzrasta u pacjentów, którym towarzyszy choroba Hodgkinga (ziarnica złośliwa) oraz pacjentkom po ciąży i osobom po zabiegach chirurgicznych [2, 4].

W Zespole Guillaina Barrego nie została postawiona przyczyna powstania tej choroby. Przyjęto że zespół ten może mieć podłoże immunologiczne. Podczas przeprowadzania badań patologicznych zauważa się zmiany zapalne, a stan pacjenta poprawia się na wskutek leczenia immunomodulującym. Uważa się, że zespół Guillaina-Barrego jest konsekwencją autoimmunologicznej reakcji skierowanej przeciwko nerwom obwodowym, do której dochodzi u pacjentów uprzednio zdrowych, bez cech innych chorób autoimmunologicznych. Niektóre drobnoustroje, które powodują zakażenia poprzedzające rozwój zespołu Guillaina-Barrégo , cechują się strukturalnym podobieństwem do elementów nerwów obwodowych. We współczesnym ujęciu zespół Guillaina-Barrégo stanowi grupę neuropatii o ostrym początku i jednofazowym przebiegu. Poszczególne formy wyróżnia się

na podstawie rodzaju i rozkładu objawów oraz zmian w badaniu elektrofizjologicznym. Najczęściej występująca postać to ostra polineuropatia demielinizacyjna, rzadziej występują formy aksonalne dotyczące włókien ruchowych i czuciowych lub tylko ruchowych. Oddzielne miejsce zajmuje zespół Millera Fishera (oftalmoplegia, ataksja i arefleksja). W surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym w zwiększonym stężeniu występują rozpuszczalne cząsteczki przylegania, chemokiny, metaloproteinazy, co wskazuje na czynną migrację komórek T przez barierę krew-nerw. W badaniach sekcyjnych i w biopsjach nerwów stwierdzono obecność przeciwciał i złogów dopełniacza, limfocytów T oraz nacieczeń nerwów przez limfocyty, monocyty i makrofagi. Zmiany patologiczne są rozsiane w nerwach obwodowych i czaszkowych oraz korzeniach nerwowych. Gdy dochodzi do ciężkich uszkodzeń stwierdza się zwyrodnienia aksonalne oraz odcinkową demielinizację. Podczas zdrowienia dochodzi do remielinizacji, lecz nacieki limfocytarne mogą pozostać. W ostrej fazie zespołu Guillaina-Barrégo opisano wiele zaburzeń immunologicznych, spośród których najistotniejsza była obecność przeciwciał skierowanych przeciwko pojedynczym gangliozydom lub ich kombinacjom. Do uszkodzenia nerwów dochodzi na skutek mechanizmów immunologicznych: komórkowego i humoralnego. przeciwciał skierowanych przeciwko składnikom mieliny oraz błon komórkowych skierowane są przeciwciała. Bardzo ważną funkcję w autoimmunologicznym mechanizmie zespołu Guillaina-Barrego pełni zjawisko molekularnej mimikry, ponieważ odpowiedź immunologiczna która skierowana jest przeciwko antygenom bakterii i wirusów obejmuje także podobne epitopy obecne w obwodowym układzie nerwowym gospodarza[1, 5,6].

Podczas wykonywania biopsji nerwu zauważa się demielinizację z udziałem mikroglia oraz nacieki limfocytarne, demielinizację i zwyrodnienie aksonalne w bardzo ciężkich przypadkach lub samo zwyrodnienie aksonalne włókien. Dane patologie można zauważyć w zależności od typu i okresu choroby. Ponadto można zaobserwować różny stopień obrzęku śródnierwia. Gdy dojdzie do dołączenia się zmian aksonalnych w postaci demielinizacyjnych dochodzi do pogorszenia rokowania. W Zespole Guillaina-Barrego szybkość przewodzenia w nerwach ulega zwolnieniu, lecz w początkowym okresie wartości mogą nie ulec zmian. Dochodzi do wydłużenia latencji dystalnych we włóknach czuciowych i ruchowych. Z powodu demielinizacji korzeni nerwowych szybkość przewodzenia fali F jest zwolniona lub w ogóle nie uzyskuje się odpowiedzi. Zaburzenia z przewodzeniem mogą trwać kilka miesięcy a nawet lat po uzyskaniu poprawy klinicznej. Nasilanie się objawów klinicznych nie jest powiązane z stopniem zaburzenia przewodzenia w nerwach, lecz z

rozległością bloku przewodzenia, lub ubytkiem aksonów. Prawdopodobieństwo dłuższego utrzymywanie się niedowładu wzrasta, gdy amplitudy odpowiedzi mięśniowych wynoszą mniej niż 20% normy[5, 6,7].

Zespół Guillaina Barrego rozpoczyna się osłabieniem siły mięśniowej, parestezją w dystalnych częściach kończyn oraz bólami mięśniowymi. W większości przypadkach osłabienie siły mięśniowej rozpoczyna się od kończyn dolnych poczym kończyn górnych i mięśni tułowia. Zazwyczaj dochodzi także do obustronnego porażenia nerwu twarzowego. Niedowład postępuje symetrycznie. Wzrost osłabienia ruchowego, od momentu pojawienia się pierwszych objawów do maksymalnego deficytu trwa od 12 godzin do 4 tygodni. Odruchy ścięgniste mogą być prawidłowe przez kilka pierwszych dni choroby, lecz zazwyczaj zanikają. Stopień upośledzenia czucia jest różny. Niektórych pacjentów nie dotyka zaburzenie czucia wszystkich rodzajów, zaś u innych może dojść do zaburzenia czucia ułożenia, wibracji, bólu oraz temperatury o typie (rękawiczek i skarpetek). Rzadko zauważa się obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, ataksję czuciową czy przemijający objaw Babińskiego, który polega na odruchowym wyprostowaniu palucha z jego zgięciem grzbietowym w trakcie drażnienia skóry boczno-dolnej powierzchni stopy. Następny etap to faza plateau która charakteryzuje się wzrostem ciśnienia tętniczego, przyspieszeniem pracy serca oraz zwiększonym napięciem mięśni. Po tym etapie niedowład zaczyna powoli ustępować, aczkolwiek proces ten może trwać do kilku miesięcy. Podczas wroście niedowładu ruchowego towarzyszą osłabienie oraz zanik odruchów ścięgnistych. Jednocześnie utrzymują się parestezje w dystalnych częściach kończyn[7,8,9].

Przez osłabienie mięśni tułowia często dochodzi do niewydolności oddechowej oraz u większości chorych do zaburzenia połykania. U pacjentów może także wystąpić poważna dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego, która przejawia się zaburzeniami rytmu serca, hipotonią ortostatyczną, dużymi wahaniami ciśnienia tętniczego tachykardia lub bradyarytmia, wstępują często w ciężkich przypadkach i stanowią istotną przyczynę zagrożenia życia i zdrowia oraz śmiertelności. Dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego jest przyczyną także, zaburzeń perystaltyki jelit oraz zatrzymania moczu. U dużej ilości pacjentów dochodzi do tkliwości mięśni, nerwy mogą być wrażliwe na ucisk, ale nie stwierdza się objawów podrażnienia opon, takich jak sztywność karku[8,9].

W celu rozpoznania zespołu Guillaina- Barrego należy najpierw wykluczyć wiele innych chorób o bardzo podobnym lub identycznym przebiegu klinicznym. W przeszłości różnicowano zespół Guillaina- Barrego z polineuropatią błoniczą oraz z zapaleniem rogów przednich rdzenia. Niekiedy u pacjentów z zakażeniem HIV stwierdza się objawy identyczne jak w GBS, ostra neuropatia demielinizacyjna w przebiegu zakażenia HIV może być nie do odróżnienia z zespołem Guillaina- Barrego. Neuropatie powstałe w wyniku przebiegu porfirii objawami klinicznymi przypominają zespół Guillaina- Barrego, lecz różni się od niego prawidłowym stężeniem białka w płynie mózgowo- rdzeniowym, nawracającymi objawami sugerującymi ostry brzuch, zaburzeniami psychicznymi, początkiem po przyjęciu barbituranów lub innych leków, wysokim stężeniem kwasu deltaaminolewulinowego i porfobilinogenu. Neuropatie toksyczne wywołane inhalacją n- heksanów lub spożyciem talu czy arsenu mogą zaczynać się ostro lub podostro. Botulizm jest klinicznie trudny do odróżnienia od czysto ruchowej postaci zespołu Guillaina- Barrego, lecz w jego przypadku procesem chorobowym są często objęte mięśnie gałkoruchowe i źrenice. Elektrofizjologiczne badania w zatruciu botuliną wykazują prawidłowe przewodzenie nerwowe oraz facylitację odpowiedzi na powtarzającą się stymulację nerwów. Po ugryzieniu kleszcza wykluczenie porażenia, które zazwyczaj występuje tylko u dzieci, wymaga badania owłosionej skóry głowy.

By móc na podstawie objawów rozpoznać zespół Guillaina- Barrego konieczne musi występować postępujące osłabienie więcej niż jednej kończyny, zanik lub osłabienie odruchów, podwyższone stężenie białka w badaniu płynu mózgowo- rdzeniowego, przy niskiej cytozie przede wszystkim jednojądrzastej, nieprawidłowości elektrofizjologiczne: wydłużenie fali F, zwolnienie szybkości przewodzenia, w biopsji nerwu odcinkowa demielinizacja/ remielinizacja, należy wykluczyć: porfirie, nowotwory, choroby układowe oraz ołowicę. Objawy które przemawiają za rozpoznaniem zespołu Guillaina- Barrego to: Narastanie objawów od kilku dni do kilkunastu tygodni, względna symetria objawów, niewielkie objawy czuciowe, zajęcie nerwów czaszkowych, początek zdrowienia w 2- 4 tygodniu po zatrzymaniu choroby, zaburzenia autonomiczne, brak gorączki w początku choroby, podwyższone stężenie białka w badaniu płynu mózgowo- rdzeniowego po tygodniu trwania choroby, nieprawidłowości elektrofizjologiczne [9,10].

Postępowanie w przypadku zespołu Guillaina-Barrégo obejmuje zarówno leczenie objawowe jak i przyczynowe. U dużego odsetka pacjentów z zespołem Guillaina- Barrego może dojść do niewydolności oddechowej i poważnych zaburzeń autonomicznych. Dlatego

też chorzy powinni być hospitalizowani do momentu ustabilizowania się stanu klinicznego. Hospitalizacja pozwala także na prowadzenie działań zapobiegających powikłaniom. U pacjentów z zespołem Guillaina- Barrego należy monitorować rytm serca i ciśnienie tętnicze, saturację krwi, pojemność życiową płuc i ewentualne zaburzenia połykania [11,12]

U części pacjentów, ze względu na osłabienie mięśni oddechowych, konieczna może być wentylacja mechaniczna. Chorzy z zaburzeniami autonomicznymi mogą wymagać terapii nadciśnienia tętniczego i zaburzeń rytmu serca. U pacjentów z objawami opuszkowymi wskazane jest prowadzenie żywienia przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, by uniknąć aspiracji treści pokarmowej. U osób unieruchomionych konieczna jest profilaktyka przeciwzakrzepowa (podawanie heparyny drobnocząsteczkowej). Niektórzy chorzy wymagają leczenia bólu neuropatycznego (podawanie leków przeciwpadaczkowych lub opioidów). Wskazana jest wczesna i zindywidualizowana rehabilitacja. Leczenie przyczynowe ma podstawowe znaczenie. Polega ono na stosowaniu plazmaferezy i immunoglobulin[12,13].

Plazmafereza jest terapią inwazyjną, obejmującą 3-5 zabiegów i wymagającą odpowiedniej aparatury. Wprowadzenie jej powinno mieć miejsce w pierwszych dwóch tygodniach choroby. Wskazaniami do zastosowania tej metody są: niewydolność oddechowa, niemożność chodzenia oraz objawy opuszkowe, które mogą grozić aspiracją. Leczenie immunoglobulinami odbywa się na oddziale intensywnej terapii. Poprawa po podaniu wlewów dożylnych, może mieć miejsce zarówno szybko, jak i po kilku tygodniach. Postępowanie objawowe sprowadza się z kolei do leczenia zaburzeń autonomicznych (nadciśnienia, niedociśnienia ortostatycznego, zaburzeń zwieraczowych). W trakcie leczenia zespołu Guillaina-Barrégo niezbędne jest monitorowanie pojemności życiowej płuc i czynności serca. Ze względu na niedowłady konieczna jest także fizjoterapia i rehabilitacja ruchowa kończyn[13,14].

W leczeniu zespołu Guillaina- Barrego stosowano filtrację płynu mózgowo-rdzeniowego i immunoabsorpcję. Wyniki leczenia są podobne do rezultatów terapii z użyciem plazmaferezy. Sporadycznie w terapii stosowano leki hamujące cykllooksygenazę 2, linomid, czynniki neurotroficzne, czynniki wzrostu. Zaburzenia autonomiczne wymagają leczenia objawowego (nadciśnienie tętnicze, niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia czynności zwieraczy). U wszystkich chorych z niedowładem stosuje się fizjoterapię i rehabilitację ruchową kończyn. W leczeniu bólu (występuje u ok. 70% chorych) stosuje się: niesteroidowe leki przeciwzapalne, karbamazepinę, gabapentynę (dawka działająca to u niektórych chorych nawet 3600 mg, zwykle < 1200–1800 mg/d.), trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

(amitryptylina, imipramina), czasem opioidy. W leczeniu objawów zespołu zmęczenia, występującego nawet u 80% chorych, stosowano amantadynę[14,15]

Rola pielęgniarki ma bardzo duże znaczenie dla pacjenta w momencie rozpoznania u niego choroby. Zazwyczaj jest ona pierwszą osobą, która może poświęcić pacjentowi swój czas. Jest to bardzo trudny okres w jego życiu, bo w niektórych przypadkach z człowieka zupełnie zdrowego zamienia się w zależnego od innych osób. Działania pielęgniarki mają motywować i mobilizować pacjenta do leczenia i współudziału w pielęgnowaniu i rehabilitacji. Pielęgniarka pierwsza dostrzega problemy pielęgnacyjne u chorego i będzie koordynować swoją pracę z pracą lekarza oraz rodziną pacjenta. Jest wiele problemów pielęgnacyjnych w tej chorobie, które przedstawię poniżej. Jednak na pierwszy plan wysuwa się bardzo duża obawa pacjenta o jego zdrowie i życie, gdyż pacjent jest zupełnie świadomy tego, co się z nim dzieje a nie ma na to żadnego wpływu. Dlatego tak bardzo ważne jest wytłumaczenie pacjentowi istoty jego choroby i przedstawienie pomyślnego rokowania.

W dużej mierze od pielęgniarki zależy, jak chory sobie z tym poradzi psychicznie. Bardzo ważne jest, by pielęgniarka potrafiła pacjenta podtrzymywać na duchu, wzbudzać jego zaufanie i rodziny. Głównym źródłem problemów pielęgnacyjnych jest stan kliniczny oraz związany z nim stopień ograniczenia samoopieki, jak również ryzyko bezpośredniego zagrożenia życia, które jest spowodowane niewydolnością oddechową i objawami ze strony układu autonomicznego. Bardzo ważnym celem opieki pielęgniarskiej jest zabezpieczenie potrzeb biologicznych chorego, zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia, zmniejszenie ryzyka zgonu przez współudział w intensywnej terapii pacjenta[16].

CEL PRACY

1. Identyfikacja najważniejszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z Zespołem Guillaina- Barrego.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Przygotowanie zaleceń pielęgnacyjnych dla pacjenta hospitalizowanego z zespołem Guillaina- Barrego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto Pacjenta w wieku 44 lat, pacjent był hospitalizowany w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem udarowym, z rozpoznaniem Zespołu Guillaina- Barrego.

Badania zostały przeprowadzone w oparciu o metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Do analizy problemów pielęgnacyjnych wykorzystano obserwacje, wywiad z pacjentką oraz rodziną kobiety, analizę dokumentacji medycznej (historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę gorączkową indywidualną dokumentację pacjenta prowadzoną przez pielęgniarkę, wyniki badania ogólnego: ważenie, ocena postawy kobiety, wyniki badań dodatkowych: badania krwi, badanie moczu, badanie stolca, wyniki badań rentgenowskich), które pozwoliły wyłonić problemy pielęgniarские i sformułować diagnozę pielęgniarскую, zastosowano skalę bólu NRS i skalę Baxter i Norton, Barthel.

Opis przypadku

Pacjent J.J., wiek: 44, data przyjęcia do szpitala: 04.05.2018, rozpoznanie lekarskie: **Ostra zapalna polineuropatia demielinizacyjna. Zespół Guillaina-Barrego.** Pacjent został przyjęty na oddział Neurologiczny z powodu niedowładu kończyn dolnych oraz osłabienia siły mięśniowej kończyn górnych, tułowia oraz mięśni twarzy. W początkowym wywiadzie z pacjentem wynikało iż kilka dni wcześniej zaczął odczuwać mrowienie, drętwienie, „uczucie zimnej skóry” oraz ból i osłabienie mięśni kończyn dolnych lecz zbagatelizował to, tłumacząc sobie daną przypadłość zmęczeniem i przepracowaniem. Pacjent twierdzi że około 3 tygodni wcześniej miał infekcje górnych dróg oddechowych. Mężczyzna był przerażony oraz zmartwiony swoim stanem zdrowia, odczuwał dyskomfort spowodowany problemami w porozumiewaniu się oraz faktem iż do czynności codziennych i fizjologicznych potrzebne są mu osoby trzecie. Podczas przyjęcia pacjenta towarzyszyła mu żona. Skóra blada, głowa czysta. Pacjentowi z powodu niedowładu kończyn dolnych, został założony cewnik Foleya oraz pampers, założono także wkłucie dożylnie typu Vigo w celu podaży płynów i leków na zlecenie lekarskie. W celu przeprowadzenia badań diagnostycznych została pobrana krew oraz mocz. Nadano kategorię opieki III. Parametry życiowe HR 96 u/min, RR 150/90 mmHg. Wzrost 179cm waga 78kg, prawidłowa BMI 24,34, temperatura ciała 36,7°C.

W dniu obserwacji: Pacjent w dniu obserwacji (17.05.18) był pod stałą obserwacją przyrządową i bezprzyrządową z powodu pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zaburzeń układu krążeniowo- oddechowego, które powstały na wskutek niedowładu mięśni oraz nerwów tułowia i klatki piersiowej. Mężczyzna ma włączone leczenie immunoglobulinami. Prowadzona jest terapia tlenowa. Z powodu osłabienia przełykania został założony zgłębnik w celu prowadzenia żywienia, pacjentowi w drogach oddechowych zalega wydzielina, która za pomocą ssaka jest odsysana co godzinę. Skala Barthel pacjent jest w bardzo ciężkim stanie (0pkt.). Nie posiada odleżyn, wg skali Norton istnieje duże ryzyko ich rozwoju (5 pkt.). : HR 64, RR 96\56, saturacja 93, ilość oddechów 16\ min, temperatura ciała 36,6°C Ból 2/10 NRS.

Model opieki pielęgniarskiej pacjenta z Zespołem Guillaina-Barrego.

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej z powodu osłabienia mięśni oddechowych stanowiące stan zagrożenia życia.

Cel opieki:

Niedopuszczenie do niewydolności oddechowej, wczesne wykrycie symptomów zagrożenia życia

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Wnikliwa obserwacja stanu chorego, zwrócenie szczególnej uwagi na objawy subiektywne (niepokój, duszność) i obiektywne (tachypnoe), spłycenie oddechu, poruszanie skrzydełkami nosa, zapadanie się międzyżebry, osłabienie odruchu kaszlowego, przyspieszenie tętna, sinica ośrodkowa
2. Dokonywanie pomiarów innych podstawowych parametrów życiowych i dokumentowanie ich w karcie obserwacji pacjenta (tętno, temperatura, ciśnienie krwi),
3. Zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza w zależności od pojemności życiowej płuc; wskazaniem do zastosowania tlenoterapii jest wartość $VC < 30 \text{ ml/kg mc.}$,
4. Zapewnienie drożności dróg oddechowych przez odsysanie wydzieliny z drzewa tchawiczo- oskrzelowego,

Ocena działania:

U Pacjenta nie doszło do niewydolności oddechowej i zagrożenia życia. Należy prowadzić dalszą obserwację.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko zagrożenia życia spowodowane zaburzeniami ze strony

układu krążenia

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka zagrożenia życia przez wczesne wykrycie objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Monitorowanie czynności serca, tętna oraz częstotliwości.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego.
3. Pomiar temperatury ciała oraz kontrolowanie saturacji,
4. Kontrola diurezy, prowadzenie bilansu płynów,
5. Zapisywanie parametrów życiowych na karcie obserwacyjnej pacjenta min co 1h.
6. Stała obserwacja pacjenta.

Ocena działania:

U pacjenta nie doszło do pogorszenia stanu zdrowia i zagrożenia życia. Należy prowadzić dalszą obserwację.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko niedotlenienia tkanek spowodowane zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka niedotlenienia tkanek

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Zapewnienie dostępu tlenu poprzez założenia wásów tlenowych,
2. Ułożenie pacjenta w pozycji bocznej w celu uniknięcia zakrztuszenia,
3. Oklepywanie pacjenta w celu efektywniejszego wykrztuszania,
4. Zapewnienie dostępu świeżego powietrza,
5. Kontrola parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja)

Ocena działania:

Ryzyko niedotlenienia tkanek zostało zmniejszone

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu unieruchomienia

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn, wczesne wykrycie zmian skórnych świadczących o powstawaniu odleżyn.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Ułożenie na materacu zmiennociśnieniowym dynamicznym z uwzględnieniem doboru materiału do stopnia ryzyka powstania odleżyn np. wg skali Norton

2. Zastosowanie udogodnień w łóżku (wałki, krążki, skóra owcza lub barania, podpórki, kliny)
3. Zachowanie prawidłowej techniki podnoszenia na podkładzie z mocnego płótna metodą „hamaka”. Nie należy pociągać za skórę pacjenta. Należy mieć krótko obcięte paznokci
4. Dokładne, delikatne osuszanie skóry, szczególnie w okolicach fałdów i miejsc narażonych na ucisk
5. Oklepywanie miejsc narażonych na ucisk wypukliną dłonią o złączonych palcach
6. Przy każdej zmianie pozycji, przy kąpieli delikatny masaż (nacieranie) skóry w miejscach narażonych na ucisk z zastosowaniem: zawiesiny (lotionu), oliwki, kremu alantoinowego, 0.5% kremu pro polisowego
7. Delikatny masaż różnymi technikami: unoszenie i ściskanie tkanki okolicy pośladkowej, u podstawy kręgosłupa i mięśni obręczy kończyny górnej: unikanie pocierania opuszkami palców skóry w okolicach wyrostków kolczystych i innych wystających części ciała
8. Obserwowanie skóry przynajmniej 1 raz dziennie, najlepiej w czasie czynności higienicznych i przy każdej zmianie pozycji.
9. Obserwowanie czy pacjent nie moczy się. Dokumentowanie wyników oględzin
10. Kontrolowanie objawów (ból, duszność, przykurcze) oraz stosowania środków nasennych
11. Dokładne codzienne prześcielanie łóżka, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek. Usuwanie spod pacjenta szwów, guzików, okruców i innych zanieczyszczeń. Bielizna i pościelowa powinna być sucha, czysta, nie krochmalona, miękka z surowców naturalnych. Należy unikać przegrzania i przepocenia.
12. Żywienie pacjenta zgodnie ze zleconą dietą, uzupełnianie niedoborów białka, suplementacja witamin A i C, soli mineralnych głównie cynku

Ocena działania:

Odleżyny nie wystąpiły, należy systematycznie prowadzić działania pielęgniarские oraz prowadzić obserwacje pod kątem powstania zmian skórnych.

Diagnoza pielęgniariska 5: Ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane założonym cewnikiem do pęcherza moczowego.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka wdania się infekcji dróg moczowych. Szybkie wykrycie symptomów o tym świadczących

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Cewnikowanie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
2. Dbłość o higienę krocza (stosowanie płynów myjąco- dezynfekujących)
3. Systematyczna wymiana cewnika (lateksowego co 7-10 dni, silikonowego co 4-6 dni tygodni lub w razie stwierdzenia niedrożności)
4. Unikanie niepotrzebnego rozłączania cewnika i worka na mocz
5. Stosowanie worka na mocz z zastawką przeciw zwrotną.
6. Kontrola drożności cewnika po zmianie pozycji.
7. Utrzymanie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego.
8. Obserwacja ukierunkowana na objawy infekcji dróg moczowych (podwyższona temperatura ciała, złe samopoczucie, ból)

Ocena działania:

Infekcja dróg moczowych nie wystąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 6: Przygnębienie i niepokój spowodowane chorobą.

Cel opieki:

Poprawa samopoczucia psychicznego pacjenta

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Rozmowa na tematy niepokojące, częsty kontakt, okazywanie zainteresowania.
2. Zastosowanie psychoterapii wspierającej.
3. Informowanie pacjenta o celu wykonywania zabiegów terapeutycznych.
4. Umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym w celu wyjaśnienia sytuacji zdrowotnej.
5. Zapewnienie kontaktu z psychologiem lub księdzem w zależności od zapotrzebowania pacjenta.

Ocena działania:

Problem wymaga dalszej obserwacji, a działania kontynuacji. Pacjent nadal odczuwa niepokój co do swojego stanu zdrowia.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca wkłucia obwodowego

Cel opieki:

Zapewnienie drożności kaniuli oraz niedopuszczenie do zakażenia

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Używanie jałowych gazików, jałowych korków jednorazowych i czystych rękawic jednorazowych

2. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
3. Zmiana kaniuli co 72h i w razie potrzeby wymiana kaniuli
4. dbałość o czystość miejsca wkłucia oraz otoczenia
5. Obserwacja kaniuli pod kątem wystąpienia stanu zapalnego(skala BAXTER)
6. Wymiana opatrunku, zabezpieczenie kaniuli przed wypadnięciem
7. Edukacja pacjentki w celu przedstawienia celu terapii oraz omówienie konieczności pozostawienia wkłucia w stanie czystości i w prawidłowym miejscu

Ocena działania:

Kaniuła drożna, brak oznak zakażenia (Skala Baxter 0)

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zachłyśnięcia pokarmem w związku z zaburzeniami połykania

Cel opieki:

Niedopuszczenie do zachłyśnięcia się pokarmem i zachłystowego zapalenia płuc

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Systematyczna ocena możliwości połykania pokarmów i płynów przez pacjenta 1 raz w czasie dyżuru
2. Karmienie pacjenta małymi porcjami, dobór konsystencji diety, stosowanie zagęstników do diety (Protison, Nutilis) i podawanych płynów (Nutilis)
3. Pozycja półwysoka w czasie karmienia
4. W sytuacji niemożności karmienia doustnego wybór karmienia przez zgłębnik dożołądkowy.

Ocena działania:

W czasie hospitalizacji nie zaobserwowano objawów zachłystowego zapalenia płuc

Zalecenia pielęgniarskie po opuszczeniu szpitala pacjent powinien pamiętać:

1. Aktywności fizycznej, jeśli to możliwe samodzielna rehabilitacja powinna trwać minimum 1h dziennie np.: spacer, jazda rowerem, gimnastyka bezprzryadowa, rower stacjonarny, Nordic walking (spacer z kijkami).
2. Diecie łatwostrawnej wysokobiałkowej w celu likwidacji zaparć oraz poprawy samopoczucia. W diecie wysokobiałkowej zawartość białka powinna wynosić 100-120g. (produkty zalecane to jogurt, kefir, maślanka, serwatka, słaba herbata, słaba kawa, napoje owocowe, soki owocowo-warzywne z mlekiem, Masło, chudy i półtłusty ser twarogowy, serek homogenizowany, pasty serowe, mięso gotowane, chude wędliny,

chude ryby, ścięte białko jaja, chuda cielęcina, królik, kurczak bez skóry, indyk bez skóry, wątroba, chude ryby. Dojrzałe owoce, soczyste, jagodowe, winogrona bez pestek, (w postaci przecierów), cytrusowe, dzikiej róży, brzoskwinie, morele, banany, jabłka pieczone i gotowane. Warzywa młode, soczyste: marchew, dynia, kabaczek, patisony, buraki, seler, pietruszka, pomidory bez skórki).

3. Całkowitym zaprzestaniu palenia tytoniu (proponując znalezienie sobie nowych zainteresowań lub hobby w celu odciążenia uwagi od chęci zapalenia papierosa, ewentualne poinformowanie o środkach stosowanych do zmniejszenia głodu tytoniowego np.: plastry) oraz spożywania alkoholu
4. Należy spożywać około 2l napojów dziennie najlepiej wody, herbaty ziołowe, owocowe lub świeżo wyciskanych soków. Omijać napoje gazowane, mocno słodzone, napoje energetyczne zmniejszyć ilość wypijanych kaw do 1 filiżanki na dobę.
5. Prawidłowej higienie ciała, toaletę całego ciała należy wykonywać minimum raz dziennie, do kąpieli najlepiej stosować środki hipoalergiczne lub szare mydło, do osuszenia krocza i miejsc intymnych najlepiej używać jedno razowych ręczników papierowych. Po wykonanej toalecie ciała należy nawilżyć ciało balsamami nawilżającymi lub oliwką.
6. Wypoczynku, po opuszczeniu szpitala nie należy się przemęczać, wykonywać ciężkich prac domowych oraz pozadomowych. Nie dźwigać, nie wchodzić na duże wysokości. Czas wypełnić sobie realizacją swoich zainteresowań, słuchaniem muzyki, czytaniem książek, oglądaniem filmów i seriali,
7. W razie pogorszenia się stanu zdrowia lub złym samopoczuciem fizyczno- psychicznym kontakt z lekarzem rodzinnym lub wezwanie karetki pogotowia (zależycie od stanu).

WNIOSKI

1. Objęcie pacjenta, całościową i kompleksową opieką oraz zapoznanie się z całą dokumentacją medyczną pozwoliło na określenie problemów pielęgnacyjnych oraz opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej i przygotowanie zaleceń pielęgnacyjnych dla pacjenta zespołem Guillaína- Barrego.
2. Głównymi problemami pielęgniarskimi stwierdzonymi u pacjenta z zespołem Guillaína- Barrego są: ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej z powodu osłabienia mięśni

oddechowych stanowiące stan zagrożenia życia, zaburzenia ze strony układu krążenia, niedotlenienia tkanek spowodowane zaleganiem wydzieliny, ryzyko zachłystowego zapalenia płuc, ryzyko zakażenia miejsca wkłucia dostępu dożylnego typu Vigo, ryzyko odleżyn, ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane założonym cewnikiem do pęcherza moczowego, a nade wszystko niepokój pacjenta spowodowany stanem zdrowia i zagrożeniem życia

3. Zalecenia pielęgnacyjne dla pacjenta z zespołem Guillaina- Barrego i rodziny to:

- Regularne wykonywanie ćwiczeń, samodzielnej rehabilitacji,
- Edukacja pacjenta na temat prawidłowej diety lekkostrawnej, wysokobiałkowej w celu likwidacji zaparć,
- Edukacja chorego o potrzebie całkowitego zaprzestania palenia oraz spożywania alkoholu wspólne szukanie nowych zainteresowań które pozwoliłyby mu na łatwiejsze pozbycie się nałogu,
- Zalecenie spożywania 2l płynów dziennie, omijanie picia napojów słodzonych, gazowanych energetycznych, zmniejszenie spożywania kaw do 1 filiżanki dziennie.
- Zasady prawidłowej higieny ciała. Codzienne wykonywanie toalety ciała, balsamowanie, obserwacja skóry,
- Zmniejszenie wysiłku fizycznego ciężkich prac domowych i pozadomowych do minimum, zalecenie wypoczynku, znalezienie wspólnie czynności relaksacyjnych które pacjent może wykonywać w domu w ramach odpoczynku.
- Zalecenia obserwacji własnego ciała, natychmiastowy kontakt z lekarzem lub wezwanie karetki w razie niepokojących objawów.

PODSUMOWANIE

Pacjent u którego wystąpił zespół Guillaina- Barrego jest przykładem tego jak ciężka i specyficzna jest ta choroba. Problemy które pojawiały się systematycznie sprawiały że jego życie stało zależne się od osób trzecich. Przykład ten pokazuje jak ważne w leczeniu, tego zespołu jest szybkość kontaktu z lekarzem, gdy występują pierwsze zazwyczaj odbierane przez społeczeństwo jako nie niebezpieczne objawy. Zespół Guillaina- Barrego to nie tylko zaburzenia ze strony fizycznej ale także duże obciążenie psychiczne dla pacjenta oraz rodziny chorego. Choroba ta wiąże się z długim czasem rekonwalescencji by wrócić do częściowej

lub całkowitej sprawności. Brak odpowiedniej reakcji na objawy oraz zbyt wolne rozpoznanie zespołu Guillaina- Barrego wiąże się z ryzykiem ciężkich powikłań a nawet śmierci pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Jędrzejowska H: Neuropatie dziedziczne. [w:] Choroby układu nerwowego, pod red. Kozubski W, Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 286-295.
2. Bosch E., Smith B.: Choroby nerwów obwodowych [w:] Neurologia w praktyce klinicznej, pod red. Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Jankovic J., Tom III. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 2746-2869.
3. Drac H.: Ostre zapalne poliradikuloneuropatie [w:] Choroby układu nerwowego, pod red. Kozubski W, Liberski P. Kozubski W, Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 95-300.
4. Toy E., Simpson E., Pleitez M.: Interesujące Przypadki Neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 48-56,
5. Mejnartowicz J., Papierz W.: Postacie Zespołu Guillaina- Barrego [w:] Neurologia- Podręcznik dla Studentów Medycyny, Tom II, pod red. Kozubski W., Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2014, 676-697.
6. Fuller G., Turaj W.: Badanie Neurologiczne. Wydawnictwo Elsevier Urban i Partner, Warszawa 2009, 132-140.
7. Jankovic J., Bradley Walter G., Darof B., Fenichal- Gerald M.: Zasady Diagnostyki i Postępowania [w:] Neurologia w Praktyce Klinicznej, Tom I, pod red. Prusinski A. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 794-807.
8. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo Neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, Warszawa 2009, 29-84.
9. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo Neurologiczne- Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 316-342.
10. Mazurczak T.: Genetyka w praktyce klinicznej. Genetyka medyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 153-156.
11. Wilczek- Rużyczka E., Pieczyrak U.: Obraz siebie [w:] Diagnostyki i interwencje pielęgniarskie, pod red. Kózka M., Płaszewska- Żywko L. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 261-267.
12. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarka: rola i funkcje zawodowe [w:] Filozofia teoria pielęgniarstwa, pod red. Górajek-Jóźwik M. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 59-64.

13. Wakerley BR, Yuki N.: Mimics and chameleons in Guillain-Barré and Miller-Fisher syndromes. *Pract Neurol.* 2015; 15: 90-99.
14. Brannagan III TH, Weimer LH, Latov N.: Neuropatie nabyte. [w:] Zespół Guillaina-Barrégo i jego odmiany. *Neurologia Merritta*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 362-384.
15. Yuki N, Kokubun N, Kuwabara S, Sekigushi Y.: Guillain-Barré syndrome associated with normal or exaggerated tendon reflexes. *Jornal of Neurology*, 2011, 259, 1181-1190.
16. Zięzio M., Szepietowska- Ilach A.: Problemy pacjentów i ich rodzin w sferze psychicznej [w:] *Standardy i procedury w pielęgniarstwie neurologicznym*, pod red. Łuszczuk M., Szadowska- Szlachetka Z., Ślusarska B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 181-199.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OSTEOPOROZY

Iwona Kowalska ¹, Barbara Jankowiak ²

1. Łomżyńskie Centrum Medyczne
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, która charakteryzuje się obniżoną wytrzymałością oraz zwiększonym ryzykiem złamania kości. Została zaliczona przez Światową Organizację Zdrowia do głównych chorób cywilizacyjnych. W znacznym stopniu zależna jest od czynników behawioralnych, również od prawidłowego żywienia [1,2].

Podstawowym objawem jest złamanie kości tzw.iskoenergetyczne powstałe na skutek upadku z wysokości ciała. W istotny sposób obniżają jakość życia chorych oraz znacząco pogarszają ich stan zdrowia, a także zwiększają ryzyko zgonu. Pacjenci wymagają długotrwałej opieki i rehabilitacji. Często przez dłuższy czas stają się niezdolni do samodzielnego funkcjonowania [3].

Częstość występowania osteoporozy jest duża i wzrasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Zaliczana jest do grupy schorzeń o znaczeniu społecznym, mając na uwadze zasięg i następstwa.

Idea leczenia osteoporozy zakłada, że będzie ono długoterminowe. Celem leczenia jest zapobieganie pierwszym oraz kolejnym złamaniom osteoporotycznym [2, 4].

Rys historyczny

Osteoporoza od tysiącleci stanowiła istotny problem zdrowotny populacji, lecz dopiero od niedawna zaczęto traktować ją jako chorobę, a nie skutek starzenia się organizmu. Przebiega podstępnie, bezboleśnie powoduje pogorszenie stanu układu kostnego poprzez destrukcję masy kostnej. Uchwytnym objawem jest przeważnie złamanie osteoporotyczne, które świadczy o znacznym zaawansowaniu choroby[5].

Słowo „osteoporoza” pochodzi z języka greckiego – „*osteon*”, czyli kość oraz języka łacińskiego – „*porus*” inaczej dziura lub ubytek[6].

W okresie przełomu XIX i XX wieku średni czas życia w Europie był krótszy niż 40 lat, co oznaczało, że znaczna część kobiet nie dożywała okresu menopauzy i związanego z wiekiem podwyższonego ryzyka złamań. Dopiero istotne wydłużenie średniego czasu życia, postępu cywilizacyjnego i technologicznego w II połowie XX wieku spowodował, iż osteoporoza została postrzegana, jako poważny problem społeczny[6].

Etiologia i patogeneza osteoporozy

Kość zaliczana jest do tkanek, w których nieustająco zachodzą procesy metaboliczne. Jej skład i masa ulegają zmianie w ciągu całego życia [7]. W okresie dorastania synteza kości dominuje nad jej absorpcją. Około 20-25 roku życia w przypadku kobiet oraz 29-30 roku życia u mężczyzn człowiek uzyskuje tzw. szczytową masę kostną.

O jej wartości przesądzają mogące się nakładać czynniki niemodyfikowalne, czyli uwarunkowane genetycznie (stan zdrowia, płeć, stan hormonalny) lub też czynniki modyfikowalne, które są zależne zwykle od stylu życia. Czynniki modyfikowalne wywierają wpływ na masę kostną od momentu narodzin. Szczególne znaczenie odgrywają w okresie wzrostu, natomiast w późnych latach życia ich rola jest ważniejsza niż czynników genetycznych. W skład stylu życia wchodzi osobnicze nawyki związane z aktywnością fizyczną, dietą lub używkami. Najbardziej szkodliwe dla kości jest spożywanie w nadmiarze kawy, alkoholu, jak również palenie papierosów [7, 8].

Wraz z wiekiem zwiększa się intensywność resorpcji oraz zmniejsza wydajność syntezy doprowadzając do stopniowego zmniejszenia gęstości mineralnej kości. W przypadku patologicznego nasilenia resorpcji lub zmniejszenia efektywnego kościotworzenia mamy do czynienia z osteoporozą[9].

Ze względu na etiologię dzieli się na osteoporozę pierwotną i wtórną. Ze względu na lokalizację wyróżnia się:

- Osteoporozę miejscową – dotyczy okolic układu, na które wpływają czynniki patogenne np. stan zapalny lub unieruchomienie gipsowe.
- Osteoporozę uogólnioną – dotyczy całego układu kostnego. Jest konsekwencją oddziaływania defektów metabolicznych, unieruchomienia lub procesów inwolucyjnych[5].

Epidemiologia

Obecnie epidemiologia wielu schorzeń uległa zmianie. Do tej grupy zalicza się również osteoporozę. Jej występowanie znacząco wzrosło w ostatnich latach, co spowodowało zwiększenie obciążenia lekarzy rodzinnych poradami związanymi z tą chorobą.

Szacuje się, że osteoporoza obejmuje około 4 mln osób, co stanowi około 20% dorosłej populacji. Obniżenie masy kostnej rozpoznaje się nawet u 30-40% kobiet powyżej 50 roku życia. Mężczyźni chorują rzadziej, w około 10-13%, jednakże w przypadku wystąpienia złamań ich rokowania są gorsze [10].

W Polsce dane epidemiologiczne dotyczące występowania osteoporozy, jak również ryzyka złamań są wyjątkowo ubogie oraz niekompletne [11].

Choroba nazywana jest cichym złodziejem kości. Przez wiele lat przebiega bezobjawowo, dlatego najczęściej jest rozpoznawana, kiedy dochodzi do złamania niskoenergetycznego kości. Oznacza to, że schorzenie występuje dużo częściej niż jest rozpoznawane [12].

Obraz kliniczny

Osteoporoza to choroba przewlekła, bez charakterystycznych dla tego typu schorzeń fazy ostrej. Początkowo nie daje wyraźnych objawów szczególnie, gdy wyjściowa masa kostna jest prawidłowa. Czasami mogą pojawić się bóle stawów oraz kości, najczęściej dotyczące obręczy biodrowej, które występują u kobiet w okresie menopauzy i zazwyczaj przypisywane są zmianom zwyrodnieniowym [13].

Najistotniejsze objawy kliniczne osteoporozy, będące jednocześnie jej najważniejszymi powikłaniami, to złamania spowodowane minimalnymi urazami [14]. Mogą wystąpić w czasie rutynowych czynności dnia codziennego, jak wstawanie z łóżka, kichanie lub potknięcie. Dotyczą kręgosłupa, bliższego końca kości udowej (szyjki kości udowej), dalszego końca kości promieniowej (złamanie Collesa) oraz bliższego końca kości ramiennej [15].

Najczęściej występują złamania trzonów kręgów. W 50% przypadków przebiegają bezobjawowo i stopniowo doprowadzają do obniżenia wzrostu, pogłębienia kifozy piersiowej (zwane wdowim garbem), depresji, a ostatecznie do trwałego uzależnienia od pomocy osób trzecich [16]. Przyjęto, że obniżenie wzrostu o 2,1 cm odpowiada złamaniu jednego kręgu. Mogą być przyczyną przewlekłych zespołów bólowych kręgosłupa, którego leczenie jest

utrudnione z powodu chorób współistniejących oraz związanymi z tym przeciwwskazaniami do przyjmowania niektórych leków.

Często można zaobserwować zmiany proporcji sylwetki. Względne wydłużenie kończyn dolnych wywołane jest skróceniem tułowia w wyniku złamań kompresyjnych kręgów. Zmniejszenie odległości pomiędzy 12 żebrem a talerzem kości biodrowej powoduje widoczny zanik talii.

Jednak najpoważniejsze konsekwencje niesie za sobą złamanie bliższego końca kości udowej. Występuje u osób starszych i wykazuje się wysoką śmiertelnością wynikającą z powikłań długotrwałego unieruchomienia [16, 17].

Metody diagnostyki

Osteoporoza jest rozpoznawana na podstawie obniżonej gęstości kości (BMD – *Bone Mineral Density*). Dodatkowo u każdego pacjenta należy oszacować ryzyko złamania kości uwzględniając wybrane dane kliniczne. Na wstępie trzeba przeanalizować dane uzyskane z wywiadu, takie jak: wiek, choroby współistniejące,iskoenergetyczne złamania występujące u pacjenta lub członków rodziny, informacje dotyczące stosowanych używek oraz przyjmowanych leków. W ostatnim przypadku należy zwrócić szczególną uwagę na to, czy pacjent przyjmował w przeszłości leki przeciw osteoporozie[16]. Celem badania gęstości kości jest ich ocena pod kątem ryzyka złamania, efektów terapii oraz stosowania diagnostyki różnicowej. Pełną informację o wytrzymałości kości dostarczają dane gęstości mineralnej makro i mikrostruktury i stopień mineralizacji[18].

Badania laboratoryjne

Na wstępie trzeba wykonać badania podstawowe (pierwszego rzutu): morfologię, Odczyn Biernackiego (OB), stężenie wapnia, fosforu, kreatyniny i białka całkowitego w surowicy krwi, dobowe wydalenie wapnia z moczem. W przypadku obniżonego BMD i nieprawidłowych wyników badań podstawowych należy zastosować dalszą diagnostykę wykonując badania specjalistyczne (drugiego rzutu): PTH, 25(OH)D, białko monoklonalne[19].

Badania obrazowe

Gęstość mineralna kości określa wielkość masy kości w jednostce objętości. Uznany standardem jest badanie Dual energy X-rayabsorptiometry (DXA), które wyraża gęstość kości na

jednostkę powierzchni tzw. gęstość powierzchniowa. Densytometria to typowe dostępne badanie dające ilościową postawę do decyzji diagnostycznych oraz terapeutycznych. Dostarcza informacji o wielkości masy kostnej, tworzy podstawę oceny ryzyka złamania, a także pozwala na rozpoczęcie leczenia i jego monitorowanie[18]. Zalecany jest densytometryczny pomiar gęstości kości z obszaru bliższego końca kości udowej lub odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa metodą absorpcjometrii podwójnej wiązki promieniowania rentgenowskiego.

Jako badanie pomocnicze można wykonać ilościową tomografię komputerową, rezonans magnetyczny czy ultrasonografię. Badanie radiologiczne daje podstawę rozpoznania złamania szkieletu, jak również kompresyjnego złamania kręgu stanowiącego zazwyczaj niepodważalny, a czasem jedyny dowód na istnienie osteoporozy[20].

Rozpoznanie osteoporozy

Ideał kliniczny stanowi rozpoznanie osteoporozy zanim dojdzie do złamania[21].

Diagnozę można postawić w przypadku stwierdzenia:

- złamania niskoenergetycznego kości, po uprzednim wykluczeniu pierwotnego procesu nowotworowego bądź przerzutów (bez oceny BMD) lub
- Wartości T-score $\leq -2,5$ SD u kobiet po menopauzie i u mężczyzn powyżej 65 roku życia lub
- mężczyźni ≤ 65 roku życia i kobiety przed menopauzą u których Z-score $\leq -2,5$ SD oraz występują czynniki ryzyka złamań osteoporotycznych.

Współczynnik T-score odnosi mierzoną gęstość kości do szczytowej masy kostnej młodych dorosłych tej samej płci. Natomiast Z-score pozwala na odniesienie gęstości kości do średniej w grupie kontrolnej osób tej samej płci, tym samym wieku i grupy etnicznej[21].

Postępowanie i leczenie

Według aktualnej wiedzy stwierdzenie faktu obniżonej BMD nie może stanowić wyłącznie jedyne wskazania do rozpoczęcia leczenia.

W ostatnim czasie został klarownie określony cel leczenia osteoporozy. Jest nim zapobieganie złamaniom kości zarówno pierwszorazowym u osób, które ich jeszcze nie doznały, jak również kolejnym, u których złamanie już wystąpiło[6,20,22].

Leczenie powinno toczyć się wielokierunkowo i składać się zarówno z postępowania farmakologicznego, jak również nefarmakologicznego. Podstawowym zadaniem leczenia

kompleksowego jest zapobieganie ubytkom masy kostnej, zwłaszcza w okresie menopauzalnym oraz przyrost masy kostnej, tam gdzie nastąpił jej spadek.

Istotne jest również zwiększenie sprawności fizycznej i zapobieganie upadkom, które w konsekwencji mogą prowadzić do złamań[13]. U chorych jednocześnie może występować kilka czynników ryzyka złamań. Aby oszacować bezwzględne ryzyko złamań poszczególnych kości w ciągu najbliższych 10 lat, u osób nigdy do tej pory nieleczonych, najpowszechniej służy kalkulator FRAX. Bazuje on na wartości wskaźnika BMI, dodatkowo uwzględnia: płeć, wiek, przebyte złamaniaiskoenergetyczne u chorego, ewentualne złamania w rodzinie, aktualne palenie papierosów, nadmierne spożywanie alkoholu, przewlekłe leczenie glikokortykosteroidami (GKS), reumatoidalne zapalenie stawów oraz występowanie chorób mogących być przyczyną osteoporozy wtórnej. Wskaźnik FRAX < 5% stanowi niskie zagrożenie, 5-10% średnie, a wartość >10% świadczy o wysokim ryzyku wystąpienia złamań[23].

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu osteoporozy powinno się stosować wyłącznie preparaty o udowodnionej skuteczności przeciwlamaniowej. Terapię farmakologiczną ma cechować przede wszystkim skuteczność, bezpieczeństwo oraz akceptacja przez pacjenta. Musi być prowadzona harmonijnie z zasadami medycyny, która oparta jest na dowodach z badań klinicznych.

Wybór terapii zależy od wieku oraz współistniejących zagrożeń. W wyborze istotna jest nie tylko znajomość wyników prób klinicznych, w których udowodniono skuteczność przeciwlamaniową leków, lecz również wiedza, w jakim wieku i po jakim okresie leczenia ujawnia się ich korzystne działanie. Dopiero wówczas można zalecić stosowanie poszczególnych leków osobom, które potrzebują farmakoterapii [24].

Ewolucja farmakoterapii dotyczy:

- Wydłużenia przedziału czasu pomiędzy dawkami leków doustnych (tydzień, miesiąc), podnosi prawdopodobieństwo zażywania leków przez chorych, a więc i skuteczności leczenia.
- Wprowadzenie leków podawanych podskórnie i dożylnie w jeszcze większych odstępach czasu (3 miesiące, pół roku, rok).
- Stosowanie leków, które posiadają nowy mechanizm działania. Mogą zwiększać

skuteczność oraz bezpieczeństwo terapii [24].

Głównym celem leczenia farmakologicznego osteoporozy jest prewencja złamań. Można go realizować, poprzez wpływanie na podstawowe procesy zachodzące podczas procesu przebudowy tkanki kostnej, a mianowicie: resorpcję (leki antyresorpcyjne) oraz tworzenie kości (leki anaboliczne) lub jednocześnie na oba te procesy (leki anaboliczno – antyresorpcyjne) [24].

W leczeniu farmakologicznym osteoporozy istotną rolę odgrywają:

1. Witamina D₃ – stosowana w profilaktyce i terapii osteoporozy, po uwzględnieniu przeciwwskazań do jej stosowania. Większe znaczenie od rodzaju zastosowanego preparatu witaminy D₃ w procesie leczniczym ma wysokość jej dawki.
2. Bifosfoniany, czyli pochodne kwasu pirofosforowego. Poprzez duże powinowactwo do wapnia szybko łączą się z elementami nowo powstającej macierzy kostnej. Przyczyniają się do zwiększenia gęstości mineralnej kości, zwiększenia wytrzymałości tkanki kostnej oraz obniżają ryzyko złamań kręgowych i pozakręgowych.
3. SERM (Selektywne modulatory receptorów estrogenowych) są to związki, które łączą się z receptorami estrogenowymi. Działają hamując resorpcję kostną przez pobudzanie receptorów estrogenowych.
4. Kalcytonina łososiowa to hormon peptydowy produkowany przez komórki C tarczycy. Jej forma donosowa ma udowodnione działanie powodujące zmniejszenie ryzyka złamań trzonów kręgow. Wykazuje również działanie przeciwbólowe.
5. Ranelinian stronu cechuje się podwójnym mechanizmem działania: hamuje resorpcję oraz stymuluje tworzenie tkanki kostnej.
6. Parathormon (PTH) – hormon wydzielany przez przytarczycę. Działa stymulująco na osteoblasty oraz pobudza kości otworzenie.
7. Denosumab to przeciwciało monoklonalne. Skuteczny w zmniejszaniu ryzyka złamań trzonów kręgowych oraz złamań pozakręgowych.
8. SARM (Selektywne modulatory receptorów androgenowych) – leki o mieszanym mechanizmie działania. Hamują resorpcję tkanki kostnej i jednocześnie pobudzają tworzenie nowej kości.

Osteoporoza, jest chorobą, w której stosowne leczenie jest długoterminowe. Powoduje to stałe podnoszenie wymagań dotyczących skuteczności leków oraz wnikliwą ich analizę pod kątem bezpieczeństwa stosowania, jak również akceptacji leku przez pacjenta [4].

Leczenie niefarmakologiczne

Obok leczenia farmakologicznego niezwykle istotną rolę w terapii stanowi postępowanie niefarmakologiczne, czyli usunięcie czynników ryzyka upadku i zwiększenie siły mięśniowej, także koordynacji ruchowej. Ważne jest też wczesne wykrycie oraz skuteczne leczenie chorób, które upośledzają metabolizm kostny.

Jako profilaktykę należy również wprowadzić wówczas, gdy chory nie spełnia wymogów kwalifikujących go do kompleksowego leczenia [16].

Koncepcję zapobiegania upadkom stanowią: zdefiniowanie osób zagrożonych upadkiem, wieloczynnikowa analiza upadków oraz ich prewencja [20].

Profilaktyka osteoporozy oprócz prawidłowo zbilansowanej diety powinna bazować na zasadach zdrowego stylu życia. Bardzo istotnym elementem jest właściwa podaż wapnia, ponieważ zapobiega utracie masy kostnej u dorosłych. Używki, nadmierna podaż energii, siedzący tryb życia negatywnie wpływają na stan układu kostnego.

Właściwie dobrane do możliwości i kondycji pacjenta ćwiczenia, wpływają na odpowiednią siłę mięśniową potrzebną do utrzymania sił witalnych. Znaczącą rolę odgrywa rehabilitacja, której celem jest zapobieganie ubytkom masy kostnej, zminimalizowanie ryzyka upadków oraz zapobieganie i korekcja deformacji powstałych na skutek złamań i zniesienie bólu. Kompleksowa rehabilitacja obejmuje kinezyterapię, fizykoterapię, jak również dobór właściwego zaopatrzenia ortopedycznego [23].

Rokowanie

Rokowanie jest dobre, pod warunkiem, że osteoporoza została wcześniej wykryta i odpowiednio leczona. W przeciwnym razie choroba może prowadzić do niepełnosprawności i częstych hospitalizacji, jako następstwa złamań, pogorszenia jakości życia, a także przedwczesnych zgonów.

Schorzenia niedające żadnych dolegliwości bólowych stanowią istotny problem medyczny oraz społeczny, ponieważ zazwyczaj są lekceważone przez pacjentów. Zatem w przypadku osteoporozy, ważne jest uświadomienie społeczeństwu oprócz istoty choroby, również jej konsekwencji [11].

CEL PRACY

1. Określenie częstości występowania osteoporozy w latach 2015-2017 na przykładzie Poradni Reumatologicznej i Osteoporozy Łomżyńskiego Centrum Medycznego.
2. Ocena zależności pomiędzy płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania a występowaniem osteoporozy.
3. Określenie intensywności korzystania z ochrony zdrowia w badanej grupie pacjentów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania na potrzeby niniejszej pracy zostały przeprowadzone w lutym 2018 roku w Łomżyńskim Centrum Medycznym, po uzyskaniu zgody Dyrektora Placówki.

Materiał badawczy stanowiły dane uzyskane z dokumentacji medycznej pełnoletnich pacjentów, którzy korzystali z usług Poradni Reumatologicznej i Osteoporozy w latach 2015-2017. Analizowana była dokumentacja medyczna pacjentów skierowanych przez lekarza w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby.

Badania przeprowadzono metodą analizy retrospektywnej danych z historii choroby. Podczas analizy dokonano oceny zależności pomiędzy płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania a występowaniem osteoporozy. Określono również intensywność korzystania z ochrony zdrowia w okresie objętym badaniem.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji Etyki PWSiP w Łomży – Nr 75720 z dnia 11.12.2017 roku.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Analizie poddano dokumentację medyczną 143 pacjentów Poradni Reumatologicznej i Osteoporozy Łomżyńskiego Centrum Medycznego, którzy w latach 2015-2017 zostali skierowani przez lekarza w celu potwierdzenia bądź wykluczenia osteoporozy.

Wśród badanych było 131 kobiet, co odpowiadało 92% badanej populacji oraz 12 mężczyzn, co stanowiło 8% badanych. Nieznaczną przewagę stanowili mieszkańcy aglomeracji wiejskiej - 54%. Pozostali badani - 46% to mieszkańcy miasta.

Ze względu na wiek najliczniejsze grupy stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 61-70 lat (40%) i 71-80 lat (29%), zaś najmniej liczni byli pacjenci z przedziałów wiekowych 41-50 lat (1%), 30-40 lat (3%) oraz 81-90 lat (8%). Pacjenci pomiędzy 51 a 60 roku życia stanowili 19% badanej populacji.

Średnia wieku badanej grupy wynosiła 67 lat. Najmłodszy pacjent miał 31 lat, zaś najstarszy 89 lat. Mediana była równa 67, co oznacza, że połowa badanych pacjentów miała wiek poniżej 67 lat, zaś połowa to osoby o wieku powyżej 67 lat (Tabela I).

Tabela I. Statystyka opisowa zmiennej wiek badanego pacjenta

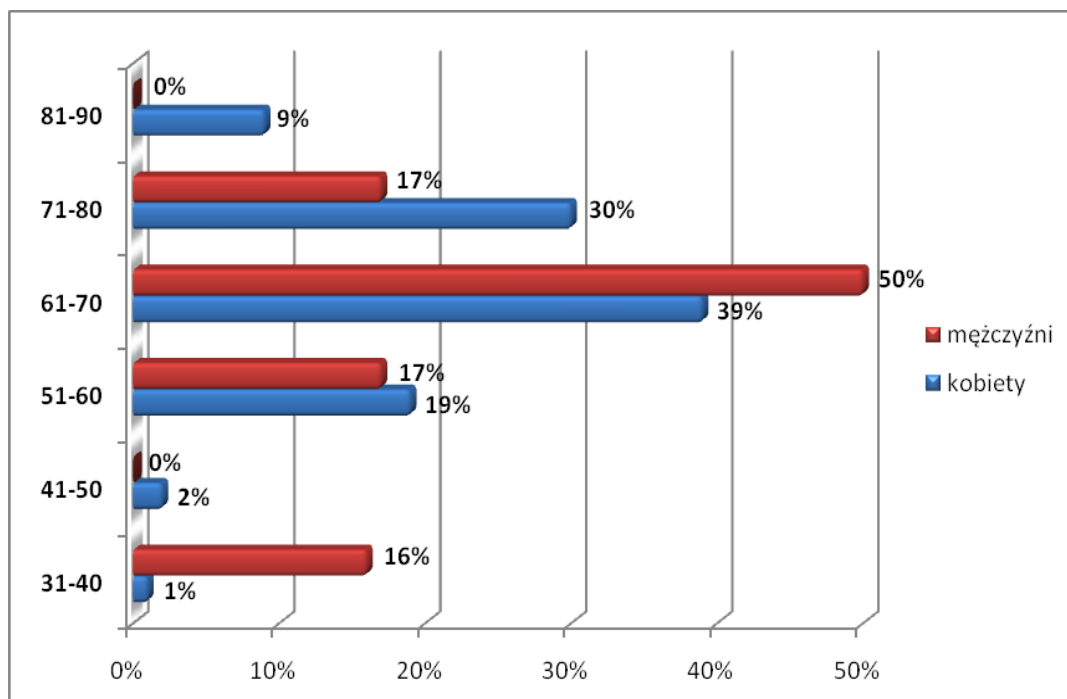
Średnia	Minimum	Maksimum	Mediana
67	31	89	67

Wśród kobiet najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 61-70 lat (39%), 71-80 lat (30%) i 51-60 lat (19%). Najmniej kobiet było w wieku 31-40 lat (1%) oraz 41-50 lat (2%). Kobiety pomiędzy 81 a 90 rokiem życia stanowiły 9% wszystkich kobiet.

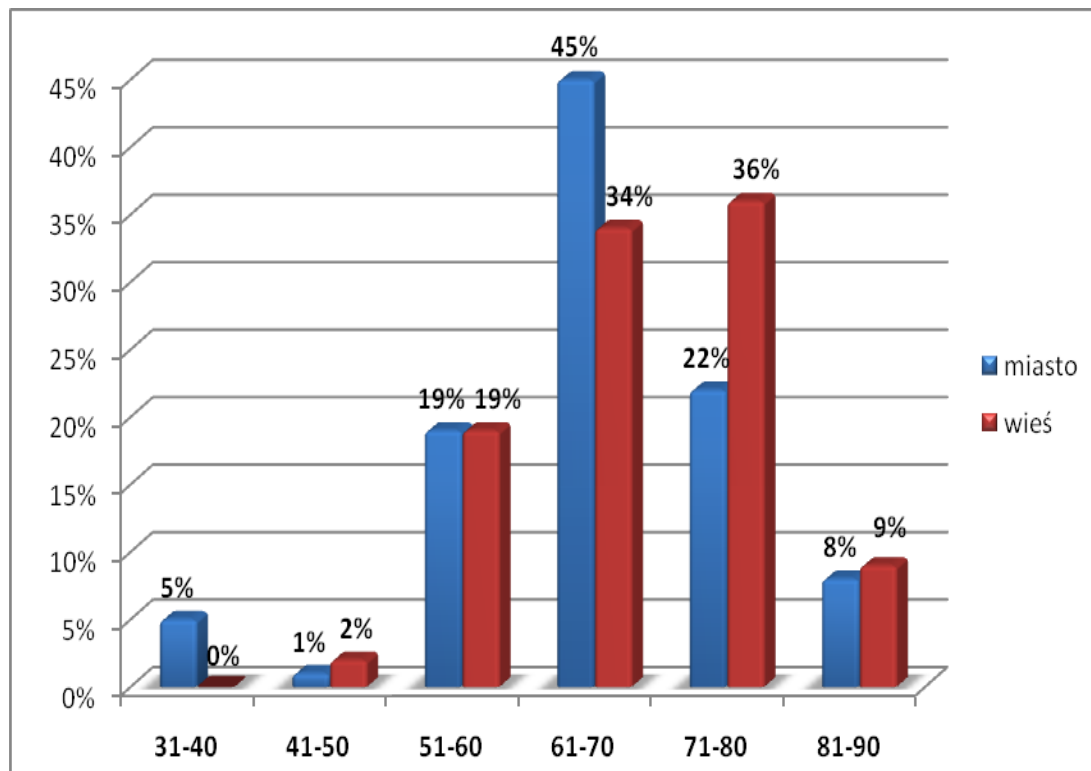
Wśród mężczyzn zdecydowanie dominował wiek 61-70 lat (50%), następnie 71-80 lat i 51-60 lat po 17% każdy. Mężczyźni pomiędzy 31-40 rokiem życia stanowili 16% wszystkich badanych (Rycina 1).

W zależności od miejsca zamieszkania wśród mieszkańców miasta najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku między 61 a 70 rokiem życia (45%). Kolejne dwie grupy bardzo zbliżone wielkością to 71-80 lat (22%) i 51-60 lat (19%). Najmniej pacjentów było z przedziału 41-50 (1%), 31-40 lat (5%) oraz 81-90 lat (8%).

Wśród mieszkańców aglomeracji wiejskich najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z okresów 71-80 lat (36%) i 61-70 lat (34%). Przedział wiekowy 51-60 tak jak w przypadku miasta również stanowił 19%. Najmniej pacjentów było w wieku 41-50 lat (2%) oraz 81-90 lat (9%). Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rycinie 2.



Rycina 1. Podział pacjentów na wiek w zależności od płci

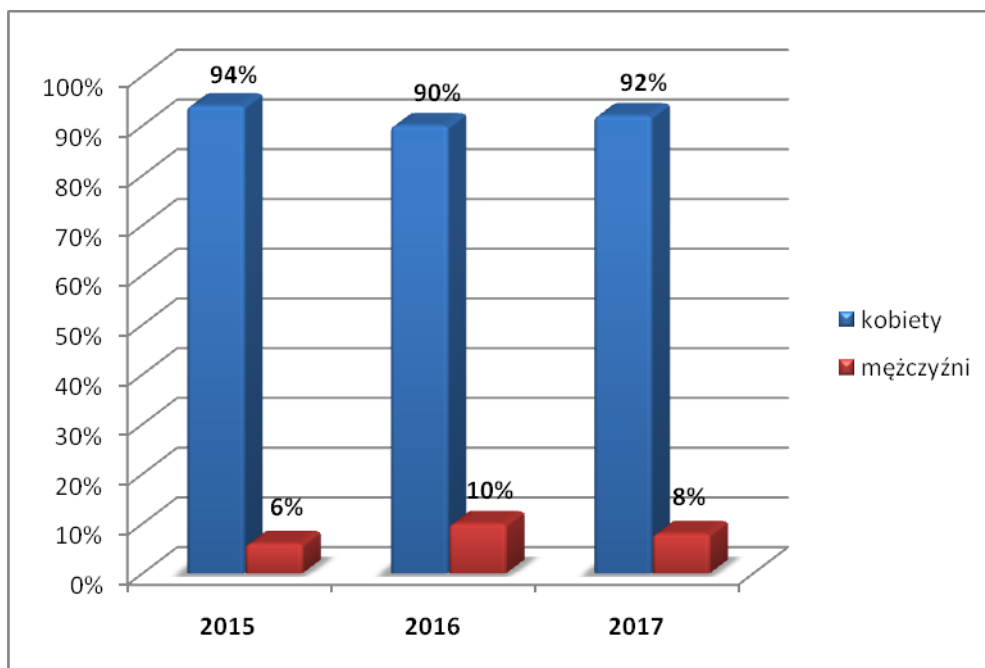


Rycina 2. Podział pacjentów na wiek w zależności od miejsca zamieszkania

Interpretacja wyników badania

W latach 2015-2017 liczba pacjentów przyjętych w celu potwierdzenia lub wykluczenia osteoporozy wynosiła 143. Najwięcej pacjentów zostało skierowanych przez lekarzy w 2017 roku. Ich liczba wynosiła 79, co stanowiło 55% badanej populacji. Najmniej pacjentów zostało przyjętych w 2015 roku – 16 (11%), natomiast w 2016 roku było ich 48, co odpowiada 34% badanych.

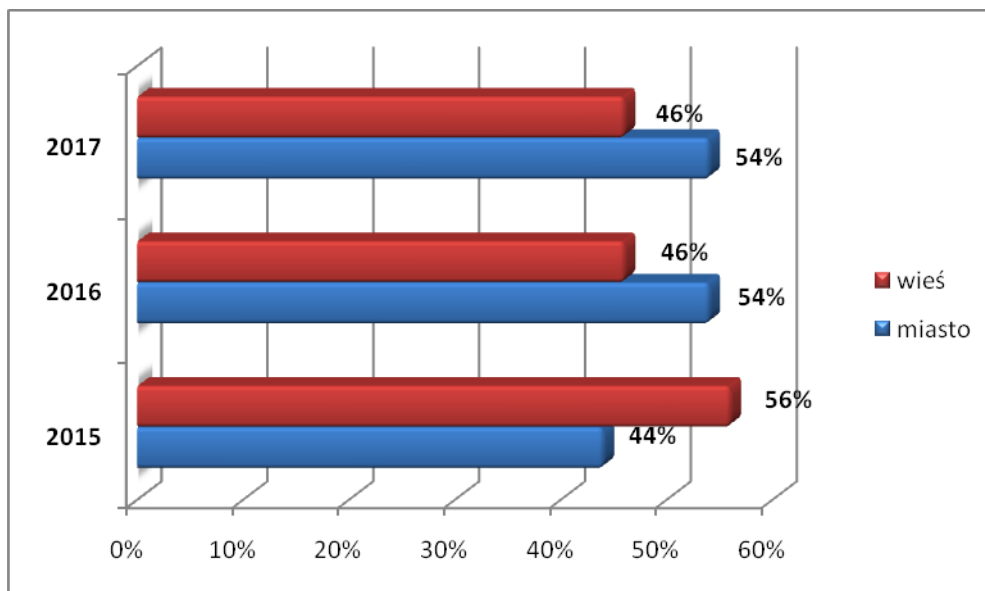
Wśród przyjętych pacjentów w znacznym stopniu przeważały kobiety. W 2015 roku było ich 15, czyli 94% całej populacji, w 2016 – 43 (90%), a w 2017 – 73 (92%). Grupa mężczyzn była nieliczna. W 2015 roku zgłosił się 1 mężczyzna w celu rozpoznania osteoporozy, co stanowiło 6% badanych. W 2016 roku 5 (10%), zaś w 2017 – 6 (8%). Graficzne dane zostały przedstawione na Rycinie 3.



Rycina 3. Populacja pacjentów przyjętych w latach 2015-2017 w zależności od płci

W 2015 roku wśród przyjętych pacjentów przeważali mieszkańcy aglomeracji wiejskich. Było ich 9, co odpowiada 56% badanej populacji. Pozostałych 7 osób, czyli 44% to mieszkańcy miasta. Natomiast w 2016 i 2017 roku większość badanych, to osoby zamieszkałe w mieście. W 2016 roku było ich 26 (54%), a w 2017 roku 43 (54%). Pozostali badani to

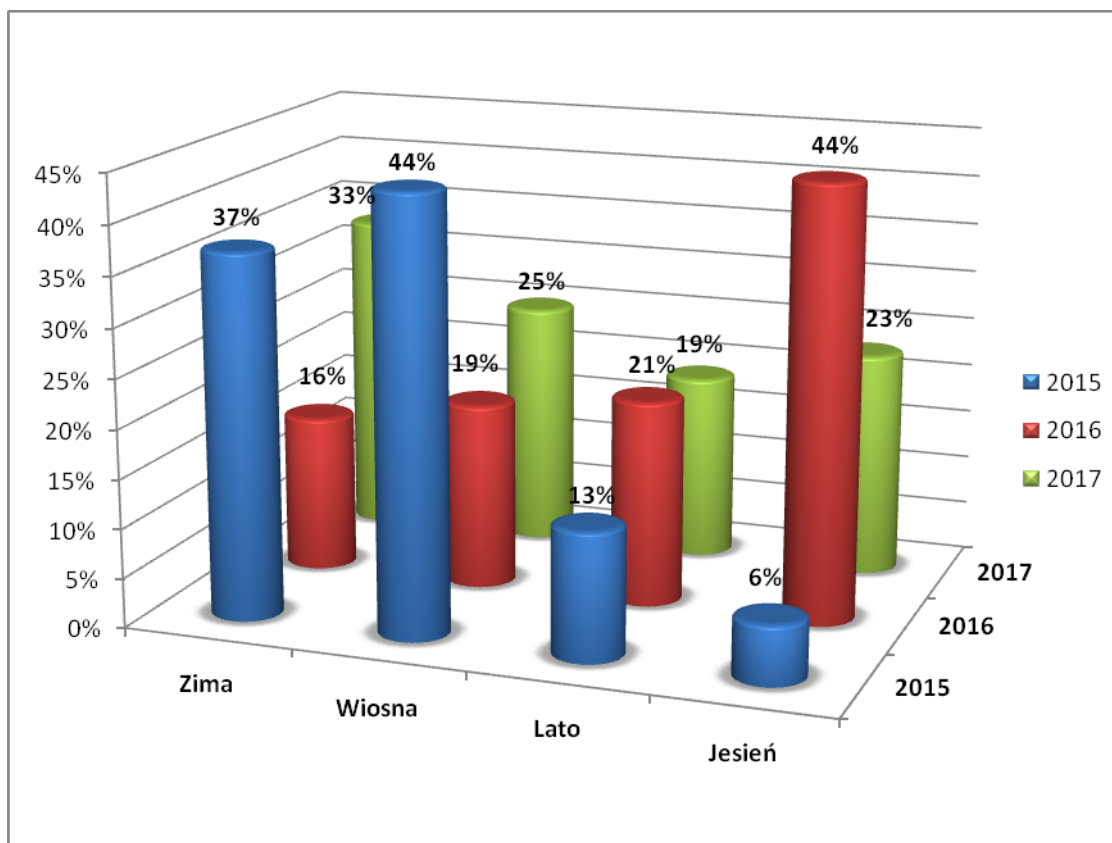
mieszkańcy wsi. W 2016 roku ich liczba wynosiła 22 (46%), zaś w 2017 roku 36, co również stanowi 46% badanej populacji (Rycina 4).



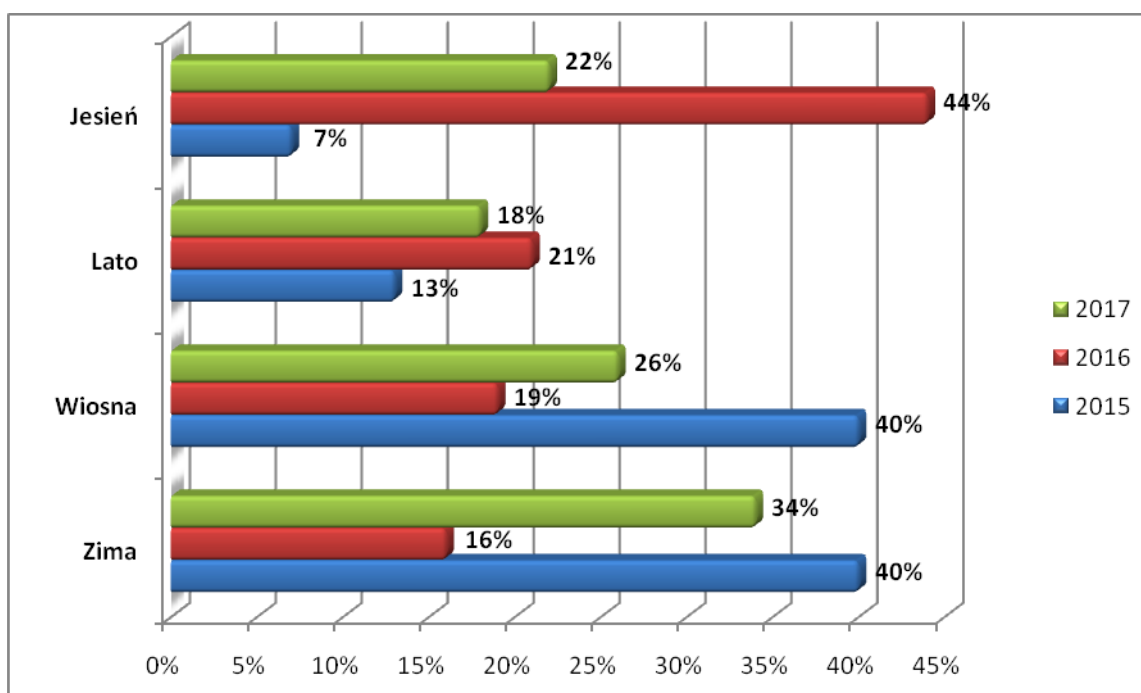
Rycina 4. Populacja pacjentów w zależności od ich miejsca zamieszkania

Informacje o porze roku wykazały, że w 2015 roku najwięcej pacjentów zostało przyjętych wiosną (34%), natomiast najmniej jesienią (6%). W 2016 roku najwięcej pacjentów odbyło wizytę jesienią (44%), zaś najmniej zimą (16%). Z kolei w 2017 roku liczba przyjętych pacjentów rozkładała się bardziej równomiernie w poszczególnych porach roku. Najwięcej odbyło wizytę zimą (33%), najmniej latem (19%). Szczegółowe dane prezentuje Rycina 5.

W 2015 roku najwięcej kobiet zgłosiło się do poradni zimą i wiosną. Było to po 6 kobiet, co stanowiło 40% populacji wszystkich kobiet. Jesienią zgłosiła się tylko 1 kobieta (7%), zaś latem 2 (13%). W 2016 roku najwięcej pań zostało przyjętych jesienią – 19 (44%) a najmniej zimą – 7 (16%), wiosną – 8 (19%) oraz latem – 9 (21%). W 2017 roku najwięcej kobiet zgłosiło się zimą. W liczbie 25 stanowiły 34% całej populacji. Kolejną porą roku była wiosna. Przyjęto 19 pań, co stanowi 26% badanych. Najmniej kobiet zgłosiło się latem – 13 (18%) oraz jesienią – 16 (22%). Graficznie tę zależność przedstawia Rycina 6.

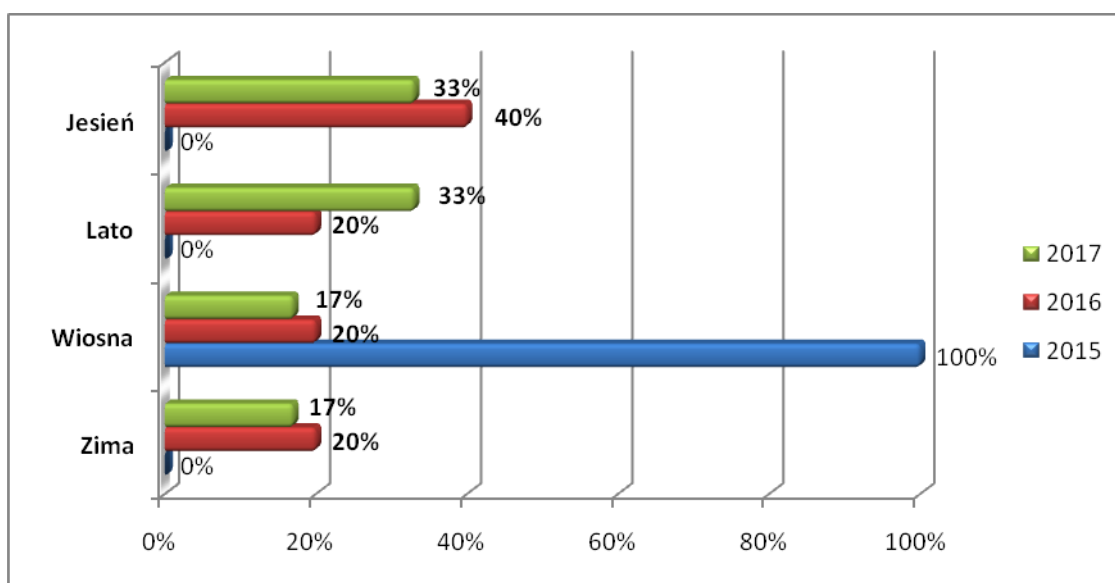


Rycina 5. Podział procentowy przyjęć pacjentów w zależności od pory roku



Rycina 6. Zgłaszalność kobiet w zależności od pory roku

W 2015 roku w poradni został przyjęty tylko 1 (100%) mężczyzna w celu potwierdzenia, bądź wykluczenia osteoporozy. Było to wiosną. W 2016 roku najwięcej mężczyzn zgłosiło się jesienią – 2 (40%) populacji mężczyzn, natomiast w pozostałych porach roku zgłosiło się po 1 badanym, co stanowi po 20% na każdy z nich. W 2017 roku więcej panów zostało skierowanych jesienią i latem – 2 (33%), zaś wiosną i zimą po 1 badanym (17%). Graficzną zależność przedstawiono za pomocą Ryciny 7.



Rycina 7. Zgłaszalność mężczyzn w zależności od pory roku

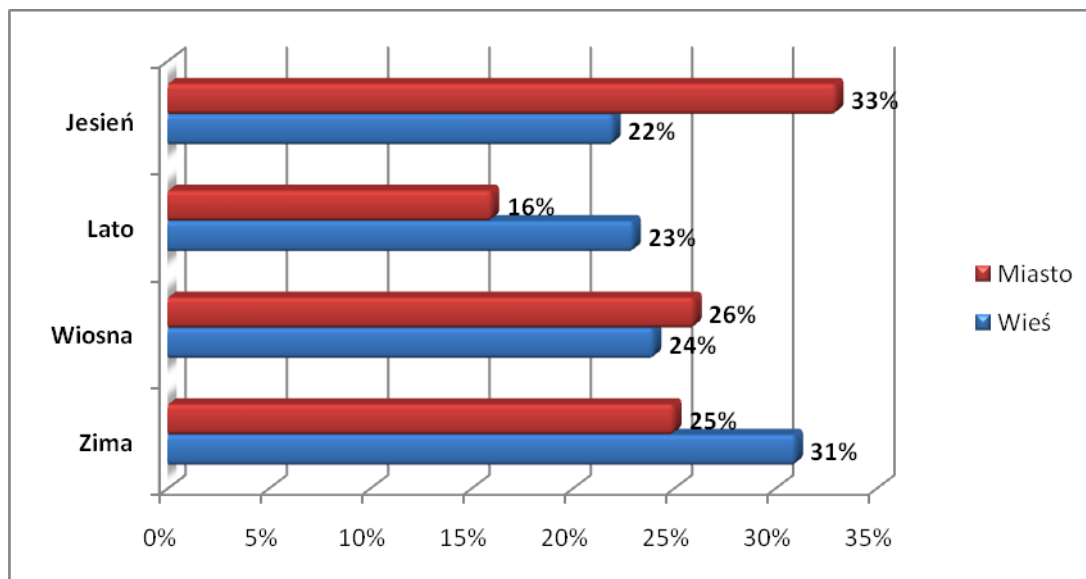
Zgromadzone dane wykazały, że mieszkańcy wsi najczęściej na wizyty zgłaszali się zimą (31%), zaś w pozostałych miesiącach liczba badanych była bardzo wyrównana i wynosiła kolejno: wiosna (24%), lato (23%) oraz jesień (22%). Pacjenci mieszkający w mieście z usług poradni najchętniej korzystali jesienią (33%) a najrzadziej latem (16%). Wiosną i zimą liczba badanych była zbliżona i wynosiła – 26% wiosna oraz 25% zimą (Rycina 8).

W badanym okresie analizie również została poddana zmienna gromadząca informacje o rozpoznaniu choroby według klasyfikacji ICD – 10.

Jednostka chorobowa pacjentów zaliczana była do kodów:

- M80 – Osteoporoza ze złamaniem patologicznym
- M81 – Osteoporoza bez patologicznego złamania
- M85 – Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości

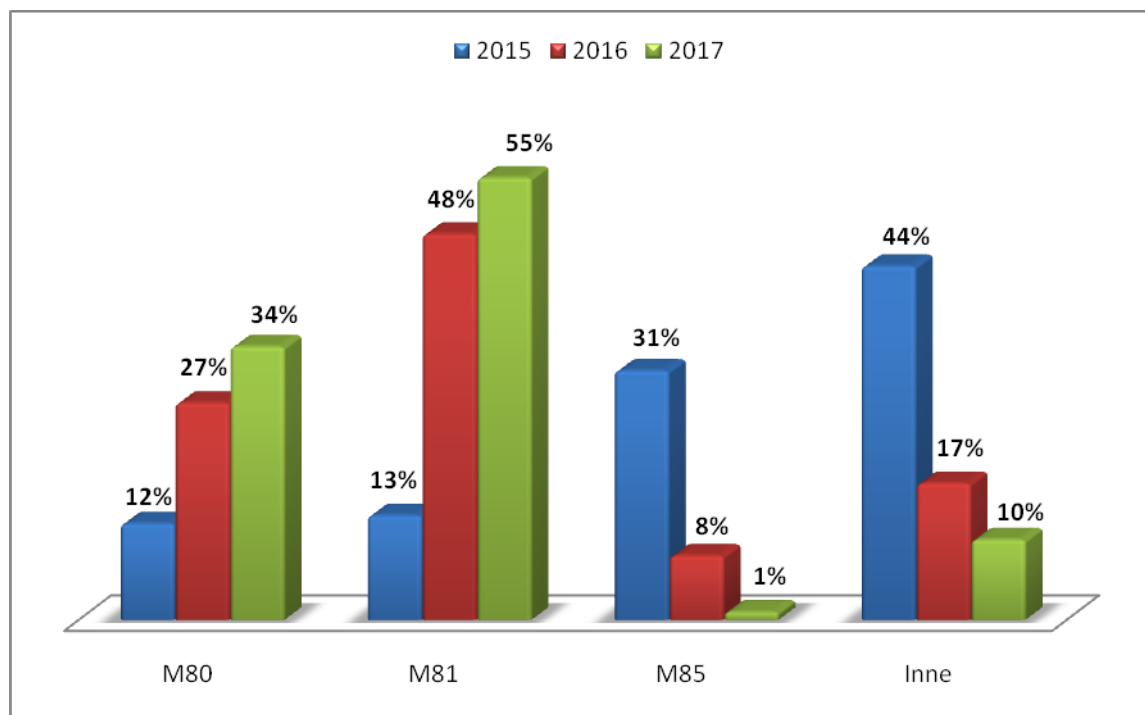
Pacjenci, którzy podczas wizyty otrzymali kod choroby, który nie miał związku z osteoporozą zostali przypisani do grupy - inne rozpoznania.



Rycina 8. Zgłaszalność badanych w zależności od miejsca zamieszkania i pory roku

W 2015 roku u 2 pacjentów stwierdzono osteoporozę ze złamaniem patologicznym, co stanowi 12% badanej populacji. Taką samą liczbę stwierdzono osteoporozy bez patologicznego złamania, jednak w tym przypadku stanowi 13% badanych. U 5 pacjentów (31%) rozpoznano inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości. Ten kod był przypisywany pacjentom, u których rozpoznano osteopenię. Pozostałe rozpoznania były najliczniejszą grupą w tym roku – 7 pacjentów (44%). W 2016 roku największą grupę stanowili badani z osteoporozą bez patologicznego złamania – 23 osoby (48%). Na drugim miejscu ukształtowała się osteoporoza z patologicznym złamaniem – 12 chorych (27%). Kolejne to inne rozpoznania z liczbą badanych 8, co stanowi 17% oraz inne zaburzenia mineralizacji i struktury kostnej – 4 (8%). Rok 2017 ukształtował się w identycznej kolejności jak poprzedni. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z osteoporozą bez patologicznego złamania - 43 (55%), następnie badani z osteoporozą z patologicznym złamaniem – 27 (34%), inne rozpoznania – 8 (10%), zaś zaburzenia mineralizacji i struktury kości stwierdzono u 1 badanego (1%).

Dane z podziałem na rozpoznanie zgodnie z klasyfikacją ICD -10 przedstawiono na Rycinie 9.



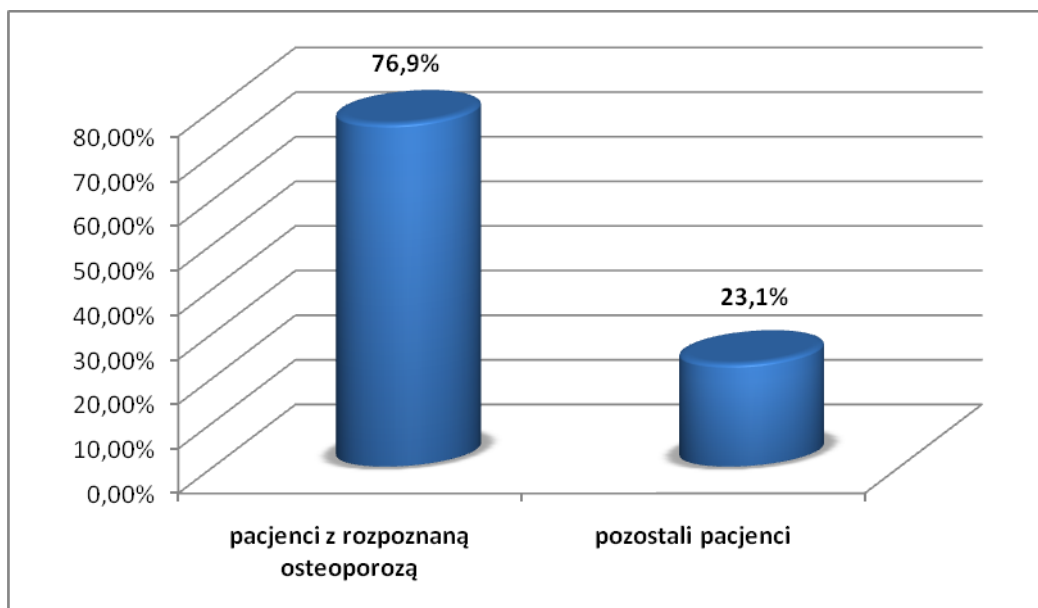
Rycina 9. Rozkład procentowy badanych według klasyfikacji ICD – 10

W okresie objętym badaniem na 143 osoby skierowane do lekarza w celu potwierdzenia lub wykluczenia osteoporozy rozpoznanie potwierdzono u 110 osób, co stanowi 76,9% wszystkich badanych. Dane graficzne przedstawia Rycina 10.

Wśród pacjentów z rozpoznaną osteoporozą przeważały kobiety. Było ich 101 i stanowiły 92% badanej populacji, natomiast mężczyzn w liczbie 9 pozostałe 8%. W Tabeli II uwzględniono podział procentowy rozpoznanej osteoporozy w zależności od płci w poszczególnych latach badanego okresu. Dane graficzne dla całego okresu objętego badaniem przedstawia Rycina 11.

Przeprowadzone badania wykazały, że w okresie objętym badaniem osteoporozę rozpoznawano częściej u osób zamieszkałych w mieście. Było ich 61, co stanowi 55% wszystkich pacjentów z rozpoznaną osteoporozą. Pozostali badani to mieszkańcy aglomeracji wiejskich – 49 (45%).

Wśród pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w okresie badawczym dominowała grupa bez patologicznego złamania – 68 (62%). U pozostałych 42 (38%) zdiagnozowano osteoporozę z patologicznym złamaniem. Liczebność poszczególnych grup oraz ich podział procentowy prezentuje Tabela III.



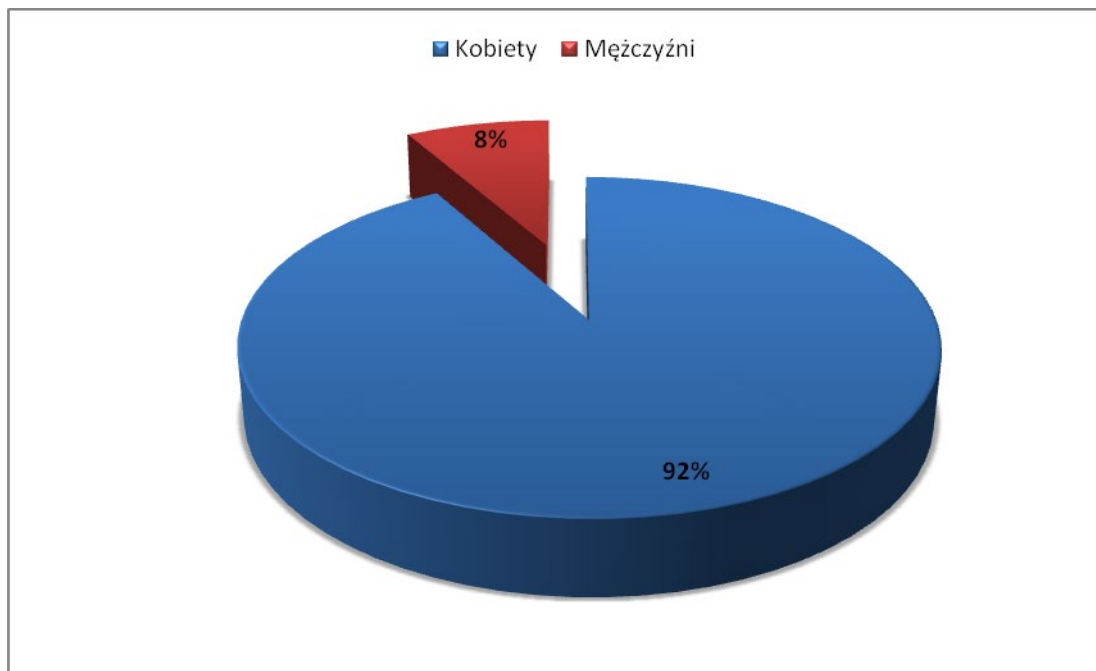
Rycina 10. Pacjenci z rozpoznaną osteoporozą w latach 2015 - 2017

Tabela II. Pacjenci z rozpoznaną osteoporozą w zależności od płci

Płeć	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
Kobiety	4	100	34	92	63	93
Mężczyźni	0	0	3	8	6	7

Tabela III. Rodzaj rozpoznanej osteoporozy w latach 2015-2017

Rozpoznanie	N	%
Osteoporoza bez patologicznego złamania	68	62
Osteoporoza z patologicznym złamaniem	42	38

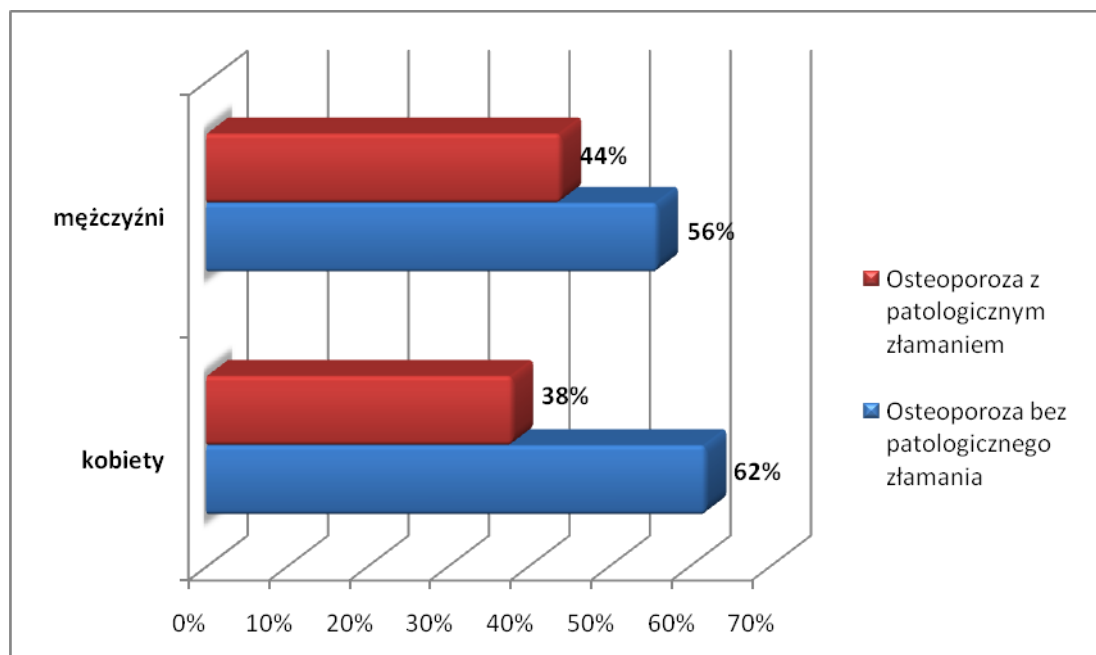


Rycina 11. Podział procentowy pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w latach 2015-2017

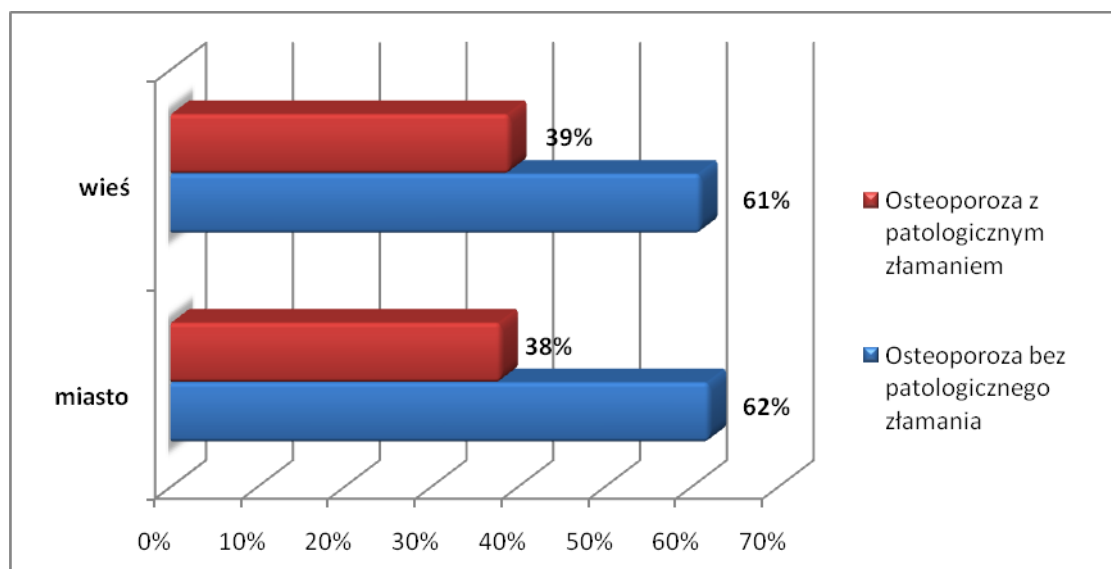
Wśród kobiet zdecydowanie częściej diagnozowano osteoporozę bez patologicznego złamania – 62%. U pozostałych 38% badanej grupy rozpoznano osteoporozę z patologicznym złamaniem. W przypadku mężczyzn również częściej diagnozowano osteoporozę bez patologicznego złamania 56%, zaś osteoporozy z patologicznym złamaniem było trochę mniej - 44%. Porównując obie grupy, możemy stwierdzić, że u kobiet częściej rozpoznano osteoporozę bez złamania - 62% w stosunku do mężczyzn – 56%. Natomiast osteoporoza ze złamaniem częściej była rozpoznana w grupie mężczyzn – 44% w stosunku do kobiet – 38% (Rycina 12).

Ze zgromadzonych danych wynika, że częściej rozpoznawano osteoporozę bez patologicznego złamania zarówno u mieszkańców miasta - 62%, jak i wsi – 61%. Osteoporoza z patologicznym złamaniem nieznacznie częściej występowała u badanych zamieszkujących aglomeracje wiejskie – 39%, zaś mieszkańcy miasta stanowili 38%. Stosunek rozpoznanej osteoporozy w zależności od jej rodzaju był bardzo zbliżony zarówno u mieszkańców miasta jak i wsi. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 13.

Pacjentów z rozpoznaną osteoporozą przyporządkowano do poszczególnych przedziałów wiekowych, w zależności od płci i miejsca zamieszkania, co prezentuje Tabela IV.



Rycina 12. Rodzaj rozpoznanej osteoporozы w zależności od płci

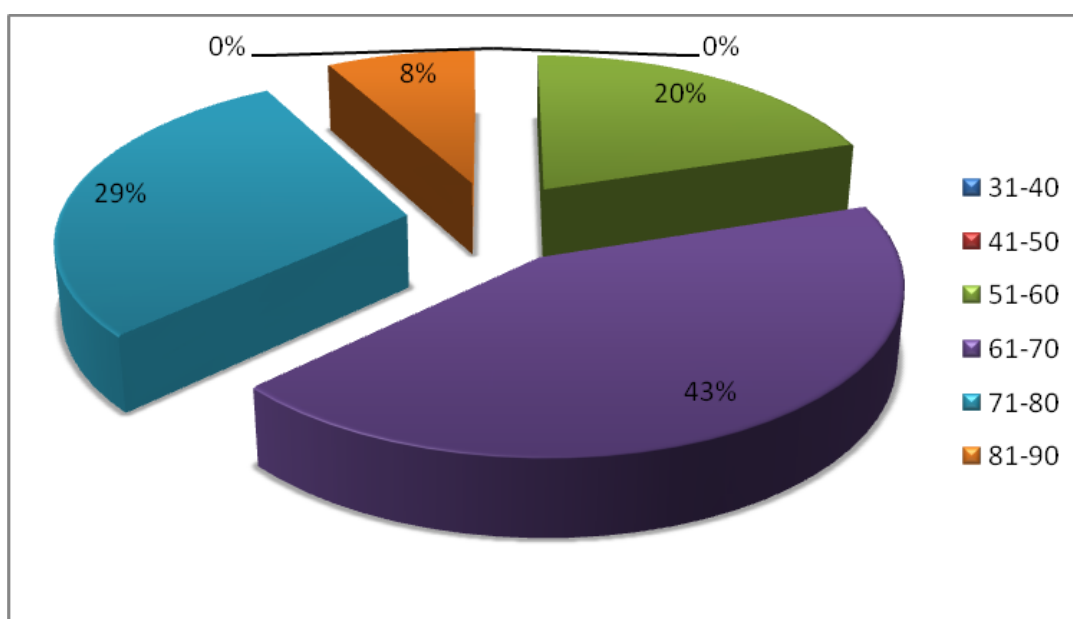


Rycina 13. Rodzaj rozpoznanej osteoporozы w zależności od miejsca zamieszkania

Tabela IV. Przedział wiekowy pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w zależności od płci i miejsca zamieszkania (dane liczbowe)

Okres	Razem	Kobiety	Mężczyźni	Miasto	Wieś
31-40	0	0	0	0	0
41-50	0	0	0	0	0
51-60	22	20	2	13	9
61-70	47	41	6	27	20
71-80	32	31	1	16	16
81-90	9	9	0	5	4

Najczęściej osteoporozę rozpoznawano u pacjentów w przedziale wiekowym 61-70 lat (43%), następnie 71-80 lat (29%) i 51-60 lat (20%). Najmniej osteoporozy wykryto u pacjentów w wieku od 81 do 90 lat – 8% (Rycina 14).



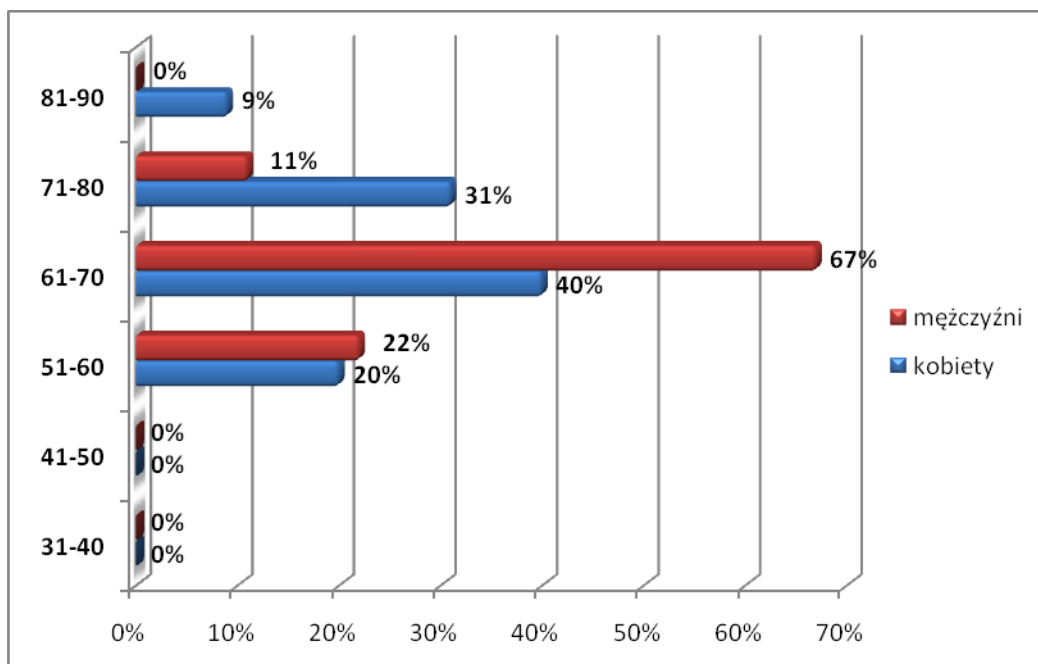
Rycina 14. Podział procentowy pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w poszczególnych przedziałach wiekowych w latach 2015-2017

W przypadku kobiet najczęściej osteoporozę rozpoznawano w przedziale 61-70 lat (40%), następnie 71-80 lat (31%) i 51-60 lat (20%). Najmniej przypadków stwierdzono u chorych w okresie 81-90 lat - 9%.

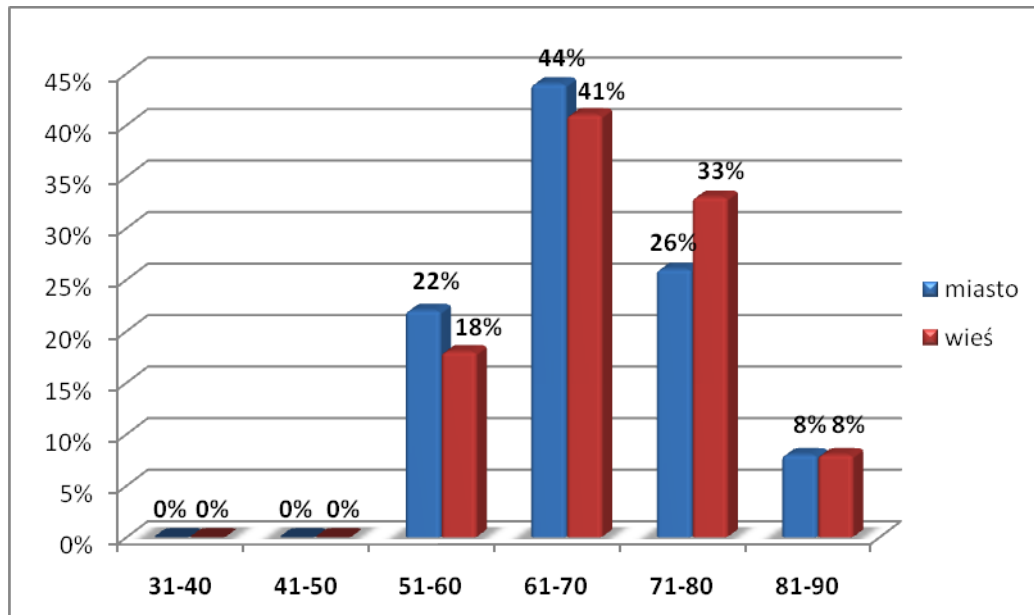
U mężczyzn zdecydowaną przewagę nad pozostałymi miał przedział 61-70 lat (67%). Najmniej liczny był okres 71-80 lat – 11%. Natomiast u pacjentów pomiędzy 51 a 60 rokiem życia osteoporozę rozpoznano u 22% badanych (Rycina 15).

Analiza danych dotycząca częstości występowania osteoporozy w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, iż w przypadku mieszkańców miasta najczęściej rozpoznawano ją u badanych w przedziale 61-70 lat (44%). Na drugim miejscu wiek 71-80 lat (26%) oraz na kolejnym miejscu 51-60 lat (22%). Najmniej pacjentów miał przedział 81-90 lat (8%).

U pacjentów zamieszkujących aglomeracje wiejskie przedział 61-70 lat również zawierał największą liczbę pacjentów (41%). Tuż za nim kolejno 71-80 lat (33%) i 51-60 lat (18%). Najmniej liczny przedziałem jak poprzednio był okres 81-90 lat (8%). Graficzne dane przedstawia Rycina 16.



Rycina 15. Podział procentowy pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w poszczególnych przedziałach wiekowych w zależności od płci



Rycina 16. Podział procentowy pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w poszczególnych przedziałach wiekowych w zależności od miejsca zamieszkania

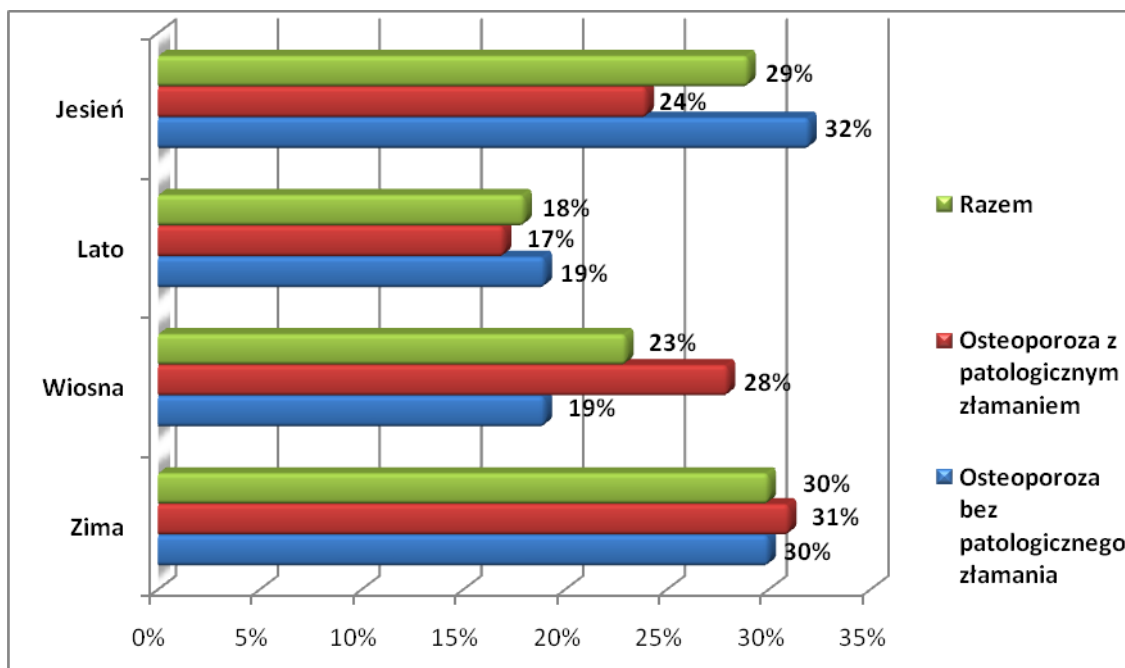
Zgromadzone dane o porze roku wykazały, że najwięcej osteoporozy rozpoznano zimą (30%) oraz jesienią (29%) a najmniej latem (18%).

W przypadku osteoporozy bez patologicznego złamania najwięcej rozpoznań potwierdzono jesienią (32%), zaś w osteoporozie z patologicznym złamaniem zimą (31%). Szczegółowe dane zawiera Rycina 17.

Do metod leczenia u badanych w latach 2015-2017 zastosowano preparaty wapnia. Leki modyfikujące przebieg choroby oraz leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. W Tabeli V przedstawiono szczegółowe dane.

Tabela V. Metody leczenia badanych w poszczególnych latach

Metoda leczenia	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
Preparaty wapnia	2	13	15	31	8	10
Leki modyfikujące przebieg choroby	5	31	25	52	63	80
Leki przeciwbólowe i przeciwzapalne	9	56	8	17	8	10



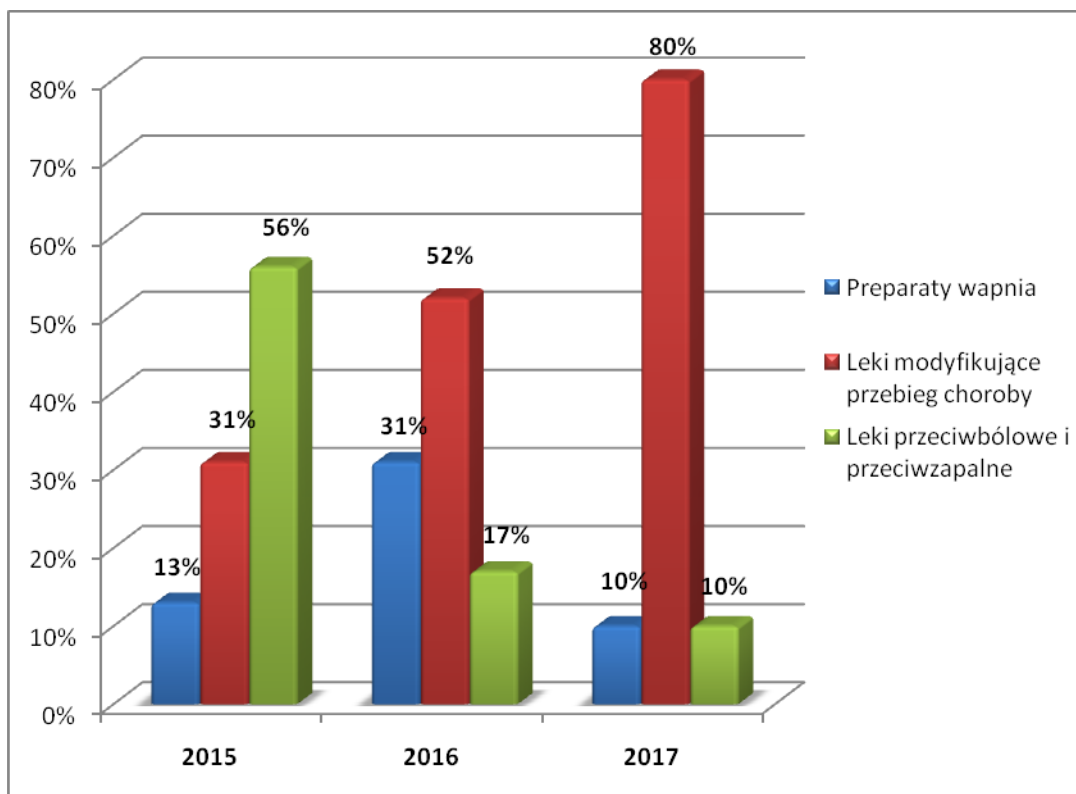
Rycina 17. Rozpoznanie osteoporozy w zależności od pory roku

W 2015 roku najczęściej stosowaną metodą leczenia były leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Zastosowano je u 9 pacjentów, co stanowi 56% badanej populacji. Leki modyfikujące przebieg choroby zlecono 5 pacjentom – 31% badanych, zaś preparaty wapnia otrzymało 2 badanych, co odpowiada 13%.

W 2016 i 2017 roku najczęściej zastosowaną metodą leczenia były leki modyfikujące przebieg choroby i wynosiły odpowiednio: 25 badanych – 52% i 63 badanych – 80%. W 2016 roku w drugiej kolejności zlecane były preparaty wapnia – 15 badanych (31%), zaś najrzadziej stosowane leki przeciwbólowe i przeciwzapalne – 8 osób (17%). Natomiast w 2017 roku drugie miejsce zajmowały leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz preparaty wapnia. Zastosowano je u 8 badanych, co stanowi po 10% pacjentów populacji objętej badaniem w każdym roku.

Dane graficzne przedstawiające podział procentowy zastosowanych metod leczenia w latach 2015-2017 przedstawione zostały na Rycinie 18.

W przypadku kobiet najczęściej zlecane były leki modyfikujące przebieg choroby (66%), zaś leki przeciwbólowe i przeciwzapalne oraz preparaty wapnia po 17%.

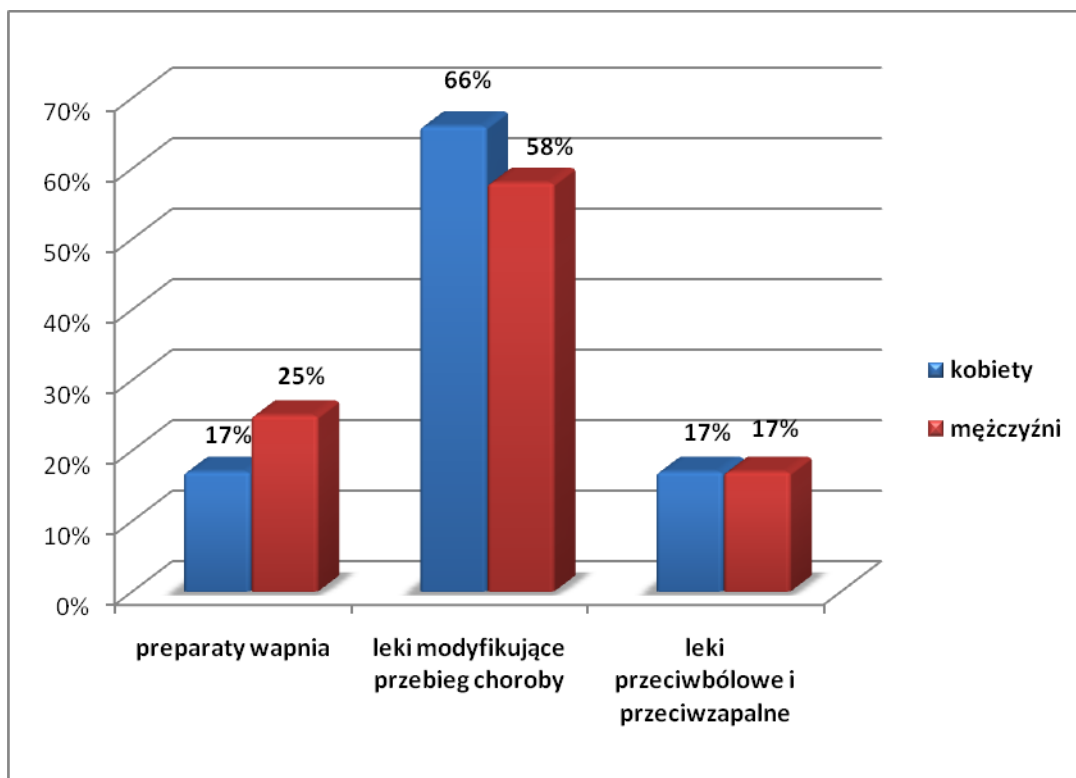


Rycina 18. Podział procentowy zastosowanych metod leczenia

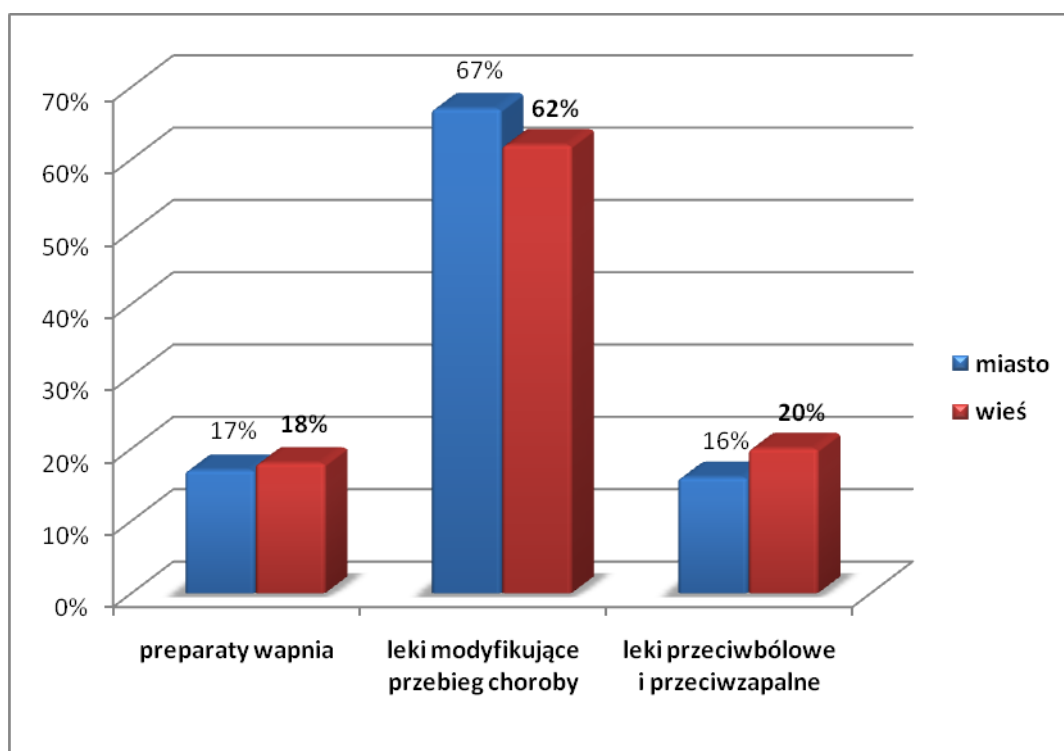
U mężczyzn leki modyfikujące przebieg choroby również były na pierwszym miejscu – 58%. Preparaty wapnia zajęły drugie miejsce – 25%, natomiast najrzadziej stosowane były leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Tak samo jak w przypadku kobiet stanowiły 17% badanej populacji. Dane graficzne przedstawiono za pomocą Ryciny 19.

Podczas analizy danych dotyczących rodzaju zastosowanego leczenia w zależności od miejsca zamieszkania zauważono, że w przypadku mieszkańców miasta najczęściej stosowano leki modyfikujące przebieg choroby – 67%. Najrzadziej stosowano leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (16%) a preparaty wapnia nieznacznie częściej – dotyczyły 17% badanej populacji.

Wśród chorych zamieszkujących aglomeracje wiejskie również najczęściej stosowano leki modyfikujące przebieg choroby (62%). Kolejna pod względem wielkości grupa to leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (20%), a najrzadziej stosowane były preparaty wapnia w ilości 18% (Rycina 20).



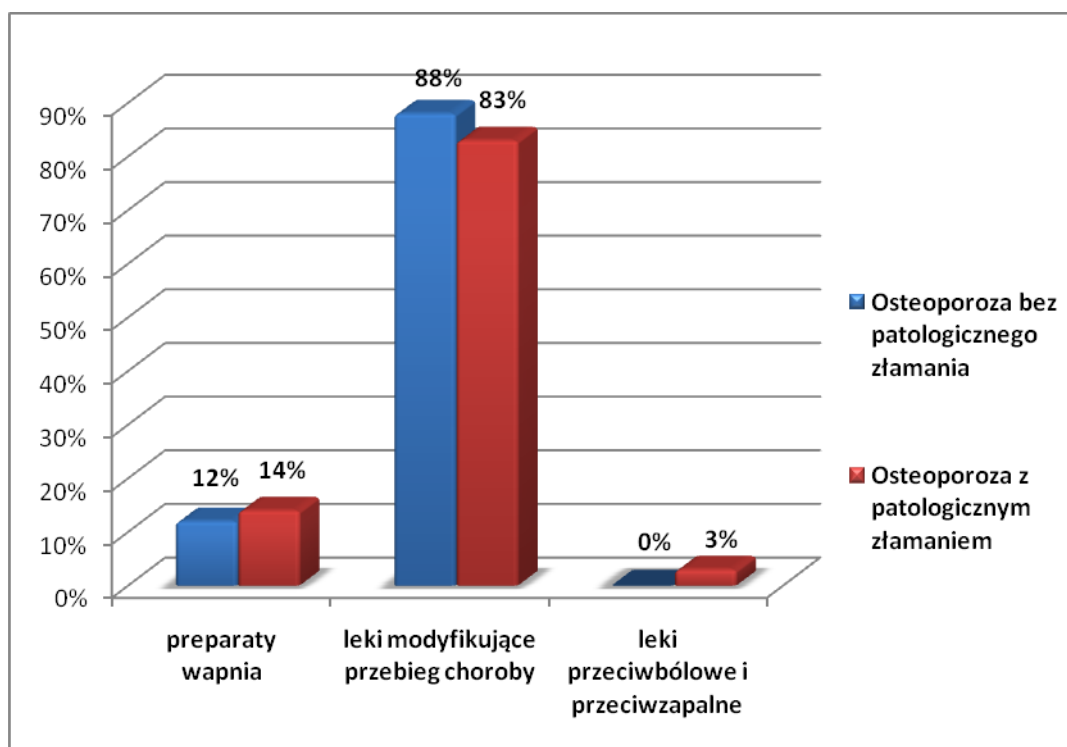
Rycina 19. Zastosowane metody leczenia w zależności od płci



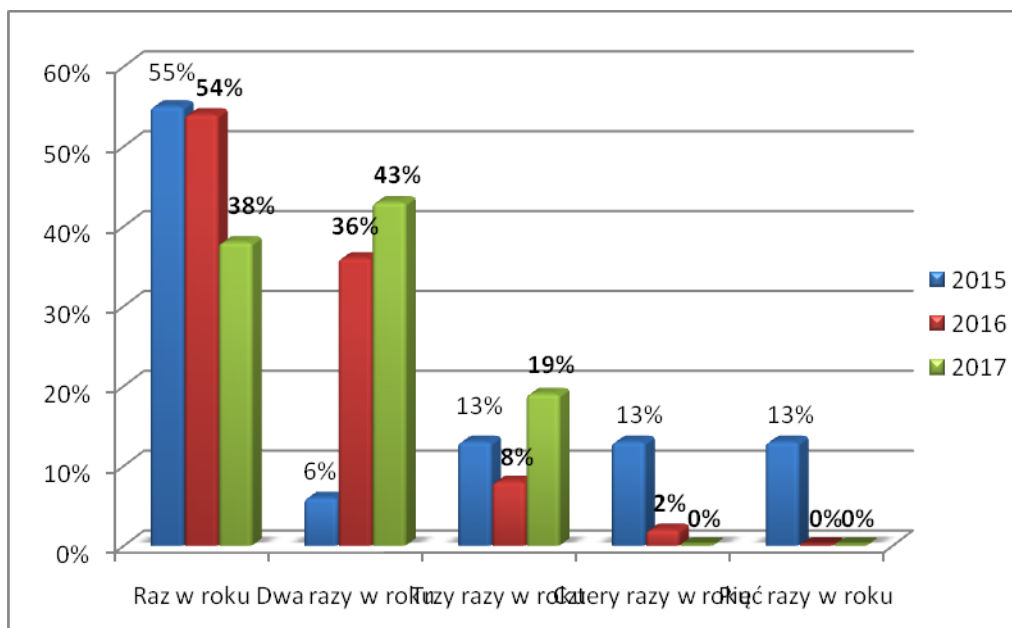
Rycina 20. Zastosowane metody leczenia w zależności od miejsca zamieszkania

Wśród pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w latach 2015-2017 zdecydowanie najczęściej stosowano leki modyfikujące przebieg choroby niezależnie od jej rodzaju. W przypadku osteoporozy z bez patologicznego złamania stanowiły one 88% wszystkich badanych, zaś w przypadku osteoporozy z patologicznym złamaniem – 83% chorych objętych badaniem. W drugiej kolejności zlecane były preparaty wapnia: 12% u chorych z osteoporozą bez patologicznego złamania i 14% w przypadku pacjentów z osteoporozą z patologicznym złamaniem. Leki przeciwbólowe i przeciwzapalne w ilości 3% populacji zlecone były tylko w grupie badanych, u której potwierdzono występowanie osteoporozy z patologicznym złamaniem (Rycina 21).

Analiza danych dotyczących intensywności korzystania z opieki zdrowotnej wykazała, iż pacjenci na wizyty kontrolne najczęściej zgłaszali się raz w roku. W 2015 roku było to 9 osób (55%) a w 2016 roku 26 (54%). Natomiast w 2017 roku najlepszy wynik uzyskał okres dwa razy w roku – 34 (43%), tuż za nim z liczbą badanych 30 (38%) ułożył się okres raz w roku. Najmniejszą grupę stanowili pacjenci zgłaszający się na wizyty kontrolne cztery lub pięć razy w roku. Na Rycinie 22 przedstawiono graficznie udział procentowy intensywności korzystania z opieki zdrowotnej w okresie objętym badaniem.



Rycina 21. Zastosowane metody leczenia w zależności od rodzaju rozpoznanej osteoporozy



Rycina 22. Intensywność korzystania z opieki zdrowotnej w badanym okresie

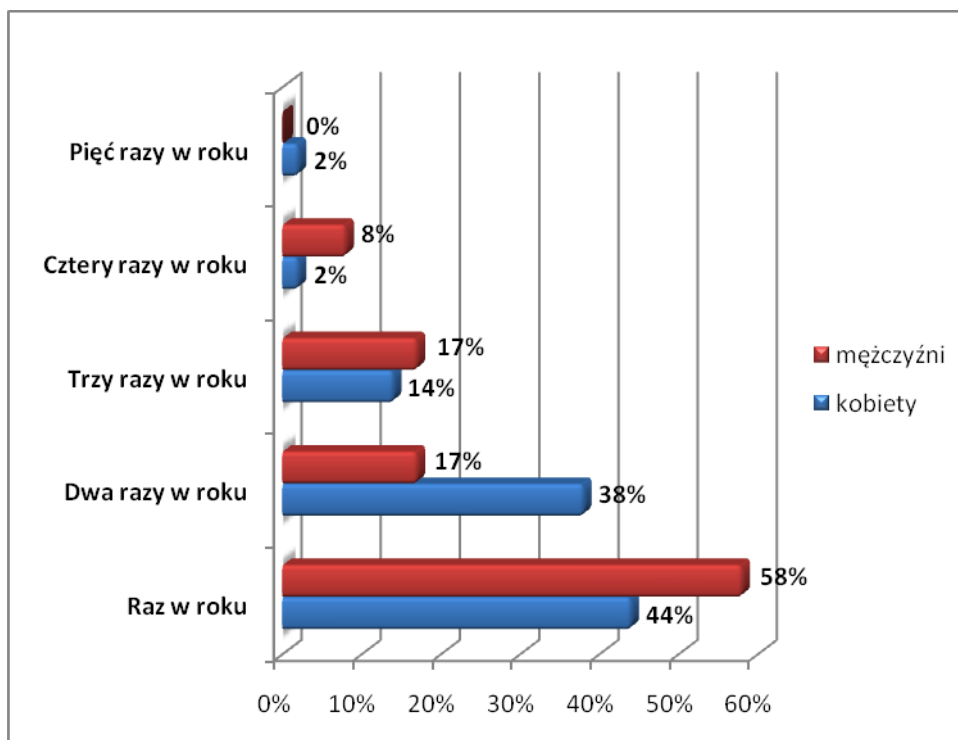
W okresie objętym badaniem kobiety najczęściej zgłaszały się na wizyty raz w roku (44%) i dwa razy w roku (38%).

Najrzadziej wizyty odbywały cztery oraz pięć razy w roku – po 2% wszystkich pań. W przypadku mężczyzn również okres raz w roku dotyczył zdecydowanej większości badanych – 58%.

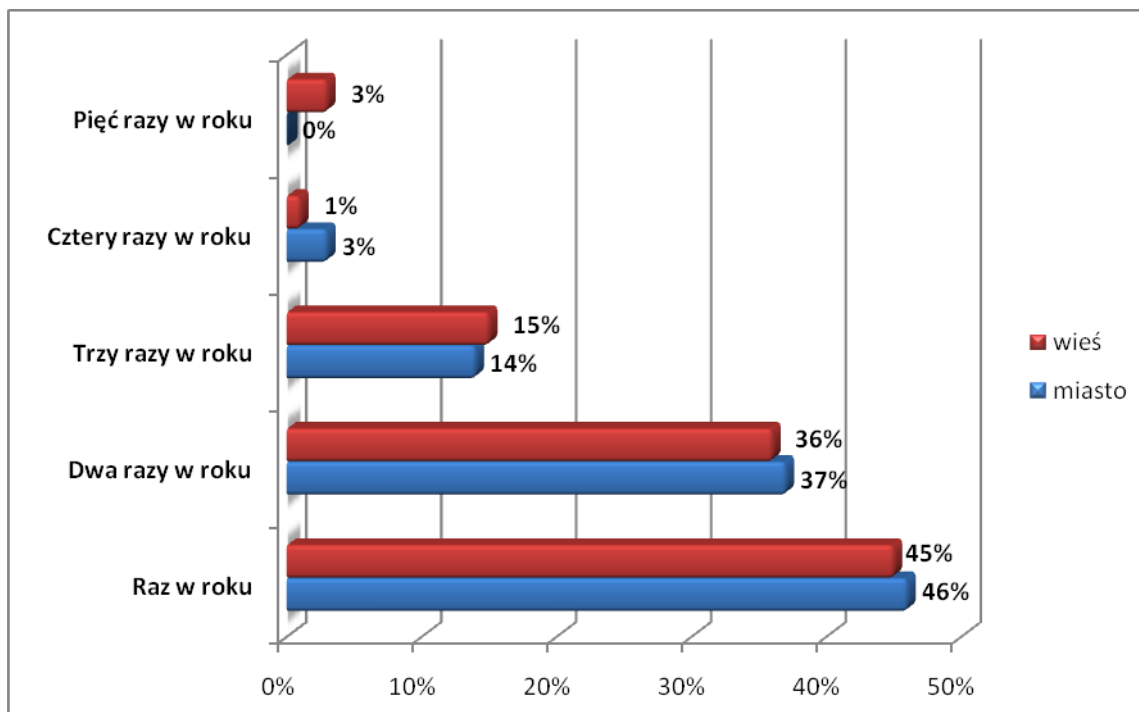
Najrzadziej panowie zgłaszali się cztery razy w roku (8%), zaś okresy dwa i trzy razy w roku liczyły po 17% badanej populacji (Rycina 23).

W latach 2015-2017 blisko połowa pacjentów mieszkających w mieście na wizyty zgłaszała się raz w roku (46%). Z kolei 37% badanych korzystało z wizyt dwa razy w roku a 14% trzy razy w roku. Najrzadziej chorzy zgłaszali się cztery razy w roku – 3%.

Intensywność korzystania z opieki zdrowotnej w przypadku mieszkańców wsi była bardzo podobna. W tym przypadku również największą popularnością wśród pacjentów cieszyły się okresy: raz w roku – 45% oraz dwa razy w roku – 36%. Kolejny okres to trzy razy w roku – 15%. Najmniejszą popularnością cieszyły się pięć razy w roku – 3%, a także cztery razy w roku – 1% (Rycina 24).



Rycina 23. Podział procentowy korzystania z opieki zdrowotnej w zależności od płci

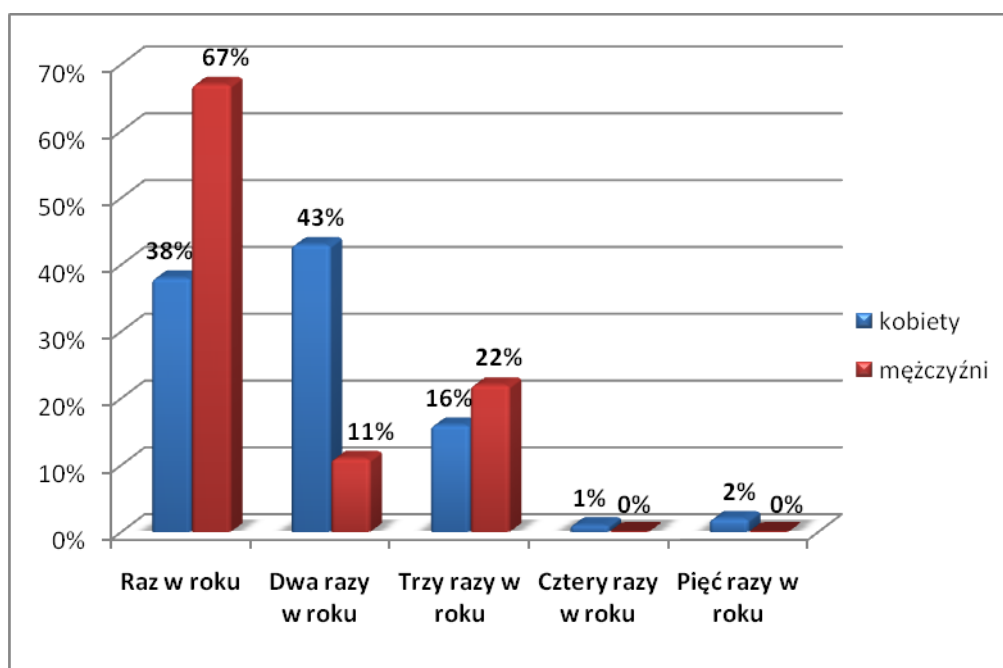


Rycina 24. Podział procentowy korzystania z opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania

Z analizy danych wynika, że kobiety najczęściej zgłaszały się na wizyty kontrolne dwa razy w roku (43%) i raz w roku (38%). Najrzadziej panie korzystały z opieki zdrowotnej cztery (1%) oraz pięć razy w roku (2%). Pozostałe 16% kobiet na wizyty kontrolne zgłaszało się trzy razy w roku. W przypadku mężczyzn zdecydowanie przeważał okres raz w roku. Dotyczył ponad połowy wszystkich panów (67%). Drugi w kolejności trzy razy w roku dotyczył 22% badanych, zaś na wizytę kontrolną dwa razy w roku zgłosiło się 11% mężczyzn.

Dane graficzne dotyczące intensywności korzystania z opieki zdrowotnej w okresie objętym badaniem przez pacjentów z potwierdzoną osteoporozą w zależności od płci zostały przedstawione na Rycinie 25.

Analiza danych wykazała, że pacjenci z potwierdzoną osteoporozą mieszkający w mieście najczęściej na wizyty kontrolne zgłaszali się raz w roku (44%) i dwa razy w roku (41%). Najmniej, bo tylko 15%, z opieki zdrowotnej korzystało trzy razy w roku.



Rycina 25. Podział procentowy korzystania z opieki zdrowotnej pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w zależności od płci

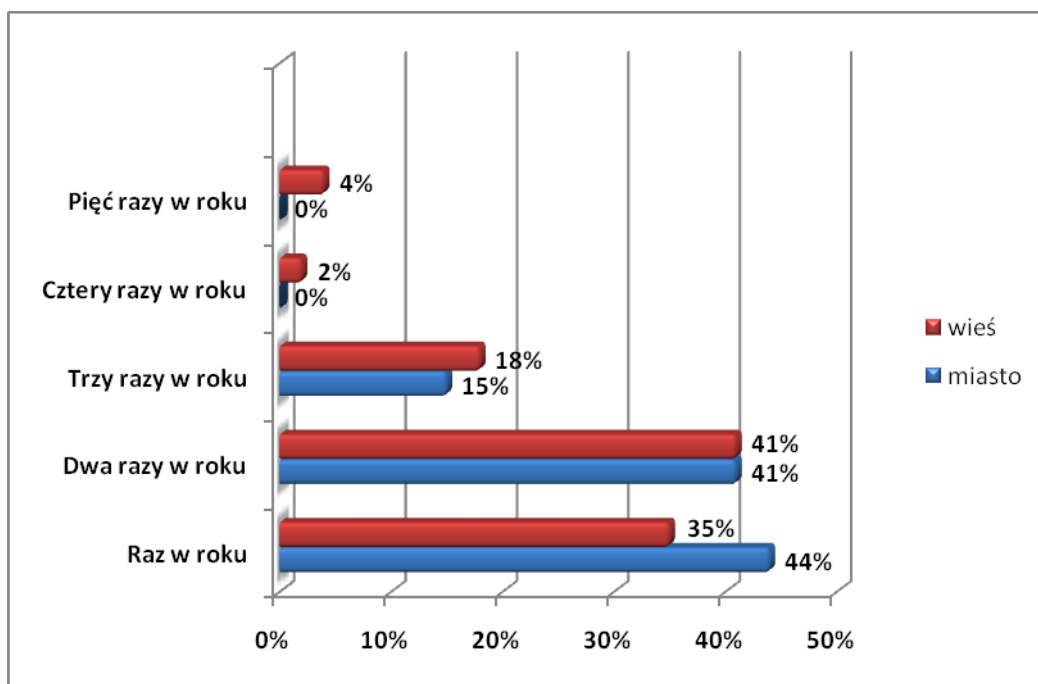
Pacjenci z rozpoznaną osteoporozą zamieszkujący aglomeracje wiejskie najczęściej na wizyty kontrolne zgłaszali się dwa razy do roku (41%). Ponad 1/3 badanych korzystała z

opieki zdrowotnej z intensywnością raz w roku (35%). Mieszkańcy wsi najrzadziej zgłaszali się na kontrole cztery (2%) oraz pięć razy w roku (4%). Okres trzy razy w roku dotyczył 18% badanych z rozpoznaną osteoporozą, którzy mieszkają na wsi (Rycina 26).

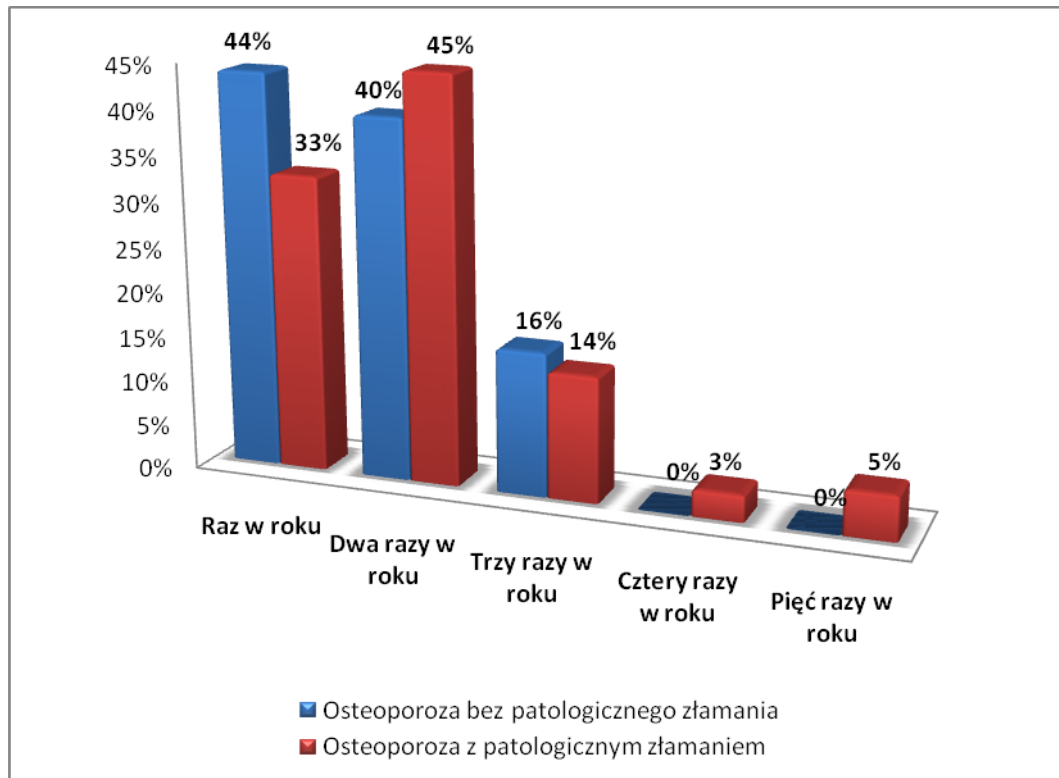
Pacjenci z rozpoznaną osteoporozą bez patologicznego złamania najczęściej zgłaszali się na wizyty raz w roku (44%) i dwa razy w roku (40%). Najrzadziej z opieki zdrowotnej korzystali trzy razy w roku (16%).

Natomiast pacjenci, u których potwierdzono osteoporozę z patologicznym złamaniem najczęściej korzystali z opieki zdrowotnej z intensywnością dwa razy w roku (45%). Drugi z kolei był przedział raz w roku – 33% badanych. Trzy razy w roku do przychodni zgłosiło się 14% pacjentów. Natomiast pozostałe okresy były zdecydowanie mniej liczne i dotyczyły 5% populacji dla pięć razy w roku oraz 3% badanych dla przedziału cztery razy w roku.

Na Rycinie 27 zaprezentowano podział procentowy pacjentów w okresie objętym badaniem w zależności od rodzaju osteoporozy, który został u nich rozpoznany.



Rycina 26. Podział procentowy korzystania z opieki zdrowotnej pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w zależności od miejsca zamieszkania



Rycina 27. Podział procentowy korzystania z opieki zdrowotnej pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w zależności od jej rodzaju

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Osteoporoza to uogólniona choroba metaboliczna kości, która charakteryzuje się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitektoniką tkanki kostnej, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonej podatności na złamania [25].

Jest poważnym problemem zdrowotnym wieku podeszłego. Złamania osteoporotyczne przyczyniają się do obniżenia jakości życia, zwiększonej umieralności, jak również mają istotne konsekwencje ekonomiczne [3].

Wśród pacjentów Poradni Reumatologicznej i Osteoporozy Łomżyńskiego Centrum Medycznego w latach 2015-2017 skierowanych przez lekarza w celu potwierdzenia lub wykluczenia osteoporozy było 143 pacjentów, w tym 131 kobiet, co odpowiada 92% badanej populacji, oraz 12 mężczyzn, co stanowi jej 8%.

Szklanny i wsp. [1] w swojej publikacji wyciągają wnioski, że wskutek nieustannego rozwoju cywilizacji i związanego z tym stylem życia i odżywiania niepostrzeżenie wzrasta

liczba zagrożeń życia oraz zdrowia ludzkiego, wśród nich jest też „cichy złodziej kości”, czyli osteoporoza.

Ze względu na wiek najliczniejsze grupy stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 61-70 lat (40%). Wśród kobiet najliczniejszą grupę stanowił wiek 61-70 lat (39%). Wśród mężczyzn zdecydowanie dominował wiek 61-70 lat (50%). Średnia wieku badanej grupy wynosiła 67 lat. Najmłodszy pacjent miał 31 lat, zaś najstarszy 89 lat.

Według Podbielskiej i wsp. [3] osteoporoza należy do chorób, których częstość występowania zwiększa się z wiekiem. Zaliczana jest grupy schorzeń o znaczeniu społecznym z uwagi na zasięg i następstwa.

Wieczorek – Chełmińska [26] podaje, że choroba robi się bardziej powszechna, ponieważ ludzie żyją dłużej, a równolegle prowadzą bardziej siedzący tryb życia. Statystyki w Polsce informują, że aż 6 milionów osób może być chorych na osteoporozę. Zdecydowana większość z nich to kobiety.

W okresie objętym badaniem na 143 osoby skierowane do lekarza w celu potwierdzenia lub wykluczenia osteoporozy rozpoznane potwierdzono u 110 osób, co stanowiło 76, 92% wszystkich badanych.

Janiszewska i wsp. [5] w swojej publikacji zwrócili uwagę na fakt, że w naszym kraju osteoporoza stanowi bardzo znaczący problem zdrowotny. Brak jednak rzetelnych danych epidemiologicznych, które klarownie precyzowałyby sytuację. Ogółem w Polsce osteoporozę rozpoznano u około 4 mln osób, co stanowi 20% dorosłych.

W okresie objętym badaniem kobiety stanowiły 92% wszystkich chorych z potwierdzoną osteoporozą, zaś mężczyźni 8%. Wśród analizowanych przypadków nieznaczną przewagę stanowili mieszkańcy aglomeracji wiejskiej - 54%. Pozostali badani - 46% to mieszkańcy miasta.

Natomiast Podbielska i wsp. [3] na podstawie wyników badań European Vertebral Osteoporosis Study, twierdzą, że częstość występowania osteoporozy w Polsce ocenia się u kobiet na 20,5% a u mężczyzn na 13%.

Zgodnie z Przysławskim i Górną [8] w Polsce osteoporozą dotkniętych jest blisko 25% kobiet oraz 13-29% mężczyzn.

Dżyzgało i Łepecka – Klusek [23] podkreślają, że stosunek częstotliwości występowania schorzenia u płci żeńskiej w porównaniu z męską, waha się w przedziale od 3:1 do 4:1.

Najczęściej osteoporozę rozpoznawano u pacjentów w przedziale wiekowym 61-70 lat (43%). Analiza danych dotycząca częstości występowania osteoporozy w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, iż niezależnie od miejsca zamieszkania badanych najczęściej rozpoznawano ją u badanych również w przedziale 61-70 lat.

Potwierdzają to dane w publikacji Rocznika i wsp. [13], które sugerują, że ryzyko zachorowania rośnie z wiekiem i ulega podwojeniu na każdą dekadę po 65 roku życia.

Kuczera i Pluskiewicz [9] w swojej publikacji podkreślają, iż przyrostowi odsetka osób w podeszłym wieku w populacji polskiej wtóruje wzrost liczby chorych na osteoporozę starczą. Obecnie obejmują oni około 20% przypadków osteoporozy pierwotnej, głównie to osoby po 75 roku życia. Osteoporoza starcza dwa razy częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn.

Kuthan i Kuthan [27] podają, że w Polsce w populacji powyżej 50 roku życia osteoporoza obejmuje ponad 30% kobiet i mężczyzn. Regionalnie udział procentowy może być inny – Szczecin: 27% kobiet i 13% mężczyzn, Warszawa: 20% kobiet i 28% mężczyzn, zaś Kraków: 33% kobiet i 32% mężczyzn.

W przypadku kobiet, tak samo jak w całości populacji, osteoporozę najczęściej rozpoznawano w przedziale 61-70 lat (40%).

Według Osieleniec [16] w Stanach Zjednoczonych osteoporozę potwierdza się u 11% ogółu populacji w tym u 30% kobiet po 50 roku życia, a po 80 roku życia aż u 70%.

Dane zawarte w publikacji Jasik i wsp. [28] potwierdzają, że w USA choruje 15% kobiet rasy białej w wieku 50-59 lat i aż 70% w wieku 80 lat i starszych.

Natomiast Drwęska – Matelska i wsp. [14] w swojej publikacji sugerują, że po menopauzie choroba występuje, u co trzeciej kobiety.

Dane opublikowane przez Komosińską – Vassev i wsp. [7] potwierdzają, że u kobiet w okresie menopauzalnym proces utraty kości ulega znacznej intensyfikacji, po czym ustala się na poziomie 1-3% rocznie.

Janiszewska i wsp. [5] podają, iż na zachorowanie narażona jest co czwarta kobieta powyżej 60 roku życia i co druga, która ukończyła 70 lat.

W Poznaniu przeprowadzono badania densytometryczne obejmujące 1520 kobiet w przedziale wiekowym od 45 do 75 lat. Ćwirlej - Sozańska [11] opublikowała, że osteoporozę rozpoznano u 14,3%, zaś osteopenię u 29,7% badanych. Autorka przedstawiała również wyniki uzyskane na podstawie badań retrospektywnych BMD szyjki kości udowej, wykonanych w Białymstoku w grupie 727 kobiet powyżej 45 roku życia. Osteoporozę wykryto u około 15% badanych.

Rocznik i wsp. [13] w swojej publikacji podają, że w Polsce rozwój osteoporozy zaobserwowano u 32% kobiet w okresie tuż przed- i pomenopauzalnym.

U mężczyzn zdecydowaną przewagę nad pozostałymi miał również przedział 61-70 lat (67%).

Misiorowski i wsp. [22] podają, iż tradycyjnie osteoporoza związana jest przede wszystkim z kobietami po menopauzie. Jednak w ostatnim dziesięcioleciu zaistniała i utrwaliła się świadomość, że utrata masy kostnej stanowi również nieodzowny element starzenia się mężczyzn.

Według Karczmarewicz i wsp. [4] większość przypadków osteoporozy u mężczyzn i 30-40% kobiet ma charakter wtórny.

Analiza danych dotycząca częstości występowania osteoporozy w zależności od miejsca zamieszkania wykazała, iż w przypadku mieszkańców miasta najczęściej rozpoznawano ją u badanych w przedziale 61-70 lat (44%). U pacjentów zamieszkujących aglomeracje wiejskie przedział 61-70 lat również zawierał największą liczbę pacjentów (41%).

Wśród pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w okresie badawczym dominowała grupa bez patologicznego złamania – 68 (62%). U pozostałych 42 (38%) zdiagnozowano osteoporozę z patologicznym złamaniem. Wśród kobiet zdecydowanie częściej diagnozowano osteoporozę bez patologicznego złamania – 62%. W przypadku mężczyzn również częściej diagnozowano osteoporozę bez patologicznego złamania 56%.

Misiorowski i wsp. [22] są zdania, że chociaż osteoporoza jest tradycyjnie traktowana, jako choroba kobiet po menopauzie, to również mężczyźni są zagrożeni złamaniami osteoporotycznymi.

Dane epidemiologiczne na temat ryzyka złamań osteoporotycznych w Polsce, podobnie jak i samego schorzenia, są bardzo ubogie i niekompletne. Ćwirlej-Sozańska [11] szacuje, że w populacji światowej ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego u kobiety wynosi 30-50%, natomiast u mężczyzny 13-30%. Autorka podaje, że w Polsce ponad 25% populacji po 50 roku życia zagrożone jest złamaniami osteoporotycznymi[11].

Natomiast Strugała i wsp. [29] w swojej publikacji przedstawiają wyniki badania przeprowadzonego w grupie 1014 kobiet w wieku 50-89 lat, zamieszkałych na terenie województwa kujawsko – pomorskiego, będących pacjentkami przychodni Rejonowej Euromedica – POZ w Grudziądzu. Według autorów złamania osteoporotyczne stwierdzono

najczęściej u kobiet w wieku powyżej 80 roku życia (51,4%). Wyniki badania wskazywały, że im starsze kobiety, tym większa częstość złamań.

Wśród pacjentów z rozpoznaną osteoporozą w latach 2015-2017 zdecydowanie najczęściej stosowano leki modyfikujące przebieg choroby niezależnie od jej rodzaju, płci czy miejsca zamieszkania. W przypadku osteoporozy z bez patologicznego złamania stanowiły one 88% wszystkich badanych, zaś w przypadku osteoporozy z patologicznym złamaniem – 83% chorych objętych badaniem. W przypadku kobiet dotyczyły 66% chorych, zaś u mężczyzn 58%. W przypadku mieszkańców miasta było to 67% badanych, zaś u mieszkańców wsi - 62%.

Kuliński [30] w swojej publikacji stwierdza, że leczenie osteoporozy ze względu na jej przewlekły i postępujący charakter, jest długotrwałe i wielokierunkowe.

WNIOSKI

Analiza materiału badawczego dotyczącego częstości występowania osteoporozy pozwoliła wyciągnąć następujące wnioski:

1. Liczba pacjentów skierowanych przez lekarzy w celu potwierdzenia lub wykluczenia osteoporozy wzrosła od 2015 do 2017 roku prawie pięciokrotnie.
2. Osteoporozę potwierdzono u ponad trzech czwartych wszystkich osób objętych badaniem.
3. Częstość rozpoznanej osteoporozy w analizowanym okresie badawczym wzrosła od 2015 do 2017 roku ponad siedemnastokrotnie.
4. Rozpoznanie osteoporozy korelowało z wiekiem (wzrastało po 61 roku życia), płcią (znacznie częściej choroba dotyczyła kobiet) oraz miejscem zamieszkania (częściej występowała u chorych mieszkających w mieście).
5. Nieznacznie częściej rozpoznawano osteoporozę bez patologicznego złamania.
6. Porami roku, w których postawiono najwięcej rozpoznań osteoporozy były zima i jesień. Osteoporoza bez patologicznego złamania częściej występowała jesienią, natomiast osteoporoza z patologicznym złamaniem zimą.
7. Najczęściej stosowaną metodą leczenia osteoporozy niezależnie od wieku, płci czy jej rodzaju były leki modyfikujące przebieg choroby.
8. Intensywność korzystania z opieki zdrowotnej wśród pacjentów z potwierdzoną osteoporozą była zróżnicowana w zależności od płci (kobiety najczęściej korzystały dwa razy w roku, natomiast mężczyźni raz w roku), miejsca zamieszkania (mieszkańcy miasta

raz w roku, zaś wsi dwa razy w roku) oraz jej rodzaju (osteoporoza z patologicznym złamaniem dwa razy w roku a osteoporoza bez patologicznego złamania raz w roku).

PIŚMIENNICTWO

1. Szlanny K., Kawik Ł., Kotela I.: Osteoporoza w ortopedii – choroba cywilizacyjna. Przegląd Lekarski, 2010, 67(5), 419-423.
2. Siris E.S., Adler R., Bilezikian i wsp.: Kliniczne rozpoznanie osteoporozy: Stanowisko NationalBoneHealthAlianceGroup. Medycyna Praktyczna, 2015, 4, 49-57.
3. Podbielska M., Sokołowski K., Sokołowska M.: Ocena poziomu wiedzy na temat osteoporozy i stosowanej profilaktyki wśród kobiet po 50 roku życia. Zeszyty Naukowe WSSP, 2013, 17, 87-96.
4. Karczmarewicz E., Głuszko P., Lorenc R.S.: Osteoporoza - postępy 2009. Medycyna Praktyczna, 2010, 3, 58-62.
5. Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M. i wsp.: Osteoporoza jako problem społeczny - patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej. Problemy Higieniczno - Epidemiologiczne, 2015, 96, 1, 106-114.
6. Głuszko P.: Osteoporoza-spojrzenie w przeszłość. Reumatologia, 2011, 49, 5, 372-377.
7. Komosińska-Vassev K., Olczyk P., Olczyk K. i wsp.: Osteoporoza – patofizjologia i laboratoryjne metody diagnostyczne. Przegląd Lekarski, 2010, 67, 7, 502-511.
8. Przysławski J., Górna I.: Osteoporoza u dzieci i młodzieży. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, 2008, 4, 949-956.
9. Kuczera W., Pluskiewicz W.: Osteoporoza starcza. AnnalesAcademiaeMedicaeSilesiensis, 2012, 66, 6, 57-65.
10. Horst – Sikorska W., Wawrzyniak A.: Znaczenie żywienia w osteoporozie. Lekarz Rodzinny, 2011, 4, 164, 372-379.
11. Ćwirlej-Sozańska A.: Ocena ryzyka złamań osteoporotycznych. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Instytut Leków, 2013, 4, 509-514.
12. Wawrzyniak A.: Osteoporoza wyzwaniem dla lekarzy rodzinnych. Lekarz Rodzinny, 2013, 10, 194, 694-698.
13. Roczniak W. Babuśka-Roczniak M., Roczniak A.: Diagnostyka i farmakoterapia osteoporozy. Lekarz, 2010, 12, 14-22.
14. Dręwska-Matelska N., Wolski H., Seremak-Mrozikiewicz A. iwsp.: Nowoczesna diagnostyka

osteoporozy w oparciu o wykorzystanie biochemicznych markerów obrotu kostnego. *Ginekologia Polska*, 2014, 85, 852-859.

15. Tałałaj M., Jasik A.: Złamania kości w osteoporozach wtórnych [w:] *Osteoartrologia kliniczna*, pod red. Badurski J.E., Czerwiński E., Marcinowska-Suchowierska E. i wsp. Termedia, Poznań 2011, 83-100.
16. Osieleniec J.: Diagnostyka: Osteoporoza. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2011, 6, 22-23.
17. Guła Z., Korkosz M.: Osteoporoza u osób w wieku podeszłym - patogeneza, ocena ryzyka złamań i skuteczność przeciwwłamaniowa leków. *Medycyna Wieku Podeszłego*, 2011, 1, 1, 23-28.
18. Czerwiński E., Borowy P.: Możliwość wykorzystania badań obrazowych w ocenie ryzyka złamań kości [w:] *Osteoartrologia kliniczna*, pod red. Badurski J.E., Czerwiński E., Marcinowska-Suchowierska E. i wsp. Termedia, Poznań 2011, 129-145.
19. Czerwiński E., Osieleniec J., Badurski J. i wsp.: Współczesna diagnostyka osteoporozy. *Family Medicine&PrimaryCareReview*, 2008, 10, 3, 821-829.
20. Marcinowska-Suchowierska W., Czerwiński E., Badurski J. i wsp.: Osteoporoza - diagnostyka i terapia u osób starszych. *Postępy Nauk Medycznych*, 2011, 24, 5, 410-423.
21. Tkaczuk-Wałach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Osteoporoza - obraz kliniczny, czynniki ryzyka i diagnostyka. *Przegląd Menopauzalny*, 2010, 2, 113-117.
22. Misiorowski W., Rabijewski M., Papierska L.: Osteoporoza u mężczyzn. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 6, 407-412.
23. Przedlacki J.: Badania przesiewowe w kierunku osteoporozy. *Terapia*, 2014, 12, 1, 9-11.
24. Marcinowska-Suchowierska E., Walicka M.: Leczenie farmakologiczne osteoporozy [w:] *Osteoartrologia kliniczna*, pod red. Badurski J.E., Czerwiński E., Marcinowska-Suchowierska E. i wsp. Termedia, Poznań 2011, 147-174.
25. Pieńkowski W., Wolski H., Drews K. i wsp.: Programowanie płodowe a etiologia osteoporozy. *Ginekologia Polska*, 2015, 86, 622-625.
26. Wieczorek – Chełmińska Z.: *Żywność w osteoporozie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
27. Kuthan R., Kuthan H.: Niedobór wapnia, witaminy D i jej metabolitów w osteoporozie. *Farmakoterapia*, 2014, 21, 4, 236, 6-17.
28. Jasik A., Tałałaj M., Paczyńska M. i wsp.: Witamina D i osteoporoza. *Postępy Nauk Medycznych*, 2008, 1, 8-13.
29. Strugała C., Sobala W., Szubert Z. i wsp.: Ocena ryzyka złamań osteoporotycznych w

populacji kobiet w wieku powyżej 50 lat - analiza wskaźnika FRAX BMI i FRAX BMD.
Medycyna Pracy, 2013, 64, 3, 327-333.

30. Kukliński W.: Medycyna fizykalna w profilaktyce zdrowia. Studia Medyczne, 2008, 10, 17-20.

DEPRESJA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY - PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Karolina Zambrzycka¹, Monika Chorąży², Cecylia Dolińska³, Beata Olejnik⁴, Katarzyna Krystyna Snarska⁵

1. Absolwentka, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Klinika Neurologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
5. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Depresja jest pojęciem, które od wielu lat stosowane jest w nomenklaturze psychiatrycznej. Pojęcie to odnosi się do szeregu objawów klinicznych, które występują w przebiegu chorób afektywnych. Początki depresji sięgają już 2600 p.n.e. - pierwsze zapiski, które wskazywały na „odkrycie” depresji były wykonywane przez Sumerów, choć o rozumieniu istoty choroby mówiły również zapiski prowadzone przez egipskich lekarzy i uczonych [1].

Jest to choroba, która ówczasie dotyka nie tylko osoby w kwiecie wieku, borykające się z poważnymi problemami ale również - jest częstą przypadłością wśród dzieci i młodzieży. Statystyki policyjne są wręcz przerażające, mówią bowiem o tym, że depresja jest chorobą dotykającą dzieci od 8 roku życia. Tylko w ubiegłym roku do śmiertelnych prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży doszło aż 177 razy. Według szacunków aż 2 % dzieci na całym świecie boryka się z depresją, choć mówi się również o tym, że nie każdy przypadek depresji jest prawidłowo diagnozowany [2].

Depresja wśród dzieci i nastolatków objawia się tak samo, jak w przypadku osób dorosłych, choć wymaga znacznie szybszej i skuteczniejszej diagnozy. Depresja, która dotyka dziecko niesie za sobą szereg objawów, które bywają często maskowane przez młodego

człowieka. Towarzyszące mu ciągle przygnębienie, brak apetytu czy niemożność dostrzegania pozytywnych aspektów płynących z dziecięcego czy młodzieńczego życia to tylko część objawów, mogących wskazywać na zaburzenia depresyjne. w przeciwieństwie do depresji wśród ludzi dojrzałych u dzieci i młodzieży wystąpić mogą również zachowania autoagresywne, buntownicze czy agresja względem osób bliskich, rodziny. w niektórych przypadkach dochodzić również do nadpobudliwości psychoruchowej, czy ADHD. Wymienione objawy nie mieszczą w ogólnych klasyfikacjach depresji i właśnie to różni je względem zaburzeń depresyjnych, występujących u osób dojrzałych. Do innych objawów depresji, które występują tylko i wyłącznie u dzieci i młodzieży należą problemy z koncentracją i niemożność zapamiętywania nawet najprostszych rzeczy. w skutkach powoduje to najczęściej problemy w nauce, które dostrzegane przez nauczyciela czy pedagoga szkolnego są konsultowane z rodzicem i mogą wskazywać na jeden z pierwszych symptomów depresji. w większości przypadków dzieci cierpiące na depresję na każdą próbę pomocy, rozmowy czy chęć pomocy reagują agresywnie, zamykają się w sobie. Jako odskocznie traktują różnego rodzaju media i komputer, które przynoszą im chwilowe „ukojenie” i oderwanie się od otaczającej je, w domyśle szarej i smutnej rzeczywistości [3].

Istnieje niewiele różnego rodzaju badań klinicznych, które dotyczą leczenia depresji wśród młodych osób, dlatego też większość badań opiera się w głównej mierze na wnioskach badawczych osób dorosłych. Głównej analizie poddawane jest działanie różnego rodzaju farmaceutyków, stosowanych w leczeniu zaburzeń depresyjnych, które stosowane są przy leczeniu ostrych rodzajów depresji. w przypadku depresji łagodnej, zalecane jest uczestnictwo w terapiach, w których w większości przypadków uczestniczą rodzice wraz z dzieckiem, a w niektórych przypadkach - całe rodziny. Takie spotkania ze specjalistą są nie tylko znakomitą odskocznią, która pomaga dzieciom radzić sobie z problemami i mówić o nich otwarcie i bez skrępowania ale również - uczy rodziców i opiekunów dziecka jak postępować z nimi w chorobie [4].

Depresja jest chorobą o charakterze przewlekłym, dlatego też jej leczenie jest procesem wieloetapowym. Wystąpienie pierwszego epizodu depresji jest najczęściej bodźcem, decydującym o pojawieniu się kolejnych epizodów tej nieuleczalnej „choroby”. Dzieci, u których wykryto zaburzenia depresyjne są leczone w poradniach zdrowia

psychicznego, choć na obszarze Polski wciąż brakuje lekarzy specjalistów, którzy pomagają najmłodszym z nas walczyć z chorobą [5].

Depresja - postępująca choroba cywilizacyjna XXI wieku

Depresja (zwana inaczej zaburzeniami depresyjnymi) jest pojęciem, które znajduje swoje zastosowanie w nomenklaturze psychiatrycznej. Słowo depresja wywodzi się z łacińskiego „depressio”, które w wolnym tłumaczeniu oznacza „głębokość”. Termin ten odnosi się do szerokiej grupy objawów depresyjnych, które pojawiają się w toku chorób afektywnych (zwanych potocznie zaburzeniami nastroju). Jak dowodzą badania, zaburzenia depresyjne dotyczą obecnie 5-17 % populacji, a z roku na roku zachorowalność rośnie. Depresja objawia się przede wszystkim stanami natężonego smutku, apatią, niską samooceną, obecnością negatywnych myśli, prowadzących często do stanów lękowych czy myśli samobójczych. Mówi się, że osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne są anhedonistami, czyli jednostkami niepotrafiącymi czerpać i przeżywać przyjemności z pozytywnych sytuacji i aspektów życia. Zdarza się również, że osoby borykające się z zaawansowanymi zaburzeniami depresyjnymi wykazują znaczne opóźnienie psychoruchowe, zwane potocznie spowolnieniem [6].

Według definicji WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) zaburzenia depresyjne są przyczyną utrzymującego się przez dłuższy czas uczucia smutku, bezradności i zubożenia wobec pozytywnych aspektów życia. Definicja podaje, że osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne w sposób nagły tracą wszelkie zainteresowanie czynnościami, które zwykle sprawiały im satysfakcję. Depresja jest zaburzeniem, dotyczącym ludzi w każdym wieku, niezależnie od środowiska w jakim funkcjonują czy miejsca zamieszkania. Podaje się ją jako główną przyczynę zachowań i stanów, poprzez które przeciętny człowiek nie jest zdolny do podejmowania pracy, czy powierzonych mu zadań. Bywa częstą przyczyną zanikających więzi rodzinnych, a w skrajnych przypadkach prowadzi do prób samobójczych. Jest problemem o charakterze globalnym - jak wskazują najnowsze dane, zaburzenia depresyjne są drugą, najczęściej występującą na świecie przyczyną zgonów wśród osób w przedziale wiekowym od 15 do 29 lat. Depresja bywa często mylona ze stanami, w których jako podatna na emocję istota ludzka odczuwamy smutek, mający swoje podłoże w różnego rodzaju sytuacjach życiowych. Zaburzenia depresyjne różnią się jednakże znacznie od uczucia smutku i przygnębienia - depresja jest bowiem stanem, w których bez konkretnej przyczyny i długotrwale odczuwamy smutek. Przygnębienie, które pojawia się wskutek negatywnych

przyczyn czy sytuacji życiowych jest jedynie etapem przejściowym, który najczęściej ustępuje wraz z pogodzeniem się z natłokiem negatywnych myśli i sytuacji [7].

W roku 2017 depresja była głównym tematem kampanii przygotowanej przez Światową Organizację Zdrowia z okazji obchodów corocznego Dnia Zdrowia. Celem przeprowadzonego na całym Świecie przedsięwzięcia było uświadomienie społeczeństwa odnośnie problemu, który dotyka znaczną część naszej populacji [8].

WHO skierowało swój program w szczególności do osób, które z różnych przyczyn nie chcą podjąć leczenia na tle zaburzeń depresyjnych ale również - do każdego z nas, apelując, aby nie być obojętnym wobec charakterystycznego, wskazującego na depresję zachowania najbliższych osób. Depresja jest bowiem chorobą, której można skutecznie zapobiec, wdrażając odpowiednie leczenie. Zrozumienie jej mechanizmów i zbadanie typowych objawów pomaga znacznie lepiej zrozumieć tę chorobę i zapobiegać stygmatyzacji przejawianej przez społeczeństwo wobec osób, które na nią cierpią [8].

Podstawowe wiadomości dotyczące depresji

Zaburzenia depresyjne są chorobą postępującą - obejmującą w szczególności osoby między 15-29 roku życia. Jest to ówczesnie jedna z groźniejszych chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Mimo, że problem jest nieustannie nagłaśniany przez różnego rodzaju media, zachorowalność wciąż wzrasta, nieuchronnie prowadząc do prób samobójczych i samobójstw. Problem ten jest w szczególności widoczny wśród dzieci i młodzieży, które wobec zaburzeń depresyjnych przejawiają najczęściej zachowania anhedonistyczne, cechujące się brakiem czerpania radości i dostrzegania pozytywnych aspektów życia [9].

Depresja wymaga bezzwłocznej diagnozy, która pozwoli na podjęcie odpowiednio ukierunkowanego leczenia, pomagającego zapobiegać samobójstwom, szczególnie wśród najmłodszych z nas. Problem ten jest bowiem często lekceważony, a zmienne nastroje dzieci i nastolatków odbierane jako swoisty „przejaw” dojrzewania, cechujący się częstymi zmianami nastrojów, płaczliwością czy apatią. Wobec ogromu zachowań i postępowania zachorowalności na chorobę warto bliżej przyjrzeć się czynnikom i zachowaniom jasno mówiącym o chorobie [9].

Główne objawy depresji

Mówiąc o klinicznych objawach zespołu depresyjnego warto nadmienić, że depresja jest chorobą, obejmującą zarówno strefę fizyczną (ciało), jak i sferę psychiczną (umysł). Objawy depresji charakteryzują się bowiem tym, że diagnozowane są zarówno zmiany somatyczne jak i psychiczne. Są różnorodne i występują w zupełnie odmienny sposób u każdej z osób, wykazując różnorodne nasilenie. Podstawowym objawem klinicznym depresji jest długotrwała niezdolność do wykonywania rutynowych, najprostszych czynności, wzbudzając często w chorym poczucie, że wykonuje codzienne obowiązki z jednakowym zaangażowaniem - jak wcześniej, przed wykryciem zaburzeń depresyjnych. Choroba jest na tyle intensywna, że powoduje problemy z koncentracją, niską samoocenę, natłok negatywnych myśli. Świat postrzegany jest w czarnych barwach, a jednostka objęta chorobą nie potrafi skupić się i dostrzec pozytywów płynących z życia. Pogarszający się stan psychiczny jest spowodowany objawami somatycznymi - znacznym opóźnieniem psychoruchowym (spowolnieniem) czy towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi - objawy te dotyczą zaburzeń depresyjnych zarówno wśród osób dorosłych, jak i wśród dzieci i osób w wieku młodocianym [10].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) która została sporządzona przez WHO klasyfikuje zaburzenia depresyjne według podziału na objawy podstawowe i dodatkowe. Obowiązuje w Polsce od roku 1996, wyraźnie wskazując szereg objawów świadczących o danym rodzaju depresji - umiarkowanej, łagodnej i ciężkiej. Klasyfikacją, która przedstawia objawy depresji w zupełnie inny sposób jest podział według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV). Amerykańska wersja klasyfikacji przedstawia szereg objawów, które utrzymując się przez 2 tygodnie i więcej są kluczowe w diagnozowaniu zaburzeń depresyjnych [11].

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) podstawowymi objawami, świadczącymi o postępującej chorobie depresyjnej jest ciągle zmęczenie, obniżenie nastroju, płaczliwość. Do objawów dodatkowych zaliczyć możemy problemy z koncentracją, autoagresję, poczucie winy, bezsenność, brak apetytu czy myśli samobójcze. Aby mówić o łagodnym epizodzie depresyjnym jednocześnie muszą wystąpić przynajmniej dwa objawy podstawowe i dwa dodatkowe. W łagodnym epizodzie depresyjnym dopuszczalne jest również uczucie dyskomfortu odczuwane przez chorego, nie zaburzające prawidłowego toku funkcjonowania. O epizodzie depresyjnym

w stopniu umiarkowanym możemy mówić w momencie, gdy oprócz dwóch objawów podstawowych, wystąpią cztery objawy dodatkowe i stan taki utrzymuje się przez co najmniej 14 dni, zaburzając prawidłowe funkcjonowanie. Ciężki epizod depresyjny niesie za sobą wystąpienie przynajmniej trzech objawów podstawowych i czterech dodatkowych, prowadzących do całkowitych zaburzeń funkcjonowania i koncentracji. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV) wskazuje szereg objawów, wskazujących na występowanie zespołu depresyjnego - obniżony nastrój, który utrzymuje się zazwyczaj przez cały dzień, wahania wagi, spowolnienie ruchowe, znaczące pobudzenie, problemy z koncentracją, uczucie ciągłego zmęczenia, brak poczucia własnej wartości, myśli samobójcze, próby samobójcze. Aby według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego móc mówić o depresji przez okres 14 dni powinno utrzymywać się przynajmniej 5 (z wymienionych) objawów [12].

Obawy pierwotne depresji

Literatura mówi o dwóch, podstawowych rodzajach depresji - pierwotnej i wtórnej. Depresją pierwotną nazwiemy stan długotrwale utrzymującego się smutku i zaburzenia osobowości, które nie są w żaden sposób powiązane z występowaniem innych chorób. Depresja pierwotna może wystąpić nagle, wskutek wielu czynników i bodźców, powodujących stany ciągłego smutku, stratę bliskiej osoby czy brak poczucia własnej osobowości. Objawy depresji pierwotnej są pospolite i możemy wyróżnić wśród nich problemy z koncentracją, płaczliwość, apatię, obniżony apetyt. Depresja pierwotna jest chorobą, która dotyka często dzieci i młodzież. Początek choroby jest zazwyczaj nagły i spowodowany wieloma negatywnymi czynnikami - nieraz pojawia się wskutek problemów w kontaktach z rówieśnikami, chociaż często przyczyną zaburzeń może być również brak zrozumienia i „toksyczna” atmosfera panująca w domu. w większości przypadków dzieci i osoby młodociane nie rozmawiają z nikim o swoich wewnętrznych odczuciach i towarzyszących mu napadach smutku, braku łaknienia czy myślach samobójczych, bojąc się stygmatyzacji i ośmieszenia, często nie zdając sobie sprawy z tego, że depresja jest poważnym zaburzeniem, o którym warto mówić [13].

Zaburzenia depresyjne, pojawiające się u małych dzieci mają najczęściej charakter ciągły. Zdarza się, że oprócz uczucia ciągłego przygnębienia dziecko odczuwa kołatanie serca i bóle głowy, którym towarzyszy biegunka czy wymioty. w większości przypadków problem

ten jest niezauważalny przez rodziców, gdyż dziecko, które wykazuje zmiany depresyjne stara się „ukryć” zjawisko ciągłego przygnębienia, czy stale pojawiającego się smutku. Jest to olbrzymi problem, prowadzących do znacznego obniżenia nastroju i samooceny, a w konsekwencji, mogący prowadzić do prób samobójczych. Skala problemu wciąż się poszerza - w wielu szkołach prowadzone są specjalne zajęcia, podczas których terapeuta czy pedagog szkolny przeprowadza wśród najmłodszych dzieci test, mający za zadanie wykluczenie lub potwierdzenie zaburzeń depresyjnych. Do ich pomiaru służy skala Becka, opracowana przez zespół krakowski, która bada czynniki, mogące bezpośrednio powodować depresję - nastrój, energie, poziom samoakceptacji. Wykonanie takiego testu daje nam jasny sygnał, z jakim poziomem depresji mamy do czynienia, pozwalając wdrożyć odpowiednie badania [14].

Objawy wtórne depresji

O depresji wtórnej możemy mówić, gdy objawy zespołu depresyjnego są powiązane z przyjmowaniem pewnego rodzaju leków. Depresja wtórna pojawia się zazwyczaj wskutek farmakoterapii zaburzeń tarczycy czy w leczeniu schizofrenii. Chorobę tą wywołać mogą grupy leków przyjmowane w wymienionych chorobach. Często w fazie początkowej chory nie zdaje sobie sprawy z podłoża negatywnych odczuć, wmawiając sobie, że wahania nastroju i opóźnienia psychoruchowe są bezpośrednim skutkiem leków. Wśród typowych objawów wtórnych depresji możemy wyróżnić brak poczucia własnej wartości, płaczliwość, ciągły smutek, poczucie niesprawiedliwości, a niekiedy - nienawiść skierowana w stronę najbliższych [15].

Przyczyny zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży

Depresja jest ówczesnie jedną z najniebezpieczniejszych chorób cywilizacyjnych, odejmującą nie tylko osoby w kwiecie wieku, mające problemy w różnych sferach życia ale również - dzieci i osoby młode, wykazujące liczne zaburzenia poznawcze. Jest chorobą, która dotyczy dzieci i młodzieży - paradoksem jest, że problem depresji może dotknąć już najmniejsze dzieci, które bez przyczyny mogą czuć ciągłe przygnębienie, nie odczuwać przyjemności, czy mieć problem z akceptacją siebie. Jeszcze kilka lat temu o zaburzeniach na tle psychicznym nie mówiło się tak często, uważając, że depresja nie jest problemem

psychicznym, a raczej wynikającym z natury człowieka. Kilkanaście lat temu uważano bowiem, że depresja nie może dotknąć dziecka, gdyż w tak młodym wieku rozwój poznawczy jest zaburzony do stopnia, w którym depresja nie może się rozwinąć [2,16]

Przyczyną zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży jest najczęściej obniżone poczucie własnej wartości, na które może składać się wiele, różnorodnych czynników. Czynnik ten zaliczamy do przyczyn zaburzeń depresyjnych na tle środowiskowym - czyli taki, na który wpływ mają osoby trzecie. Pierwszym z nich może być problem w kontaktach z rówieśnikami, spowodowany nadmierną wrażliwością i wstydlivością. Jest to powszechnie zauważalny problem, będący najczęściej piętnem trudnego dzieciństwa i braku akceptacji, rozmowy i pomocy ze strony rodziców czy opiekunów prawnych. Brak czasu, życie nastawione na karierę, będącą ówczesnie „modną” sprowadza się najczęściej do odsunięcia na dalszy plan potrzeb dziecka, które w każdym wieku potrzebuje zainteresowania, ciepła i poczucia bezpieczeństwa. Brak lub niedostateczny kontakt z dzieckiem znacznie obniża poczucie jego własnej wartości sprawiając, że dziecko w swoim mniemaniu staje się niepotrzebne i starając się tłumić nadmiar złych emocji skupia się na swoich negatywnych cechach. Jest to problem o szerokim spectrum, prowadzący do ciągłego poczucia winy, odczuwania smutku i zawodu. w konsekwencjach prowadzi do zamykania się w sobie, które skutkuje ograniczeniem kontaktu z rówieśnikami i stworzeniem wokół siebie pewnego rodzaju barykady, nie dającej szans na pomoc pedagogów czy psychologów szkolnych. Problem ten w większości przypadków zostaje zauważany dopiero w środowisku szkolnym, przez nauczycieli, którzy starając pomóc się dziecku wszczynają kroki odnośnie zagwarantowania mu pomocy ze strony terapeuty czy pedagoga szkolnego. w skrajnych przypadkach brak zainteresowania czy obniżone poczucie własnej wartości mogą prowadzić do myśli samobójczych, prób samookaleczenia [6].

Nadwaga i otyłość są problemami skali globalnej i dotyczą nie tylko osoby w średnim wieku ale przede wszystkim - nastolatki i nastolatków w wieku dojrzewania. Jest to jedna z częstszych przyczyn zaburzeń depresyjnych wśród osób młodych, które pod względem fizycznym czują się znacznie mniej atrakcyjne od rówieśników. Problem ten zauważalny jest w szczególności wśród żeńskiej części dorastających dziewczyn - wszechobecne „lansowanie” pięknego, wysportowanego ciała i nienagannej linii prowadzi do popadania w liczne kompleksy na punkcie własnego wyglądu. w dobie ogromnej powszechności

Internetu, różnego rodzaju portali społecznościowych młode dziewczyny są wręcz „zmuszane” do pięknego wyglądu, a te, które wyróżniają się pod względem fizycznym (mowa głównie o kwestii nadwagi czy otyłości) są szkalowane przez różne środowiska [14].

Ogromny wpływ na powstawanie depresji wśród ludzi z nadmierną wagą mają przede wszystkim rówieśnicy, którzy widząc, że są na pozór „lepsi” od danej jednostki zaczynają ją wyśmiewać, szydzić. Młody człowiek dotknięty obraźliwymi komentarzami, czy upokarzany na forum publicznym zamyka się w sobie, próbując zmienić swój wygląd. Dochodzi wtedy najczęściej do zmian psychicznych na tle depresyjnych, objawiających się płaczliwością, uczuciem smutku czy ciągłym przygnębieniem. Klasycznym objawem jest również brak akceptacji samego siebie i próba udowodnienia innym, że staniemy się tacy, jak oni. w sytuacjach takich bardzo często dochodzi do przykrych w skutkach prób odchudzania, które polegają najczęściej na długotrwałych głodówkach, prowadzących do odwodnienia organizmu czy stopniowego wyniszczania się organów [14].

Brak akceptacji własnego ciała prowadzi również wśród młodych osób do prób samookaleczeń - najczęściej jest to „cięcie się”. w konsekwencji brak pomocy dla osoby, która ma problem z zaakceptowaniem własnego ciała może prowadzić do prób samobójczych czy samobójstw. Depresja spowodowana problemami z utrzymaniem odpowiedniej wagi wśród młodzieży w okresie dorastania jest wciąż ogromnym problemem, na którego zapobieganie są nastawione w głównej mierze szkoły, prowadząc liczne programy i zajęcia nastawione na przedstawienie młodzieży głównych mechanizmów powstawania zmian w okresie dojrzewania, objawów okresu dorastania, czy zajęcia korekcyjne nastawione na dodatkową aktywność fizyczną, skierowane do osób z problemami z kręgosłupem i do osób otyłych. Takie formy zajęć pomagają nie tylko na zrozumienie zmian zachodzących w naszym organizmie ale są również znakomitą formą odstresowania się, pomagającą „przelewać” wszystkie negatywne emocje na wykonywanie wymagających ćwiczeń fizycznych [2].

Klasyfikacja i rodzaje depresji

Według klasyfikacji nozologicznej depresji jej przyczyny można podzielić na trzy główne kategorie. Najpopularniejszą z nią są czynniki endogenne, zwane w anglojęzycznym nazewnictwie pierwotnymi zaburzeniami depresyjnymi - są to zjawiska powstałe wskutek

czynników endogennych. Wśród tej grupy wyróżnić możemy zaburzenia afektywne, które charakteryzują się nawrotami (tzw. zaburzenia efektywne nawracające) oraz psychozy schizoafektywne. Klasyfikacja nozologiczna w swoim podziale uwzględnia również przyczyny psychologiczne, do których można zaliczyć silne zawody emocjonalne, czy straty bliskich osób. Podział psychologiczny dzieli się na depresje powstałe wskutek śmierci czy pogrzebu bliskiej osoby, liczne depresje reaktywne, depresje pojawiające się wskutek zaburzeń na tle nerwicowym oraz depresje na tle afektywnym. Klasyfikacja ta przewiduje również depresję powstającą wskutek bodźców somatycznych i organicznych wśród których warto wyróżnić zaburzenia depresyjne pojawiające się wskutek stosowania niektórych leków, depresję pojawiającą się wskutek zaburzeń na tle somatycznym, czy chorób organicznych mózgu [17].

Nozologiczna klasyfikacja depresji wyraźnie mówi o tym, że różnice między poszczególnymi, wymienionymi w tym typie klasyfikacji nie zawsze są charakterystyczne i widoczne - zdarzyć może się bowiem, że u niektórych jednostek wystąpią jednocześnie dwie grupy czynników powodujących depresję. w pojedynczych przypadkach zdarzyć może się nawet, że dana osoba wykazuje jednocześnie wszystkie trzy grupy czynników przyczynowych, prowadzących do pojawienia się schorzenia. [18].

Nozologiczna klasyfikacja depresji pozwala na holistyczne i szczegółowe podejście do tematu depresji - w szczególności, jeśli chodzi o wnikliwe badanie jej przyczyn wśród poszczególnych jednostek oraz dobór odpowiedniego leczenia, które pomoże walczyć ze schorzeniem o skali globalnej, jakim jest depresja. Udzielenie pomocy osobom chorym na depresję i wdrożenie odpowiedniego leczenia powinno być zjawiskiem o charakterze kompleksowym, uwzględniającym wszelakie możliwe przyczyny i patogenezę zjawiska. Ukierunkowanie się na jedynie jeden z czynników, mogących wywołać zaburzenia depresyjne w rezultatach skutkuje często problemami w doborze odpowiedniego leczenia, prowadząc często do nikłej lub bardzo małej skuteczności działań na tle terapeutycznym [19].

Depresja jest chorobą podpiętą pod bardzo wiele różnego rodzaju klasyfikacji. Jedną z równie popularnych, co klasyfikacja nozologiczna jest klasyfikacja ICD-10, która wyróżnia kilka rodzajów stanów depresyjnych, pomagających lepiej zrozumieć zachowania ludzkie. Oznaczenie F32 oznacza zaburzenia afektywne dwubiegunowe, F32 odnosi się do epizodów depresyjnych (które są zazwyczaj krótkotrwałe), F33 mówi o zaburzeniach na tle depresyjnym o charakterze nawracającym, F34 jest określeniem częstych, powracających

zaburzeń nastroju (cyklotymia, dystymia), 753 odnosi się natomiast do depresji poporodowej, która dotyka kobiety w każdym wieku, tuż po narodzinach dziecka [19].

Zaburzenia depresyjne charakteryzują się nie tylko podziałem na wiele, różnorodnych klasyfikacji, pomagających lepiej zrozumieć zachowania ludzkie ale również dzielą się na wiele rodzajów. Podział depresji na rodzaje ma na celu nie tylko bliższe przyjrzenie się symptomom choroby ale również - badanie i wyjaśnienie przyczyn jej powstawania [19].

Depresja endogenna to szereg zaburzeń wywołanych poprzez biochemiczne czynniki funkcjonowania mózgu, nierzadko również układu nerwowego. Ten rodzaj depresji charakteryzuje się obniżonym napędem psychoruchowym, zahamowaniem procesów psychicznych oraz nerwowych. Osoby cierpiące na depresję endogenną wykazują również zaburzenia prawidłowego snu - dochodzi bowiem do zaburzeń rytmu snu i czuwania. Zaburzeniom nastroju spowodowanym chorobą towarzyszy zazwyczaj rozdrażnienie, zniecierpliwienie oraz skłonność do konfliktów z otoczeniem. Pomiędzy poszczególnymi nawrotami choroby występują okresy remisji, czyli te wolne od zaburzeń na tle depresyjnym. Wśród części osób dotkniętych przed chorobą można zauważyć stałą zależność, wskazującą na to, że zaburzenia przebiegają w stałym, określonym rytmie - są zależne między innymi od poszczególnych pór roku, czy występują jedynie w określonych miesiącach. u większości osób, cierpiących na depresję endogenną objawy pojawiają się nagle, nie są poprzedzane konkretnymi wydarzeniami życiowymi, a na ich występowanie składać mogą się między innymi wspomnienia z przeszłości, czy traumatyczne wydarzenia. Cechą charakterystyczną depresji endogennej jest to, że choroba „maskuje” się często przez różnego rodzaju objawy somatyczne, wskazujące na inne zaburzenia - mowa tu chociażby o częstych bólach głowy, kręgosłupa, jadłowstręcie czy zaburzeniach snu. w sytuacji, kiedy bodźce fizyczne „przejmują” nasz organizm, smutek i rozdrażnienie związane z depresją schodzą na dalszy plan [19].

Depresja dwubiegunowa, zwana inaczej chorobą afektywną dwubiegunową jest szeregiem zaburzeń na tle maniakalno-depresyjnym, charakteryzujących się cyklicznymi, nieraz naprzemiennymi napadami manii, depresji i stanu, który pozornie wskazuje na ustąpienie choroby. Przyczyna depresji dwubiegunowej nie jest znana, choć istnieje kilka czynników, które mają widoczny wpływ na jej powstanie. Mowa tu między innymi o czynnikach genetycznych, który według licznych badań mogą być bodźcem i jedną

z głównych przyczyn pojawienia się zaburzeń. Badania wskazują również na to, że impulsem do powstania choroby dwubiegunowej mogą być urazy lub mikro urazy w obrębie mózgu, czy wady rozwoju płodu. Do czynników dodatkowych, które mogą być pośrednią przyczyną powstania zaburzeń zaliczyć możemy również trudne dzieciństwo (traumatyczne przeżycia z przeszłości), czy wysoka podatność na stres. w większości przypadków pierwsze objawy choroby są lekceważone, przede wszystkim przez rodzinę chorego, która uważa, że przejawy dziwnych zachowań są „dziwactwem” lub najzwyczajniej w świecie wymysłem osoby chorej. Najczęściej pierwszy „atak” choroby pojawia się w wieku 20-30 lat. Epizod choroby trwa najczęściej od kilku dni do kilku miesięcy, a okres pomiędzy kolejnym „ujawnieniem” się choroby może trwać nawet kilka, kilkanaście lat. w wielu przypadkach depresja dwubiegunowa jest widoczna już u małych dzieci, które wskutek trudnej sytuacji panującej w domu, lub utrudnionego kontaktu z rówieśnikami przejawiają charakterystyczne formy zachowań - w większości przypadków są to jednak zachowania lekceważone przez rodziców i uznawane za czynności, które mają zwrócić uwagę dorosłych. Depresja dwubiegunowa jest schorzeniem, który w widocznym stopniu „wyniszcza” organizm chorego. Mowa tu o zaburzeniach snu czy problemach z koncentracją, uniemożliwiających wykonywanie pracy lub powierzonych zadań. Często chorobie ten towarzyszy nadmierne spożywanie alkoholu, a w przypadkach skrajnych - nadużywanie silnych leków i substancji psychoaktywnych. Depresja dwubiegunowa niesie za sobą ogromny wskaźnik samobójstw i prób samobójczych - jest to wskaźnik znacznie większy, niżeli w innych rodzajach zaburzeń depresyjnych. Faza maniakalna choroby charakteryzuje się wysoką aktywnością psychoruchową, bezsennością czy popularnie zwaną „gonitwą myśli” polegającą na tym, że w głowie osoby ze schorzeniem dwubiegunowym pojawia się jednocześnie wiele skrajnych myśli (jest to zjawisko, które występuje często u osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i silnych leków). Komponent depresji dwubiegunowej przypomina często chorobę jednobiegunową ale jej przebieg jest znacznie cięższy [19].

Cyklotymia jest rodzajem depresji, który określany jest jako łagodna forma choroby dwubiegunowej. Są to trwałe zaburzenia nastroju, trwające przynajmniej od dwóch lat. Podczas zmian cyklotymicznych chory odczuwa naprzemiennie smutek, przygnębienie i bezsens, który naprzemiennie przeplata się z niepohamowaną euforią i stanami błęgiego szczęścia. Pomiedzy tymi okresami wahań nastroju następuje czas stabilizacji emocjonalnej, który trwa nie dłużej niż dwa miesiące. Cyklotymia jako zaburzenie depresyjne jest

w pewnym sensie podobna do choroby dwubiegunowej, choć częściej mówi się o niej, jak o zaburzeniu ludzi świadomych i zdrowych - tak zwana osobowość cyklotymiczna. Objawy towarzyszące chorobie nie przybierają charakteru ostrego i są znacznie łżejsze, niż podczas tak zwanych depresji ostrych.

Charakterystycznym rodzajem depresji jest dystymia, zwana inaczej depresją nerwicową. Jest to typ depresji o przewlekłych objawach, które mogą trwać od kilku do kilkunastu lat. Jej przebieg nie jest ostry - dystymię charakteryzują znacznie łagodniejsze objawy niżeli depresję endogenną czy dwubiegunową. aby móc stwierdzić, czy przypuszczenie o depresji jest realne muszą wystąpić jednocześnie przynajmniej dwa objawy: niska samoocena (nawarstwiający się kompleksy), zaburzenia prawidłowego snu, poczucie bezsensu wobec życia, zaburzenia przyjmowania pokarmów, ciągłe zmęczenie, deficyt uwagi. Charakterystycznym wyznacznikiem dystymii jest to, że objawy te najczęściej pojawiają się w godzinach popołudniowych. Badania wykazują również na wyższą tendencję występowania choroby wśród kobiet i osób spokrewnionych w pierwszej linii z osobami cierpiącymi na depresję endogenną. Zaczyna się zazwyczaj w młodym wieku i zdarza się, że wraz z kolejnymi epizodami prowadzi do poważniejszych form zaburzeń depresyjnych [19].

Depresja poporodowa jest zjawiskiem, które dotyka kobiety ciężarne, niezależnie od wielu czy stanu materialnego. na zjawisko to żeńska część populacji narażona jest w szczególności w okresie prenatalnym lub poporodowym, choć zjawisko to może dotyczyć również kobiet rok po urodzeniu potomstwa. Określeniem depresja okołoporodowa określa się natomiast okres ciąży oraz rok po narodzinach pociechy. Przyczyny depresji porodowej nie są usystematyzowane, są często sumą wielu różnorodnych czynników. Zjawiskiem, które pojawia się bezpośrednio po narodzinach dziecka jest tak zwany „baby blues” zwany inaczej zespołem przygnębienia poporodowego. Jest to jedno z łagodniejszych zaburzeń afektywnych, które związane jest przede wszystkim ze zmianami hormonalnymi. Mówi się również, że „baby blues” jest odpowiedzią na stres i nerwy związane z porodem i pierwszymi godzinami życia dziecka. Badania wykazują, że z roku na rok rośnie tendencja tego zjawiska i dotyka ono aż do 80 procent żeńskiej populacji. w sytuacji, kiedy wahania nastroju, płaczliwość, a nieraz nawet uczucie przygnębienia związane z posiadaniem dziecka trwają przez trzy miesiące lub dłużej można mówić o zjawisku znacznie poważniejszym, jakim jest depresja poporodowa. Zdarza się, że w szczególności młode matki, które przeżyły „baby

blues” zaczynają funkcjonować prawidłowo, nie dopuszczając do siebie myśli, że objawy na tle psychiczno-depresyjnym mogą powrócić. Niestety nie rzadko nawet po kilku, kilkunastu miesiącach od narodzin dziecka matka zaczyna przejawiać szereg niepokojących dla rodziny i partnera zachowań, mogących sugerować, że problem na tle depresyjnym nie zniknął. Charakterystycznymi objawami depresji poporodowej jest całkowita izolacja od społeczeństwa, zamykanie się w domu, brak lub ograniczanie kontaktu z przyjaciółmi i rodziną. w niektórych przypadkach zdarza się również, że kobietę w stanie depresji dotyczą problemy ze skupieniem się na wykonywaniu najprostszych czynności, problemy ze snem, rozdrażnienie czy poczucie beznadziejności - zdarza się, że kobiety dotknięte zaburzeniem myślą o sobie jako o złych i nie nadających się do roli wychowawczej matek. Wbrew powszechnie panującej opinii depresja poporodowa jest zjawiskiem, które dotyka nie tylko kobiety, które wykazywały w swoim życiu problem na tle psychicznym - najczęściej choroba ta dotyka zdrowe kobiety, które nigdy wcześniej nie wykazywały żadnych emocjonalnych problemów. Chorobę mogą powodować czynniki współistniejące - pogorszenie sytuacji materialnej wraz z przyjściem dziecka na świat, czy problemami w sferze miłosnej. Większość kobiet ukrywa problem ciągłego smutku i przygnębienia, towarzyszącego po narodzinach pociechy, nie chcąc obarczać nim najbliższych ludzi z otoczenia. w większości przypadków matki cierpiące na depresję poporodową myślą, że chwila słabości, czy niepokojące objawy nie są jedynie zmianami chorobowymi, a kwestią, która świadczy o tym, że nie nadają się do roli kochającej matki. Kluczową kwestią jest przede wszystkim pomoc kobiecie zmagającej się z depresją - istnieją specjalne numery zaufania czynne całą dobę. Dzwoniąc na tak zwane „linie zaufania” uzyskać można nie tylko kompetentną poradę ale przede wszystkim - uzmysłowienie, że stan w którym się znajdujemy nie jest normalną kolejną rzeczą i że potrzebna będzie pomoc terapeutyczna, a w większości przypadków - również leki [19].

Jednym z najczęściej spotykanych rodzajów depresji jest depresja sezonowa (SAD). Ten rodzaj zaburzeń charakteryzują cykliczne, pojawiające się najczęściej jesienią lub zimą zmiany nastroju, obniżona koncentracja, problemy z samooceną czy wysoka senność i wysoki apetyt. Nie jest to depresja o ostrym przebiegu - objawy są najczęściej ustępujące. Przyczyna tego rodzaju przejściowej depresji nie jest tak naprawdę znana, chociaż mówi się o tym, że wpływ może mieć tu ekspozycja światła pomiędzy poszczególnymi porami roku. Zaburzenia związane z danym rodzajem depresji zwykle zaczynają się i kończą w jednym

sezonie, niosąc za sobą całkowite ustąpienie objawów i powrót do normalnego życia, uboższego w brak zmian nastroju i drażliwość [19].

Depresja psychotyczna jest rodzajem depresji, objawiającym się często całkowitym straceniem kontaktu z otaczającą rzeczywistością. Chorzy na ciężką odmianę depresji mogą doświadczyć silnych psychoz, które objawiają się omamami wzrokowymi i słuchowymi. w depresji psychotycznej dochodzi również do tego, że osoba chora ma poczucie, że jest odpowiedzialna za wszelkie zło świata, obwiniając siebie za zły los spotykający najbliższych. w niektórych przypadkach następuje również pojawienie się zaburzeń paranoicznych polegających na tym, że osoba chora żyje w przeświadczeniu, że jest ciągle obserwowana, żyjąc w przeświadczeniu, że wszyscy ludzie są przeciwko niemu i nie rozumieją stanu, w jakim się znajduje. Chorzy cierpiący na depresję psychotyczną mają skłonności do napadów agresji, pojawiających się bez konkretnej przyczyny, poprzez co wolą spędzać czas samotnie. Charakterystycznym objawem choroby jest wycofanie się z życia społecznego, przejawiającego się tym, że jednostka cierpiąca na silną depresję przesypia większość czasu dnia, nie odczuwa potrzeby noszenia czystych i schludnie wyglądających ubrań. Często dochodzi również do zaniedbania strefy higieny osobistej, chory nie widzi potrzeby regularnych kąpieli. Najczęściej rozmowa z osobą chorą przebiega w sposób neutralny, jednostka nie potrafi szczerze rozmawiać o swoich uczuciach i odtworzyć w pamięci pozytywnych zdarzeń, które miały miejsce na przestrzeni życia. Wypowiadane słowa nie mają często większego sensu i składu, nieraz jest to bełkot, z którego ciężko wywnioskować konkretny przekaz. Depresja psychotyczna jest ciężką formą depresji ciężką do wyleczenia, gdyż najczęściej osoba chora wstydzi się mówić o tym, jak się czuje i o omamach, których doświadcza. Wśród objawów fizycznych, które odczuwa osoba cierpiąca na depresję psychotyczną można wyróżnić brak apetytu, apatię, zaparcia i problemy ze snem [19].

Ciężkim rodzajem depresji, który polega na tym, że chory jest niezdolny do przemieszczania się i wykonywania najprostszyc ruchów jest depresja katatoniczna. Objawem choroby jest negatywizm, który polega na tym, że chory stawia opory wobec wykonywania prostych czynności, bądź wykonuje je całkowicie odwrotnie, niż został o to poproszony. Osoby cierpiące na depresję katatoniczną mają problem z wykonywaniem najprostszyc, codziennyc, rutynowyc czynności. Potrafią przez kilka godzin siedzieć w bezruchu i patrzeć w jeden punkt, nie reagując na polecenia czy prośby o wykonanie drobnych, nie wymagających wysiłku fizycznego czynności. Do charakterystycznych

objawów choroby należy naśladowanie ruchów i mowy osób trzecich, zwracających się bezpośrednio do chorego. w niektórych przypadkach dochodzi również do zaburzeń mowy. Zdarza się, że osoba chora nie odczuwa potrzeby jedzenia i picia, odmawiając spożywania codziennych posiłków. Obecnie uważa się, że depresja katatoniczna jest chorobą ściśle powiązana z chorobą dwubiegunową, schizofrenią czy zespołem stresu pourazowego. [19]

Charakterystycznym rodzajem depresji, który nie jest klasyfikowany jako osobny rodzaj zaburzeń depresyjnych, a włączany do atypowych objawów depresyjnych jest tak zwana depresja maskowana. Objawy tego rodzaju depresji mogą być identyczne, jak w przypadku innych rodzajów depresji (SAD czy epizodów depresyjnych) - depresję maskowaną różni jednak to, że w przeciwieństwie do wymienionych rodzajów zaburzeń występują w niej zmiany nastroju na pozytywny w związku z pewnymi, przyjemnymi dla jednostki zdarzeniami. Depresja kliniczna nie przewiduje bowiem epizodów pojawienia się lepszego humoru, poprzedzonego pozytywnymi zdarzeniami i sytuacjami. Depresja maskowana jest rodzajem zaburzeń depresyjnych, które pojawiają się stosunkowo często i mogą dotyczyć wielu osób, a długotrwałe występowanie objawów tego rodzaju depresji może prowadzić do wystąpienia pełnoobjawowej depresji. Janusz Heitzman w swojej klasyfikacji wyróżnił aż pięć „masek” depresji - maski bólowe, maski psychosomatyczne, maski behawioralne, maski psychopatologiczne, oraz zaburzenia rytmów około biologicznych [19].

Diagnoza depresji

Depresja jest chorobą, którą stosunkowo często zdiagnozować. Wiąże się to bowiem z tym, że póki nie wystąpi szereg charakterystycznych objawów nie można mówić o wystąpieniu konkretnych zaburzeń depresyjnych. Jak wskazują statystyki, na depresję cierpi lub w swoim życiu będzie cierpieć 30 % całej populacji. Diagnoza depresji jest o tyle trudna, że nie ma opracowanych konkretnych testów i badań pomagających stwierdzić, czy uczucie ciągłego zmęczenia, przygnębienia i towarzyszący nam smutek są bezpośrednim objawem rozwijającego się stanu depresyjnego, czy są najzwyczajniej w świecie spowodowane sezonowym obniżeniem nastroju czy negatywnymi zdarzeniami na przestrzeni życia. Diagnozowanie depresji ułatwiają kryteria rozpoznawania epizodu depresyjnego według ICD-10. Szczegółową i profesjonalną diagnozę powinien postawić lekarz psychiatra, na podstawie

zebranego wywiadu, w oparciu o skale przesiewowe. Najważniejsza jest jednak szczegółowa znajomość objawów różnych rodzajów depresji [1].

Diagnoza depresji u dzieci

Depresja jest jedną z najczęstszych przyczyn samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Tylko w ubiegłym roku wskutek zaburzeń depresyjnych na własne życie ze skutkiem śmiertelnym targnęło się 177 osób, wśród których znalazły się dzieci od 9-go roku życia. Ważne jest więc niezwłoczne i profesjonalne postawienie diagnozy, która pomoże zapobiegać próbom samobójczym i pozwoli odzyskać dzieciom radość i beztroskę płynącą z życia. Diagnoza depresji u dzieci nie różni się tak naprawdę niczym z diagnozą wskazującą na zaburzenia depresyjne prowadzoną wśród młodzieży i osób dorosłych. Często lekarz psychiatra, do którego trafia osoba z podejrzeniami depresji daje choremu do rozwiązania prosty test, składający się z dziewięciu pytań, zwany testem dziewięciu pytań PQO-9 lub test Becka, składający się z większej ilości bardziej szczegółowych pytań. Kwestią ważną są również osobiste obserwacje opiekunów dziecka, którzy przebywając na co dzień z dzieckiem są w stanie zauważyć stopniowe zmiany widoczne w jego zachowaniu [18].

Diagnoza depresji u młodzieży

Diagnoza postępującej depresji wśród młodzieży jest kwestia ciężką. Prawdą jest bowiem, że osoby w wieku nastoletnim nie są skłonne do przyznania się do swoich problemów [7].

Uważają to najczęściej jako coś wstydliwego i kwestię, której nie powinno się poruszać podczas rozmów z rodzicami czy przyjaciółmi. Niestety - odsetek osób w wieku nastoletnim, cierpiących na zaburzenia depresyjne z roku na rok wzrasta, nieuchronnie prowadząc do prób samobójczych. Wstępną diagnozę depresji wśród ludzi młodych stawiać powinny osoby najbliższe - rodzice, opiekunowi czy przyjaciele, którzy na podstawie bacznych obserwacji są w stanie dostrzec szereg zmian w zachowaniu nastolatka [17].

W przypadku zauważenia niepokojących objawów, tak samo jak w przypadku dzieci czy osób dorosłych warto udać się do psychiatry, który na podstawie wywiadu i obserwacji zachowania zewnętrznego osoby młodej będzie w stanie podstawić wstępną diagnozę.

Identycznie jak w sytuacji diagnostyki depresji u dzieci i osób dorosłych, lekarz psychiatra daje osobie młodej do rozwiązania prosty test lub testy, pomagające stwierdzić, czy zaobserwowane zdarzenia są jedynie skutkiem chwilowej zmiany humoru, czy świadczą o początkowych stadiach zaburzeń na tle depresyjnym [18].

Sposoby leczenia depresji

Depresja jest chorobą nie tylko ciężką w zdiagnozowaniu ale również - w leczeniu. Istnieje wiele różnych sposobów leczenia depresji, a najpopularniejszymi z nich jest farmakoterapia i psychoterapia zaburzeń depresyjnych. Dobór odpowiedniego leczenia depresji powinna poprzedzać prawidłowa diagnoza lekarska. w początkowych stadiach choroby, osoby cierpiące na szereg zaburzeń przypominających depresję udają się najczęściej do lekarza pierwszego kontaktu, który po krótkim wywiadzie zaleca przyjmowanie leków nasennych lub uspokajających. Nie każdy chory zdaje sobie jednak sprawę z tego, że długotrwałe stosowanie tego typu leków prowadzi do silnego uzależnienia. Udając się do psychiatry otrzymujemy zazwyczaj leki antydepresyjne, które nie są potrzebne każdemu, kto skarży się na zaburzenia nastroju. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, że zjawiskiem znacznie odmiennym jest smutek towarzyszący wskutek przykrych zdarzeń, mających miejsce na przestrzeni naszego życia, a czym innego - rozwijająca się depresja, która „atakuję” nas od kilku dobrych miesięcy, czy nawet lat. Coraz popularniejszym rodzajem leczenia depresji na całym świecie jest aktywność fizyczna. Faktem jest bowiem, że podejmowanie aktywności fizycznej pomaga nie tylko obniżyć poziom stresu ale również - wpływa na lepsze samopoczucie, pomagając nam w walce z negatywnymi myślami, które zostają skutecznie „wypychane” z naszego mózgu poprzez endorfiny - hormon szczęścia wydzielany wskutek m.in. wysiłku fizycznego [16].

Psychoterapia depresji

Leczenie zaburzeń depresyjnych nie jest zadaniem prostym. Obecnie wykorzystuje się wiele różnorodnych metod, które są pomocne w leczeniu tego przykrego schorzenia. Jedną z nich jest stosowanie psychoterapii, czyli zabiegów psychoterapeutycznych. Najpopularniejszą formą psychoterapii jest psychoterapia poznawczo-behawioralna, interpersonalna oraz psychoterapia edukacyjna (psychoedukacja). Zadaniem metod

psychoterapeutycznych jest poprawa stanu psychicznego pacjenta, która jest nastawiona na edukację chorego w zakresie działań mogących poprawić jego samopoczucie. Działania psychoterapeutyczne są zazwyczaj połączone farmakoterapią, czyli farmakologicznym leczeniem zaburzeń depresyjnych. w leczeniu depresji wykorzystuje się również często dość niekonwencjonalną metodę, jaką jest muzykoterapia, czyli leczenie muzyką. Zadaniem tego rodzaju terapii jest poprawa funkcji poznawczych i nastroju chorego [16].

Farmakoterapia depresji

Leczenie depresji jednobiegunowej jest możliwe dzięki stosowaniu odpowiednich farmaceutyków. Przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych zaleca się osobom chorym zarówno w okresach występowania typowych objawów depresji, jak i w okresach bezobjawowych, kiedy to ich zadaniem jest zapobieganie ponownym nawrotom choroby. Farmakoterapia depresji obejmuje jednak cały szereg innych leków, których zadaniem jest zwalczanie bezsenności czy bólu, który odczuwają osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne [5].

W przypadku depresji, która występuje w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej konieczne będzie stosowanie leków, których zadaniem jest znaczna poprawa nastroju oraz podaż neuroleptyków (leków przeciw psychotycznych). w toku choroby afektywnej dwubiegunowej, w momentach, kiedy nastrój chorego jest wyrównany zaleca się odstawienie leków przeciwdepresyjnych, a stosowanie jedynie farmaceutyków, których zadaniem jest stabilizacja nastroju chorego. Dobór odpowiedniego leczenia farmakologicznego jest kwestią wymagającą wnikliwego przeanalizowania obrazu klinicznego choroby. Lekarz jest zobowiązany do szczegółowego przyjrzenia się wszelkim objawom i ich nasileniu, przeanalizowania stanu somatycznego chorego i uwzględnienia jego wieku i obecności innych, często mniej typowych objawów depresji [12].

Profilaktyka depresji

Profilaktyka depresji jest elementem, który pozwoli nam nie tylko cieszyć się na co dzień doskonałym nastrojem ale również - pomoże głębiej zastanowić się nad higieną naszego życia. Jest to kwestia ważna w szczególności dla osób, które prowadzą dość intensywny tryb naszego życia. Warto pamiętać nie tylko o codziennych spotkaniach w gronie najbliższych

ale również - o wysiłku fizycznym, który jest czynnikiem pozwalającym skutecznie walczyć i przeciwdziałać wystąpieniu depresji. Chcąc uchronić nasze dziecko przed depresją powinniśmy zadbać przede wszystkim o to, aby budować z nim silne więzi emocjonalne. Mowa tu chociażby o stworzeniu bezpiecznego azylu oraz dobrych warunków wychowawczych. Ważne, aby dziecko czy nastolatek czuło się bezpiecznie, a rozmowa z rodzicem była czymś swobodnym - dialogiem, w którym może porozmawiać o swoich wątpliwościach bez obaw o reakcje opiekuna. Warto zadbać również o to, aby uczyć dziecko zdrowych nawyków, polegających na regularnym uprawianiu aktywności fizycznej, gdyż jak dowodzą badania - codzienne spacerowanie, czy inne formy aktywności fizycznej nie tylko doskonale wpływają na pracę naszego mózgu ale również skutecznie poprawiają nasz nastrój, pomagając nam wyzbyć się wszelkich, negatywnych myśli [15].

Rola rodziny i osób bliskich w leczeniu depresji

Rola rodziny i osób bliskich w leczeniu depresji jest nieoceniona, a w niektórych przypadkach bywa nawet znacznie ważniejsza, niż niektóre formy terapii. Ważna jest edukacja rodzinna, która przeprowadzona w odpowiedni sposób powinna ustosunkowywać się do działań, mających na celu poprawę stanu psychofizycznego chorego. Rolą rodziców dziecka czy nastolatka zmagającego się z chorobą jest przede wszystkim wsparcie na każdym etapie choroby. Ważne jest to, aby okazać dziecku zrozumienie i pokazać, że jego choroba nie jest tylko i wyłącznie jego problemem i balastem, ale że jako rodzina pomożemy mu z tym walczyć. Rodzina walczącego z chorobą dziecka czy nastolatka powinna zaczerpnąć przede wszystkim opinii psychiatry, który doradzi im w jaki sposób powinni wspierać najbliższą osobę w walce z tą trudną chorobą. Kluczową kwestią jest fakt, że powinniśmy rozmawiać z chorym o wszelakich aspektach choroby, a zachowaniem negatywnym będzie „zamiatanie” problemu pod dywan i prowadzenie życia w sposób, w jaki toczyło się ono przed wystąpieniem zaburzeń depresyjnych u jednego z członków rodziny. Pod żadnym wypadkiem nie można zmuszać jednostki do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych ani nie wolno dosypywać ich do jedzenia. Ważne jest, aby być przy osobie chorej ale jednocześnie nie być zbyt nachalnym ani nadopiekuńczym - dziecko, czy nastolatek borykający się z chorobą może odebrać to bowiem wyjątkowo negatywnie. Jako opiekunowie dbać powinniśmy również o to, aby nasza pociecha spożywała regularne posiłki [13].

Rola personelu medycznego w leczeniu depresji

Depresja jest chorobą, która nie zawsze może być leczona w warunkach domowych. Osoby, które z powodu silnych zaburzeń depresyjnych są narażone na omamy i silne stany lękowe przebywają często w zamkniętych placówkach, które oferują im kompleksową opiekę i leczenie [10].

Rolą personelu medycznego jest wówczas opiekowanie się chorym ale przede wszystkim - zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa, azylu i zrozumienia. Lekarz, jako osoba medyczna dźwiga na barkach zadanie doboru odpowiednich leków, które pomogą wrócić choremu do zdrowia psychicznego. Grono terapeutów i terapeutek w zakładach psychiatrycznych służy rozmową choremu, starać się w sposób prosty i przejrzysty przedstawić wszelakie pozytywne aspekty życia. Terapeutyczna pomoc jest ważna na każdym etapie choroby i jest w stanie znacznie poprawić psychiczne samopoczucie chorego. Rolą pielęgniarek, pracujących w zakładach psychiatrycznych, które pomagają chorym w ostrych zaburzeniach depresyjnych jest przede wszystkim rozmowa i wsparcie chorego. Wiadomym jest, że pielęgniarka jako pracownik ochrony zdrowia ma za zadanie wykonywanie zleceń lekarskich i czynności pielęgnacyjnych na oddziale psychiatrycznym lecz niedocenioną formą niesienia pomocy jest również zrozumienie sytuacji, w jakiej znajduje się chory. Ważne jest, aby personel pielęgniarski obserwował, czy chory przyjmuje zlecone mu przez lekarza leki oraz skrzętnie obserwował reakcje chorego na przyjmowane farmaceutyki. Warto podkreślić, że szeroko pojmowane grono personelu medycznego spełnia bardzo ważne zadanie, jakim jest niesienie wsparcia, pomocy i rozmowy osobie borykającej się z problemem na tle depresyjnym. Często zwyczajna rozmowa, zrozumienie czy uśmiech jest w stanie dać choremu nadzieję na lepsze jutro, której brakowało mu przez całe życie. Pielęgniarka, która spełnia się zawodowo na jednym z oddziałów psychiatrycznych powinna pamiętać o tym, że dla dziecka, czy nastolatka dotkniętego depresją stanowi pewnego rodzaju model edukatorski, zwany potocznie modelem zastępczej matki. Mowa tu o tym, że oddziały psychiatryczne są dość specyficzne i czas na odwiedziny nawet z najbliższą rodziną jest dość ograniczony – istotną funkcję stanowi tu więc personel pielęgniarski, który dzięki swojemu wsparciu ma zapewnić osobie młodej, która cierpi na depresję odpowiednie wsparcie. w roli każdej z pielęgniarek leży przede wszystkim indywidualizm podejścia do każdego przypadku. Ważne jest również, aby nie patrzeć na chorego jak na przypadek medyczny, a osobę posiadającą ogrom uczuć, których często nie potrafi wyrazić wobec całego świata [4].

Zapobieganie nawrotom depresji

Zaburzenia depresyjne mają tendencję do nawracania - mówi się o tym, że nawroty depresji występują u połowy osób cierpiących na tę chorobę. Przykrym faktem jest, że każdy następny epizod depresyjny oddziałuje na coraz większe ryzyko wystąpienia kolejnego nawrotu choroby. Mimo, że współczesna medycyna idzie coraz bardziej do przodu, nie wymyślono jeszcze alternatywy, która pomagałaby całkowicie zwalczyć i zapobiec wystąpieniu zaburzeń depresyjnych na przestrzeni życia chorego. Można jednak próbować zapobiegać wystąpieniu jej objawów albo zminimalizować ryzyko jej nawrotów. Objawy, które dają wyraźny sygnał o tym, że dochodzi do kolejnego nawrotu depresji mogą być silne bóle głowy, nudności, zaparcia czy wymioty. u części osób, które w przeszłości borykały się z depresją może dojść również do problemów z koncentracją oraz problemy ze snem. Prawdą jest, że do ogólnego pogorszenia stanu psychicznego pacjenta może dojść wskutek spożywania nadmiernych ilości alkoholu czy nadużywania różnych używek. Wczesne „wychwycenie” zmian pojawiających się w ogólnym samopoczuciu osoby cierpiącej na depresję może pomóc w podjęciu wcześniejszego, odpowiednio dobranego leczenia, które nie pozwoli na dobre rozwinąć się chorobie. na tym etapie szczególnie ważne jest wsparcie osób postronnych, w tym bliskich, którzy znacznie lepiej wychwycą widoczne zmiany. Chcąc zapobiegać nawrotom depresji warto skorzystać z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Odpowiednio dobrana psychoterapia może w znaczny sposób przyczynić się do pomocy w powrocie do prawidłowego zdrowia psychicznego. Pomocne mogą być również terapie grupowe dla ludzi ze zbliżonymi problemami psychicznymi, które „zrzeszają” osoby o podobnych problemach i przeżyciach. Terapie takie są organizowane zarówno dla osób dorosłych jak i dla dzieci i młodzieży, którzy w swoim gronie mogą nie tylko dzielić się codziennymi problemami i troskami ale również - wysłuchać porad doświadczonych psychoterapeutów [19].

CEL PRACY

Depresja jest chorobą cywilizacyjną, która dotyka osoby w każdym wieku. na jej występowanie wpływa wiele, różnorodnych czynników począwszy od uwarunkowań genetycznych, aż po sytuacje, kiedy choroba występuje wskutek wydarzeń, mających olbrzymi wpływ na życie ludzkie. Występuje już wśród dzieci - badania zaburzeń

depresyjnych wyraźnie wskazują na to, że choroba może być wykryta już w wieku 8-10 lat, chociaż głównie pojawia się wśród nastolatków.

Zaburzenia depresyjne charakteryzują się występowaniem wielu, różnorodnych objawów. Wśród dzieci i młodzieży jest to przede wszystkim obniżenie łaknienia i ciągle nawracające uczucie smutku. Zdarza się również, że występuje szereg objawów aspektu fizycznego, takich jak bóle brzucha, nudności, wymioty, bóle głowy. Leczenie zaburzeń depresyjnych, występujących wśród dzieci i młodzieży nie jest proste - nastawione jest w głównej mierze na terapie terapeutyczne, które mają pomóc zmierzyć się młodemu człowiekowi z chorobą i odzyskać sens i radość płynącą z życia. w wielu przypadkach zaburzeń depresyjnych stosowane są również leki - przeciwdepresyjne lub nasenne.

Cele pracy:

1. Zgromadzenie szczegółowych informacji dotyczących istoty depresji, przyczyn występowania schorzenia oraz różnego rodzaju metod, pomagających w leczeniu zaburzeń depresyjnych.
2. Zobrazowanie roli pielęgniarki w leczeniu nastolatka dotkniętego depresją, która jest ściśle połączona z rzetelną edukacją opiekunów i rodziców.
3. Zdiagnozowanie i określenie problemów pielęgnacyjnych, które występują u osoby w wieku nastoletnim, zmagającej się z depresją.
4. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwa nad osobą nastoletnią, zmagającą się z zaburzeniami na tle depresyjnym, jak i jego realizacja.
5. Rzetelna ocena podjętych działań, oraz opracowanie szczegółowych wskazówek, które ułatwią dalszą „pielęgnację” nastolatka.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Metoda indywidualnych przypadków jest rodzajem metody badawczej stosowanej w pielęgniarstwie. Jest to rodzaj metody, którą wykorzystuje się między innymi podczas badań jakościowych, a jej głównym założeniem jest kompletowanie informacji klinicznej, kulturowej i społecznej chorego, które odbywa się w oparciu o różne techniki badawcze. Do technik badawczych stosowanych w pielęgniarstwie możemy zaliczyć:

Wywiad: jest to rodzaj metody badawczej, która pozwala na pozyskanie szeregu informacji poprzez prowadzenie prostej rozmowy. Najczęściej rozmowa ukierunkowana jest na konkretne pytania i założenia, na podstawie których mamy możliwość zebrania najistotniejszych informacji.

Obserwacja: jest to proces, który opiera się na dokładnym przyjrzeniu się i uporządkowaniu zachowań i zjawisk, które możemy dostrzec naocznie.

Analiza dokumentów: jest to metoda badawcza, która opiera się na wnikliwym przyjrzeniu się i uporządkowaniu treści zawartych w określonej dokumentacji oraz ich interpretacja.

Podstawowe parametry: jest to ustalenie ogólnego stanu zdrowia chorego poprzez dokonanie pewnych pomiarów.

Materiał badawczy został pozyskany w oparciu o wywiad pielęgniarski, kartę gorączkową, wnikliwą analizę dokumentacji medycznej, historię choroby, jak i w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych. Ustalono również wysokość parametrów życiowych chorego: oddech, tętno, temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, saturację. Poddano również ocenie stan świadomości chorego. Chcąc opracować problemy pielęgnacyjne chorego, a co za tym idzie, w jasny sposób określić metody realizacji zastosowano proces pielęgnowania.

Ustalenie indywidualnego procesu pielęgnowania jest zadaniem należącym do pielęgniarki, a dzięki niemu znacznie łatwiej określić sposób relacji, jakie przebiegają między pacjentem a personelem pielęgniarskim. Metoda ta pozwala na określenie najistotniejszych problemów pielęgnacyjnych, sposobu obrania jak najlepszego toku opieki nad chorym, profilaktykę i edukację nastawioną na daną jednostkę chorobową, a także rzetelne dokumentowanie realizowanych działań na poszczególnych etapach opieki pielęgniarskiej.

WYNIKI BADAŃ

Opis przypadku

Maciej J. urodzony w roku 2002 od dwóch lat cierpi na depresję. Hospitalizowany po raz pierwszy, obecnie przebywa na oddziale psychiatrycznym po nieudanej próbie samobójczej. Chłopiec od 2 lat jest pod opieką poradni psychiatrycznej i psychologicznej. Pierwsze objawy choroby mama chłopca dostrzegła dwa lata temu, kiedy po powrocie do Polski z Berlina, w którym przebywali 10 lat Maciek przejawiał poważne problemy

w komunikacji z rówieśnikami – nie potrafił nawiązać kontaktu z kolegami ze szkoły, poprzez znaczne problemy z komunikacją z języku polskim. Problem ten nasilił się w momencie, gdy jego rówieśnicy zaczęli wyśmiewać go z powodu słabych, znacznie odbiegających od innych osób w klasie wyników w nauce. Chłopiec stał się smutny, apatyczny, płaczliwy, skarżył się na ból brzucha, bezsenność i wymioty, które pojawiały się w momentach, kiedy chłopiec musiał iść do szkoły. Rodzice chłopca dostrzegli również brak apetytu. Matka chłopca zdecydowała o tym, aby dolegliwości chłopca zbadał lekarz psychiatra, który potwierdził zaburzenia depresyjne, zlecając regularne wizyty w gabinecie psychiatrycznym i zażywanie leków nasennych (Melatonina 500 mg przed pójściem spać) oraz uspokajających (Hydroksyzyna 20 mg 2x dziennie).

Choroba chłopca nasiliła się w tym roku, kiedy to w wypadku budowlanym zginął ojciec chłopca, z którym był bardzo związany. Chłopiec sprawiał wrażenie, jakoby pogodził się ze zdarzeniami, jednak z nocy na 20.04.2018 roku próbował targnąć się na własne życie, próbując powiesić się w lesie nieopodal domu – chłopca jednak znalazła zmartwiona nieobecnością syna matka i w porę zadzwoniła po pogotowie. Maciek został przyjęty w trybie natychmiastowym na oddział psychiatryczny.

Chłopiec lat 16 przyjęty na oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży dnia 21.04 kwietnia 2018 roku po próbie samobójczej. Przebywa na sali obserwacyjnej, jego zachowania może wskazywać na powtórna próbę samobójczą. Wykazuje znaczne problemy adaptacyjne w środowisku szpitalnym, jest niespokojny. Nie przejawia chęci kontaktu z personelem medycznym i terapeutycznym, a na każdą próbę podjęcia rozmowy reaguje płaczem i krzykami. Nie wykazuje chęci uczestniczenia w terapii grupowej, a na zadawane pytania odpowiada zdawkowo. Po przyjęciu leków uspokajających chłopiec staje się apatyczny, a na zadawane pytania odpowiada w sposób mogący świadczyć o tym, że nie widzi dalszego sensu i celu życia. w czasie II doby pobytu w szpitalu chłopiec miał kilkuminutowy napad hysterii, spowodowany śniącymi się koszmarami.

Chłopiec przyjęty na oddział zamknięty celem diagnostyki oraz leczenia silnych zaburzeń depresyjnych.. Przy przyjęciu na oddział stan ogólny dobry, parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 122/72 mmHg, tętno 82 uderzenia na minutę, ciepłota ciała 36,6°C na powłokach skórnych brak zmian patologicznych. Kontakt z personelem w pierwszej dobie hospitalizacji utrudniony, chory nie wykazuje chęci do rozmów, reagując na próby kontaktu płaczem i krzykiem. Wykazuje brak zainteresowania przyjmowaniem posiłków i boi się przyjmowania zleconych przez lekarza leków ze względu na niepożądane skutki uboczne ich

stosowania, o których chory dowiedział się od innego chorego. Skarży się na problemy z prawidłowym snem i śniące się koszmary.

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej

Diagnoza pielęgniarstwiej 1: Lęk i niepokój spowodowany chorobą i faktem hospitalizacji

Cel opieki: Obniżenie poziomu lęku i niepokoju

Działania pielęgniarstwiej:

- udzielanie wsparcia psychicznego
- traktowanie pacjenta w sposób podmiotowy
- akceptację
- otwartość
- autentyczność
- empatię
- uważne słuchanie opisu przeżyć chorego i tego, co je wywołuje
- obserwacja chorego
- udzielanie odpowiedzi na pytania i wątpliwości chorego dotyczące pobytu na oddziale
- zapoznanie z personelem i innymi pacjentami
- poinformowanie o możliwościach i zasadach kontaktów z rodziną
- pomoc w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem

Diagnoza pielęgniarstwiej 2: Trudności w adaptacji do warunków szpitalnych

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego

Działania pielęgniarstwiej:

- zapoznanie chorego z regulaminem oddziału, prawami pacjenta i planem dnia
- zapoznanie z topografią oddziału, pacjentami oraz personelem
- wskazanie Sali i łóżka pacjentowi nowoprzyjętemu
- założenie odpowiedniej dokumentacji zgodnie z obowiązującą procedurą
- przeprowadzenia wywiadu pielęgniarstwiej z pacjentem
- udział w badaniach diagnostycznych

Diagnoza pielęgniarska 3: Utrata poczucia sensu życia i okresowo występujące myśli samobójcze, spowodowane toczącym się procesem chorobowy i przejściami chorego

Cel opieki: Zredukowanie poczucia utraty sensu życia i myśli samobójczych

Działania pielęgniarskie:

- prowadzenie wnikliwej obserwacji poprzez umieszczenie pacjenta na sali obserwacyjnej, w celu wykrycia niepokojących zachowań, szczególnie podczas kąpieli, posiłków, snu oraz przekazywanie dyżurów przez personel
- rozmowa z pacjentem w celu odwrócenia uwagi od przykrych myśli
- zachęcenie do planowania przyszłości oraz umacnianie myśli pozytywnych
- unikać negatywnych ocen oraz krytyki wobec pacjenta
- cierpliwe słuchanie
- sygnalizowanie choremu nieustannej gotowości do rozmowy o jego problemach
- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego
- podawanie i kontrolowanie przyjmowanych leków, według indywidualnej karty zleceń
- umożliwienie kontaktu z rodziną
- informowanie lekarza o stanie chorego

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko popełnienia samobójstwa spowodowane stanem psychicznym

Cel opieki: Likwidacja ryzyka i zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa

Działania pielęgniarskie:

- okazywanie choremu empatii i zrozumienia jego przeżyć i zachowań
- unikanie powierzchownego oceniania chorego
- wnikliwa obserwacja pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem godzin nocnych, podczas przekazywania dyżuru przez personel oraz przebywania w miejscach uzasadnionego odizolowania w trakcie niezbędnych wyjść z oddziału
- uwrażliwienie na werbalne i niewerbalne sygnały myśli i tendencji samobójczych (gromadzenie leków, ostrych przedmiotów)
- akceptacja okresowej niesprawności chorego
- obserwowanie i analiza aktywności motorycznej i intelektualnej jako podstawy do oceny możliwości wyboru sposobu i skuteczności ewentualnych prób samobójczych

- motywowanie chorego do życia poprzez pokazywanie celów życiowych i tego co dokonał, oraz innych możliwości rozwiązywania problemów
- odwrócenie uwagi od myśli depresyjnych
- wzbudzenie nadziei poprzez przekazywanie umiarkowanego optymizmu

Diagnoza pielęgniarstwa 5: Zaburzenia postrzegania i interpretowania rzeczywistości

Cel opieki: Zniwelowanie zaburzeń postrzegania i interpretowania rzeczywistości

Działania pielęgniarstwa:

- zdobywania zaufania chorego poprzez kontakt terapeutyczny w postaci taktu, empatii i cierpliwości
- tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa
- wysłuchanie chorego, niezaprzeczenie urojeniom, brak krytyki i nie dyskutowanie na temat prawdziwości doznań
- unikanie dotykania chorego bez uprzedniego uprzedzenia, uśmiechu, szeptów, cichych rozmów
- zachęcanie do współudziału w farmakoterapii i psychoterapii
- szczególne towarzyszenie przy przyjmowaniu leków
- stała obserwacja stanu psychicznego pacjenta

Diagnoza pielęgniarstwa 6: Możliwość wystąpienia objawów ubocznych związanych z przyjmowaniem leków

Cel opieki: Edukacja pacjenta w zakresie stosowanej farmakoterapii

Działania pielęgniarstwa:

- uprzedzenie pacjenta o możliwości wystąpienia objawów ubocznych podczas przyjmowania leków psychotropowych
- rozmowa wyjaśniająca na temat obaw pacjenta związanych z farmakoterapią
- zachęcanie chorego do udziału w psychoterapii
- oferowanie gotowości do udzielania pomocy i wsparcia
- zapewnienie bezpieczeństwa psychofizycznego

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Dyskomfort chorego spowodowany zaburzeniami snu

Cel opieki: Uzyskanie efektywnego snu, poprawa samopoczucia pacjenta

Działania pielęgniarские:

- ustalenie i wyjaśnienie choremu przyczyn zaburzeń snu
- poinformowanie o konieczności przestrzegania higieny snu
- wietrzenie sali chorego przed pójściem spać
- zapewnienie ciszy i spokoju w godzinach nocnych
- w razie potrzeby podawanie leków nasennych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich

Diagnoza pielęgniariska 8: Brak apetytu prowadzący do niedożywienia pacjenta

Cel opieki: Utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia pacjenta

Działania pielęgniarские:

- ustalenie przyczyn braku apetytu
- zapewnienie odpowiednich warunków do spożywania posiłków
- podawanie posiłków o odpowiedniej konsystencji i temperaturze
- zachęcanie do jedzenia i w razie potrzeby karmienie chorego
- kontrolowanie wypróżnień
- kontrolowanie masy ciała chorego
- prowadzenie bilansu przyjmowanych płynów oraz pokarmów

Diagnoza pielęgniariska 9: Obniżony nastrój spowodowany zaburzeniami depresyjnymi

Cel opieki: Poprawa nastroju pacjenta i zapewnienie mu bezpieczeństwa

Działania pielęgniarские:

- podjęcie próby zdobycia zaufania poprzez rozmowę z pacjentem
- uważne słuchanie opisywanych przez pacjenta przeżyć
- umożliwienie kontaktu z lekarzem i psychologiem
- oferowanie pomocy przy organizacji czasu wolnego, uwzględniając zainteresowania i możliwości chorego
- udział w farmakoterapii
- edukacja odwiedzających bliskich w kierunku poprawy nastroju osoby hospitalizowanej

Diagnoza pielęgniarska 10: Dyskomfort spowodowany tęsknotą za domem i najbliższymi w związku z pobytem w oddziale szpitalnym

Cel opieki: Zminimalizowanie dyskomfortu i udzielanie wsparcia psychicznego

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa z pacjentem
- aktywne słuchanie chorego
- okazywanie empatii i zrozumienia
- odwrócenie uwagi od przykrych myśli
- proponowanie pacjentowi czytanie książek, czasopism, oglądanie TV, udział w terapii zajęciowej
- zachęcanie do uczestnictwa w spacerach

Wskazania dotyczące dalszej pielęgnacji

1. Wizyta u lekarza specjalisty (psychiatry) zgodnie z wytycznymi lekarza prowadzącego
2. Udzielanie wskazówek rodzinie, dotyczących postępowania z chorym w domu
3. Podawanie oraz kontrola przyjmowanych leków
4. Powstrzymywanie się od krytyki wobec pacjenta, sygnalizowanie nieustającej gotowości od rozmowy na nurtujące go problemy
5. Udzielanie wsparcia psychicznego, służenie pomocą i szczerą rozmową, zapewnienie stałego wsparcia emocjonalnego
6. Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia zdarzeń niepożądanych (samookaleczenia, myśli samobójcze)
7. Odwrócenie uwagi chorego w trudnych chwilach
8. Tworzenie atmosfery dającej poczucie bezpieczeństwa
9. Nie wyręczanie chorego w wykonywaniu obowiązków dnia codziennego (ewentualna pomoc)
10. Mobilizowanie do dbania o wygląd zewnętrzny oraz otoczenie, w którym przebywa chory

11. Zachęcanie do snucia optymistycznych nadziei na przyszłość, umacnianie tych nadziei, cierpliwe słuchanie, oferowanie pomocy i rozmowy w każdej chwili
12. Organizowanie czasu wolnego choremu (zachęcanie do spotkań ze znajomymi, kolegami, rodziną)

PODSUMOWANIE

Depresja jest ówczesnie jednym z najpopularniejszych zaburzeń na tle cywilizacyjnym. Dotyczy nie tylko osób dorosłych ale również – dzieci w wieku przedszkolnym, które w wyniku niektórych zdarzeń zaczynają przejawiać zachowania typowe dla zaburzeń depresyjnych. Pierwsze objawy choroby można zaobserwować stosunkowo wcześnie i zalecanym jest, aby zauważając niepokojące zachowanie wśród dziecka czy osoby w wieku nastoletnim reagować, gdyż choroba nieleczona może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym prób samobójczych.

Nie ma jednej, bezpośredniej przyczyny depresji. Choroba jest wynikiem wielu czynników, ogromny wpływ na wystąpienie zaburzeń mogą mieć czynniki genetyczne, przyjmowanie niektórych leków czy choroby współtowarzyszące – nadciśnienie tętnicze, miażdżyca. Najczęstszą przyczyną są jednak zdarzenia losowe, powodujące długotrwały przewlekły smutek, a także – brak akceptacji samego siebie, który jest poparty zachowaniem i presją społeczeństwa.

Badaniem objęto chłopca w wieku 16 lat z rozpoznaną depresją. Pacjent trafił na oddział psychiatryczny wskutek próby samobójczej, jaka miała miejsce po śmierci ojca chłopca, z którym był zżyty. Przyjęty na oddział celem obserwacji, diagnostyki psychiatrycznej i leczenia. na podstawie przeprowadzonej obserwacji wyłoniono następujące problemy: lęk i niepokój związany z trwającą hospitalizacją, trudności adaptacyjne, utrata sensu życia, możliwość wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków, zaburzenia snu, brak apetytu, obniżony nastrój, ryzyko powtórnej próby samobójczej, tęsknota za najbliższymi.

W procesie pielęgnowania pacjenta szczególną uwagę zwrócono na dbałość relacji między chłopcem a personelem medycznym. Dużą wagę przywiązano również do funkcji terapeutycznych personelu medycznego, wśród których warto wyróżnić codzienną rozmowę,

empatii i wsparcie psychiczne, jakim należy otoczyć chłopca. Zadbano o stworzenie środowiska przyjaznego chłopcu, omawiając topografię oddziału i tworząc warunki intymności, eliminując źródła nadmiernego światła, czy hałasów, dzięki czemu pacjent jest znacznie spokojniejszy. Ponadto zadbano o odpowiednią edukację rodziny chłopca – matki, z którą mieszka w zakresie istoty i objawów choroby oraz wyjaśniono, w jaki sposób reagować na niektóre zachowania pacjenta. Istotną kwestią zawartą w procesie pielęgnowania było przyjrzenie się kwestii braku apetytu u chorego, któremu udało się zapobiec wskutek znacznie bardziej estetycznego i przystępniejszego podawania posiłków.

Depresja jest chorobą, z którą spotykamy się coraz częściej. Nie każdy z nas zdaje sobie sprawę z tego, że nawet osoby, które na pozór wydają się zadowolone ze swojego życia mogą wykazywać cały szereg objawów wskazujących na depresję. Objawy choroby w niektórych przypadkach pojawiają się jedynie o określonych porach dnia, lub są skutkiem na pozór nieistotnych dla zdrowej osoby sytuacji. Dzień walki z depresją, który przypada na 23 lutego pokazuje nam, że jest to choroba mogąca dotknąć ludzi niezależnie od ich statusu materialnego, wieku czy pochodzenia.

WNIOSKI

Zgromadzone dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta otrzymano w wyniku zrealizowanego wywiadu pielęgniarzkiego, prowadzenia indywidualnych obserwacji i wnikliwej analizy dokumentacji medycznej.

1. Za najistotniejsze problemy pielęgnacyjne uznano:
 - ryzyko wystąpienia kolejnej próby samobójczej
 - brak apetytu i nieprawidłową higienę snu
 - apatię, płaczliwość i utrudniony kontakt z chorym
 - tęsknotę za środowiskiem domowym
2. W rozwiązywaniu najistotniejszych problemów pielęgnacyjnych pielęgniarka uwzględnia:
 - lęk i niepokój związany z hospitalizacją
 - problemy sfery emocjonalnej, wiążące się z poczuciem braku intymności i samodzielności
 - deficyt wiedzy matki chłopca na temat depresji

PIŚMIENNICTWO

1. Brzozowska A., Wolańczyk T., Zaburzenia nastroju u dzieci. Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Wyd. 1, dodr. 4. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2014, s. 120-133.
2. Carr A.; przekł. Rybski J., Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008, s. 13-68.
3. Dubiel M., Gdy życie traci sens, Wychowawca, Warszawa, 2014, str. 10-25.
4. Dudek D., Depresja - poradnik dla pacjentów i ich rodzin, Egis, Kraków 2012.
5. Jarema M., (red.): Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Via Medica, Gdańsk, 2011, s. 40-99.
6. Jerzak M., Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci, a szkolna rzeczywistość, PWN, Warszawa, 21.
7. Prajsner M., Zapobieganie depresji wśród nastolatków, Remedium., Warszawa, 2009, s. 22-25.
8. Pużyński S., Depresje i zaburzenia afektywne, Wyd. 5 . Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2009.
9. Pużyński S., Wciórka J.,: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. UWM „Vesalius”, Kraków, 2008, s. 100–122.
10. Rutkowski K., i wsp., Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?., „Psychiatria Polska”, Warszawa, 2014.
11. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: Psychiatria. T. 2. Elsevier Urban & Partner, Warszawa, 2010, s. 305–375.
12. Sowa K., Problemy dorastania: to może być depresja!, Wszystko dla szkoły, 2008, s. 3-4.
13. Szymańska J.: Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży – poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców. Wyd. 3. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, 2012.
14. Zorraquino J. C.: przekł. Masłoń J., Depresja wśród dzieci i młodzieży, Wyd. 2, eSPe, Kraków, 2009.
15. http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-nerwowy/depresja-leczenie-w-jaki-sposob-leczyc-depresje_39799.html; 21.04.2018, godz. 21.10.

16. <http://twarzedepresji.pl/o-depresji-u-dzieci/>; 21.04.2018, godz. 20.05.
17. <https://www.depresjaza.pl/rodzaje-depresji>; 10.04.2018, godz. 12.00.
18. <https://portal.abczdrowie.pl/zapobieganie-nawrotom-depresji> 22.04.2018,godz.16.00.
19. <http://twarzedepresji.pl/o-depresji-u-dzieci/> 21.04.2018, godz. 12.30.

PIELĘGNOWANIE PACJENTKI PO MASTEKTOMII WE WCZESNYM OKRESIE POOPERACYJNYM

Magdalena Dymek, Agata Gołębiewska

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Rak piersi, jest jednym z najpoważniejszych problemów ówczesnych kobiet. Jest pierwszą przyczyną zachorowań na nowotwory złośliwe, jak też drugą przyczyną zgonów u kobiet [1].

Choroba ta jest istotnym problemem medycznym, a także społecznym. „Nowotwór” to słowo, które zawsze przeraża, jednak rak piersi budzi zwykle wyjątkowo dużo obaw [2].

Pierś jest atrybutem kobiecości, który rzuca się w oczy, jak też atrakcyjności seksualnej oraz macierzyństwa. Choroba atakuje pierś, oddziałuje znacząco na czułe punkty powszechnie rozumianej kobiecości. Może to mieć głęboki wpływ na samoocenę chorej, jak też na jej intymne, rodzinne czy społeczne relacje [2].

W przypadku chorych na raka piersi, postępowanie polega na leczeniu skojarzonym. Mianowicie bierze się w nim pod uwagę zabieg operacyjny, radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię oraz metody biologiczne. Wybór sposobu leczenia zależny jest od kilku czynników. Do najważniejszych z nich zalicza się: stopień zaawansowania klinicznego nowotworu, stan regionalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości histologicznej, stan hormonów, wiek chorej, oraz stan receptorów steroidowych: estrogenowego i progesteronowego [2].

Nowotwór ten jest jedną z najpoważniejszych chorób kobiecych nie tylko ze względu na częste występowanie i ciężki przebieg, ale także dlatego, że jest powszechnie powodem stałego niepokoju wśród kobiet zdrowych. Wiedza na temat raka piersi poszerza się i ulega zmianie [3].

Rak powstaje wówczas, gdy w konsekwencji błędu genetycznego komórki organizmu rozpoczynają niekontrolowany podział, a nowo powstałe komórki nowotworowe nie różnicują się w typowe komórki tkanki. Utrata kontroli nad podziałami, jest związana z mutacjami genów kodujących białka uczestniczące w cyklu komórkowym. Komórki nowotworowe w odróżnieniu od prawidłowych nie mają zaprogramowanego procesu samoniszczenia, nie reagują bądź nieprawidłowo reagują na sygnały z organizmu. Istotną cechą nowotworów złośliwych jest też zdolność tworzenia przerzutów odległych oraz naciekania otaczających tkanek [4].

Rak piersi rozwija się z komórek nabłonka przewodu bądź zrazików gruczołu piersiowego – gruczoł nacieka tworząc w obrębie piersi guz. Przy dalszym wzroście nacieka otaczające struktury anatomiczne: skórę albo mięśnie piersiowe. Komórki nowotworowe przez naczynia limfatyczne dostają się do okolicznych węzłów chłonnych tworząc przerzuty do węzłów: pachy, podobojczykowych, nadobojczykowych, jak też przymostkowych (węzły chłonne zlokalizowane wzdłuż brzegu mostka, wewnątrz klatki piersiowej). Jednocześnie ze wzrostem guza pierwotnego, w obrębie piersi mogą powstawać przerzuty drogą krwionośną do narządów odległych, z reguły: kości, płuc, wątroby czy mózgu [5].

Choroby nowotworowe są jedną z podstawowych przyczyn zgonów zarówno w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych, jak i nisko rozwiniętych. W ostatnich latach ich natężenie wyjątkowo zwiększyło się, co spowodowało, iż nowotwory stały się nie tylko poważnym problemem zdrowotnym, jak też społecznym i ekonomicznym [6].

Częstość zachorowań na nowotwory złośliwe piersi gwałtownie wzrasta po 35-tym roku życia. W ogólnej liczbie zachorowań na raka piersi prawie 30% dotyczy kobiet w wieku przedmenopauzalnym, natomiast pozostałe 70% kobiet w wieku pomenopauzalnym [3].

Standaryzowane współczynniki zachorowalności na rak gruczołu piersiowego, są różne pomiędzy krajami o najniższej oraz najwyższej zapadalności ponad 25-krotnie. Ponad połowa zachorowań na raka piersi (blisko 55%) występuje w państwach uprzemysłowionych, zaś jednocześnie nieznacznie ponad połowa zgonów przypada na kraje rozwijające się. Ameryka Północna, Australia czy północna oraz zachodnia Europa charakteryzują się najwyższą zachorowalnością (około 90-100/100 000). Z kolei Europa Środkowa i Wschodnia –średnią, a znaczne obszary Afryki oraz Azji Południowo-Wschodniej cechuje najniższa zachorowalność na raka gruczołu piersiowego (poniżej 25/100 000) [6,7].

Na przestrzeni ostatnich 25 lat, współczynnik zachorowalności na raka gruczołu piersiowego wzrosły średnio o około 30%, zarówno w większości krajów rozwiniętych, jak

też rozwijających się. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w zmianie zachowań reprodukcyjnych, zmniejszeniu aktywności fizycznej, jak również w powszechnym stosowaniu hormonalnej terapii zastępczej oraz w rosnącej skuteczności badań przesiewowych z wykorzystaniem mammografii [7].

Polska należy do krajów o średnim wskaźniku zachorowalności. Pomimo stałego postępu, jaki dokonuje się w diagnostyce i leczeniu, rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem u kobiet. Od wielu lat obserwuje się stały wzrost zachorowań. W ostatnich kilkudziesięciu latach, liczba zachorowań wzrosła o ponad 4800 nowych przypadków [1].

Polska należy do grupy krajów, w których zagrożenie złośliwym nowotworem piersi jest duże. Liczba nowo rejestrowanych zachorowań ciągle się zwiększa z 10903 przypadków w 1999 roku do 17142 nowych zachorowań w 2013 roku. Nowotwór piersi jest dominującym problemem zdrowotnym w populacji kobiet, stanowiąc 21,9% zachorowań na nowotworowy. Analiza struktury zgonów kobiet z powodu raka piersi przedstawia się równie niepokojąco. Nowotwór złośliwy piersi zajmował w 2013 roku drugie miejsce, stanowiąc 13,9% zgonów z przyczyn nowotworowych. Pomimo coraz lepszej diagnostyki i nowych metod leczenia liczba zgonów spowodowanych rakiem piersi jest duża. Starzenie się polskiej populacji bez wątpienia będzie pogłębiać ten problem w przyszłości [8].

Badania epidemiologiczne wykazały, iż podstawowymi czynnikami odpowiedzialnymi za powstawanie nowotworów złośliwych w populacji ludzkiej, są te czynniki, które wynikają z ludzkich zachowań. Jest wiele czynników ryzyka, które sprzyjają zachorowaniu na raka piersi i mają podstawowe znaczenie dla jego rozwoju u kobiet [9].

Wiek - Ryzyko zachorowania na raka piersi zwiększa się wraz z wiekiem. Zachorowania, które mają miejsce przed 35-tym rokiem życia, szacuje się na jedynie 1–3%, są one często związane z agresywną, nierzadko dziedziczną, postacią choroby. Ważny wzrost zachorowań na raka gruczołu piersiowego, pojawia się po 50-tym roku życia, osiągając medianę około 60-tego roku życia. Chore, które zachorowały na raka piersi w wieku 50–59 lat, stanowią aż 32% wszystkich chorych na ten nowotwór [9].

Czynniki geograficzne - Porównanie zapadalności i zachorowalności na raka piersi w różnych krajach, wykazuje zaskakujące różnice. Do krajów, w których ryzyko raka piersi jest większe, należą Ameryka Północna i północna Europa, rzadziej występuje on w Azji i Afryce. Na te różnice mogą mieć wpływ czynniki genetyczne (efekt założyciela) albo synergistyczne działanie różnych czynników środowiskowych, pozostające w związku ze stylem życia [3].

Obciążenia rodzinne i dziedziczne, płeć - Dziedziczne podłoże raka piersi, uwarunkowane germinalnymi mutacjami, dotyczy kilku procent chorych. Ryzyko zachorowania na uwarunkowany genetycznie rak piersi, jest zależny od stopnia penetracji zmutowanego genu mierzonej odsetkiem zachorowań u nosicieli tej mutacji. Na tej podstawie wyróżnia się zespół najwyższej, wysokiej albo umiarkowanej predyspozycji dziedzicznej, do zachorowania na raka piersi. Zespół najwyższej predyspozycji genetycznej, zwykle jest związany z występowaniem mutacji w supresorowych genach o wysokiej penetracji: *BRCA1* i *BRCA2*. Nosicielstwo tych mutacji w ogólnej populacji chorych na raka piersi, bez podziału na grupy wiekowe, występuje ledwie w 3–5% przypadków, lecz wiąże się z ponad 10-krotnie wyższym ryzykiem zachorowania na ten nowotwór. Do innych genów supresorowych o wysokiej penetracji, których mutacje w dużym stopniu predysponują do zachorowania na raka piersi, należą zespół Li-Fraumeni i zespół Cowdena. Wysoka predyspozycja towarzyszy sytuacji, w której w badaniach przesiewowych nie udaje się wykryć germinalnych mutacji, lecz występuje silna agregacja zachorowań na raka w rodzinie. Zespół umiarkowanej predyspozycji towarzyszy mutacjom w genach: *ATM*, *BRIP1*, *CHEK2* i *PALB2* — podnoszą one 2–3-krotnie ryzyko zachorowania na raka piersi w porównaniu z ogólną populacją[9].

Czynniki reproduktywne - Jak pokazuje większość badań, wczesny wiek pierwszej miesiączki (do 16-tego roku życia), jak też późny ostatniej (po 55-tym roku życia) zwiększa ryzyko zachorowania na raka sutka. Kobiety, które nie rodziły albo przeżyły ciążę po 30-tym roku życia, mają dwa razy większe ryzyko zachorowania niż kobiety, które rodziły przed ukończeniem 30-stu lat. Jednakże największe ryzyko raka piersi występuje u kobiet, które przeżyły donoszoną ciążę po 35-tym roku życia[3].

Styl życia - Istotną, jak również kontrowersyjną rolę w etiologii zachorowania na raka piersi odgrywa styl życia człowieka. Wpływ budowy ciała jest różny przed i po menopauzie. Otyłość prawdopodobnie zwiększa dwukrotnie ryzyko zachorowania po menopauzie, zaś zmniejsza przed menopauzą. Wiele badań wykazuje zależność pomiędzy wzrostem, a ryzykiem zachorowania na raka sutka. Wzrost kształtuje się podczas okresu dojrzewania, jest również zależny od odżywiania w tym czasie. Sugeruje to etiologiczną rolę odżywiania we wczesnym okresie życia. Wpływ nadmiernej podaży tłuszczów w diecie, jako czynnik ryzyka zachorowalności na raka piersi, znajdują poparcie w badaniach laboratoryjnych oraz korelacyjnych. Badania także wykazują, że spożywanie warzyw częściej niż trzy razy w tygodniu zmniejsza ryzyko zachorowania na raka sutka. Wiele badań epidemiologicznych potwierdziło, iż spożywanie alkoholu może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi.

Spośród innych elementów stylu życia, które mogą spowodować ryzyko zachorowania, wymienia się aktywność fizyczną. Ćwiczenia ruchowe albo inne formy aktywności w tej dziedzinie, zmniejszają ryzyko raka sutki prawdopodobnie przez wpływ hamujący na wytwarzanie estrogenów. Do innych czynników ryzyka należących do stylu życia zalicza się wpływ farb do włosów, protez silikonowych wszczepionych do piersi, wpływ promieniowania UV słońca, promieniowania elektromagnetycznego, pestycydów i picia kawy[9].

Zmiany niezłośliwe w sutkach - Kobiety, u których rozpoznano nasiloną atypową hiperplazję nabłonka sutka, dysplazję czy rozlaną brodawczakowatość, mają 4-5 razy większe ryzyko zachorowania niż kobiety, które nie posiadają tych zmian. Wyczuwalne palpacyjnie torbiele, brodawczaki przewodowe zwiększają ryzyko zachorowania 1,5 do 2 razy[3].

Promieniowanie jonizujące - Nadmierna ekspozycja młodych dziewcząt na promieniowanie jonizujące, dwukrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka piersi. Podobną wrażliwość mają sutki kobiety podczas pierwszej ciąży. Kobiety przed menopauzą są bardziej narażone na skutki promieniowania jonizującego niż kobiety po menopauzie[3].

Rak sutka i inne nowotwory w przeszłości - Kobiety, które przebyły raka sutka, mają trzykrotnie – czterokrotnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka drugiego gruczołu sutkowego. Kobiety chorujące na raka trzonu macicy czy też raka jajnika mają o 30-40% większe ryzyko zachorowania na raka piersi[3].

Rak sutki w stadium początkowym przebiega bez objawów. Zwykle jest rozpoznawany przypadkowo przez badającą się kobietę, jako wyczuwalny w dotyku twardy guzek w piersi.

- Guz - Jest to najczęstszy objaw raka piersi. Każdy guz można scharakteryzować, opisać jego cechy, takie jak: wielkość, położenie, konsystencja, ruchomość w stosunku do skóry oraz tkanek otaczających, wygląd skóry nad guzem, czy bolesność.

Zmiany w obrębie brodawki

- Wyciek z brodawki
- Wciągnięcie brodawki. Może być objawem raka piersi bądź konsekwencją niedorozwoju przewodów wyprowadzających.

Zmiany skórne

- Wciągnięcie skóry. Zmarszczenie bądź ściągnięcie skóry nad guzem jest objawem, który często towarzyszy rakowi piersi.

- Naciek skóry bądź owrzodzenie. Jest to objaw zaawansowanego raka piersi.
- Guzki satelitarne. Ich pojawienie się świadczy o zaawansowaniu procesu rakowego bądź nawrocie procesu nowotworowego.
- Objaw skórki pomarańczowej. Jest to częsty objaw raka zapalnego piersi.

Powiększenie węzłów chłonnych. Zdarzają się chore, u których powiększenie węzłów chłonnych pachowych, jest pierwszym klinicznym symptomem raka piersi. Przerzuty do węzłów chłonnych nadobojczykowych, traktuje się jako objaw zaawansowania regionalnego.

Cechy zaplenia. U niektórych chorych rak piersi przypiera postać zapalną. Objawia się on wtedy obrzękiem oraz zaczerwienieniem skóry, zwiększonym uciepleniem oraz bolesnością[9].

Weześnie wykryty rak piersi w niskim stopniu zaawansowania jest nie tylko wyleczalny, ale poprzez odpowiedni zabieg operacyjny i skojarzone z nim leczenie daje kobietom możliwość zachowania piersi. Leczone w ten sposób pacjentki szybko wracają do życia zawodowego bez widocznego uszczerbku na wyglądzie, pozostając w dobrej kondycji psychofizycznej - co jest jednym z elementów uzyskania pełnego wyleczenia. W celu wczesnego wykrycia raka piersi należy pamiętać między innymi o comiesięcznym wykonywaniu samobadania piersi, okresowych badaniach piersi u lekarza specjalisty i przestrzegać režimu badań obrazowych stosownie do wieku i ewentualnych zaleceń. Leczenie chirurgiczne piersi można podzielić na operacje oszczędzające i amputację (mastektomia). W Polsce cały czas ze względu na zaawansowane stadia raków piersi dominują zabiegi amputacyjne. Obecnie jednak, dzięki coraz powszechniejszym programom profilaktycznym oraz badaniom przesiewowym obserwujemy większą ilość wczesnych rozpoznań, co przyczynia się do zwiększania ilości operacji oszczędzających gruczoł piersiowy [4].

Leczenie oszczędzające

Leczenie to przeprowadza się, kiedy guz w piersi jest mniejszy niżeli 3 cm w swoim największym wymiarze zaś węzły chłonne pachowe są niewyczuwalne bądź wyczuwalne jako pojedyncze i ruchome. Leczenie oszczędzające składa się z dwóch etapów: ograniczonego zabiegu chirurgicznego i napromieniowania. Zabieg polega na usunięciu guza z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek[8].

Do przeciwwskazań do leczenia oszczędzającego zalicza się rak wielośrodkowy stwierdzony w mammografii, obecność w usuniętej części piersi nasilonego komponentu raka wewnątrzprzewodowego in situ wokół guza, brak możliwości uzyskania odrębnego efektu kosmetycznego (małe piersi), brak zgody chorej, przeciwwskazania do napromieniowania oraz kolagenozy[8].

Operacje radykalne

Amputacja prosta oznacza usunięcie piersi z powięzią mięśnia piersiowego większego. Tego rodzaju zabieg wykonuje się, gdy występuje wieloogniskowy rak wewnątrzprzewodowy, mięsak piersi, nawrót miejscowy po leczeniu oszczędzającym oraz zaawansowany proces. Z kolei amputacja podskórna jest formą amputacji prostej piersi, polegającą na usunięciu tkanki gruczołowej z pozostawieniem skóry, otoczki brodawki oraz samej brodawki. Amputację podskórną wykonuje głównie się przy rozległych zmianach o typie *mastopathia fibrocystica*, przebiegających z dużymi dolegliwościami bólowymi, niereagującymi na leczenie zachowawcze. Zmodyfikowana radykalna amputacja piersi wg metody Maddena, jest najczęściej wykonywaną operacją u chorych na raka piersi. Polega ona na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z powięzią mięśnia piersiowego większego oraz węzłami chłonnymi pachowymi w jednym bloku pachowym. Natomiast radykalna amputacja piersi wg metody Halsteda, polega na usunięciu gruczołu piersiowego z mięśniami piersiowymi z mięśniem piersiowym większym oraz układem chłonnym pachowym w jednym bloku tkankowym. Tego rodzaju operacje obecnie przeprowadza się rzadko [8].

Zabiegi operacyjne w obrębie regionalnych węzłów chłonnych

Standardem postępowania u chorych na raka piersi jest usunięcie węzłów chłonnych pachowych. We wszystkich przypadkach w których jest to możliwe, limfadenektomię pachową należy dzisiaj zastępować biopsją węzła wartowniczego (SLN – sentinel-lymph node). Biopsja węzła wartowniczego jest procedurą diagnostyczną, która pozwala wiarygodnie ocenić stan węzłów chłonnych pachowych. U chorych, u których w węźle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów można bezpiecznie odstąpić od limfadenektomii. Przerzut w węźle wartowniczym z kolei takiego postępowania wymaga. Trzeba podkreślić iż biopsję węzła wartowniczego wprowadzono przede wszystkim po to aby zmniejszyć wysokie jednak ryzyko wystąpienia powikłań i następstw związanych z limfadenektomią pachową

(przewlekłe dolegliwości bólowe, obrzęki, zaburzenia czucia). Czynnikiem zwiększającym dodatkowo ryzyko obrzęku jest pooperacyjne napromienianie okolicy dołu pachowego. Czynione próby rehabilitacji oraz leczenia chirurgicznego w obrzęku ramienia są mało skuteczne. Biopsja węzła wartowniczego może być wykonywana jedynie w ośrodku w którym istnieje możliwość ścisłej współpracy między specjalistą medycyny nuklearnej, chirurgiem i patologiem. Poza tym warunkiem koniecznym do wykonywania biopsji węzła wartowniczego i podejmowania na podstawie jej wyniku decyzji terapeutycznych jest posiadanie odpowiedniego doświadczenia w jej wykonywaniu[4].

Chirurgiczne leczenie odtwórcze (rekonstrukcja piersi).

Chirurgiczne leczenie odtwórcze (chirurgia rekonstrukcyjna) jest nieodłączną częścią nowoczesnego postępowania w raku piersi. Każdą chorą powinno się poinformować o możliwości takiego leczenia. Podstawowym warunkiem kwalifikowania do leczenia odtwórczego jest bardzo silna motywacja (chore niezdecydowane i wahające się nie są właściwymi kandydatkami do rekonstrukcji). Chirurgiczne leczenie odtwórcze powinno być prowadzone w ośrodkach, które posiadają odpowiednie doświadczenie w tym zakresie. Dotyczy to szczególnie rozległych zabiegów z przenoszeniem tkanek własnych. Rekonstrukcja może być wykonywana w trybie odroczonym (pewien czas po mastektomii) lub natychmiastowym (bezpośrednio po mastektomii). Odtworzona pierś powinna mieć wygląd jak najbardziej zbliżony do naturalnego. Należy dążyć do nadania jej odpowiedniego kształtu, odtworzyć fałd podpiersiowy, nadać odpowiednią szerokość podstawy i wypełnienie dekoltu. Zgodnie z życzeniem pacjentki można też odtworzyć brodawkę i otoczkę. Zabiegi rekonstrukcyjne można również wykonywać w leczeniu oszczędzającym, jeśli może to poprawić efekt estetyczny[4].

Postępowanie uzupełniające

Systemowe leczenie uzupełniające (adjuwantowe), to terapia zastosowana po zakończeniu doszczętnego chirurgicznego leczenia miejscowego (amputacji lub zabiegu oszczędzającego). Jego celem jest zniszczenie mikroprzerzutów, które mogą być obecne już w chwili rozpoznania nowotworu, a przez to zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby (miejscowej wznowy lub przerzutów), wydłużenie czasu do nawrotu i zwiększenie odsetka

przeżyć. W ramach leczenia adjuwantowego w raku piersi stosowane są: chemioterapia, hormonoterapia oraz leczenie ukierunkowane molekularnie (obecnie – trastuzumab)[9].

Czynnikami, którymi należy kierować się przy kwalifikacji do leczenia uzupełniającego i wyborze jego rodzaju, są:

- liczba pachowych węzłów chłonnych zajętych przez nowotwór
- stopień złośliwości i typ histologiczny nowotworu;
- ekspresja receptorów steroidowych – estrogenowego (ER) i progesteronowego (PgR);
- stopień ekspresji/amplifikacji Her2;
- naciekanie torebki węzłów chłonnych lub tkanki tłuszczowej dołu pachowego;
- naciekanie okołoguzowych naczyń chłonnych i żylnych;
- aktywność proliferacyjna guza;
- stan menopauzalny;
- wiek;
- stan sprawności;
- uwzględnienie przewidywalnych działań niepożądanych;
- choroby współistniejące i przebyte;
- wola pacjenta[9].

CELE PRACY

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki po mastektomii we wczesnym okresie pooperacyjnym.
2. Określenie celu działania.
3. Zaplanowanie i realizacja działań.
4. Ocena realizacji zaplanowanych działań

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjentkę, w wieku 46 lat hospitalizowaną w oddziale Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem leczenia bólu w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Pacjentka trafiła na oddział 14 listopada 2017 roku, z rozpoznanym rakiem lewej piersi. Na badania otrzymano zgodę pacjentki.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Materiał zebrano w oparciu o obserwację, wywiad pielęgniarski oraz analizę dokumentacji medycznej (historia choroby, indywidualna karta zleceń lekarskich, karta intensywnego nadzoru i leczenia, karta pielęgnacji chorego, książka raportów pielęgniarskich) oraz pomiary (masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, liczby oddechów), które pozwoliły wyłonić problemy pielęgniarskie i sformułować diagnozę pielęgniarską, zastosowano skalę bólu NRS i skalę Baxter

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka E. W. w wieku 46 lat trafiła na oddział Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem leczenia bólu w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku dnia 03 grudnia 2017 roku, w celu usunięcia guza lewej piersi. Przy przyjęciu dokonano pomiaru masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, liczby oddechów. Pacjentka w ogólnym stanie dobrym.

W dniu przyjęcia dokonano oceny poszczególnych układów i nie stwierdzono odchyłeń od normy. Pacjentka pierwszą miesiączkę miała w wieku 14-stu lat. W dalszym ciągu regularnie miesiączkuje, miesiączki są nieobfite, ale bolesne. Pacjentka ma przebytą jedną ciążę, zakończoną pomyślnie — w wieku 31 lat. Ma również za sobą poronienie samoistne w pierwszym trymestrze ciąży (28 lat). Pacjentka, wykonując pod koniec października 2017 roku samobadanie piersi, wykryła u siebie guzek w lewej piersi i zgłosiła się do lekarza. Ambulatoryjnie w okresie poprzedzającym hospitalizację, wykonano następujące badania:

- USG piersi i dołów pachowych - piersi z przewagą tkanki gruczołowej; w lokalizacji namacalnego zgrubienia na godzinie 14-stej lewej piersi wykryto niejednorodną echogenicznie, zmianę ogniskową wielkości 26×20 mm. Zmiana sonomammograficzna okazała się złośliwa, w jej sąsiedztwie nie wykluczono ognisk satelitarnych. Dwa węzły chłonne widoczne w dole pachowym lewym miały wielkość 17×9 mm i 11×5 mm. Oba mają zachowane zatoki tłuszczowe. Pierś prawa bez zmian, prawy dół pachowy nie wykazuje obecności powiększonych węzłów;

- mammografia - dwa skupiska mikrozwapnień, do 10 w skupisku, widoczne na granicy kwadrantów górnych lewej piersi, podejrzenie o złośliwość;
- rozmaz - w nadesłanym z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej stwierdza się *Cellulae carcinomatosae*.
- w badaniu pozostałych narządów wewnętrznych nie wykazano żadnych zmian nowotworowych.

Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentką wynika, iż jej matka także miała zdiagnozowanego raka piersi (prawej) około 50-tego roku życia. Ponadto w rodzinie nie było więcej przypadków raka piersi. Pacjentka dotychczas na nic się nie leczyła i nie uskarża się na jakiegokolwiek dolegliwości bólowe.

Ponadto z przeprowadzonego wywiadu wynika, iż pacjentka leczy się na nadciśnienie tętnicze (od 3 lat) i nie jest na nic uczulona. Brak nałogów.

U pacjentki wykonano zabieg metodą Maddena. Usunięta została tkanka gruczołu piersiowego, powięź mięśnia piersiowego większego oraz węzły chłonne pachowe. W trakcie tego zabiegu przecięty został mięsień piersiowy mniejszy, aby uzyskać lepszy dostęp do węzłów chłonnych.

Stan pacjentki po zabiegu był zadowalający. Po zabiegu pacjentka została przewieziona na salę, gdzie monitorowano jej ciśnienie krwi, puls i oddychanie. Ponadto pacjentce podano leki przeciwbólowe, które zmniejszają odczuwany po operacji ból.

Pacjentka po zabiegu operacyjnym – amputacji piersi lewej z powodu nowotworu. Stan psychofizyczny pacjentki niezadowalający. Chora przeżywa lęk przed kalectwem, smutek oraz niepokój związany z chorobą, jest przygnębienie. Ma obawy przed powrotem do środowiska rodzinnego. Stwierdza się ograniczoną aktywność ruchową kończyną górną po stronie operowanej, związaną z fizycznymi efektami zabiegu operacyjnego, ból rany pooperacyjnej i obrzękiem. Chora nie posiada wystarczającej wiedzy na temat swojej choroby oraz umiejętności potrzebnych do samoopieki i samopielęgnacji. Ma też obawę przed radzeniem sobie z procesem leczenia uzupełniającego. Brak dostatecznej wiedzy na temat chemioterapii i radioterapii. Ponadto u pacjentki wystąpiły problemy z gojeniem się rany, z powodu wydzielania się dużej ilości limfy.

Pacjentka mieszka w miejscowości pod Białymstokiem wraz z rodziną w domu jednorodzinnym. Stwierdza, iż ma dobre warunki mieszkaniowe. Rodzinę tworzą mąż, syn i teściowa. Pacjentka może liczyć na wsparcie ze strony rodziny.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska 1: Ból rany pooperacyjnej zlokalizowanej w lewej piersi i lewym dole pachowym w skali punktów 7/10 NRS.

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Planowanie/realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Ułożenie kończyny po stronie operowanej na klinie rehabilitacyjnym.
2. Ograniczenie wysiłku chorej przez pomoc w czynnościach życia codziennego.
3. Zachęcanie do systematycznych ćwiczeń rehabilitacyjnych.
4. Podanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza tkanka gruczołu piersiowego, powięź mięśnia piersiowego większego oraz węzły chłonne pachowe

Ocena działania:

Dolegliwości bólowe stopniowo zmniejszały się. Konieczne było zastosowanie farmakoterapii.

Diagnoza pielęgnarska 2: Trudności w gojeniu rany z powodu ciągłego wycieku limfatycznego

Cel opieki:

Poprawienie warunków gojenia rany pooperacyjnej.

Planowanie/realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Asystowanie przy aspirowaniu zalegającej limfy.
2. Zmiana opatrunku w zależności od częstości jego przesiąkania.
3. Pomoc przy czynnościach higienicznych (aby nie zamoczyć opatrunku). Zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
4. Zapewnienie higieny otoczenia.
5. Zapobieganie zakażeniu rany zgodnie z procedurą.

Ocena działania:

W skutek zastosowania działań pielęgnarskich rana wygoiła się.

Diagnoza pielęgnarska 3: Możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego z powodu usunięcia węzłów chłonnych.

Cel opieki:

Umożliwienie odpływu chłonki i zapobieganie gromadzeniu się w przestrzeniach tkanki podskórnej, zmniejszenie tendencji do rozciągania skóry pod wpływem ciśnienia

śródwęzłowego.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarzkiej:

1. Wysokie ułożenie kończyny górnej po stronie operowanej z wykorzystaniem klina.
2. Obserwacja dobowej ilości oraz charakteru drenowanej treści.
3. Obserwacja miejsca założenia drenu.
4. Obserwacja drożności i skuteczności drenażu.
5. Poinformowanie chorej o wysokim ułożeniu kończyny górnej w różnych sytuacjach życiowych, np. w czasie pracy przez oparcie na blacie biurka, w domu. np. wykorzystywanie oparcia wersalki.
6. Poinformowanie chorej o konieczności zrezygnowania z niektórych prac domowych, takich jak mycie okien, przesuwanie mebli, z noszenia ciężkich siatek. torebek w ręce po stronie operowanej, trzymania się tą ręką uchwytów w tramwaju, noszenia plecaka: kończynę należy używać, ale rozsądnie chronić.
7. Proponowanie zakładania luźnej odzieży
8. Omówienie z pacjentką rodzaju aktywności, które preferuje, ponieważ niektóre z nich mogą być powodem obrzęku limfatycznego, jak np. jazda na rowerze.
9. Ćwiczenia rehabilitacyjne zgodnie z zaleceniami fizykoterapeuty.
10. Masaż kończyny wykonywany przy wysokim ułożeniu kończyny z wykorzystaniem substancji ułatwiających masaż i zapobiegających podrażnieniu skóry (talk, wazelina, olejek do masażu).
11. Masaż należy wykonywać w kierunku serca przez około 10 min. nie wolno masować blizny pooperacyjnej i okolicy, która była napromieniowana.
12. Stosowanie ucisku zewnętrznego za pomocą rękawa przeciw obrzękowego .

Ocena działania:

W wyniku przeprowadzonych działań nie dopuszczono do wystąpienia obrzęku limfatycznego

Diagnoza pielęgniarzka 4: Możliwość powikłań ze strony układu kostno-stawowego z powodu przyjmowania

postawy maskującej skutki zabiegu operacyjnego

Cel opieki:

Niedopuszczenie do powstania wad postawy.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarzkiej:

1. Wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych codziennie przez około 15 min.
2. Zapewnienie prawidłowego protezowania (proteza podobna wielkością, kształtem i ciężarem do drugiej piersi i używana ciągle całkowicie zamaskuje skutki zabiegu i zmniejszy ryzyko powikłań; szczególnie ważne jest to u pacjentek z dużym gruczołem piersiowym; protezy można otrzymać bezpłatnie co 2 lata).
3. Edukacja w zakresie przyjmowania prawidłowej postawy; zwracanie uwagi pacjentce na uniesienie lub obniżenie barku, zaokrąglanie pleców.

Ocena działania:

W wyniku działań pielęgniarских nie doszło do powstania wad postawy.

Diagnoza pielęgniariska 5: Niedostateczny zasób wiedzy pacjentki na temat choroby i możliwości funkcjonowania po wyjściu ze szpitala.

Cel opieki:

Dostarczenie wiedzy na temat choroby, nauczanie radzenia w chorobie.

Planowanie/realizacja opieki pielęgniariskiej:

1. Edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki obrzęku limfatycznego.
2. Edukacja pacjentki w zakresie stosowania odpowiedniej diety, szczególnie unikania węglowodanów i tłuszczów, zaś obfita w warzywa i owoce, przyjmowanie płynów około 2 litry na dobę.
3. Edukacja pacjentki w zakresie higieny i pielęgnacji rany pooperacyjnej.
4. Poinformowanie o roli aktywności fizycznej i usprawnianiu po zabiegu operacyjnym.

Ocena działania:

Pacjentka poprawiła swój stan wiedzy. Nadal konieczne jest wsparcie informacyjne.

Diagnoza pielęgniariska 6: Przygnębienie, smutek i niepokój spowodowane chorobą.

Cel opieki:

Poprawa samopoczucia psychicznego

Planowanie/realizacja opieki pielęgniariskiej:

6. Rozmowa z pacjentką na tematy ją niepokojące.
7. Zastosowanie psychoterapii wspierającej.
8. Wypełnienie wolnego czasu przez dostarczenie literatury do czytania, muzykoterapię.
9. Zapewnienie kontaktu z psychologiem lub grupami wsparcia

Ocena działania:

Problem wymaga dalszej obserwacji, a działania kontynuacji. Pacjentka nadal jest smutna.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca wkłucia obwodowego

Cel opieki:

Zapewnienie drożności kaniuli oraz niedopuszczenie do zakażenia

Planowanie/realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Używanie jałowych gazików, jałowych korków jednorazowych i czystych rękawic jednorazowych
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
- Zmiana kaniuli co 72h i w razie potrzeby wymiana kaniuli
- dbałość o czystość miejsca wkłucia oraz otoczenia
- Obserwacja kaniuli pod kątem wystąpienia stanu zapalnego(skala BAXTER)
- Wymiana opatrunku, zabezpieczenie kaniuli przed wypadnięciem
- Edukacja pacjentki w celu przedstawienia celu terapii oraz omówienie konieczności pozostawienia wkłucia w stanie czystości i w prawidłowym miejscu

Ocena działania:

Kaniula drożna brak oznak zakażenia (Skala Baxter 0)

Zalecenia pielęgniarskie

1. Zaleca się prowadzić pielęgnację miejsca operowanego, tj.: bliznę myć wodą z delikatnym mydłem, osuszać skórę miękkim ręcznikiem, chronić bliznę przed działaniem niskich i wysokich temperatur, obserwować skórę wokół blizny;
2. Zaleca się prowadzić profilaktykę obrzęku limfatycznego, tj.:
 - unikać podnoszenia i noszenia ciężkich przedmiotów,
 - unikać trzymania ręki w pozycji opuszczonej przez dłuższy czas,
 - unikać przegrzewania ręki,
 - unikać urazów i skaleczeń,
 - unikać pobierania krwi, podawania dożylnie leków, czy akupunktury,
 - unikać detergentów, środków higienicznych, kosmetycznych, które drażnią skórę (peelingi, woski),
 - unikać bielizny, ubrań z tkanin szorstkich, czy sztucznych,
 - unikać spania na kończynie górnej, po stronie operowanej,
 - unikać noszenia uciskających bransolet, pasek od zegarka, czy obcisłych rękawów,
 - unikać mierzenia ciśnienia tętniczego na rękę po stronie operowanej,
 - zaleca się wysokie ułożenie kończyny górnej w czasie snu, odpoczynku, czy pracy,

- zaleca się utrzymanie należytej masy ciała,
 - zaleca się regularnie ćwiczenia zalecone przez rehabilitanta,
 - zaleca się prowadzenie kontroli w poradni rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych,
 - zaleca się prowadzenie umiarkowanej aktywności fizycznej,
3. zaleca się odżywianie zgodnie z przyjętymi zasadami żywienia, tj. przyjmować częstszych posiłków, ale mniej obfite, stosować dietę zróżnicowaną, z dużą zawartością błonnika, białka, niskotłuszczową, z olejami roślinnymi, zjadać dużą ilość warzyw i owoców, ograniczać spożywanie słodczy, tłustych potraw, mocnych używek (alkohol, papierosy, kawa, herbata), przyjmować duże ilości wody,
 4. zaleca się po zakończeniu leczenia i okresie rekonwalescencji, powrót do codziennej aktywności, udział w organizacjach łączących kobiety po mastektomii (wymiana doświadczeń, działalność edukacyjna, wolontariat),
 5. zaleca się wizytę kontrolną w poradni onkologicznej za dwa tygodnie.
 6. zaleca się też kontakt z Klubem Amazonek (ul. Ogrodowa 12, Białystok).

WNIOSKI

1. Najważniejsze problemy pielęgnacyjne jakie na wstępnym etapie procesu pielęgnowania rozpoznano u pacjentki po mastektomii we wczesnym okresie pooperacyjnym to: ból rany pooperacyjnej, trudności w gojeniu rany, z powodu ciągłego wypływania limfy, możliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego z powodu usunięcia węzłów chłonnych, powikłań ze strony układu kostno-stawowego z powodu przyjmowania postawy maskującej skutki zabiegu, niedostateczny zasób wiedzy na temat choroby i samokontroli, przygnębienie i zaburzenia depresyjne spowodowane chorobą, możliwość wystąpienia zagrożenia zakażenia linii naczyniowej spowodowane obecnością kaniuli.
2. Określano cele działań w celu eliminowania problemów pielęgnacyjnych, które wystąpiły u pacjentki po mastektomii we wczesnym okresie pooperacyjnym.
3. Poprzez zaplanowanie i podjęcie realizacji działań, wyeliminowano lub zmniejszono nasilenie problemów pielęgnacyjnych.

PODSUMOWANIE

Choroba nowotworowa dotyka wszystkich sfer funkcjonowania człowieka: fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej, a co za tym idzie wpływa na jakość życia pacjenta i jego rodziny. Większość pacjentów przeżywa stres emocjonalny, wyraża obawy dotyczące postępu choroby, rokowania, często dochodzi także do przeorganizowania planów życiowych i stylu życia, aktywności zawodowej czy społecznej. Co więcej długotrwałe leczenie jest, także dla chorego obciążeniem pod względem fizycznym i psychicznym.

Obecność bólu pooperacyjnego jest nieodłącznym elementem samego zabiegu operacyjnego. Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego wymaga doskonałej współpracy całego personelu medycznego, a dotyczy to zarówno chirurgów, anestezjologów, rehabilitantów, jak i pielęgniarek opiekujących się chorymi.

Przebyta mastektomia może być postrzegana przez kobietę jako utrata atrybutu kobiecości, może wywoływać niepokój z powodu okaleczenia ciała i obawę o relacje damsko-męskie. Uczucia takie nie są nie zrozumiałe. Spojrzenie na siebie jako „całość” powinno uchronić kobietę przed własnymi ograniczeniami. Odpowiednia bielizna, proteza zewnętrzna lub decyzja o poddaniu się operacji odtwórczej mogą pozwolić na uporanie się z nurtującym problemem[10].

Choroba nowotworowa, jest schorzeniem długotrwałym, bolesnym i uciążliwym. W jej trakcie występuje m.in. lęk przed cierpieniem psychofizycznym, a to może stać się przyczyną zmian struktury osobowości. Zachowanie chorej po rozpoznaniu nowotworu piersi jest zależne od jej zdolności adaptacji do zmian sytuacyjnych. Reakcje te mogą być rozmaite, zależne od wieku, emocji, sytuacji rodziny, zachowania w obliczu zagrożenia oraz od wiedzy na temat choroby i wierzeń pacjentki. Zmartwienie, strach, wstrząs psychiczny, uczucie gniewu, przykrość z uczuciem ulgi, że rak został wykryty i usunięty, wszystko to jest udziałem kobiety rozpoczynającej życie po amputacji piersi. Z tych powodów opieka pielęgniarska powinna być opieką holistyczną, obejmować wszystkie sfery życia chorej: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową. Aktywne słuchanie, udzielanie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z chorobą i leczeniem, stanowią o pełnej spierającej roli pielęgniarki i decydują o przebiegu leczenia oraz rehabilitacji[11].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Kowalewską[12] wskazują, że u kobiet po mastektomii często występował niepokój, lęk przed śmiercią i konieczność zmiany stylu

życia. Często też występują ból, zmęczenie chorobą i leczeniem, czy depresja. Wszystkie powyższe odczucia potwierdzono w omawianym przypadku[12].

Nierzadko też kobiety po mastektomii mają obawy przed powrotem do rodzinnego środowiska. Co miało miejsce i w tym przypadku.

Koper i Wrońska[13] uważają, iż podsumowując rolę pielęgniarki w opiece nad kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi należy stwierdzić, iż pielęgniarki pracujące w opiece onkologicznej powinny cechować się wysokim poziomem odpowiedzialności zawodowej, a także wysokimi kompetencjami zawodowymi zgodnymi z zasadami indywidualnego procesu pielęgnowania[13].

PIŚMIENNICTWO

1. Grądalska-Lampart M., Karczmarek-Borowska B., Strykowska A.: Analiza epidemiologiczna zachorowalności i umieralności na raka piersi z uwzględnieniem skryningu w województwie podkarpackim w latach 1999–2010 [w:] Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. 2013, 1, 106–118.
2. Borzych B.: Opieka w teorii nowotworów piersi [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, pod red. Kopera A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 188-189.
3. Kalinowski P., Krawulska A.: Rola fizjoterapii po mastektomii w opinii pacjentek [w:] Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012, Tom 18, 4, 291-296.
4. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kyler W.: Abc raka piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010, Wyd. Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań 2010, 8-9.
5. Korzeniowski S.: Wprowadzenie [w:] Diagnostyka i leczenie raka piersi, Wyd. EGIS Polska, Łódź 2011, 3-4.
6. Kalinowski P., Bojakowska U.: Epidemiologia i analiza czynników ryzyka raka piersi [w:] W drodze do brzegu życia: praca zbiorowa, pod red. Krajewskiej – Kułak E, Łukaszuka C., Lewko J. Wydawnictwo Uniwersytetu Medyczny w Białymstoku, Białystok 2013, 341–349.
7. Szewczyk K.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi [w:] Rak piersi, pod red. Kornfela J. Wydawnictwo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 189-192.
8. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Wydawnictwo Centrum Onkologii Instytut im. M Skłodowskiej – Curie, Warszawa 2013.

9. Kułakowski A., Skowrońska-Gardas A.: Onkologia, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 106-107.
10. Tchórzewska-Korba H.: Poradnika dla kobiet leczonych z powodu raka piersi, Wydawnictwo Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Warszawa 2013, 15.
11. Tubielewicz E.: Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentką z rozpoznany rakiem piersi – studium przypadku. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo, 2007, 1 (1).
12. Musiał Z., Sendeczka W., Zalewska-Puchała J.: Jakość życia kobiet po mastektomii. Problemy Pielęgniarstwa, 2013, 21 (1), 38–46.
13. Koper A, Wrońska I.: *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2017, 28-29.

MODEL OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ NADA PACJENTEM Z ROZPOZNANYM NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

Emilia Cylwik¹, Krystyna Kowalczyk²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwory jelita grubego znajdują się w niechlubnej czołówce najczęściej występujących chorób onkologicznych. Według Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) choroba ta dotyczy 660000 mężczyzn i 570000 kobiet na całym świecie [1]. Zapadalność na nowotwory jelita grubego jest największa w krajach rozwiniętych, a najmniejsza w ubogich państwach Afryki i Południowo- Centralnej Azji [1]. Jak podaje literatura w 2010 roku w Polsce odnotowano 15800 przypadków zachorowań. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem, przy czym bardziej narażeni są mężczyźni (1,5-2 wyższe ryzyko). Po 60 roku życia ponad 80% pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego (CRC) umiera, przy czym szczyt zapadalności i umieralności przypada na 8-9 dekadę życia [1]. W Polsce w 2010 roku z powodu powyższego nowotworu zmarło 11000 osób, co stanowi 12% wszystkich zgonów z powodu chorób nowotworowych. Na świecie co roku umiera z tego powodu 600000 ludzi [1].

Patogeneza raka jelita grubego

Rak jelita grubego powstaje w długotrwałym procesie, którego początek wiąże się z powstaniem zmiany genetycznej w obrębie genów supresorowych, protoonkogenów i genów mutatorowych oraz zmiany ekspresji genów [2, 3, 4, 5]. W wyniku tych modyfikacji powstają komórki zdolne do podziałów i wzrostu przy braku sygnałów stymulujących, nie ulegające apoptozie, zdolne do angiogenezy i inwazyjności. Następnym etapem jest powstanie „Ogniska Nieprawidłowych Krypt” (ACF), który jest punktem wyjścia do rozwoju polipów hyperplastycznych i gruczolaków [5]. Wyróżniono dwa tory, które prowadzą do rozwoju raka

jelita grubego. Tor mutacyjny przemiany gruczolaka w raka oraz mechanizm związany z niestabilnością mikrosatelitarną, czyli: polip hyperplastyczny- gruczolak ząbkowany- rak [4, 5].

Etiologia raka jelita grubego

Czynniki wpływające na rozwój raka jelita grubego można podzielić na dwie grupy: czynniki wewnętrzne oraz zewnętrzne (środowiskowe) [3, 6].

Do pierwszej grupy można zaliczyć choroby zapalne jelit (wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna) oraz zespoły genetyczne: zespół dziedzicznego raka jelita grubego (zespół Lyncha I,II,III, HNPCC) i polipowatość rodzinną (zespół FAP) wśród, której można wymienić: zespół Gardnera; zespół Turcota; zespół Zanca [3, 6, 7].

Zespół Lyncha to dziedziczna autosomalnie dominująco predyspozycja do mutacji genów odpowiedzialnych za naprawę DNA (geny MMR). Zmiana w tych genach skutkuje wystąpieniem CRC, ale także nowotworów złośliwych mózgu, żołądka, jelita cienkiego, wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki, nerek, macicy, jajnika. CRC będący skutkiem zespołu Lyncha cechuje wczesne zachorowanie; prawostronna lokalizacja zmiany nowotworowej oraz synchroniczne i metachroniczne ogniska; występowanie co najmniej dwóch przypadków CRC u krewnych pierwszego stopnia i występowanie innych nowotworów u bliskich [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Zespół FAP wywołany przez mutację w genie APC. Objawia się ogromną liczbą polipów na błonie śluzowej jelita grubego, które pojawiają się u młodych ludzi już po 20 roku życia. Polipy transformują do zmiany złośliwej w ciągu 20 lat [6, 10, 11, 12].

Niewłaściwa dieta stanowi najważniejszy czynnik środowiskowy. Alkohol spożywany w nadmiarze skutkuje niedoborami kwasu foliowego, który odpowiada za prawidłową syntezę DNA, dodatkowo w czasie rozkładu etanolu powstają wolne rodniki tlenowe oraz aldehyd octowy, uszkadzające materiał genetyczny komórki [13]. Szczególne działanie kancerogenne ma długoletnie spożywanie alkoholu łącznie z paleniem tytoniu, który również zaliczany jest do czynników ryzyka [4, 13].

Czerwone mięso (wieprzowe, wołowe) jest bogate w żelazo, nasycone kwasy tłuszczowe oraz cholesterol. Nadmiar żelaza w organizmie człowieka ma działanie kancerogenne, gdyż reaguje z nadtlenkiem wodoru, tworząc wolne rodniki, które oddziałują

na zdrowe komórki, prowadząc do samoutlenienia. Duża ilość tego pierwiastka hamuje funkcje obronne komórki, zwiększając szanse na mutacje [9, 13]. Dodatkowo żelazo jest potrzebne do wzrostu guza nowotworowego. Organizm człowieka, aby strawić nasycone kwasy tłuszczowe, potrzebuje kwasów żółciowych, które wraz z cholesterolem są najprawdopodobniej przekształcane w produkty kancerogenne przez bakterie bytujące w jelicie grubym. Ostatnim argumentem, przemawiającym przeciw diecie bogatej w mięso czerwone, jest to, że w czasie jego obróbki wydzielane są mutagenne węglowodory aromatyczne i aminy heterocykliczne [9, 13].

Tabela I. Zależność między czynnikami ryzyka a zachorowaniem na CRC

Ryzyko zachorowania	Czynniki ryzyka
UMIARKOWANE	• Wiek > 50; • brak wcześniejszego zachorowania na nowotwór złośliwy u pacjenta i/lub u członków rodziny o I° pokrewieństwa; • brak chorób zapalnych jelita grubego; • nie występuje zespół polipowatości;
ZWIĘKSZONE	• obecność polipów gruczołowych w jelicie grubym u pacjenta i/lub u najbliższej rodziny; • występowanie chorób zapalnych jelita grubego; • przebyty rak jelita grubego u pacjenta i/lub u członków rodziny poniżej 50 roku życia;
NAJWIĘKSZE RYZYKO	• Zespół Lyncha; • Zespół polipowatości jelita grubego

Źródło: [11]

Na patogenezę CRC mają wpływ szkodliwe substancje spotykane w życiu codziennym takie jak: akronitryl, azbest, benzopiren, barwniki i farby, chlorek winylu, chrom, kobalt, mangan, nikiel, nitrozaminy, polipropylen, oleje i rozpuszczalniki organiczne, włókna syntetyczne, woda chlorowana [3, 4].

Do czynników zewnętrznych można zaliczyć również środowisko, jakie panuje w

jelicie grubym, czyli pH stolca, substancje kancerogenne produkowane przez florę bakteryjną i perystaltykę jelit [3, 4].

Wymienione czynniki mniej lub bardziej narażają na zachorowanie na CRC. Tabela I przedstawia zależność pomiędzy poszczególnymi czynnikami wpływającymi na rozwój nowotworu jelita grubego, a prawdopodobieństwem jego wystąpienia [11].

Objawy raka jelita grubego

Objawy w słabo zaawansowanej chorobie są mało charakterystyczne i dyskretne. Na podstawie literatury można stwierdzić, że do najczęściej wymienianych należą: krew utajona w stolcu i/lub krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, bóle brzucha, wyczuwalny guz w badaniu per rectum, zmiany rytmu wypróżnień u osób > 40 lat (biegunki, zaparcia), utrata masy ciała, anemia, niedrożność mechaniczna jelit, wzdęcie brzucha, osłabienie, brak łaknienia, zwiększona ciepłota ciała [14, 15].

W dużej mierze pojawienie się poszczególnych objawów zależy od lokalizacji guza. Jeżeli guz zlokalizowany jest w lewej połowie okrężnicy to mogą występować bóle kolkowe, wzdęcia oraz krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego [14, 16, 17]. Raka odbytnicy cechuje uczucie niecałkowitego wypróżnienia, bolesne parcie i oddawanie stolca, krwawienie z odbytu, bóle krocza i brzucha, osłabienie, długotrwałe naprzemienne występowanie biegunek i zaparć, wyczuwalny guz w badaniu per rectum [14, 16, 17]. U pacjentów z podejrzeniem raka odbytu można zaobserwować krwawienie, świąd, uczucie ciała obcego, nietrzymanie gazów i stolca oraz śluzową wydzielinę z odbytu. Na lokalizację guza w prawej połowie okrężnicy wskazuje ciemna barwa stolca, ból prawej części brzucha, niedokrwistość z niedoboru żelaza, wyczuwalny guz przez powłoki ciała i osłabienie [14, 16, 17].

Diagnostyka raka jelita grubego

Na podstawie badań można zauważyć, że kolonoskopia jest podstawową metodą diagnostyczną. Umożliwia ona wykrycie polipów o średnicy >6 mm; usunięcie małych gruczolaków; pobranie próbek do badania histopatologicznego z zaobserwowanych zmian; określenie radykalności zabiegu i zaopatrzenie krwawiącego naczynia [6, 15, 16].

Kolejnym badaniem jest kolonografia TK (wirtualna kolonoskopia). Metoda ta wykorzystuje technikę tomografu komputerowego do stworzenia trójwymiarowego obrazu ścian i wnętrza jelita grubego oraz narządów jamy brzusznej i miednicy. Niestety badanie to

nie pozwala na pobranie wycinków do analizy histopatologicznej oraz na ocenienie zabarwienia błony śluzowej [16]. Do testów o mniejszym znaczeniu diagnostycznym należą: sigmoidoskopia oraz wlew doodbytniczy metodą podwójnego kontrastu. Skuteczne choć drogie są testy enzymatyczne na obecność w kale izoenzymu M2 kinazy pirogronianowej przy wykorzystaniu metody immunoenzymatycznej ELISA. Dodatni wynik świadczy o raku jak również o przewlekłym zapaleniu, gruczolakach i polipach [16]. Do badań diagnostycznych można również zaliczyć test na krew utajoną (FOBT), choć w praktyce stosowany jest tylko w programach przesiewowych. Celem tego badania jest wykrycie krwi z całego przewodu pokarmowego. Na podstawie informacji zawartych w literaturze można wyodrębnić metodę gwajakolową (wykrywa hemoglobinę wykorzystując reakcje peroksydazy, test obarczony dużym marginesem błędu) oraz metodę immunologiczną (wykrywa krew za pomocą ludzkich przeciwciał przeciwko hemoglobinie) [6, 16]. Jednakże o ostatecznym rozpoznaniu nowotworu złośliwego jelita grubego decyduje wynik badania histopatologicznego wycinka pobranego w toku kolonoskopii [16].

Po postawieniu diagnozy, pacjent przechodzi szereg kolejnych badań pozwalających określić agresywność i rozległość nowotworu, a także zaplanować leczenie. Pacjent dodatkowo powinien być poddany następującym badaniom: RTG klatki piersiowej (poszukiwanie przerzutów do płuc); USG endorektalne (ocena głębokości śródściennego nacieku nowotworu); USG jamy brzusznej (ocena wątroby pod kątem przerzutów); TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej (ogłęd narządów sąsiadujących oraz ocena głębokości śródściennego nacieku guza) oraz bardzo rzadko ze względu na nie wielką dostępność i duży koszt rezonans magnetyczny z cewką doodbytniczą (ocena zaawansowania nowotworu złośliwego odbytnicy) [18].

Klasyfikacja zaawansowania raka jelita grubego i czynniki rokownicze

Ustalenie stopnia zaawansowania choroby jest ważne, gdyż pozwala na dobranie odpowiedniej metody leczenia. Na podstawie literatury można wyróżnić trzy systemy klasyfikacji raka jelita grubego [11]: Dukesa; zmodyfikowany system Astler-Coller oraz Union for International Cancer Control/ American Joint Committee on Cancer (UICC/AICC) utworzony na podstawie klasyfikacji Tumor-Node- Metastasis (TNM). Dwie pierwsze nie są używane w praktyce, mają jedynie znaczenie historyczne [11].

Głównym czynnikiem rokowniczym jest zaawansowanie nowotworu [19]. Czym

bardziej zaawansowany nowotwór tym mniejsze szanse na pięcioletnie przeżycie i tak przy stopniu I wynoszą 85-95%; II: 60-80% a III: 30-60% [19]. Dodatkowo na rokowanie mają wpływ: stopień zróżnicowania histologicznego; zajęcie naczyń limfatycznych i krwionośnych oraz włókien nerwowych; ulokowanie nowotworu; sposób naciekania guza; niedrożność jelita spowodowana wielkością zmiany nowotworowej czy perforacja guza; jakość leczenia chirurgicznego (wielkość pozostawionych marginesów, ilość usuniętych węzłów chłonnych); stężenie antygenu karcynoembrionalnego (CEA) w okresie okołoperacyjnym (CEA < 5mg/ml świadczy o gorszym rokowaniu) oraz choroby współistniejące pacjenta [19].

Leczenie raka jelita grubego

Leczenie CRC obejmuje radioterapię, chemioterapię i leczenie chirurgiczne [20]. Postępowanie zależy od stopnia zaawansowania oraz lokalizacji guza, który najczęściej znajduje się w odbytnicy (30-50%) oraz esicy (15-20%) [9].

Leczenie chirurgiczne polega na usunięciu fragmentu jelita wraz z guzem oraz z okolicznymi naczyniami krwionośnymi i chłonnymi z miejscem spływu chłonki i marginesem nie objętego chorobą jelita [21, 22]. W zależności od lokalizacji guza, chirurg powinien zdecydować o wyborze odpowiedniej metody operacyjnej. Przy ulokowaniu guza w kątnicy lub wstępnicy dokonywana jest prawostronna hemikolektomia. Jeżeli zmiana nowotworowa obejmuje zagięcie wątrobowe okrężnicy lub część proksymalną i środkową poprzecznicy wykonywana jest poszerzona prawostronna hemikolektomia [22]. Nowotwór obejmujący poprzecznice w pobliżu zagięcia śledzionowego wymaga resekcji dystalnego fragmentu poprzecznicy i zstępnicy z zespoleniem bliższej części poprzecznicy z esicą. Lewostronna hemikolektomia dokonywana jest przy guzach w zgięciu śledzionowym okrężnicy i w zstępnicy. Zmiany w esicy, wymagają usunięcia całego fragmentu i zespolenia zstępnicy z górną częścią odbytnicy [22].

Leczenie chirurgiczne raka odbytnicy różni się od metod zastosowanych przy innych lokalizacjach nowotworu, ze względu na brak otrzewnej, który powoduje, że nowotwór szybciej i łatwiej szerzy się po okolicznych tkankach. Wiele badań klinicznych wykazuje korzyści z zastosowania chemioterapii lub radioterapii przed zabiegiem operacyjnym [21]. Tak ulokowana zmiana onkologiczna wymaga usunięcia mezorektum (tkanka tłuszczowa wraz z naczyniami krwionośnymi i chłonnymi oraz nerwami otaczająca odbytnicę) częściowego lub w całości, aż do poziomu mięśni dźwigaczy odbytu. Istotne dla komfortu pacjenta jest

zachowanie mięśni zwieraczy, czyli dokonanie niskiej resekcji. Przy rozległych zmianach usuwane są zwieracze i wyłaniana jest stomia jelitowa, co jest dużym obciążeniem psychicznym dla pacjenta [22].

Radioterapia może być zastosowana przed zabiegiem operacyjnym, co określane jest mianem neoadiuwantowej. Wskazaniem do tego zabiegu jest: rak odbytnicy znajdujący się 8-10 cm od brzegu odbytu; stopień zaawansowania T3-4 przy Nx-0, M0 i każde N 1-2 oraz miejscowo rozwinięty i nieresekcyjny guz odbytnicy. Lekarz może skierować pacjenta na radioterapię krótkotrwałą, podczas której pacjent otrzymuje wysokie dawki frakcyjne po 5 Gy (dawka całkowita 25 Gy) lub radioterapię długotrwałą, gdzie naświetla się chorego dawką frakcyjną 1,8-2 Gy (dawka całkowita 50 Gy) w przeciągu 5,5 tygodnia [16]. Operacja powinna być zaplanowana 7 dni lub 4-5 tygodni po zastosowaniu promieniowania, tak aby odczyn popromienny nie utrudniał gojenia się rany pooperacyjnej. Wskazaniem do zastosowania radioterapii pooperacyjnej jest: naciekanie tkanki tłuszczowej sąsiadującej z zajęтым nowotworowo fragmentem jelita; zajęcie węzłów chłonnych; rozprzestrzenianie się nowotworu wzdłuż włókien nerwowych; stopień dojrzałości nowotworowej GIII; blokowanie naczyń krwionośnych i chłonnych przez komórki nowotworowe oraz uszkodzenie ściany jelita przez nowotwór lub chirurga [16].

Natomiast chemioterapia wstępna najczęściej stosowana jest przy nieoperacyjnym raku jelita grubego z przerzutami. Działanie te może spowodować zmniejszenie guza do rozmiarów, które pozwolą na leczenie chirurgiczne [16]. Leczenie cytostatykami po operacji stosowane jest przy zaawansowaniu nowotworu w stadium T1-4, N1-2, MO (zalecenia ESMO). Najczęstszymi schematami są: FOLFOX4 (folinian wapniowy, 5-fluorouracyl, oksaliplatyna), XELOX (kapecytabina, oksaliplatyna), LVFU2 (folinian wapniowy, 5-fluorouracyl), FLOX (folinian wapniowy, 5-Fluorouracyl, oksaliplatyna), Kapecytabin (5-fluorouracylu, leukoworyna i oxalipytny) [16]. Zazwyczaj chemioterapia trwa 6 miesięcy obejmując 6 cykli co 4 tygodnie. Pojedynczy cykl trwa 5 dni [23].

Leczenie paliatywne rozpoczyna się u pacjentów z nieoperacyjnym rakiem jelita grubego. Ma ono na celu polepszenie jakości życia, utrzymanie drożności przewodu pokarmowego oraz niedopuszczeniu do krwawienia z guza. Przy zapobieganiu niedrożności pomocne jest wykonanie zespolenia omijającego; wyłonienie stomii czy krio-, lasero- i elektroterapia (tylko dla zmian dystalnych) [16, 23]. Niekiedy w opiece paliatywnej podejmuje się resekcji paliatywnej guza [23].

Profilaktyka nowotworów jelita grubego

Aż 70% rozpoznawanych nowotworów jelita grubego w Polsce jest w stadium zaawansowanym [4, 24]. Zmniejsza to drastycznie szanse chorego na przeżycie. Jedną z wielu form zapobiegania nowotworom jest eliminowanie lub ograniczanie czynników ryzyka w ramach profilaktyki pierwotnej. Natomiast profilaktyka wtórna, polega na wczesnym wykryciu zmian nowotworowych [4, 24].

W prewencji CRC ważna jest, dieta bogata w substancje chroniące człowieka przed nowotworem, a pozbawiona substancji kancerogennych. Dlatego zalecane jest spożywanie produktów roślinnych, ponieważ posiadają znaczne ilości witamin, fitochemicznych związków bioaktywnych, antyoksydantów oraz błonnika. Przeciwtleniacze (karotenoidy; fenole; flawonoidy; witaminy A, C, E oraz selen) chronią komórki człowieka przed szkodliwym działaniem wolnych rodników [3, 4, 25]. Flawonoidy, będące składnikiem owoców, uczestniczą w metabolizmie toksyn poprzez hamowanie ekspresji cytochromu P450. Przeciwnowotworowe działanie folianów polega na zmniejszeniu proliferacji wirusa brodawczaka ludzkiego oraz pełnionej przez nich roli w syntezie, naprawie i metylacji DNA [25].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że selen jest pierwiastkiem, którego dobroczynne działanie znalazło zastosowanie nie tylko w profilaktyce, ale także w leczeniu nowotworów [9, 13]. Jego prewencyjne działanie polega na hamowaniu reakcji wolno rodnikowej oraz zwiększaniu aktywności układu enzymatycznego działającego przeciw wolnym rodnikom. Stabilizuje on również układ immunologiczny oraz potęguje funkcjonowanie enzymów odpowiedzialnych za detoksykację. Na podstawie literatury można stwierdzić, że podanie selenu przy guzach opornych na chemioterapię, uwrażliwia je na leczenie. Pierwiastek ten dodatkowo wpływa pozytywnie na zespół zmęczenia, występujący przy długotrwałym leczeniu [9, 13].

Błonnik wiążąc wodę i podrażniając mechanicznie jelita, pobudza perystaltykę co sprawia, że błona śluzowa okrężnicy ma krótszy kontakt z substancjami kancerogennymi [13]. Dodatkowo, dzięki zawartym w nim pektynom zyskuje właściwości odtruwające, ponieważ adsorbują one substancje toksyczne, w tym metale ciężkie. Błonnik zawiera frakcje rozpuszczalne, które rozkładane w jelicie grubym stanowią dla niego źródło energii i substancji odżywczych. Sprzyja rozwojowi fizjologicznej flory bakteryjnej wypierającej bakterie gnilne. Tworząc słabo przepuszczalną błonę osłaniającą jelito, zapobiega hiperglikemii po posiłkowej, poprzez spowolnienie wchłaniania cukrów. Spożywanie

blonnika uchronić może człowieka przed otyłością, gdyż pęcznieje on w żołądku, dając poczucie sytości [13].

Utrzymanie właściwej masy ciała (BMI 20-25 kg/m², obwód brzucha u kobiet ≥ 80 cm, u mężczyzn ≥ 94 cm) jest bardzo istotne, ponieważ wraz ze wzrostem masy o 5kg/m² ryzyko zachorowania wzrasta o 15%. Z diety należy wyeliminować produkty posiadające więcej niż 225 kcal oraz żywność typu fast food [13]. Równie ważne jest unikanie zaparć, poprzez wypijanie minimum 2 litrów płynów dziennie [4].

Mimo nie potwierdzonego w badaniach kohortowych wpływu czosnku na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nowotworów to World Cancer Research Found International (WCRF) zaleca regularne spożywanie tego warzywa [13, 26]. Działanie ochronne czosnku opiera się na pojedynczych substancjach o udowodnionym działaniu prewencyjnym. Zawiera on alliinę, która rozpada się do ajoenu. Produkt rozpadu alliiny wpływa na apoptozę oraz hamuje namnażanie się komórek nowotworowych. Substancje wchodzące w skład czosnku, których działanie przeciwnowotworowe zostało potwierdzone to DAS, DADS, DATS. Dodatkowo czosnek pobudza układ odpornościowy (makrofagi i limfocyty) dzięki zawartym w nim związkom siarki, a także ma działanie bakteriobójcze [13, 26].

W zdrowej diecie nie powinno zabraknąć mleka. Wapń w nim zawarty zahamowuje działanie kwasów żółciowych, tworząc z nimi nierozpuszczalne sole wapnia, a dodatkowo blokuje namnażanie się zmutowanych komórek [13].

Na proces karcinogenezy ma również wpływ sposób przygotowania pożywienia. Najlepiej, aby było one jak najmniej przetworzone. Jako najwłaściwsze metody literatura wskazuje gotowanie i duszenie [13]. Właściwą dietę powinien uzupełniać systematyczny wysiłek fizyczny [4, 6].

Badania wykazały, że systematyczne przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych obniża ryzyko zachorowania na raka jelita grubego oraz powstania samoistnych gruczolaków (nie wpływają na powstanie przemiany złośliwej u pacjentów z zespołem FAP) [4, 6, 19]. Powyższe leki hamują działanie enzymu cyklogenazy, który katalizuje przekształcanie kwasu arachidonowego do prostoglandyn. COX-2 bierze udział w powstawaniu nowotworów jelita grubego. Ze względu na liczne działania niepożądane nie są stosowane do prewencji nowotworów jelita grubego. U kobiet zalecane jest stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, która obniża ryzyko zachorowania na CRC [4, 6, 19].

Wymienione wyżej zalecenia zmniejszają szansę na zachorowanie, lecz nie ma niezawodnego sposobu na uniknięcie nowotworu. Dlatego należy przeprowadzać badania

przesiewowe. Najczęściej wykorzystywane metody to: test na krew utajoną, kolonoskopia, badanie DNA w stolcu, endoskopia kapsułkowa, kolonoskopia wirtualna, fibersigmoidoskopia [6]. Pozwalają one na wykrycie zmian we wczesnym etapie i podjęcie skutecznego leczenia, prowadzącego do wyzdrowienia.

European Society for Medical Oncology (ESMO) i National Comprehensive Cancer Network (NCCN) są to organizacje działające na rzecz rozwoju wiedzy na temat nowotworów [11]. Opracowują również systemy badań przesiewowych, aby najwcześniej mogły być wykrywane zmiany onkologiczne. Aby i tym samym zwiększać szanse pacjentów na remisję choroby. W przypadku raku jelita grubego ESMO zaleca jako test przesiewowy wykonywanie co roku lub co 2 lata testu na krew utajoną w kale u osób powyżej 50 roku życia [11]. Jeżeli wynik jest dodatni, wskazane jest wykonanie weryfikującej kolonoskopii. Natomiast NCCN rekomenduje kolonoskopię wykonywaną co 10 lat lub zamiennie test na krew utajoną połączony z rektosigmoidoskopią, przeprowadzaną raz na 5 lat lub wyłącznie badanie odbytnicy i końcowego odcinka esicy co 5 lat [11]. Badania te wykonywane są u osób o umiarkowanym stopniu ryzyka zachorowania [11]. Natomiast przy zwiększonym stopniu ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy jelita grubego, NCCN proponuje wykonywanie kolonoskopii co 2- 5 lat w zależności od przypadku, zaś ESMO nie zmienia swoich rekomendacji [11]. Nieco inaczej wygląda sytuacja, gdy pacjent jest nosicielem mutacji genów naprawy nieprawidłowo sparowanych zasad. Wówczas obie organizacje zalecają kolonoskopię co 1-2 lata już od 20-25 roku życia [11]. Pacjenci, u których zdiagnozowano rodzinną polipowatość gruczolakowatą i nie występują jeszcze objawy powinni zgłaszać się co 2 lata na badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego, począwszy od 12-14 roku życia. W przypadku wystąpienia objawów powinna być wykonana proktokolektomia lub kolektomia. Jeżeli pacjent nie wyraża zgody na tak radykalne leczenie wskazane jest aby raz w roku była wykonywana kolonoskopia, w czasie której można usunąć powstałe polipy [11]. Udowodniono, że usuwanie polipów zmniejsza prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu o 50% przez 10 lat. Szczególnie niebezpieczne są polipy o średnicy powyżej 10mm, a także polipy kosmkowe i o dużym stopniu dysplazji [9].

W Polsce prowadzony jest Program Badań Przesiewowych finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, a koordynowany przez Klinikę Gastroenterologii w Centrum Onkologii w Warszawie [4, 6, 27]. Obejmuje on ludzi w wieku 50-65 lat bez objawów nowotworu jelita grubego oraz ludzi w wieku 40-65 lat, u których nie występują objawy, lecz w rodzinie o pierwszym stopniu pokrewieństwa zdiagnozowano CRC. U tych pacjentów

wykonywana jest kolonoskopia raz na 10 lat. Natomiast u pacjentów obciążonych genetycznie okrężnica badana jest co 2-3 lata od 25 r.ż. Do 65 [4, 6, 27]. W niektórych krajach Unii Europejskiej obowiązuje dwustopniowy program profilaktyki CRC. Pierwszy etap to test na krew utajoną, wykonywany co roku. Jeżeli jego wynik jest dodatni to pacjent kierowany jest na kolonoskopię [4, 27].

Dieta w nowotworach jelita grubego

Badania przeprowadzone w grupie 60 pacjentów z rozpoznanym CRC, wykazało że, aż 91% z nich jest niedożywiona [28]. Problem może być związany z chorobą nowotworową leczeniem (chemioterapią, radioterapią, leczeniem operacyjnym) [28].

Według danych zawartych w literaturze częstość niedożywienia u pacjentów z CRC wzrasta wraz z stadium zaawansowania nowotworu [29]. Przyczyną tego stanu jest zmniejszenie spożywania pokarmów wynikające z niedrożności przewodu pokarmowego oraz wydzielania przez organizm cytokin zmniejszających apetyt [28]. Podczas choroby onkologicznej w całym organizmie dochodzi do uaktywnienia procesów zapalnych zaburzających procesy metaboliczne takie jak: nasilona lipoliza i glukoneogeneza; hiperlipidemia; zmniejszenie wydzielania insuliny i oporność na nią; zwiększona utrata masy mięśniowej wynikająca z zwiększonej przemiany białek. Rozwój guza nowotworowego powoduje zwiększone zapotrzebowanie na składniki odżywcze, które w wyniku zaburzeń wchłaniania, trawienia nie są dostarczane [28].

Niedożywienie wynika również z procesu leczenia. Pacjent początkowo jest podawany wielu badaniom diagnostycznym podczas, których wymagane jest, aby był na czczo [29]. Leczenie operacyjne powoduje wzrost zapotrzebowania energetycznego organizmu, wywołuje uogólniony stan zapalny i zmniejszoną podaż białka w okresie pooperacyjnym, co szybko doprowadza do niedożywienia [29]. Chemioterapia niesie ze sobą wiele działań niepożądanych takich jak: jadłowstręt, wymioty, nudności, odynofagię, biegunki, bóle brzucha [29]. Natomiast radioterapia wywołuje biegunki, wymioty, krwawienie z przewodu pokarmowego, jako późne następstwo może wywołać przewlekłe zapalenie jelita i ich zwężenie, zmniejszenie motoryki przewodu pokarmowego i owrzodzenie błon śluzowych [29].

W chorobie nowotworowej jelita grubego zalecana jest dieta lekkostrawna. Cechą charakterystyczną diety chorych na CRC jest zwiększona zawartość białka 2g/kg masy ciała (100-120 g/dobę) [30]. Jest ono niezbędne do prawidłowego gojenia się rany operacyjnej, służy przenoszeniu cząsteczek cytostatyku do komórek nowotworowych. Cennym źródłem

białka są chude mięsa, mleko i przetwory mleczne, sery twarogowe [30]. Z diety powinny być wyeliminowane cukry proste (cukierki, batoniki, ciastka), gdyż wykorzystywane są przez komórki nowotworowe do wzrostu. Podstawowym źródłem węglowodanów powinny być drobne kasze, drobne makarony i pieczywo pszenne czerstwe. Nie zalecane jest pieczywo razowe, grube kaszy, gdyż są to produkty zawierające błonnik nierozpuszczalny, który podrażnia błonę śluzową jelita grubego [30]. W diecie chorego nie powinno zabraknąć tłuszczu roślinnych (olej rzepakowy, kukurydziany, z nasion winogron i oliwa z oliwek), zawierających nienasycone kwasy tłuszczowe, zmniejszające stan zapalny. Natomiast należy ograniczyć do niezbędnego minimum tłuszcze zwierzęce (zalecane masło i 12%, 18% śmietana). W przebiegu kilku pierwszych tygodni po zabiegu operacyjnym nie jest zalecane spożywanie wędlin, gdyż zawarte w nich konserwanty mogą podrażniać błonę śluzową okrężnicy [30]. W pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym wskazane jest spożywanie warzyw i owoców gotowanych lub/i przetartych. Należy wyeliminować z diety rośliny strączkowe oraz ostre przyprawy (chrzan, musztarda, ostra papryka ,ocet). Cennym produktem są kiszonki wykonywane w domu, gdyż zawierają liczne szczepy dobrych bakterii [30].

CEL PRACY

Celem pracy było: określenie problemów pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym jelita grubego, opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym jelita grubego

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 72- letniego pacjenta przyjętego 14.11.2017 r. do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem raka jelita grubego. Materiał do badań został zebrany na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu, pomiarów oraz dokumentacji medycznej tj.: karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich, karta obserwacji pacjenta, historia pielęgnowania, historia choroby.

Model opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym jelita grubego

Opis przypadku

Pacjent J.G., lat 72 przyjęty 14.11.2017 r. w trybie planowym do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem raka jelita grubego.

Wywiad ogólny:

Pacjent żonaty, na emeryturze. Warunki socjalno- ekonomiczne zadawalające.

Choroby przebyte:

- zapalenie wyrostka robaczkowego;
- czerniak złośliwy;
- dwukrotny udar niedokrwienny mózgu (pierwszy-2014r., drugi-2016r.).

Choroby współistniejące:

- cukrzyca typu 2 insulinozależna;
- choroba niedokrwienna serca;
- pierwotne nadciśnienie tętnicze;
- uogólniona miażdżyca;
- przewlekłe powierzchowne zapalenie żołądka.

Chory nie przestrzega diety cukrzycowej.

Pacjent ma alergię na mezoprazol, objawiającą się zaczerwienieniem skóry.

Wzrost: 169 cm Waga:79 kg BMI: 27,66

Wywiad dotyczący rozpoznanej jednostki chorobowej:

Pacjent zaobserwował pierwsze objawy nowotworu jelita grubego tj. krwawienie z odbytu w 2015 r. W 2016 r. przeprowadzono kolonoskopię podczas której rozpoznano zmianę guzową odbytnicy w odległości 14 cm od zwieraczy. W lutym 2017 dokonano amputacji odbytnicy. W październiku tego samego roku pacjent ponownie zgłasza krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz niepełne wypróżnienie. Ponowna kolonoskopia wykazała guz ok. 70 cm od odbytu uniemożliwiający przejście endoskopem oraz liczne polipy. Wykonano również TK, gdzie zaobserwowano pogrubienie ściany zagięcia

wątrobowego okrężnicy. Pacjent ponownie został przyjęty na oddział 14.11.2017 roku w celu wycięcia guza, który jak wykazało badanie wycinka pobranego w toku kolonoskopii jest zmianą złośliwą. Hemikolektomii dokonano 16.11.2017 r.

W dniu prowadzonej obserwacji pacjent jest w czwartej dobie po zabiegu operacyjnym. Wymaga obserwacji pod kątem późnych powikłań zabiegu operacyjnego takich jak: krwotok późny, powikłania zakrzepowo-zatorowe, zakażenie rany, rozejście się brzegów rany. Chory jest świadomy, a kontakt słowny logiczny i prawidłowy. Pacjent odczuwa lęk o rokowanie choroby. Jest przygnębiony, a współpraca z nim w dużej mierze uzależniona jest od nastroju. Skóra pacjenta jest czysta, prawidłowa zabarwiona, bez oznak niedotlenienia. Prawa, dolna kończyna obrzęknięta. Parametry stanu ogólnego w IV dobie obserwacji: ciśnienie tętnicze -136/68 mm Hg; tętno- 69 u/ min; temperatura-36,7°C; ilość oddechów/ min -18. Pacjent skarży się na trudności w odkrztuszeniu białej, gęstej wydzieliny z dróg oddechowych. Opatrunek na ranie pooperacyjnej jest czysty, nie przesiąka. W czasie zbiegu założono dren, z którego w IV dobie spłynęło 100 ml krwisto-surowiczej treści. Chory zgłasza dolegliwości bólowe określane w skali VAS na wartość 4, nasilające się przy zmianie pozycji. Pacjent ma założony cewnik Foleya do pęcherza moczowego. Nie odczuwa w związku z tym żadnych dolegliwości. Chory oddaje mocz prawidłowo (I doba:1200 ml; IV doba: 1500ml). Pacjent wykazuje ambiwalentny stosunek do uruchamiania oraz wczesnej rehabilitacji po zabiegu. Dostęp żylny poprzez kaniulację naczynia obwodowego lewej ręki.

Podawane leki:

Tolura 80 mg x 1 p.o.;

Amlopin 5g x1 p.o.;

Trifas Cor 5g x1 p.o.;

Betaloc 200 mg x1 p.o.;

ACC 200 mg x 2 p.o.;

Clexane 0,04 x1 s.c.;

5% Glukoza 500 ml x 3 i.v.;

Gensulin R w pompie 50:50;

Flurosemid 1 x1;

MgSO₄ 2 g i.v.;

KCl 1 amp po 10 ml w 500 ml 0,9% NaCl;

Tramal 100 mg x 2 i.v.;

Pyralgina 5g i.v.

Propozycja opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym jelita grubego

Diagnoza pielęgniarska 1: Lęk spowodowany potwierdzeniem choroby nowotworowej.

Cel: Obniżenie poziomu lęku i poprawa samopoczucia chorego.

Plan opieki pielęgniarskiej

1. Zapewnienie bezpieczeństwa poprzez:
 - rozmowę z pacjentem na temat jego odczuć wynikających z postawionej diagnozy;
 - udzielanie wsparcia i zrozumienia pacjentowi;
 - zaakceptowanie odczuć pacjenta, podejście empatyczne;
 - poświęcenie wystarczającej ilości czasu pacjentowi;
 - efektywne słuchanie chorego.
2. Umożliwienie kontaktu:
 - z lekarzem w celu wyjaśnienia patogenez, przyczyn, rokowania choroby oraz postępowania leczniczego;
 - z rodziną;
 - z psychologiem;
 - z duchownym (na prośbę chorego).

Realizacja:

- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat jego emocji wywołanych rozpoznaną chorobą nowotworową.
- Udzielono pacjentowi wsparcia oraz wykazywano zrozumienie odnośnie zachowywania się.
- Wykazano się umiejętnością efektywnego słuchania, poprzez utrzymywanie kontaktu wzrokowego, nie przerywania wypowiedzi chorego, zadawania pytań typu otwartego.
- Zaproponowano pacjentowi spotkanie z lekarzem prowadzącym.
- Poinformowano o możliwości skorzystania z porad psychologa.

Ocena podjętych działań: Obniżono poziom lęku. Pacjent pracuje nad zaakceptowaniem własnej choroby.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort spowodowany bólem rany operacyjnej, nasilającym się przy zmianie pozycji.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Plan opieki pielęgniarstwa:

1. Pomoc pacjentowi przy zmianie pozycji, w której ból jest mniej nasilony.
2. Określenie:
 - natężenia bólu według skali VAS;
 - umiejscowienia i charakteru bólu (tępy, kłujący, przerywający, piekący, rozdzierający, uogólniony).
3. Obserwacja werbalnych i pozawerbalnych oznak bólu pacjenta poprzez:
 - zwrócenie uwagi na zachowanie pacjenta takie jak: nadmierna ruchliwość, stany lękowe, rozdrażnienie;
 - obserwację twarzy pacjenta w kierunku grymasów, zaciskania ust i powiek, przygryzania warg, marszczenia czoła i brwi, łzawienia oczu;
 - kontrolę podstawowych parametrów życiowych pod kątem przyspieszonego oddechu, przyspieszonej akcji serca, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.
4. Wyjaśnienie pacjentowi etiologii jego bólu (przerwanie ciągłości tkanek, ingerencja w powłoki ciała).

Realizacja:

- Udzielono pomocy przy zmianie pozycji wywołującej mniejsze odczucia bólowe. Ułożono w pozycji płaskiej.
- Na podstawie skali VAS natężenie bólu określono na poziomie 4.
- Ból został określony jako kłujący zlokalizowany w śródbrzuchu.
- Prowadzono obserwację:
 - zachowania pacjenta;
 - mimiki twarzy pod kątem oznak reakcji bólowej.

Kontrolowano parametry życiowe 3 x dziennie (ostatni pomiar: RR: 136/68 mm Hg; HR: 69 u/ min; temperatura: 36,7 °C; 18 oddechów na minutę) oraz udokumentowano w karcie obserwacji.

- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat lokalizacji, charakterze oraz pochodzeniu jego bólu.
- Zapewniono pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, poprzez:
 - zapewnienie ciszy w sali chorych;

- mówienie wyraźnie, wolno i o umiarkowanej skali głośności.
- Pacjenci zapewniono odpowiednie warunki do snu i odpoczynku:
 - zgaszono niepotrzebne oświetlenie,
 - wywietrzono sale przed snem (T: 20°C, wilgotność powietrza 40 %);
 - ograniczono do minimum czynności wykonywane przy pacjencie w godzinach wieczornych.

- Podano leki zgodnie ze zleceniem lekarza (Tramal 100 mg x2 i.v., Pyralgina 5g i.v.).
- Obserwowano pacjenta w kierunku wystąpienia działań niepożądanych leków przeciwbólowych:
 - Tramal: senność, zawroty głowy, nudności, zaparcia, suchość w jamie ustnej, świąd, pocenie się, bóle głowy, utrudnione oddawanie moczu, trudności z oddychaniem, koszmary, depresja, trudności z zasypianiem;
 - Pyralgina: nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, zawroty głowy, wysypka, pokrzywka, duszność, powstanie obrzęków obwodowych .
- Poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania niepokojących objawów jak: senność, zawroty i bóle głowy, nudności, duszność, pokrzywka, wysypka.

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe uległy znacznemu osłabieniu.

Diagnoza pielęgniarska 3: Możliwość zakażenia rany wynikająca z ogólnego stanu zdrowia chorego (cukrzyca, choroba nowotworowa) oraz lokalizacji rany (jelito grube zasiedlone przez florę bakteryjną).

Cel: Zmniejszenie ryzyka zakażenia rany.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Obserwacja rany pod kątem objawów zakażenia (zaczerwienie, ból, obrzęk w okolicy brzegów rany, gorączka).
- Kontrolowanie stanu czystości opatrunku w kierunku przesiąkania.
- Obserwacja ilości i zabarwienia wydzieliny w drenie.
- Dbanie o bezpieczeństwo drenów chroniąc je przed zagięciem, wyjęciem z rany, przesuwaniem.
- Pomoc w wykonywaniu toalety całego ciała rano i wieczorem.
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku.

Realizacja:

- Obserwowano ranę pod kątem objawów zakażenia (ostatni pomiar temperatury: 36,7°C, nie zaobserwowano patologicznego zaczerwienienia, obrzęku oraz wysięku z rany; brzegi rany zbliżone są za pomocą szwów chirurgicznych; rozpoczął się proces gojenia).
- Skontrolowano opatrunek: czysty bez oznak przesiąkania.
- Kontrolowano i udokumentowano ilość wydzieliny drenie (ostatni pomiar: 100 ml surowiczo-krwistej wydzieliny).
- Wykonano kontrolę lokalizacji drenu (znajduje się poniżej poziomu rany umożliwiając grawitacyjny spływ treści, zawieszony na uchwycie zlokalizowanym w dolnej części łóżka).
- Udzielono pomocy pacjentowi przy wykonywaniu porannej i wieczornej toalety całego ciała.
- Asystowano pielęgniарce opatrunkowej w zmianie opatrunku.

Ocena podjętych działań: Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej uległo zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 4: Możliwość rozejścia się brzegów rany po zabiegu operacyjnym.

Cel: Niedopuszczenie do rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

1. Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji: płaskiej, półwysokiej.
2. Ocena natężenia bólu wg skali VAS.
3. Obserwowanie opatrunku na ranie w kierunku przesiąkania krwią lub inną treścią; oderwania.
4. Edukacja pacjenta o sposobie zachowania się w trakcie kaszlu: uciskanie opatrunku w czasie kaszlu, zmiana pozycji na półwysoką.

Realizacja:

- Pacjenta ułożono w pozycji półwysokiej.
- Ból oceniono w skali VAS na poziomie 4.
- Obserwowano opatrunek na ranie: czysty, nie przesiąknięty.
- Pacjent przytrzymuje opatrunek podczas kaszlu i zmiany pozycji.

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej.

Diagnoza pielęgniarska 5: Możliwość wystąpienia krwotoku późnego w wyniku upłynięcia skrzepu lub nieszczelności podwiązki naczyniowej.

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia późnych powikłań

Wczesne wykrycie powikłania późnego zabiegu operacyjnego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja opatrunku pod kątem przeziąknięcia krwią.
- Prowadzenie pomiarów tętna oraz ciśnienia tętniczego krwi oraz udokumentowanie wyników w dokumentacji pacjenta.
- Obserwacja wyglądu skóry (zabarwienie, wilgotność).

Realizacja:

- Prowadzono obserwacje opatrunku pod kątem przeziąkania treścią krwistą. Opatrunek czysty, bez niepokojących zmian.
- Wykonywano pomiary tętna i ciśnienia tętniczego krwi (ostatni pomiar HR: 69 u/min; RR: 136/68 mm Hg) oraz zapisywano wyniki w karcie obserwacji pacjenta.
- Obserwowano wygląd skóry (skóra zaróżowiona bez patologicznych zmian).

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do powstania późnych powikłań pooperacyjnych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych.

Cel: Zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wczesna aktywizacja pacjenta po zabiegu operacyjnym.
- Wykonywanie ćwiczeń przeciwzakrzepowych przez pacjenta.
- Prowadzenie farmakoterapii zapobiegającej powikłaniom zakrzepowo-zatorowym zgodnie ze zleceniem lekarza.

Realizacja:

- Mobilizowanie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej (zmiana pozycji leżącej, siadanie, próba wstawania przy asekuracji personelu medycznego).
- Poinstruowano pacjenta jak prawidłowo wykonywać ćwiczenia przeciwzakrzepowe oraz udzielono pomocy przy ich wykonywaniu:
 - pozycja leżąca na plecach;
 - poproszono pacjenta o rytmiczne zginanie stawu skokowego w kierunku podszwowy i grzbietowy

- poproszono o wykonanie ćwiczenia, podczas którego jedną kończynę dolną należy zgiąć w stawie kolanowym, a drugą wyprostowaną w kolanie i z przyciągniętymi palcami stóp rytmicznie unosić.
- podano lek zgodnie ze zleceniem lekarza (Clexane 0,04x 1s.c.).

Ocena podjętych działań: Ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych uległo zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 7: Nieefektywne odkrztuszanie wydzieliny z górnych dróg oddechowych spowodowane bólem operacyjnym.

Cel: Nauczenie pacjenta efektywnego odkrztuszania wydzieliny.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie chorego w pozycji półwysokiej.
- Nacieranie i oklepywanie klatki piersiowej i pleców 3 x dziennie.
- Zastosowanie gimnastyki oddechowej.
- Nauka i mobilizacja chorego do efektywnego kaszlu.
- Prowadzenie farmakoterapii za pomocą inhalacji z dodatkiem leku ułatwiającego odkrztuszanie wydzieliny (np.: Berodual, Nebud) zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Monitorowanie natężenia bólu wg skali VAS.
- Pozostawienie miski nerkowatej i ligniny w bliskim pobliżu chorego.
- Zastosowanie drenażu ułożeniowego.
- Zastosowanie masażu wibracyjnego klatki piersiowej.

Realizacja:

- Pacjenta ułożono w pozycji półwysokiej.
- Wykonano nacieranie spirytusem salicylowym 2% i oklepywanie klatki piersiowej.
- Wyposażono pacjenta w aparat do ćwiczeń oddechowych (aparat Triflo) oraz zapoznano z techniką prawidłowego użytku urządzenia.
- Poinstruowano pacjenta jak należy efektywnie kaszleć. Zalecono pacjentowi nabranie powietrza nosem i wydychanie powietrza ustami z jednoczesnym wymawianiem głoski „h”, co prowokuje kaszel.
- Prowadzono farmakoterapię: wykonano inhalacje z pary wodnej 2x dziennie. W czasie inhalacji nie podano pacjentowi leków ułatwiających odkrztuszanie, gdyż nie zostały zlecone przez lekarza.
- Ból oceniono w skali VAS na poziomie 4.

- Na stoliku pacjenta pozostawiono ligninę i miskę nerkowatą.

Ocena podjętych działań: Nauczono pacjenta efektywnego odkrztuszania wydzieliny.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko rozwoju zapalenia płuc wynikające z długotrwałego unieruchomienia.

Cel: Zmniejszenie ryzyka rozwoju zapalenia płuc.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Uruchamianie chorego jak w najkrótszym czasie po zabiegu operacyjnym, jeżeli to jest możliwe.
- Mobilizacja chorego do zmiany pozycji co 2 godziny (pozycja wysoka lub półwysoka, na plecach lub na boku).
- Obserwacja:
 - ilości oddechów oraz ich dokumentacja w karcie obserwacji;
 - zabarwienia skóry.
- Mobilizowanie chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych oporowych.
- Edukowano pacjenta w zakresie prawidłowego i efektownego kaszlu i jak prawidłowo wykonywać ćwiczenia efektywnego kaszlu.
- Oklepywanie i nacieranie spirytusem klatki piersiowej oraz pleców.
- Poinformowanie chorego o zasygnalizowaniu personelowi pielęgniarskiemu lub lekarskiemu zmiany konsystencji, zabarwienia wydzieliny.
- Zadbanie o odpowiednią wilgotność i temperaturę na sali chorych.

Realizacja:

- Mobilizowano chorego do wczesnej aktywacji ruchowej.
- Udzielono pomocy przy zmianie pozycji w łóżku co 2 godziny: kolejno pozycja na plecach, prawym boku, lewym boku, na plecach półwysoka.
- Obserwowano:
 - ilość oddechów (ostatni pomiar: 18 oddechów/ min.)
 - zabarwienie skóry pacjenta przy codziennej toalecie (różowa bez oznak sinienia).
- Poinstruowano pacjenta jak wykonywać ćwiczenia oporowe oddechowe (oddychanie przez przymknięte usta torem przeponowym).

- Poinstruowano pacjenta o technice ćwiczeń efektywnego kaszlu. Zalecono nabranie powietrza nosem i wydychanie z ustami przy jednoczesnym wymawianiu litery „h”.
- Wykonano oklepywanie i nacieranie spirytusem salicylowym 2% .
- Poinformowano chorego o konieczności zawiadamiania o jakichkolwiek zmianach w odkrztuszanej wydzielinie (wydzielina rdzawa, krwawa).
- Zapewniono odpowiednie warunki na sali chorych: temperatura 20° C oraz wilgotność powietrza 40 %.
- **Ocena podjętych działań:** Ryzyko wystąpienia zapalenia płuc uległo zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 9: Dyskomfort wynikający z obrzęku kończyny dolnej, prawej.

- **Cel:** Zmniejszenie lub zniwelowanie obrzęku kończyny dolnej, prawej. Poprawienie jakości życia chorego
- **Plan opieki pielęgniarskiej:**
- Uniesienie kończyny dolnej pacjenta pod kątem 30° .
- Codzienna higiena skóry kończyn.
- Dbanie o prawidłowe nawilżenie skóry kończyny.
- Zapewnienie czystej, bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej nie uciskającej obrzękniętej kończyny.
- Obserwacja rozmiarów obrzęku (porównywanie obwodu kończyny lewej do obwodu kończyny nie obrzękniętej prawej).
- **Realizacja:**
- Ułożono kończynę wyżej (o 30° od poziomu łóżka) wykorzystując do tego zwinięty koc.
- Wykonano toaletę całego ciała.
- Skórę pacjenta nawilżono oliwką.
- Wymieniono bieliznę pościelową na czystą.
- Dokonano pomiaru obwodu obrzękniętej lewej kończyny dolnej (46 cm).

Ocena podjętych działań: Dyskomfort wynikający z obrzęku kończyny dolnej, prawej uległ zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko infekcji układu moczowego wynikające z założenia cewnika Foleya.

Cel: Zmniejszenie ryzyka infekcji układu moczowego. Zminimalizowanie ryzyka powikłań związanych z założeniem cewnika do pęcherza moczowego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Toaleta okolic krocza 2x dziennie z wykorzystaniem środka odkażającego nie podrażniającego błon śluzowych do przemywania ujścia cewki moczowej.
- Wymiana worka na mocz przy 2/3 zawartości zachowując, zasady aseptyki.
- Obserwacja miejsca założenia cewnika w kierunku cech infekcji. W miejscu wprowadzenia cewnika w przypadku zakażenia dolnych dróg moczowych wskazana jest obserwacja wycieku ropy lub innej treści, nieprzyjemny zapach, ból, obrzęk.

Realizacja:

- Wykonano toaletę okolic krocza. Przemywano ujście cewki moczowej środkiem odkażającym - Octenisept.
- Wymieniono worek po napełnieniu do 2/3 objętości.
- Obserwowano miejsce założenia cewnika pod względem miejscowego zakażenia.

Ocena podjętych działań: Zmniejszono ryzyko infekcji układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowanego założoną kaniulą do żyły i prowadzoną płynoterapią

Cel: Niedopuszczenie do ryzyka zakażenia w miejscu założenia kaniuli i.v. (grzbiet lewej dłoni).

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem objawów zakażenia za pomocą skali Baxtera.
- Stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki przy podawaniu leków i zmianie opatrunków kaniuli dożylniej.
- Zmiana zamoczonych i/lub zabrudzonych opatrunków.

Realizacja:

- Prowadzono obserwację miejsca wkłucia za pomocą skali Baxter. Oceniono na poziomie 0.
- Przy podawaniu leków i.v. stosowano następujące zasady:
 - przy podłączeniu lub odłączeniu leku każdorazowo dezynfekowano ujście kaniuli stosując Chemisept;
 - używano jałowy sprzęt jednorazowy ;
 - przepłukiwano kaniulę dożylną 0,9% NaCl po każdorazowym podłączeniu lub odłączeniu leku.

- Zmieniono zabrudzony opatrunek.

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do powstania ryzyka zakażenia pochodzącego od kaniuli dożylniej.

Diagnoza pielęgnarska 12: Brak wiedzy pacjenta na temat diety cukrzycowej.

Cel: Podwyższenie poziomu wiedzy pacjenta na temat stosowania diety cukrzycowej.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Edukowanie pacjenta w zakresie niebezpieczeństw wynikających z niestosowania diety.
- Edukacja pacjenta i rodziny na temat prawidłowego żywienia w cukrzycy.
- Zaproponowanie przykładowych jadłospisów.

Realizacja:

- Edukowanie pacjenta:
 - w zakresie niebezpieczeństw niestosowania diety; możliwość wystąpienia chorób dietozależnych (retinopatia, jaskra, nefropatia, miażdżyca tętnic, choroba niedokrwienna serca, neuropatia, stopa cukrzycowa);
 - w zakresie prawidłowego żywienia z uwzględnieniem:
 - ✓ wstępnego sprawdzenia wiadomości na temat diety cukrzycowej poprzez zadawanie pytań;
 - ✓ podania listy produktów przeciwwskazanych: kremy, torty, czekolada, słodkie ciasta, słodczyce, czerwone mięso, masło, sól);
 - ✓ podania listy produktów zalecanych: pieczywo pełnoziarniste, ryż pełnoziarnisty, kasza gryczana, makaron razowy, płatki zbożowe, mleko i niskotłuszczowe produkty mleczne; warzywa i owoce takie jak: zielony groszek, fasola, soczewica, jabłka, grejpfruty, morele, cukinia, bakłażan, pomidory, czosnek, cebula.
 - ✓ poinformowania o metodach prawidłowej obróbki żywności (wskazane jest gotowanie w wodzie lub na parze, dusić, piec z małą ilością tłuszczu; nie wskazane rozgotowywanie warzyw czy produktów zbożowych; najlepiej spożywać warzywa i owoce w formie surowej)
 - ✓ poinstruowania o właściwej częstotliwości spożywanych pokarmów (4-5 posiłki w regularnych odstępach czasu).
- Zaproponowano przykładowe menu zamieszczone w broszurach i ulotkach przeznaczonych dla diabetyków

Ocena podjętych działań: Pacjent zwiększył poziom wiedzy na temat diety cukrzycowej.

WNIOSKI

1. Najważniejszymi problemami pacjenta z rozpoznanym nowotworem złośliwym jelita grubego po zabiegu operacyjnym było: lęk spowodowany potwierdzeniem choroby nowotworowej; dyskomfort spowodowany bólem rany operacyjnej, nasilającym się przy zmianie pozycji; możliwość zakażenia rany wynikająca z ogólnego stanu zdrowia chorego (cukrzyca, choroba nowotworowa) oraz lokalizacji rany (jelito grube zasiedlone przez florę bakteryjną); możliwość rozejścia się brzegów rany po zabiegu operacyjnym; możliwość wystąpienia krwotoku późnego w wyniku upłynnienia skrzepu lub nieuszczelności podwiązki naczyniowej; ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych; nieefektywne odkrztuszanie wydzieliny z górnych dróg oddechowych spowodowane bólem operacyjnym; ryzyko rozwoju zapalenia płuc wynikające z długotrwałego unieruchomienia; dyskomfort wynikający z obrzęku kończyny dolnej, prawej; ryzyko infekcji układu moczowego wynikające z założenia cewnika Foleya; ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowanego założoną kaniulą do żyły i prowadzoną płynoterapią ; brak wiedzy pacjenta na temat diety cukrzycowej.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, który pozwolił na objęcie pacjenta holistyczną opieką

PIŚMIENNICTWO

1. Wojciechowska U., Didkowska J.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 06/09/2017.
2. Stanisławek A., Rząca M.: Kliniczne podstawy onkologii [w:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Łuszczuk M., Szadowska -Szlachetka Z., Ślusarska B. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017:23-24.
3. Klimczak A., Kubiak K., Cybulska M., Kula A., Dziki Ł., Malinowska K.: Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju. Polski Merkuriusz Lekarski 2010; 165 (28): 223-226.

4. Król S.K., Kapka – Skrzypczak L.: Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe. *Medycyna Środowiskowa* 2011;14(4): 75-80.
5. Orłowska J., Kiedrowski M.: Gruczolaki ząbkowane i polipowatość hyperplastyczna, a rak jelita grubego. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 2: 111-117.
6. Siepiak M., Połom A., Adrych K.: Profilaktyka raka jelita grubego. *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.
7. Kładny J., Kunawski G., Suchy J., Lubiński J.: Zespół Lyncha (HNPCC). *Postępy Nauk Medycznych* 2008; 7: 456-459.
8. Stembalska A., Pesz K.A., Gil J., Sąsiadek M.M.: Dziedziczny nie związany z polipowatością rak jelita grubego – aspekty praktyczne. *Nowa Medycyna* 2010;1: 8-11.
9. Zyska A., Ślęzak A.: Rola genów i diety w modyfikowaniu ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. *Żywnienie człowiek i metabolizm* 2007; 6 (34): 1640-1647.
10. Klusek J., Głuszek S., Klusek J.: Wybrane mutacje związane z dużym ryzykiem wystąpienia nowotworów jelita grubego. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2012; 7(1): 1-6.
11. Potemski P.: Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka jelita grubego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2010; 6(6): 283-289.
12. Pławski A., Podralska M., Krokowicz P., Paszkowski J., Lubiński J., Słomski R.: Rodzinna polipowatość gruczolakowata jelita grubego. *Postępy Nauk Medycznych* 2008; 7: 463-471.
13. Kałudkiewicz E., Doboszyńska A.: Dietoprofilaktyka raka jelita grubego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2012; 5(8): 171-177.
14. Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Frasz J., Jawień A.: Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne. *Współczesna onkologia* 2009; 1(13): 34-40.
15. Lasota B.: Postępowanie w raku jelita grubego. *Świat medycyny* 2009; 6 (102): 34-43.
16. Bujnowska – Fedak M.M., Czajor J., Steciwko A.: Współczesne aspekty diagnostyki i terapii raka jelita grubego. *Terapia* 2009; 9 (229):69-73.
17. Nowaczyk P., Połom K., Murawa D., Cegielska E.: Objawy kliniczne raka jelita grubego a stopień zaawansowania nowotworu. *Farmacja Współczesna* 2011; 4:103-108.
18. Dziki A.: Przedoperacyjna diagnostyka chorych z rakiem jelita grubego. *Świat Medycyny* 2007; 10(84):11.
19. Łacko A.: Rak jelita grubego. *Postępy nauk medycznych* 2011; 2(24): 137-145.
20. Rutkowski A.: Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna* 2013; 4 (5): 152-161.

21. Jastrzębska T.: Leczenie raka jelita grubego. *Terapia i zdrowie* 2015; 2(8): 20-23.
22. Drews M., Dziki A.: Planowe leczenie chirurgiczne chorych z rakiem jelita grubego. *Świat Medycyny i Farmacji* 2007;10(84):12-19.
23. Twardak I., Sikorska A., Chybicki M., Lisowska A., Kraińska A.: Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą nowotworową jelita grubego. *Onkologia Polska* 2009; 4: 150-154.
24. Leszczyńska K., Likos A., Irzyniec T., Leszczyński G.: Wpływ badań przesiewowych na zmniejszenie śmiertelności z powodu nowotworów jelita grubego. *Zdrowie i dobrostan* 2013; 1: 115-132.
25. Marciniak K., Kiedrowski M., Gajewska D., Deptała A., Włodarek D.: Wpływ spożycia warzyw ,owoców,herbaty oraz kawy na rozwój raka jelita grubego. *Polski Merkurusz Lekarski* 2016; 244 (41): 205-208.
26. Wroński K.: Spożycie czosnku wśród chorych z rozpoznany rakiem jelita grubego. *Nowa Medycyna* 2013; 2: 49-53.
27. Reguła J.: Wytyczne dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce. *Świat Medycyny* 2007;10(84):6-7.
28. Ziętarska M., Małgorzewicz S.: Niedożywienie u chorych z rakiem jelita grubego. *Postępy żywienia klinicznego* 2016; 12(2): 28-33.
29. Paluszkiewicz P., Dębińska I.: Leczenie żywieniowe w raku jelita grubego [w:] *Rak jelita grubego*. Deptały A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012: 361-366.
30. Lisiewska I. (red.) *Dieta kontra rak .Żywienie w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.

PACJENT Z TROFICZNYM OWRZODZENIEM PODUDZI – STUDIUM PRZYPADKU

Joanna Grabiec¹, Beata Kowalewska², Katarzyna Łagoda³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Owrzodzenia troficzne zaliczają się do chorób naczyniowych skóry. Występują one najczęściej w związku z nieprawidłowym odżywianiem skóry, czyli na tle zaburzeń troficznych. Często poprzedzane są zastojem w krążeniu żylnym oraz początkowym obrzękiem, a następnie zmniejszeniem grubości skóry oraz jej sklerotyzacją, wynaczynieniem oraz odłożeniem się barwnika krwi w tkankach. Co w następstwie skutkuje owrzodzeniami w wyniku zmian zapalnych w ścianach naczyń krwionośnych. Owrzodzenia podudzi są jednym z najczęściej spotykanych schorzeń tego rodzaju. Po wygojeniu prawdopodobnie 1/3 pacjentów ponownie powróci w ciągu roku. Ważne jest poznanie podłoża pojawienia się schorzenia, by oprócz leczenia miejscowego wykonać kroki zmierzające do wykluczenia lub zminimalizowania wpływów czynników przyczynowych. Owrzodzenie kończyn dolnych jest schorzeniem przewlekłym, skutkującym procesem chorobowym trwającym wiele lat, procentującym wysokim odsetkiem nowotworów, trudnym gojeniem, obniżoną jakością życia, obciążenie wysokimi kosztami, to wszystko sprawia, że owrzodzenie zalicza się do jednostek chorobowych potrzebujących szczególnej uwagi [1, 2].

Owrzodzenia żyłne występują znacznie częściej niż inne stanowią 75- 80%. Powstają z powodu nieleczonej, przewlekłej niewydolności żyłnej, żyłaków kończyn dolnych,

zakrzepicy żył powierzchniowych oraz żył głębokich. W związku z długim przebiegiem choroby, częstotliwość jej występowania zwiększa się z wiekiem. Zmiany w makrokrążeniu, takie jak postępujące nadciśnienie żyłne, powoduje zaburzenia mikrokrążenia, a w konsekwencji prowadzi do powstania owrzodzenia żylnego. Istniejące nadciśnienie żyłne skutkuje zmianami morfologicznymi i czynnościowymi, wzmożoną przepuszczalnością włóścików i upośledzeniem przemiany fibrynogenu [2,3]. Owrzodzenia żyłne z reguły występują powyżej kostki przysiodkowej. Wyróżniają je zmiany skórne takie jak: obrzęk podudzia, ból łydek, brązowe lub czerwono-brunatne, plamiste przebarwienia na tkance skórnej, które powstają w wyniku wynaczynienia erytrocytów jak i aglomeracji hemosyderyny z pomocą makrofagów oraz zbierania się melaniny, zdarzają się również zmiany wypryskowe wraz z rumieniem, obserwuje się nadmierne złuszczenie naskórka, uporczywy świąd, który może wystąpić wraz z sączeniem z rany, skóra z dużą łatwością traci wodę i ulega uszkodzeniom przez co dochodzi do kolonizacji bakterii, natomiast toksyny wytwarzane przez drobnoustroje mogą prowadzić do licznych reakcji uczuleniowych. W całości owrzodzenia obserwuje się stwardnienie oraz zwłóknienie skóry oraz tkanki podskórnej, z widocznymi zmianami troficznymi, odczynem zapalnym przy owrzodzeniu, który może być na różnym poziomie zaawansowania i obejmować warstwę powięziową i skórę podudzia, widoczne są również liczne przebarwienia skóry i poszerzenie naczyń układu żył głębokich. Obserwuje się również owrzodzenie żylakowate, które ukazuje się na przedniej lub bocznej stronie podudzia. Powodowane jest upośledzeniem układu żył powierzchniowych. Dookoła owrzodzenia można zauważyć powiększenie żył, jak i zmiany uczuleniowe, które jednak nie stanowią reguły. Ubytek masy powierzchniowej typowo nie jest głęboki, może powstać w wyniku drobnego urazu na tkance objętej zmianami. Wielkość owrzodzeń nie jest rutynowa, jednak nieleczone zawsze zwiększa swoje rozmiary, często zajmując obszar całego podudzia. Owrzodzenie ma nieregularny kształt, brzegi zazwyczaj są płaskie, jednak mogą być również nieznacznie uniesione [2]. W 1994 roku amerykańskie forum (American Venous Forum) wprowadziło klasyfikację nieprawidłowości występujących w układzie żylnym, która znalazła bardzo szerokie zastosowanie. Klasyfikację określono w skrócie mianem CEAP, czyli:

- C - klasyfikacja kliniczna,
- E - klasyfikacja etiologiczna
- A - klasyfikacja anatomiczna
- P - klasyfikacja patofizjologiczna

Owrzodzenie tętnicze są charakterystycznie zlokalizowane. Najczęściej występują w dystalnych częściach kończyny w takich jak: stopa (opuszki palców, grzbietowa powierzchnia palców, między palcami oraz kości śródstopia), Owrrzodzenie może pojawić się również nad kostką oraz w miejscu urazu, jeśli wcześniej do niego doszło [4]. Owrrzodzenie tętnicze objawia się małą powierzchnią występowania rany. Rana pokryta jest bladożółtym lub szarym włóknikiem, na powierzchni rany mogą wystąpić śladowe ilości martwicy. Jednak rana w całości również może być przykryta suchą, czarną martwicą. Jeśli pojawi się ziarnina, jest ona w słabej i wątpliwej postaci [5]. Kształt rany najczęściej jest owalny. Brzeg jest dobrze uwidoczny, często wydęty, w małym stopniu pokryty naskórkiem. Brzeg rany zazwyczaj jest ciemny, natomiast jego otoczenie blade. Owrrzodzenie niedokrwienne może charakteryzować się głębokimi szczelinami, które czasem mogą uwidocznć ścięgno lub kość. Wysięki z owrrzodzenia są raczej skąpe. Wydzieliny mogą zawierać ropę, rzadko uwidacznia się krew. Wynikiem długo trwającego niedokrwienia jest obecność na skórze zmian o charakterze troficznym. Zmiany te mają charakter zanikowy, dochodzi do ubytku owłosienia szczególnie na przedniej części goleni, jak i na stopach i palcach. Skóra otaczająca owrrzodzenie jest pergaminowa i błyszcząca. W zależności od pozycji, w której znajduje się kończyna skóra zmienia swoje zabarwienie. Po uniesieniu kończyna jest biała, natomiast po jej opuszczeniu kolor zmienia się na ciemnoczerwony [4, 6].

Do owrrzodzenia mieszanego, tętniczo - żylnego, dochodzi w sytuacji połączenia dwóch istniejących chorób. Na przykład w naczyniach tętniczych kończyn dolnych doszło do miażdżycy, natomiast naczynia żyłne są przewlekłe niewydolne. Owrrzodzenie to przejawia cechy charakterystyczne dla owrrzodzeń żylnych jak i tętniczych. Rana może wystąpić w każdym miejscu podudzia, w zależności od dominującego schorzenia, które się na siebie nakładają. Stopień głębokości rany bywa różny. Od 1 mm po owrrzodzenia dochodzące do kości lub ścięgien. Z kolei łożysko rany może mieć rozpięty charakter. Jeśli owrrzodzenie w głównej mierze wywołane jest przez nadciśnienie żyłne może pokrywać je, w zależności od fazy zaawansowania gojenia ran, włóknik koloru żółtego lub ziarnina koloru czerwonego. Jeśli jednak owrrzodzenie zostało wywołane przez niedokrwienie tętnicze, to dno rany pokryte jest najczęściej bladożółtym włóknikiem, może również wystąpić suchy, czarny strup, który przywiera do podłoża z dużą siłą. Brzegi owrrzodzeń mieszanych mogą się różnić. Od podminowanych, wałowatych, wydętych na zewnątrz, po brzegi płaskie i wtulone do środka. Wygląd skóry otaczającej owrrzodzenie również zależy od przewagi jednego ze

schorzeń. Rzadko jednak zdarza się by skóra przybrała siny kolor. Mieszanym owrzodzeniom towarzyszyć mogą np.: żylaki, stwardnienie tłuszczowo- skórne, hemosyderoza skórna, atrofia biała. W miarę zaawansowania zmian miażdżycowych stopniowo mogą zacząć dołączać się zmiany niedokrwienne, takie jak: atrofia paznokci, utrata owłosienia, wychłodzenie dystalnych części kończyny, wydłużony czas powrotu krwi włosniczkowej [4].

Owrzodzeniem określa się ubytek skóry, spowodowany niedostatecznym dostarczeniem składników odżywczych i tlenu do tkanek. Czego przyczyną są zmiany troficzne skóry, które prowadzą do martwicy. Wiele owrzodzeń nie obejdzie się bez interwencji chirurgicznej, takiej jak: usunięcie martwiczych i zakażonych tkanek, drenaż, rekonstrukcja ubytków tkanek miękkich oraz rewaskularyzacja naczyń w kończynach dolnych. W stanach zagrożenia życia oraz utraty kończyny wymagana jest natychmiastowa interwencja chirurgiczna. Do takiego stanu może dojść w wyniku: martwiczego zapalenia powięzi, rozległych ubytków tkanek, zgorzeli gazowej oraz krytycznego niedokrwienia kończyny. Na przebieg procesu gojenia wpływa wiele czynników [4, 9, 10].

Czynniki, które prowadzą do zaburzeń troficznych odgrywają największą rolę w opóźnieniu, bądź zahamowaniu całego procesu gojenia się rany. To właśnie te czynniki mają wpływ na rozwój patologii lub jej nasilenia. Przykładem tego może być: miażdżyca tętnic obwodowych oraz przewlekła niewydolność żylna. Ryzyko wystąpienia tych chorób wzrasta wraz z wiekiem. Długość życia oddziałuje również na zmniejszającą się aktywność komórek zapalnych oraz czynników jej wzrostu, co w konsekwencji prowadzi do spowolnienia lub całkowitego zatrzymania procesu gojenia rany na którymś etapie. Odżywianie również odgrywa znaczącą rolę na przebieg procesu gojenia ran. W czasie długiego przebiegu owrzodzenia troficznego w organizmie człowieka spada stężenie np.: witamin A i E, białka, karotenu oraz cynku. Dlatego w celu zmniejszenia rozległości ran owrzodzenia należy dostarczać składniki odżywcze, takie jak: białka, makroelementy, aminokwasy i witaminy. Z kolei do czynników ogólnych, które odgrywają rolę w procesie występowania ran, należą choroby współistniejące. Przede wszystkim układu krążenia oraz ogólnoustrojowe. Skutkują one słabszą dyfuzją tlenu oraz substancji odżywczych, jak również ograniczają transport zwrotny metabolitów z miejsca uszkodzenia. Prawidłowa diagnoza ma olbrzymi wpływ na skuteczność stosowanych terapii. Wygląd, jak i zgłaszane dolegliwości mogą wprowadzić w błąd i wywołać szereg nieodpowiednich działań. Dlatego tak ważne jest ustalenie etiologii [4, 5].

Zespół stopy cukrzycowej określa złożone zmiany w obrębie stopy, będące powikłaniem cukrzycy. Symptomy te mogą się pojawić niezależnie od tego, jaki typ cukrzycy posiada człowiek, czy w leczeniu została wdrożona insulinoiterapia, czy też stosowane doustnie środki przeciwcukrzycowe. Ze względu na wieloczynnikowy, złożony proces patogenetyczny zmiany patologiczne nie są jednakowe. W Polsce średnio, co piąta osoba chorująca na cukrzycę, jest objęta hospitalizacją wynikającą z zespołu stopy cukrzycowej. W wyniku cukrzycy ujawniają się zmiany patologiczne obejmujące układ nerwowy oraz naczyniowy. W zależności od czynnika wyróżniamy różne postaci stopy cukrzycowej: stopa cukrzycowa niedokrwienna, neuropatyczna oraz mieszana, czyli neuropatyczno-niedokrwienna. Przyczyną zaistnienia zmian patologicznych w stopie neuropatycznej są oscylacje w nerwach obwodowych, do których doprowadziła cukrzyca. Określa się to mianem polineuropatii obwodowej. Nieprawidłowości te prowadzą do owrzodzeń stopy oraz błędnego przebiegu krwi, a dokładniej jej dystrybucji. Poprzez zwiększenie światła w naczyniach żylnych, a zmniejszenie przepływu przez mniejsze naczynia stopy, dochodzi do zaburzeń w odczuwaniu: bólu, temperatury, wibracji, słabną odruchy ścięgna, oraz dochodzi do zniekształcania się stawów, co prowadzi, w szczególności do drobnych urazów. Pacjenci często nie zdają sobie sprawy z tego, że doznali takiego urazu, ich niepokój wzrasta dopiero w chwili zaobserwowania drobnej rany lub owrzodzenia, które zarazem stanowią wrota zakażenia. Na mikro urazy wpływa również noszenie nieodpowiedniego obuwia. Chorzy z tą dolegliwością zazwyczaj nie odczuwają takich urazów. Defekt w nerwach ruchowych skutkuje zanikiem mięśniowym oraz zmianami w wyglądzie stopy. Można zaobserwować deformacje w stawach oraz nośnych elementach stopy. Przybiera ona szponiasty kształt, natomiast w miejscach o zwiększonym ucisku powstają nagniotki oraz modzele, tkanka skórna twardnieje, dochodzi do zaniku tkanki tłuszczowej między skórą, a wystającymi elementami kostnymi. To w tych miejscach najczęściej obserwuje się powstanie owrzodzeń. Bezustanny ucisk prowadzi do owrzodzenia drążącego oraz zapaleń kości. Stopa jest zaczerwieniona, w mniejszym stopniu wydziela pot oraz występuje jej wzmożone ocieplenie. Często również obserwuje się obrzęki spowodowane przesiąkaniem płynu do przestrzeni międzykomórkowej. Ze względu na suchość skóry, dużo łatwiej powstają pęknięcia, co otwiera drogę drobnoustrojom, które wywołują stan zapalny oraz zakażenie. Te mechanizmy mają największy udział przy utracie stopy lub całej kończyny. Miażdżyca tętnic jest obecnie największym, etiologicznym czynnikiem przy niedokrwiennnej stopie cukrzycowej. U chorych pojawia się ona 5-6 razy częściej i zajmuje mniejsze tętnice stopy. Makroangiopatia, czyli

zmiany w większych naczyniach oraz mikroangiopatia, czyli zmiany w mniejszych tętniczkach są odpowiedzialne za zmiany niedokrwienne w przebiegu tego schodzenia. Brak wyczuwania tętna na stopie, jest objawem zaburzeń w ukrwieniu stopy.

W celu ułatwienia określania zaawansowania stopy cukrzycowej wprowadzono wiele klasyfikacji, jedną z najstarszych klasyfikacji jest skala Wagnera, która uwzględnia podział głębokości owrzodzenia [2,17].

Owrzodzenia spowodowane urazami mogą powstać w wyniku przypadku lub świadomego, celowego okaleczenia oraz wystąpić w wyniku powikłania po zabiegu. Rany nabyte w wypadkach komunikacyjnych najczęściej zajmują dużą powierzchnię, mogą być głębokie, jak i płytkie, postępujące w kierunku ścięgna lub kości. W zależności od czynnika powstania rany, można znaleźć w jej łożysku ciała obce np.: szkło, drewno, piasek. Owrzodzenia te często bardzo często wymagają interwencji chirurgicznej, mającej na celu oczyszczenie rany w warunkach sali operacyjnej, a następnie przeprowadzenie przeszczepu. W gronie owrzodzeń pourazowych, bardzo dużą grupę tworzą rany wynikające z samookaleczeń. W skład pacjentów inicjujących powstanie owrzodzenia wchodzi osoby chore psychicznie, osoby starsze oraz samotne, dla których obecność pielęgniarki lub innych chorych pacjentów jest możliwością rozmowy z drugim człowiekiem oraz osoby, dla których rana jest źródłem utrzymania, pozwala im ona na czerpanie świadczeń zdrowotnych takich jak: renta, zasiłek rehabilitacyjny lub zwolnienie lekarskie. Owrzodzenia powstałe przez samookaleczenie są niewielkie, lecz mają nawrotowy charakter. W związku z tym ich właściwości naprawcze i regeneracyjne są upośledzone, przez co czas gojenia ran jest wydłużony. Rana powinna być obserwowana i poddawana ocenie gojenia się. System oceny ran, oparty na kolorach jest źródłem informacji przedstawiającym fazę gojenia. Kolor czarny to oznaczenie martwicy suchej, skrzepowej, jeśli chodzi o owrzodzenie niedokrwienne, może być rezultatem mumifikacji lub wysychania. Barwa żółta oznacza martwicę wilgotną, czyli jest to przebieg zmian idący z martwicy suchej i przechodzący w procesie uwodnienia tkanek w postać martwicy wilgotnej. Zabarwienie czerwone symbolizuje ziarninowanie, czyli rana osłonięta cienką izolacją z tkanki łącznej. Kolor różowy lub purpurowy oznacza naskórkowanie jest to proces, w którym wrażliwe komórki epithelium, wędrujące z brzegów rany wpływają na ziarninę. W zależności od stopnia zaawansowania rany w jej łożysku określa się: rodzaj oraz ilość tkanki martwiczej, obecność ciała obcego, jakość i ilość ziarniny, jakość i ilość naskórka. Za pomocą sondy, czyli jałowego patyczka z podziałką

można zmierzyć głębokość ubytku. Należy pamiętać by sondę umieścić w najgłębszym miejscu rany. Planimetria ręczna, jak i elektroniczna jest dobrą metodą do oceny powierzchni owrzodzenia. Poprzez obserwacje opatrunku możemy pozyskać ważne informacje o stanie rany. Zwiększony wysięk, zmiana zapachu lub barwy mogą oznaczać miejscowe zakażenie. Przedłużony proces zapalny prawdopodobnie doprowadzi do zatrzymania rany na etapie zapalenia przewlekłego. Proces zapalny nie powinien utrzymywać się dłużej niż od 5 do 7 dni [4, 5].

Zakrzepica żylna, występuje w żyłach głębokich kończyn dolnych. Ze względu na jednoczesną dopuszczalność pojawienia się zatorowości płucnej, nazywa się ją żylną chorobą zakrzepowo zatorową. W patofizjologii choroby zakrzepowo- zatorowej znaczący udział wywierają trzy elementy, określane mianem triady Virchova. Jest to uszkodzenie śródbłonna naczyniowego wywołane przez czynnik mechaniczny lub przez przebyty proces chorobowy sąsiednich tkanek, który przejdzie na naczynia żyłne np. nacieki nowotworowe lub zapalenia. Drugim czynnikiem jest zwolnienie przepływu krwi spowodowane długotrwałym unieruchomieniem lub z powodu niewydolności krążenia oraz związanym zabiegiem operacyjnym. Trzecim i ostatnim elementem są zmiany reologiczne krwi takie jak: nadpłytkowość, niedobory czynników krzepnięcia krwi oraz duże stężenie fibrynogenu. Szczególną postacią zakrzepicy żył głębokich jest błądy lub siniczny, bolesny obrzęk kończyny dolnej. Do takich objawów dochodzi w szczególnie ciężkich postaciach zakrzepicy. W takiej sytuacji zakrzepica powstaje w dużych oraz małych naczyniach krwionośnych. Taka sytuacja zmierza do całkowitego zablokowania odpływu krwi żyłnej z kończyny, co prowadzi do obrzęku w wyniku, którego może dojść do ostrego niedokrwienia oraz mechanicznego ucisku oraz kurczu tętnic. Profilaktycznie należy oceniać stan pacjentów zagrożonych tym schorzeniem. Im większa liczba czynników tym bardziej prawdopodobne staje się zaistnienie choroby. Czynnikiem ryzyka są: wiek (powyżej 40 roku życia), przebyty epizod zakrzepicy, choroba nowotworowa, ciąża, przedłużone unieruchomienie, żylaki kończyn dolnych, otyłość, rozległy zabieg operacyjny, przewlekła niewydolność krążenia, choroby zapalne jelit, doustne środki antykoncepcyjne oraz czynne leki hormonalne, cewnik do żył centralnych, trombofilie, złamania kości przede wszystkim miednicy oraz kończyn dolnych. Istnieją metody minimalizujące wystąpienie zakrzepicy żyłnej. Dzieli się je na mechaniczne i farmakologiczne. Mechaniczne umożliwiają łatwiejszy odpływ krwi, a co za tym idzie dochodzi do likwidacji zastoju żylnego. W związku z tym chorych po przebytych zabiegach

operacyjnych wcześniej się uruchamia. Pacjentów mobilizuje się do wykonywania ćwiczeń ruchowych, unosi się lub opiera kończyny dolne na przeznaczonych do tego elewacjach, stosuje się opatrunki kompresyjne, stosuje się gotowe produkty kompresyjne takie jak: rajstopy przeciwżylakowe, podkolanówki, pończochy. Sposoby farmakologiczne opierają się na stosowaniu leków hamujących krzepnięcie krwi. Obecnie stosuje się heparyny drobnocząsteczkowe [7].

Nasilenie objawów zależy od miejsca, w którym doszło do zatrzymania dopływu krwi. Najczęściej poprzez zatkanie światła naczynia krwionośnego, co występuje, aż u 70% chorych. Na pełny zespół niedokrwieny składa się: parastazja, bolesność powłok, nagły, jednak bardzo silny ból, zanik tętna, unieruchomienie oraz wstrząs [11].

Chromanie przestankowe związane jest z bólem oraz z poczuciem dyskomfortu podczas chodzenia. Spowodowane jest to zmianami w świetle naczyń tętniczych. Ludzi, których dotknęło to schorzenie często określa się mianem „oglądający wystawy sklepowe”. Ból kończyn dolnych związany jest wysiłkiem fizycznym, jaki człowiek musi ponieść w czasie poruszania się, jednak po zaprzestaniu wysiłku i chwilowej przerwie dolegliwości mijają. Najczęściej w trakcie zwykłego poruszania się pacjent odczuwa ostry ból. Jest to związane ze wzrostem zapotrzebowania metabolicznego w mięśniach kończyn dolnych. Długość, która dzieli początkowe miejsce zatrzymania od ostatniego określana jest mianem „odległości chromania”, wraz z rozwojem choroby dystans pokonywany przez chorego znacząco się zmniejsza. W zależności od miejsca zatoru kończyny dolnej, chory może odczuwać ból w różnych obszarach kończyny np.: na całej nodze, wyłącznie łydce, udzie lub pośladku. W profilaktyce schorzenia najważniejsze jest ograniczenie czynników rozwoju miażdżycy. Następnie normalizacja masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu, aktywny tryb życia oraz dostosowanie odpowiedniej diety, następnie odpowiedni nadzór farmakologiczny, gdy zaistniały choroby współistniejące takie jak: nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca. Na szczęście bardzo mały odsetek pacjentów objętych obserwacją na przestrzeni 5 lat zakwalifikował się do amputacji kończyny dolnej. Tacy pacjenci stanowili od 1 do 3, 3% [12].

Żylaki kończyn dolnych są najczęstszą formą niewydolności żylniej, są to workowate lub wrzecionowate poszerzenia naczyń powierzchniowych, powiązane z ich skręceniem oraz wydłużeniem. Diagnozuje się je u około 40% osób przekraczających 40 rok życia, są to najczęściej kobiety. Wyodrębniamy dwa rodzaje żyłaków: pierwotne i wtórne. Pierwsze

powstają w wyniku zaburzeń budowy ścian naczyń, z powodu braku odpowiedniego napięcia włókien kolagenowych, w czego wyniku dochodzi do nieodpowiedniego funkcjonowania zastawek oraz rozciągnięcia ściany naczyń krwionośnego. Występowanie żylaków napędzane jest poprzez zastój żylny, który towarzyszy pracy stojącej, jak i przy natężonym działaniu tłoczni brzusznej w takich sytuacjach jak: zaparcia, okres ciąży, noszenie ciężarów. Natomiast żylaki wtórne występują po przejściu zakrzepicy żył głębokich oraz są wynikiem ich niedrożności wraz nadmierną ilością krwi w żyłach powierzchniowych lub rezultatem upośledzenia w funkcjonowaniu zastawek żył głębokich oraz przeszywających. Żylaki małych rozmiarów początkowo stanowią tylko kosmetyczny problem. Natomiast, jeśli choroba utrzymuje się przez dłuższy czas, pacjenci najczęściej odczuwają zmęczenie kończyn dolnych, mogą wystąpić obrzęki, a w następstwie może to zaowocować zmianami troficznymi oraz owrzodzeniami. Bardzo istotne staje się sprecyzowanie poziomu niewydolności oraz odróżnienie rodzaju żylaków. Poprzez wykonywanie bardzo prostych prób czynnościowych, takich jak próba Perthesa można sprecyzować stan niewydolności przeszywających żył. Wspomniana próba polega na nałożeniu opaski uciskowej w 1/3 części dalszej uda. Należy wykonać to w pozycji stojącej, co doprowadzi do wypełnienia się żylaków. Jeżeli dojdzie do zmiany żylaków po wykonaniu kilkunastu kroków, oznacza to, że drożność żył głębokich jest poprawna, natomiast, jeśli żylaki wciąż będą wypełnione, to przepływ jest upośledzony. Poprzez badanie USG metodą Dopplera oceniamy stan układu żylnego kończyn dolnych. Z kolei leczenie zachowawcze opiera się na: unoszeniu kończyn dolnych, uciskowym leczeniu poprzez stosowanie np.: pończoch o stopniowym ucisku oraz bandaży, następnie wdrażaniu leczenia farmakologicznego, podczas którego stosuje się pochodne wyciągu z kasztanowca, diosminy, niesteroidowe leki przeciwzapalne, których działanie jest antyagregacyjne oraz hesperdiny. Wdraża się również leczenie chirurgiczne, które polega na eliminacji żylaków oraz podwiązaniu niewydolnych naczyń przeszywających. Jednak zabiegi te nie zawsze przynoszą trwałe rezultaty [7, 11].

Stany zapalne skóry są wywołane przez powikłanie przewlekłej niewydolności żylniej. Do zmian zapalnych na skórze dochodzi w wyniku zaburzeń w krążeniu żylnym kończyn dolnych. Wyprysk mający pierwotny charakter może być powiązany z zastojem krwi w wyniku niedotlenienia, uwalniania się czynników zapalnych oraz niewydolności żylniej. Obserwuje się częste występowanie stanów zapalnych otaczających owrzodzenia, spowodowane przez alergizacje wtórne powstające przez różnego rodzaju barwniki tekstylne,

substancje zapachowe oraz stosowane zewnętrznie leki. Stan zapalny lokalizuje się najczęściej na zewnętrznej powierzchni podudzia. Stan zapalny na obu kończynach może być różnej rozległości i o różnym nasileniu. Jest wyraźnie odgraniczone od reszty skóry. Stan zapalny skóry ujawnia się podczas badania histopatologicznego. Podobne objawy, obserwuje się przy grzybicy skóry gładkiej oraz łuszczycy, dlatego tak ważne jest odpowiednie zdiagnozowanie problemu. W związku z tym przeprowadza się badanie mikrobiologiczne, które określa istnienie na skórze komórek grzybiczych. Leczenie ogólne stanów zapalnych wdraża leki poprawiające ukrwienie kończyn, jak i leki przeciwalergiczne. Natomiast działanie miejscowe zależy od stopnia stanu zapalnego. W związku z tym w okresie zaostrzenia objawów zaleca się stosowanie okładów z taniną, które ograniczą wysięk. W późniejszym etapie aerozole, kremy oraz maści zawierające steroidy. W czasie podostrym wyprysku poleca się dostosowanie środków przeciwhistaminowych. W przewlekłym procesie zazwyczaj stosuje się maści oraz pasty natłuszczające. Czasem wdrażane są słabsze środki kortykosteroidowe [13].

Obrzęki powstają w wyniku zbierania się płynu pozakomórkowego w przestrzeniach śródmiąższowych tkanek i narządów. Należą do późnych symptomów niewydolności serca w prawej komorze, zaciskającego lub wysiękowego zapalenia osierdza oraz wadami w zastawce trójdzielnej. Obrzęki spowodowane niewydolnością serca ujawniają się na kończynach dolnych oraz okolicach podudzi i kostek. Typowe dla nich jest występowanie symetryczne oraz zwiększenie się w trakcie dnia, poprzez znajdowanie się chorego głównie w pozycji stojącej, w nocy natomiast, gdy zmienia się pozycja obrzęk może pojawić się w okolicy krzyżowej [11].

Istotnym czynnikiem w postępowaniu diagnostycznym jest określenie przyczyny, która doprowadziła do powstania owrzodzenia oraz innych czynników sprzyjających. Należy, więc zwrócić uwagę w kierunku objawów chorób układu krążenia, ich występowania wśród członków rodziny, na aktywność fizyczną, cechy wykonywanej pracy, palenie tytoniu, wdrożone wcześniej leczenie, jego efekty oraz objawy miejscowe. Podczas kontroli kończyny należy koniecznie wykonać pomiar ciśnienia tętniczego, jak i zbadać tętno na kończynie dolnej. Następnie należy wykonać pomiar obwodu kończyny, oraz ocenić wszystkie zmiany, do których doszło na skórze. Zwracając szczególną uwagę na głębokość oraz rozmiar owrzodzenia. Obecność ziarniny, tkanek martwiczych, cech naskórkowania, rodzaju wydzieliny oraz cech zakażenia. Mogą wystąpić również inne typowe cechy dla

niewydolności żylniej. Pomocne staje się przeprowadzenie prób opaskowych, których celem jest określenie wydolności układu żylnego. Ze zbioru badań dodatkowych, dużą wagę przykładą się do wykonania badania USG- Doppler, które umożliwia drobiazgową ocenę układu, wraz z wskaźnikiem kostka- ramię. Badanie to niemal całkowicie wyparło flebografię wstępującą, jak i zstępującą oraz flebodynamometrię, które obecnie przeprowadza się przede wszystkim do zaplanowania leczenia operacyjnego. W okolicznościach stwierdzenia cech zakażenia lub owrzodzeń o trudnym gojeniu wykonuje się badanie bakteriologiczne, przy czym ważny jest fakt, że nie wymaz pobrany z rany, lecz biopsja wraz z oceną wyizolowania drobnoustrojów oraz ich lekowrażliwości jest precyzyjniejszym badaniem. Biopsję przeprowadza się również w chwili podejrzenia zmian nowotworowych, gdy gojenie owrzodzenia przedłuża się, oraz słabo reaguje na zastosowane leczenie [2].

Próby opaskowe są to proste kliniczne testy, służące do określenia układu żył powierzchniowych, przeszywających oraz głębokich. Wśród wielu, najczęściej stosowane są: Trendelenburga oraz próba Perthesa. W pierwszej, osoba przyjmująca pozycję leżącą, podnosi badaną kończynę dolną, by doprowadzić do opróżnienia żyłaków. Następnie na badaną kończynę zakłada się opaskę uciskową. Należy to zrobić w górnej części uda. Po spionizowaniu chorego można zaobserwować wypełnianie się żyłaków. Jeśli do tego zjawiska dochodzi bardzo szybko, jest to dla nas informacja, że doszło do niewydolności żył przeszywających. Z kolei w próbie Perthesa również osobie badanej zakładamy, w górnej części kończyny, opaskę uciskową. W następnej części badania, chory wykonuje energiczne ruchy, polegające na staniu na palcach stóp. Należy wtedy obserwować zachowanie naczyń poniżej opaski. Zapadanie lub znikanie żyłaków świadczy o wydolności żył układu głębokiego oraz drożności żył przeszywających [7].

Test wysiłkowy polega na zapisie czynnościowej pracy serca i jej zmian za pomocą aparatu EKG, w chwili, gdy pacjentowi zwiększa się wysiłek fizyczny. Co prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania pacjenta na tlen, przez co organizm zwiększa przepływ krwi przez naczynia wieńcowe. Wśród osób, które mają upośledzony przepływ wieńcowy, powyżej pewnego stopnia wysiłku, zapotrzebowanie nie może być dalej pokrywane w ten sposób. W rezultacie zaczynają się rozwijać cechy niedokrwienia serca. Wskazaniem do przeprowadzenia takiej próby jest: diagnostyka bólów, do których dochodzi w obrębie klatki piersiowej, interpretacja zmian „nieokreślonych” w EKG spoczynkowym, ocena stopnia zaawansowania oraz leczenia choroby niedokrwiennej serca, podczas klasyfikacji do badań

inwazyjnych, w ramach dostosowania etapu rehabilitacji przeznaczonej dla osób, które przeszły zawał lub są po przeszczepie mięśnia sercowego, w diagnostyce zaburzeń rytmu pracy serca oraz przy wykonywaniu tzw. wczesnych testów pozawałowych. Natomiast przeciwwskazaniami do wykonania testu są: świeżo przebyty zawał serca, niestabilna choroba wieńcowa, nadciśnienie płucne, zwężenie lewego ujścia tętniczego, kardiomiopatia przerostowa, groźne zaburzenia w rytmie pracy serca, zatorowość płucna lub obwodowa, tętniak aorty, zapalenie mięśnia sercowego oraz zaawansowana niewydolność krążenia, zaawansowane choroby ogólnoustrojowe, nieprawidłowości w narządach ruchu i brak zgody pacjenta [16].

Wywiad, który jest zbierany umożliwia wyciągnięcie wniosków, które pomogą w ustaleniu rozpoznania. Należy pytać o cukrzycę, nadciśnienie, nadwagę oraz sposób, w jaki pacjent się odżywia. Ważne są informacje dotyczące stosowanych leków oraz palenia tytoniu. Powinno się określić okoliczności, w których doszło opisanych dolegliwości. Istotną informacją jest czas, w którym wystąpiły, ich przebieg, jak i związek z innymi chorobami. Należy pamiętać o zwróceniu uwagi, w wywiadzie rodzinnym, na występowanie chorób układu krążenia oraz na przyczyny śmierci członków rodziny [7].

Badanie palpacyjne powinno ocenić ocieplenie skóry na kończynie oraz stwierdzić występowanie tętna w określonych miejscach. Niedokrwiona kończyna zazwyczaj jest chłodniejsza od tej zdrowej. Z kolei badając tętno określa się nie tylko jego obecność, również stopień, w jakim wypełnione są tętnice i ich miarowość. Tętno sprawdza się w kierunku dogłównym, czyli pierwsze badanie przeprowadza się na tętnicy grzbietowej stopy, pomiędzy pierwszą a drugą kością śródstopia, następnie na tętnicy piszczelowej tylnej za kostką przyśrodkową, później na tętnicy podkolanowej w szczycie dołu podkolanowego oraz na tętnicy udowej wspólnej poniżej więzadła pachwinowego. Z kolei badanie przedmiotowe dotyczące układu żył zwraca uwagę na stan skóry oraz głównych żył powierzchownych. Badanie rozpoczyna się od określenia ocieplenia skóry. Do nadmiernego ocieplenia dochodzi przy zakrzepicy naczyń układu głębokiego oraz przy zakażeniu bakteryjnym oraz zapaleniu skóry. Ważnym elementem jest wspomniany wcześniej pomiar obwodu kończyny, który określa rozległość i wielkość obrzęku [7].

Osluchanie tętnic pozwala stwierdzić szmer naczyniowy, który jest typowy dla zwężenia. Oceny zaników mięśni, przy niedokrwieniu kończyny, można dokonać za pomocą obwodów kończyn. Wspomniany wcześniej wskaźnik kostkowo-ramienny, jako badanie

ciśnienia skurczowego na kończynie dolnej i zestawienie jego wartości z tym mierzonym na ramieniu. Prawidłową wartością wskaźnika jest 1 lub nieco powyżej. Natomiast wszystkie wartości poniżej 1 sugerują zwężenie tętnicy. Tych pomiarów dokonuje się za pomocą ultradźwiękowego detektora przepływu krwi [7].

Ultrasonografia wraz z badaniem dopplerowskim, określana jest nazwą badania duplex Doppler. Pozwala ono na obejrzenie naczyń tętniczych w poprzecznych oraz podłużnych przekrojach. Określa ich położenie względem badanej okolicy. W badaniu można ocenić drożność oraz stopień zwężenia naczynia. Udoskonaleniem badania jest tzw. Doppler mocy, dzięki któremu można uwidocznć obszar z bardzo małymi naczyniami [7].

Angiografia bazuje na podaniu środka cieniującego do układu tętniczego i obserwacji przepływającej krwi. Zobrazowanie naczyń może opierać się na różnych, przeznaczonych do tego technikach. Pierwsza to klasyczna angiografia rentgenowska, kolejna to angiografia tomografii komputerowej oraz ostatnia rezonansu magnetycznego. W wymienionych technikach obserwacji przepływu, wykorzystywane są różne właściwości promieniowania, co powoduje inną rejestrację, sposób przetworzenia obrazu. Biorąc pod uwagę inwazyjność oraz obciążenie możliwe jest wiele powikłań. Zwłaszcza u osób o ogólnym złym stanie. Do powikłań należy: krwotok z miejsca nakłucia, zakrzep tętnicy, uszkodzenia ściany naczynia poprzez prowadnik, oderwanie blaszki miażdżycowej, infekcja rany oraz reakcja alergiczna na podany kontrast. Natomiast odległymi powikłaniami są: tętniak rzekomy powstały w miejscu wkłucia i przetoka tętniczo-żylna [7].

Pletyzmografia opiera się na zapisie zmian w objętości kończyny, w zależności od drożności układu głębokiego, wydolności pompy mięśniowej oraz zastawek. Flebografię przeprowadza się z zastosowaniem środka kontrastującego, który jest podawany bezpośrednio do układu naczyń żylnych. Ocenia ona zmiany zakrzepowe, do których mogło dojść w układzie żylnym. Natomiast bezpośredni pomiar ciśnienia żylnego opiera się na pomiarze ciśnienia w żyłach po wcześniejszym wkłuciu igły, która połączona jest z aparaturą rejestrującą [7, 11].

Najlepsze rozwiązanie to nie dopuszczenie do rozwoju choroby, jednak w praktyce jest to wręcz nie możliwe, a z pewnością bardzo trudne. Pomimo tego, że powszechnie znana jest potrzeba przypominania dotycząca konieczności wczesnej diagnostyki, stosowania profilaktyki oraz intensywnego, wczesnego przeciwdziałania, wraz z minimalizacją występujących czynników ryzyka, znane są klasyfikacje choroby, algorytmy, rekomendacje

oraz poszczególne sposoby leczenia, mimo wszystko w powszechnej, lekarskiej praktyce, która uwzględnia pewien indywidualizm leczenia, wciąż pojawiają się wątpliwości, nietypowe i trudne przypadki. Wieloczynnikowy patomechanizm przewlekłej niewydolności, konsekwencja w przestrzeganiu zasad profilaktyki oraz dyscyplina w leczeniu, jak i długi czas oczekiwania na efekty terapeutyczne. To nieliczne czynniki wpływające na niezadowolenie związane z przerostem oczekiwań nad możliwością leczenia [2].

Zadaniem leczenia zachowawczego jest zmniejszenie ciśnienia w układzie żylnym kończyny dolnej, polepszenie mikrokrażenia oraz pracy pompy mięśniowej. Jedne z najlepszych efektów osiąga się poprzez leczenie uciskiem, tzw. kompresoterapię, wraz z leczeniem farmakologicznym. Zmniejszenie refluksu żylnego wraz z poprawą działania pompy mięśniowej, możemy to osiągnąć poprzez zastosowanie ucisku. Opatrunek kompresyjny wykonuje się poprzez założenie bandażu, opaski elastycznej, podkolanówki, pończochy oraz rajstopy, które założone prawidłowo, powinny oplatać kończynę od jej podstawy palców, aż do guzowatości piszczeli. Ucisk opatrunku powinien być zmniejszany od kostki w kierunku kolana. Łatwiejszą w wykonaniu jest terapia z użyciem gotowych opatrunków kompresyjnych, które dostępne są w czterech stopniach ucisku. (I stopień do 25 mm Hg, II stopień 25- 35 mm Hg, III stopień 35- 45 mm Hg oraz IV stopień ucisku przekraczający 45 mm Hg) [2, 7].

Środki wykazujące działanie flebotropowe, wpływają na poprawę elastyczności kapilar oraz przywracają im prawidłową przepuszczalność. Poprawiają wytrzymałość naczyń, perystaltykę naczyń chłonnych, przez co zwiększa się drenaż limfatyczny. Duże pokrewieństwo w stosunku do śródbłonna naczynia żylnego wykazuje heparyna drobnocząsteczkowa, która działa przeciwzakrzepowo oraz zmniejsza lepkość krwi [7].

Leczenie obliteracyjne, czyli skleroterapia. Jest to metoda zamykająca przepływ krwi w naczyniach żylnych, z użyciem środka chemicznego aplikowanego bezpośrednio do światła naczynia. Podawany środek, obliterujący, okalecza śródbłonek naczynia, co skutkuje ograniczoną reakcją zapalną, czego konsekwencją jest włóknienie ściany oraz zarastanie światła naczynia. Metoda ta jest prawie bezbolesna, mniej obciążająca organizm pacjenta od metod operacyjnych. Leczenie przeprowadza się ambulatoryjnie dzięki czemu pacjent nie musi przebywać w szpitalu [7].

Wskazaniem do przeprowadzenia leczenia operacyjnego są objawowe żylaki, powodujące problem kosmetyczny oraz niewydolność żył przeszywających objawiająca się

zmianami troficznymi skóry. Leczenie to ma doprowadzić do trwałego usunięcia żylaków oraz likwidacji nadciśnienia występującego w układzie powierzchniowym, jak i dobry efekt kosmetyczny. Miniflebektomia to metoda leczenia, która spełnia powyższe warunki, a przy tym jest mało inwazyjna. Bazuje na usuwaniu dużych zmian żylakowatych poprzez niewielkie nacięcia skóry. Końcowym postępowaniem jest odcięcie wszelkich dopływów prowadzących do opuszki żyły odpiszczelowej oraz stripping, czyli podskórne usunięcie niewydolnego fragmentu lub całości żyły odpiszczelowej (w przypadku konieczności również żyły odstrzałkowej). Powodzenie operacji w dużej mierze zależy, od jakości diagnostyki przedoperacyjnej. Operacje żył również mogą być przeprowadzane endoskopowo (Zdjęcie 1). Przeprowadza się je poprzez podpowięziowe wprowadzenie endoskopu przez nie duże nacięcie przyśrodkowej powierzchni w 1/3 bliższej podudzia, określenie miejsca, a następnie zaklipsowaniu upośledzonych żył przeszywających. Operacje endoskopowe znajdują szerokie zastosowanie, jako uzupełnienie leczenia żylaków występujących przy żylnym owrzodzeniu goleni. Blizny po leczeniu endoskopowym przedstawia poniższe zdjęcie [7].



Zdjęcie 1. Podudzie po endoskopowym usunięciu żylaków [źródło: zasoby własne]

W leczeniu owrzodzenia ważna jest systematyczność. Poza interwencją chirurgiczną polegającą na usunięciu martwiczych tkanek i oczyszczeniu. Należy dokonywać częstych zmian wilgotnych opatrunków, pamiętając o zachowaniu aseptyki, przez co zmniejsza się ryzyko zakażenia, a pobudzane jest gojenie i ziarninowanie rany. Przeprowadzając badania bakteriologiczne owrzodzeń, często stwierdza się bakteryjną florę mieszaną. W związku z tym odradza się stosowanie jednego środka przez długi czas. W związku z tym stosuje się zróżnicowane opatrunki prowadzące do zmiany pH rany. Celem tego działania jest zapobieganie w tworzeniu mechanizmów opornościowych u bakterii oraz stymulacja naskórkowania rany. Środki stosowane najczęściej to: woda utleniona, kwas borny, soda oczyszczona, roztwór soli fizjologicznej i stężonej, roztwory 2% kwasu bornego, Rivanolum, 0, 1% nadmanganianu potasu, 0,05- 0,25% azotanu srebra, 0, 25% chloraminy, maści z antybiotykami oraz substancji do oczyszczenia enzymatycznego rany. W przypadku owrzodzeń żylnych najczęściej stosuje się opatrunki pierwotne, czyli proste i złożone. Które pochłaniają zapach i wydzielinę. Bazują na węglu aktywnym oraz srebrze. Decyzję dotyczącą rodzaju opatrunku powinien podjąć lekarz, kierując się etapem gojenia oraz stanem owrzodzenia. Opatrunki proste są powszechnie stosowane. Występują w różnej grubości, wielkości. Są to opatrunki wykonane z gazy bawełnianej. Używa się ich w leczeniu ran niepowikłanych oraz jako kolejne warstwy w ranach zakażonych, jak i trudno gojących się. Są to opatrunki dobrze pochłaniające wysięki, niestety z łatwością przylegają do ran, w szczególności, jeśli doszło do ubytku tkanek. Z tego powodu zdjęcie opatrunku może być trudne oraz bolesne. Występują również tkane gaziki, wykonane z siateczki włókien octanu celulozy. One również są bardzo chłonne, natomiast inaczej niż w przypadku gazy bawełnianej nie przylegają do ran. Oba materiały są stosowane, jako zewnętrzna ochrona preparatów, które są aplikowane bezpośrednio na ranę np. Argosulfanu, Iruksolu. Z kolei opatrunki złożone wyróżniamy takie jak: gazowe, nasączone substancjami, np.: Jelonet, Grassolind i Paratulle. Zadaniem parafiny jest zabezpieczenie ziarniny jakimkolwiek uszkodzeniem oraz ułatwienie zdjęcia opatrunku. Środkami występującymi w opatrunkach pierwotnych złożonych, mającymi na celu odkażenie rany oraz działanie antybakteryjne są: chlorcheksydyna, fucydyna, jodopowidon. Wyróżnia się także opatrunki aktywne, do których należą: granulaty, to pionierzy wśród opatrunków aktywnych, wchłaniają wysięk i wspomagają oczyszczanie rany. Granulaty składają się z małych ziarenek, które kontaktując się w wysiękiem, zmieniają się w siateczkowaty żel. Powinno się je zmieniać, co 24-48 h. Należy stosować opatrunki zabezpieczające. Dostępne są w formie ziarenek nasypywanych

do rany, również past, pudru, maści np.: Debrisan, Acudex. Występują również opatrunki hydrowłóknowe. Karboksymetyloceluloza występuje, jako główny składnik tego opatrunku. Tego typu opatrunki pochłaniają oraz zatrzymują wraz z bakteriami wysięk z rany. W jego wyniku tworzy się miękki żel, który dokładnie wypełnia dno rany. Wyposażone są one w mechanizm zmniejszający ryzyko wystąpienia podrażnień oraz maceracji skóry dookoła rany. W ranie wytwarzane jest wilgotne środowisko, które ma pozytywny wpływ na procesy gojenia. Również proces rozwoju drobnoustrojów został zahamowany poprzez obniżenie pH wyróżniającą cechą hydrowłókien jest izolacja bakterii, między włóknami opatrunku. Zmiana takiego opatrunku nie przynosi pacjentowi bólu. Opatrunki tego typu powinny być stosowane na rany mokre z zastosowaniem marginesu sięgającego 2- 3 cm dalej niż rana. Należy pamiętać o pokryciu go warstwą zabezpieczającą. W zależności od wysięku można go zmieniać, co 1-7 dni, np.: Aquacel. Hydrokoloidy, na które składają się elastomery, polisacharydy, karboksymetyloceluloza i białka. Dostępne są pod postacią past lub żelowych płytek. W większości składają się z dwóch warstw: wewnętrznej, czyli tej aktywnej oraz zewnętrznej, która jest zabezpieczeniem przed wszelkimi kontaktami z wodą, bakteriami, płynami ustrojowymi, kałem, moczem. Podczas pochłaniania wysięku wewnętrzna warstwa zmienia się w miękki żel. Opatrunki te sprawdzają się na ranach o małym i średnim wysięku. Przykładowym opatrunkiem tego typu jest Comfeel, Granuflex. Z kolei hydrożele, których składnikami są syntetyczne lub półsyntetyczne nierozpuszczalne polimery metakrylatów wraz z hydrofilami, których zadaniem jest pochłanianie wody. Hydrożele są bardzo chłonne i prowadzą do uwadniania martwiczko zmienionych tkanek. Rozpoczynają proces autolizy, czyli samoistnego rozpuszczenia tkanek martwiczych. Stosuje się je przede wszystkim na powierzchowne, suche, pokryte martwicą, płytkie owrzodzenia. Opatrunek utrzymuje się przez 2- 3 dni, po czym wymienia na nowy. Hydrożele należy zabezpieczyć opatrunkiem zewnętrznym. Przykładowe środki to: Aqua- Gel, Nu-Gel. Następnie opatrunki poliuretanowe, występujące, jako elastyczna, miękka pianka. Wizualnie przypominająca gąbkę. Wytwarzane są z polidimetylosiloksanu i poliuretanu. Występują w grubości kilku lub kilkunastu milimetrów. Pochłaniają duże ilości płynu. Mają działanie termoregulacyjne oraz utrzymują wilgotne środowisko. W zależności od ilości wysięku można utrzymywać je na ranie od 1-5 dni. Opatrunków tego typu nie należy łączyć z produktami dezynfekującymi. Przykładowe opatrunki to: Lyofoam, Allevyn, Mepilex. Dalej występują opatrunki alginianowe tworzone z naturalnych polisacharydów, które wyodrębniane są z wodorostów morskich. Opatrunki te dobrze pochłaniają wydzieliny oraz przyspieszają proces tworzenia

ziarniny i tworzenia nabłonka. Wskazaniem do zastosowania opatrunku są rany czyste o dużym wysięku np. Fibracol, Kaltogel. Opatrunki półprzepuszczalne to gładkie, cienkie, elastyczne błony składające się z poliuretanu pokrytego warstwą akrylową. Dobrze przylegają do powstałej rany, są bardzo plastyczne, nie pochłaniają wysięku, jednak ich budowa pozwala swobodnie odparowywać wodzie, inne płyny przez nie nie przechodzą. Nie stosuje się ich na rany o dużym wysięku, z zakażeniami, z tkankami martwiczymi oraz o nierównej, dość rozległej powierzchni. Dużym plusem jest to, że opatrunek jest przezroczysty, przez co można swobodnie obserwować ranę. Można je stosować jako warstwę zabezpieczającą przy innych rodzajach opatrunków. Przykładowe to: Bioclusive, Cutifilm, Opsite [2].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Zidentyfikowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta, u którego doszło do owrzodzenia troficznego podudzi.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem przeprowadzonym w okresie od 1.08.2017 roku, do 1.01.2018 roku objęto pacjentkę z owrzodzeniem troficznym podudzi, do którego doszło w wyniku zaniedbania rany. Pacjentka znajduje się w domu. Objęta jest opieką pielęgniarki środowiskowej oraz lekarza rodzinnego. Leczenie owrzodzenia prowadzi lekarz poradni chirurgicznej oraz chorób naczyniowych.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Materiał do pracy zebrano za pomocą wywiadu, obserwacji, pomiarów oraz analizy dokumentacji medycznej.

WYNIKI

Opis przypadku

Wdowa, lat 82 mieszka w domu jednorodzinnym, w mieście. Mieszkanie jest chłodne, ze skłonnością do wilgoci. Pacjentka ogrzewa je sama za pomocą ogrzewania centralnego. Do domu prowadzą strome schody, które stanowią duże utrudnienie. Kobieta od roku mieszka sama, korzysta z pomocy rodziny i sąsiadów. Zimą nie opuszcza budynku. Letnią porą spędza czas w ogrodzie. Pacjentka w ramach możliwości chce zachować samodzielność. Sama przygotowuje posiłki, sprząta. Opiekuje się psem. Nosi okulary. Poruszając. 6 lat temu w wyniku uderzenia podudzia doszło do powstania rany. Pacjentka zbagatelizowała problem, co doprowadziło do powstania rozległego owrzodzenia troficznego podudzi.

W październiku 2016 roku w szpitalu Miejskim w Olsztynie pacjentka miała przyjąć przeszczep skóry, do którego jednak nie doszło z powodu nie wyrażenia przez nią zgody. Następnie 14. 02.2017 r. w tym samym szpitalu pacjentka poddała się przeszczepieniu skóry. Przeszczep się przyjął. Również 6 lat temu doszło do złamania prawego biodra, które nie zostało poddane leczeniu operacyjnemu, od tego czasu pacjentka porusza się o kulach.

W kwietniu 2017r. wykluczono podejrzenie choroby Parkinsona i poddano pacjentkę badaniom neurologicznym, które nie podały przyczyny drżenia prawej ręki. Pacjentka jest pod stałą kontrolą lekarza w poradni chorób naczyniowych oraz objęta jest opieką pielęgniarki środowiskowej.

W dniu obserwacji pacjentka odczuwała silny ból kończyn dolnych, co prowadzi do trudności w samodzielnym poruszaniu się oraz prowadzi do ograniczenia wykonywanych prac domowych. Pacjentka wymaga pomocy ze strony rodziny: w ubraniu bielizny osobistej, zrobieniu zakupów, w wykonaniu ciężkich prac domowych oraz utrzymaniu higieny ciała. Pacjentka cierpi na brak apetytu, który na przestrzeni 5 miesięcy doprowadził do znacznej utraty wagi. Pacjentka cierpi na nietrzymanie moczu oraz zaparcia do których doszło po zastosowaniu leków przeciwbólowych. Pacjentka skarży się na złe samopoczucie spowodowane problemami z bezsennością. Chora posiada duże trudności w zachowaniu czystości podczas spożywania posiłków oraz utrzymaniem przedmiotów spowodowane mocnym drżeniem ręki prawej. Kończyny dolne objęte obrzękami.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu spowodowane bólem kończyn dolnych.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych kończyn dolnych. Poprawa funkcjonowania

Planowanie /realizacja:

- zastosowanie udogodnień w łóżku oraz wyższe ułożenie kończyn chorej.
- pomoc w utrzymaniu higieny
- stosowanie masażu w celu rozluźnienia mięśni oraz poprawy odpływu krwi z kończyn dolnych.
- poinformowanie rodziny
- zastosowanie łóżka z regulacją wysokości
- częste przebywanie i rozmawianie z chorą
- okazywanie współczucia i zrozumienia
- informowanie pacjentki o celu wykonywanych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych
- wskazanie możliwości spędzania wolnego czasu (np. spotkania ze znajomymi, czytanie książek, słuchanie radia)
- zastosowanie udogodnień poprawiających przemieszczanie się chorej w domu i na zewnątrz (balkonik -rower z siedziskiem umożliwiającym odpoczynek)

Ocena: Dolegliwości zmniejszyły się. Podopieczna podejmuje samodzielną aktywność w życiu codziennym

Diagnoza pielęgniarska 2: Problemy w samodzielnym ubraniu się spowodowane ograniczeniem ruchów.

Cel: Pomoc w ubraniu.

Planowanie / realizacja:

- pomoc w dobraniu wygodnego oraz dostosowanego do warunków stroju
- pomoc w ubraniu przy braku możliwości samodzielnego wykonania czynności
- nie wyręczanie pacjentki
- opracowanie techniki ubierania pozwalającej na samodzielność
- zastosowanie udogodnień ułatwiających zakładanie spodni lub rajstop

Ocena: Pacjentka została ubrana.

Diagnoza pielęgniarska 3: Nietrzymanie moczu spowodowane złym funkcjonowaniem zwieraczy.

Cel: Poprawa funkcjonowania zwieraczy.

Planowanie / realizacja:

- omówienie z chora sytuacji w których dochodzi do nietrzymania moczu
- zabezpieczenie bielizny osobistej wkładkami pochłaniającymi mocz
- systematyczne chodzenie do łazienki celem wyrobienia nawyku mikcji
- nauka ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy np. leżąc na plecach z ugiętymi nogami w kolanach spinać mięśnie na jak najdłuższy czas. Ważne by przerwa między skurczami była dwa razy dłuższa niż sam skurcz, najlepiej w częstotliwości 10 powtórzeń 3 razy dziennie
- uczulenie chorej aby unikała przetrzymywania moczu i korzystała z toalety niezwłocznie po odczuciu parcia na mocz
- niwelowanie zaparć i nacisków na dno pęcherza moczowego
- umówienie wizyty u urologa i ginekologa celem zdiagnozowania przyczyn dolegliwości i wdrożenia leczenia

Ocena: Sytuacje w których dochodziło do nietrzymania moczu zostały ograniczone.

Diagnoza pielęgniarska 4: Zaparcia spowodowane stosowaniem leków przeciwbólowych.

Cel: Zniwelowanie zaparć.

Planowanie / realizacja:

- zastosowanie diety bogatej w błonnik, zalecane produkty: płatki owsiane, otręby, buraki, marchew, dynia, jabłka, maliny, suszone owoce, kasza gryczana, brązowy ryż
- w miarę możliwości zwiększenie aktywności fizycznej z zastosowaniem udogodnień (balkoniki, kule)
- zwiększenie objętości spożywanych płynów do 2l na dobę
- spożywanie kiszonych produktów które poprawiają perystaltykę jelit
- wystrzeganie się produktów zapierających np.: czekolada, białe pieczywo, produkty wysoko przetworzone
- podejmowanie prób regularnego wypróżniania, najlepiej po porannym posiłku celem wyrobienia rytmu wypróżnień
- zapewnienie spokoju w czasie korzystania z toalety

- masaż brzucha zgodnie ze wskazówkami zegara
- zastosowanie łagodnych środków ziołowych poprawiających perystaltykę (herbatki, tabletki np. z senesem)
- w razie konieczności wykonanie lewatywy

Ocena: Zaparcia nie występują

Diagnoza pielęgniarska 5: Złe samopoczucie i zmęczenie spowodowane bezsennością.

Cel: Poprawa samopoczucia.

Planowanie / realizacja:

- ocena: stylu życia, spędzania czasu wolnego, liczby zajęć w trakcie dnia
- działania poprawiające higienę snu pacjenta: zminimalizowanie drzemek w trakcie dnia, ustalenie stałych pór wstawania i spoczynku nocnego, wyciszenie przed snem, unikanie wysiłku intelektualnego oraz napięcia emocjonalnego, ustawienie właściwej temperatury pomieszczenia 18-22⁰C, wietrzenie pomieszczenia przed snem,
- ograniczenie spożywania kofeiny, teiny.
- nauka stosowania technik relaksacyjnych
- wygodne zdaniem pacjentki ułożenie ciała
- zaproponowanie stosowania aromaterapii
- farmakoterapia na zlecenie lekarskie

Ocena: Samopoczucie uległo poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 6: Niechęć do samodzielnego spożywania posiłków z uwagi na drżenie prawej ręki i częste zabrudzenie odzieży i otoczenia.

Cel: Niwelowanie trudności w spożywaniu pokarmów.

Planowanie / realizacja:

- zabezpieczanie odzieży pacjentki przed ubrudzeniem
- spożywanie posiłków przy stole w wygodnej stabilnej pozycji
- nie nalewanie posiłków płynnych do pełna w naczyniach z których są spożywane
- spożywanie bez pośpiechu, w spokoju
- spożywanie płynów przez słomkę lub z kubków niekapków
- unikanie gwałtownych ruchów w czasie spożywania posiłków

Ocena: Pacjentka chętniej spożywa posiłki.

Problem 7. Niepokój spowodowany stanem zdrowia

Cel: Zmniejszenie niepokoju.

Planowanie / realizacja:

- częste przebywanie z chorą w jej środowisku oraz rozmowa z nią
- okazywanie zainteresowania i zrozumienia dla problemów chorej
- informowanie pacjentki o celu wykonywanych zabiegów terapeutycznych
- zachęcenie chorej do samodzielności oraz zaspokajania podstawowych potrzeb, takich jak utrzymanie higieny osobistej,
- przygotowywanie posiłków, prace porządkowe
- wskazanie możliwości spędzania wolnego czasu np.: oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie, spacer, klub seniora, spotkania z sąsiadami
- edukacja rodzinny: asystowanie pacjentowi podczas wyjścia na spacer oraz pomoc w wykonywaniu ciężkich prac domowych, organizacja pomocy społecznej (np. opiekun medyczny)
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym celem wyjaśnienia sytuacji zdrowotnej
- pomoc rodzinie w zorganizowaniu wsparcia dla chorej (opiekunka medyczna)

Ocena: Niepokój został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniarska 8: Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.

Cel: Zmniejszenie obrzęku i poprawa jakości życia.

Planowanie / realizacja:

- zapewnienie luźnej, czystej bielizny osobistej oraz pościelowej z tkanin naturalnych
- nawilżenie skóry
- utrzymanie higieny kończyn dolnych, codzienne mycie nóg, unikanie noszenia
- uciskających skarpet czy podkolanówek,
- pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu wyglądu kończyny
- stosowanie elewacji kończyny objętej obrzękiem (wałki, kliny)
- analiza diety pacjentki pod kątem dziennego spożycia soli kuchennej
- obserwowanie i pomiar obręzków poprzez codzienne ważenie pacjentki i ocenę różnic w wadze ciała
- farmakoterapia zgodnie z zaleceniem lekarskim

Ocena: Obrzęk został zmniejszony, jakość życia uległa poprawie.

Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko zakażenia w miejscu owrzodzenia podudzi.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia.

Planowanie / realizacja:

- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie zmiany opatrunku (serweta, podkład, jałowe materiały opatrunkowe, narzędzia, środki dezynfekcyjne przeznaczone do ran bezalkoholowe, rękawice ochronne)
- umycie higieniczne rąk przed przystąpieniem do czynności instrumentalnych -wygodne ułożenie pacjenta i odsłonięcie miejsca założenia opatrunku
- codzienna zmiana opatrunku i weryfikacja rany pod kątem cech zapalenia (wysięk, obrzęk, ból, miejscowe lub uogólnione podwyższenie temperatury ciała, zaczerwienienie tkanek wokół rany)
- pomoc pacjentce przy wstawaniu i ubieraniu (przytrzymanie opatrunku, założenie rajstop)
- obserwacja pod kontem przesiąkania opatrunku
- obserwacja ilości i charakteru wydzieliny
- kontrola podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, ilość oddechów na minutę, zabarwienie powłok skórnych)
- układanie owrzodzonej kończyny w czasie siedzenia w wygodnej pozycji z uniesieniem jej do poziomu ciała.

Ocena: Ryzyko zakażenia zostało zmniejszone.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Pacjent, u którego doszło do powstania owrzodzenia musi poradzić sobie z wieloma trudnościami w życiu codziennym. Począwszy od problemów zdrowotnych natury fizycznej oraz psychicznej. Owrzodzenie jest raną przewlekłą trudno gojącą się, w której dominuje ubytek tkanek. Rana jest w stanie osiągnąć ogromne wielkości, co sprawia, że jej zaakceptowanie przez pacjenta jest ogromnym wyzwaniem, przebieg gojenia może trwać wiele lat. Następne problemy pacjenta mogą być o podłożu psychospołecznym. Pacjent często traci sprawność fizyczną, wypada z pełnionych ról społecznych, traci niezależność. Osoby objęte tą jednostką chorobową często popadają w depresję. Biorąc pod uwagę aspekt

ekonomiczny, chory obciążony jest kosztami długotrwałego leczenia. To w znaczny sposób wpływa na postrzeganie owrzodzenia jako poważnego problemu i wyzwania dla domowego budżetu. Brak odpowiednich zasobów finansowych, systematyczności, czy też sama niechęć pacjenta do leczenia może doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia lub samego braku efektów w stosowanym leczeniu.

Przybulska, Plagens- Rotman oraz Kubiak w swoich badaniach stwierdzili, że owrzodzenie troficzne jest poważnym problemem oraz wielkim wyzwaniem współczesnej medycyny. Choroba ta bowiem wprowadza w życiu pacjenta zaburzenia o podłożu terapeutycznym, ekonomicznym i społecznym [19].

Natomiast Wesołowska i Krukowska, zauważają, że owrzodzenia często są bagatelizowane przez środowisko medyczne oraz pacjentów, a doraźnie stosowane techniki leczenia ran mijają się z nowoczesnymi metodami, są nieskuteczne, i prowadzą do wydłużenia procesu gojenia [20]. W leczeniu ran przewlekłych jak dowodzą powyższe autorki, konieczna jest współpraca w zespole terapeutycznym specjalistów wielu dziedzin. Od ich współdziałania wielokrotnie zależy sukces leczniczy oraz zdrowie i życie pacjenta [21].

Z badań własnych wynika, że bagatelizowanie owrzodzenia spowodowało, że proces gojenia znacząco się wydłużył, a sama rana przybrała bardziej zaawansowane stadium. Należy podkreślić, że to pielęgniarka ma najczęstszy dostęp do chorego i zauważa jego potrzeby w największym zakresie. Informacje uzyskane o chorym przekazuje członkom zespołu interdyscyplinarnego.

Woźnicka- Leśkiewicz oraz Posadzy- Małczyńska, zwracają uwagę na podstawę wskaźnika kostka- ramię we wczesnej ocenie tętnic obwodowych, jak i postawieniu szybszej diagnozy przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych [23]. Autorki zauważają, że lekarz pierwszego kontaktu powinien poddawać tętnice obwodowe pacjenta ocenie poprzez wskaźnik kostka- ramię, szczególnie biorąc pod uwagę szybkość przeprowadzenia badania oraz względy ekonomiczne. Jednak nie należy zapominać o konieczności wykonania szczegółowych badań. Wczesna diagnostyka, leczenie i nadzór pozwolą zredukować koszty oraz poprawić wyniki przyszłych terapii.

Słowiński, Krosny, Raciborski, Staszkiwicz w swoich badaniach stawiają zasadnicze pytanie, jak zapobiegać nawrotom owrzodzenia. W artykule wskazuje się na stosowanie

współczesnych metod zabiegowych oraz zachowawczych. W tych ostatnich duże znaczenie przykłada się do metody leczenia uciskiem, czyli kompresoterapii [24].

W oparciu o badania własne nasuwa się wniosek, że współczesna medycyna nie musi przykładać tak dużej wagi do tego jak wyleczyć owrzodzenie, ponieważ w chwili obecnej jest szereg skutecznych terapii i sposobów, jednak jak zapobiegać nawrotom owrzodzenia, które mogłoby się wydawać są nieuniknione. Ponieważ większość pacjentów po zaleczeniu rany, czy też symptomów owrzodzenia sądzi, że całkowicie uwolnili się od problemu. Dzięki zastosowaniu ucisku kończyn dolnych istnieje możliwość redukcji poszerzenia żył powierzchownych, które występuje w wyniku wysokiego ciśnienia żylnego. Polepszeniu ulega przepływ krwi przez żyły głębokie, zwiększony zostaje przepływ przez chłonki, zmniejszone zostają obrzęki kończyn, poprawie ulega kondycja skóry pacjenta jak i jego samopoczucie. Ponadto za tą metodą przemawia brak inwazyjności oraz niskie koszty i duża dostępność produktów [25].

Dudzisz-Śledź oraz Śledź zwracają uwagę na profilaktykę, która obejmuje szereg zachowań takich jak: unikanie nadwagi, regularna aktywność fizyczna, używanie odpowiedniego oraz wygodnego obuwia. Zwracają uwagę na konieczność unikania długotrwałego stania, czy siedzenia, kąpieli w gorącej wodzie, dźwigania ciężarów, uprawiania sportów wyczynowych, czy nawet samego masażu nóg [26].

Z badań własnych wynika, że wrócenie uwagi na profilaktykę zachowań jest bardzo trafne, a sama zmiana nawyków zapobiega rozwojowi nie tylko owrzodzenia troficznego, lecz wielu innych chorób. Szczególnie tych populacyjnych. Otyłość, określana jest jako choroba wieloczynnikowa, w której duże znaczenie mają czynniki środowiskowe. Zawsze jest objawem dodatniego bilansu energetycznego. Do takiego zjawiska może doprowadzić podaż wysokoenergetycznych posiłków lub brak aktywności fizycznej oraz oba te czynniki jednocześnie. Schorzenia te mogą wcześniej doprowadzić do cukrzycy, czy nadciśnień tętniczego. Z kolei dostosowanie odpowiedniego ubioru wydaje się być dość prozaicznym zagadnieniem, jednak dobór np. złego obuwia może doprowadzić do powstania ran na kończynie dolnej, której słabe ukrwienie może doprowadzić do rozwoju rany. Pacjent świadomy ryzyka powinien unikać wszelkich możliwości zranienia, a biorąc pod uwagę genetyczne obciążenie pewnymi schorzeniami należy odpowiednio wcześniej informować osoby z grupy ryzyka, oczywiście zawsze istnieje ryzyko zranienia, jednak pacjent świadomy

konsekwencji będzie wyczulony na sytuację w których może do niego dojść i będzie się ich wystrzegał [27].

W „Zaleceniach wykonania ultrasonograficznego badania dopplerowskiego żył kończyn dolnych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Flebologicznego” zawarto informacje dotyczącą częstotliwości wykonywania badań ultrasonograficznych żył kończyn dolnych. Stwierdzono, że u pacjentów z niewydolnością żylną głównym celem jest opisanie: morfologii, drożności oraz wydolności naczyń w kończynach dolnych, określenie relacji żył głównych względem powięzi, lokalizacją i wydolnością dopływów naczyń, oraz na odcinki uważane za patologiczne [28].

Z przeprowadzonych obserwacji wynika, że mimo stałego postępu i rozwoju wiedzy oraz metod diagnozowania chorób żył. Wciąż bardzo istotne jest właściwe przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego chorego, a ponieważ badania te nie zawsze umożliwiają dokładne zdiagnozowanie oraz określenie stopnia zaawansowania schorzenia, należy wykonać badania morfologiczne, które zobrazują zachodzące zmiany, z kolei dzięki badaniu dopplerowskiemu możliwe stało się uzyskanie informacji dotyczących stanu naczyń krwionośnych, które występują na drodze ultradźwięków. Dużym plusem badania jest szybkość z możliwością odczytania wyniku, mała inwazyjność oraz dokładność [29].

Według M. Nieckuli, G. Dębskiej, A. Szewczyk w „Udział pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotne w domu chorego mającego owrzodzenie żyłne kończyn dolnych, najlepszym modelem opieki nad pacjentem chorującym na owrzodzenie kończyn dolnych a przebywającym w domu jest model Dorothei Orem. Jest to jedna z klasycznych teorii pielęgnowania łącząca trzy zagadnienia, czyli samoopieka, deficyt samoopieki i systemy pielęgnowania. Wyżej wspomniana teoria zawiera stwierdzenie mówiące o tym, że to ludzie sami troszczą się o własne życie i osiągnięcie dobrostanu, natomiast w sytuacji kiedy sami nie są w stanie o to zadbać, wymagają asystowania innych lub pełnego zapewnienia im opieki. Według autorki teorii samoopieka jest wyuczoną aktywnością, którą człowiek podejmuje oraz kontynuuje w celu utrzymania się przy życiu. Jeśli nic nie zaburza tych zachowań człowiek jest w stanie prawidłowo funkcjonować oraz rozwijać się [30].

Z badań własnych wynika, że zaproponowana teoria pielęgnowania jest jedną z najlepszych. Pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad pacjentem z owrzodzeniem, powinna zwrócić uwagę na szereg problemów oraz zaplanować i podjąć działania pozwalające na ich

rozwiązanie, szczególnie biorąc pod uwagę charakter świadczeń zdrowotnych, do których pielęgniarka posiada odpowiednie kwalifikacje.

Ciekawy pogląd dotyczący diagnostyki przewlekłego niedokrwienia kończyn, prezentują Krosny, Dąbek, Staszkieвич, Lewczuk. Autorzy zwracają uwagę, szybkość z jaką rozwijają się techniki operacyjne oraz na wciąż istniejący brak precyzyjności na etapie samej diagnostyki schorzenia, jak i określeniu przyczyny jego występowania. Autorzy wyszczególniają metody diagnostyki takie jak: badanie tętna na kończynie, wskaźnik kostowo-ramienny, arteriografia, angiotomografia oraz USG metodą Dopplera [31].

Badania własne pokazują, że owrzodzenie kończyn dolnych jest raną przewlekłą, trudno gojącą się i wczesna diagnostyka oraz jej precyzyjność znacząco podniosła by efekty wygajania ran lub zapobiegała ich wystąpieniu. Większym problemem jest sama świadomość pacjentów, którzy przychodząc do lekarza pierwszego kontaktu nie widzą potrzeby mówienia mu o zmianach, które zachodzą w obrębie kończyn dolnych, do chwili kiedy owrzodzenie nie przybierze postaci rany, która im przeszkadza.

WNIOSKI

Objęcie pacjenta całościową, kompleksową opieką pozwoliło na określenie problemów pielęgnacyjnych, wśród których na plan pierwszy wysunęły się:

- Problemy w samodzielnym funkcjonowaniu spowodowane bólem kończyn.
- Problemy w samodzielnym ubraniu się spowodowane ograniczeniem ruchów.
- Nietrzymanie moczu spowodowane złym funkcjonowaniem zwieraczy.
- Zaparcia spowodowane stosowaniem leków przeciwbólowych.
- Złe samopoczucie spowodowane bezsennością.
- Problemy w spożywaniu pokarmów i napojów spowodowane drżeniem prawej kończyny górnej.
- Niepokój spowodowany stanem zdrowia.
- Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.
- Ryzyko zakażenia spowodowane owrzodzeniem podudzi.

PIŚMIENNICTWO

1. Kędzia B., Hołderna- Kędzia E.: Propolis w leczeniu chorób skóry. Fundacja Pomocy Człowiekowi i Środowisku „HUMANA DIVINIS”, Toruń 2016, s. 71- 83.
2. Krasowski G., Kruk M.: Leczenie odleżyn i ran przewlekłych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014, s. 44- 66.
3. Skórkowska- Telichowska K., Bugajska- Prusak A., Pluciński P., Rybak Z., Szopa J.: Fizjologia i patologia przewlekłe niegojących się owrzodzeń oraz sposoby ich miejscowego leczenia w świetle współczesnej wiedzy medycznej. Dermatologia Praktyczna, 2009, 5, s. 15- 27.
5. Jawień A., Szewczyk M. T.: Leczenie ran przewlekłych. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014, s. 206- 224.
6. Szewczyk M. T., Jawień A.: Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007, 3, s. 96- 128.
7. Gaciong Z., Jędrusik P.: Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym. Wydawnictwo Termedia, Poznań 2010, s. 483- 489.
8. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, s. 208- 229.
9. Jawień A., Grzela T.: Klasyfikacja CEAP przewlekłej niewydolności żylnych kończyn dolnych. Nowa Medycyna, 2001, 4, s. 23- 25.
10. Jawień A., Szewczyk M. T., Kaszuba A., Gaciong Z., Krasiński Z., Wroński J., Grzela T., Koblik T. : Wytyczne grupy ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. Leczenie Ran, 2011, 8, s. 59-80.
11. Szewczyk M. T.: Wybrane aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym. Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym. Termedia, Lublin 2008.
12. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: Choroby wewnętrzne Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009, s. 148- 157.
13. Norgren L., Hiatt W.R., Dormandy J.A., Nehler M.R., Harris K.A., Fowkes F.G.R.: Kongres dotyczący postępowania w chorobie tętnic obwodowych (TASC II). Via Medica, Gdańsk 2007.
14. Kaszuba A., Adamski Z.: Leksykon dermatologiczny. Tom I. Czelej, Lublin 2011.

15. Szczeklik A., Tendera M.: Kardiologia. Tom I. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, s. 238
16. Szczeklik A., Gajewski P.: Interna Szczeklika 2015. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, s. 484- 493.
17. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznawanie i leczenie. Tom I. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, s. 89- 92.
18. Korzon- Burakowska A.: Zespół stopy cukrzycowej- patogeneza i praktyczne aspekty postępowania. Choroby Serca i Naczyń, 2007, 4, s. 93- 98.
19. Szewczyk T., Jawień A.: Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym
20. z owrzodzeniem żylnym goleni. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007, 3, s. 95- 138.
20. Przybulska R., Plagens- Rotman K., Kubiak S.: Owrzodzenia podudzi w aspekcie terapeutyczno pielęgniarskim. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2013, 3, s. 168- 172.
21. Wesołowska J., Kurkowska K.: Specyfika opieki pielęgniarskiej. Chora z owrzodzeniami kończyn dolnych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 7-8, s. 22-25.
22. Wesołowska J., Kurkowska K.: Owrzodzenia kończyn dolnych. Zadania lecznicze pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 7-8, s. 26-27.
21. Szewczyk M.T.: Rola pielęgniarki w specjalistycznej opiece nad pacjentem z owrzodzeniem żylnym goleni. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2007, 1, s. 35-38.
22. Woźnicka- Leśkiewicz L., Posadzy- Małczyńska A.: Wskaźnik kostka ramię (ABI) jako podstawowe narzędzie w ocenie tętnic obwodowych oraz ryzyka sercowo- naczyniowego
23. w praktyce lekarza rodzinnego. Medycyna Rodzinna, 2017, 20(2), s. 143-147.
24. Słowiński P., Krosny T., Raciborski W., Staszkiwicz W.: Współczesne poglądy na powstanie i leczenie żylnych owrzodzeń podudzi. Postępy Nauk Medycznych, 2012, 3, s. 27-34.
25. Jawień A., Szewczyk M.T., Piotrowicz R.: Zastosowanie kompresoterapii w chorobach żył. Przewodnik Lekarza, 2004, 8, s. 58-64.
26. Dudzisz- Śledź M., Śledź A.: Owrzodzenie podudzi. Medycyna Rodzinna, 2006, 2, s. 41- 44.
27. Piechota G., Kalinowski P., Karwat J.D.: Otyłość- epidemia o zasięgu światowym. Nowiny Lekarskie, 2008, 77(2), s. 158-161.

28. Hawro P., Gabriel M., Madycki G., Kuczmik W., Urbanek T.: Zalecenia wykonywania ultrasonograficznego badania dopplerowskiego żył kończyn dolnych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. *Chirurgia Polska*, 2013, 15(1), s.1 -18.
29. Dąbek P., Hendiger W., Słowiński P., Gabrusiewicz A., Staszekiewicz W.: Czy ultrasonograficzna ocena wyników stentowania tętnic kończyn dolnych jest uzasadniona. *Ultrasonografia*, 2012, 48, s. 36- 43.
30. Nieckula M., Dębska G., Szewczyk A.: Udział pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi zdrowotne w domu chorego mającego owrzodzenie żyłne kończyn dolnych. *Pielęgniarstwo Zdrowia Publicznego*, 2015, 5, 2, s. 111- 119.
31. Krosny T., Dąbek P., Staszekiewicz W., Lewczuk A.: Ocena zaburzeń ukrwienia u pacjentów z miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych za pomocą analizy NIRS (spektroskopia w bliskiej podczerwieni). *Postępy Nauk Medycznych*, 2012, 8, s. 628- 635

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA Z ROZPOZNANĄ CHOROBA WIEŃCOWĄ

Aleksandra Kowalczuk¹, Krystyna Kowalczuk²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego W Białymstoku

WSTĘP

Dusznica bolesna, inaczej zwana dławicą piersiową, jest zespołem klinicznym wyodrębnionym w podziale choroby wieńcowej [1,2]. Charakteryzuje się ona subiektywnym poczuciem bólu w klatce piersiowej lub też jego równoważnikiem. Dolegliwości wywołane są epizodami hipoksji lub niedokrwienia mięśnia sercowego i najczęściej występują w wyniku wysiłku fizycznego czy też silnych emocji [1,3]. Nie są one jednak związane z martwicą tkanki. Przyczyną odczuwanego dyskomfortu jest niedostateczna podaż tlenu w stosunku do jego zapotrzebowania przez komórki serca, spowodowana patologicznym zwężeniem światła naczynia wieńcowego [1,2,4].

Istnieje wiele podziałów choroby wieńcowej. Jednym z nich jest podział na stabilne zespoły wieńcowe oraz ostre zespoły wieńcowe (OZW) [1,2]. Do stabilnych zespołów wieńcowych należą: dławica piersiowa stabilna, dławica mikronaczyniowa, dławica związana z mostkami mięśniowymi nad tętnicami wieńcowymi oraz dławica odmienna. Ostre zespoły wieńcowe natomiast stanowią: niestabilna dławica piersiowa, zawał serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI), zawał serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI), zawał serca nieokreślony i nagły zgon sercowy [2,5]. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) przyporządkowały dusznicę odmienną do dławicy piersiowej stabilnej, Amerykańskie Kolegium Kardiologiczne (ACC) i Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne (AHA) natomiast uwzględniają ją jako postać OZW [2].

Dusznica bolesna stabilna jest postacią przewlekłą. Najczęściej spowodowana jest zwężeniem światła naczynia przez blaszkę miażdżycową w jednej lub wielu tętnicach

wieńcowych. Podczas epizodów napadu nie dochodzi do trwałego uszkodzenia miokardium. Dolegliwości dławicowe odczuwane są dopiero przy zwężeniach przekraczających 50-75% światła naczynia. Zmniejszona objętość przepływu wystarcza na pokrycie zapotrzebowania tlenowego podczas spoczynku, jednak nie jest wystarczająca podczas zwiększonego wysiłku. W tym typie dusznicy blaszkę miażdżycową tworzą blaszki stabilne, włókniste [4,6,7].

Dławica mikronaczyniowa inaczej zwana jest Zespołem X. W danym typie dusznicy za niedokrwienie miokardium odpowiada nieadekwatna rezerwa rozkurczowa naczyń obwodowych serca. Do powstawania tego zespołu, oprócz dysfunkcji mikrokrążenia, przyczynić się mogą też: nadmierne uwalnianie adenozyiny bez wcześniejszego niedokrwienia miokardium, nadmierne napięcie układu współczulnego ze zwiększoną odpowiedzią na pobudzenie β -adrenergiczne lub nadwrażliwość receptorów bólowych [2,6].

Dławica związana z mostkami mięśniowymi nad tętnicami wieńcowymi jest wrodzoną anomalią, gdzie pasmo mięśnia sercowego krzyżuje się z tętnicą wieńcową, przechodząc nad nią w jej odcinku powierzchownym. Dyskomfort powodowany jest zaciśnięciem światła naczynia wieńcowego przez mostek mięśniowy w fazie skurczu lewej komory [2].

Dławica odmienna, zwana też naczynioskurczową lub dusznicą Prinzmetala, jest rzadką postacią choroby niedokrwiennej serca. Bóle w tym typie dławicy są spowodowane przez samoistny skurcz tętnicy wieńcowej. Do kurczu może dojść w tętnicy zmienionej miażdżycowo, ale również w zdrowym naczyniu wieńcowym. Przyczyny skurczu nie zostały dokładnie poznane. Literatura podaje, iż skurcz może być inicjowany zaburzeniem funkcji śródbłonna oraz nadmierną aktywnością układu współczulnego. W tej postaci niedokrwienie miokardium jest czasowe i niespowodowane zwiększeniem zapotrzebowania tlenowego [6,8,9].

Dusznicą niestabilną (UA) jest wynikiem nagłego narastania i wydłużenia epizodów niedokrwienia serca nawet podczas niewielkiego wysiłku lub spoczynku w dławicy piersiowej stabilnej. Ten rodzaj dusznicy może poprzedzać zawał i jest stanem zagrażającym życiu. Najczęstszą przyczyną jej powstawania jest pęknięcie lub nadżerka niestabilnej blaszki miażdżycowej, co prowadzi do agregacji płytek krwi, tworzenia skrzepu, dysfunkcji śródbłonna naczyniowego, skurczu naczynia oraz jego przebudowy. Powyższy mechanizm prowadzi do subtotalnego zwężenia światła naczynia wieńcowego [6,10,11].

Dusznicę bolesną można również podzielić ze względu na stopień jej nasilenia. Poniższy rodzaj klasyfikacji utworzyło Kanadyjskie Towarzystwo Sercowo-Naczyniowe (Tab. I).

Tabela I. Ocena stopnia nasilenia dławicy piersiowej wg Kanadyjskiego Towarzystwa Sercowo-Naczyniowego (CCS)

Kryteria	
Klasa I	Wszelka aktywność życia codziennego nie wywołuje bólu. Dławica jest wywołana nagłym, większym, długotrwałym wysiłkiem fizycznym. Epizody bólowe występują sporadycznie.
Klasa II	Występują niewielkie ograniczenia aktywności życia codziennego. Ból dławicowy wywołują: - szybkie chodzenie po terenie płaskim lub szybkie wchodzenie po schodach - wchodzenie pod górę - chodzenie po terenie płaskim lub wchodzenie po schodach, zaraz po spożyciu posiłku, przy wietrznej pogodzie, przy niskich temperaturach, pod wpływem silnych emocji, w przeciągu paru godzin od przebudzenia.
Klasa III	Znaczne ograniczenie tolerancji wysiłku fizycznego. Objawy dusznicy pojawiają się po przejściu 100-200 metrów na terenie płaskim oraz podczas wchodzenia po schodach na 1-2 piętro tempem spacerowym w sprzyjających warunkach.
Klasa IV	Bóle dławicowe pojawiają się przy wszelkiej aktywności fizycznej, a nawet w spoczynku.

Źródło: [2,12].

Na rozwój chorób układu krążenia, w tym dusznicy bolesnej, mają wpływ różnego rodzaju czynniki ryzyka. Literatura podaje wiele podziałów, jak na przykład podział na czynniki przyczynowe, warunkowe oraz predysponujące. Do czynników przyczynowych

(głównych) należą: cukrzyca, palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, niskie stężenie lipoprotein HDL oraz hipercholesterolemia [11,13]. Czynniki warunkowe stanowią zwiększone stężenia: triglicerydów, lipoprotein LDL, lipoproteiny Lp(a), czynników krzepnięcia oraz homocysteiny. Czynniki predysponującymi są: płeć męska, otyłość, siedzący tryb życia, obciążony wywiad rodzinny oraz negatywne czynniki psychospołeczne (stres, niskie poczucie własnej wartości, frustracja) [11,13]. Innym, częściej wymienianym podziałem, jest podział na czynniki modyfikowalne, niemodyfikowalne i niecharakterystyczne. Czynniki niepodlegające modyfikacji to: wiek, płeć męska, okres pomenopauzalny u kobiet i obciążenie rodzinne [11,13,14]. Same czynniki modyfikowalne dzielą się na dwie mniejsze podgrupy [11]. Pierwszą stanowią czynniki pierwszego rzędu: palenie tytoniu i inne używki, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie czynników krzepnięcia, hiperurykemia i zaburzenia gospodarki cholesterolowej. Czynniki drugiego rzędu obejmują: nieprawidłową dietę, doustną antykoncepcję, wskaźnik masy ciała (BMI) $>25 \text{ kg/m}^2$, brak aktywności fizycznej, stres, zwiększone stężenie białka C-reaktywnego (CRP) oraz osobowość typu A [11,13,14,15]. Niecharakterystycznymi czynnikami ryzyka określa się akromegalię, niedoczynność tarczycy, a także zwiększony poziom homocysteiny we krwi [11].

Epidemiologia duszniczy bolesnej

Występowanie dławicy piersiowej zwiększa się wraz z wiekiem. Na podstawie ogólnoswiatowych badań epidemiologicznych można stwierdzić, że u kobiet w wieku 45-64 lat występuje na poziomie 5-7%, natomiast w wieku 65-84 lat wzrasta już do 10-12%. U mężczyzn w wieku 45-64 lat z 4-7% wzrasta do 12-14% przy przedziale wiekowym 65-84 lat [2,16]. Zapadalność na stabilną dusznicę bolesną wynosi 0,2-0,4 %, z kolei chorobowość 2-4%. Najczęściej pojawia się >40 roku życia wśród mężczyzn oraz u kobiet >50 roku życia. Natomiast 10-20% chorych z dławicą piersiową to chorzy z dławicą mikronaczyniową, przy czym są to w większości kobiety (około 70%). Podczas koronarografii obecność mostków mięśniowych nad tętnicami nasierdziowymi stwierdza się u 0,5-2,5% badanych, natomiast badania autopsyjne wykazują ich obecność w rozpiętości od 5 do 85%. Dusznicza Prinzmetala jest rzadką chorobą, gdyż jest to ok 1% wszystkich zachorowań na dławicę bolesną. Spośród wszystkich chorych z OZW chorzy z UA stanowią 30 do 44% [1,2].

Śmiertelność w Polsce na chorobę niedokrwienną serca (w tym dusznicę bolesną) na 100 tysięcy ludności w 2005 roku wynosiła 130,4; w 2010 r. obniżyła się do 119,0; a już w 2014 r. była równa 100,1. Z liczby ogólnej w roku 2014 na 100 tysięcy ludności zmarło: 104,6 osoby w miastach; 93,4 osoby na wsi; 113 mężczyzn oraz 88,1 kobiet. W Polsce w 2014 r. na 100 tys. ludności zmarło 441,1 osób, a w samym województwie Podlaskim liczba ta wynosiła 445,1. Największą wartość współczynnik ten osiągnął w województwie Świętokrzyskim (545,7/100 tys. ludności), a najniższy w województwie Wielkopolskim (356,0/100 tys. ludności) [17,18].

Rozpoznanie dusznicy bolesnej

Podstawę prawidłowego rozpoznania stanowi dobrze zebrany wywiad na temat występujących objawów. Wszystkie typy dusznicy łączy identyczny charakter oraz lokalizacja bólu dławicowego. Istnieją również cechy, które je od siebie różnią, dzięki czemu w trakcie badania podmiotowego i przedmiotowego lekarz może rozpoznać typ dławicy [3].

Ból w stabilnej dusznicy bolesnej zlokalizowany jest zamostkowo. Ma on charakter gniecenia, pieczenia, ucisku lub dławienia. Może promieniować do ramienia, barku, szyi lub żuchwy, a w rzadszych przypadkach do nadbrzusza czy pleców. Charakterystycznym jest tutaj objaw Levine'a, w którym pacjent miejsce bólu wskazuje dłonią zaciśniętą w pięść. Ból nie zależy od pozycji ciała ani ruchów klatki piersiowej. Wyzwalany jest on wysiłkiem fizycznym i silnymi stanami emocjonalnymi, a ustaje w spoczynku lub po podjęzykowym podaniu nitrogliceryny w przeciągu 1-3 min. Nasilenie bólu mogą powodować takie czynniki jak: niskie temperatury, godziny poranne, wiatr oraz spożycie obfitego posiłku. W tej postaci dusznicy ból trwa od 2 do 10 minut [7,19,20]. Głównym kryterium rozpoznawczym dławicy, są trzy cechy bólu. Pierwszą cechą stanowi charakterystyka bólu dławicowego, jak: zamostkowa lokalizacja, charakterystyczne promieniowanie i czas trwania. Druga cecha to wysiłek fizyczny lub stres jako czynnik wywołujący. Ostatnią cechą jest ustąpienie bólu w spoczynku lub po nitroglicerynie podanej podjęzykowo. Ból dławicowy typowo spełnia trzy cechy, nietypowy ból spełnia dwie, a jedna cecha świadczy o innej przyczynie bólu w klatce piersiowej. Stabilna dusznica bolesna jest rozpoznawana przez lekarza w wypadku, gdy objawy dławicowe nie ulegają nasileniu przez okres 2 miesięcy [7, 20].

Dławica mikronaczyniowa posiada 3 charakterystyczne cechy [2]. Pierwszą jest ból dławicowy w klatce piersiowej. Druga cecha to obniżenie odcinków ST w elektrokardiogramie (EKG) wysiłkowym. Trzecią cechą stanowi prawidłowy obraz tętnic wieńcowych w koronarografii, przy czym nie występuje skurcz tętnic nasierdziowych podczas próby prowokacyjnej [2]. Obraz kliniczny choroby jest zbliżony do stabilnej dusznicy bolesnej. Ból w tej odmianie najczęściej pojawia się nocą i trwa dłużej niż 10 minut. W niektórych przypadkach dolegliwości wywołane wysiłkiem fizycznym ustępują nawet po upływie 30 minut po zakończeniu aktywności. Odpowiedź na podanie nitrogliceryny podjęzykowo jest słaba lub całkowicie jej brak. Na podstawie badań podmiotowych można stwierdzić, że w tej postaci dławicy u części pacjentów występują zaburzenia lękowe [2].

W dławicy związanej z mostkami mięśniowymi nad tętnicami wieńcowymi objawy są identyczne jak dolegliwości w stabilnej dusznicy bolesnej [2].

Naczynioskurczowa postać dławicy częściej dotyka osób młodych. Skurcz naczyń wieńcowego może być powodowany również zażyciem kokainy lub amfetaminy. Lokalizacja oraz charakter bólu podobne są do objawów bólowych stabilnej postaci dusznicy. Ból w dławicy Prinzmetala zwykle pojawia się nocą. Najczęściej nie jest on związany z wysiłkiem fizycznym. Epizodom napadu towarzyszyć mogą zaburzenia przewodnictwa lub arytmia [2, 9].

Ból w niestabilnej dusznicy bolesnej różni się od bólu w stabilnej odmianie tej choroby zaledwie kilkoma zmiennymi. Dyskomfort bólowy w tej postaci może pojawić się również w spoczynku. Niekiedy nasila się i trwa powyżej 20 minut. Bólowi w UA często towarzyszą też nudności, wymioty lub potliwość [14].

Bardzo często innymi objawami niż ból, wspólnymi dla wszystkich odmian dusznicy, są tak zwane „równoważniki” lub „maski”, które utrudniają rozpoznanie. Należą do nich między innymi: tachykardia, duszność wysiłkowa, obfite pocenie się, płytki oddech, ból brzucha, nudności, zmęczenie, stan przedomdleniowy lub omdlenie [6, 7, 20]. Obraz kliniczny dławicy piersiowej, oprócz „równoważników”, mogą zaburzać również cukrzyca oraz zaadaptowanie chorego do znacznych wysiłków fizycznych (sportowcy) [20, 21].

Kolejnym punktem postawienia diagnozy są badania przedmiotowe oraz badania dodatkowe [3]. Badania przedmiotowe wnoszą najwięcej informacji, gdy możliwe jest zbadanie pacjenta w trakcie trwania bólu dławicowego. Występuje wtedy przyspieszenie

tętna, wzrost ciśnienia tętniczego krwi oraz zmiany osłuchowe, które są spowodowane odpowiedzią układu sympatycznego [6]. Badanie przedmiotowe pozwala też na stwierdzenie obecności chorób współistniejących. Dodatkowo w danym badaniu uwzględniony musi zostać wskaźnik BMI oraz obwód talii w celu identyfikacji otyłości brzusznej lub zespołu metabolicznego [3, 6].

Wśród badań dodatkowych można wyróżnić także badania laboratoryjne [3,14]. Dostarczają one informacji na temat prawdopodobnych przyczyn niedokrwienia miokardium. Stosowane są także do identyfikacji czynników ryzyka [3]. W badaniach laboratoryjnych, oprócz badania pełnej morfologii krwi, oznacza się także stężenie: troponin, kinazy kreatynowej, mioglobiny, kreatyniny, hemoglobiny glikowanej na czczo, frakcji lipidowej na czczo, BNP / NT-proBNP, parametrów czynności wątroby i hormonów tarczycy [3,14].

Do diagnostyki dusznicy bolesnej wykorzystywany jest też szereg innych badań. Najczęściej wykonywanym badaniem jest EKG spoczynkowe, które może wykazywać niewielkie zmiany w zapisie lubbyć prawidłowe. Podczas epizodu bólu dławicowego w dusznicy stabilnej zapis EKG rejestruje chwilowe obniżenia odcinka ST [2,3]. Obniżenie odcinków ST w okresie między napadami bólowymi może świadczyć o znacznym zakresie niedokrwienia lewej komory [2]. W dusznicy mikronaczyniowej, dławicy związanej z mostkami mięśniowymi nad tętnicami wieńcowymi oraz niestabilnej dusznicy bolesnej zwykle nie dochodzi do zmian w położeniu odcinków ST w zapisie elektrokardiograficznym. Odmienny wynik EKG obserwuje się natomiast w dławicy Prinzmetalą, gdzie odcinki ST ulegają uniesieniu [2].

Test wysiłkowy (EKG wysiłkowe) polega na wykonywaniu przez pacjenta stopniowo zwiększającego się wysiłku fizycznego na ergometrze rowerowym bądź bieżni ruchomej [4,6]. Celem badania jest sprowokowanie stanu niedokrwienia serca przez zwiększenie zapotrzebowania tlenowego na skutek wysiłku. Personel medyczny obserwuje pacjenta pod kątem wystąpienia bólu w klatce piersiowej lub nadmiernej duszności [4,6]. W czasie trwania badania mierzone jest tętno oraz prowadzony zapis elektrokardiologiczny. Pomiary ciśnienia tętniczego wykonywane są w równych odstępach czasu. Badanie przerywa wystąpienie epizodu dławicowego, osiągnięcie tętna docelowego (220 - wiek badanego), zmęczenie pacjenta, poważne zaburzenia rytmu serca lub spadek ciśnienia tętniczego o 10 mm Hg [4,6]. Wynik dodatni stanowi pojawienie się bólu w klatce piersiowej lub zmiany w EKG charakterystyczne dla niedokrwienia miokardium [4,6]. EKG metodą Holtera jest badaniem

ambulatoryjnym. Trwa ono 24 godziny w przeciągu których nieustannie prowadzony jest zapis elektrokardiograficzny [2].

Echokardiografia spoczynkowa jest badaniem nieinwazyjnym. Dzięki niej możliwa jest ocena struktury oraz funkcji komór i zastawek, a ponad to wykrycie zaburzeń ruchomości ścian serca spowodowanych niedokrwieniem [14]. To badanie pozwala też określić frakcję wyrzutową lewej komory. W echokardiografii (ECHO) nie zawsze stwierdza się nieprawidłowości, a dotyczy to pacjentów, którzy nie przebyli nigdy wcześniej zawału mięśnia sercowego [3].

Echokardiografia obciążeniowa polega na podaniu pacjentowi dożylnie najczęściej dobutaminy lub na wykorzystaniu bieżni bądź ergometru. Dzięki temu uwidocznione zostają niedokrwione obszary serca o nieprawidłowej ruchomości. Porównywać można też zmiany w poruszaniu się i różnice szerokości fragmentów lewej komory w czasie spoczynku oraz w najwyższej fazie wysiłku [4,6,14].

Scyntygrafia perfuzyjna pokazuje stan ukrwienia miokardium przez proporcjonalne do perfuzji wychwytywanie radioznacznika w spoczynku i wysiłku. Jako dożylnie radioznaczniki wykorzystywane są tal 201 lub ^{99m}Tc -MIBI. Miejsca niegromadzące znacznika podczas testu wskazują na brak rezerwy wieńcowej. Badanie to wykorzystuje także trójwymiarowe obrazowanie techniką tomografii emisyjnej pojedynczych fotonów (SPECT) [4,14].

Tomografia komputerowa (TK) jest jednym z ważniejszych badań nieinwazyjnych w chorobach kardiologicznych. Do wykrywania choroby wieńcowej stosowana jest wielorzędowa tomografia komputerowa (MDCT) i tomografia komputerowa wiązki elektronowej (EBCT). Dzięki TK możliwa jest ocena struktur anatomicznych tętnic oraz stopnia ich uwapnienia [3,16].

Rezonans magnetyczny pozwala na ocenę żywotności miokardium, rozległości obszaru blizny pozawałowej oraz perfuzji mięśnia sercowego. Można go przeprowadzić również w obciążeniu wysiłkiem fizycznym lub podanym środkiem farmakologicznym [2,3].

Koronarografia lub inaczej angiografia wieńcowa określana jest złotym standardem w ocenie tętnic wieńcowych oraz wykrywaniu blaszek miażdżycowych. Jest bezpieczną, inwazyjną metodą, w której ryzyko komplikacji wynosi poniżej 0,1% [14]. Dzięki temu badaniu możliwe jest określenie zmian wymagających rewaskularyzacji, ustalenie rokowania, sprowokowanie stanów skurczowych oraz ocenienie krążenia obocznego. Technika

wykonania polega na podaniu kontrastu przez cewnik wewnątrznacyniowy podczas obrazowania radiologicznego [4,6,14].

Do dodatkowych badań należą także ultrasonografia wewnątrznacyniowa (IVUS), optyczna koherentna tomografia (OCT), rezerwa przepływu wieńcowego (CFR), cząstkowa rezerwa wieńcowa (FFR) oraz test doustnego obciążenia glukozą (OGTT). Pozwalają one na dokładniejsze oszacowanie zmian patologicznych w naczyniach wieńcowych [3].

Ponadto istnieją też techniki hybrydowe, które łączą w swoim działaniu dwie metody. Wśród nich można wyróżnić: koronarografię z tomografią komputerową, koronarografię rezonansu magnetycznego, tomografię z SPECT, rezonans magnetyczny z pozytonową tomografią emisyjną (PET) lub też tomografię z PET [2,14].

Leczenie dusznicy bolesnej

Leczenie chorych z dusznicą bolesną ma przede wszystkim spełniać dwa zasadnicze cele, jak wydłużenie oraz poprawa jakości życia [22]. Podstawą każdego leczenia jest złagodzenie lub redukcja wpływu czynników ryzyka. Leczenie niefarmakologiczne obejmuje redukcję nadmiaru masy ciała, wprowadzenie diety śródziemnomorskiej, regularny trening fizyczny oraz zaprzestanie palenia papierosów [22, 23].

Leczenie farmakologiczne jest nieodzownym elementem prewencji epizodów dławicowych. Wszystkie grupy leków stosowane w tym celu mają za zadanie zmniejszyć obciążenie serca oraz zwiększyć perfuzję miokardium [6]. Do grup leków przeciwdławicowych należą: β -adrenolityki, leki przeciwplatekcyjne, nitraty, leki blokujące kanały wapniowe, leki hipolipemizujące, inhibitory konwertazy angiotensyny, syndoniminy [6,22,24].

Znacznie agresywniejszym leczeniem dusznicy bolesnej jest leczenie chirurgiczne, zwane rewaskularyzacją wieńcową [6]. Wykonywana jest ona dwoma technikami. Pierwszą jest przezskórna interwencja wieńcowa (PCI), obejmująca również przezskórna wewnątrznacyniową angioplastykę wieńcową (PTCA) [6,25,26]. Zabieg polega na przezskórnym wprowadzeniu do naczynia wieńcowego dwukanałowego cewnika z balonem przez tętnicę obwodową. Gdy balon znajdzie się w miejscu zwężenia tętnicy napędną go powietrzem w celu rozszerzenia naczynia. Najczęściej w rozszerzonym miejscu zostawia się stent, czyli cienkie, podobne do małej sprężyny urządzenie. Stent wprowadza się w postaci

sprężonej, a wypełnienie balonu powoduje jego rozprężenie. Niektóre stenty pokryte są lekami aby zapobiegać restenozie, czyli ponownemu zwężeniu tętnicy [6,26].

Drugą techniką jest przeszłowanie tętnic wieńcowych (CABG). W czasie operacji chirurg wykonuje „pomosty” pomiędzy aortą wstępującą a tętnicą wieńcową za miejscem jej zwężenia, czyli z ominięciem zwężonych odcinków. Pomostami są najczęściej fragmenty żyły odpiszczelowej lub tętnicy piersiowej wewnętrznej, pobierane od samego pacjenta [6,25].

Zabieg ten wykonać można jedną z metod: klasyczna (podłużne cięcie mostka z wykorzystaniem krążenia pozaustrojowego przy zatrzymaniu akcji serca), bez użycia krążenia pozaustrojowego (podłużne cięcie mostka na bijącym sercu), z małego dostępu (bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego przy użyciu torakowideoskopu), metoda hybrydowa (pomostowanie tętnic z małego dostępu z jednoczesną przezskórną angioplastyką) oraz przy użyciu robotów (bez otwierania klatki piersiowej, do wnętrza wprowadza się jedynie ramiona robota z torem wizyjnym) [26].

Dieta w dusznicy bolesnej

Ważną rolę w prewencji chorób układu krążenia odgrywa prawidłowo dobrana dieta. W przypadku choroby niedokrwiennej serca, w tym dusznicy bolesnej, zalecana jest dieta śródziemnomorska, która zbliżona jest do diety DASH. Cechą charakterystyczną diety śródziemnomorskiej jest przede wszystkim wysokie spożycie oliwy z oliwek, produktów pochodzenia roślinnego, niewielkie produktów odzwierzęcych oraz regularne, umiarkowane picie wina do posiłków (Tab. II) [27,28].

Powyższa dieta dostarcza zatem znaczną ilość nienasyconych kwasów tłuszczowych, a ogranicza nasycone. Bogata jest także w wyższą wartość kwasów omega 3 niż omega 6, naturalne antyoksydanty i błonnik w dużej ilości. W ten sposób dobrane produkty spożywcze wpływają na obniżenie cholesterolu LDL, działają antyoksydacyjnie oraz zmniejszają aktywność prozapalną [27,28].

Stosowanie zaleceń diety śródziemnomorskiej prowadzi do ograniczenia odkładania tkanki tłuszczowej brzusznej [28].

Tabela II. Cechy charakterystyczne diety śródziemnomorskiej wyrażone w produktach spożywczych

Produkty		
zalecane	zalecane w ograniczonej ilości	niezalecane
• oliwa z oliwek • owoce i warzywa • produkty zbożowe • nasiona roślin strączkowych • ryby	• ryby i owoce morza • mleko i wyroby mleczne • alkohol (do posiłków) • białe mięso	• czerwone mięso • tłuszcze zwierzęce • desery o wysokiej zawartości cukru

Źródło: [27].

Korzystne właściwości przedstawionej diety wynikają z wysokiej zawartości błonnika, antyoksydantów, kwasów tłuszczowych omega 3 oraz witamin z grupy B [28,29]. Błonnik roślinny dzieli się w diecie na rozpuszczalny (w miększym) i nierozpuszczalny (w skórce). Błonnik rozpuszczalny rozcieńcza treść jelit, a nierozpuszczalny tworzy efekt balastu przyspieszającego pasaż jelitowy. Działanie obu rodzajów błonnika przyczynia się do zmniejszenia wchłaniania spożytego cholesterolu, nasyconych kwasów tłuszczowych i węglowodanów [28]. Do antyoksydantów zaliczane są witaminy A, C, E, selen oraz bioflawonoidy. Mają one właściwości przeciwutleniające oraz usuwają wolne rodniki tlenowe, które powodują zaburzenia funkcjonowania komórek i nieodwracalne uszkodzenie tkanek. Witaminy z grupy B zapobiegają hiperhomocysteinemii, która zwiększa zagrożenie wystąpienia choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu. Kwasy tłuszczowe omega 3 zmniejszają stężenie triglicerydów, agregację trombocytów, a także obniżają ciśnienie tętnicze krwi [28,29].

W diecie chorego z dusznicą bolesną należy zwiększyć również udział potasu, magnezu i wapnia. Wskazana jest także suplementacja witaminy D [29]. Dla pacjentów dotkniętych miażdżycą lub chorobą wieńcową określono zalecane dawki dzienne spożycia niezbędnych dla nich witamin, minerałów, kwasów tłuszczowych, aminokwasów oraz flawonoidów. Na

podstawie literatury wybrane dzienne dawki składników odżywczych wynoszą: witamina C 500-3000 mg; witamina E 200-1000 IU; kompleks witaminy B 20-100 mg; kwas foliowy 0,4-1 mg; witamina D 500-1000 IU; magnez / potas 300-100/200-500 mg; selen 100-300 µg; kwasy tłuszczowe omega-3 1-3 g; L-arginina 2000-6000 mg; polifenole 50- 300 mg [30].

CEL PRACY

Celem pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z chorobą wieńcową i zaplanowanie działań pielęgniarских, opracowanie indywidualnego procesu pielęgnowania dla pacjenta ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową, modyfikacja zachowań zdrowotnych pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 70-letnią pacjentkę z rozpoznaną chorobą wieńcową, hospitalizowaną w Klinice Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w terminie od 23.11.2017 r. do 25.11.2017 r.

Materiał do badań został zebrany na podstawie analizy dokumentacji (historii choroby pacjenta, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich), wyników badań laboratoryjnych i pomiarów bezpośrednich i pośrednich. W celu sformułowania diagnozy i ustalenia indywidualnego planu postępowania pielęgniarского została wykorzystana metoda procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Indywidualny opis przypadku

Pacjentka T.N 70- letnia emerytka, została przyjęta do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem: przewlekła choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, utrwalone

migotanie przedsionków. Według skali CCS stan nasilenia jej choroby niedokrwiennej osiąga II/III klasę, a w skali NYHA II stopień niewydolności serca. W subiektywnym odczuciu pacjentki najbardziej dokuczliwymi dolegliwościami była duszność wysiłkowa, ból o charakterze ucisku w okolicy mostka podczas napadu dławicowego, nykturia oraz nietrzymanie moczu. Na podstawie przeprowadzonego z pacjentką wywiadu wynika, że w 2014 i 2015 roku miała wykonane PCI ze stentem, wykonano u niej także chirurgiczne leczenie nietrzymania moczu, cholecystektomię, zabieg ginekologiczny usunięcia polipa macicy oraz operacyjne zespolenie złamania guzka większego kości ramiennej lewej za pomocą śrub chirurgicznych. Badanie fizykalne wykazało obecność żylaków podudzi na obu kończynach dolnych oraz obrzęk lewej ręki w okolicy dłoni i nadgarstka, który powstał w wyniku zabiegu dokonanego na kości ramiennej. W wynikach badań laboratoryjnych stwierdzono obniżone pH moczu, we krwi podwyższony poziom trójglicerydów, BNP, odczyn Biernackiego (OB) oraz glukozy w surowicy, a z kolei zbyt niski cholesterolu HDL. Po przyjęciu do kliniki wykonane zostało u niej PCI prawej tętnicy wieńcowej ze wstawieniem stentu z dojścia z tętnicy promieniowej lewego nadgarstka. Po zabiegu, w miejscu wkłucia, został umieszczony opatrunek i opaska uciskowa.

Ocena stanu społecznego

Pacjentka mieszka na wsi w jednorodzinnym domu razem z mężem. Warunki mieszkaniowe są dobre, mieszkanie jest trzypokojowe z kuchnią i łazienką. Dzieci pacjentki z nią nie mieszkają, ale utrzymują stały kontakt z rodzicami. Przed uzyskaniem emerytury chora pracowała fizycznie w zakładzie produkcyjnym oraz dodatkowo zajmowała się rolnictwem. Nigdy nie paliła papierosów, alkohol spożywała okazjonalnie w niewielkich ilościach. Obecnie pacjentka nie pije alkoholu. Chora stosuje się do zaleceń diety cukrzycowej oraz regularnie przyjmuje leki przeciwcukrzycowe, jednak przyznaje się do niestosowania diety śródziemnomorskiej oraz pomijania dawek leków zleconych przez lekarza kardiologa. Wiedza pacjentki na temat choroby niedokrwiennej serca jest niewystarczająca. Chora nie prowadzi regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego i glikemii, w wyniku niedostatecznej wiedzy i posiadanych umiejętności w tym zakresie. Jest ona skłonna do współpracy, wyraża zgodę na hospitalizację i metody leczenia.

Ocena stanu biologicznego

Pacjentka T.N wzrost 160 cm, waga ciała 77 kg, BMI 30,08 kg/m². W dniu przyjęcia pacjentki poziom glikemii we krwi wynosił 160 mg%, tętno: 61 u/min, RR: 167/67 mmHg,

temperatura ciała 36,4° C. Pacjentka przytomna, logiczna, z zachowaną świadomością. Na skórze brak zmian patologicznych. Skóra pacjentki jest sucha, o ziemistym odcieniu. Stan ogólny higieny dobry. Oddech o prawidłowym torze, występuje duszność wysiłkowa. Liczba oddechów na minutę jest równa 15. Pacjentka zgłasza napadowe bóle w klatce piersiowej o charakterze uciskania w okolicy mostka z towarzyszącymi zlewnymi potami, które trwają do 5 minut. Zaobserwowano u chorej żylaki podudzi oraz obrzęk lewej dłoni i nadgarstka, które jednak nie powodują trudności w poruszaniu się i wykonywaniu czynności życia codziennego. Występuje nykturia oraz nietrzymanie moczu zarówno wysiłkowe jak i nagłace. Chora uskarża się na przewlekłe oddawanie luźnych stolców. Badanie EKG wykazuje migotanie przedsionków.

W dniu prowadzenia pielęgniarskiej obserwacji, pacjentka wyrażała lęk i niepokój związany z jej stanem zdrowia i hospitalizacją. Silne emocje wywołały u niej duszność. Odczuwała stres z powodu przygotowania do zabiegu PCI, zgłaszała ból o charakterze ucisku w okolicy mostka. Uskarżała się na senność wynikającą z płytkiego snu, trudności w zasypianiu oraz konieczności oddawania moczu w nocy. Chora zgłaszała również nudności występujące zaraz po przebudzeniu. W zapisie badania EKG widoczne są zaburzenia wskazujące na migotanie przedsionków. Pomiary ciśnienia tętniczego krwi w ciągu dnia wykazały wysokie jego wartości (158/90 mmHg), które manifestowały się złym samopoczuciem pacjentki. Zaobserwowano także podwyższony poziom glikemii po posiłku (157 mg%). W rannych godzinach została poddana zabiegowi PCI ze wstawieniem stentu do prawej tętnicy wieńcowej. Miejsce wprowadzenia cewnika w lewym nadgarstku zabezpieczono opatrunkiem oraz opaską uciskową.

W trakcie obserwacji spostrzeżono nadmiernie przesuszoną skórę na całej powierzchni ciała pacjentki, co wynika z niedostatecznej samopielęgnacji. U chorej zaobserwowano zmniejszone pragnienie wywołane osłabieniem. Żylaki na podudziach objawiały się uczuciem ciężkości nóg. Pacjentka zgłaszała dyskomfort spowodowany nietrzymaniem moczu oraz oddawaniem moczu w nocy. Obrzęk lewej dłoni i nadgarstka nie powiększył się pomimo założenia opaski uciskowej. Ze względu na niestosowanie się pacjentki do zaleceń lekarza dotyczących diety śródziemnomorskiej i regularnego przyjmowania leków występuje ryzyko pogłębienia się choroby niedokrwiennej serca i wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego. U chorej zauważalny jest deficyt wiedzy na temat

przebiegu choroby niedokrwiennej serca, sposobu i potrzeby jej leczenia. Pacjentka odczuwa dyskomfort wywołany nadmierną masą ciała.

Pacjentka w dniu obserwacji miała prowadzoną farmakoterapię:

- 2x 0,9% NaCl 500 ml i.v – okołozabiegowo
- 2 tabletki Neorelium 5 mg p.o – okołozabiegowo
- Atorvastatin Bluefish 20 mg p.o
- Diaprel MR 60 mg p.o
- 0,5 tabletki Digoxin WZF 0,25 mg p.o
- Tertensif SR 1,5 mg p.o
- Primacor 20 mg p.o
- Tritace 10 mg p.o
- Metocard ZK 95 mg p.o
- 1,5 tabletki Acenocumarol WZF 4mg p.o
- Acard 75 mg p.o
- Clexane 0,8 ml / 80 mg s.c

Propozycja opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z rozpoznaną chorobą wieńcową

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból i ucisk w okolicy mostka wywołany stresem z powodu przygotowania do zabiegu PCI.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i obniżenie poziomu stresu.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Udzielenie wsparcia pacjentce podczas wykonywania czynności przygotowawczych do zabiegu;

- Prowadzenie rozmowy, wyjaśnienie przebiegu zabiegu oraz zasad zachowania się po zabiegu;
- Zapewnienie półwysokiego ułożenia w łóżku;
- Obserwacja i odnotowanie natężenia, lokalizacji, charakteru i czasu trwania dolegliwości bólowych;
- Wykonanie badania EKG;
- Pobranie krwi do badań diagnostycznych na zlecenie lekarza;
- Uspokajanie pacjentki;
- Monitorowanie i odnotowywanie wartości RR i HR;
- Podanie nitrogliceryny podjęzykowo na zlecenie lekarza (np. Nitromint, 1 dawka aerozolu 0,4mg, s.l), odnotowanie podania leku oraz obserwacja skuteczności jego działania;

Realizacja:

- Udzielono wsparcia pacjentce podczas wykonywania czynności przygotowawczych do zabiegu (udostępnienie antybakteryjnego środka myjącego, pomoc przy usunięciu protez zębowych);
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentką, wyjaśniono przebieg zabiegu oraz zasady zachowania się po zabiegu;
- Ułożono pacjentkę w pozycji półwysokiej;
- Obserwowano pacjentkę pod kątem cech bólu dławicowego (silny ból zamostkowy o charakterze ucisku, utrzymujący się przez okres 7 minut), uzyskane informacje odnotowano;
- Wykonano badanie EKG, w którego zapisie widać zmiany wskazujące na migotanie przedsionków oraz obniżenie odcinków ST;
- Monitorowano i odnotowywano tętno o raz ciśnienie tętnicze krwi (RR: 159/76 mmHg, HR: 90 u/min);
- Podano podjęzykowo nitroglicerynę (Nitromint, 1 dawkę 0,4 mg), odnotowano podanie leku oraz zaobserwowano zmniejszenie dolegliwości bólowych po 2 minutach;

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe ustąpiły. Poziom stresu został obniżony.

Diagnoza pielęgniarska 2: Duszność wywołana silnymi emocjami.

Cel: Zredukowanie uczucia duszności.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie pacjentce w łóżku pozycji półwysokiej;
- Ocena czasu trwania i natężenia duszności;
- Uspokajanie pacjentki;
- Monitorowanie i odnotowywanie wartości podstawowych parametrów życiowych, w tym saturacji;
- Prowadzenie tlenoterapii na zlecenie lekarza;
- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia hipoksji;
- W czasie napadu duszności pomoc w wykonywaniu czynności oraz komasowanie działań pielęgniarskich;
- Wyjaśnienie pacjentce mechanizmu i przyczyn powstawania duszności;

Realizacja:

- Zapewniono pacjentce pozycję półwysoką w łóżku;
- Oceniono czas trwania (7 minut) i stopień natężenia duszności (duszność o niewielkim stopniu natężenia);
- Monitorowano i odnotowano wartości podstawowych parametrów (RR: 156/70 mmHg, HR: 74 u/min, SpO₂: 96%);
- Nie zaobserwowano u pacjentki objawów wskazujących na wystąpienie hipoksji;
- Przekazano pacjentce informacje na temat mechanizmu i przyczyn powstawania duszności;

Ocena podjętych działań: Zredukowano uczucie duszności.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia powikłań po wykonanym zabiegu PCI.

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań po zabiegu PCI.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie kończyny operowanej powyżej linii serca;
- Monitorowanie i odnotowywanie wartości RR i HR;
- Obserwacja dłoni poniżej opaski uciskowej oraz ocena jej ciepłoty;

- Obserwacja opatrunku w miejscu nakłucia pod kątem powiększającego się krwawienia;
- Wykonanie badania EKG;
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniej ilości płynów do picia oraz podanie na zlecenie lekarza 500 ml 0,9% roztworu NaCl dożylnie w celu wydalenia kontrastu;
- Poluzowywanie opaski uciskowej co 30 minut;
- Pozostawienie opaski uciskowej przez 4 godziny od wykonania zabiegu a następnie usunięcie jej;
- Poinformowanie pacjentki o:
 - planowanym czasie utrzymania opatrunku uciskowego,
 - konieczności unikania wykonywania kończyną po zabiegu nagłych ruchów, unikania podnoszenia nią przedmiotów oraz trzymania jej powyżej linii serca;
- Edukacja pacjentki na temat wyglądu dłoni i dolegliwości związanych z uciskiem, które nie powinny budzić obaw (dolegliwości bólowe, zasinienie dłoni) oraz przedstawienie objawów, które należy niezwłocznie zgłosić (zblednięcie dłoni oraz obniżenie jej ciepłoty w porównaniu z dłonią nieuciśniętą opaską, nasilające się krwawienie z miejsca nakłucia tętnicy);
- Podanie leku zmniejszającego krzepliwość krwi na zlecenie lekarza (np. Clexane 0,8 ml, podskórnie), odnotowanie podania leku oraz kontrolowanie skuteczności jego działania;
- W wypadku zwiększania się ilości krwi wypływającej z miejsca po nakłuciu:
 - powiadomienie lekarza,
 - dopompowanie opaski uciskowej;
- Zgłaszanie lekarzowi objawów niepokojących;

Realizacja:

- Ułożono kończynę operowaną powyżej linii serca;
- Monitorowano i odnotowano wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna (RR: 156/70 mmHg, HR: 74 u/min);
- Obserwowana dłoń była zasiniona, ciepłota fizjologiczna (tak jak w dłoni nieuciśniętej);
- Obserwowano opatrunek w miejscu nakłucia tętnicy promieniowej. Krwawienie nie nasilało się;

- Wykonano EKG, zapis zawiera jedynie zmiany wskazujące na migotanie przedsionków;
- Zachęcano pacjentkę do picia wody oraz podano na zlecenie lekarza 500 ml 0,9% NaCl;
- Poluzowywano opaskę uciskową co 30 minut;
- Poinformowano pacjentkę o:
 - planowanym czasie utrzymania opaski uciskowej do 4 godzin,
 - konieczności trzymania kończyny poniżej linii serca, unikania podnoszenia nią przedmiotów oraz unikania wykonywania gwałtownych nią ruchów,
 - objawach, które nie powinny budzić obaw (dolegliwości bólowe, zasinienie dłoni) oraz tych, które powinna niezwłocznie zgłosić personelowi (zblednięcie dłoni oraz obniżenie jej ciepłoty w porównaniu z dłonią nieuciśniętą opaską, nasilające się krwawienie z miejsca nakłucia tętnicy);
- Usunięto po 4 godzinach opaskę uciskową oraz zmieniono opatrunek;

Ocena podjętych działań: Stan pacjentki po wykonanym zabiegu PCI był stabilny i nie wymagał dodatkowych interwencji pielęgniarских lub lekarskich.

Diagnoza pielęgniariska 4: Możliwość wystąpienia powikłań cukrzycy typu 2 w wyniku wysokich wartości glikemii (160 mg%).

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań cukrzycy typu 2.

Plan opieki pielęgniariskiej:

- Zapewnienie dla pacjentki posiłków zgodnych z zaleceniami diety cukrzycowej:
 - ograniczenie soli do 5g na dobę,
 - utrzymanie kaloryczności posiłków w przedziale ok. 1500- 1700 kcal na dobę,
 - ograniczenie ilości produktów zawierających cukry proste, np. słodczy, miód, dżem, białe pieczywo itd.,
 - posiłki w małych porcjach od 4 do 6 razy na dobę,
 - posiłki składające się z takich produktów jak: ciemne pieczywo, kasze, produkty pełnoziarniste, drób, ryby, oliwa z oliwek, warzywa, owoce o niskiej zawartości fruktozy itd.,
 - przygotowywanie potraw przez gotowanie w wodzie, na parze lub pieczenie;

- Podanie doustnych leków przeciwcukrzycowych na zlecenie lekarza (Diaprel MR 60 mg, p.o) odnotowanie podania leku oraz kontrola skuteczności jego działania;
- Kontrolowanie i odnotowywanie poziomu glikemii;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - konieczności regularnego i zgodnego ze zleceniem stosowania leków przeciwcukrzycowych,
 - skutków niestosowania się do farmakoterapii,
 - możliwych powikłań związanych z wysokimi wartościami glikemii w przebiegu źle prowadzonej cukrzycy typu 2,
 - potrzeby prowadzenia umiarkowanej, systematycznej, dynamicznej aktywności fizycznej (jazda rowerem, spacer, pływanie) oraz skutków zaniedbania danej dziedziny życia (powikłania choroby cukrzycowej);
 - zasad żywienia w cukrzycy typu 2, jak: spożywanie od 4 do 6 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu w małych porcjach, unikanie podjadania między posiłkami, eliminacja cukrów prostych, słodczy i słodkich wypieków, tłuszczów zwierzęcych, z wyjątkiem ryb i chudego, białego mięsa, eliminacja słodkich owoców, jak np. banan, śliwka, gruszka, brzoskwinia itp., unikanie produktów przetworzonych np. konserw oraz unikanie smażenia;
- Uświadomienie pacjentki o znaczeniu diety i wysiłku fizycznego jako głównych czynników procesu leczenia;
- Dostarczenie pacjentce broszur informacyjnych ze wskazówkami dotyczącymi żywienia, aktywności fizycznej oraz przyjmowania leków;
- Zachęcanie pacjentki do samobadania poziomu glikemii oraz uświadomienie potrzeby jego wykonywania;
- Uświadomienie pacjentki o konieczności zgłaszania się na regularne wizyty do lekarza diabetologa;

Realizacja:

- Zapewniono pacjentce posiłki zgodne z zaleceniami diety cukrzycowej:
 - ograniczono wykorzystanie soli w posiłkach do 5g na dobę,
 - kaloryczność posiłków utrzymano w przedziale od 1500 do 1700 kcal na dobę,
 - ograniczono produkty zawierające cukry proste, podano 2 łyżki dżemu niskosłodzonego do śniadania,

- posiłki podawano w małych porcjach 5 razy dziennie,
- posiłki zawierały takie produkty jak: ciemne pieczywo, kasze, produkty pełnoziarniste, drób, ryby, oliwa z oliwek, warzywa, owoce o niskiej zawartości fruktozy itd.
- potrawy przygotowywano przez gotowanie w wodzie i na parze oraz pieczenie;
- Podano doustne leki przeciwcukrzycowe na zlecenie lekarza (Diaprel MR 60 mg, p.o), odnotowano podanie leku oraz zaobserwowano obniżenie wartości glikemii do 136 mg%;
- Kontrolowano i odnotowywano poziom glikemii (8.00- 142mg%, 12.00- 149 mg%, 16.00- 140mg%, 19.00- 136mg%);
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - potrzeby prowadzenia umiarkowanej, systematycznej, dynamicznej aktywności fizycznej (jazda rowerem, spacer, pływanie) oraz skutków zaniedbania danej dziedziny życia (powikłania choroby cukrzycowej);
 - zasad żywienia w cukrzycy typu 2, jak: spożywanie od 4 do 6 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu w małych porcjach, unikanie podjadania między posiłkami, eliminacja cukrów prostych, słodczy i słodkich wypieków, tłuszczów zwierzęcych, z wyjątkiem ryb i chudego, białego mięsa, eliminacja słodkich owoców, jak np. banan, śliwka, gruszka, brzoskwinia itp., unikanie produktów przetworzonych np. konserw oraz unikanie smażenia;
- Uświadomiono pacjentce potrzebę utrzymywania diety oraz wykonywania odpowiednio dostosowanego wysiłku fizycznego, jako elementów procesu leczenia;
- Zachęcano pacjentkę do samobadania poziomu glikemii;

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do wystąpienia powikłań. Poziom glikemii został obniżony do 136 mg%.

Diagnoza pielęgnarska 5: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych w wyniku utrwalonego migotania przedsionków.

Cel: Profilaktyka powikłań zakrzepowo- zatorowych w przebiegu utrwalonego migotania przedsionków.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Ocena rytmu serca, miarowości i częstotliwości;

- Wykonanie badania EKG;
- Podanie leku regulującego pracę serca na zlecenie lekarza (np. Digoxin WZF, 0,25 mg, p.o), odnotowanie podania leku oraz obserwacja skuteczności jego działania;
- Podanie leku zmniejszającego krzepliwość krwi na zlecenie lekarza (np. Acenocumarol WZF 4 mg, p.o) odnotowanie podania leku oraz obserwacja skuteczności jego działania;
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - postępowania w razie pominięcia dawki leku (Niewskazane jest przyjmowanie pominiętej dawki leku, ani też nie należy zwiększać kolejnej dawki leku. Należy przyjąć lek w zalecanej dawce i o stałej godzinie, w której lek był przyjmowany.),
 - konieczności przyjmowania zleconych leków, sposobu ich działania, dawkowania oraz skutków ubocznych,
 - konieczności systematycznego badania znormalizowanego czasu protrombinowego (INR) w przypadku leczenia doustnymi antykoagulantami, jak np. Acenocumarol,
 - konieczności odbywania regularnych wizyt u lekarza kardiologa;

Realizacja:

- Oceniono rytm serca, jest przyspieszony (95 u/min), niemierny;
- Podano leki regulujące pracę serca na zlecenie lekarza (Digoxin WZF, 0,25 mg, p.o), odnotowano podanie leku oraz zaobserwowano zwolnienie pracy serca do 70 u/min oraz nieznaczne zwiększenie miarowości pracy serca;
- Wykonano badanie EKG, którego zapis wykazuje zmiany świadczące o migotaniu przedsionków;
- Podano leki zmniejszające krzepliwość krwi na zlecenie lekarza (Acenocumarol WZF 4 mg, p.o) oraz odnotowano podanie leku;
- Poinformowano pacjentkę o:
 - sposobie działania w wypadku pominięcia dawki (Niewskazane jest przyjmowanie pominiętej dawki leku, ani też nie należy zwiększać kolejnej dawki leku. Należy przyjąć lek w zalecanej dawce i o stałej godzinie, w której lek był przyjmowany.),
 - konieczności systematycznego badania znormalizowanego czasu protrombinowego (INR) w przypadku leczenia doustnymi antykoagulantami, jak np. Acenocumarol;

Ocena podjętych działań: Nie rozpoznano u pacjentki żadnych objawów wskazujących na wystąpienie powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Obniżone samopoczucie pacjentki spowodowane wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego (158/90 mmHg).

Cel: Podwyższenie samopoczucia pacjentki. Znormalizowanie wartości RR.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Kontrolowanie 3 razy w ciągu dnia wartości ciśnienia tętniczego oraz odnotowywanie ich w dokumentacji;
- Pobranie krwi żyłnej do badań diagnostycznych;
- Podanie leku obniżającego ciśnienie tętnicze na zlecenie lekarza (np. Tertensif SR 1,5 mg, p.o), odnotowanie podania leku oraz monitorowanie skuteczności jego działania;
- Poinformowanie pacjenta o możliwym działaniu ubocznym leków obniżających ciśnienie tętnicze;
- Udział w leczeniu farmakologicznym chorób współistniejących, które wywierają wpływ na wzrost wartości RR, jak cukrzyca i hiperlipidemia (np. Atorvastatin Bluefish 0,02 g, p.o , Diaprel MR 60 mg, p.o);
- Zalecenie:
 - ograniczenia spożywania alkoholu, soli, kofeiny, produktów przetworzonych i produktów smażonych,
 - zwiększenia w diecie ilości produktów bogatych w magnez (nasiona roślin strączkowych, otręby, kasza gryczana), potas (pomidory, brukselka, sok pomarańczowy, kiwi) i kwasy tłuszczowe wielonienasycone (ryby, oliwa z oliwek, masło roślinne);
- Edukacja pacjentki na temat:
 - pozytywnego wpływu na obniżenie ciśnienia tętniczego: umiarkowanego, systematycznego aerobowego wysiłku fizycznego, minimum 30 - 60 minut dziennie (spacer, jazda rowerem, pływanie), racjonalnego wypoczynku (z ww. elementami aktywności fizycznej), odpowiedniej ilości snu (7-8 h), radzenia sobie ze stresem (rozmowy z bliskimi, wykonywanie czynności sprawiających radość, aktywność fizyczna, jak np. pływanie, spacerowanie itd.);

- samodzielnego, prawidłowego wykonywania pomiarów RR (mankiet: na kończynie niedominującej, 2-3 cm od zgięcia łokciowego, szeroki na $\frac{3}{4}$ ramienia, na wysokości serca, nie należy zakładać na ubranie, badanie: w pozycji siedzącej lub leżącej, w spoczynku, nie wskazane jest poruszanie się i mówienie podczas badania) oraz interpretowania wyników (norma wartości RR: 110-139/65-94 mmHg),
- ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych zmniejszających stres, jak np. leżenie na plecach, ułożenie dłoni na brzuchu, oddychanie torem brzuszny, obserwowanie unoszenia się dłoni, wdech nosem, wydech przez „zasznurowane usta” lub trening autogenny Schultza;
- Zachęcanie pacjentki do prowadzenia samobadania wartości RR oraz notowania otrzymanych wyników w specjalnie założonym notatniku;
- Uświadomienie potrzeby normalizacji masy ciała;

Realizacja:

- Kontrolowano wartości ciśnienia tętniczego trzykrotnie w ciągu dnia oraz odnotowano uzyskane wyniki (8.00- 155/87 mmHg , 13.00- 158/90 mmHg, 17.00- 148/79 mmHg);
- Podano lek obniżający ciśnienie tętnicze na zlecenie lekarza (Tertensif SR 1,5 mg, p.o), odnotowano podanie leku oraz monitorowano skuteczność jego działania (148/79 mmHg);
- Na zlecenie lekarza podano leki łagodzące objawy innych chorób współistniejących podwyższających wartości RR, Atorvastatin Bluefish 0,02 g, p.o zmniejszający stężenie lipidów we krwi, Diaprel MR 60 mg, p.o obniżający stężenie glukozy we krwi;
- Przekazano zalecenia dotyczące:
 - ograniczenia spożywania alkoholu, soli, kofeiny, produktów przetworzonych i produktów smażonych,
 - zwiększenia w diecie ilości produktów bogatych w magnez (nasiona roślin strączkowych, otręby, kasza gryczana), potas (pomidory, brukselka, sok pomarańczowy, kiwi) i kwasy tłuszczowe wielonienasycone (ryby, oliwa z oliwek, masło roślinne);
- Wyedukowano chorą na temat:
 - pozytywnego wpływu obniżania wartości ciśnienia tętniczego przez: umiarkowany, systematyczny, aerobowy wysiłek fizyczny trwający od 30 do 60 minut dziennie (spacer,

jazda rowerem, pływanie), racjonalny wypoczynek (z ww. elementami aktywności fizycznej), odpowiednią ilość snu (7-8 h), stosowanie technik radzenia sobie ze stresem (rozmowy z bliskimi, wykonywanie czynności sprawiających radość, aktywność fizyczna, jak np. pływanie, spacerowanie itd.);

- Zachęcano pacjentkę do prowadzenia samodzielnego wykonywania pomiarów ciśnienia tętniczego oraz notowania uzyskanych wyników;
- **Ocena podjętych działań:** Podwyższono samopoczucie pacjentki. Wartości ciśnienia tętniczego nieznacznie uległy zmniejszeniu (148/79 mmHg).

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort pacjentki wywołany przez nykturię.

Cel: Zredukowanie dyskomfortu wywołanego przez oddawanie moczu nocą.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie pacjentce na sali chorych łóżka znajdującego się najbliżej łazienki;
- Zalecenie ograniczenia ilości przyjmowanych płynów przed snem do maksymalnie 1 szklanki płynu;
- Pozostawienie na noc otwartych drzwi sali chorych, aby światło padające z korytarza oświetlało pacjentce drogę do łazienki;
- Zalecenie całkowitego opróżniania pęcherza moczowego podczas nocnych mikcji;
- Odradzanie pacjentce wstrzymywania moczu;
- Usunięcie z podłogi przedmiotów, o które pacjentka mogłaby się potknąć nocą w drodze do łazienki;
- Uświadomienie pacjentki o występowaniu nykturii, jako możliwego skutku ubocznego przyjmowanych leków;

Realizacja:

- Przekazano informację o konieczności zmniejszenia ilości przyjmowanych płynów przed snem do 1 szklanki maksymalnie;
- Zalecono całkowite opróżnianie pęcherza moczowego podczas nocnych mikcji;
- Usunięto przedmioty, o które mogłaby potknąć się nocą pacjentka idąc do łazienki;
- Uzmysłowiono pacjentce, że nykturia może być powodowana przyjmowanymi przez pacjentkę lekami;

Ocena podjętych działań: Nie zmniejszono uczucia dyskomfortu. Pacjentka oddała w nocy mocz dwukrotnie.

Diagnoza pielęgnarska 8: Dyskomfort pacjentki wywołany nietrzymaniem moczu.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu związanego z nietrzymaniem moczu.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Zapewnienie pacjentce na sali chorych łóżka znajdującego się najbliżej łazienki;
- Zmiana pościeli pacjentki w wypadku zamoczenia moczem;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - sposobu wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy, w tym mięśni odpowiedzialnych za wydalanie moczu (np. w pozycji siedzącej z rękoma na kolanach: przy wydechu napiąć wszystkie mięśnie wokół odbytu i ujścia cewki moczowej i wytrzymać tak 15 sekund, przy wdechu rozluźnić mięśnie) oraz przedstawienie wpływu tych ćwiczeń na daną dolegliwość,
 - konieczności całkowitego opróżniania pęcherza moczowego podczas mikcji, zwłaszcza po nocnym wypoczynku,
 - korzystnego wpływu oddawania moczu o ustalonych godzinach, najlepiej w godzinach w których najczęściej dochodzi do bezwiednego oddania moczu,
 - istnienia wielu udogodnień tworzonych na potrzeby osób z nietrzymaniem moczu, jak pielucho majtki, wkłady anatomiczne, majtki zabezpieczające, specjalistyczne podkłady i prześcieradła chłone,ce,
 - przewidywanego średniego kosztu ww. udogodnień oraz miejsca ich sprzedaży;
- Zachęcanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy 3 razy dziennie po 10 powtórzeń;
- Zaproponowanie pacjentce prowadzenia dzienniczka do notowania godzin oddawania moczu oraz przypadków mimowolnego jego oddania;
- Dostarczenie ulotek oraz broszur informacyjnych o produktach tworzonych dla osób z nietrzymaniem moczu;
- Zapewnienie chorej warunków intymności w łazience;
- Zachęcanie do wykonania toalety okolic krocza po każdym incydencie mimowolnego oddania moczu;

Realizacja:

- Zmieniono zamoczoną moczem pościel z łóżka chorej na czystą;
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy oraz przedstawiono sposób ich wykonywania (m.in. → w pozycji siedzącej z rękoma na kolanach: przy wydechu napiąć wszystkie mięśnie wokół odbytu i ujścia cewki moczowej i wytrzymać tak 15 sekund, przy wdechu rozluźnić mięśnie; → w pozycji siedzącej, z nogami wyprostowanymi, skrzyżowanymi, trzymając się brzegów krzesła: przy wydechu naciskać na siebie brzegami skrzyżowanych stóp oraz napinać mięśnie nóg, przy wdechu rozluźnić mięśnie,
 - udogodnień dla osób z nietrzymaniem moczu, jak pielucho majtki, wkłady anatomiczne, majtki zabezpieczające, specjalistyczne podkłady i prześcieradła chłonne, a także przekazano informacje na temat średniej ceny danych produktów i miejsca ich sprzedaży;
- Zachęcano pacjentkę do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy, jak: w pozycji siedzącej z rękoma na kolanach: przy wydechu napiąć wszystkie mięśnie wokół odbytu i ujścia cewki moczowej i wytrzymać tak 15 sekund, przy wdechu rozluźnić mięśnie;
- Zalecono chorej całkowite opróżnianie pęcherza moczowego przy każdej mikcji, a zwłaszcza po przebudzeniu;
- Zachęcano pacjentkę do regularnego oddawania moczu;
- Zapewniono warunki intymności w łazience;

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort związany z nietrzymaniem moczu.

Diagnoza pielęgniarska 9: Uczucie ciężkości nóg spowodowane żylakami podudzi.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości ze strony żylaków podudzi.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ocena lokalizacji zmian żylnych, ocieplenia kończyn oraz odnotowanie wyników badania podmiotowego;
- Dokonanie pomiaru obwodów podudzi powyżej kostek, w połowie łydek oraz na udach w celu określenia rozległości obrzęku;
- Edukacja pacjentki na temat:

- pozytywnego wpływu wykonywania ćwiczeń kończyn dolnych na dolegliwości związane z żylakami oraz przedstawienie sposobu ich wykonywania, jak np.:
 - maszerowanie w miejscu z unoszeniem wysoko kolan,
 - w pozycji stojącej naprzemienne stawanie na palcach i na piętach utrzymując każdą pozycję 3 sekundy,
 - w leżeniu na plecach wykonywanie tzw. „rowerka” w przód a następnie do tyłu
 - w leżeniu na plecach uniesienie nóg na wysokość ok. 20 cm i wykonanie tzw. „nożyc” pionowych, poprzecznych lub zataczanie stopami kółeczek,
- korzystnego wpływu odpoczywania w pozycji leżącej z nogami uniesionymi nieco ponad linię serca,
- potrzeby zredukowania masy ciała przy danej dolegliwości;
- Mobilizowanie pacjentki do wykonywania ww. ćwiczeń kończyn dolnych;
- Uzmysłowanie pacjentce potrzeby leczenia żylaków oraz przedstawienie skutków zaniechania leczenia;
- Zachęcanie pacjentki do konsultacji medycznej z lekarzem flebologiem;
- Podanie na zlecenie lekarza leku zmniejszającego krzepliwość krwi (np. Acard 75 mg, p.o), odnotowanie podania leku oraz monitorowanie jego skuteczności;

Realizacja:

- Oglądano oraz badano palpacyjnie miejsca lokalizacji żylaków (umiejscowienie żylaków na podudziach, ocieplenie kończyn dolnych było podobne do ocieplenia kończyn górnych). Odnotowano otrzymane wyniki;
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - pozytywnego wpływu wykonywania ćwiczeń kończyn dolnych na dolegliwości związane z żylakami oraz przedstawiono sposób ich wykonywania:
 - maszerowanie w miejscu z unoszeniem wysoko kolan,
 - w pozycji stojącej naprzemienne stawanie na palcach i na piętach utrzymując każdą pozycję 3 sekundy,
 - w leżeniu na plecach wykonywanie tzw. „rowerka” w przód a następnie do tyłu
 - w leżeniu na plecach uniesienie nóg na wysokość ok. 20 cm i wykonanie tzw. „nożyc” pionowych, poprzecznych lub zataczanie stopami kółeczek,
 - korzyści wynikających z odpoczynku w pozycji leżącej z nogami uniesionymi powyżej linii serca;

- Zachęcano pacjentkę do konsultacji medycznej z lekarzem flebologiem;
- Podano na zlecenie lekarza lek zmniejszający krzepliwość krwi- Acard 75 mg, p.o oraz odnotowano jego podanie;

Ocena podjętych działań: Pacjentka rzadziej odczuwa dyskomfort w postaci uczucia ciężkości nóg.

Diagnoza pielęgnarska 10: Poranne nudności pogarszające samopoczucie pacjentki.

Cel: Zminimalizowanie odczuwania nudności w godzinach porannych.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Obserwacja czasu trwania oraz nasilenia nudności oraz odnotowanie uzyskanych wyników;
- Zaproponowanie pacjentce uniesienia lekko wezgłowia łóżka na czas snu;
- Zapewnienie pacjentce z rana wody do picia;
- Zapewnienie pacjentce spokoju;
- Wietrzenie sali chorych w celu zapewnienia dopływu świeżego powietrza i usunięcia zapachów przykrych i drażniących;
- W czasie trwania nudności zalecenie wypicia herbaty z imbirem lub ssania kawałka świeżego imbiru;
- Zalecenie unikania gwałtownych zmian pozycji zaraz po przebudzeniu;

Realizacja:

- Dokonane obserwacje wykazały, że nudności przez pierwsze 5 minut miały średnie nasilenie, przez następne 3 minuty były niezbyt dokuczliwe dla pacjentki. Odnotowano uzyskane wyniki;
- Zaproponowano pacjentce uniesienie wezgłowia łóżka na czas snu;
- Zapewniono pacjentce po przebudzeniu wodę do picia;
- Wywietrzono salę chorych;
- Zalecono unikanie gwałtownych zmian pozycji zaraz po przebudzeniu;

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano odczuwanie nudności w godzinach porannych (ustępują po 5 minutach).

Diagnoza pielęgnarska 11: Dyskomfort związany z przewlekłymi luźnymi stolcami.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu z powodu oddawania luźnych stolców.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Monitorowanie częstości i stopnia rozrzedzenia oddawanych przez pacjentkę stolców oraz odnotowywanie uzyskanych informacji na karcie gorączkowej;
- Podanie leku zapierającego na zlecenie lekarza (np. Loperamid WZF 2 mg, p.o), odnotowanie podania leku oraz monitorowanie skuteczności jego działania;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - spożywania: większej ilości świeżych owoców i warzyw, produktów zbożowych z rodziny wiechlinowatych, jak ryż, kleik ryżowy, kasza jęczmienna, a ograniczenia przetworzonych,
 - konieczności nawadniania organizmu, ok. 2 litrów płynów na dobę,
 - występowaniu luźnych stolców, jako możliwego skutku ubocznego przyjmowanych leków;

Realizacja:

- Pacjentka oddała 2 razy stolec papkowaty oraz odnotowano na karcie gorączkowej uzyskane informacje;
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - konieczności nawadniania organizmu, ok. 2 litrów płynów na dobę,
 - występowaniu luźnych stolców, jako możliwego skutku ubocznego przyjmowanych przez nią leków;

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort. Pacjentka oddała 1 papkowaty stolec.

Diagnoza pielęgniarska 12: Uczucie senności w ciągu dnia spowodowane trudnością w zasypianiu, płytkim snem oraz oddawaniem w nocy moczu.

Cel: Przywrócenie prawidłowego rytmu dobowego snu.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie spokoju i ciszy nocą;
- Zaproponowanie zastosowania stoperów do uszu tłumiących dźwięki w razie trudności z zapewnieniem ciszy;
- Zaproponowanie skorzystania z ciepłego natrysku przed snem;

- Edukacja pacjentki na temat korzystnego wpływu:
 - ograniczenia ilości przyjmowanych płynów przed snem,
 - unikania drzemek w ciągu dnia,
 - całkowitego opróżniania pęcherza moczowego podczas nocnych mikcji;
- Podanie leku nasennego na zlecenie lekarza (np. Nasen 10 mg, p.o), odnotowanie podania leku oraz ocena skuteczności jego działania;

Realizacja:

- Zapewniono atmosferę spokoju na sali pacjentki;
- Zaproponowano korzystanie ze stoperów do uszu tłumiących hałas;
- Wyedukowano pacjentkę na temat pozytywnego wpływu:
 - ograniczenia ilości przyjmowanych przed snem płynów,
 - całkowitego opróżniania pęcherza moczowego podczas nocnych mikcji;

Ocena podjętych działań: Przywrócono prawidłowy rytm dobowy. Pacjentka czuje się bardziej wypoczęta.

Diagnoza pielęgnarska 13: Dyskomfort wywołany obrzękiem lewej dłoni i nadgarstka.

Cel: Zmniejszenie obrzęku lewej dłoni i nadgarstka.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Dokonanie pomiaru obwodu lewego nadgarstka oraz porównanie otrzymanego wyniku z wartością pomiaru z nadgarstka prawego, odnotowanie otrzymanych wyników;
- Zalecenie układania ręki powyżej poziomu serca;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - potrzeby oszczędzania lewej ręki oraz unikania podnoszenia ciężkich przedmiotów wyłącznie daną ręką,
 - unikania noszenia: ubrań o ciasnych rękawach, ściągaczach, ciasnej biżuterii oraz zegarka na lewym nadgarstku i dłoni,
 - prawidłowej pielęgnacji skóry miejsca obrzękniętego, jak: unikanie tarcia podczas osuszania kończyny, nawilżanie skóry kremem, balsamem lub mleczkiem oraz natłuszczanie skóry np. oliwką dla dzieci,
 - wykonywania automasażu ułatwiającego odpływ chłonki, z uwzględnieniem kierunku wykonywania ćwiczeń (od palców w kierunku serca):

- głaskanie- całą powierzchnią dłoni,
- wyciskanie- objęcie masowanej dłoni chwytem obrączkowym (kciukiem i palcem wskazującym),
- rozcieranie- zataczanie kręgów opuszkami palców
- oklepywanie- grzbietami palców lub boczną powierzchnią dłoni ruchami podobnymi do ruchu zamiatania miotłą, itd.;

Realizacja:

- Obwód lewego nadgarstka jest większy o 2,6 cm większy od obwodu nadgarstka prawego, uzyskane wyniki odnotowano;
- Zalecono układanie ręki powyżej poziomu serca;
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - potrzeby oszczędzania lewej ręki i unikania dźwigania wyłącznie daną ręką,
 - wykonywania automasażu ułatwiającego odpływ chłonki, z uwzględnieniem kierunku wykonywania ćwiczeń (od palców w kierunku serca):
- głaskanie- całą powierzchnią dłoni,
- wyciskanie- objęcie masowanej dłoni chwytem obrączkowym (kciukiem i palcem wskazującym),
- rozcieranie- zataczanie kręgów opuszkami palców
- oklepywanie- grzbietami palców lub boczną powierzchnią dłoni ruchami podobnymi do ruchu zamiatania miotłą;

Ocena podjętych działań: Obrzęk dłoni i nadgarstka nie zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 14: Dyskomfort wywołany nadmierną masą ciała BMI = 30,08 kg/m².

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego nadmierną masą ciała.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Kontrolowanie masy ciała oraz wartości BMI;
- Zaproponowanie pacjentce konsultacji z dietetykiem w celu ustalenia diety dobranej indywidualnie na podstawie jej stanu zdrowia;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - unikania wysiłku anaerobowego, jak np. brzuszki, przysiady itd.,

- negatywnego wpływu nadmiaru masy ciała na jej stan zdrowia oraz powiązanie jego negatywnych skutków z chorobami przewlekłymi pacjentki,
- wskazówek dotyczących aktywności fizycznej, jak wykonywanie ćwiczeń 5 dni w tygodniu minimum 30 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego,
- wskazówek dotyczących aktywności fizycznej z uwzględnieniem cukrzycy, takich jak: zakaz wykonywania ćwiczeń i podejmowania wysiłku fizycznego na czczo, wysiłek podejmować należy co najmniej 2 godziny po spożytym posiłku, ćwiczeń nie należy wykonywać przy wartościach glikemii poniżej 100 mg/dl lub przekraczających 300 mg/dl;
- przeciwwskazań do wykonywania wysiłku fizycznego, jak złe samopoczucie, przeziębienie, grypa, gorączka oraz inne stany zapalne;
- Zachęcanie i motywowanie pacjentki do zmiany trybu życia;

Realizacja:

- Kontrolowano wagę ciała: 77 kg, BMI wynosi 30,08 kg/m² ;
- Zachęcano pacjentkę do ruchu aerobowego, jak np. nordic walking, spacer, jazda rowerem, wchodzenie po schodach, pływanie itp.;
- Zaproponowano pacjentce konsultację z dietetykiem;
- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - negatywnego wpływu nadmiaru masy ciała na jej stan zdrowia oraz powiązanie jego negatywnych skutków z chorobami przewlekłymi pacjentki,
 - wskazówek dotyczących aktywności fizycznej, jak wykonywanie ćwiczeń 5 dni w tygodniu, minimum 30 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego,
 - wskazówek dotyczących aktywności fizycznej z uwzględnieniem cukrzycy, takich jak: zakaz wykonywania ćwiczeń i podejmowania wysiłku fizycznego na czczo, wysiłek podejmować należy co najmniej 2 godziny po spożytym posiłku, ćwiczeń nie należy wykonywać przy wartościach glikemii poniżej 100 mg/dl lub przekraczających 300 mg/dl;

Ocena podjętych działań: Zredukowano dyskomfort i zmotywowano pacjentkę do redukcji masy ciała.

Diagnoza pielęgniarska 15: Zmniejszone pragnienie spowodowane osłabieniem.

Cel: Zwiększenie ilości płynów spożywanych przez pacjentkę.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjentki pod kątem objawów odwodnienia (np. suchość skóry, suchość śluzówek jamy ustnej i języka, utrata elastyczności skóry);
- Zachęcanie pacjentki do spożywania większych ilości płynów;
- Zalecanie ustawiania butelki z wodą w widocznym dla pacjentki miejscu;
- Zachęcanie pacjentki do wyrobienia nawyku wypijania do każdego posiłku szklanki lubianego przez nią napoju;
- Edukacja pacjentki na temat:
 - występowania braku poczucia pragnienia, jako jednego ze skutków naturalnego procesu starzenia, a nie rzeczywistego braku potrzeby przyjmowania płynów,
 - objawów (suchość błon śluzowych, skóry oraz oczu, osłabienie, zmęczenie itd.) i skutków (upadki, zaparcia, bóle reumatyczne itd.) niedoboru wody w organizmie;

Realizacja:

- Prowadzono obserwację pod kątem objawów odwodnienia (nadmiernie suche: skóra, śluzówka jamy ustnej i język);
- Zachęcano do spożywania większej ilości płynów;
- Zachęcano pacjentkę do wypijania większych ilości płynów;
- Uświadomiono pacjentce występowanie braku poczucia pragnienia, jako jednego ze skutków naturalnego procesu starzenia, a nie rzeczywistego braku potrzeby przyjmowania płynów;

Ocena podjętych działań: Zwiększono ilość spożywanych płynów przez pacjentkę o 0,5 litra w ciągu doby.

Diagnoza pielęgniarska 16:Nadmiernie przesuszona skóra całego ciała, wynikająca z niedostatecznej smopielęgnacji.

Cel: Przywrócenie odpowiedniego poziomu nawilżenia skóry.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zachęcanie pacjentki do wypijania większej ilości płynów;
- Zalecenie stosowania kremów głęboko nawilżających, np. firmy Oilatum;
- Zaproponowanie noszenia bielizny i ubrań z tworzyw naturalnych, bez elementów drażniący powierzchnię skóry;

- Zalecenie stosowania delikatnych, nawilżających płynów myjących, np. firmy Oilatum;
- Zachęcanie pacjentki do mycia ciała szorstką stroną gąbki w celu złuszczenia suchego naskórka i poprawienia krążenia;

Realizacja:

- Zachęcano pacjentkę do wypijania większych ilości płynów;
- Zalecono stosowanie nawilżających kremów i płynów do mycia ciała, takich jak np. firmy Oilatum;
- Zachęcano pacjentkę od mycia ciała szorstką stroną gąbki;

Ocena podjętych działań: Uzyskano poprawę nawilżenia skóry pacjentki.

Diagnoza pielęgnarska 17: Lęk i niepokój spowodowany stanem zdrowia i hospitalizacją.

Cel: Zredukowanie lęku i niepokoju oraz przywrócenie dobrego samopoczucia psychicznego pacjentki.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Prowadzenie częstych rozmów z pacjentką;
- Przekazanie chorej szczegółowych informacji na temat jej stanu zdrowia;
- Odpowiadanie na pytania zadawane przez pacjentkę;
- Informowanie pacjentki na temat planowanych badań i zabiegów;
- Wyjaśnianie istoty oraz przebiegu badań i zabiegów nieznanych pacjentce;
- Ułatwienie pacjentce kontaktu z lekarzem prowadzącym;
- Zaproponowanie kontaktu z duchownym lub psychologiem;
- Zachęcanie rodziny pacjentki do częstszych odwiedzin chorej na oddziale;
- Zaproponowanie rodzinie pacjentki dostarczenia przedmiotu z jej domu, jak koc, poduszka, radyjko itd., które zapewnią chorej bardziej domowe warunki;
- Okazywanie pacjentce życzliwości oraz zrozumienia;
- Zaproponowanie pacjentce picia naparu z liści melisy;
- Podanie na zlecenie lekarza leku uspokajającego (np. Relanium 5 mg p.o), odnotowanie podania leku oraz monitorowanie skuteczności jego działania;

Realizacja:

- Przeprowadzono z pacjentką rozmowę, w której przekazano jej szczegółowe informacje na temat jej stanu zdrowia, planowanych badań i zabiegów oraz wyjaśniono sposób ich przebiegu, jak i cel wykonania;
- Odpowiadano pacjentce na stawiane przez nią pytania;
- Ułatwiono pacjentce odbycie indywidualnej rozmowy z lekarzem;
- Okazano pacjentce życzliwość i zrozumienie;
- Zaproponowano wypijanie naparu z liści melisy;

Ocena podjętych działań: Zmniejszono poziom lęku i niepokoju.

Diagnoza pielęgniarska 18: Brak wiedzy i umiejętności do wykonywania regularnych pomiarów RR i glikemii.

Cel: Podwyższenie poziomu wiedzy i umiejętności wykonywania pomiarów RR i glikemii.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjentki na temat:
 - wpływu zaniedbywania wykonywania pomiarów na stan jej zdrowia a nawet życia,
 - sposobu poprawnego wykonania samobadania poziomu glikemii oraz ciśnienia tętniczego;
- Motywowanie do samobadania poziomu glikemii oraz ciśnienia tętniczego;
- Zachęcanie do prowadzenia zeszytu z notowanymi wartościami pomiarów, ułatwiającego lekarzowi kontrolowanie stanu pacjentki oraz odpowiedni dobór leków i dawek;
- Włączenie rodziny do zachęcania i przypominania pacjentce o wykonywaniu pomiarów glikemii oraz ciśnienia tętniczego;

Realizacja:

- Wyedukowano pacjentkę na temat potrzeby wykonywania przez nią systematycznych pomiarów poziomu glikemii oraz ciśnienia tętniczego;
- Motywowano chorą do samodzielnego mierzenia poziomu glikemii oraz RR;

- Zachęcano do prowadzenia zeszytu z notowanymi wartościami pomiarów, ułatwiającego lekarzowi kontrolowanie stanu pacjentki oraz odpowiedni dobór leków i dawek;

Ocena podjętych działań: Zwiększono poziom wiedzy i umiejętności w zakresie prowadzenia pomiarów RR i glikemii.

Diagnoza pielęgniarska 19: Deficyt wiedzy na temat choroby wieńcowej oraz sposobu jej leczenia.

Cel: Zwiększenie wiedzy pacjentki na temat choroby wieńcowej i sposobu jej leczenia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjentki na temat:
 - etiologii powstawania choroby wieńcowej oraz czynników ryzyka do niej predysponujących (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, otyłość itp.),
 - szeregu typowych objawów występujących w dusznicy bolesnej, a także objawów zwanych „równoważnikami” (np. ból w okolicy mostka o charakterze gniecenia, pieczenia, ucisku, dławienia trwający do 10 minut, duszność, pocenie się, ból brzucha itd.),
 - następstw nieleczonej, postępującej choroby niedokrwiennej serca (np. zawał serca),
 - potrzeby leczenia chorób współistniejących, wspierająco w leczeniu choroby niedokrwiennej serca,
 - stosowania diety śródziemnomorskiej oraz przedstawienie chorej jej zasad: stosowanie oliwy z oliwek do sałatek i smażenia zamiast innych olejów i tłuszczów; spożywanie w dużej ilości produktów pochodzenia roślinnego, jak świeże owoce i warzywa, wyroby zbożowe, nasiona roślin strączkowych itd.; unikanie spożywania produktów odzwierzęcych, jak mięso, mleko, sery, skwarki, smalec itd.; wypijanie do posiłków umiarkowanych ilości wina (1 lampka wina); częste spożywanie ryb,

- prowadzenia aktywnego trybu życia w postaci aerobowej aktywności fizycznej, jak nordic walking, pływanie, jazda rowerem, spacerowanie, wchodzenie po schodach itp. pięć dni w tygodniu po 30 minut dziennie minimalnie,
- aspektu farmakologicznego jako niezbędnego elementu leczenia duszniczy bolesnej oraz skrótkowe przedstawienie sposobu działania przyjmowanych przez pacjentkę leków przeciwdławicowych,
- technik inwazyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca oraz krótkiego opisu sposobu ich wykonania;
- Dostarczenie pacjentce broszur i ulotek informacyjnych na temat duszniczy bolesnej oraz stosowania diety śródziemnomorskiej;
- Ułatwienie pacjentce kontaktu z lekarzem, dietetykiem lub rehabilitantem;
- Odpowiadanie na pytania zadawane przez chorą oraz ponowne tłumaczenie kwestii budzących w pacjentce wątpliwości;
- Unikanie słownictwa i żargonu medycznego niezrozumiałego dla pacjentki;
- Zadawanie pacjentce pytań w celu upewnienia się, czy właściwie zrozumiała przedkładane treści;
- Zachęcanie rodziny do motywowania pacjentki do poszerzania wiedzy na temat stanu własnego zdrowia;

Realizacja:

- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - etiologii powstawania choroby wieńcowej oraz czynników ryzyka do niej predysponujących (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, otyłość itp.),
 - szeregu typowych objawów występujących w duszniczy bolesnej, a także objawów zwanych „równoważnikami” (np. ból w okolicy mostka o charakterze gniecenia, pieczenia, ucisku, dławienia trwający do 10 minut, duszność, pocenie się, ból brzucha itd.),
 - następstw nieleczonej, postępującej choroby niedokrwiennej serca (np. zawał serca),
 - potrzeby leczenia chorób współistniejących, wspierająco w leczeniu choroby niedokrwiennej serca,
 - stosowania diety śródziemnomorskiej oraz przedstawienie chorej jej zasad: stosowanie oliwy z oliwek do sałatek i smażenia zamiast innych olejów i tłuszczów; spożywanie w

dużej ilości produktów pochodzenia roślinnego, jak świeże owoce i warzywa, wyroby zbożowe, nasiona roślin strączkowych itd.; unikanie spożywania produktów odzwierzęcych, jak mięso, mleko, sery, skwarki, smalec itd.;wypijanie do posiłków umiarkowanych ilości wina (1 lampka wina);częste spożywanie ryb,

- prowadzenia aktywnego trybu życia w postaci aerobowej aktywności fizycznej, jak nordic walking, pływanie, jazda rowerem, spacerowanie, wchodzenie po schodach itp. pięć dni w tygodniu po 30 minut dziennie minimalnie,
- aspektu farmakologicznego jako niezbędnego elementu leczenia dusznicy bolesnej oraz skrótowne przedstawienie sposobu działania przyjmowanych przez pacjentkę leków przeciwdławicowych,
- technik inwazyjnego leczenia choroby niedokrwiennej serca oraz krótkiego opisu sposobu ich wykonania;
- Odpowiadano na pytania zadawane przez chorą oraz ponownie tłumaczono kwestie budzące w pacjentce wątpliwości;
- Unikano w wypowiedziach słownictwa i żargonu medycznego niezrozumiałego dla pacjentki;
- Zadawano pacjentce pytania w celu upewnienia się, czy właściwie zrozumiała przedkładane treści;

Ocena podjętych działań:Zwiększono poziom wiedzy pacjentki na temat choroby wieńcowej i sposobu jej leczenia.

Diagnoza pielęgniarska 20: Niestosowanie się do zaleceń lekarza kardiologa odnośnie systematyczności przyjmowania leków oraz stosowania diety śródziemnomorskiej.

Cel: Usystematyzowanie przyjmowania leków przez pacjentkę oraz dostosowanie żywienia do zaleceń diety śródziemnomorskiej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjentki na temat:
 - skutków postępowania nieleczzonej choroby niedokrwiennej serca (np. narastanie dolegliwości, zawał serca),
 - aspektu farmakologicznego jako niezbędnego elementu leczenia dusznicy bolesnej,
 - sposobu działania leków oraz ich wpływu na jej samopoczucie,

- możliwości kupna leków w niższej cenie, od innych producentów, a zawierających tę samą substancję czynną i dawkę,
- zasad diety śródziemnomorskiej oraz przedstawienie pacjentce pozytywnego wpływu diety śródziemnomorskiej na organizm, jak: zahamowanie tworzenia się w naczyniach krwionośnych blaszek miażdżycowych; usuwanie wolnych rodników, które zaburzają pracę komórek i powodują nieodwracalne ich uszkodzenie; zmniejszenie ryzyka wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego oraz udaru mózgu; zmniejszenie poziomu trójglicerydów we krwi; hamowanie agregacji trombocytów; obniżenie ciśnienia tętniczego krwi,
- wpływu niewłaściwego żywienia na stan zdrowia w przebiegu choroby niedokrwiennej serca (np. zwiększona podaż tłuszczów nasyconych wpływa na wzrost poziomu cholesterolu, który powoduje tworzenie i narastanie blaszek miażdżycowych zwięzających światło naczynia krwionośnego, co w konsekwencji wywołuje objawy);
- Zaproponowanie pacjentce kupna pojemniczka na leki z wydzielonymi strefami: rano, południe, wieczór;
- Zachęcanie rodziny pacjentki do przypominania chorej o potrzebie przyjmowania leków w określonych godzinach;
- Zachęcanie rodziny pacjentki do przypominania chorej o potrzebie stosowania się do diety;
- Motywowanie pacjentki do stosowania diety śródziemnomorskiej;

Realizacja:

- Wyedukowano pacjentkę na temat:
 - skutków postępowania nieleczonej choroby niedokrwiennej serca (np. narastanie dolegliwości, zawał serca),
 - aspektu farmakologicznego jako niezbędnego elementu leczenia dusznicy bolesnej,
 - sposobu działania leków oraz ich wpływu na jej samopoczucie,
 - zasad diety śródziemnomorskiej oraz przedstawiono pacjentce pozytywny wpływ diety śródziemnomorskiej na organizm, jak: zahamowanie tworzenia się w naczyniach krwionośnych blaszek miażdżycowych; usuwanie wolnych rodników, które zaburzają pracę komórek i powodują nieodwracalne ich uszkodzenie; zmniejszenie ryzyka wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego oraz udaru mózgu;

zmniejszenie poziomu trójglicerydów we krwi; hamowanie agregacji trombocytów; obniżenie ciśnienia tętniczego krwi,

- wpływu niewłaściwego żywienia na stan zdrowia w przebiegu choroby niedokrwiennej serca (np. zwiększona podaż tłuszczów nasyconych wpływa na wzrost poziomu cholesterolu, który powoduje tworzenie i narastanie blaszek miażdżycowych zwężających światło naczyń krwionośnych, co w konsekwencji wywołuje objawy);
- Zachęcano rodzinę pacjentki do przypominania chorej o potrzebie przyjmowania leków w określonych godzinach oraz stosowania się do diety;
- Motywowano pacjentkę do stosowania diety śródziemnomorskiej;

Ocena podjętych działań: Usystematyzowano wiedzę pacjentki w zakresie regularnego przyjmowania leków. W zakresie zmiany żywienia nie uzyskano pełnej akceptacji

WNIOSKI

1. Największymi problemami pacjentki z rozpoznaną chorobą wieńcową były: duszność wywołana silnymi emocjami, ból i ucisk w okolicy mostka wywołane stresem z powodu przygotowania do zabiegu PCI, wysoki poziom glikemii zwiększający ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy typu 2, możliwość wystąpienia powikłań po wykonanym zabiegu PCI, złe samopoczucie wywołane wysokimi wartościami RR w przebiegu nadciśnienia tętniczego, ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowozatorowych w wyniku utrwalonego migotania przedsionków, dyskomfort wywołany nietrzymaniem moczu oraz oddawaniem moczu nocą, uczucie ciężkości nóg spowodowane żylakami podudzi, nudności poranne pogarszające samopoczucie, przewlekłe luźne stolce wywołujące dyskomfort, senność wywołana zaburzeniami snu i zasypiania oraz nykturią, dyskomfort wywołany obrzękiem lewej dłoni i nadgarstka, otyłość powodująca dyskomfort, zmniejszone pragnienie wywołane osłabieniem, nadmierna suchość skóry wynikająca z zaniedbań pielęgnacyjnych, lęk i niepokój wywołane stanem zdrowia oraz hospitalizacją, brak wiedzy i umiejętności do wykonywania regularnych pomiarów RR i glikemii, brak wiedzy na temat choroby

wieńcowej oraz sposobu jej leczenia, niestosowanie się do zaleceń lekarza kardiologa dotyczących systematycznego przyjmowania leków i stosowania diety śródziemnomorskiej.

2. Opracowano indywidualny proces pielęgnowania, który umożliwił objęcie pacjentki kompleksową opieką pielęgniarską.
3. Zmodyfikowano zachowania zdrowotne pacjentki poprzez edukację na temat przyczyn powstawania choroby wieńcowej, potrzeby systematycznego przyjmowania leków oraz prowadzenia pomiarów RR i glikemii. Do modyfikacji zachowań przyczyniło się również motywowanie i zachęcanie pacjentki do zmiany diety oraz stosowania odpowiednio dobranej aktywności fizycznej

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik A., Tendery M. (red): Kardiologia, t. 1, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, s. 329-364.
2. Szczeklik A.: Interna Szczeklika. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016, s. 168-200.
3. Dłużniewski M., Grzywanowska-Łaniewska I., Pikto-Pietkiewicz W., Syska-Sumińska J. (red): Kardiologia dla lekarzy praktyków i studentów medycyny. Wyd. Czelej Sp. Z o.o. Lublin 2014, s. 78-85.
4. Maśliński S., Ryżewski J. (red): Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 577-591.
5. Damjanov I., Bręborowicz A., Thor P. J., Winnicka M. M. (red): Patofizjologia. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 130
6. Lilly L. S., Salomon P. (red): Patofizjologia chorób serca. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, s. 166-183.
7. Szamkołowicz G.: Stabilna dławica piersiowa. Lekarz Rodzinny 2013; 18, 1: 22-24.
8. Zalewska-Adamiec M., Bachórzewska-Gajewska H., Mężyński G., Dobrzycki S.: Nawracające zawały serca bez uniesienia odcinka ST u 68-letniego pacjenta z dławicą naczynioskurczową. Choroby Serca i Naczyń 2016; 13, 5: 385-389.
9. Ścibisz A.: Dławica naczynioskurczowa-patogeneza, obraz kliniczny, rozpoznanie, leczenie. Choroby Serca i Naczyń 2013; 10, 5: 299-300.

10. Badowska-Kozakiewicz A. M. (red): Patofizjologia Człowieka. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 133-135.
11. Kaszuba D., Nowicka A. (red): Pielęgniarstwo kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 28-30.
12. Jurkowska G., Łagoda K. (red): Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 40-41.
13. Filipiak K. J., Grabowski M. (red): Repetytorium z kardiologii, t. 1, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013, s. 199-200.
14. Kumar P., Clark M., Lukas W. (red): Diagnostyka i terapia w praktyce lekarskiej. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, s. 500-505, 518-519.
15. Sierakowska M., Wrońska I. (red): Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgnarskiej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 216.
16. Stróżyk A., Fijałkowska J., Gałęska R., Fijałkowski M.: Zastosowanie tomografii komputerowej w diagnostyce stabilnej choroby wieńcowej w świetle najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Choroby Serca i Naczyń 2014; 11, 5: 280-281.
17. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik statystyczny 2016, Warszawa 2016, s. 221.
18. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik statystyczny województw 2016, Warszawa 2016, s. 256-257.
19. Porter R. S., Kaplan J. L., Homeier B. P. (red): The Merck Manual Objawy Kliniczne. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 117, 210-212.
20. Kübler P., Ponikowski P.: 67-letnia kobieta z dławicą piersiową. Medycyna Praktyczna 2010; 3: 108-109.
21. Gorczyca-Michta I., Wożakowska-Kapłon B.: Skąpoobjawowy przebieg krytycznego zwężenia lewej tętnicy wieńcowej u wytrenowanego pacjenta. Choroby Serca i Naczyń 2013; 10, 1: 40-44.
22. Runge M. S., Ohman E. M., Opolski G. (red): Kardiologia Nettera, t. 1, Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, s. 72-77.
23. Miczke A.: Diagnostyka i leczenie choroby niedokrwiennej serca u osób z otyłością. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2011; 2, 2: 113-118.
24. Laflamme D., Dorian P., Opolski G. (red): Kardiologia kompendium. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, s. 78.

25. Głuszek S. (red): Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2008, s. 509-510.
26. Noszczyk W.: Chirurgia repetytorium. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 514-515.
27. Jarosz M. (red): Praktyczny podręcznik dietetyki. Wyd. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010, s. 301-307.
28. Chevallier L.: 60 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych. Wyd. Edra Ubran & Partner, Wrocław 2015, s. 78-80, 314-319.
29. Jarosz M., Dzieniszewski J. (red): Suplementy diety a zdrowie. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 51-68.
30. Gröber U., Piwowar A. (red): Mikroskładniki odżywcze. Tuning metaboliczny-profilaktyka- leczenie. Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2010, s. 343.

ROLA FIZJOTERAPII PO ZŁAMANIU TRÓJKOSTKOWYM GOLENI

Katarzyna Chrostowska¹, Joanna Chojnowska²

1. Absolwentka, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Pracownik nieetatowy Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

WSTĘP

Człowiek biomechanicznie tworzy grupę stawów połączonych dzięki systemowi mięśniowo-powięziowemu. Stopy pełnią rolę podporową całego narządu ruchowego. W celu utrzymania prawidłowej biomechaniki, ważnym elementem jest utrzymanie ich w odpowiednich stosunkach anatomicznych [1,2].

Złamanie trójkostkowe inaczej nazywane złamaniem Cottona polega na triadzie złamań: złamaniu kostki przyśrodkowej, tylnej krawędzi kości piszczelowej oraz kostki bocznej [3]. Złamania kostek podudzia uznawane są za najczęściej występujące złamania narządu ruchu. W większości mechanizm złamania wynika z nieprawidłowego ustawienia stopy w rotacji zewnętrznej, która początkowo ustawiona była w supinacji [4]. Najczęściej występującą przyczyną urazu jest upadek z wysokości na skośne podłoże, albo uraz bezpośredni z zewnątrz.

Mechanizm złamania jest złożony. Powstaje w wyniku działania sił o dużym natężeniu w wielostronnych kierunkach na staw skokowy, co doprowadza do zwichnięcia z wyłamaniem kostek oraz krawędzi piszczeli. Przy złamaniu trójkostkowym często spotykamy się ze zwichnięciem tylnym stawu skokowego oraz rozerwaniem więzozrostu piszczelowo-strzałkowego [5,6]. Najczęstszymi objawami złamania są bóle nasilające się przy próbie wykonania ruchu, zakłócenie funkcji, zaczerwienienie bądź zblednięcie skóry,

nieprawidłowe ułożenie, krwiak, obrzęk, albo deformacja [7]. Złamanie trójkostkowe zaliczane jest do złamań śródstawowych, które całkowicie uniemożliwia chód.

Postępowanie przed operacją

Postępowanie w zakresie rehabilitacji przed zabiegiem powinno przygotować pacjenta do usprawniania pooperacyjnego. Pacjent powinien być zapoznany z ćwiczeniami, które ukierunkowane są na stabilizację, rozwój siły, propriocepcję oraz zwiększenie masy mięśniowej tuż przed terminem operacji. Wykonywane są także ćwiczenia oddechowe, przeciwzakrzepowe oraz wykorzystuje się procedurę RICE:

- Rest-odpoczynek,
- Ice-lód,
- Compression-ucisk,
- Elevation-uniesienie. [8].

Leczenie operacyjne

Polega na właściwym ustawieniu elementów kostnych i ustabilizowaniu ich przy pomocy elementów zespalających. Do stabilizatorów wewnętrznych zaliczamy: szwy, klamry, druty, szpilki, gwoździe śródszpikowe, płytki, bądź śruby. W sytuacji, gdy doszło do większych ubytków kostnych potrzebne jest przeszczepienie kości, która jest unaczyniona bądź miejscowy transport kości. Współcześnie stosowane szwy kostne opracowane w Szwajcarii zespoleń A-O (*Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen*). Wpływają na sprawne rozpoczęcie wczesnej rehabilitacji [7,9,10].

- zależności od miejsca złamania i uszkodzenia struktur można zastosować:
- zespolenia dociskowe - które ma za zadanie docisnąć odłamki dzięki wkrętom, śrubom (w przypadku złamań spiralnych i skośnych z dużą szparą międzykostną),
- zespolenia osiowe - przeprowadzane z użyciem płytek dociskowych bądź specjalnych aparatów (złamania poprzeczne),
- zespolenia mieszane - wykorzystujemy śruby, wkręty oraz płytki,
- zespolenia śródszpikowe - polegają na wprowadzeniu do jamy szpikowej gwoździ, śrub lub prętów.

Usprawnianie pooperacyjne

Rehabilitacja pacjenta polega na ścisłej współpracy z lekarzem prowadzącym, można ją podzielić na 3 etapy:

- pierwszy etap maksymalnego usprawnienia, zaczyna się już po pierwszej interwencji chirurgicznej i należy do najdłuższych (około 12-14 tygodni),
- drugi etap, najkrótszy- przygotowujący edukacyjnie i funkcjonalnie pacjenta do usunięcia zespolenia wewnętrznego,
- trzeci etap odbywa się po usunięciu zespolenia wewnętrznego i ma za zadanie przywrócenie pacjenta do stanu sprzed urazu (trwa krócej niż etap pierwszy tj. około 6-8 tygodni) [7,11].

W pierwszym etapie już od 1 doby po operacji pacjent powinien podjąć naukę chodu o kulach (bez obciążenia kończyny operowanej). Bardzo ważnym elementem jest, aby podczas chodu o kulach przystosować się do właściwego wzorca chodu. We wczesnej rehabilitacji opieramy się na stosowaniu pola magnetycznego, ćwiczeniach izometrycznych obejmujących grupę mięśni kończyny dolnej (izometryczna aktywność mięśnia czworogłowego, grupy kulszowo-goleniowej, praca mięśni pośladkowych oraz mięśnia trójgłowego łydki). Kolejną wykorzystywaną grupą ćwiczeń są ćwiczenia czynno-wolne oraz ćwiczenia synergistyczne [5].

CEL PRACY

Złamania kostek goleni należą do najczęstszych urazów w obrębie narządu ruchu. Długość i rodzaj leczenia są uzależnione od mechanizmu urazu, przemieszczeń, lokalizacji odłamów kostnych oraz rozległości uszkodzenia tkanek miękkich. Główne leczenie w złamaniu trójkostkowym polega na operacyjnym zespoleniu złamanych kostek. Dla pacjenta, który przygotowuje się do planowanej operacji bardzo ważne jest fizyczne i psychiczne przygotowanie oraz właściwy program usprawniania.

Celem pracy było:

1. Ocena zabiegów krioterapii na dolegliwości bólowe.
2. Ocena ćwiczeń czynnych wolnych na ruchomość stawu skokowego.
3. Ocena ćwiczeń czynnych wolnych na ruchomość stawu skokowego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Badaniem objęto pacjenta z Oddziału Ortopedyczno – Urazowego Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Badanie podmiotowe

Do oceny fizjoterapeutycznej został przeprowadzony wywiad, stworzony na potrzeby pracy.

Badanie przedmiotowe

W badaniu przedmiotowym wykorzystano m.in.:

- ☐ skalę bólową VAS,
- ☐ zakresy ruchomości,
- ☐ pomiary liniowe obwodowe.

Tab. I. Skala bólu VAS pacjenta przed i skala bólu VAS w dniu wyjściu pacjenta ze szpitala.

Skala bólu VAS	Przed	Po
Ocena bólu	10	2

Tab.II. Pomiary zakresu ruchomości przed zabiegiem.

Ruch	Pomiary sprzed zabiegu	
Zgięcie (Z)	10 czynny	15 bierny
Wprost (W)	5 czynny	7 bierny
Odwracanie stopy (supinacja) (Od)	5 czynny	7 bierny
Nawracanie stopy (pronacja) (N)	3 czynny	5 bierny

Tab.III. Pomiary zakresu ruchomości w 8 tygodniu podczas wizyty w poradni ortopedycznej

Ruch	Pomiary w 8 tygodniu po zabiegu	
Zgięcie (Z)	18 czynny	18 bierny
Wprost (W)	10 czynny	12 bierny
Odwracanie stopy (supinacja) (Od)	9 czynny	11 bierny
Nawracanie stopy (pronacja) (N)	6 czynny	8 bierny

Tab.V. Pomiary obwodowe w dniu sprzed zabiegu.

Najgrubsze podudzie	Nad kostką
43 cm	30 cm

Tab.VI. Pomiary obwodowe w dniu wyjścia ze szpitala.

Najgrubsze podudzie	Nad kostką
41 cm	27 cm

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent 64 letni emeryt, zgłosił się do Poradni Ortopedycznej w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży z powodu obszernego obrzęku, silnego bólu, oraz znacznego zniekształcenia w okolicy stawu skokowego lewego, spowodowanym nieprawidłowym ustawieniem stopy

podczas chodu. Po wykonanym badaniu RTG stwierdzone zostało złamanie trójkostkowe goleni.

Opisywany ból przez pacjenta podczas wystąpienia urazu był nie do wytrzymania w skali bólowej VAS ocenił go na 10. Nasilał się przy próbie przeniesienia ciężaru na stopę lewą, podczas chodu. Pacjent opisywał charakter bólu jako tępy i ostry.

Na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży została przeprowadzona operacja polegająca na :

- zespoleniu kostki przyśrodkowej 2 śrubami kostkowymi,
- zespoleniu kostki bocznej prętem *RUSH'a*,
- zespoleniu krawędzi tylnej nasady dalszej k.piszczelowej lewej 2 śrubami,
- odtworzeniu więzozrostu piszczelowo-strzałkowego naciąganiem z drutu.

Plan usprawniania

Podczas 8 dniowego pobytu pacjenta na Oddziale skupiono się głównie na ćwiczeniach z zakresu kinezyterapii. Głównym celem przeprowadzonej rehabilitacji było utrzymanie siły mięśniowej, nauka chodu przy pomocy kul łokciowych z odciążeniem kończyny operowanej.

I ETAP rehabilitacji (1 doba po operacji):

Głównym zadaniem tego etapu to zmniejszenie odczuć bólowych i utrzymanie siły mięśniowej. Wykorzystano:

- **Ćwiczenia izometryczne.** Ćwiczenia te wspomagają utrzymanie napięcia mięśniowego w unieruchomionym stawie. Opierają się na napięciu mięśnia bez zmiany długości jego włókien. Przykładowe ćwiczenia izometryczne:
 - Pw. leżenie tyłem, w dole podkolanowym ułożony ręcznik, ruch: docisk ręcznika kolanem w podłogę, powrót do pw;
 - Pw.leżenie tyłem, ruch: próba zgięcie grzbietowego stopy, powrót do pw;
 - Pw.leżenie tyłem, ruch: wciskanie pięty w materac, powrót do pw;

- **Nauka poruszania się przy pomocy kul łokciowych** bez obciążania kończyny operowanej. Maksymalne wykonywanie tego ćwiczenia to około 2 godziny dziennie.

Ćwiczenia czynno wolne:

- **Pw. leżenie tyłem, ruch: zgięcie w stawie kolanowym i biodrowym, powrót do pw;**
 - Pw.leżenie tyłem, ruch: odwiedzenie kd., powrót do pw;
 - Pw. leżenie tyłem, ruch: przywiedzenie kd., powrót do pw;
 - Pw. leżenie tyłem, ruch: wznos kd. wyprostowanej w górę, powrót do pw;

Stosowanie danych ćwiczeń pozwoliło:

 - utrzymać ruchomość stawów,
 - ukształtować koordynację ruchową w ruchach prostych jednoosiowych oraz jednopłaszczyznowych,
 - utrzymać wskaźniki siły mięśniowej w osłabionej grupie mięśni,
 - poprawić koordynację nerwowo-mięśniową.

Ćwiczenia synergistyczne ipsilateralne. Mają na celu wzmocnienie mięśni, które leżą nad stawem skokowo-goleniowym. Polegały na współdziałaniu mięśni podczas wykonywania ruchu, dzięki czemu dochodziło do wywołania napięcia mięśnia innego niż bezpośrednio pobudzanego na drodze odruchu fizjologicznego. Wykonywane były w maksymalnym obciążeniu.

Ćwiczenia synergistyczne kontrlateralne. Do pobudzenia danego mięśnia wykorzystano ruchy przeciwną kończyną. Polegały na ćwiczeniu kończyny dolnej nieoperowanej z zamysłem uzyskania efektu w kończynie operowanej. 20% włókien impulsów przechodzi na drugą kończynę operowaną.

Elewacja kończyny.

- **Zimne okłady (krioterapia)** - W efekcie urazu występuje wzmożone napięcie mięśniowe. Dzięki "zablokowaniu" przez zimno receptorów czuciowych oraz ich połączeń z proprioceptorami otrzymujemy efekt przeciwbólowy. Z działaniem przeciwbólowym ma związek także teoria kontrolnych bramek. Wyjaśnia ona hamowanie odczuwania bólu

przenoszonego przez receptory skórne. Do efektu przeciwzapalnego dochodzi przy pomocy zmniejszenia miejscowej pracy przemiany materii w komórkach, które objęte są procesem zapalnym. Działaniu przeciwzapalnemu pomaga też obniżenie miejscowego ukrwienia tkanek w których doszło do odczynu zapalnego. Napięcie mięśniowe obniża się dzięki zmniejszonemu napływowi bodźców bólowych doprowadzanych do rdzenia kręgowego.

W okresie wczesnym urazu zalecane jest, aby nie stosować zimna zbyt intensywnie bądź długotrwale. Może to prowadzić do koagulacji krwi. Po upływie tygodnia zalecane jest zastosowanie właściwej krioterapii.

II ETAP rehabilitacji (2-8 doba po operacji)

- ćwiczenia izometryczne (kontynuacja);
- nauka poruszania się przy kulach łokciowych;
- ćwiczenia czynno wolne stawu kolanowego oraz biodrowego z dnia poprzedniego;
- ćwiczenia synergistyczne ipsilateralne (kontynuacja);
- ćwiczenia synergistyczne kontrlateralne(kontynuacja);
- elewacja kończyny(kontynuacja);
- zimne okłady (kontynuacja).

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Szybsze podjęcie uruchamiania pacjenta tuż po zabiegu przyspiesza jego powrót do aktywności fizycznej, zmniejsza ryzyko powtórnego urazu, oraz przyspiesza proces gojenia się tkanek.

Andrzej Czamara w artykule pt. "Postępowanie fizjoterapeutyczne po obrażeniach tkanek miękkich stawu skokowo-goleniowego"[8], twierdzi iż stosowanie fizjoterapii w obrażeniach tkanek miękkich okolicy stawu skokowo-goleniowego jest procesem, który zachodzi etapowo. Metody fizjoterapeutyczne oraz różne techniki i obciążenia powinny być dostosowane do czasu przebiegu gojenia się oraz usprawnienia tkanki łącznej w okolicy stawu skokowego. Autor zaznacza, iż urazy leczone powinny być pełnym odciążeniem kończyny i odpoczynkiem, zimnymi okładami, uciskiem oraz uniesieniem kończyny (tzw.

metoda RICE) w celu uzyskania efektu przeciwbólowego oraz przeciwobrzękowego. Autor proponuje zastosowanie mobilizacji stawu skokowego po urazie w celu osiągnięcia oczekiwanego wyniku leczenia. Bazując na badaniach własnych, oraz obserwacji pacjenta w trakcie odpoczynku, z ułożeniem nogi w elewacji, zwrócił on uwagę na zmniejszenie dolegliwości bólowych i obrzęku. W wyniku urazu obrzęk, który powstał w okolicy stawu skokowo goleniowego zmniejszył zakres ruchomości pacjenta. Reasumując, po przeprowadzaniu protokołu RICE systematycznie, stwierdzono zmniejszenie dolegliwości bólowych, oraz obrzęk kończyny dolnej zmniejszył się, dając pozytywne skutki w zakresie ruchomości stawu skokowo goleniowego.

Kolejnym rozwiązaniem problemu, które poruszył Marek Wiecheć w artykule pt. "Postępowanie fizjoterapeutyczne po złamaniu trójkostkowym w obrębie stawu skokowego"[5] było wprowadzenie wczesnej rehabilitacji opartej na zastosowaniu ćwiczeń izometrycznych mięśni kończyn dolnych w szczególności ćwiczeń na mięsień czworogłowy, mięsień trójgłowy łydki, mięśnie pośladkowe oraz grupę kulszowo-goleniową. Ćwiczenia te polegają na utrzymaniu napięcia mięśniowego w określonej pozycji przez oznaczoną ilość sekund. W następstwie rozluźnia się ciało. Podczas planowania rehabilitacji dla pacjenta ze złamaniem trójkostkowym, wykorzystano ćwiczenia izometryczne na mięsień czworogłowy uda, grupę kulszowo-goleniową, dwa mięśnie pośladkowe i mięsień trójgłowy łydki. Po przeprowadzeniu rehabilitacji u pacjenta nastąpiło wzmocnienie, oraz utrzymanie siły mięśniowej w stawie skokowo-goleniowym, pacjent po przeprowadzeniu ćwiczeń izometrycznych zgłaszał także, że ustępują jego dolegliwości bólowe. Spowodowane jest to faktem naprężeniowego napięcia i rozluźnienia mięśni, zmniejsza ucisk na receptory bólowe. Zastosowane ćwiczenia izometryczne przyczyniły się do poprawy ukrwienia i pobudzenia metabolizmu, w skutek przeprowadzonych ćwiczeń nastąpiła szybsza regeneracja uszkodzonych tkanek, oraz wzmocnienie pracy pompy mięśniowej przyczyniło się do zredukowania obrzęku, powstałego w wyniku procesu zapalnego.

Według Sylwia Sztuce w artykule "Propozycja programu usprawniania pacjentów z łagodnym i ciężkim stopniem skręcenia stawu skokowo-goleniowego"[12], rehabilitacja powinna być zawsze dobrana do danej jednostki chorobowej, stanu pacjenta oraz jego potrzeb. Autorka w ustalonym programie rehabilitacji stosuje krioterapię miejscową 3 minutową wokół kostki bocznej i przyśrodkowej goleni w celu zmniejszenia obrzęku oraz bólu. Krioterapia miejscowa polegała na schłodzeniu określonej części ciała za pomocą

krioaplikatora w celu otrzymania fizjologicznych zmian w jej obrębie. W efekcie urazu wystąpiło wzmożone napięcie mięśniowe, które dzięki krioterapii zostało obniżone. Dzięki "zablokowaniu" przez zimno receptorów czuciowych oraz ich połączeń otrzymano efekt przeciwbólowy. Dzięki zabiegom krioterapii obniżyła się temperatura tkanek objętych urazem oraz nasiliły się procesy przemiany materii. Do efektu przeciwzapalnego doszło przy pomocy zmniejszenia miejscowej pracy przemiany materii w komórkach, które objęte były procesem zapalnym. Działaniu przeciwzapalnemu pomogło też obniżenie miejscowego ukrwienia tkanek w których doszło do odczynu zapalnego. Wyciągając wnioski z własnych obserwacji oraz rozmów z pacjentem, po każdym wykonanym zabiegu z zakresu krioterapii ból w stawie skokowo-goleniowym stopniowo zanikał, a obrzęk zmniejszał się i stawał się mniej dokuczliwy dla pacjenta.

Kolejnym spostrzeżeniem Magdaleny Bajerskiej w artykule pt "Zespolenia śródszpikowe postępowanie fizjoterapeutyczne po usunięciu zespolenia na przykładzie złamania trójkostkowego goleni"[7] było uznanie, iż najważniejszym celem rehabilitacji jest umożliwienie pacjentowi szybkiego powrotu do sprawności sprzed urazu, oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań. Autorka w artykule zaznacza, że celem rehabilitacji było w głównej mierze uzyskanie pełnego zakresu ruchowego w stawie skokowo-goleniowym, oraz otrzymanie właściwej elastyczności włókien mięśniowych oraz innych tkanek. Aby to uzyskać autorka w II etapie rehabilitacji w planie usprawniania, zawarła ćwiczenia czynne mięśni podudzia i stopy. Ćwiczenia czynne wolne polegają na wykonywaniu ćwiczeń przez pacjenta, w pełni samodzielnie, bez pomocy fizjoterapeuty, bądź też specjalistycznego sprzętu. Pacjent wykonywał ćwiczenia w zakresie ruchu bezbolesnym dla niego, oraz poruszał kończyną dolną przeciwko sile grawitacji. Poprzez wprowadzenie ćwiczeń czynno wolnych, które zawarto w planie usprawniania, stwierdzono, iż po odbytej rehabilitacji i sumiennym ćwiczeniu pacjenta, zakres ruchu w stawie skokowo-goleniowym znacznie się zwiększył. Dzięki zastosowaniu ćwiczeń czynno wolnych otrzymałyśmy efekt normalizacji napięcia mięśniowego spowodowanego prawidłową impulsacją nerwową do mięśni. Pacjent po przeprowadzonych ćwiczeniach zaobserwował poprawę siły oraz wytrzymałości mięśniowej.

Ostatnim poruszonym problemem przez Łukasza Kołodzieja w artykule pt "Sposoby leczenia i diagnostyki złamań kostek goleni-opinia członków i sympatyków Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego"[6] było stwierdzenie podczas

przeprowadzonych badań stwierdza, iż gro lekarzy zaleca obciążanie kończyny dolnej operowanej stopniowo. Wszyscy lekarze, którzy wzięli udział w przeprowadzonej ankiecie zalecili profilaktykę przeciwzakrzepową. Analizując badania stwierdzono, że ćwiczenia chodu w stopniowym obciążaniu kończyny operowanej przynoszą bardzo dobry efekt, pacjent nie przeciąża operowanej nogi, w wyniku czego obrzęk nie powiększał się oraz wyniki, jakie uzyskano całkowicie pokrywają się z wnioskami zawartymi w artykule Pana Łukasza Kołodzieja. Bardzo ważnym elementem stopniowego obciążania kończyny pacjenta było odtworzenie trzech punktów podparcia podczas ostatniego etapu - pełnego obciążenia stopy.

WNIOSKI

Badania zostały przeprowadzone na pacjencie ze złamaniem trójkostkowym, który systematycznie wykonywał zalecone ćwiczenia izometryczne, czynne wolne, ćwiczenia chodu, oraz poddawany był zabiegom krioterapii. Plan uprawniania powinien być prawidłowo dobrany do stanu fizycznego oraz psychicznego pacjenta, oraz w przyszłości zmniejszyć ryzyko powikłań w obrębie stawu skokowego. Po ukończeniu pracy z pacjentem wyciągnięto wnioski:

1. Zastosowanie zabiegów z dziedziny krioterapii zmniejsza dolegliwości bólowe.
2. Poprawne wykonywanie ćwiczeń izometrycznych wspomaga utrzymanie siły mięśniowej.
3. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń czynnych wolnych pomaga zwiększyć ruchomość stawu skokowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Lorkowski J., Grzegorowska O., Kotela I.: Zastosowanie badania pedobarograficznego do oceny biomechaniki stopy i stawu skokowo-goleniowego u osób dorosłych. Chirurgia Narządu Ruchu 2010, 231-235.
2. Kasprzak P., Ostiak W.: Stopa w terapii i koncepcji osteopatycznej. The Journal Of Orthopaedics Trauma Surgery And Related Research 2013, 31, 69-95.

3. Kołodziej Ł.: Ocena wyników leczenia złamań kostek goleni typu supinacyjno-rotacyjnego IV stopnia wg Lauge-Hensena. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polak* 2010, 75(4), 231-235.
4. Mioduszeński A., Wróbel M., Szyszka M., Adamczyk P.: Leczenie niestabilności stawu skokowego. *The Journal Of Orthopaedics Trauma Surgery And Related Research* 2007, 1(5), 27-49.
5. Wiecheć M., Książek-Czekaj A.: Postępowanie fizjoterapeutyczne po złamaniu trójkostkowym w obrębie stawu skokowego. *Praktyczna fizjoterapia i Rehabilitacja* 2014, 8, 40-46.
6. Kołodziej Ł., Napiontek M.: Sposoby leczenia i diagnostyki złamań kostek goleni-opinia członków i sympatyków Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2011, 4(6), 387-397.
7. Bajerska M., Wiecheć M.: Zespoleńia śródszpikowe postępowanie fizjoterapeutyczne po usunięciu zespoleńia na przykładzie złamania trójkostkowego goleni. *Praktyczna fizjoterapia i rehabilitacja* 2016, 6(73), 50-56.
8. Czamara A.: Postępowanie fizjoterapeutyczne po obrażeniach tkanek miękkich stawu skokowo-goleniowego. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 2008, 4(12), 89-108.
9. Nowak S., Golec J., Szczygieł E.: Wyniki odległe leczenia operacyjnego i rehabilitacji chorych z uszkodzeniami goleni typu Maisonneuve. *Ostry Dyżur* 2013, 6, 39–42.
10. Pietzik P., Qureshi I., Langdon J., Molloy S., Solan M.: Cost benefit with early operative fixation of unstable ankle fracture. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 2006, 88(4), 405-40.
11. Bołtuć W.S., Golec E.G.: Management of open fractures of the tibial shaft in multiple trauma. *Indian J Orthop.* 2008, 42 (4), 395–400.
12. Sztuce S.: Propozycja programu usprawniania pacjentów z łagodnym i ciężkim stopniem skręcenia stawu skokowo goleniowego. *Z praktyki gabinetu* 2014, 4, 58-59.

ROLA FIZJOTERAPII W USPRAWNIANIU PACJENTA Z PRZYKURCZEM DUPUYTRENA

Kinga Godlewska¹, Joanna Chojnowska²

1. Absolwentka, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Pracownik nieetatowy Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

WSTĘP

XVII wiek był początkiem pojawiania się w literaturze medycznej, pierwszych opisów dotyczących Przykurczu *Dupuytrena*. Nazwa obowiązująca do dziś pochodzi od nazwiska francuskiego badacza *Guillaume'a Dupuytrena*, który w 1831 roku opisując anatomopatologię i leczenie operacyjne przykurczu, spopularyzował wiedzę na ten temat. Zaburzenia, które zachodzą w chorym rozciągnięciu zalicza się do grupy zwyrodnień, zapaleń, metaplastacji oraz hiperplazji [1].

Choroba *Dupuytrena* stanowi istotny problem medyczny XXI wieku, gdyż dotyczy już 2-12% ludności[2]. Przeważnie pojawia się ona po 40 roku życia, mało kiedy dotyka osoby przed 25 rokiem życia. Możliwość wystąpienia schorzenia jest 10-15 krotnie częstsza u mężczyzn niż u kobiet i wzrasta wraz z wiekiem. Chorobę zalicza się do patologii nazywanych fibromatozami. Przykurcz *Dupuytrena* (w skrócie PD) to upośledzenie rozciągnięcia dłoniowego o nierozpoznanej jednoznacznie etiologii, polegające na jego zgrubieniu i przemianie guzkowatej, skutkujące stopniowym przykurczem palców. Czynnikiem wytwarzania się guzków i pasm w okolicy jeszcze zdrowego rozciągnięcia dłoniowego jest przesadny wzrost fibroblastów i miofibroblastów wytwarzających specyficzny rodzaj kolagenu zwany kolagenem III. Choroba rozprzestrzenia się po stronie łokciowej ręki opanowując zazwyczaj palec serdeczny i mały. Stawy śródręczno-palcowe i międzypaliczkowe bliższe poddane są przykurczowi, zaś staw międzypaliczkowy dalszy

najczęściej jest wolny, co więcej zdarza się że jest ustawiony w przeproście. Pomimo tego w wysokozaawansowanym przykurczu *Dupuytren*a i w sytuacji gdzie pojawia się nawrót, staw ten również może być objęty chorobą. W rezultacie zmiany te powodują wysoki stopień deformacji (w zależności od zaawansowania) w okolicy dłoni, utrudniają a nawet uniemożliwiają wykonywanie czynności zawodowych czy czynności codziennych przez ograniczenia w funkcjonowaniu ręki [1,2,3].

Leczenie przykurczu Dupuytren

Leczenie przykurczu *Dupuytren*a obejmuje głównie zabieg operacyjny, dzięki któremu możliwy jest powrót chorej dłoni do całkowitej sprawności lub przynajmniej zmniejszenie przykurczu. Właściwie poprowadzona pooperacyjna rehabilitacja pełni bardzo ważną rolę w usprawnianiu ręki. Plan leczenia musi być odpowiednio dobrany do pacjenta, wyważony i dostosowany do mogącej wystąpić miejscowej reakcji tkanek na zabieg operacyjny. Zazwyczaj po operacji, rękę chorego unieruchamia się szyną gipsową.

Niektórzy specjaliści przestrzegają ogólnych zasad unieruchamiania ręki w ten sposób że ustawiają palce pacjenta w zgięciu w stawach śródrečno-paliczkowych (MCP) i w wyproście w stawach międzypaliczkowych. Jest to jedna z bezpieczniejszych pozycji unieruchomienia ręki, zalecana przez większość specjalistów w różnych urazowych i nieurazowych dolegliwościach ręki. Inni chirurdzy zalecają unieruchomienie ręki w wyproście stawów śródrečno-paliczkowych i międzypaliczkowych bliższych, co umożliwi gojenie się tkanek w ułożeniu skorygowanych przykurczów zgięciowych palców. Najczęściej do pooperacyjnego unieruchomienia ręki używa się ortozy statycznej powstałej z gipsu bądź materiału termoplastycznego lub ortozy dynamicznej. Zaraz po operacji powinno używać się ortozy grzbietowej, która nie wywołuje nacisku na świeżą ranę. W przypadku kiedy tkanki dobrze się goją, można zastosować ortezę dłoniową.

Rehabilitacyjne leczenie po operacji przykurczu *Dupuytren*a uwarunkowane jest od rodzaju wykonanego zabiegu (*fasciotomia*, *fasciektomia* selektywna, *fasciektomia* totalna).

Powikłania

Algodystrofia współczulna jest jedną z najcięższych form powikłań zabiegu resekcji rozciągniętego dłoniowego. Do czynników zwiastujących algodystrofię należy: piekący ból,

nadmierna potliwość, zmiana koloru i temperatury skóry. W takim przypadku należy dokładnie monitorować pacjenta, a leczenie usprawniające musi być dobrze wyważone. Wstępne objawy algodystrofii mogą nasilać ćwiczenia bierne dlatego jeśli były one do tej pory stosowane to należy ich wykonywanie bezwzględnie zaprzestać. Zbyt intensywne nie mogą być również ortezy prostujące palce, a także ćwiczenia czynne stawów ręki. W algodystrofii współczulnej ból może być łagodzony przezskórnymi stymulacjami nerwów. Ćwiczenia ruchomości palców powinno się kontynuować, poprzez stosowanie ćwiczeń czynnych. Watson i Carlton sugerują program z dawkowanym oporem ręki (*stress-loading program*). Blokady zwoju gwieździstego i farmakoterapia (*Neurotin*) są uzupełnieniem leczenia objawów algodystrofii, zapewniające równowagę układu współczulnego. W rehabilitacji pacjenta po operacji przykurczu *Dupuytren*a, należy zadbać o jego pooperacyjną edukację. Chory musi świadomie liczyć się z różnymi formami unieruchomienia (ortezy statyczne i dynamiczne), usprawniania palców, poprawnej pielęgnacji blizny. Powrót poprawnego zginania operowanych ale i nieoperowanych palców jest nie mniej ważny niż uzyskanie poprawnego wyprostu. Ze świadomością struktury ręki, w sposób zrozumiały powinny być prowadzone ćwiczenia rozciągowe bierne. Zbyt męczące bierne rozciąganie może doprowadzić do przykurczu zgięciowego palców. Rozciąganie blizny powinno odbywać się powoli z dawkowaną i optymalną siłą.

Wynik końcowy czynnościowego leczenia przykurczu *Dupuytren*a zależy od:

- techniki przeprowadzonej aponeurektomii,
- formy fizjoterapeutycznego leczenia pooperacyjnego (nie może być zbyt intensywne)
- pacjenta (jego motywacji, indywidualnej reakcji tkanek na uraz, stopnia zaawansowania przykurczu)
- lokalizacji przykurczu- operacyjne leczenie przykurczu palca V-go zawsze ma gorsze wyniki czynnościowe niż palca IV-go czy III-go [4,5,6,7].

CEL PRACY

Przykurcz *Dupuytren*a jest chorobą rozciągnięcia dłoniowego o nieustalonej jednoznacznie etiologii, polegającą na zgrubieniu i przemianie guzkowatej co prowadzi do stopniowego przykurczu palców. Fizjoterapia po operacyjnym leczeniu choroby *Dupuytren*a należy do

ogólnie przyjętych zasad leczenia schorzenia ręki. Plan leczenia usprawniającego powinien być elastyczny i uwzględniać odpowiedź organizmu na zabieg operacyjny.

Cele pracy :

- ☐ Wpływ zabiegów krioterapii na dolegliwości bólowe.
- ☐ Wpływ ćwiczeń czynnych wolnych na ruchomość palców.
- ☐ Znaczenie relaksacji poizometrycznej na ruchomość palców.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Badaniem objęto 73 letniego pacjenta, u którego została wykonana operacja na przykurcz *Dupuytren*a. Pacjent był hospitalizowany na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w Wojewódzkim Szpitalu w Łomży, przez 7 dni, po czym usprawniany był na Oddział Rehabilitacji, w celu dalszej kontynuacji leczenia.

Badanie podmiotowe

Do oceny fizjoterapeutycznej posłużono się wywiadem, na który składają się 3 elementy: wywiad personalny, leczniczy i socjalny. Zawierał on pytania potrzebne do oceny stanu pacjenta przed zastosowaniem odpowiedniego planu usprawniania oraz do zebrania informacji o zmianach, jakie nastąpiły po ukończeniu rehabilitacji.

Badanie przedmiotowe

Badanie przedmiotowe zostało przeprowadzone na indywidualnej analizie stanu pacjenta przez osobę wykonującą badanie. Wykorzystano w nim m.in:

- badanie siły mięśniowej wg.Lovetta,
- skalę bólową VAS,
- zakresy ruchomości, oraz pomiary linijne.

Badania zostały przeprowadzone przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu rehabilitacji.

Tab. I. Skala bólu VAS pacjenta przed i skala bólu VAS w dniu wyjściu pacjenta ze szpitala.

Skala bólu VAS	Przed	Po
Ocena bólu	8	1

Tab. II. Pomiary zakresu ruchomości przed zabiegiem

Ruch	Pomiary sprzed zabiegu
Zgięcie (Z)	150 czynny
Wyprost (W)	150 czynny

Tab. III. Pomiary zakresu ruchomości w 8 tygodniu podczas wizyty w Poradni Rehabilitacyjnej

Ruch	Pomiary sprzed zabiegu
Zgięcie (Z)	220 czynny
Wyprost (W)	240 czynny

Pomiary linijne obwodowe

Tab. IV. Pomiary obwodowe w dniu przed zabiegiem

Paliczek IV	Paliczek V
10 cm	8 cm

Tab.V. Pomiary obwodowe w 8 tygodniu podczas wizyty w Poradni Rehabilitacyjnej.

Paliczek IV	Paliczek V
7 cm	6 cm

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

73 – letni mężczyzna został skierowany na Oddział Ortopedyczno – Urazowy z rozpoznaniem przykurczu Dupuytrena w celu leczenia operacyjnego. Pacjent mieszka na wsi i od około 50 lat zajmując się rolnictwem. Jak wynika z wywiadu pierwsze objawy choroby wystąpiły 15 lat temu. Około 2 lat temu pacjent z powodu przykurczu zaczął mieć problemy z realizacją pewnych czynności, które uniemożliwiały mu normalne funkcjonowanie w życiu codziennym. Podczas wykonywania czynności dłoń objętą przykurczem pacjent odczuwał nasilający się ból, co skłoniło go do podjęcia decyzji o leczeniu chirurgicznym. Operacją, która jest najczęściej wykonywana w leczeniu przykurczu *Dupuytrena* jest fasciotomia częściowa czyli wycięcie rozciągniętego dłoniowego.

Wycięciu podlegają zmienione chorobowo fragmenty powięzi, dzięki czemu możliwa jest korekcja przykurczu. Zabieg wykonuje się poprzez cięcie na dłoniowej powierzchni ręki, zazwyczaj wykorzystywane jest zygzakowate cięcie Brunnera lub jeśli wystąpi taka konieczność cięcie z plastyką skóry lub przeszczepem skóry. Po opuszczeniu szpitala wymagana jest kontrola ambulatoryjna, a także elewacja i oszczędzanie operowanej kończyny. Usunięcie szwów odbywa się po 10–14 dniach od operacji, a końcowy efekt operacji jest możliwy po ok. 3–6 miesiącach od zabiegu.

Plan usprawniania

Podczas 7 dniowego pobytu pacjenta na Oddziale został on poddany zabiegom fizykalnym oraz ćwiczeniom kinezyterapeutycznym.

I Etap rehabilitacji (1-7 doba)

Zadaniem I etapu rehabilitacji było zmniejszenie odczuć bólowych i utrzymanie siły mięśniowej. W etapie tym wykorzystano :

Ćwiczenia czynno-wolne, które wykonywane są przez samego pacjenta w pełnym zakresie przeciwko sile ciężkości poruszanego odcinka, takie jak :

- czynne prostowanie palców,
- oddzielające prostowanie wszystkich stawów międzypaliczkowych bliższych i dalszych, przy zgiętych stawach śródręczno-paliczkowych
 - indywidualne czynne prostowanie odizolowanego palca z jego podparciem pod stawem PIP,
 - indywidualne czynne zginanie palca z jego podparciem poniżej stawu DIP, umożliwiające czynność ścięgna zginacza głębokiego palca z jednoczesnym rozciągnięciem więzadła troczkowego skośnego (ORL),
 - odwodzenie i przywodzenie palców do siebie,
- czynne zginanie i prostowanie stawów śródręczno-paliczkowych ze stawami międzypaliczkowymi utrzymywanymi w wyproście.

II Etap rehabilitacji (pobyt pacjenta w Poradni Rehabilitacji dziennej, 35-56 doba)

Głównym celem II etapu rehabilitacji było uzyskanie jak najlepszych wyników funkcjonalnych ręki, odzyskania siły w ręce oraz wpływ na bliznę pooperacyjną. W tym celu zastosowano u pacjenta takie zabiegi jak :

- ćwiczenia czynno wolne
- ultradźwięki, których celem jest uelastycznienie i zmiękczenie stwardnień skóry, opóźnienie przebiegu schorzenia a nawet częściowe zatrzymanie procesu chorobowego, poprawa czynności ręki, zmniejszenie obserwowanego częściowego napięcia mięśni palców.
- jonoforeza, której celem jest uwodnienie i zmiękczenie tkanki łącznej, zwiększenie procesów dyfuzji w tkankach oraz rozluźnienie blizn.
- masaż klasyczny, wykonywany przed ćwiczeniami wpływa na normalizację napięcia powięzi.
- relaksacja poizometryczna (PIR)
- krioterapia miejscowa w obrębie zmienionym chorobowo
- laseroterapia miejscowa

- fonoforeza,
- wodolecznictwo polegające na zanurzaniu ręki 1-2 razy dziennie w roztworze ciepłej wody z dodatkiem 20g soli na 5min (ok. 1000-1200 ml).

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Kazimierz Kobus i wsp. w swoim artykule pt „, Ocena wyników leczenia chorych z przykurczem *Dupuytren*a w oparciu o analizę materiału własnego” [8] opisuje operacyjne leczenie przykurczu *Dupuytren*a, w którym wykonywano na dłoni płatowe cięcie skórne według Bunnella, po czym wycinano część przerośniętego rozciągniętego dłoniowego.

W okresie po operacji została wykorzystywana opaska uciskowa, elewacja i podjęto wczesną rehabilitację ruchową. Autorzy artykułu podkreślają, iż niski współczynnik powikłań pooperacyjnych, a także zadowalające wyniki leczenia potwierdzone u 70% chorych którzy uzyskali po zabiegu pełen zakres ruchów i pełen wyprost w stawie śródręczno-paliczkowym a u 68% w stawach międzypaliczkowych, przemawiają aby w przypadku tego schorzenia wykonywać zabieg operacyjny w znieczuleniu miejscowym oraz z wykorzystaniem opaski uciskowej.

Podczas obserwacji wyżej wymienionego pacjenta wcześniej wprowadzone usprawnianie po zabiegu zaowocowało szybszym powrotem do sprawności oraz brak wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

Kolejnym aspektem poruszonym przez Marka Bieleckiego i Macieja Wysockiego w artykule pt „,Rola rehabilitacji po operacyjnym leczeniu choroby *Dupuytren*a” [4] jest stwierdzenie, iż odpowiednio dobrana rehabilitacja może poprawić uzyskaną śródoperacyjnie korekcję przykurczów zgięciowych palców. Autorzy wskazują iż odpowiedni program rehabilitacji ręki powinien obejmować ćwiczenia czynne palców, elewacje kończyny, zabiegi z wykorzystaniem zimna, stosowanie opatrunków uciskowych oraz zabiegi z zakresu laseroterapii. W okresie rehabilitacji po operacji ważna jest również edukacja pacjenta na temat prowadzonych ćwiczeń. W omawianym powyżej przypadku, podczas planowania programu usprawniania dla chorego po przebytych zabiegu na przykurcz *Dupuytren*a wykorzystano ćwiczenia czynno wolne palców, zabiegi z zakresu krioterapii.

Zaobserwowano, że pacjent systematycznie wykonując ćwiczenia czynne zwiększał swój zakres ruchomości w zadowalający sposób, a także wyraźnie zauważalne było wzmocnienie siły mięśniowej. Krioterapia miejscowa opierała się na schłodzeniu miejsca zmienionego chorobowo za pomocą krioaplikatora. "Zablokowane" przez zimno receptory czuciowe oraz ich połączenia z proprioceptorami dały efekt przeciwbólowy. Dzięki zabiegom krioterapeutycznym obniżyła się temperatura tkanek objętych urazem oraz nasiliły się procesy przemiany materii. Pacjent po zbiegach krioterapii miejscowej mniej skarżał się na ból.

Ważną rolę w fizykoterapii pełnią ultradźwięki. Jadwiga Helbin wraz z Emilią Kolarzyk w artykule pt.: „Czynniki fizykalne wykorzystywane w metodach leczenia uzdrowskiego” [9] wykazują pozytywny wpływ zabiegów ultradźwiękowych w takim schorzeniu jak przykurcz Dupuytrena. Ultradźwięki wykazują działanie biologiczne powodujące zmniejszenie napięcia mięśniowego, łagodzą ból jak również hamują procesy zapalne. Pacjent po zabiegach z wykorzystaniem ultradźwięków odczuwał mniejsze napięcie mięśniowe w okolicy blizny pooperacyjnej jak również odczuwał złagodzenie odczuć bólowych.

W swoim artykule pt „Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności”, Beata Olchowik i wsp. zwracają uwagę na znaczenie poizometrycznej relaksacji mięśni. Poizometryczna relaksacja mięśni to technika służąca do rozciągania tkanek miękkich, która wykorzystywana jest przy wzmożonych napięciach oraz przykurczach [10].

Poprzez PIR możemy eliminować przeciążenia stawu przez przywracanie właściwej długości i elastyczności mięśni. Specjalna sekwencja ruchów wykorzystuje tylko mięśnie antagonistyczne w czasie rozciągania dzięki czemu szybko uzyskuje się zwiększenie zakresu ruchu w stawach. Podczas rehabilitacji pacjenta wdrożona była w plan usprawniania poizometryczna relaksacja mięśni. Zaobserwowano, że dzięki tej metodzie u pacjenta z dnia na dzień malało napięcie mięśniowe, co skutkowało poprawą i zwiększeniem zakresu ruchomości.

W dalszych rozważaniach w aspekcie usprawniania rozważyć należy zastosowanie kąpieli wirowych, badanie podjęły Aneta Demidaś, Barbara Ratajczak i Agnieszka Pisula-Lewandowska w artykule pt „Wpływ kąpieli wirowej kończyn górnych na zmianę czucia dotyku”[11], ukazując wpływ masażu wirowego na zmianę poziomu czucia dotyku opuszków

palców ręki, która została poddana kąpielom wirowym trwającym 15 minut. Autorki artykułu zwracają uwagę na to iż w kąpielach wirowych mamy do czynienia z kompleksowym działaniem bodźców. Ważną rolę odgrywa temperatura wody, ciśnienie hydrostatyczne bądź ciśnienie hydrodynamiczne wody. Kąpiel ciepła rozszerza naczynia zaś ciśnienie hydrostatyczne powoduje ich zwężenie. W masażu wirowym dodatkowym czynnikiem stymulującym jest wirowy ruch wody. Efektem kąpielom wirowym jest zmniejszenie obrzęku, działanie przeciwbólowe i rozluźniające. Autorki wywnioskowały, że poziom czucia dotyku po wykonanym masażu wirowym w stopniu istotnym zmienił się statystycznie po 15 minutach po zabiegu. Obserwując pacjenta, który podczas II etapu rehabilitacji został poddany zabiegom kąpielom wirowym jak również wykonywanie ćwiczeń podczas wnioskuję, że zabiegi te wykonywane seryjnie przynoszą efekt przeciwbólowy, zmniejszają obrzęk i wpływają korzystnie na bliznę pooperacyjną.

Należy również rozpatrzyć temat poruszony przez Marcina Wytrążka, Małgorzatę Chochowską i Jerzego T. Marcinkowskiego, którzy w swoim artykule pt „Masaż tkanek głębokich- konieczne podejście terapeutyczne wobec narastającej epidemii chorób narządu ruchu”[12] podkreślają znaczenie masażu leczniczego. Istotą masażu jest ulepszanie funkcji ruchowych, rozgrzanie tkanek oraz lepsze ukrwienie tkanek. Wykorzystywane w masażu techniki są bezpieczne dla pacjenta, jednakże każda z nich musi stosowana w sposób świadomy i celowy. Podczas rehabilitacji pacjent miał wykonywany masaż kończyny górnej i przyznał, że po każdym zabiegu czuje delikatne rozluźnienie w kończynie górnej oraz łatwiej jest mu wykonywać drobne ruchy w stawach ręki.

WNIOSKI

Badaniom został poddany pacjent po operacyjnym leczeniu przykurczu Dupuytrena, który nieprzerwanie wykonywał wybrane ćwiczenia izometryczne, czynne wolne oraz uczęszczał na zabiegi z zakresu krioterapii. Plan usprawniania został indywidualnie dobrany do potrzeb pacjenta. Po zakończeniu pracy z pacjentem wyciągnięto następujące wnioski:

- ✓ Zastosowanie zabiegów krioterapeutycznych wpływa przeciwbólowo.
- ✓ Zastosowanie zabiegów krioterapeutycznych wpływa pozytywnie na bliznę pooperacyjną pacjenta.
- ✓ Poprawnie wykonywane ćwiczenia czynno wolne zwiększają ruchomość palców

- ✓ Systematyczne wykonywanie poizometrycznej relaksacji pomaga w rozciąganiu tkanek co skutkuje lepszą ruchomością w stawach palców.

PIŚMIENNICTWO

1. Bobiński R.: Etiologia przykurczu Dupuytrena. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 2008, 73 (4) s. 232-235.
2. Stępień M. i wsp.: Zastosowanie terapii wibroakustycznej po leczeniu operacyjnym choroby Dupuytrena. *Medsportpress* 2012, s. 356.
3. Moriatis W.J.: Dupuytren's contracture. *Hand Surgery* red. Berger R.a. Weiss A. P., Lippincott Williams & Wilkins 2004, s. 1091-1099.
4. Żyłuk A.: Przykurcz Dupuytrena ograniczony do stawu międzypaliczkowego dalszego - opis przypadku. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 2007, 72 (5) s. 363.
5. Bielecki M., Wysocki M.: Rola rehabilitacji po operacyjnym leczeniu choroby Dupuytrena. *Wiadomości Lekarskie* 2011, TOM LXIV, nr 1, s. 26-29.
6. Marciniak W., Szulc A.: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. Wyd I. Warszawa: PZWL 2008, s. 17-19.
7. Jagielski W., Żyłuk A.: Ocena wpływu ciężkości przykurczu Dupuytrena na sprawność ręki przed i po leczeniu operacyjnym. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 2006, 71(4), s. 257-260.
8. Kobus K., Wójcicki P., Dydymski T., Węgrzyn M., Hamławi F.: Ocena wyników leczenia chorych z przykurczem Dupuytrena w oparciu o analizę materiału własnego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2007, 2(6); Vol. 9, s. 140.
9. Helbin J., Kolarzyk E.: Czynniki fizyczne wykorzystywane w metodach leczenia uzdrowiskowego. *Probl Hig Epidemiol* 2006, 87(3), s. 166-171.
10. Olchowik B., Sobaniec W., Sołowiej E., Sobaniec P.: Aspekty kliniczne zwalczania spastyczności. *Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku* 2009, (39).
11. Demidaś A., Ratajczak B., Pisula- Lewandowska A.: Wpływ kąpiei wirowej kończyn górnych na zmianę czucia dotyku. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica* 2010,(3): Vol. 16.

12. Wytrązek M., Chochowska M., T. Marcinkowski J.T.: Masaż tkanek głębokich – konieczne podejście terapeutyczne wobec narastającej epidemii chorób narządu ruchu. Probl Hig Epidemiol 2013, 94(3), s. 428-434.

OCENA STANU WIEDZY PACJENTÓW NA TEMAT RADZENIA SOBIE Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Żaneta Bochomulska¹, Agata Gołębiowska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża

WSTĘP

Nadciśnienie tętnicze jest dla współczesnego człowieka czymś naturalnym, związanym z naszym stylem życia, ze stresującą pracą, pędem i gonitwą, jaka nieustannie nas otacza. Wydaje się, że jest ono niemalże nieuniknione i prędzej czy później dotknie każdego z nas. Niestety nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że nadciśnienie tętnicze zabija. Ten cichy morderca potrafi latami czaić się w organizmie człowieka, po to, by uderzyć ze zdwojoną siłą i bezlitośnie niszczyć nasze zdrowie. Nadciśnienie tętnicze, to niezwykle przebiegła choroba, która w początkowej fazie nie daje jednoznacznych symptomów. Początkowe złe samopoczucie, brak energii, zadyszki czy też zmniejszoną wydolność pacjenci tłumaczą przepracowaniem, wiążą z wiekiem lub po prostu lekceważą. Kiedy objawy choroby nadciśnieniowej nasilą się, uregulowanie ciśnienia nie jest już takie proste, a szeregu uszkodzeń wielonarządowych nie sposób naprawić. Odpowiednia wiedza jak radzić sobie z nadciśnieniem tętniczym, jak je rozpoznać czy też jak do niego nie dopuścić może niejednokrotnie uratować nam życie[1,2].

Choroba nadciśnieniowa rozwija się stosunkowo szybko, a jej wykrywalność w fazie początkowej jest znikoma. Pomiary epidemiologiczne dla Polski zostały przeprowadzone w ramach badań NATPOL w 2011 roku. Wykazały one, że istnieje bardzo duża liczba czynników, które mają wpływ na zachorowalność. Dzielimy je na takie, na które pacjent ma wpływ, oraz na czynniki niezależne od pacjenta. Przeprowadzono także szereg badań, oceniających sytuację na całym świecie. Ocena ta, pomaga w planowaniu racjonalnych działań i usług zdrowotnych, szacowaniu zjawiska chorobowego oraz przydzielaniu

konkretnych środków i nakładów finansowych niezbędnych do walki z chorobą (w tym także na prewencję i informowanie pacjentów o przyczynach, przebiegu i skutkach nieleczonego nadciśnienia tętniczego). Badania, które przeprowadzono w 2005 roku wskazują na zatrważający problem w skali światowej. Wynika z nich bowiem, że co czwarty mieszkaniec naszego globu cierpi z powodu nadciśnienia (badania Kearney i wsp.) [2,3]. Nie pociesza także fakt, że wśród krajów szybko rozwijających się nadciśnienie tętnicze z roku na rok odnotowuje się u większej liczby pacjentów. Dla porównania w krajach mniej rozwiniętych utrzymuje się ono na podobnym pułapie. Najpoważniejszymi skutkami takiego obrotu sprawy stają się coraz częstsze zgony pacjentów, u których odnotowano problemy sercowo-naczyniowe. Zmiany środowiskowe, nieodpowiedni tryb życia, stres i ograniczona aktywność fizyczna to najczęstsze przyczyny omawianej choroby[4,5].

Badania NATPOL przeprowadzone w Polsce wykazały, że nadciśnienie tętnicze (wartości przekraczające 140/90 mm Hg) wśród dorosłych Polaków wynosi 29 proc. Ciśnienie prawidłowe, tak zwane optymalnym zanotowano u 20 proc. Można więc wyliczyć, że na chorobę nadciśnieniową choruje około 9 mln dorosłych Polaków. Rozpowszechnienie ciśnienia tętniczego w Polsce, dla poszczególnych grup wiekowych. Nadciśnienie tętnicze nie zawsze jest wykrywane od razu. Często pacjenci nie zgłaszają się do lekarza, bagatelizują pierwsze objawy i symptomy choroby. U prawie takiej samej grupy osób (około 9 mln dorosłych Polaków) odnotowano ciśnienie podwyższone (parametry 130-139/80-89 mm Hg). To osoby zagrożone rozwojem nadciśnienia tętniczego[6,7].

Nadciśnienie tętnicze dzieli się zasadniczo na dwie podstawowe grupy: Nadciśnienie pierwotne oraz nadciśnienie wtórne. Zdecydowana większość zachorowań dotyczy pierwszej grupy – nadciśnienia tętniczego pierwotnego. Jego patogeneza nie została dotychczas dostatecznie wyjaśniona. Jako podstawowe przyczyny powstawania choroby wymienia się:

- Predyspozycje genetyczne
- Wpływ środowiska
- Nadmierne spożycie soli
- Niewystarczająca aktywność sportowa
- Działanie bodźców stresowych itp.[7,8].

Czynniki na które ma wpływ pacjent to:

- Nadużywanie alkoholu
- Palenie papierosów

- Nadmierne używanie soli
- Nieodpowiednia dieta
- Otyłość brzuszna, nadwaga lub otyłość
- Brak ruchu
- Wysoki cholesterol (zaniedbanie, brak leczenia)
- Nieprawidłowe trawienie, zaburzenia trawienia i przemiany materii
- Cukrzyca (brak leczenia)
- Hiperurykemia
- Stres
- Nadmierny wysiłek, brak odpoczynku, przepracowanie
- Obciążenia psychiczne
- Nieregularny tryb życia [7].

Czynniki na które nie ma wpływu pacjent to:

- Wiek
- Płeć
- Rasa
- Uwarunkowania genetyczne
- Masa urodzeniowa
- Pozytywny wywiad rodzinny pod względem występowania chorób sercowych lub naczyniowych
- Brak skutecznej metody leczenia chorób współistniejących (nieskuteczna, nie przynosząca poprawy, walka z wysokim cholesterolem, brak możliwości wyleczenia cukrzycy, nieskuteczna terapia nadwagi lub otyłości itp.) [7]

Powikłania nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze niesie za sobą szereg możliwych komplikacji i powikłań. Choroba nie tylko uszkadza naczynia krwionośne ale także inne organy ludzkiego organizmu. Przewlekłe, nieleczone nadciśnienie skutkuje ogromnymi szkodami dla całego ciała. Oto kilka najgroźniejszych powikłań, jakie mogą dotknąć osoby z nadciśnieniem tętniczym:

1. Zawał serca, zawał mięśnia sercowego – to swoista martwica do której może dojść w wyniku zamknięcia się tętnicy wieńcowej, odpowiedzialnej za odżywanie komórek mięśniowych serca
2. Niewydolność serca – zbyt wysoki opór, jaki stawia sercu ciśnienie tętnicze może doprowadzić do jego niewydolności. Jest to sytuacja niebezpieczna dla życia i zdrowia. Pogrubiają się ściany serca, które wraz z postępem choroby stają się coraz bardziej niedożywione. Przesilone serce musi pompować coraz więcej krwi. Siła i obciążenie również się zwiększają. Serce staje się niewydolne i nie pokrywa potrzeb organizmu. Pacjent reaguje na różne sposoby: mogą wystąpić duszności, łatwe męczenie się, splątanie itp.
3. Udar mózgu – uszkodzenie blaszki miazdżycowej może wywołać zator. Ten wraz ze strumieniem krwi przedostaje się do mózgu wywołując udar. Po zamknięciu naczyń może dojść do martwicy tkanki mózgowej – występują wtedy objawy neurologiczne, zwykle nieodwracalne.
4. Niewydolność nerek – nadciśnienie tętnicze powoduje często zmiany w budowie tętnic, odpowiedzialnych za zaopatrywanie nerek. Gorsze ukrwienie lub szereg uszkodzeń mechanicznych powstałych w wyniku słabego zaopatrzenia skutkuje upośledzeniem podstawowych funkcji nerek. W organizmie powstają szkodliwe produkty przemiany materii, które nie mogą zostać wydalone.
5. Retinopatia nadciśnieniowa – choroba siatkówki oka, powstająca w wyniku nadciśnienia tętniczego. Naczynia krwionośne nie są wydolne, nie zaopatrują siatkówki w wystarczającą ilość składników odżywczych, w wyniku czego dochodzi do wewnątrzsiatkówkowych krwotoków. Mogą one wpłynąć niekorzystnie na siatkówkę lub nieodwracalnie pogorszyć wzrok.
6. Tętniaki – najczęstszy rodzaj tętniaków powstających w wyniku nadciśnienia tętniczego to tętniaki rozwarstwiające aortę. Ta wada budowy dotyczy najważniejszego naczynia ludzkiego organizmu – aorty. Jeśli dojdzie do jego uszkodzenia (np. w wyniku nagłego skoku ciśnienia) pacjent ma niewielkie szanse na przeżycie [9-13].

Zapobieganie i prawidłowa profilaktyka nadciśnienia tętniczego ma istotny wpływ na zdrowie i jakość życia pacjentów. Aby żyć zdrowo i zapobiegać chorobom należy w sposób rzetelny i skrupulatny przystąpić do wykonywania pomiarów ciśnienia. Regularność i

współpraca z lekarzem może pomóc uniknąć nieprzyjemnych, a często niebezpiecznych dla życia chorób i powikłań związanych z chorobą nadciśnieniową[14,15].

Do najważniejszych czynników wpływającym na znaczne obniżenie częstotliwości zachorowania mają:

- Prawidłowa dieta – Spożywanie odpowiednich, zbilansowanych posiłków, dostosowanych do trybu życia, płci oraz wieku wpływa pozytywnie na kondycję całego ciała. Dieta taka zapobiega nadwadze oraz otyłości, które są jednym z głównych czynników ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego.
- Zaprzeszanie palenia papierosów – definitywne rzucenie papierosów. Nikotyna szkodzi zdrowiu i prowadzi do wielu chorób, w tym nadciśnienia tętniczego
- Ograniczenie spożywania alkoholu – Nadmierne spożywanie alkoholu nie jest zdrowe. Alkohol wypłukuje wiele cennych substancji z organizmu i prowadzi między innymi do podwyższenia ciśnienia tętniczego. Należy bezzwłocznie ograniczyć jego spożywanie do minimum
- Kontrola ciśnienia krwi – regularne kontrolowanie wysokości ciśnienia pozwala kontrolować stan zdrowia i umożliwia wczesne wykrycie nadciśnienia tętniczego
- Kontrola poziomu cholesterolu – zaleca się regularne badania
- Ograniczenie spożycia cukru i kontrola jego poziomu – cukier w ograniczonych ilościach nie jest zakazany ale w przypadku osób ze skłonnością do nadwagi należy go unikać a wręcz odstawić. Wskazane jest także okresowe kontrolowanie poziomu cukru we krwi
- Kwas acetylosalicylowy- zmniejsza skłonność do zakrzepów
- Ograniczenie sytuacji stresowych, nauka radzenia sobie ze stresem
- Stosowanie się do programu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego[8].

CEL PRACY

1. Ocena stanu wiedzy respondentów na temat nadciśnienia oraz poziomu umiejętności w radzeniu sobie z chorobą nadciśnieniową.

2. Badanie wiedzy ankietowanych na temat świadomości konsekwencji wynikających z choroby nadciśnieniowej i ocena poziomu wiedzy dotyczącej naturalnych metod obniżenia nadciśnienia tętniczego.
3. Wyodrębnienie najważniejszych, modyfikowalnych czynników ryzyka w grupie respondentów.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa przeprowadzone zostały na anonimowej grupie 100 respondentów. Badania prowadzono w okresie od stycznia do marca 2018 roku.

Opinia dotycząca zidentyfikowania najważniejszych czynników ryzyka choroby nadciśnieniowej oraz sprawdzenia ogólnej wiedzy pacjentów na jej temat, pozyskiwana była wyrywkowo, wśród pełnoletnich pacjentów Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. Dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce.

Ankietowana grupa to 63 kobiety i 37 mężczyzn w wieku od 23 do 84 lat. Respondenci odpowiadali na pytania dotyczące negatywnych skutków nadciśnienia tętniczego, możliwych powikłań, które mogą wystąpić, jeśli choroba nie zostanie na czas wyleczona, bądź prawidłowo ustabilizowana, czynników wpływających na zwiększenie szansy na zachorowanie, trybu życia, aktywności fizycznej, diety, sytuacji stresujących, sposobów odpoczynku, regularności snu, palenia papierosów, spożywania alkoholu, częstotliwości kontrolowania ciśnienia tętniczego, źródeł, z których pacjent czerpie wiedzę na temat choroby nadciśnieniowej i jej leczenia, występowanie choroby w najbliższym środowisku ankietowanego, wiedzę na temat sposobów walki z nadciśnieniem tętniczym (farmakologiczne, nefarmakologiczne, naturalne itp.), jak się zachować, kiedy okaże się, że ciśnienie pacjenta nie mieści się w normie oraz to, jakie leki stosuje się w procesie leczenia choroby nadciśnieniowej.

Do badania przystąpiono po uzyskaniu zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych o projekcie badania (numer dokumentu 788501, z dnia 26 luty 2018 roku). Wzór kwestionariusza ankiety oraz uzyskana zgoda Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych o projekcie znajdują się w załącznikach do niniejszej pracy.

WYNIKI

Charakterystyka badanej populacji

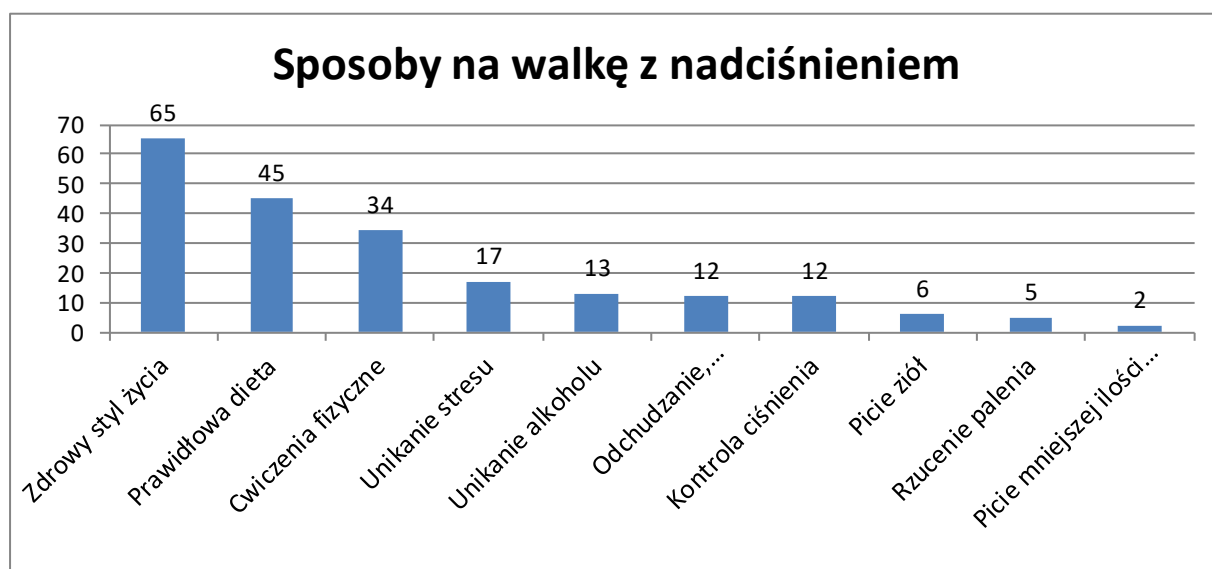
Badaniem objęto respondentów w wieku od 23-84 lat. Średni wiek ankietowanych to 53 lata. Zdecydowana większość badanych to osoby zamieszkujące wieś – 64 osoby (64%). Badaniu poddano osoby, które zadeklarowały że posiadają wykształcenie podstawowe – 4% badanych, zawodowe – 42% badanych, średnie – 31% badanych oraz wyższe 23% badanych. Prawie połowa ankietowanych miała nadmierną masę ciała – 45% (nadwaga 34 %, a otyłość 11% badanych). Niedowaga dotyczyła 14% ankietowanych. Największa grupa ankietowanych deklaruje, że wykonuje pracę fizyczną – 46%, pracę mieszaną – 23% badanych, a 31% ankietowanych deklaruje, że wykonuje pracę statyczną.

Szczegółowe wyniki badań

1. Większość (76% badanych) odpowiedziało, że nadciśnienie tętnicze może wpływać na zwiększenie ryzyka występowania udaru mózgu, choroby wieńcowej oraz niewydolności serca. 12% jako możliwe powikłania wskazało dwie z trzech poprawnych odpowiedzi – najczęściej wymieniali oni udar mózgu oraz niewydolność serca. 12% odpowiedziało udzielając tylko jednej prawidłowej odpowiedzi – większość z nich jako najczęściej występujące powikłanie nieleczzonego nadciśnienia tętniczego wskazało udar mózgu.
2. Zdecydowana większość respondentów jako czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego wskazała palenie papierosów 89 osób, co stanowi 28,9% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Tryb życia wybrało 78 osób (25,4%), spożywanie alkoholu również 78 osób (25,4%), a rodzaj diety 77 osób (25%).
3. Analiza aktywności fizycznej ankietowanych dotyczyła częstotliwości wykonywania aktywności fizycznej w jednym tygodniu. Zdecydowana większość ankietowanych uprawia aktywność fizyczną raz w tygodniu (57% procent badanych). 17% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, iż nie uprawia aktywności fizycznej wcale. 14% ćwiczy dwa razy w tygodniu, 4% - 3 razy w tygodniu. Ankietowani odpowiadali także że uprawiają sport: Jak tylko mają wolny czas (5% badanych), tak często jak to możliwe (2%), jeśli tylko zdrowie mi na to pozwala (1%).

4. Ankietowani w zdecydowanej większości jako najczęstszą preferowaną aktywność fizyczna wybierają spacer (77% badanych udzieliło takiej odpowiedzi. Dość często (12% badanych) ankietowani decydują się na rekreacyjną jazdę na rowerze. Nieliczni wybierają pływanie (6% ankietowanych) oraz bieganie (3%). Nieliczny odsetek badanej grupy pacjentów wskazała także, że za preferowaną aktywność fizyczną uważają pracę w ogórku (1% badanych udzieliło takiej odpowiedzi) oraz jazdę na rolkach (1%)
5. Większość ankietowanych sięga po zdrowe napoje – 57% z nich w swojej codziennej diecie wybiera wodę (w tym 1 % pije codziennie napary ziołowe napary ziołowe). 43 proc. przyznaje, że najczęściej sięga po niezdrowe napoje: kawa lub herbata (27% ankietowanych), słodkie napoje (13% ankietowanych) lub alkohol (2% badanych).
6. Ankietowani swój wolny czas najczęściej spędzają odpoczywając w łóżku (46% badanych deklaroowało, że najchętniej odpoczywa w ten sposób). Spora grupa badanych swój wolny czas poświęca pracy (32% ankietowanych). Zgodnie z zaleceniami prewencyjnym ochrony przez zapadalnością na nadciśnienie tętnicze tylko nieznaczny odsetek ankietowanych prawidłowo wykorzystuje swój wolny czas. Na zdrową aktywność fizyczną w wolnym czasie decyduje się zaledwie 7% ankietowanych – 4% spędzają wolny czas na czytaniu, 5% ogląda telewizję, 4% spaceruje, 3%jeździ na rowerze. 6 % badanych oświadcza, iż nie ma w swoim planie czasu wolnego.
7. Analiza odpowiedzi, które dotyczyły długości wypoczynku nocnego dowodzi, że 45% ankietowanych śpi zbyt krótko lub zbyt długo. 55 proc. ankietowanych deklaruje, że przesypia odpowiednią ilość godzin – 7-8 godzin. 6 godzin przesypia 29% badanych, 7-8 godzin – 55%, 9 godzin i powyżej – 9%. 7% osób, które poddano badaniu nie potrafiło udzielić odpowiedzi ile godzin przesypiają w ciągu nocy. Deklarują oni, że nie zwracają uwagi na długość wypoczynku nocnego.
8. Ankietowani spożywają warzywa codziennie. Wśród ankietowanych nie znalazła się osoba, która nie jada warzyw. Najwięcej osób (47% badanych) spożywa więcej niż 3 sztuki warzyw w ciągu dnia. Więcej niż 3 sztuki zjada 38% badanych. 15 procent ankietowanych spożywa zbyt małą ilość warzyw
9. Ankietowani zjadają w ciągu dnia jeden owoc(67% badanych), zaś 24% respondentów spożywa 2 sztuki. Wśród ankietowanych znalazły się osoby (4%), które nie spożywają owoców.

10. Jedynie 20 % ankietowanych deklaruje, że zjada posiłki rybne 2 razy w tygodniu. U 28% ankietowanych ryby goszczą na talerzu raz w tygodniu. Większość (42% badanych) deklaruje, że nie jada ryb wcale.
11. Większość osób ankietowanych nie pali papierosów (73% badanych). Ankietowani, którzy deklarują, że poddali się temu nałogi wypalają zwykle do 20 papierosów dziennie (18%). 6% badanych wyznało, że wypala do 10 sztuk papierosów dziennie. Natomiast 3 osoby wpisały wartości oscylujące w okolicach 40 sztuk papierosów (2 paczki dziennie)
12. Ankietowani wiedzę na temat nadciśnienia tętniczego najczęściej czerpią z telewizji, radia i Internetu (65% badanych). 21% ankietowanych najwięcej o nadciśnieniu dowiaduje się od przyjaciół czy rodziny. 9% badanych swoją wiedzę czerpie od lekarzy, pielęgniarek i personelu medycznego. Zaledwie 5% badanych przyznaje, że o nadciśnieniu czyta w książkach lub prasie.
13. **Sposoby radzenia sobie z nadciśnieniem tętniczym wg respondentów**



*Pytanie wielokrotnego wyboru. Suma odpowiedzi większa niż 100.

Rycina 1 Wiedza pacjentów na temat sposobów radzenia sobie z nadciśnieniem tętniczym

14. Wiedza na temat czynników wpływających na obniżenie ciśnienia tętniczego



*Pytanie wielokrotnej odpowiedzi. Suma odpowiedzi większa niż 100.

Rycina 2. Wiedza pacjentów na czynników wpływających na obniżenie ciśnienia tętniczego

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wiedza pacjentów, dotycząca nadciśnienia tętniczego, jego skutków, właściwego postępowania i leczenia może mieć wpływ na skuteczność leczenia. W tej sytuacji edukacja zdrowotna pacjentów ze szczególnym naciskiem na samokontrolę wartości ciśnienia tętniczego jest niezwykle ważna. Przeprowadzone badania pozwoliły określić, wiedzę ankietowanych na temat nadciśnienia tętniczego. Analiza udzielonych odpowiedzi dała obraz świadomości pacjentów na zagrożenia płynące z lekceważenia choroby. Oceniono nie tylko predyspozycje do zachorowalności, ale także świadomość wystąpienia powikłań, wiedzę z zakresu samokontroli ciśnienia tętniczego, jego skutków i możliwość wystąpienia chorób współistniejących.

Przeprowadzone w toku badań ustalenia pozwalają sądzić, iż ankietowani mają dużą świadomość na temat właściwych zachowań prewencyjnych w przeciwdziałaniu

zachorowalności na nadciśnienie tętnicze. Jako główne czynniki ryzykogenne wymieniają: palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nieregularny tryb życia, zła dieta. Badani znają także konsekwencje braku leczenia, nieodpowiednio dobranej terapii bądź lekceważenia nadciśnienia tętniczego. Wiedzą także, że może ono doprowadzić do poważnych chorób. Najczęściej wymieniane są tu: udar mózgu (76% badanych), niewydolność serca (76%) oraz choroby wieńcowej (64%).

Hedner, Kielsen, i Narkiewicz[7] opisali jak poważne dla zdrowia i życia mogą być konsekwencje oraz jak właściwe zachowania mogą pozytywnie wpływać na poprawę stanu zdrowia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Autorzy przytaczają szereg czynników sprzyjających zapadalności na tę podstawną chorobę.

Warto nadmienić, iż wyniki analizy badania ankietowego dowodzą, iż pacjenci wiedzą jak radzić sobie z nadciśnieniem tętniczym. Zwykle wymieniają kilka sposobów niefarmakologicznej walki z chorobą. Mają oni świadomość, jakie czynniki wpływają na obniżenie nadciśnienia tętniczego. Potrafią je odróżnić, od czynników, które zwiększają ryzyko podwyższenia nadciśnienia tętniczego. Zdecydowana większość osób ankietowanych nie pali papierosów (73% badanych). Jednak ci, którzy deklarują, że poddali się temu nałogi wypalają zwykle do 20 papierosów dziennie (18%). Niewielki odsetek badanych oświadcza, że pali około 40 papierosów dziennie (3% badanych). W tym miejscu można by dyskutować czy liczba wypalanych papierosów ma wpływ na zachorowalność na nadciśnienie tętnicze. Zdecydowana większość publikacji dotyczących związku wzrostu ciśnienia z paleniem tytoniu wyznaje przeświadczenie, że nałóg ten jest jednym z najistotniejszych, modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

Nieco bardziej skomplikowana w przeciwdziałaniu i leczeniu nadciśnienia tętniczego zdaje się być kwestia roli aktywności fizycznej. Analiza zebranych danych pozwoliła ustalić, że większość ankietowanych (57% badanych) uprawia aktywność fizyczną co najmniej raz w tygodniu (jedynie 17% badanych otwarcie przyznaje, że nie uprawia aktywności fizycznej). Zagłębiając się jednak w strukturę i rodzaj wykonywanych aktywności okazuje się, że ankietowani rozumieją ją najczęściej jako spacer (77% deklaruje, że jedyną formą sportu jaki uprawia jest spacerowanie raz w tygodniu). Zakładając, że jako faktyczne uprawianie sportu uznamy tylko bieganie, pływanie, jazdę na rowerze oraz jazdę na rolkach, okazuje się, że

tylko około 22 ankietowanych wykonuje aktywność fizyczną. Ustalenia te jednoznacznie potwierdzają założenia, które przedstawione są w literaturze.

Jaehde, Radziwill, Kloft[2], jako główne przyczyny zapadalności na nadciśnienie tętnicze wymieniają kolejno: brak ruchu, nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, nadmierne używanie soli, dieta, otyłość brzuszna, nadwaga lub otyłość, wysoki cholesterol, cukrzyca, stres i nieregularny tryb życia. W toku badań udowodniono, że ankietowani swój wolny czas najczęściej spędzają odpoczywając w łóżku (46% badanych) lub pracując (32%). Zgodnie z zaleceniami prewencyjnym ochrony przez zapadalnością na nadciśnienie tętnicze tylko nieznaczny odsetek ankietowanych prawidłowo wykorzystuje swój wolny czas. Na zdrową aktywność fizyczną w wolnym czasie decyduje się zaledwie 7% ankietowanych.

Warto również zauważyć, jak ważne w badaniach okazały się dane dotyczące snu nocnego ankietowanych. Zatrważające dane dowodzą, że prawie połowa (45%) badanych śpi zbyt krótko lub zbyt długo. Zaledwie 55 proc. ankietowanych deklaruje, że przesypia odpowiednią ilość godzin – 7-8 godzin.

Fakt ten został potwierdzony przez Europejskie Stowarzyszenie Nadciśnienia Tętniczego Banach M., Biernacka E., Braksator W.[3] Autorzy zapewniają, że istnieją liczne dowody na związek pomiędzy snem i jego brakiem, a chorobami układu sercowo - naczyniowego, w tym także nadciśnienia.

Analizując wyniki badań, dotyczące diety i właściwych nawyków żywieniowych ankietowanych można zauważyć, jak ogromny wpływ na zachorowalność i rozwój nadciśnienia tętniczego one mają. W literaturze bardzo powszechne jest przekonanie, iż na właściwe zdrowie wpływa prawidłowa dieta. A. Januszewicz[8], zapewnia, że do najważniejszych czynników wpływających na znaczne obniżenie częstotliwości zachorowania należą: prawidłowa dieta zaprzestanie palenia papierosów, ograniczenie spożywania alkoholu, kontrola ciśnienia oraz ograniczenie spożycia cukru i kontrola jego poziomu.

Przeprowadzone badania pokazują, że ankietowani nie zawsze stosują się do powyższych wytycznych. 57% ankietowanych wybiera w swojej diecie napoje zdrowe tj. wodę lub napary ziołowe, 43% przyznaje, że najczęściej sięga po niezdrowe napoje: kawa, herbata, słodkie napoje lub alkohol. Podobnie jest w przypadku spożywania właściwych produktów. Ankietowani przyznają, że jedzą warzywa codziennie, jednak tylko około 15%

badanych je ich wystarczającą ilość. Owoców jemy znacznie mniej. 67% badanych je jeden owoc dziennie. 4% badanych deklaruje, że w swojej diecie nie ma wcale owoców. Również zbyt rzadko wybierają ryby, jako składnik swojej diety. 52% badanych je ryby bardzo rzadko (raz na rok) albo wcale.

WNIOSKI

1. Respondenci wiedzę na temat choroby najczęściej czerpią z telewizji, radia i Internetu, a także korzystają z doświadczenia rodziny, przyjaciół i znajomych.
2. Świadomość, iż nadciśnienie tętnicze może wpływać na zwiększone ryzyko zachorowalności na wiele chorób jest wśród ankietowanych wysoka. Ich zdaniem nadciśnienie najczęściej prowadzi do udaru mózgu, niewydolności serca, choroby wieńcowej.
3. Większość pacjentów posiada wiedzę na temat czynników wpływających na obniżenie nadciśnienia tętniczego.
4. Ankietowani mają świadomość, że palenie papierosów, spożywanie alkoholu, tryb życia i rodzaj diety mają kluczowy wpływ na ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze.
5. Niestety w trybie życia respondentów można wskazać w większości na nieprawidłowe zachowania zdrowotne:
 - Niska aktywność fizyczna – zbyt rzadka i polegająca głównie na spacerowaniu
 - W diecie znajduje się zbyt mało owoców, prawie w ogóle nie występują ryby, zaś z napojów preferowane to kawa, herbata i słodkie napoje.
 - Czas wolny spędzany jest głównie na spaniu.
6. $\frac{1}{4}$ respondentów wskazuje na palenie papierosów w ilościach niebezpiecznych, a $\frac{3}{4}$ twierdzi, że spożywa alkohol w ilościach umiarkowanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Babiarczyk B., Małutowska-Dudek B.: Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym Hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, 1(46), 29-035

2. Jaehde U., Radziwill R., Kloft C.H. : Farmacja Kliniczna, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2017, 170-179, 505-507
3. Banach M., Biernacka E., Braksator W.: Kardiologia sportowa w praktyce klinicznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 33-34, 56-59, 61-62
4. Czekalski S.: Nadciśnienie tętnicze, a mała masa urodzeniowa, Medycyna praktyczna, Kraków 2004, 733-738
5. Kearney P.M. i wsp.: Global burden of hypertension analysis of worldwide data, Lancet, Warszawa 2005, 217-223
6. Dega W., Milanowska K.: Rehabilitacja medyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 287-322
7. Hedner T., Kiildsen S.E., Narkiewicz K.: Nadciśnienie Tętnicze, Via Medica, Gdańsk 2008, 16-22, 24, 34-35, 44, 56, 65
8. Januszewicz A.: Nadciśnienie tętnicze, zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia, Medycyna praktyczna, Kraków 2005, 51-52, 172-173, 176-177
9. Grodzicki T., Kocemba J., Gryglewska B.: Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym, Wydanie drugie uzupełnione i poprawione, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009, 94-104, 119,120
10. Koper D., Senatorski G.: Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Poradnik dla pielęgniarek, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2007, 24-25
11. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekłe chory w domu, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa 2011, 129
12. Rybicki Z.: Intensywna terapia dorosłych, Makmed, Lublin 2009, 177-189
13. Sarnowska A., Pielęgniarstwo internistyczne w praktyce szpitalnej. Kompendium wiedzy dla studentów kierunku pielęgniarstwo, wydanie II poprawione i uzupełnione [w:] rozdział II: Pielęgnowanie pacjenta z wybraną chorobą układu krążenia, Piła 2012, 112-115
14. Middeke M., Pospisil E., Volkier K.: Naturalne leczenie nadciśnienia tętniczego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 11
15. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009, 110-116

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA POZIOM SATYSFAKCJI Z PRACY

Katarzyna Sołomianko¹, Cecylia Dolińska², Beata Olejnik³ Katarzyna Krystyna Snarska⁴

1. Absolwentka, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Praca to proces ściśle powiązany z egzystencją człowieka. W pracy spędzamy przeciętnie 160 godzin w miesiącu co daje prawie 2 tysiące godzin w roku. Zatem powinna być źródłem satysfakcji. Poziom satysfakcji zawodowej pracownika przynosi każdej organizacji wymierne korzyści. Staje się ważną informacją zarządczą, determinującą procesy motywowania i zaangażowania pracowników. Prowadzi do wzrostu poziomu jakości wykonywanej pracy, co w przypadku środowiska pielęgniarskiego oznacza wzrost satysfakcji, wśród pacjentów. W odniesieniu do pielęgniarek i pielęgniarzy, których praca polega na sprawowaniu opieki nad innymi ludźmi, problem zadowolenia i satysfakcji nabiera szczególnego znaczenia. Staje się istotny na obecną sytuację społeczno- demograficzną, starzenie się społeczeństwa, kadry pielęgniarskiej. Wieloletnie zaniedbania, zbyt niska liczba kadry w odniesieniu do rzeczywistych potrzeb społecznych mogą spowodować, że Polsce, w niedalekiej już przyszłości, wystąpią problemy z optymalnym zabezpieczeniem zdrowotnym w usługi pielęgniarskie [1].

Zadowolenie a satysfakcja zawodowa

Mimo upływu lat to temat cieszący się nadal dużym zainteresowaniem, pomimo wielu prób usystematyzowania definicji nadal pozostaje kategorią trudną do jednoznacznego

określenia znaczenia pojęć podstawowych: „zadowolenie” i „satysfakcja”. Dbałość o zadowolenie i satysfakcję z pracy staje się jednym z najważniejszych wyzwań w procesie zarządzania zasobami ludzkimi.

Podstawą funkcjonowania człowieka w pracy jest odczuwanie przez niego zadowolenia i satysfakcji z wykonywanej pracy, które mogą mieć odniesienie nie tylko na osiągane wyniki i efektywność pracy, ale również na jakość życia [2]. Współcześnie wiedza pracownika, jego umiejętności, doświadczenie i kompetencje to najcenniejszy zasób każdej firmy nie zależnie od profilu jej działalności. Jest on szczególnie cenny w gałęziach gospodarki opartej na wiedzy do których należy sektor opieki zdrowotnej. W środowisku pielęgniarek i pielęgniarzy wydaje się to oczywiste z racji zależności, jaka zachodzi pomiędzy uzyskaną przez pracownika satysfakcją a jakością wykonywanej pracy. Systematyczne badanie satysfakcji pracowników pozwala kadrze zarządzającej na poszerzanie wiedzy dotyczącej opinii pracowników reprezentujących środowisko pielęgniarskie [3].

Pojęcie zadowolenia i satysfakcji z pracy

Pojęcie „*zadowolenie*” zgodnie z definicją Słownika języka polskiego „to przyjemne uczucie, którego doznajemy, gdy spełniają się nasze pragnienia lub oczekiwania”[4].

Zadowolenie z pracy oznacza zatem pozytywne nastawienie do powierzanych zadań, warunków pracy, naszych relacji z przełożonymi i współpracownikami. Jednak nasza postawa, przejawiana w sposób pozytywny, mimo, że niezbędna, to do osiągnięcia poczucia satysfakcji okazuje się niewystarczająca. Jej osiągnięcie możliwe jest dopiero, wtedy, gdy nasza praca stwarzać nam będzie możliwości do wykorzystywania naszych umiejętności i zdolności. Niezwykle ważne jest poczucie pracownika, że zasady i normy etyczne w miejscu pracy są przestrzegane. Poza różnorodnością zlecanych zadań pojawić się w niej powinna pełna swoboda działania, sprzyjająca prawidłowym i systematycznym przepływom informacji zwrotnych, w tym także o wynikach pracy osiąganych przez pracownika [5,6]. Często zamiennie z pojęciem „zadowolenie” używamy pojęcia „satysfakcja” Czynnikiem, który różni oba te pojęcia, to czas ich występowania. Zadowolenie może być chwilowe, natomiast satysfakcję, zazwyczaj odczuwamy po długotrwałym okresie trwania. Termin *satysfakcja* pochodzi od dwóch łacińskich słów: „satis- dostatecznie oraz facere- robić”. Według słownika psychologicznego satysfakcja „To stan emocjonalny powstały w wyniku osiągnięcia

jakiegoś celu”, natomiast według Słownika socjologicznego „to silne uczucie zadowolenia i przyjemności wynikające z zaspokojenia potrzeb lub pragnień”[3,7].

Dotychczas w literaturze odnaleźć można wiele definicji zarówno pojęcia zadowolenia z pracy jak i satysfakcji zawodowej. Najczęściej cytowaną zaś definicją satysfakcji z pracy jest podana przez E. A. Locke’a, określająca „satysfakcję z pracy jako przyjemny stan emocjonalny będący rezultatem postrzegania własnej pracy jako takiej, która umożliwia osiągnięcie ważnych wartości z pracy pod warunkiem, że te wartości są zgodne z potrzebami lub pomagają w realizacji podstawowych potrzeb człowieka”[8].

Definiując pojęcia „zadowolenia z pracy” i „satysfakcji zawodowej” nie można zapomnieć, że jest uwarunkowany szeregiem czynników i mogą dotyczyć dwóch płaszczyzn:

- poznawczej, czyli tego, co jednostka myśli o swojej pracy oraz jak ją ocenia
- emocjonalnej, czyli uczuć, jakie wiąże ze swoją pracą [9].

Determinanty satysfakcji z pracy

Możemy wyodrębnić dwie grypy czynników wpływających na satysfakcję z pracy; ogólne (makrospołeczne) uwarunkowania odnoszące się do świadomości społecznej oraz systemu społeczeństwa w zakresie społeczno – politycznym, i społeczno – ekonomicznym, szczegółowe (mikroekonomiczne) związane z określonym rodzajem pracy możemy podzielić je na bezpośrednio i pośrednio wpływające na pracę [27].

Bezpośredni wpływ odnosi się do sfery motywacji człowieka i jego oczekiwań wobec pracodawcy należą do nich;

- cechy pracownika, postawy wobec pracy, jego potrzeby i zainteresowania a także elementy socjologiczno-demograficzne; zawód, wiek, płeć, wykształcenie,
- cechy organizacji; cel, misja, rodzaj wykonywanych zadań, strategia rozwoju i zasoby zapewniające dalszy rozwój,
- aktywność funkcjonalna jako wynik relacji zachodzących między cechami człowieka, które mają wpływ na jego motywację a cechami organizacji dążącymi do umożliwienia mu zaspokojenia jego własnych pragnień, dążeń a także oczekiwań jako pracownika [10].

Pośredni wpływ odnosi się do możliwości każdego człowieka w pracy i należą do nich

- cechy pracownika, kwalifikacje, kompetencje, zdobyte zdolności i doświadczenie zawodowe i życiowe, stan posiadania w tym zasoby materialne, dostęp do środków pomocniczych a także obecność osób udzielających wsparcia,
- cechy organizacji, czyli wymagania w miejscu pracy mające odzwierciedlenie w treści wykonywanych zadań, warunkach fizycznych i społecznych określonego stanowiska, jak również powiązania z otoczeniem, opinią publiczną władzami, klientami,
- adekwatność funkcjonalna w sferze sprawnościowej człowieka i jego możliwości zapewniona przez odpowiedni dobór pracowników poprzedzony właściwą weryfikacją kompetencji i kwalifikacji z uwzględnieniem możliwości szkolenia [11].

Znaczenie satysfakcji z pracy

W całym procesie kształtowania satysfakcji szczególną rolę przypisuje się wzajemnym relacjom zachodzącym między wykonywaną pracą, wysiłkiem włożonym w jej wykonanie a rekompensatą uzyskaną za jej wykonanie. Ekonomiczność procesu pracy rozumianą jako wynik zestawienia uzyskanego działania do kosztów włożonych w jego wykonanie. O wydajności możemy mówić, gdy najlepszy efekt uzyskujemy przy określonych kosztach, natomiast o oszczędnościach możemy mówić, gdy przy najniższych kosztach osiągamy zakładany efekt [12].

Efektywność procesu pracy rozumiana jako stosunek uzyskanych efektów pracy do nakładów czasu pracy poświęconego na osiągnięcie zamierzonego efektu.

Bezpieczeństwo w pracy rozumiane jako zespół warunków, które muszą być zachowane, aby pracownicy mogli pracować bezpiecznie i bez szkody dla zdrowia, czyli, zgodnie z zasadami ergonomii pracy, na, którą składa się; czas pracy, rozkład zajęć w czasie, warunki fizyczne, biologiczne, jak również środowisko materialne jednostki [13].

Etyka w procesie pracy rozumiana jako zgodność przestrzegania przyjętych zasad w danej organizacji. Uczciwego i etycznego traktowania oraz poszanowania godności pracowników, rzetelnego wynagrodzenia realnego do wkładu pracy wniesionego we wzrost całej jednostki, informacji i pomocy w procesie własnego rozwoju.

Zależności zachodzące pomiędzy satysfakcją zawodową a pracownikiem

Satysfakcją zawodową a efektywność pracowników, występują wówczas, gdy efektywność pracy postrzegana jest jako droga do realizacji ważnych celów osiągalnych przez pracownika, mających wpływ na efektywność całej organizacji [2,14]. *Satysfakcja a produktywność pracowników.*

Spadek satysfakcji oznacza niekorzystny wpływ dla organizacji co skutkuje wzrostem rotacji wśród pracowników najczęściej, tych na niższych stanowiskach, wzrostem nieobecności w pracy, na które mają wpływ również inne czynniki takie jak: warunki na rynku pracy, możliwości znalezienia innej pracy. Sposób zachowań kontr produktywnych wśród, których znajduje się postępowanie niezgodne z instrukcjami; marnotrawienie materiałów należących do firmy, obrażanie współpracowników, odmawiania wykonania zadania lub polecenia, wywoływanie kłótni, kradzieże, zrzucanie winy na kogoś za własny błąd, nieprzekazywanie informacji, oczernianie firmy [15].

Satysfakcja zawodowa i jej wpływ na zmiany zachodzące w zachowaniu pracownika, Im bardziej zadowolony pracownik tym bardziej identyfikuje się z cechami organizacji poprzez dostrzeganie w niej możliwości samorealizacji, wykazuje większą troskę o jakość pracy, a tym samym wykazuje wyższy poziom satysfakcji u pacjenta, jest bardziej lojalny wobec firmy identyfikuje się z firmą w związku z tym stawiają mniejszy opór wobec propozycji zmian w większym stopniu wykazują chęć współpracy z innymi wykazując chęć do udzielania rad i dzielenia się wiedzą. punktualność i właściwe wykorzystanie czasu pracy co przekłada się na ograniczenie kontroli i większą samodzielność pracownika [7].

Satysfakcja zawodowa a motywowanie pracowników

Poziom satysfakcji uznawany jest za jeden z elementów wspomagających proces motywowania pracowników, według, którego pracownicy porównują poniesiony przez siebie wysiłek do uzyskanej korzyści w oparciu o punkt odniesienia, którym może być jego subiektywne odczucie zadowolenia lub niezadowolenia [27, 32]. Za podstawową kwestię uznawaną przez pracowników w procesie motywowania jest poczucie sprawiedliwości, która przebiega etapowo:

- I. Jeżeli osiągnięcia w pracy przynoszą powodzenie w postaci nagród zewnętrznych takich jak; awans, podwyżki wynagrodzenia a także wewnętrznych np. poczucie samorealizacji i szacunku do samego siebie.
- II. Pracownik uznaje sprawiedliwość nagród za adekwatny w stosunku do włożonego wysiłku i uzyskanych efektów, wtedy pracownik jest zadowolony, a więc odczuwa satysfakcję.
- III. Satysfakcja staje się motywatorem do podjęcia kolejnych wyzwań i zaangażowania [2].

Za racjonalny kierunek doskonalenia systemów motywacyjnych, należy uznać zastosowanie rozwiązań opartych na ogólniejszym modelu, rozwiązań, który tworzy troska o poziom satysfakcji pracownika, nawet w trudnych warunkach gospodarowania w jakich funkcjonuje system opieki zdrowotnej [16].

Metody pomiaru satysfakcji zawodowej

Istnieje wiele narzędzi do pomiaru poznawczego aspektu satysfakcji z pracy pozwalających oszacować, co pracownik myśli o swojej pracy jego opinie, oceny poznawcze, określające, w jakim stopniu praca jest dla niego korzystna.

Do najbardziej popularnych technik pomiaru szacujących poznawczy aspekt zadowolenia z pracy należą techniki: „papier-ołówek”, kwestionariusze, skale, pozwalające na jednorazowy i ilościowy pomiar zadowolenia z pracy.

Ich zalety to: stosunkowo małe koszty badań, możliwość przebadanie dużej liczby osób w krótkim czasie. Proste opracowanie wyników, ich standaryzowanie i porównywanie [17].

Skale Satysfakcji z Pracy (SSP)

Służy do pomiaru ogólnego zadowolenia z pracy i satysfakcji z życia. Opracowaną przez Zalewską (10), jej opracowanie inspirowane jest techniką The Satisfaction With Life Scale (SWLS) E. Dienera i in. (1985), opartej która zawiera na 5 sądach dotyczących satysfakcji z pracy. Każde z nich badany ocenia na podstawie własnych odczuć, zgodnie z 7-punktowej skali, który najbardziej odpowiada opinii osoby [18] badanej. Przed stwierdzeniami umieszczona jest także ponumerowana skala opinii: 1 – zdecydowanie się nie

zgadzam; 2- nie zgadzam się; 3 – raczej się nie zgadzam; 4 – trudno powiedzieć, czy się zgadzam, czy się nie zgadzam; 5 – raczej się zgadzam; 6 – zgadzam się; 7 – zdecydowanie się zgadzam [18].

Skala Afektu w Pracy (JAS)- Job AffectScale

Autorstwa Briefa, Burke’a, George’a, Robinsona i Webstera (1998), zaadaptowany do warunków polskich przez Zalewską (2002), pod nazwą Skala Afektu w Pracy (JAS) przeznaczony do pomiaru odczuwanego w pracy afektu pozytywnego i negatywnego. Zadaniem osoby badanej jest ocena na siedmiostopniowej skali jak silnie odczuwała dane emocje w pracy. (α Cronbacha dla afektu pozytywnego wynosi 0,84, dla afektu negatywnego 0,79) [3,6].

Arkusz Opisu Pracy (AOP)

Autorstwa Neubergera i Allerbecka jest metodą, która bada poznawczy aspekt zadowolenia z pracy oraz satysfakcję z poszczególnych składników pracy: (Zalewska, 2001). Oszacowana na czterostopniowej skali opisowej. Każdemu ze składników przypisane są określenia (przymiotniki lub krótkie opisy), do których osoby badane ustosunkowują się, wybierając jedną z odpowiedzi: „zadowolony” – „ niezadowolony” – „raczej niezadowolony” – „bardzo niezadowolony”. Pytania dotyczą zadowolenia z płacy w porównaniu do swoich potrzeb w porównaniu do innych zawodów i możliwości utraty miejsca pracy. AOP umożliwia także pomiar ogólnej satysfakcji z życia [13]. Rzetelność skal dla sześciu składników jest wysoka (α Cronbacha waha się od 0,84 do 0,92), a dla składnika koledzy jest zadowalająca (0,69) [3].

Ankieta

Jest jedną z wielu metod zbierania informacji. Ankieta i wywiad są technikami podobnymi w swych podstawowych założeniach. Zarówno ankieta jak i wywiad oznaczają zbieranie informacji za pomocą mniej lub bardziej sformalizowanego formularza pytań. W przypadku ankiety, [3] formularz taki jest niezbędny, bez formularza nie ma ankiety , potrzebny jest bowiem wtedy ktoś , kto zadaje pytania, a w takim przypadku mamy do

czynienia nie z ankietą a z wywiadem. Formularz pytań stosowany w ankiecie lub wywiadzie to kwestionariusz, określany jako narzędzie badawcze, służy do pomiaru interesujących nas zjawisk. a odpowiedzi na pytania wskaźnikami, na podstawie , których możemy odczytać pomiar i postawić diagnozę.

Podstawową różnicą między ankietą a wywiadem; kwestionariusz ankiety wypełnia sam badany, wywiad oznacza rozmowę z badanym, prowadzoną przez badacza, albo specjalnie przeszkoloną osobę, czyli ankietera, który wypełnia kwestionariusz [13].

Kwestionariusz

To inaczej formularz, zawierający pytania na jakie chcemy by odpowiedział respondent. Kwestionariusz nie może być zbyt długi, dotyczy to szczególnie kwestionariusza ankiety. Pytania pisane w kwestionariuszu muszą być pisane w języku zrozumiałym dla wszystkich muszą być jednoznaczne jasne i zrozumiałe. a odpowiedź na nie może budzić wątpliwości. Pytania powinny być ułożone w bloki tematyczne , a cały kwestionariusz tworzyć pewien logiczny ciąg myśleniowy.

Wyróżniamy pytania zamknięte czyli takie, które zawierają gotowe odpowiedzi, z których respondent ma wybrać jedną lub więcej.

Na pytania otwarte respondent sam formułuje odpowiedź, pytania półotwarte zawierają zarówno gotowe odpowiedzi, jak i odpowiedź własną respondenta [13].

Wywiad

Najczęściej stosowana technika badawcza, rozmowa prowadzona z osobą badaną przez specjalnie przeszkoloną osobę, zwaną ankietą. Wyróżniamy kilka rodzajów wywiadów z kryteriów na podstawie, którego różnicuje się wywiady, jest stopień ich standaryzacji jest on wyznaczony przez ilość pytań zamkniętych i zakres możliwości, Wywiad o najwyższym stopniu standaryzacji wszystkie pytania są zamknięte, a rolą ankietera jest odczytanie pytań w dokładnej formie, w jakiej są zapisane i podkreślenia odpowiedzi wybranej przez respondenta [13].

Wywiad swobodny, to taki, któremu nie towarzyszy lista spisanych pytań w postaci kwestionariusza. Nie towarzyszy mu lista z wyraźnie sformułowanymi pytaniami, a jedynie

dyspozycja do wywiadu. Jest on rozmową na określony temat, który ma przynieść pewne informacje związane z konkretnymi zagadnieniami.

Wywiad kwestionariuszowy o mniejszym stopniu standaryzacji, pytania są półotwarte i otwarte, oraz wywiad z listą informacji, który różni się od swobodnego tym, że prowadzący ma spisane listę informacji i ona wyznacza przebieg wywiadu. Ważną cechą każdego rodzaju wywiadu jest to, że oznacza on bezpośredni kontakt z badanym [13].

Obserwacja

To technika zbierania materiałów dzieli się na uczestniczącą i nieuczestniczącą, kontrolowaną i niekontrolowaną. Obserwacja uczestnicząca polega na tym, że badacz staje się uczestnikiem a nie tylko obserwatorem grupy, którą chce poddać obserwacji a członkowie grupy nie są poinformowani o celu jego przynależności. Z obserwacją nieuczestniczącą, mamy do czynienia wówczas, gdy badacz od razu wchodzi w rolę obserwatora kogoś, kto pozostaje na zewnątrz. Kontrolowana i niekontrolowana odnoszą się do stopnia jej standaryzacji. Kontrola obserwacji polega na prowadzeniu zgodnie z pewnym planem i uwzględnia szczegółowe zagadnienia, na które chcemy zwrócić uwagę [3]. Niezbędnym elementem prowadzenia obserwacji kontrolowanej jest dzienniczek obserwacji. Obserwacja niekontrolowana, należy mieć przygotowany formularz z podstawowymi kategoriami danych do zapisu. Notatki z obserwacji powinny być przeprowadzone na bieżąco i przeniesione do dzienniczka obserwacji. Codziennie powinno być sporządzone dokładne sprawozdanie, z tego co zaobserwowaliśmy. Kontrola obserwacji dotyczy zarówno procesu obserwacji i osoby przeprowadzającej obserwację [13].

Motywacja

Motywacja oznacza chęć pracownika do powtarzania rutynowych często mało interesujących czynności, do zwiększania własnych wysiłków, a tym samym do efektywnego i sumiennego wykonywania powierzonych mu obowiązków.

Motywowanie to zabiegi przełożonych, mające na celu wpływ na pracowników w celu zwiększenia i podniesienia jakości wykonywanej przez nich pracy [19].

Istota motywacji

Zmieniają się wartości i styl życia społeczeństw i małżeństw, to, co motywowało pracowników 20 lat temu, nie motywuje ich dzisiaj. W dzisiejszych czasach najsilniej działającym czynnikiem jest elastyczny czas pracy, oferta szkoleniowa i możliwości rozwoju, zawodowego. Nie zmienia to faktu, że pod względem atrakcyjności i zdolności przyciągania pracowników do firmy, na pierwsze miejsce wysuwa się poziom wynagrodzeń [20].

Istnieje ciągła potrzeba budowania pozytywnej relacji między pracownikami a firmą. Taką relację można zbudować m.in. przez stworzenie odpowiedniego systemu motywacyjnego, który umożliwi pracownikom realizację i osiągnięcia osobistych celów w połączeniu z celami organizacji.

Przez określenie *system motywacyjny* należy rozumieć system, który w porozumieniu z pracownikami opiera się na uzgadnianiu celów pracy planowaniu i stawianiu kolejnych kroków, regularnej ocenie wyników pracy, czyli dalszego rozwoju firmy i na ustaleniu nagrody [9,4].

Zgodnie z założeniami A. Masłowa, znanego psychologa amerykańskiego, potrzeby człowieka są zaspokajane według pewnej ustalonej hierarchii. Ludzie mają określoną hierarchię potrzeb, gdy są zaspokojone na pewnym poziomie, skupiają uwagę na potrzebach wyższego rzędu. Niezaspokojenie potrzeb prowadzi do kryzysu i konfliktów, której podłożem jest zagrożona lub niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa i stabilności [4,9].

O potrzebach pracowników mówi również dwuczynnikowa teoria Herzberga (1957 r.).

Potrzeby pracowników zostały podzielone na dwie grupy:

- 1) potrzeby rozwoju zawodowego, będącego źródłem rozwoju osobistego;
- 2) potrzeby związane ze sprawiedliwym wynagradzaniem, nadzorowaniem, warunkami pracy i działaniami administracyjnymi.

Grupa druga jest swego rodzaju fundamentem dla grupy pierwszej a zaspokajanie potrzeb z grupy drugiej nie motywuje pracowników do osiągania lepszych wyników. Są to tzw. czynniki higieniczne, które zapobiegają niezadowoleniu z pracy, nie mają większego wpływu na tworzenie pozytywnych postaw wobec pracy. Higiena pracy to przede wszystkim:

- warunki pracy,
- zapłata za pracę,

- świadczenia socjalne,
- atmosfera w pracy,
- stosunek do przełożonych i kolegów,
- zabezpieczenie trwałości stosunku pracy,

Pogorszenie się czynników higienicznych lub likwidacja elementów higieny pracy prowadzi do zmniejszenia zadowolenia z pracy [8,19].

Motywacja zewnętrzna i wewnętrzna

Przełożony może stosować motywowanie zewnętrzne sprowadzające się do wszelkiego rodzaju nagród i kar takich jak: pieniądze, wyróżnienie, awans, zmiana miejsca pracy, pochwała publiczna nagroda rzeczowa. Bardziej owocne jest odpowiednie nagradzanie pożądaných czynności, niż karanie niepożądanych. Sięgając do nagród czy pozafinansowych środków motywacyjnych, przełożony musi wiedzieć, co jest aktualnie powszechne i cenione przez konkretnego pracownika. Wysłanie pracownika na wycieczkę, kurs komputerowy czy językowy będzie odpowiednią nagrodą.

Motywacja wewnętrzna oznacza wykonywanie pracy przez pracownika z powodu jego osobistych zainteresowań, chęci doskonalenia się i realizacji własnych ambicji. Motywacja wewnętrzna stanowi lepszą podstawę pracy, niż zewnętrzna, dlatego przełożony powinien o nią dbać i wzmacniać ją na różne sposoby [19].

Nagradzając pracownika należy pamiętać, że ważne są nie tylko nagrody materialne, ale poczucie, że się jest zauważanym i docenianym na tle zespołu. Pracownikowi zależy na ogół na pozycji w zespole, niezależności, czuciu się potrzebnym.

Każde zrealizowane zadanie lub osiągnięcie zespołu bądź pojedynczego pracownika należy przypisać jego autorowi. Nie należy umniejszać jego zasług przypisując osiągnięcia dyrekcji, polityce zakładu [19].

Nagroda, która trafia w osobiste preferencje, będzie mimo mniejszej obiektywnej wartości dobrą nagrodą i będzie miała większą siłę motywującą.

Organizacja kształcenia pielęgniarskiego w Polsce i na świecie

Pielęgniarstwo w najstarszych formach tak stare jak ludzkość, ale jako jedno z najważniejszych ogniw podlega obecnie wielu zmianom. W Polsce po raz pierwszy w 1969 roku możliwości kształcenia podyplomowego pielęgniarek na poziomie akademickim

zapoczątkował proces, który aktualnie prowadzi do przenoszenia edukacji pielęgniarek na wyższy poziom [2,12].

Z personelu pomocniczego pielęgniarki awansowały do roli partnera w zespole terapeutycznym. Wiek XXI stawia przed pielęgniarkami nowe zadania a wymagania wobec osób wykonujących zawód pielęgniarki znacznie wzrosły. Na nowo określa ich rolę w zespole terapeutycznym. Stawiane im zadania mogą być zrealizowane wyłącznie przez osoby, posiadające odpowiednie wykształcenie, kwalifikacje i kompetencje zawodowe, jak też demonstrujące wartości wywodzące się z etyki filozofii zawodu i odpowiedzialności zawodowej.

Profesjonalne pielęgnowanie najczęściej określane jest jako asystowanie, pomaganie towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności, przy równoczesnym zapewnieniu prawa do decydowania za zdrowie własne i swoich najbliższych poprzez uzyskanie umiejętności samoopieki i samopielęgnowania [11].

Znaczącą grupę czynników, które wpływają na rozwój współczesnego pielęgniarstwa, stanowią czynniki demograficzne, społeczno-kulturowe i polityczne takie jak: proces integracji z Unią Europejską, polityka zdrowotna i sytuacja ekonomiczna społeczeństwa.

System kształcenia pielęgniarek w Polsce

Włączenie się Polski w struktury UE stanowi ważny krok w integracji polskiego pielęgniarstwa z pielęgniarstwem zachodnim.

W Polsce teraźniejsze pielęgniarstwo zależy od szybkich przemian rozwojowych, a obecny system kształcenia polskich pielęgniarek w bardzo dużym stopniu ukształtowały przepisy Unii Europejskiej.

W większości krajów dyplom pielęgniarski uzyskany w danym kraju daje możliwość wykonywania zawodu w innym kraju co stwarza możliwości przemieszczania się kadr pielęgniarskich między stowarzyszonymi państwami, dla uzupełnienia braków kadrowych w obsadzie stanowisk pielęgniarskich. Umożliwia poznanie nowych ludzi, otrzymania bardziej interesującej pracy i wyższych zarobków, co ma wpływ na wyższą satysfakcję osobistą i zawodową [2,21].

Porównując system kształcenia polskich pielęgniarek z pielęgniarkami w innych krajach Europy można stwierdzić, że poziom i kierunek kształcenia pielęgniarek w każdym z tych krajów nie jest identyczny. Jednolite są jego podstawy i ogólny zarys. Wysoki poziom kształcenia, wdrażanie innowacyjnych metod nauczania i przyswajania wiedzy oraz zdobywania umiejętności ma wielkie znaczenie w ustawicznym rozwoju pielęgniarstwa. W trakcie przechodzenia poziomu opieki na wyższe szczeble, wyłaniały potrzeby kształcenia polskich pielęgniarek do zaawansowanej praktyki. Profilujące specjalizacje kształcenia dla konkretnych elementów systemów ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że wraz ze zmianami w systemie kształcenia pielęgniarek znacznie poprawił się poziom świadczonej przez nie opieki, zwiększyła się fachowość wykonywanych czynności. Ma to znaczenie ze względu na uzyskanie wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej w trosce o zdrowie dla wszystkich [2,21].

Oczekiwania dotyczące dzisiejszej pielęgniarki, której głównym zadaniem jest zawodowa opieka nad chorym, obejmują szeroko rozumianą pielęgnację wraz z wypełnianiem wszystkich powierzonych jej funkcji w sposób samodzielny[22].

Kształcenie zawodowe pielęgniarek w Polsce

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012r, w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U.2012.631). Systemy kształcenia pielęgniarstwa w wybranych krajach europejskich 93 przedmiotów podstawowych dostarczających niezbędnej wiedzy z zakresu anatomii, fizjologii i rozwoju człowieka (anatomia, fizjologia, biochemia, genetyka, patomorfologia i patofizjologia, mikrobiologia z podstawami parazytologii, zdrowie publiczne, farmakologia, psychologia, socjologia, pedagogika; oraz przedmiotów kierunkowych przygotowujących do uzyskania umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu pielęgniarstwa (podstawy pielęgniarstwa, promocja zdrowia, przedmioty kliniczne oraz pielęgniarstwo z zakresu różnych dziedzin, rehabilitacja [4,23] i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych, metodologia badań naukowych, seminarium licencjackie). Obecny system kształcenia pielęgniarek zbudowany został na podstawie standardów nauczania, dyrektywy Unii Europejskiej i Procesu Bolońskiego [3,23]. Od 1993 roku w związku z planowanym przystąpieniem Polski do UE, rozpoczęto zmianę systemu edukacji w zawodach pielęgniarki i położnej tak, by dostosować polskie prawo do Dyrektywy Unijnej. Postanowiono, że kształcenie pielęgniarek będzie prowadzone na poziomie

wyższym, przy czym pielęgniarki, które ukończyły kształcenie w poprzednim systemie, zachowały pełne prawo do wykonywania zawodu. W wyniku podjętych decyzji od 1999 roku pierwsze uczelnie rozpoczęły nabór na kierunek pielęgniarski na 3-letnie studia zawodowe (studia I^o – licencjackie), a następnie na 2-letnie studia II^o (magisterskie) [2].

Na obecny system kształcenia pielęgniarskiego w Polsce składają się: 1. studia licencjackie – 3 letnie (tytuł licencjata), 2. studia magisterskie – 2 letnie (tytuł magistra), 3. studia pomostowe – (tytuł licencjata), 4. studia doktoranckie – kształcenie podyplomowe.

Studia I^o (licencjackie)

Rekrutacja na studia medyczne w Polsce odbywa się na podstawie wyników uzyskanych na egzaminie maturalnym. Trwają co najmniej 6 semestrów (4720 godzin zajęć i praktyk), co odpowiada 180 punktom ECTS (*EuropeanCredit Transfer System*). Kształcenie zawiera bloki przedmiotów: kształcenia ogólnego w ramach, którego student poznaje główne kierunki i zagadnienia filozoficzne, jako źródło refleksji nad człowiekiem (filozofia i podstawy etyki, wychowanie fizyczne, język obcy, przedmiot do wyboru). Po ukończeniu absolwent przygotowany jest do wykonywania zawodu samodzielnie lub w zakładach opieki zdrowotnej, takich jak szpitale, zakłady podstawowej opieki zdrowotnej, hospicja, szkoły, zakłady pracy itd. Studia kończą się napisaniem i obroną pracy licencjackiej [4,6].

Dodatkowo od roku akademickiego 2004/2005 prowadzone były studia zawodowe tzw; pomostowe kierowane do pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych, kończące się uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa. Kształcenie to było realizowane w ramach projektu „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II, Działania 2.3 Poddziałania 2.3.2. Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007-2013. Ostatni nabór na studia w ramach tego projektu odbył się w 2014 r. Studia zakończyły się obroną w 2015r.

Studia magisterskie II^o

Trwają co najmniej 4 semestry (nie mniej niż 1300 godzin), co odpowiada 120 punktów ECTS. Bloki przedmiotów prowadzonych na studiach II^o można podzielić na zbiór przedmiotów podstawowych kształcenie w zakresie psychoterapii, nowoczesnych technik diagnostycznych i zbiór przedmiotów kierunkowych kształcenie w zakresie teorii

pielęgniarstwa, pielęgniarstwa europejskiego, intensywnej terapii i w intensywnej opiece medycznej, pielęgniarstwa specjalistycznego i zarządzania w pielęgniarstwie. Ukończenie studiów II ° daje możliwość i wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i nauk medycznych do świadczenia opieki pielęgniarskiej, edukacji prozdrowotnej i uczestniczenia w badaniach naukowych [4,6].

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek

Celem kształcenia podyplomowego jest doskonalenie umiejętności szybkiego i elastycznego przyjmowania nowych zadań oraz dostosowania ich do potrzeb społeczeństwa, w tym głównie: uzupełnienia braków wynikających z postępu wiedzy ogólnej i medycznej. Może mieć ono formę specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doksztalających. Pielęgniarki i położne mają prawo i obowiązek ciągłego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego [6]. Podstawą prawną kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zwodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016r. poz. 1251), określająca następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

- szkolenie specjalizacyjne, zwane specjalizacją
- kurs kwalifikacyjny,
- kurs specjalistyczny,
- kurs doksztalający [16].

Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie [16,36].

Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności pomocnych w udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [36].

Kurs specjalistyczny, ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych. *Kurs doksztalający* ma na celu pogłębienie oraz aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki [16].

System kształcenia pielęgniarskiego w wybranych krajach Unii Europejskiej

W krajach członkowskich Unii Europejskiej, podstawowe kształcenie pielęgniarek reguluje dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Dyrektywa ta ustanawia zasady, na podstawie których uznaje się posiadanie szczególnych kwalifikacji zawodowych uzyskanych w innym lub innych Państwach Członkowskich. Uznanie kwalifikacji zawodowych przez przyjmujące Państwo Członkowskie pozwala beneficjentowi na podjęcie w tym Państwie zawodu, do którego uzyskał i posiada kwalifikacje w rodzimym Państwie Członkowskim oraz wykonywanie tego zawodu w przyjmującym Państwie Członkowskim na tych samych warunkach, jakie obowiązują obywateli przyjmującego Państwa Członkowskiego. Warunkiem podjęcia kształcenia medycznego na podstawowym poziomie jest posiadanie dyplomu lub świadectwa, uprawniającego do dostępu do studiów uniwersyteckich na danym kierunku. System kształcenia opiera się na dwóch najważniejszych przepisach międzynarodowych: – Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzone w Strasburgu 25 października 1967 roku, a ratyfikowane przez RP 13 grudnia 1995 roku, – Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych z 1999 roku, Standardy kształcenia dla kierunku studiów Pielęgniarstwo. Odbycie przez daną osobę kształcenia pielęgniarskiego na poziomie podstawowym powinno gwarantować, że uzyskała ona: – odpowiednią wiedzę w zakresie nauk, na których opiera się medycyna i dobre zrozumienie metod naukowych (w tym zasad dokonywania pomiarów funkcji biologicznych, oceny naukowo ustalonych stanów faktycznych i analizy danych) [24].

Dania

W Danii warunkiem podjęcia kształcenia w szkołach pielęgniarskich jest posiadanie świadectwa dojrzałości. Kształcenie pielęgniarek realizowane jest na uniwersytetach oraz w wyższych szkołach pielęgniarskich. Od 1992 roku nauczanie trwa 45 miesięcy. Na kształcenie teoretyczne przeznaczone jest 25 miesięcy, co daje 3 tysiące godzin dydaktycznych. Kształcenie praktyczne odbywa się we współpracujących ze szkołami placówkach ochrony zdrowia.

Po ukończeniu szkoły uzyskuje się tytuł pielęgniarki licencjonowanej, który uprawnia do wykonywania zawodu we wszystkich placówkach ochrony zdrowia. Do pracy na stanowisku pielęgniarki oddziałowej bądź nauczyciela zawodu, zainteresowana pielęgniarka po upływie roku pracy musi ukończyć minimum roczny kurs dyplomowy w szkole wyższej

kształcenia pielęgniarek [23]. W szkole tej istnieje możliwość odbycia różnych rodzajów studiów, dwu i pół letnich, które kończą się uzyskaniem stopnia magistra, bądź kursów jednorocznych dyplomowych. Pierwsze półrocze kursu rocznego jest wspólne dla wszystkich studentów. W trakcie trwania drugiego trzeba wybrać jedną z czterech specjalizacji: zarządzanie w pielęgniarstwie, pielęgniarstwo społeczne, nauczanie pielęgniarstwa lub naukę o pielęgnowaniu. Edukacja na poziomie magisterskim realizowana jest w ciągu pięciu semestrów. Dwa semestry dotyczą problemów związanych z nauką o pielęgnowaniu. Po drugim semestrze słuchacz jest zobowiązany do wyboru jednej z trzech dziedzin: kierowanie organizacją i zarządzanie w pielęgniarstwie, pedagogikę w pielęgniarstwie lub pielęgniarstwo kliniczne. Natomiast ostatni semestr przeznaczony jest na napisanie pracy magisterskiej i uzyskuje magisterium z dziedziny nauk pielęgniarstwa [23].

Wielka Brytania

Angielskie położnictwo i pielęgniarstwo, to dwa różne zawody jednak dużo osób posiada kwalifikacje z obydwu dziedzin. Studenci, którzy chcą zostać położnymi lub pielęgniarkami przechodzą przez zintegrowany, praktyczno-teoretyczny program kształcenia. Absolwenci znajdują zatrudnienie w rozmaitych placówkach, medycznych takich jak szpitale i ośrodki społeczne. Istnieje wiele perspektyw kształcenia na poziomie podyplomowym (postgraduate), w zakresie pielęgniarstwa ogólnego, klinicznego oraz organizacji pracy pielęgniarstwa. System kształcenia pielęgniarek oraz położnych w Wielkiej Brytanii podzielony jest na dwa etapy [23]. Pierwszy przed rejestracyjny to wstępne szkolenie, jakie musi przejść każdy, aby otrzymać kwalifikacje pielęgniarstwa lub położnictwa i drugi po rejestracyjny, który odnosi się do wszelkich szkoleń, które odbywa się po zdobyciu kwalifikacji. Po pozytywnym zakończeniu kursu przed rejestracyjnego uczestnicy zdobywają podwójne kwalifikacje: akademickie (dyplom albo dyplom studiów I stopnia — degree) i zawodowe, które uprawniają do ubiegania się o rejestrację w dziale rejestru zawodowego, który jest prowadzony przez *Nursing and Midwifery Council*. (Brytyjskie Izby Pielęgniarskie). Podstawowy kurs z wybranej specjalistycznej dziedziny trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy. Specjalistyczne kursy kliniczne trwają minimum rok (położnictwo- min. 78 tygodni) [23].

Norwegia

Edukacja pielęgniarek odbywa się w 3-letnich szkołach wyższych i daje tylko przygotowanie ogólne, nie zapewniają wykształcenia specjalistycznego. Nauka trwa 120

tygodni i obejmuje część teoretyczną i praktyczną. Zajęcia praktyczne trwają 60 tygodni i odbywają się na oddziałach chirurgii i psychiatrii, które pozwalają zdobyć odpowiednie doświadczenie zawodowe. Całkowity okres kształcenia określany jest punktowo: 3-letnie studia — 60 punktów (po 20 punktów za każdy rok nauki). Każdy punkt równa się 2-tygodniowemu wkładowi pracy. Na każdy obszar wiedzy pielęgniarskiej przypada 45 punktów i obejmuje: historyczne i etyczne podstawy pielęgniarstwa, podstawowe pojęcia teorii w pielęgniarstwie, zakres pracy pielęgniarki oraz funkcje kierownicze pielęgniarki [23]. W kolejnym semestrze nauki odbywają się zajęcia praktyczne. Po zakończeniu nauki w 3-letniej szkole można kontynuować edukację w różnych formach: kursów zawodowych, specjalizacjach i studiach uniwersyteckich, głównie w zakresie pielęgniarstwa zabiegowego, anestezjologii, onkologii i intensywnej terapii. Kursy trwają do dwóch lat, a uczestnicy w trakcie kursu otrzymują normalne wynagrodzenie. Poza tym istnieje możliwość uzyskania trzech rodzajów specjalizacji: z zakresu położnictwa, zdrowia publicznego i psychiatrii.

Specjalizację z zakresu położnictwa zdobywa się w trakcie 2 lat nauki. W pierwszym roku wykładana jest teoria i odbywają się zajęcia praktyczne. Natomiast drugi rok w całości poświęcony jest na staż zawodowy. Pod koniec II roku pisze się pracę końcową [23]. Specjalizacja w zakresie zdrowia publicznego, edukacja trwa rok a wymogiem jej uzyskania jest ukończenie wyższej szkoły pielęgniarskiej, trwającej 3 lata, i posiadanie minimum 2-letniej praktyki klinicznej. Kształcenie organizowane jest przez wyższe szkoły pielęgniarskie i kończy się egzaminem państwowym. Specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego prowadzona jest przez prawie każdą wyższą uczelnię pielęgniarską. Studenci przyswajają wiedzę z zakresu farmakoterapii, psychiatrii oraz terapii środowiskowej i rodzinnej. Specjalizacja zakończona jest egzaminem państwowym, polega na napisaniu pracy. Przez pół roku po tym egzaminie trzeba napisać jeszcze jedną pracę (35–40 stron) a po jej obronie zatwierdzana jest specjalizacja [23].

Biologiczne zagrożenia zawodowe

Zgodnie z dyrektywą 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy „w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy za czynniki biologiczne uważa się wszystkie drobnoustroje (bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty, łącznie z hodowlami

komórkowymi i mutantami, które mogą stać się przyczyną zakażenia, alergii lub działania toksycznego [21]. W zależności od ryzyka wywołania zakażenia podzielono je na cztery kategorie:

- 1) Czynniki o małym prawdopodobieństwie wywołania chorób u ludzi.
- 2) Czynniki, które mogą wywołać chorobę u ludzi i mogą być szkodliwe dla pracowników, jednak ich rozprzestrzenianie w populacji ludzkiej jest mało prawdopodobne. Zazwyczaj możliwa jest skuteczna profilaktyka i leczenie.
- 3) Czynniki, które mogą wywołać u ludzi schorzenia o ciężkim przebiegu i stanowią poważne zagrożenie dla pracowników. Ich rozprzestrzenianie w populacji ludzkiej jest bardzo prawdopodobne. Skuteczna profilaktyka i leczenie zazwyczaj są możliwe (ryzyko zagrożenia jest ograniczone, brak transmisji drogą powietrzną).
- 4) Czynniki, które, mogą wywołać u ludzi schorzenia o ciężkim przebiegu, ale i o wysokiej śmiertelności. Stanowią poważne zagrożenie dla pracowników, ich obecność w środowisku pracy wiąże się z dużym ryzykiem zakażenia, ponieważ skuteczna profilaktyka i leczenie zazwyczaj nie są możliwe” [21].

Czynniki biologiczne mikroorganizmy znajdują się środowisku szpitalnym i otoczeniu chorego. Najczęstszym źródłem zakażenia jest człowiek. Do styczności z mikroorganizmami patogennymi najczęściej dochodzi w czasie wykonywania takich czynności jak: pielęgnacja, badanie, zabiegi operacyjne, opatrywanie ran, pobieranie płynów ustrojowych atakże w trakcie sprzątania i usuwania odpadów medycznych. Do zakażenia może dojść:- przez naruszenie ciągłości skóry i tkanek tzw. zakażenia krwiopochodne, np. HBV, HCV, HIV, drogą kropelkową np. *Neisseriameningitidis*, wirus grypy, drogą kontaktową np. *Staphylococcus aureus*, HPV, drogą powietrzną *Mykobacteriumtuberculosis*, drogą oralną- bezpośrednio przez zanieczyszczone ręce np. HAV, *Helicobacterpylori*, *Salmonella* [21].

Zakażenia bakteryjne

Zakażenia bakteryjne szpitalne pracowników medycznych mają charakter egzogeny. Źródłem infekcji są patogeny pochodzące od innej osoby lub skolonizowanego personelu. W zależności od patogenu do zakażenia dochodzi zazwyczaj drogą kontaktową, kropelkową i

powietrzną, drogą oralną- pośrednio przez zanieczyszczone ręce (np. pałeczka Salmonella). Istnieje również niebezpieczeństwo narażenia podczas wykonywania pewnych procedur diagnostycznych lub leczniczych i wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zakażenia np. H. pylorii wśród personelu pracowni endoskopowych [21]. *Ekspozycja na prątki gruźlicy.* Zakażenia prątkiem gruźlicy są najczęstsza przyczyną chorób zakaźnych i zawodowych w Polsce, wśród pracowników medycznych. Najwyższą zapadalność stwierdzono w grupie pielęgniarek a ryzyko zakażenia jest 2-10 razy wyższe w porównaniu z populacją ogólną. Prątki przenoszone są czasie kaszlu, kichania, mówienia, śmiechu transportowane na znaczne odległości, mogą utrzymywać się w powietrzu przez długi czas, co może być przyczyną zakażenia osób niestykających się bezpośrednio z chorymi [21].

Zakażenia wirusowe

Źródłem infekcji jest pacjent jego płyny ustrojowe, zanieczyszczony materiałem biologicznym sprzęt medyczny, hodowle wirusowe w laboratorium. Droga transmisji zależy od rodzaju patogenu: kropelkowa /powietrzna to wirus grypy, świnki, odry, SARS, wirus Ebola, kontaktowa, HPV, HSV, oraz naruszenie ciągłości tkanek to HIV, HBV, HCV, oralna najczęściej pośrednio przez nieumyte ręce np. HAV. Osoby pracujące w podstawowych zakładach opieki zdrowotnej narażone będą na wirusy wywołującymi zakażenia układu oddechowego. Pracownicy ambulatoriów i oddziałów pediatrycznych oraz oddziałów chorób zakaźnych narażeni będą na zakażenie wirusami świnki, VZV, odry, różyczki. Pielęgniarki zabiegowe, specjaliści medycyny ratunkowej i lekarze mający styczność z materiałem potencjalnie zakaźnym będą bardziej narażeni na tzw. zakażenia krwiopochodne [21].

Zakażenia krwiopochodne

W Polsce zapalenia wątroby (WZW) stanowią najliczniejszą grupę około 68% , a wśród wszystkich stwierdzonych chorób zawodowych 41%.Materiałem zakaźnym jest krew i płyny ustrojowe pochodzące od pacjenta. Do zakażenia najczęściej dochodzi przez zakłucie, zacięcie, czyli naruszenie ciągłości skóry. Ryzyko zakażenia szacuje się w szerokich granicach: 6-30% dla HBV, 2,7- 10% dla HCV oraz 0,3 – 0,4% dla HIV i zależy od: typu patogenu, ilości i rodzaju materiału zakaźnego [21], sposobu i czasu ekspozycji oraz profilaktyki poekspozycyjnej nieswoistej i swoistej, rodzaju narzędzia (przy zakłuciu/

zacięciu) a także zastosowania środków ochrony osobistej. Obecnie wskaźnik zapadalności na wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) wśród pracowników polskiej służby zdrowia sukcesywnie spada a rośnie typu C. Nie udowodniono dotychczas zawodowego zakażenia HIV, wśród pracowników polskiej służby zdrowia [21]. Według analiz ilościowych około 80% wszystkich ekspozycji krwiopochodnych ma związek z takim instrumentarium, jak igły i ostre narzędzia, ok. 20% zdarzeń dotyczy okresu około zabiegowego, przed użyciem lub w trakcie używania narzędzia, do 70% dochodzi bezpośrednio po jego przeprowadzeniu, błędne zabezpieczenie zużytych igieł, a około 10% związane jest z usuwaniem zużytych narzędzi.

Zakażenia grzybami

To zakażenia endogenne o etiologii grzybiczej. Wywołane przez florę własną w warunkach osłabienia odporności lub zaburzenia równowagi mikrobiomu. Do najczęściej występujących czynników zalicza się drożdżakopodobne z rodzaju *Candida* i grzyby pleśniowe wywołujące groźne zakażenia inwazyjne u osób z głębokimi zaburzeniami odporności. *Grzyby drożdżakopodobne (drożdżaki)* stanowią część flory fizjologicznej błon śluzowych jamy ustnej, dalszych odcinków przewodu pokarmowego, pochwy i okolicy ujścia cewki moczowej [8]. *Czynniki ryzyka* to stosowanie intensywnej terapii, obecność cewników naczyniowych, antybiotykoterapia o szerokim spektrum działania, kolonizacja pacjenta szczepem z rodzaju *Candida*. Szacuje się, że grzyby drożdżakopodobne z rodzaju *Candida* stanowią od 8-10% szpitalnych zakażeń krwi [48]. Wśród grzybów z rodzaju *Candida* zakażenia szpitalne najczęściej wywołuje *C.albicans*. Inny gatunek wywołujący zakażenia szpitalne jest: *C. parapsilosis* separowany w przypadkach do cewnikowych zakażeń krwi, ze względu na zdolność wytwarzania biofilmu, *C. tropicalis* to gatunek związany z inwazyjną kandydozą u pacjentów onkologicznych. *Candida lusitaniae* charakterystyczny ze względu na oporność na antybiotyki z grupy polienów w tym namfoterycynę B. Szczepy *Candida guilliermondii* często występują u pacjentów hematologicznych u których wywołać mogą fungemię. Grzyby z rodzaju *Cryptococcus* mogą powodować infekcję u hospitalizowanych chorych a także wywołują zakażenia poza szpitalne. Szczepy *Rhodotorula rubra* stanowią ważną grupę czynników reakcji, np. od cewnikowych zakażeń u pacjentów dializowanych. Grzyby z rodzaju *Geotrichum* wywołują ciężkie zakażenia u chorych onkohematologicznych w rozsianych postaciach śmiertelność sięga 60-80% .

Drożdżaki *Malasseziafurfur*, wywołują zapalenia skóry, zakażenia od cewnikowe u osób otrzymujących lipidy w żywieniu dojelitowym. *Pneumocystisjirvecii* u osób zdrowych zakażenie przebiega bezobjawowo, u pacjentów z AIDS i u biorców komórek krwiotwórczych wywołują zapalenie płuc [8].

Drożdże

To grzyby klasyfikowane jako drożdże mają zastosowanie w piekarnictwie i są obecne w preparatach probiotycznych, które mogą być niebezpieczne dla osób z zaburzeniami odporności. Należą tu: *Saccharomycescerevisiae* oraz *Saccharomycesboulardii* u pacjentów leczonych na oddziałach intensywnej terapii, z zaburzeniami odporności oraz wymagających żywienia parenteralnego mogą spowodować zakażenia miejscowe bądź fungemię, niekiedy prowadzą do zgonu. Grzyby pleśniowe, bytują powszechnie w środowisku, ziemi i materiale pochodzenia roślinnego. U osób z zaburzeniami odporności wywołują zakażenia inwazyjne o dużej śmiertelności może wynosić od 60-90% z czego 60% stanowią pacjenci hematologiczni. Wśród zakażeń wywołanych przez grzyby dominują szczepy z rodzaju *Aspergillus*. Grzyby dimorficzne nazwa związana jest z dwupostaciowością w temperaturze 37°C przybierają postać drożdżaków, a w temperaturze pokojowej 25°C grzybów pleśniowych.

Są to patogeny wywołujące groźne zakażenia nawet u osób ogólnie zdrowych, są bardzo niebezpieczne dla pacjentów z immunosupresją. Do zakażeń dochodzi drogą egzogenną wskutek inhalacji zarodników przez uszkodzoną skórę [4].

Zasady ochrony pracowników medycznych przed zawodowymi zagrożeniami biologicznym

Prawo europejskie, jak i polskie nakłada na każdego pracownika odpowiedzialność za zdrowie i bezpieczeństwo, własne oraz innych osób, na które mają wpływ działania tego pracownika, równocześnie traktując go i jako współpartnera w kształtowaniu warunków pracy [41].

Działania w zakresie ochrony pracownika przed zakażeniem.

1. Obowiązkiem pracodawcy jest zapewnienie wszystkich dostępnych środków zapobiegających zakażeniu. Wyposażenie stanowiska pracy w odpowiednie środki ochrony indywidualnej, w ilości wystarczającej dla każdego pracownika do wykonywania różnych procedur.
2. Stosowanie środków ochrony indywidualnej rękawice, maski, okulary, fartuchy i obuwie ochronne w codziennej pracy.
3. Edukacja personelu, powinny być przeprowadzone szkolenia dotyczące redukcji ryzyka zakażeń lekarzy, pielęgniarek i personelu pomocniczego oraz grup rozpoczynających pracę. Udział w nich powinien być obowiązkowy i potwierdzony podpisem [4]

Działania w zakresie przerywania dróg szerzenia się drobnoustrojów:

- higiena rąk, dekontaminacja powierzchni sprzętu i narzędzi, przestrzeganie procedur medycznych i zawartych w nich zasad aseptyki i antyseptyki.

Działania w zakresie eliminowania źródeł zakażeń: stosowanie bezpiecznego sprzętu obejmującego nowe technologie, redukujące ryzyko zakażenia, - stosowanie systemów zamkniętego pobierania krwi, kaniule, igły oraz skalpele zawierające mechanizmy zapobiegające zakłuciu i zranieniu [14]

- podczas wykonywania procedur inwazyjnych używać sprzętu tzw. bezigłowego takie jak: zawory bezigłowe, łączniki strzykawkowo– strzykawkowe, urządzenia przelewowe, aplikatory Mini-Spike,
- prawidłowa segregacja odpadów medycznych, zwłaszcza tych, które mają wpływ na ryzyko skażenia, - stosowanie twardościennych pojemników koloru czerwonego [4].

Nowe zakażenia

Zagrożeniem na skale międzynarodową stał się wirus *Ebolavirusdisease- EVDz* rodziny Filoviridae. Mała dawka zakaźna wirusa (kilka wirionów) sprzyja szerzeniu się wirusa drogą krzyżową (od pacjenta do pacjenta) przez zakaźny sprzęt lub środowisko szpitalne. Poprzednie epidemie obejmowały od kilku do kilkuset przypadków choroby

wywołanych przez ten wirus. Obecnie (styczeń 2016) liczba ta przekroczyła 28,6 tys. w tym ponad 11 tys. zgonów [9].

Wśród personelu medycznego zarejestrowano prawie 900 przypadków zakażeń EVD, w których odsetek zgonów jest dużo wyższy wśród pracowników medycznych z EVD - 58% w porównaniu z ogólną populacją pacjentów- 40%. Z analizy doświadczeń wynikających z największej jak dotąd epidemii EVD, podkreśla się bardzo ważną rolę w przestrzeganiu procedur nakładania i zdejmowania odzieży ochronnej po kontakcie z pacjentem, i potencjalnie skażonych środków ochrony osobistej [4].

We wrześniu 2015r opisano nowy wirus ludzki - *hepegivirus HHpgV-1*, który przypuszczalnie może być przenoszony przez krew i produkty krwiopochodne. Badaniem objęto próbki surowicy pacjentów przed transfuzją i po otrzymaniu transfuzji krwi. W próbkach pacjentów po transfuzji krwi wykryto materiał genetyczny nieznanego dotąd flawiwirusa [4].

Chemiczne czynniki ryzyka zawodowego

Choroby alergiczne stanowią obecnie jeden z głównych problemów zdrowotnych większości krajów uprzemysłowionych. Szybka industrializacja i związane z nim zanieczyszczenie środowiska, łatwość rozprzestrzeniania się wirusów, moda na hodowanie zwierząt, dym tytoniowy a także narażenie na alergenów zawodowe to jedna z najistotniejszych przyczyn wzrostu występowania chorób alergicznych. Od 1980 roku zaobserwowano wzrost występowania zawodowej astmy oskrzelowej. Opublikowane badania wskazują, na częstość występowania astmy oskrzelowej związanej z pracą, zaostrzonej warunkami pracy i astmy zawodowej wśród pracowników ochrony zdrowia wynosi 3,3%, 1,1% i 0,8%. Według szacunków stanowi od 2 do 15% wszystkich nowo rozpoznanych przypadków astmy oskrzelowej dotyczących całego świata [5].

Alergia na lateks gumy naturalnej

Pracownicy służby zdrowia to grupa najbardziej narażona na szereg szkodliwych czynników o potencjale alergizującym i drażniącym. Najwięcej przypadków uczuleń odnotowano na *lateks gumy naturalnej*, związki chemiczne wchodzących w skład środków odkażających, środków czyszczących - detergentów, leków, uczulające metale i akrylany.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami (Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 30 czerwca 2009.

W sprawie chorób zawodowych – Dz.U. Nr 105, poz. 869) za choroby zawodowe uznano następujące choroby alergiczne:

- astma oskrzelowa,
- ostre uogólnione reakcje alergiczne,
- alergiczny nieżyt nosa,
- zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym,
- choroby skóry (alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia, pokrzywka kontaktowa, fotodermatozy zawodowe),
- choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi np. alergiczne zapalenie spojówek [5].

Lateks gumy naturalnej

Składnikiem lateksu są komórki mleczne drzewa kauczukowego (*Hevea brasiliensis*), posiadające zdolność przekształcania sacharozy w cis (1,4 – poliizopren, gumę naturalną), wielocząsteczkowy węglowodór nienasycony, który z lipidami i białkami tworzy mleczko kauczukowe zwane lateksem – LGN. Lateks jest surowcem szeroko stosowanym do wyboru wielu artykułów codziennego użytku np. baloniki dla dzieci, zabawki, smoczki niemowlęce, materace, opony, wyposażenie sportowe, opaski elastyczne, i sprzętu medycznego np. rękawiczki, opaski uciskowe, cewniki, dreny, maski anestezyjologiczne.

Alergia na lateks najczęściej występuje u osób, które regularnie używają przedmiotów gumowych, dlatego do grupy o wysokim ryzyku zachorowania należą pracownicy ochrony zdrowia [14].

Do niedawna w Europie Zachodniej i w USA zaobserwowano dramatyczny wzrost rozpowszechniania alergii na lateks gumy naturalnej. W latach 70. narażenie na LGN wiązano jedynie z ryzykiem wystąpienia kontaktowego zapalenia skóry. W połowie lat 90. obraz uczuleń uległ gwałtownej zmianie. Zaczęto obserwować objawy alergii natychmiastowej od pokrzywki i nieżyty nosa, astmy oskrzelowej, aż do reakcji anafilaktycznych.

Drogami narażenia są skóra i błony śluzowe.

Objawy pojawić się mogą w wyniku kontaktu lateksu z błonami śluzowymi, podczas nadmuchiwanie balonika lub zabiegów stomatologicznych, narządów płciowych podczas badania ginekologicznego lub stosunku płciowego z użyciem prezerwatywy, błoną śluzową odbytu podczas wlewek doodbytniczych, trzewi podczas zabiegów chirurgicznych, błonami śluzowymi układu oddechowego, użycie lateksowych rękawiczek bądź też natryskiwanie przedmiotów mleczkiem. Do ekspozycji może dojść poprzez bezpośredni kontakt np. podczas iniekcji wykonywanej strzykawką z gumowym tłoczkiem, wlewów dożylnych przez wprowadzenie igły przez korek zawierający LGN [5].

Czynniki ryzyka

Największym czynnikiem ryzyka jest powtarzalna ekspozycja na produkty lateksowe i czas trwania narażenia, a także wysokie stężenie lateksu w powietrzu występującego w środowisku pracy personelu medycznego. Drugim, czynnikiem rozwoju alergii u pracowników ochrony zdrowia jest obecność atopii ustalona na podstawie wywiadu i badań immunologicznych występującej od dwóch do pięciu razy częściej, niż u nieuczulonych. Uszkodzenia skóry pod postacią wyprysku kontaktowego i atopowego zapalenia skóry, które zwiększają alergizację organizmu. Uczulenie na LGN współlistnieje niekiedy z alergią na owoce południowe. Alergia na lateks pojawia się u osób młodych, a czynnikami sprzyjającymi prawdopodobnie jest również rasa inna, niż biała, nadwrażliwość na antybiotyki beta- laktamowe [5].

Objawy skórne

Najczęściej występującym objawem alergii jest immunologiczna pokrzywka kontaktowa zdefiniowana jako zaczerwienienie i bąble. Pojawiające się do sześćdziesięciu minut po kontakcie z alergenem i znikające najpóźniej do dwudziestu czterech godzin wywołane przez związki chemiczne na nieuszkodzonej skórze. W przypadku uczulenia na lateks zmiany i nie przekraczają powierzchni kontaktu pojawiają się do trzydziestu minut od założenia rękawiczek [4]. Możemy wyróżnić cztery etapy pokrzywki kontaktowej:

- ograniczona do miejsca kontaktu z alergenem,
- uogólniona z obrzękiem naczynioruchowym,

- c) pokrzywka z towarzyszącą astmą oskrzelową, nieżytem błon śluzowych i spojówek, nietolerancją pokarmową,
- pokrzywka z anafilaksją.

U 13- 53% personelu medycznego stosującego rękawiczki z LGN obserwuje się objawy skórne pod postacią kontaktowego zapalenia skóry, miejscowego świądu lub zaczerwienienia. Wystąpienie takich objawów przy jednoczesnym negatywnym wyniku badań diagnostycznym w kierunku uczulenia na lateks nie musi oznaczać alergii na lateks [5].

Natychmiastowa reakcja kontaktowa może przyjąć formę obrzęku naczynioruchowego lub swędzącego rumienia. U niektórych osób może występować pod postacią ostrej reakcji dyshydrotycznej tzn. ostrego białkowego kontaktowego zapalenia skóry [3].

Reakcje anafilaktyczne

Szacuje się, że 6-8% osób uczulonych na LGN narażonych jest na niebezpieczeństwo uczulenia pod postacią wstrząsu anafilaktycznego. W głównej mierze zależy od drogi narażenia. Występują najczęściej w wyniku narażenia błon śluzowych, trzewi lub ekspozycji parenteralnej osób uczulonych na alergen [24].

Środki odkażające

Środki odkażające a właściwie związki pierwiastków wchodzących w ich skład, to kolejny problem narażenia zawodowego pielęgniarek na szkodliwe czynniki chemiczne. Powszechnie stosowane w wielu działach gospodarki przemysłowej. Bardzo szerokie zastosowanie znalazły w placówkach ochrony zdrowia. Jako składniki preparatów do czyszczenia i odkażania urządzeń sanitarnych, środków higieny osobistej a także w środowisku komunalnym. Stosowane jako środki odkażające o działaniu dezynfekującym. Im bardziej skuteczny środek niszczący wirusy, bakterie i grzyby tym bardziej szkodliwy dla człowieka. Niektóre ze związków chemicznych wchodzi w skład leków przeciw alergicznym i stosowanych w stanach zapalnych błon śluzowych. Niektóre ze środków odkażających charakteryzują się znacznym potencjałem alergizującym wywołują objawy ze strony układu oddechowego, takie jak kaszel, kichanie, wyciek z nosa, uczucie utrudnionego oddychania. Najczęściej kojarzone z uczuleniem na środki odkażające. Niejednokrotnie są to skutki działania środka drażniącego, który może być skutkiem zaostrzenia objawów chorób

alergicznego układu oddechowego zarówno pochodzenia zawodowego i niezawodowego[45]. Obserwuje się złą tolerancję środków odkażających wśród pracowników ochrony pielęgniarów ujawniło u co najmniej 1% występowanie alergii natychmiastowej dróg oddechowych, w tym 0,5% astmy oskrzelowej. U 30% pracowników zaobserwowano zmiany skórne będące skutkiem nadwrażliwości, zwłaszcza na preparaty zawierające aldehydy i czwartorzędowe zasady amonowe [25].

Aldehyd glutarowy (glutaraldehyd, glutaral) jest jednym z najczęściej używanych środków odkażających w placówkach ochrony zdrowia. Stosowany jest głównie do dezynfekcji instrumentów medycznych, endoskopów i jako środek hartujący emulsje zdjęć rentgenowskich. Badania sugerują, że narażenie na ten związek jest jedną z głównych przyczyn zawodowej astmy oskrzelowej u pracowników ochrony zdrowia. Obecnie wiadomo, że może on wywoływać również astmę oskrzelową i alergiczny nieżyt nosa. Astma oskrzelowa z nadwrażliwości na glutaraldehyd może rozwinąć się u osób ekspozowanych na stężenia znacznie niższe od przeciętnych.

Chloramina jest szeroko stosowana w placówkach ochrony zdrowia w przemyśle spożywczym, hodowli zwierząt, przy produkcji mleka oraz w papiernictwie. Chloramina występuje w postaci soli sodowej, najczęściej spotykana w formie 5% roztworu, bywa również w formie proszku do przyrządzania roztworów. Należy do silnych utleniaczy i jest znanym czynnikiem etologicznym kontaktowego zapalenia skóry. Chloramina może wywołać uczulenia natychmiastowe w postaci pokrzywki kontaktowej, astmy oskrzelowej, alergicznego nieżytu spojówek i błony śluzowej nosa. Czynnikiem ryzyka uczulenia na chloraminę jest czas trwania i wielkość ekspozycji oraz prawdopodobnie atopia. W przypadku znacznego poziomu narażenia choroba alergiczna układu oddechowego może rozwinąć się nawet w przebiegu kilku dni [15].

Chlorheksydyna jest w postaci maści, zasypek, kropli do nosa, tabletek do ssania. Może stanowić składnik pasty do zębów i preparatów do odkażania powierzchni. Chlorheksydyna w postaci octanów lub glukonianów główne zastosowanie znalazła w chirurgicznej i higienicznej dezynfekcji skóry, błon śluzowych i pola operacyjnego. Chlorheksydyna przenika przez nieuszkodzoną skórę i może wywołać kontaktowe zapalenie skóry, plamy rumieniowe z obecnością grudek obrzękowych, pokrzywkę kontaktową, astmę oskrzelową i alergiczny nieżyt nosa oraz reakcje systemowe w tym wstrząs anafilaktyczny [25]. *Czwartorzędowe związki amonowe* ze względu na

właściwości powierzchniowo - czynne stanowią składnik preparatów odkażających. Powszechnie stosowane do mycia urządzeń sanitarnych i wykorzystywane w środowisku komunalnym, jako komponent środków czystości stosowanych do mycia urządzeń sanitarnych. Znalazły zastosowanie jako składnik niektórych preparatów farmakologicznych np. kropli do nosa, w stanach zapalnych jamy ustnej, gardła a także np. płynów do trwałej ondulacji, środków higieny intymnej kobiet i środków ochrony drewna. Czwartorzędowe zasady amonowe powodować mogą działanie drażniące i wywołać mogą kontaktowe zapalenie skóry poza miejscem bezpośredniego kontaktu. Dotyczy głównie chlorku bromu. W Polsce uczulenie na benzalkonium występuje u ok. 20% i pracowników ochrony zdrowia i występuje w postaci zmian zapalnych skóry [5]. *Tlenek etylu* jest szeroko stosowany w produkcji glikolu etylenowego, eterów glikolowych i innych związków chemicznych. Używany jest również jako środek dezynfekcyjny, fumigant i insektycyd. Wykorzystywany w procesach sterylizacji. Właśnie w przebiegu tych procesów stwierdzono najwyższe poziomy narażenia zawodowego na ten czynnik. Narażenie na tlenek etylu może wywołać m.in. astmę oskrzelową i wstrząs anafilaktyczny. Astma zawodowa wywołana tlenkiem etylu może mieć podłoże immunologiczne swoiste w wyniku przewlekłego narażenia personelu medycznego wykorzystującego sterylizację gazową lub nie swoiste pod postacią zespołu reaktywnej dysfunkcji dróg oddechowych (*RADS reaktiveairwaysdysfunctionsyndrome*,) w przebiegu ostrego narażenia drogą wziewną [25].

Detergenty i środki czystości w ostatnim czasie uwagę zwraca rosnące występowanie alergii wśród pracowników ochrony zdrowia spowodowane ekspozycją na detergenty i środki czystości [4].

Leki

Leki są grupą czynników chemicznych, powodujące choroby alergiczne pochodzenia zawodowego a nawet reakcji anafilaktycznych. *Antybiotyki* kolejnym alergenem zawodowym u pracowników medycznych, a w szczególności pielęgniarek są antybiotyki, takie jak; penicylina, ampicylina, neomycyna, kloksacylina, kolistyna chloromycetyna, streptomycyna, cefradyna. Oprócz antybiotyków występują przypadki nadwrażliwości na novoscabin, sulfonamidy, anestezynę, witaminę B12, nowokainę, kumaryny, tubokumarynę, aminofilinę, chlorprotiksen, propranolol, paracetamol, ranitydynę. Objawy nadwrażliwości występowały już po kilku tygodniach od wprowadzenia nowego leku [4].

Udowodniono, że cefalosporyny należące do grupy antybiotyków beta-laktamowych mogą powodować alergiczny nieżyt nosa oraz astmę zawodową wśród pielęgniarek i pracowników przemysłu farmaceutycznego [45].

Cytostatyki. Niektóre leki cytostatyczne mają silne działanie alergizujące. Odnotowano kilka przypadków zawodowej pokrzywki wywołanej ekspozycją na cisplatynę, a także kontaktowe zawodowe zapalenie skóry wywołane narażeniem na mitomycynę C, i azatioprynę oraz alergię kontaktową u osób zawodowo narażonych na chlorowodorek.

Zagrożenia fizyczne

Promieniowanie jonizujące na stanowisku pracy

Promieniowanie jonizujące to promieniowanie elektromagnetyczne lub korpuskularne, które oddziałując na materię powoduje powstawanie w niej jonów. Wyróżniamy dwa rodzaje elektromagnetycznego promieniowania jonizującego promieniowanie X (rentgenowskie) i promieniowanie gamma [7].



Ostrzeżenie przed promieniowaniem jonizującym [7].

Promieniowanie korpuskularne to cząstki alfa (jądra helu), promieniowanie beta, czyli strumień elektronów oraz promieniowanie protonowe i neutronowe [7]. Promieniowanie jonizujące i narażenie na ten czynnik określają następujące wielkości; *Aktywność izotopu* stosunek liczby przemian jądrowych (n) do jednostki czasu (t), w której zachodzą. Jednostką aktywności jest Bekerel (Bq). *Dawka ekspozycyjna* określa wielkość ładunku elektrycznego wywołanego przez promieniowanie w jednostce masy powietrza. Jednostką dawki ekspozycyjnej jest kulomb na kilogram (C/kg). *Dawka pochłonięta* wielkość stosowana w dozymetrii określająca ilość zaabsorbowanej energii przez jednostkę masy materii. Jednostką

dawki pochłoniętej jest grej (1 Gy). *Dawka równoważna* wielkość stosowana w dozymetrii określająca dawkę pochłoniętą w tkance (narządzie) z uwzględnieniem parametrów promieniowania jednostką miary jest siwert (Sv – ang *Sievert*) [7].

Źródła promieniowania jonizującego. Naturalnymi źródłami promieniowania są pierwiastki zawarte w skorupie ziemskiej, izotop potasu obecny w organizmie człowieka oraz radon, uwalniany ze ścian budynków, wody i paliw naturalnych podczas ich spalania. W przypadku zastosowań medycznych wyróżniamy dwa źródła promieniowania jonizującego: aparatura rentgenowska i izotopy promieniotwórcze [7]. *Aparatura rentgenowska* stosowana w diagnostyce i terapii współczesnej rentgenodiagnostyki a powstałe obrazy zarejestrowane mogą być na błonie filmowej, monitorze ekranowym lub w formie cyfrowej. *Rentgenodiagnostyka* działalność związana z wykorzystaniem aparatów rentgenowskich. W rentgenodiagnostyce wykorzystuje się związki boru i jodu, środki cieniujące w celu poprawy kontrastu między ocenianymi narządami. *Izotopy promieniotwórcze* znajdują zastosowanie w medycynie w celach terapeutycznych i diagnostycznych oraz w badaniach naukowych i badaniach statycznych, radiofarmaceutyki w badaniach *in vivo* i radioimmunodiagnostyka w *in vitro* [7]. *Oddziaływanie promieniowania jonizującego na materię żywą. W Polsce promieniowanie jonizujące jest prawnie uznanym czynnikiem za rakotwórczy.* Oddziaływanie promieniowania jonizującego można podzielić na 4 etapy) stadium fizyczne zmieniają się właściwości cząstek w tkance oraz zachodzą pierwotne procesy chemiczne, b) stadium fizykochemiczne powstałe produkty w poprzednim etapie ulegają dalszym reakcjom tworząc wolne rodniki lub rodniko-jony, c) stadium chemiczne powstałe wolne rodniki wchodzi w reakcję z coraz dalszymi obszarami tkanki. Rodnik wodorotlenkowy OH^+ jako silny utleniacz może wywołać największe uszkodzenia w tkankach i przekształcić prawidłowe DNA (kwas dezoksyrybonukleinowy) w rodnik DNA w aktywną molekułę o zdolnościach inicjacji prowadzący do poważnych zmian funkcjonalnych w komórce, aż do śmierci włącznie. d) stadium biologiczne następuje reakcja organizmu na zmianę składników i właściwości komórki; dochodzi do zaburzeń funkcjonalnych niekiedy bardzo późnych, które ujawnić się mogą w postaci zmian klinicznych. Czas trwania trzech pierwszych etapów 10^{-8} sekundy [7]. Czas trwania stadium biologicznego zależne jest od wielu czynników określających wrażliwość organizmu a także od ilości pochłoniętej dawki. *Radiobiologiczne skutki działania promieniowania jonizującego na organizm ludzki* wypadanie włosów, skrócenie czasu życia, nowotwory, uszkodzenie układu limfatycznego i krwiotwórczego,

zespół sercowo-płucny i uszkodzenia z powodu mutacji genetycznych [7]. *Skutki deterministyczne (niestochastyczne) działania promieniowania jonizującego na organizm ludzki*:- zaburzenia odwracalne: obrzęki, zmiany skórne, przejściowa niepłodność, - ciężkie uszkodzenia takie jak: zmiany martwicze, uszkodzenie szpiku, ostry zespół popromienny, zmiany zwyrodnieniowe i wytwórcze (zaćma popromienna), trwała niepłodność oraz skutki działania teratogenne. *Skutki stochastyczne (odległe bez progowe) działania promieniowania jonizującego*; To zmiany związane z procesami kancerogenezy i mutogenezy. Mogą być wywołane przez dowolnie małą dawkę promieniowania i uszkodzeniem pojedynczej komórki. W przypadku komórek somatycznych zmiany mogą powodować indukcję nowotworów w przypadku komórek germinalnych skutki działania mogą być przeniesione na dalsze pokolenia. W przypadku nowotworów istotny jest okres od narażenia do pojawienia się objawów klinicznych i waha się od 2 do 10 lat i dłużej. Najczęstsze nowotwory wywołane promieniowaniem jonizującym to białaczki, nowotwory płuc, tarczycy i gruczołu piersiowego [7]. Ze względu na wpływ promieniowania jonizującego na zdrowie człowieka i jego skutki możemy przyjąć dwie kategorie: efekty progowe i podprogowe. *Efekty progowe* pojawiają się gdy zaabsorbowana przez ciało dawka promieniowania przekracza tysiące razy tło promieniowania i jest podana w bardzo krótkim czasie. *Efekty podprogowe* efekty mogą pojawić się przy dowolnym poziomie promieniowania a ryzyko działań szkodliwych rośnie wraz z ilością przyjętej dawki. Przykładem efektów podprogowych są nowotwory mając na uwadze, to że nie wszystkie rodzaje nowotworów są efektem działania promieniowania jonizującego jak i dawkę będącą skutkiem wystąpienia choroby u jednego organizmu a u drugiego nie [7]. Podstawową zasadą ochrony radiologicznej na całym świecie jest zasada racjonalnej minimalizacji narażenia ALARA (z ang. *as low as reasonably achievable*- tak nisko jak jest to racjonalnie możliwe). Polega na zminimalizowaniu ryzyka przez utrzymanie ekspozycji na najniższym poziomie pod względem technologii, kosztów i korzyści dla zdrowia. Stosując zasadę ALARA ekspozycję na promieniowanie należy wykonać w sposób gwarantujący osiągnięcie wymaganego rezultatu przy możliwie najmniejszej dawce promieniowania. *Program zapewnienia jakości* to system działań gwarantujący przestrzeganie ściśle określonych wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w placówce wykorzystującej źródła promieniowania jonizującego. Polega na właściwym planowaniu i wykorzystywaniu określonych procesów, czynności i procedur [7].

Obciążenia narządu ruchu i ich skutki zdrowotne

Pielęgniarki to grupa szczególnie narażona na przeciążenia a znaczna część czynności zawodowych, które wykonują to praca fizyczna [20]. Ciężka praca prowadzi do przedwczesnego zużycia się organizmu, zwiększając ryzyko powstania uszkodzeń układu mięśniowo-szkieletowego, a także chorób układu krążenia. Duży wysiłek fizyczny u kobiet powoduje zaburzenia miesiączkowania oraz przyspiesza menopauzy. Wyróżnia się dwa rodzaje wysiłku fizycznego: dynamiczny podczas, którego przeważają skurcze izotoniczne mięśni tzn. długość mięśnia ulega skróceniu. Miarą intensywności jest ilość pracy zewnętrznej wykonanej w jednostce czasu, wydatek energetyczny lub zapotrzebowania organizmu na tlen. statyczny to rodzaj wysiłku, w którym przeważają skurcze izometryczne mięśni tzn. długość mięśnia pozostaje bez zmian. Miarą intensywności wysiłku fizycznego statecznego jest wielkość rozwijanej przez mięśnie siły powiązany z podnoszeniem i utrzymaniem ciężarów oraz utrzymaniem wymuszonej pozycji ciała [20]. Zespoły bólowe kręgosłupa . Są jedną z najczęstszych dolegliwości narządu ruchu. Zlokalizowanych w okolicy lędźwiowej, lędźwiowo- krzyżowej lub krzyżowo-biodrowej kręgosłupa. Często są przyczyną ograniczenia aktywności fizycznej i niezdolności do pracy u ludzi młodych. Mają charakter przewlekły i utrudniający normalne funkcjonowanie. Narażenie na niekorzystne warunki pracy grupy zawodowej pielęgniarek może negatywnie wpływać na stan zdrowia i predysponować do powstania chorób zawodowych a także braku aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, nieobecności w pracy a nawet utraty możliwości do jej wykonywania [3]. Nadmierne i długotrwałe obciążenia narządu ruchu mają istotny wpływ na powstawanie zaburzeń ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Ponadto powodują ból, uczucie sztywności mięśni, parestezje oraz zmiany zwyrodnieniowo – wytwórcze. Czynniki predysponujące do powstania zespołów bólowych kręgosłupa Analizując charakter pracy pielęgniarek można wyróżnić szereg problemów związanych z wykonywaniem obowiązków stających się czynnikami predysponującymi do powstania zespołu bólowego kręgosłupa (ZBK). Nadmierny wysiłek związany z wykonaniem czynności higieniczno- pielęgnacyjnych wykonanie częstych zmian ułożenia pacjentów długotrwałe unieruchomionych. Przenoszenie i podłączenie urządzeń specjalistycznych takich jak: kroplówki, urządzenia monitorujące, zakładanie opatrunków, szyn, wyciągów oraz innych urządzeń zlokalizowanych na ciele pacjenta [13].

Narażenie na wystąpienie szeregu obciążeń statecznych pojawiające się podczas asystowania przy zabiegach oraz wykonywaniu typowych czynności ścielenia łóżek, zmiana bielizny pościelowej, zakładanie wenflonu lub częste iniekcje. Czynnikiem predysponującym do powstania ZBK są nieodpowiednie warunki pracy, które nie spełniają kryteriów wykonywania pracy w sposób ergonomiczny. Nie dostosowane warunków lokalowych i stanu technicznego używanego sprzętu do potrzeb pracujących tam osób [13].

Problemy sprawiają nieodpowiedni system projektowania podnośników, dźwigów czy wyciągów, ciasne pomieszczenia lub niewłaściwe usytuowanie urządzeń na stanowisku pracy zmuszają personel do przyjęcia nietypowych rozwiązań organizacyjnych. *Stale czynniki niezależne od specyfiki zawodu* Na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa mają wpływ cechy osobowe i postępowanie samego pracownika do którego można zaliczyć; - ogólny stan zdrowia, wiek, ciężar, budowa ciała, przebyte urazy lub choroby, uwarunkowania genetyczne, aktywność fizyczna, - brak wiedzy na temat ergonomii i prawidłowych nawyków podczas pracy oraz niedostateczna prewencja zdarzeń losowych, – brak uczestnictwa w szkoleniach, programach edukacyjnych i informacyjnych na temat ergonomii pracy [23].

Ergonomia stanowiska pracy

Ergonomia – dziedzina zajmująca się wzajemnymi relacjami między człowiekiem a jego środowiskiem pracy i możliwościami ich poprawy. Czynnikiem zapobiegającym dolegliwościom ze strony układu ruchu jest dobrze zaprojektowane stanowisko dostosowane do konkretnej osoby pozwala uniknąć wysokiego ryzyka wystąpienia urazów. Konieczne jest zatem wprowadzenie zadań ulepszających i zapewniających ergonomiczne warunki pracy [20]. *Według Centralnego Instytutu Ochrony Pracy do powstania przeciążeń narządu ruchu wśród pielęgniarek w największym stopniu przyczyniają się;* niedostateczna przestrzeń przeznaczona dla chorego, trudności w przenoszeniu pacjenta z łóżka na wózek, zbyt mała powierzchnia przeznaczona dla mebli, konieczność wynoszenia łóżka w razie przeniesienia pacjenta, trudności w dostępie do mebli, zbyt wąskie drzwi prowadzące na korytarz, trudności w poruszaniu się między łóżkami. *Obowiązki pracodawcy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn.14 marca 2000r dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy:* minimalizacja obciążenia układu ruchu pracowników, zapoznanie pracowników z ryzykiem zdrowotnym, szkolenia pracowników w zakresie

umiejętnego ręcznego operowania ciężarami, bez szkody dla układu ruchu i oceny ryzyka zawodowego [20].

Profilaktyka obciążeń układu mięśniowo- szkieletowego

Pochylenie się, prostowanie, podnoszenie i przenoszenie ciężkich przedmiotów to czynności te należą do najbardziej obciążających odcinek lędźwiowy kręgosłupa szczególnie, gdy ruch pochylenia tułowia zostaje połączony z rotacją. Obciążanie wywierane na kręgosłup podczas jego zginania i prostowania ulega zwielokrotnieniu w przypadku podniesienia ciężkiego przedmiotu. Z tego powodu wykonanie takiej czynności u osób z zespołem bólowym kręgosłupa jest ograniczone *Zasady bezpiecznego pochylenia się i prostowania:* ruch pochylenia powinien być połączony z przykucnięciem, przy pochylaniu bez przykucnięcia należy odciążyć kręgosłup poprzez podparcie się ręką o kolano lub stojący obok przedmiot, w przypadku pochylenia się na wyprostowanych kolanach, należy świadomie napiąć mięśnie brzucha, pochylenie tułowia przy wyprostowanych kończynach dolnych powinno polegać na zginaniu kolejnych segmentów kręgosłupa począwszy od góry, co pozwala rozłożyć ciężar górnej części ciała na kolejne odcinki kręgosłupa [20], prostowanie z pozycji pochylonej, należy poprzedzić napięciem mięśni brzucha, należy unikać zginania usztywnionego tułowia, ponieważ wiąże się to z obciążeniem tylko najniższego segmentu kręgosłupa lędźwiowego z tego powodu należy unikać prostowania tułowia jako jednej płaszczyzny, nie należy łączyć ruchu zginania lub prostowania kręgosłupa z jego rotacją, najpierw należy wyprostować tułów a następnie obrócić w odpowiednim kierunku. Przy przenoszeniu ciężkich przedmiotów w celu zmniejszenia obciążenia kręgosłupa można posilkować się pomocą drugiej osoby lub korzystać z licznych ułatwień technologicznych np. podnośniki kąpielowe i transportowe, wsiężniki, pasy obejmujące obręcz barkową chorego [20].

Psychologiczne zagrożenia w pracy zawodowej pielęgniarek

Zagrożenia patologiczne występują w różnych środowiskach i są ściśle związane z rozwojem społeczeństw od najdawniejszych czasów. Początkowo termin patologia (z greckiego „pathos”- cierpienie, logos- nauka), używany w medycynie (choroba), a dopiero w końcu XIX wieku zaczęto odnosić go do zjawisk społecznych

i wykorzystano do określenia działań ludzkich. Zakład pracy to organizacja społeczna, a więc grupa pracowników zmierzająca w sposób zorganizowany do realizacji określonych celów. Może działać efektywnie, gdy funkcjonuje w warunkach tzw. porządku społecznego, którego istotą jest podmiotowe traktowanie pracownika [6]. *Emocje* to silne przeżycia, które stanowią niezbędny element psychiki człowieka i służą do zachowań w określony sposób. Jedne wywołują ciekawość drugie strach zneruchomienie lub ucieczkę, a także gniew i atak. Emocje można zakwalifikować w dwie główne grupy: *emocje pozytywne* zadowolenie, radość, rozkosz i *emocje negatywne* złość, rozpacz, rozczarowanie [6]. Procesy emocjonalne mogą być wywołane różnymi czynnikami lub sytuacjami. Stają się rezultatem działań takich czynników jak: nowa nieznana sytuacja, niepowodzenie lub przeciwnie uzyskanie sukcesu.

Źródła emocji:

- bodźce pierwotne, pochodzą od narządów zmysłowych lub wewnętrznych związane z zaspokojeniem potrzeb i z procesami patologicznymi, mogą wywołać niespecyficzny stan ogólny przyjemny lub przykry np. samopoczucie.
- bodźce wtórne, nabywane przez doświadczenie, związane są z bodźcami pierwotnymi-bezwarunkowymi.
- bodźce kinestetyczne, związane z własnymi czynnościami np. nadmierna aktywność, długotrwała bezczynność [6]. *Procesy emocjonalne* charakteryzują się zmianą, najczęściej ogólnego pobudzenia i wzrostem poziomu aktywacji. Minimalny poziom pobudzenia wiąże się ze stanami głębokiego smutku, apatii, senności lub skrajnej relaksacji. Natomiast maksymalny określa stany ekstazy, szału czy paniki.

W procesie emocjonalnym zjawisko to przebiega następujących postaciach;

- wzrost napięcia mięśniowego, który powoduje wzrost aktywności ruchowej ogólnej np. niepokój ruchowy, wzrost siły i szybkości ruchów, lub lokalnej tj. mowolne ruchy różnych części ciała, tiki.
- wzrost intensywności procesów umysłowych np. kłębiania myśli, czy „wyrazistości” wyobrażeń.
- pobudzenie autonomiczne układu nerwowego – układu sympatycznego, któremu towarzyszy (złość, lęk), układu parasympatycznego (przygnębienie, smutek).

Tłumienie emocji doprowadzić może do wielu chorób psychosomatycznych, bądź do wystąpienia reakcji nieadekwatnych do sytuacji i niezrozumiałych dla otoczenia. Natomiast zbyt duża kontrola doprowadzić może do trudności w wyrażaniu swoich emocji z czasem do

zubożenia przeżyć. Warunkiem właściwego funkcjonowania psychicznego i somatycznego jest kontrolowanie emocji, opanowanie gniewu lęku i stresu [6].

Stres

Stres pochodzi od łacińskiego słowa „stringera” co oznacza zaciskać. W przeszłości określało trudności, cierpienie. Natomiast zewnętrzne oddziaływania na człowieka określane się *mianem stresorów*. Słowo *stres* stało się równie popularne jak metafora a za powody tych napięć rozumie się czasy w których żyjemy oraz postęp cywilizacyjny, techniki, którym ludzie nie potrafią sprostać. Stres nie jest chorobą w sensie jednostki klinicznej a jedynie wyrazem narastających trudności adaptacyjnych współczesnego człowieka. Stres jest naturalną, nieuniknioną częścią naszego życia i towarzyszy każdemu z nas i jest nierozdzielnie związany z naszą pracą. Jest naturalną reakcją na codzienne wyzwania i życiowe zmiany nie tylko negatywne, ale i pozytywne.

Ogólnie jest to zespół specyficznych i niespecyficznych reakcji organizmu na zdarzenia bodźcowe, które zakłócają jego równowagę i wystawiają na poważną próbę lub przekraczają jego zdolność radzenia sobie. Istotę stresu stanowi niezrównoważenie wymagań i możliwości stawiane przed człowiekiem, które stoją na granicy jego możliwości, albo są niemożliwe do spełnienia. Źródłem wymagań mogą być sytuacje zewnętrzne i wewnętrzne, i brak możliwości skutecznej obrony przed zagrożeniem [6,17]. Skutki stresu stają się źródłem naruszenia równowagi wewnętrznej co ma wpływ na jakość życia osoby, na jej zdrowie fizyczne i psychiczne, na osoby dla których wykonuje pracę a także na innych współpracowników oraz na rodzinę [6].

W związku ze stresującą sytuacją pojawia się lęk, który powoduje brak koncentracji i zaburzenie pamięci. Pojawiają się zmiany w autonomicznym układzie nerwowym prowadzące do napięć mięśni, zmęczenia, braku apetytu. W przypadku długotrwałego stresu lub o dużym nasileniu następuje załamanie się normalnego poziomu odporności, na poziomie somatycznym charakteryzując się (bezsensownością, chorobami układu krążenia, chorobą wrzodową) i psychicznym (lęki, nerwice, depresje, psychozy, dręczące myśli). W powszechnym rozumieniu stres oznacza jednak zdecydowanie nie przyjemną kondycję psychiczną człowieka i jest kojarzony z napięciem, nadmiernym wysiłkiem, przemęczeniem, bólem, poczuciem beznadziejności, niemożności poradzenia sobie z sytuacją trudną. Wśród czynników modyfikujących przebieg stresu szczególną rolę odgrywa jakość stosunków

interpersonalnych, wsparcie społeczne. Aby uzyskać panowanie nad stresem należy zadbać o relacje z innymi, a także i nauczanie się technik kontroli. Podstawowe zalecenia to jak najczęstsze szukanie okazji do wyrzucania z siebie nadmiaru napięcia negatywnych uczuć poprzez śmiech lub uprawianie sportu i nie traktowanie spraw związanych z pracą ze śmiertelną powagą [17].

Wypalenie zawodowe

Praca nie tylko wyczerpuje ludzi psychicznie, ale przysparza im problemów natury fizycznej. Wielu ludzi ma poczucie, że praca zajmująca osiem godzin dziennie odbiera im zdrowie i radość życia, wprowadza napięcie i niepokój powodując, że wszystkie dni są podobne do siebie. Często wspominając o pracy mówią o swoich dolegliwościach, ale zamiast odebrać je jako sygnały o własnych potrzebach, zmuszają do posłuszeństwa, których skutkiem jest emocjonalne wyczerpanie, brak energii, utrata wiary w siebie, choroby, a nawet śmierć. *Wypalenie zawodowe wśród pracowników medycznych* występuje najczęściej w pracy z ludźmi i wynika z wymagań emocjonalnych, które powstają w relacji z nimi. Zawód pielęgniarstwa należy do zawodów, w których bliski, intensywny kontakt z drugim człowiekiem odgrywa bardzo istotną rolę. Duże zaangażowanie w pracę i troska o pacjenta stanowi dla pielęgniarki duże obciążenie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, co prowadzi do wystąpienia tzw. zespołu wypalenia zawodowego (*burnoutsyndrome*) [4].

Zespół wypalenia zawodowego, określany jako syndrom wyczerpania. Zjawisko to dotyczy ludzi z tych zawodów, którzy mają stałą, bezpośrednią styczność z drugim człowiekiem. Poznawanie problemów innych, ciągła troska o nich udzielanie im wsparcia powoduje, że przedstawiciele zawodów medycznych narażeni są na ciągły stres i niejednokrotnie płacąc za to wysoką cenę w postaci wyczerpania psychicznego.

Wypalenie opisywany jako powoli zaczynający się, lub nagle ujawniający się stan wyczerpania uczuciowego, duchowego i cielesnego, który dostrzegany jest w życiu zawodowym, a po pewnym czasie przenika do innych sfer życia. Charakterystyczne dla powstania wypalenia są długotrwałe wymagania zewnętrzne, bez możliwości poradzenia sobie z napięciami z nich wynikającymi i z towarzyszącymi mu myślami o rzuceniu wszystkiego i ucieczce a w skrajnych przypadkach o samobójstwie [6]. W wielu koncepcjach za podstawę wypalenia przyjmuje się wymagania interpersonalne, które są trudne i stanowią duże obciążenie psychiczne dla dawców pomocy. Znaczącą rolę

odgrywają stosunki panujące w miejscu pracy; brak zrozumienia ze strony przełożonych, niejasność komunikacji, nadmierny biurokracyzm, rywalizacyjne sytuacje wśród pracowników.

Sygnały ostrzegawcze wskazujące na zjawisko wypalenia:

1. Niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy
2. Ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy
3. Poczucie izolacji od świata
4. Odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego
5. Wzrastająca ilość negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z pacjentami
6. Poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu
7. Często choroby bez rozpoznawalnych przyczyn
8. Myśli o ucieczce i samobójstwie [6].

Problem wypalenia w zawodzie pielęgniarstwie jest powszechny i ma związ z brakiem poczucia osiągnięć osobistych. W badaniach (Gawęł, Kowal, , Rak 2000r) wskazało, że 58% badanych pielęgniarek charakteryzowało się wysokim poziomem wyczerpania emocjonalnego, natomiast 97% przyznało, że nie posiada żadnych sukcesów. Najpoważniejsze źródła wypalenia zawodowego pielęgniarek związane są z obciążeniami charakterystycznymi dla tego zawodu takie jak: niższa pozycja społeczna względem lekarzy, charakter pracy pielęgniarstwiej [17].

Obniżenie statusu społecznego zawodu pielęgniarki koegzystujący z niskim wynagrodzeniem, pokazuje brak zsynchronizowania między włożonym wysiłkiem, a tym co pielęgniarki otrzymują w zamian.

Wypalenie pielęgniarek rośnie wraz ze wzrostem liczby zadań wyznaczonych pielęgniarsce, któremu towarzyszy wzrost odczuwalnego wyczerpania emocjonalnego a także duża liczba pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę i duża liczba godzin pracy. Często sytuację pogarszają złe stosunki z zespołem leczącym, a czasem brak szacunku ze strony przełożonych. To wszystko prowadzi do postępującej bezradności, niemożności znalezienia innego wyjścia z tej frustrującej sytuacji niż np. odejście z zawodu [17]. Na podstawie wieloletniej praktyki w prowadzeniu wieloletnich warsztatów antywypaleniowych, Edelwich i Brodsky (1980) wypracowali koncepcje wypalenia zawodowego, będącego skutkiem stopniowego narastania rozczarowania pracą zawodową. Obserwowane sytuacje skłoniły ich do zdefiniowania wypalenia zawodowego jako „ stopniowej utraty idealizmu, energii i celów,

które występują u osób, wykonujących zawody skoncentrowane na niesieniu pomocy, na skutek niesprzyjających warunków pracy”.W powstawaniu tego zaburzenia autorzy główną rolę przypisują czynnikom środowiskowym. Uwzględniając specyfikę zawodów społecznych zwracają uwagę na następujące czynniki wywołujące stres i wypalenie. brak jasnych kryteriów umożliwiających ocenę rezultatów pracy,duże obciążenie pracą,niskie płace, brak możliwości zrobienia kariery zawodowej, niski status społeczny tych zawodów, niski prestiż zawodowy, niedostateczne wsparcie instytucjonalne [16].

Autorzy udowodnili, że poddawanie pracownika długotrwałemu działaniu wymienionych stresorów, może doprowadzić do utrudnienia pełnionych ról zawodowych, wymagających coraz większej mobilizacji. Może doprowadzić do wypalenia zawodowego co według autorów jest procesem stopniowego narastania rozczarowania [17].

Można w nim rozróżnić cztery fazy:

1. Entuzjazm, pojawia się w początkowym okresie rozwoju kariery zawodowej, jednostka przejawia plany i zamierzenia związane z pracą zawodową
2. Stagnacja następuje po fazie pierwszej, kiedy początkowy zapał opadnie po konfrontacji z rzeczywistością.
3. Frustracja i kolejne rozczarowania, brak dostatecznego wsparcia i pomocy ze strony instytucji, niewłaściwa organizacja i zarządzanie placówką, odczuwanie nie zaspokojenia swoich potrzeb i pragnień prowadzi do wypalenia.
4. Apatia to rezultat rozczarowań i frustracji, prowadzi do tendencji izolacyjnych pracownika, wycofywania się z aktywności zawodowej, narastania niechęci do wchodzenia w bezpośrednie relacje ze współpracownikami i wykonywaniu obowiązków. Przejawia się niechęcią do chodzenia do pracy, obojętnością wobec innych ludzi i ich problemów [16].

Schaufeli i Enzmann przy opracowaniu własnej definicji wypalenia zawodowego przyjęli, że „wypalenie jest przewlekłym, negatywnym stanem psychicznym, wywołanym pracą zawodową, pojawiającym się u ludzi, w (normie), które początkowo charakteryzuje poczucie wyczerpania, a następnie zniechęcenie, zmniejszenie skuteczności działań, obniżenie motywacji oraz negatywne postawy i zachowania utrudniające przystosowanie w pracy. Symptomy te rozwijają się stopniowo i przez dłuższy okres mogą być niedostrzegane przez jednostkę. Stan ten jest spowodowany brakiem zgodności między aspiracjami zawodowymi a rzeczywistymi warunkami w pracy. Wypalenie ma często charakter

samowzmacniającego się procesu, o czym decydują nieadekwatne strategie radzenia sobie”. Zgodnie z tą definicją, wypalenie narasta stopniowo, często w sposób niedostrzegalny dla pracownika jak i dla otoczenia a objawami są wyczerpanie i towarzyszące mu cztery symptomy; zniechęcenie, spadek skuteczności działania, obniżenie motywacji także negatywne postawy utrudniające przystosowanie do warunków pracy [16].

Mobbing

Mobbing to termin wywodzący się od angielskiego rzeczownika *mob* i oznacza, tłum, zgraję, pospólstwo, czasownik od tego słowa *to mob* znaczy szarpać, atakować, nękać. Mobbing to najczęściej wymieniane określenie w Szwecji, Norwegii, Finlandii Niemczech a także Kanadzie i Polsce. W innych krajach europejskich zjawisko to w tłumaczeniu na język polski oznacza molestowanie moralne, maltretowanie psychiczne, przymus moralny [5]. Kiedy mowa o mobbingu automatycznie nasuwa się relacja między pracodawcą a pracownikiem, tymczasem może występować na każdym szczeblu kontaktów interpersonalnych zarówno w układzie przełożony- podwładny, w kontaktach międzygrupowych, czy relacjach jednostki z grupą. Z polskich badań wynika, że 16% ankietowanych było źle traktowanych przez przełożonego, natomiast 4% przyznało źle traktowanie przez współpracowników i większości kobiety dręczone są częściej, niż mężczyźni. W krajach UE pracownicy małych firm częściej narażeni są na złe traktowanie przez przełożonego, natomiast w dużych korporacjach częściej spotykano się z szykanowaniem ze strony współpracowników [3].

Przejawy mobbingu. Mobbing jest perfidną metodą przemocy stosowaną wobec słabszych, ale również ze względu na stosowaną strategię, jaką się posługuje. Polega na podstępnie, deprecjonowaniu ofiary, obniżeniu jej wiarygodności, próbie udowodnienia, że sama jest dla siebie sprawcą i zasługuje na to co ją spotyka.

Leymann wymienia pięć technik mobbowania ofiary:

1. Zaburzenie możliwości komunikowania się,
2. Zaburzenie kontaktów społecznych między ofiarą a resztą,
3. Podważenie autorytetu ofiary,
4. Zaburzenie poczucia kompetencji ofiary, niszczenie jej kariery,
5. Działania mające szkodliwy wpływ na jej zdrowie.

Fazy mobbingu

I. powstanie konfliktu II. postępowanie mobbingowe, znajduje się w pozycji podporządkowanej sprawcy i nie ma w środowisku pracy żadnej pomocy, III. działania przeciw nękanemu pracownikowi nasilają się, broniący, staje się „kozłem ofiarnym”. Próby obrony kończą się niesłusznym ukaraniem pracownika jego zdegradowaniem, przydzieleniem mu mniej wartościowej pracy. Jest posądzony o zły klimat w miejscu pracy. Reaguje na to postępującym procesem chorobowym.

IV. Faza sytuacja jeszcze się zaostrza, stan nękanego pracownika się pogarsza, że dalsze zatrudnienie w tym miejscu pracy jest niemożliwe, Krytyczne położenie zmusza często zastraszoną ofiarę mobbingu do zawarcia ugody i zrezygnowania z pracy [5].

Mobbing w Kodeksie pracy w Polsce.

Problem mobbingu znalazł uregulowania w Kodeksie pracy i obowiązuje od 1 stycznia 2004r. Zgodnie z regulacjami kodeksu, pracodawca nie tylko nie może stosować mobbingu, wobec pracownika, ale zobowiązany jest do przeciwdziałania mobbingowi prowadzonym przez innych pracowników. Ponadto kodeks ten uprawnia ofiarę dręczenia do dochodzenia zadośćuczynienia finansowego lub odszkodowania, jeżeli wywołał u niej rozstrój zdrowia (art. 94, par. 2,3) [15].

Higiena pracy nocnej i zmianowej

Charakterystyczna dla placówek ochrony zdrowia jest organizacja pracy w systemie zmianowym i nocnym, który nie jest obojętny dla zdrowia. Zaburzenie rytmów biologicznych i problemy z funkcjonowaniem społecznym prowadzić mogą do szeregu problemów zdrowotnych. Praca nocna obejmuje 8 godzin pomiędzy 21.00 a 7.00 rano Praca zmianowa praca wykonywana według rozkładu pracy przewidującego zmienność pory pracy przez pracowników po upływie określonych godzin, dni i lub tygodni [1].

Skutki pracy zmianowej można podzielić na biologiczne, zdrowotne i socjologiczne. Biologiczne wynikają z zaburzeń wewnętrznych rytmów organizmu a ich skutkiem są zaburzenia snu. Skutki socjologiczne zależą w dużym stopniu od osobowości pracownika, wieku, płci, stanu cywilnego oraz liczby i wieku posiadanych dzieci.

Do skutków zdrowotnych pracy nocnej i zmianowej należy zaliczyć wpływ na samopoczucie, sen, psychikę, układ krążenia i pokarmowy a także na układ hormonalny i prokreakcję. *Wpływ na psychikę, samopoczucie i sen.* Osoby pracujące nocą śpią od 5 do 7 godz. krócej, niż osoby pracujące tylko w systemie dziennym. Praca w godzinach nocnych to praca wykonywana przy gorszych funkcjach psychicznych i intelektualnych pracownika a ryzyko wystąpienia wypadku w trakcie zmiany nocnej jest zazwyczaj większe niż podczas pracy w dzień [1]. Ograniczenie czasu snu powoduje obniżenie wydajności psychofizycznej pracowników i patologiczną senność w ciągu dnia. Niektóre badania wykazują na wzrost śmiertelności w populacji pracowników wykonujących wieloletnią pracę w porze nocnej. Obserwuje się częstsze występowanie wypalenia zawodowego, nadużywanie przyjmowania leków jak również występowania depresji w konsekwencji do wystąpienia tzw. zespołu nietolerancji pracy zmianowej [1]. *Wpływ na układ krążenia.* Stwierdzono zależność między pracą zmianową a występowaniem zaburzeń ze strony układu krążenia. Skracanie snu wpływać może na rozwój choroby wieńcowej i występowanie nadciśnienia tętniczego. Ryzyko wzrasta przy połączeniu pracy nocnej z dodatkowymi czynnikami paleniem tytoniu i otyłością. U osób z nadciśnieniem tętniczym ograniczenie czasu snu powoduje dodatkowo wzrost ciśnienia, przyspieszenie akcji serca i zwiększenie wydalania amin katecholowych z moczem. *Wpływ na układ pokarmowy.* Nietypowe pory oraz nieregularność przyjmowania posiłków powodować mogą zaburzenia funkcjonowania ze strony układu pokarmowego i wywołać mogą zgagę, brak apetytu, nieregularność wypróżnień, zaburzenia dyspeptyczne.

Wpływ na układ hormonalny. Praca zmianowa i nocna wpływa na pracę gruczołów wydzielania wewnętrznego takich jak trzustka, tarczyca i gruczoł nadnerczy, które wydzielają hormony w rytmie dobowym [1]. *Inne problemy zdrowotne* Niektóre badania sugerują, że praca w zmianach nocnych może mieć ochronny wpływ przed rozwojem choroby Parkinsona, natomiast słaba tolerancja tego typu aktywności może być wczesnym symptomem choroby. Interesującym czynnikiem jest stres oksydacyjny powodowany przez pracę zmianową a wiek i otyłość powodują zwiększoną wrażliwość na takie oddziaływanie pracy zmianowej [1].

Emigracja personelu medycznego jego skala i skutki

Słowo „migracja” pochodzi z języka łacińskiego („migratio - wędrówka”) i oznacza przemieszczanie się ludności i zmianę miejsca pobytu [7]. *Emigracja* – to wyjazd za granicę

na pobyt czasowy, lub w celu zamieszkania na stałe a opuszczenie kraju może mieć charakter dobrowolny lub przymusowy, natomiast przyczyny emigracji mogą być polityczne, gospodarcze, religijne lub naukowe. Przemieszczanie ludności to naturalne zjawisko i może nastąpić z powodu złej sytuacji gospodarczej w miejscu zamieszkania tzw. migracje ekonomiczne, potocznie zwane wędrówką za chlebem lub sytuacji politycznej. Wejście Polski do Unii Europejskiej to jedno z najważniejszych wydarzeń historycznych ostatnich lat. Zapoczątkowało nowe możliwości w zakresie przemieszczania się Polaków poza terytorium kraju. Bogate kraje uzupełniają niedobory kadrowe imigrantami z innych krajów. Proponując im większe zarobki i lepsze warunki pracy skutkujące zagrożeniem pogorszenia i tak trudnej sytuacji w służbie zdrowia. Przed takim zagrożeniem stoi również służba zdrowia w Polsce [22].

Emigracja polskich pielęgniarek

Polska migracja mają długą tradycję, są przedmiotem licznych rozważań w kraju i za granicą. W historii Polski po raz pierwszy emigracja dotyczy w dużym stopniu pracowników medycznych [47]. Dla emigrujących lekarzy, pielęgniarek to duża szansa, natomiast dla państw rodzinnych to jednostronny odpływ wykwalifikowanej kadry. Wyniki prowadzone przez WHO (*World Health Organization* – Światowa Organizacja Zdrowia), mówią o „światowym kryzysie zasobów kadr medycznych”. Czynnikiem sprzyjającym tej sytuacji są zmiany demograficzne ludności zmierzające w kierunku starzenia się społeczeństwa i wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Migracje mają modyfikujący wpływ na sytuację na rynku pracy, może stwarzać pracownikowi większe możliwości rozwoju i wymianie doświadczeń. Korzystne uwarunkowania prawne pozwalają pielęgniarkom na wykonywanie zawodu na terenie UE. Zjawisko emigracji monitorowane jest przez NRPiP Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Na podstawie wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych na potrzeby ich uzyskania w Unii Europejskiej [7,18].

Zgodnie z danymi NRPiP od 2010 roku obserwuje się systematycznie rosnący niedobór pielęgniarek, a co za tym idzie niedostateczna wymiana pokoleniowa w zawodzie.

Rosnąca liczba pielęgniarek, które po ukończeniu szkoły nie podejmują pracy w zawodzie. Biorąc pod uwagę większość pielęgniarek, pracujących za granicą, które prawdopodobnie nigdy nie wrócą do kraju migracja może doprowadzić do prawdziwego „niedoboru kadr medycznych” także w Polsce [18]. Trudne warunki pracy wynagrodzenia

nieadekwatne do tej trudnej i odpowiedzialnej pracy sprawiają, że zawód pielęgniarki w Polsce przestał być atrakcyjny. Jak wynika z tegorocznego raportu „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” opracowanego przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 2016 roku. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki uzyskało 492 absolwentów studiów licencjackich i magisterskich. W placówkach służby zdrowia na terenie całego kraju zatrudnionych zostało tylko 107 z nich. Część pielęgniarek wyjeżdża za granicę inne podejmują pracę w zupełnie innych zawodach [25].

W najbliższych latach może nastąpić dalszy wzrost liczby osób zainteresowanych pracą za granicą, wynikający z coraz większej liczby personelu ze znajomością języka angielskiego. Nasilenie się procesów migracyjnych w ostatnich latach stawia w nowym wymiarze wszystkie dotychczasowe problemy z zakresu: demografii, polityki społecznej i polityki zdrowotnej, ale przede wszystkim wymaga sformułowania, nowych założeń co do polityki gospodarczej i społecznej kraju [7].

Tabela I. Liczba absolwentów na kierunku pielęgniarstwo uzyskujących prawo wykonywania zawodu w latach 2014-2016 [6].

Rok uzyskania dyplomu	Liczba absolwentów		Liczba absolwentów uzyskujących pwz.	Liczba zatrudnionych absolwentów	Liczba absolwentów uzyskujących pwz wg stopnia wykształcenia	
	.st	I st.			I st.	I st.
2016	.d	.d	3344	1050	3327	17
2015	8482	3018	3433	1418	3404	29
2014	7161	2415	3077	1553	3041	36
Razem	5643	5433	9854	4021	9772	82

Źródło: *1 – Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego dane z systemu POL-on według stanu na 5.10.2016 r. *2. – Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych- stan na 3.03. 2017 r [6].

Tabela II. Liczba pielęgniarek zarejestrowanych według stopnia wykształcenia [6].

Średnie medyczne	Wyższe zawodowe- licencjat	Wyższe magister	Razem
228 192	41 049	19 154	288 395

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych stan na 31 grudnia 2016r [36].

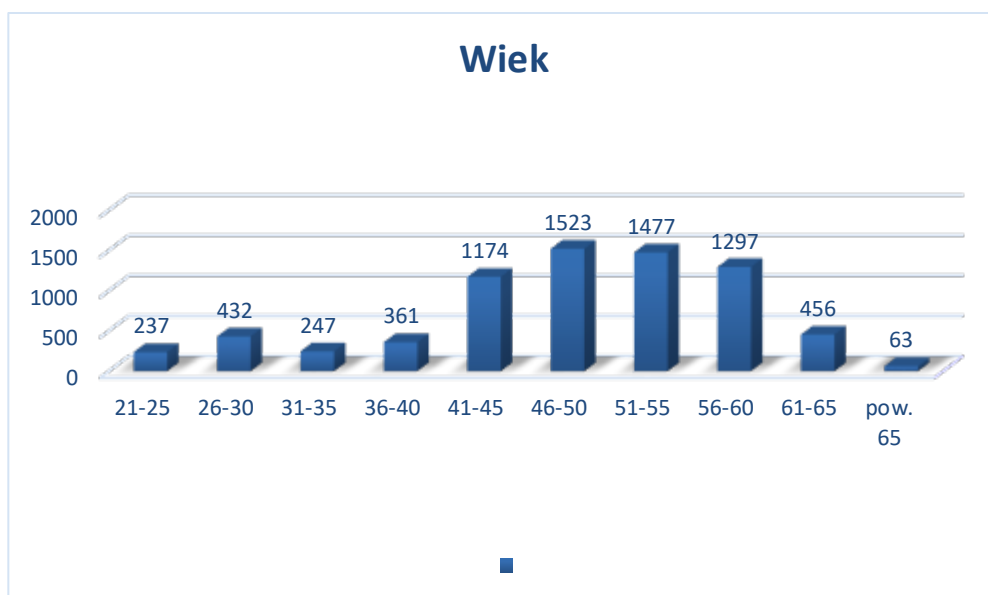
Tabela III. Liczba zarejestrowanych pielęgniarek w latach 2008-2016 [6].

Stan na 31. grudnia	Liczba pielęgniarek		Razem	Wzrost	Średnia wieku
	K	M			
2008	263 259	4 756	268 015		44,19
2009	266 655	4 569	271 224	3 209	44,48
2010	269 503	4 678	274 181	2 957	45,28
2011	270 781	4 494	275 275	1 094	46,05
2012	273 666	4 830	278 496	3 221	46,94
2013	275 075	4 964	280 039	1 543	48,69
2014	277 334	5 188	282 522	2 483	48,43
2015	279 861	5 515	285 376	2 854	50,13
2016	282 547	5 848	288 395	3 019	50,79

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych. 2016 r [6].

Z roku na rok sytuacja się pogarsza już niebawem w szpitalach i poradniach może zabraknąć opieki pielęgniarskiej. Ze statystyk OECD (Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) wynika, że najlepiej zabezpieczeni w opiekę pielęgniarską są mieszkańcy państw skandynawskich: W Norwegii wskaźnik ten wynosi 17,34, w Finlandii 14,66 natomiast w Niemczech na 1000 mieszkańców przypada 13,34 pielęgniarki, Belgii – 11,15, a Wielkiej Brytanii – 7,91. Pod tym względem lepiej od Polski wypadają także Czesi – 8,1 i Węgrzy – 6,47. Pod koniec 2017 roku w naszym kraju zarejestrowanych było niespełna 288,4 tys. pielęgniarek to zdecydowanie za mało do wystarczającej opieki pielęgniarskiej w przychodniach i w szpitalach. Pielęgniarek zaczyna brakować we wszystkich placówkach służby zdrowia, starsze odchodzą na emerytury, a na ich miejsca nie są zatrudniane nowe osoby [25].

Migracja a problemy pielęgniarstwa w Polsce



Rycina 1. Charakterystyka wiekowa pielęgniarek województwa podlaskiego zgłoszonych do realizacji umów w 2016. Źródło: Opracowanie własne na podstawie * 1 - Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych stan na 31 grudnia 2016r. *2 – Na podstawie danych z NFZ 2016 r [6]

Sytuacja w służbie zdrowia będzie jeszcze trudniejsza. Z dniem 1 października 2017r. weszła w życie ustawa przywracająca wcześniejszy wiek emerytalny dla kobiet wynosi 60 lat, a dla mężczyzn 65 lat. Znaczna część pielęgniarek planuje w najbliższych miesiącach przejście na emeryturę. Pod koniec ubiegłego roku przeszło połowa pielęgniarek przekroczyła 50 rok życia, a około 20 %. miała skończone 60 lat. W tej grupie znajdują się osoby, które nabyły już uprawnienia emerytalne i w każdej chwili mogą odejść z pracy. Należy zaznaczyć, że prawo do przechodzenia na emeryturę w wieku 55 lat, mają pielęgniarki zatrudnione na blokach operacyjnych i na oddziałach intensywnej opieki medycznej [25].

Do oceny sytuacji pielęgniarstwa i poziomu jego rozwoju w poszczególnych krajach wykorzystywany jest wskaźnik liczby pielęgniarek na 1tyś. mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik wynosi średnio 5,4/1 tyś i jest najniższy ze wszystkich krajów UE [18].

Tabela IV. Wskaźniki zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców nie posiadających uprawnień emerytalnych wraz z prognozą do 2030 r. [6].

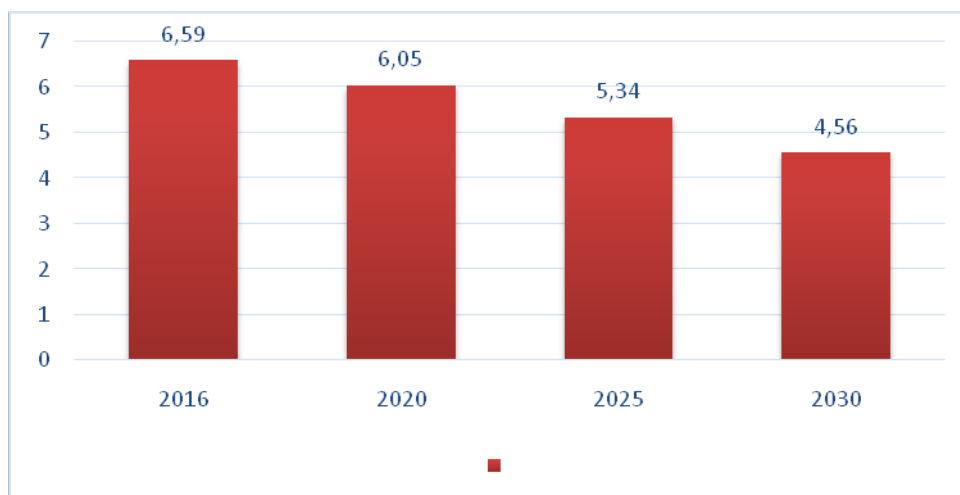
ok	Liczba mieszkańców w tyś.			Liczba zarejestrowanych			Wskaźnik Zarejestrowanych piel. na 1 tyś. mieszkańców	Wskaźnik Zarejest. położnych na 1 tyś kobiet
		K	Razem	Pielęgniarek	Położnych	Razem		
016	8568	9800	8 369	239 958	30 523	270481	6,25	1,54
020	8460	9677	8 137	216 363	28 355	244718	5,67	1,44
025	8272	9469	7 741	183 660	25 857	209517	4,87	1,33
030	8001	9183	7 185	148 963	22 704	171667	4,01	1,18

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych *1 – Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych. – obejmuje tylko osoby, które nie uzyskały jeszcze wieku emerytalnego (60 – Kobiety, 65 – Mężczyźni) – stan na 31.12 danego roku. *2 – Prognoza liczby ludności GUS. 2016 [6]

Tabela V. Prognozowane wskaźniki dla zatrudnionych pielęgniarek i położnych do 2030 roku [6].

ok	Liczba zatrudnionych			Wskaźnik zatrudnionych piel. na 1tys mieszkańców	Wskaźnik Zatrudnionych położnych na 1 tys kobiet
	pielęgniarek	położnych	RAZEM		
016	217 226	26 617	243 843	5,66	1,34
020	192 110	24 565	216 675	5,04	1,25
025	169 179	23 232	192 411	4,48	1,19
030	141 725	21 167	162 896	3,81	1,10

Źródło: Raport NRPiP. Na podstawie danych z NFZ. 2016 r [6].



Rycina 2. Wskaźniki zarejestrowanych pielęgniarek nie posiadających uprawnień emerytalnych wraz z prognozą do 2030 r. z podziałem na województwa (podlaskie).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych [6].

Z opracowanej prognozy dotyczącej liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek w latach 2016-2030 wskazuje na systematyczny wzrost liczby zarejestrowanych pielęgniarek posiadających uprawnienia emerytalne, zwiększeniu ulegnie średni wiek pielęgniarek pracujących w systemie ochrony zdrowia, nastąpi brak prostej zastępowalności pokoleniowej pielęgniarek spowodowany, deficytem między liczbą osób nabywających uprawnienia emerytalne a liczbą osób nabywających uprawnienia do wykonywania zawodu, zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców [6].

Rozwiązania, które nie zachęcają

Ustawa zakłada stopniowy wzrost zarobków w służbie zdrowia i reguluje sposób ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych co w niewielkim stopniu zachęci pielęgniarki do wykonywania zawodu w Polsce. Docelowo za 4 lata pielęgniarka posiadająca wyższe wykształcenie i specjalizację będzie zarabiała 5,3 tys. zł brutto. Minimalne wynagrodzenie pielęgniarki bez tytułu magistra, ale ze specjalizacją określono na 3,7 tys. zł, a bez specjalizacji na 3,2 tys. zł. W ciągu czterech lat będą rosła płaca minimalna a także zarobki w innych branżach. Może się okazać, że płaca na poziomie 3,2 tys. zł brutto, wcale nie zachęca do pracy w tym zawodzie [25]. Inne Państwa przyciągają pielęgniarki większymi zarobkami, atrakcyjnymi warunkami pracy i lepszym zapleczem socjalnym. W niektórych krajach pielęgniarki podejmujące pracę mogą liczyć na mieszkanie socjalne. Polskie pielęgniarki najchętniej wybierają państwa skandynawskie, a także do Niemcy i Wielką Brytanię. Nasz kraj chętnych do pracy w tym zawodzie nie przyciąga. Od 1 maja 2004 roku prawo do jego wykonywania uzyskało tylko 41 osób pochodzących z Unii Europejskiej lub innego państwa [25]. Okręgowe rady pielęgniarek i położnych wydały 19 953 zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w UE. Dane wskazują na duże zainteresowanie wykonywaniem zawodu poza granicami kraju. Ujemne saldo migracji dla społeczeństwa polskiego skutkować może zagrożeniem zabezpieczenia w świadczenia pielęgniarek i położnych [3].

Ustalenia i strategie przeciwdziałaniu migracji. W związku z rozpoznanymi problemami określono następujące obszary tematyczne niniejszej Strategii:

I. Kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek i położnych. Dotychczasowy dwustopniowy system kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce, w ramach szkolnictwa

wyższego zostanie utrzymany. Potwierdzeniem takiego kierunku działania jest wystąpienie ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła podczas debaty poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (27 marca 2017 r.), kiedy to jednoznacznie zapewnił, że kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie wyższym w Polsce zostanie utrzymane [9]. II. Rola i kompetencje pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Opracowanie standardów organizacyjnych z określeniem ról i kompetencji zawodowych pielęgniarki i położnej w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej lub poszczególnych dziedzinach specjalizacji pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów priorytetowych [9]. III. Normy zatrudnienia. Przepisy ustawy o działalności leczniczej zobowiązują kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą do ustalania i stosowania minimalnych norm zatrudnienia. Obowiązek został wprowadzony w 2000 r. Aktualnie podstawą prawną w tym zakresie jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Dla zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w niektórych zakresach świadczeń gwarantowanych określone są warunki dotyczące liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych [3]. IV. Warunki pracy, wynagrodzenia i prestiż zawodów pielęgniarki i położnej. Obecnie najważniejszymi, z punktu widzenia przedstawicieli środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, kwestiami w tym obszarze są, m.in. *prowadzenie dokumentacji medycznej świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne*. Aktualnie w praktyce obserwuje się różnorodność wzorów medycznej dokumentacji. W związku z tym niezbędne jest podjęcie prac nad jej ujednoliceniem, w tym standaryzacją i elektroniczną, *przywileje pracownicze* w zakresie uprawnień do dodatkowego urlopu wypoczynkowego lub zdrowotnego, *aspekty socjalno-bytowe (np. zabezpieczenie potrzeb mieszkaniowych na zasadach preferencyjnych)*.

Pielęgniarkom i położnym, które zdecydują się podjąć pracę w zawodzie, w regionach o najniższym wskaźniku pielęgniarek na 1 000 mieszkańców. Może znacząco wpłynąć na zabezpieczenie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, a w konsekwencji podnieść wskaźnik opieki pielęgniarskiej i położniczej w tych regionach kraju i stworzyć warunki do równego dostępu do tej opieki, *wynagrodzenie za pracę*, poziom wynagrodzeń w danym podmiocie jest elementem zarządzania, pozostaje w istotnej zależności od kondycji ekonomicznej podmiotu, dostępnej wielkości nakładów finansowych,

realiów lokalnego rynku pracy, a bazuje na wewnątrzzakładowych rozwiązaniach organizacyjnych i regulaminowych [19]. *Działania, dotyczące ustalenia ścieżki awansu zawodowego pielęgniarek i położnych*, zapewnienia oferty szkoleń dla kadry kierowniczej, a także prowadzenie kampanii medialnej, ukazującej różne role i aspekty pracy w tych zawodach. Poprawa warunków pracy istotnie wpłynie na zwiększenie prestiżu zawodów pielęgniarki i położnej.

V. Nowy zawód medyczny jako zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej. Nie wszystkie czynności, które aktualnie są przypisane kompetencyjnie do zawodu pielęgniarki lub położnej, musi wykonywać pielęgniarka lub położna. Te najlepiej wykształcone pielęgniarki i położne mogłyby m.in. koordynować opiekę nad pacjentem, a zgodnie z tendencją substytucji usług zdrowotnych, niektóre czynności o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym mogłyby być wykonywane przez pomocniczy zawód medyczny, będący istotnym wsparciem zarówno dla pielęgniarek i położnych, jak i dla pacjentów [9].

Migracja personelu medycznego na świecie

Zainteresowanie zjawiskiem migracji personelu medycznego w wymiarze międzynarodowym, zaczęło się na początku obecnej dekady, czyli w latach 2000–2001. Światowa Organizacja Zdrowia- WHO, nie dysponowała danymi w tej dziedzinie, które mogły stanowić podstawę do formułowania określonych rekomendacji i strategii dla krajów członkowskich [14].

Pierwszym kompleksowym opracowaniem, był Raport WHO, opracowany w 2003 r. we współpracy z ICN i RCN (Royal College of Nursing) pod tytułem „Międzynarodowy przepływ personelu pielęgniarskiego — kierunki i implikacje dla polityki” , w którym analizowano proces migracji pielęgniarek na poziomie międzynarodowym. Dokument ten może stanowić lekturę dla wszystkich odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, jak i pielęgniarską w dowolnym kraju na świecie. Migracje możemy podzielić na wewnętrzną, czyli przemieszczanie się ludności w granicach jednego kraju i zewnętrzną, przemieszczanie pomiędzy krajami lub regionami świata a także różnicować ze względu na czas trwania i wyróżniamy migracje: czasowe, sezonowe lub trwałe [14].

Rozpatrując zjawisko migracji można wyróżnić dwie grupy czynników wpływających na ten proces: są to czynniki wypychające (pushfactors), wywołujące chęć opuszczenia danego miejsca i czynniki przyciągające (pullfactors), skłaniające do przyjazdu do danego miejsca, tworząc system zachęt i nowych możliwości dla jednostki. *Migracja personelu pielęgniarskiego*. Dotyczy wszystkich krajów na świecie, ale duży procent stanowią pielęgniarki. Zjawisku towarzyszy kryzys w zakresie personelu medycznego, dodatkowo pogłębiający się ze względu na dynamiczny wzrost starzejących się społeczeństw. Dowody tego kryzysu to placówki pozbawione pracowników medycznych a także szpitale, które nie są w stanie zatrudnić lub utrzymać swojego personelu medycznego. Świat cierpi na chroniczny brak personelu medycznego. Doprowadziło to do poważnych zaburzeń w podnoszeniu kwalifikacji, rozwijaniu kariery, wcześniejszego odchodzenia na emeryturę i migracji zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym [54].

Przyczyn migracji jest wiele do najważniejszych zalicza się czynniki ekonomiczne, ale nawet kraje, które oferują pielęgniarkom wysoki poziom wynagrodzeń, takie jak USA, Norwegia a także Irlandia, nie są w stanie zapewnić sobie odpowiedniej liczby własnych pielęgniarek. Równie ważne są czynniki ryzyka zdrowotnego, występujące w krajach dotkniętych przez HIV/AIDS lub inne epidemie, dążenie do zapewnienia bezpieczeństwa jednostce i rodzinie (kraje konfliktów politycznych) oraz dążenie do poprawy jakości życia i zwiększania możliwości rozwoju zawodowego. Rozszerzanie się migracji pielęgniarek na poziom globalny powiązany jest z wieloma ułatwieniami wprowadzanymi w przepisach krajowych i międzynarodowych. W regionach europejskich najważniejszym dokumentem jest postanowienie traktatowe, dotyczące utworzenia i rozwoju Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej (EWG) [5].

Wiele krajów wprowadziło specjalne przepisy wizowe dla pielęgniarek w celu ułatwienia napływu ich np. do USA, Szwajcarii i Australii. Na obszarze innych regionów przepływ swobodny pielęgniarek możliwy jest dzięki traktatom dotyczącym dwustronnej lub międzynarodowej współpracy gospodarczej. Migracja pociąga za sobą złożone następstwa dla kraju pochodzenia i kraju przyjmującego. Dotyczące sfery gospodarczej, edukacyjnej a także socjologicznej i demograficznej [4].

WNIOSKI

1. Na pracę pielęgniarek i położnych wpływa wiele czynników a wśród nich należy zaliczyć także prozaiczne jak dbałość o dobrą komunikację wewnątrz firmy, dostępność kadry szczególnie zarządzającej co zapewnia wsparcie i rozwiązania trudnych, wynikających z pracy problemów, oferowanie flexi pracy, czyli pomocy w sytuacji zaistnienia problemów nie związanych z pracą w życiu pracownika oraz uświadamia także im jak bardzo są wartościowi dla pracodawcy.
2. Dużym czynnikiem wspierającym jest inwestowanie w rozwój pracownika oraz integrowanie kadry oraz uznawanie osiągnięć i ustalanie celów.
3. Te drobne także ludzkie czynności zapewniają satysfakcję zarówno pracownikowi jaki i pracodawcy. W przypadku pielęgniarek usatysfakcjonowany jest także pacjent-odbiorca usług.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilski B, Rychlewski J, Podstawowe zasady higieny pracy nocnej i zmianowej. Prowadzenie samochodu w porze nocnej. Higiena pracy w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym. Redakcja Bilski Bartosz. Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marinkowskiego. 2016: 66-70.
2. Kowalczyk K, Krajewska E, Ostapowicz V. K, Kułak W, „Problemy Pielęgniarstwa” Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych, , Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, 2010;18 (3): 353–357.
3. Kozak S, Mobbing jako patologia w środowisku pracy. Patologie w miejscu pracy zapobieganie i leczenie. Dyfin. SA. Warszawa 2009:173-174.
4. Kraska A , Bilski B, Narażenie personelu ochrony zdrowia na promieniowanie jonizujące. Podstawowe zasady profilaktyki. Higiena pracy w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym. Redakcja Bilski Bartosz. Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marinkowskiego. 2016: 74 – 93.
5. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B.: Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne „Problemy Pielęgniarstwa, 2016; 2-3: 192-196.

6. Ostrowicka M, Walewska-Zielecka B, Olejniczak D.: Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11 (2): 191–209.
7. Rehman M.S, WaheedA.:An Empirical Study of Impakt of Job Satisfaction on Job Performance in the public Sector Organizations. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2011; 9: 167-180.
8. Wons A, Stres i radzenie sobie ze stresem. *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, red. Anna Trzcieniecka-Green. Wydawnictwo: Universitas Kraków 2012: 400-401.
9. Chochowska M, Bilski B, Zgorzalewicz- Stachowiak M, Obciążenia fizyczne pielęgniarki i ratownika medycznego oraz wybrane sposoby ich ograniczania. *Higiena pracy w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym*. Redakcja Bartosz Bilski. Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marinkowskiego. Rok wydania 2016:111- 125.
10. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Emigracja> 2018.02.06 g. 09.25
11. Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Książek J, Systemy kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach Europy i Stanach Zjednoczonych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2015; 23 (1):117–122.
12. Kunecka D.: Satysfakcja zawodowa w świetle literatury przedmiot, *Satysfakcja pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce*. Denim S.A Warszawa 2016:10-18.
13. Kunecka D, *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce*. Difin SA Warszawa 2016: 22- 28, 30-35.
14. Kurnatowska O, Bielan O, Kurnatowska A. J, Ocena różnych aspektów pracy, afektu w pracy i poziomu satysfakcji z pracy przez studiujące pielęgniarki. 2013;13 (3): 154–163.
15. Kwiecień-Jaguś K, Wujtewicz M, Mędrzycka – Dąbrowska W, Gaworska-Krzemińska A, Obciążenie pracą a satysfakcja zawodowa pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii w placówkach ochrony zdrowia noszących miano Szpitali Magnesów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20 (4): 529–534.
16. M.S Rehman, A. Wahed.: An Empirical of Impact of Job Satisfaction on Job Performanse in the Public Sector Organizations. *InterdisciplinaryJournal of ContemporaryResearch in Business*. 2011; 9: 167-180.
17. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Warszawa, marzec 2017.

18. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. W sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.
19. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa, 2017:7-13.
20. Stryjski A, Poźniak-Balicka R, Stryjski R.: Systemy kształcenia pielęgniarstwa w wybranych krajach Europejskich. Uniwersytet Zielonogórski. Polskie Towarzystwo Profesjologiczne. Problemy Ptofesjologii 2017;1: 89-99.
21. Szczypa A, Ochrona zdrowia personelu medycznego. Profilaktyka zakażeń wśród personelu medycznego. Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej . PZWL Warszawa 2016:503-505.
22. Wiszniewska M, Walasiuk – Skorupa J.: Choroby alergiczne o etiologii zawodowej u pracowników ochrony zdrowia. /w/ Bilski B.K Higiena pracy w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym. Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marinkowskiego.2016: 193 – 208.
23. Wójcik G, Sienkiewicz Z, Wrońska I.: Migracja zawodowa personelu pielęgniarstwa jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna w Warszawie.2007: 120-127.
24. Wróblewska M.: Zakażenia grzybicze. Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej. PZWL Warszawa 2016: 59-64.
25. Wróblewska M, Zakażenia wirusowe. Nowe zagrożenia. /w/ Bulanda M., Wójkowska-Mach J.: Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej. PZWL Warszawa 2016:58.

ZASTOSOWANIE KOMPLEKSOWEJ RHABILITACJI DLA PACJENTA Z PORAŻENIEM NERWU TWARZOWEGO

Monika Manuguerra¹, Wioletta Pogroszewska²

1. Absolwent, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

WSTĘP

Ludzkość przez tysiące lat dążyła do wytworzenia charakterystycznego systemu kodów, w celu wzajemnego komunikowania się. W systemie życia społecznego jednym z pierwszych sposobów kontaktowania się ze sobą stanowiły gesty ciała i mimika twarzy. W drodze ewolucji człowieka wyprzedziły nawet powstanie języka, będącego znaną metodą porozumiewania się gatunkowego. To swoistego rodzaju wzmacniacze przekazu informacji i emocji, a utrwalone w podświadomości człowieka pełnią kluczową rolę w bezpośrednim kontakcie nadawcy i odbiorcy. Mimika twarzy pomaga w osobistej komunikacji międzyludzkiej, dlatego temat porażenia nerwu twarzowego jest bardzo istotny i aktualny. Dysfunkcja VII nerwu czaszkowego występuje dość często, bowiem w ciągu roku dotyka 20-30 osób na 100 000 [1].

Funkcjonowanie pacjentów z porażeniem nerwu, do którego doszło na skutek wyłuszczenia ślinianki przyusznej jest źródłem zainteresowania wielu badaczy i wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Obecność występowania guzów ślinianki oscyluje od 10% do 36% przypadków. U osób tych obserwuje się asymetryczne zniekształcenie twarzy, osłabienie lub porażenie mięśni mimicznych, problem z przyjmowaniem pokarmów i płynów, opadanie kącika ust, opadanie powieki, zaburzenie mowy. W efekcie dochodzi do tego, że nacechowana chorobliwym grymasem twarz jest wyraźnym dysonansem w przekazie werbalnym, co rzutuje na wieloaspektowe zaburzenie systemu porozumiewania się.

W populacji stanowi nie tylko główną przyczynę inwalidztwa, ale też niesie konsekwencje w aspekcie zarówno osobistym jak i socjologicznym [1,2].

Naturalne przekazy werbalne podkreślone mimiką i gestami stają się niespójne i prowadzą do zakłócenia kodu informacyjnego stosowanego w ludzkiej społeczności. W efekcie dochodzi do nieporozumień, których skutkiem może być wyalienowanie społeczne osoby cierpiącej na dysfunkcję mimiki twarzy. Człowiek dotknięty taką przypadłością zaczyna unikać kontaktów z innymi ludźmi, co prowadzi do społecznej i psychologicznej izolacji. W skrajnych przypadkach może dochodzić do skrzywienia osobowości i antyspołecznych zachowań. Wszystkie te czynniki powodują konieczność podejmowania działań rehabilitacyjnych, ułatwiając tym samym powrót do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej pacjenta [2].

Dzięki nowoczesnym metodom, za pomocą których rozpoznaje się zaburzenia nerwowo-mięśniowe twarzy możliwy jest właściwy dobór zabiegów fizjoterapeutycznych. Zastosowanie kompleksowej fizjoterapii pomaga w znacznym stopniu złagodzić bądź usunąć całkowicie dolegliwości bólowe, a wdrożone metody terapeutyczne wymiennie wpłyną na regenerację porażonego nerwu. Aby tak się stało zabiegi kinezyterapeutyczne uzupełnione fizykoterapią muszą być odpowiednio dostosowane do rodzaju i stopnia dysfunkcji nerwu twarzowego, dzięki czemu aktywność obu form fizjoterapeutycznych pozytywnie będzie oddziaływać na symetrię oraz mięśnie wyrazowe twarzy. Prowadzona w ten sposób terapia w znacznym stopniu będzie rzutować na końcowy wynik procesu usprawniania. Spowoduje to przyspieszenie nie tylko procesu regeneracji uszkodzonego nerwu, ale odegra kluczową rolę w poprawie jakości życia tych pacjentów [3].

Obraz kliniczny schorzenia

Porażenie nerwu twarzowego daje znać o sobie, kiedy następuje jednostronna lub obustronna dysfunkcja jądra lub pnia nerwu twarzowego. Występuje incydentalnie lub towarzyszy innym objawom, które wpływają na układ nerwowy. Zdegradowany pień nerwu wpływa na zaburzenia smaku przedniej części języka oraz osłabia wydzielanie łez. Wadliwość początkowej części nerwu upośledza czynności słuchowe. Niedowład całej połowy twarzy uzewnętrznia się wyglądem twarzy z jednoczesną dysfunkcją mięśnia okrężnego oka, który odpowiada za domknięcie powieki i wyszczerzenie zębów, co wskazuje na porażenie obwodowe nerwu [4].

Uszkodzenie nerwu powyżej jądra ruchowego, który kontroluje ruchowo korę przeciwną powoduje asymetrię dolnej połowy twarzy. Wskazuje to na ośrodkowe pochodzenie niedowładu [1].

Diagnostyka

Diagnostyka w badaniu nerwów czaszkowych opiera się na objawach klinicznych, które łatwo zlokalizować wnikliwie i uważnie obserwując twarz. Zwracając uwagę na opadający kącik ust, zmniejszoną bruzdę nosowo-wargową, rozszerzoną szparę powiekową po stronie porażonej mamy możliwość zlokalizowania miejsca uszkodzenia. Dodatkowo poleca się by pacjent zmarszczył czoło, zacisnął powiekę, szczyrzył zęby, zagwizdał i uśmiechnął się. Bada się również smak, co wynika z anatomicznej topografii nerwu twarzowego [4].

Przed przystąpieniem do zabiegów należy określić stopień uszkodzenia nerwu twarzowego na podstawie badań elektrodiagnostycznych. Elektrodiagnostyka pozwala określić pobudliwość mięśni i nerwu za pomocą prądów impulsowych i prądu stałego. Do metod ilościowych wykorzystuje się chronaksymetrię, wykreślenie krzywej i/t i oznaczenie współczynnika akomodacji. Dzięki tym metodom możliwe jest ustalenie progowego natężenia prądu, które wywoła stan pobudliwości układu nerwowo-mięśniowego [5].

Wybrane metody kinezyterapeutyczne w porażeniu nerwu twarzowego

Metody kinezyterapeutyczne są to powtarzalne, skuteczne i ekonomiczne schematy działania terapeutycznego. Postępowanie kinezyterapeutyczne, którego celem jest utrzymanie odpowiedniej siły mięśniowej obejmuje ćwiczenia przeprowadzane kilka razy dziennie. Ćwiczenia mimiczne polegają na zamykaniu i otwieraniu oczu, marszczeniu czoła, gwizdaniu, dmuchaniu oraz szczyrzeniu zębów. Składanie ust w dzióbek, cmokanie, oblizywanie ust, naśladowanie odgłosów zwierząt przed lustrem z jednoczesną koncentracją wykonywanych ruchów przez pacjenta wpływa na wzmocnienie mięśni mimicznych twarzy [6].

Kinesiologytaping- metoda ta wspomaga proces kinezyterapii. Bazuje ona na zasadzie tensegregacji i łańcucha mięśniowego. Oklejenie fragmentu ciała specjalną taśmą wpływa na

układ proprioceptywny. Przed wykorzystaniem techniki należy ocenić układ mięśniowo-powięziowy i przeprowadzić badanie skriningowe narządu ruchu. Wybraną techniką można stymulować mechanoreceptory, które informują o ułożeniu mięśnia, poprawić funkcjonowanie przepływu limfy, a nawet utrzymać tkankę powięziową w fizjologicznej pozycji. Kinesiotaping spełnia kluczową rolę w procesie powrotu funkcji mięśnia. Zastosowanie tej metody w porażeniu nerwu twarzowego redukuje uczucie bólu, poprawia funkcje mowy, przyjmowanie pokarmów i płynów. Posłużenie się techniką Y ułatwia stymulację mięśniową [7].

Ćwiczenia usprawniające język - elementarny składnik w procesie kinezo-usprawniającym, gdzie do dysfunkcji języka doszło na skutek porażenia nerwu twarzowego. Terapia mięśni języka obejmuje: spychanie szpatułki językiem, wysuwanie języka na szpatułkę, utrwalenie pozycji języka dzięki odpowiedniej stabilizacji. Opór szpatulek powinien być nieprzypadkowy i odwrotny do planowanego. Wzmocnienie i odbudowę mięśni mimicznych uzyskuje się poprzez zwiększanie i zmniejszanie okolic twarzy, co sprzyja formowaniu konturu twarzy. Mięśnie, które są osłabione tracą swoją witalność, stają się wiotkie. Pobudzanie ich stymuluje naturalny proces regeneracji. Znaczącą częścią procesu jest manualna stymulacja porażonych mięśni twarzy oraz bierna terapia, która odzwierciedla fizjologiczne ruchy zdeformowanej twarzy [4].

Metoda Castillo-Moralesa - metoda neurofizjologiczna, która może okazać się ciekawym wyborem spośród stosowanych form ćwiczebnych. Wykorzystuje techniki, które w połączeniu ze sobą znacznie poprawiają napięcie mięśniowe. Koncepcja ta aktywuje i reguluje ruchy warg i języka. Dzięki niej mimika i artykulacja zyskują na komunikacji co wspiera pacjenta. Techniki dotyku, głaskania, ucisku, wibracji stymulują strefę motoryczną twarzy. W jej skład wchodzi: obszar bródkowy, obszar dna jamy ustnej, obszar powieki oka, dolny obszar nosa, obszar skrzydła nosa. Ożywianie wymienionych stref wspiera spożywanie pokarmów i płynów [8].

Proprioceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe - metoda ta z kolei bazuje na neurofizjologicznym rozwoju ruchowym człowieka, co również skutecznie pomaga na nowo uzyskać funkcje ruchowe, utracone na skutek porażonego nerwu twarzowego. Czynny udział pacjenta w ćwiczeniach z terapeutą pobudza strefy porażone mięśnia. Techniki PNF mobilizują mięśnie do skurczów izotonicznych i izometrycznych zwiększając aktywność mięśni. Odpowiedni chwyt, odwrotny do kierunku ruchu jest w stanie pobudzić

eksteroreceptory poprzez dotyk i ucisk. Kontakt manualny, który generuje opór poprawia siłę mięśniową. Posłużenie mechanizmem *reciprokalnego* hamowania pomaga rozluźnić opracowaną strefę i wspiera w osiągnięciu świadomego ruchu przez pacjenta. Terapia funkcji życiowych w tej koncepcji obejmuje proces usprawniania twarzy, a ćwiczenia przed lustrem przywracają symetrię twarzy [9].

Masaż leczniczy -w celu obniżenia napięcia mięśniowego i zwiększenia elastyczności tkanek, wykorzystuje się delikatny masaż mięśni mimicznych twarzy. Wykonuje się go symetrycznie po stronie porażonej, od dolnej części w kierunku górnej żuchwy. Na części twarzy, które nie są objęte porażeniem wykonuje się ruch w stronę przeciwną. Zapobiega to nadmiernemu rozciąganiu porażonych mięśni. Zależnie od czasu trwania porażenia wykonuje się łagodne głaskanie, uciski, tarcie, wibracje i ruchy okrężne. Oddziaływanie na receptory zwiększa elastyczność włókien nerwowych. Zabiegi można wykonywać 2 razy dziennie [7].

Ważną częścią procesu usprawniającego jest manualna stymulacja porażonych mięśni twarzy oraz bierna terapia, która odzwierciedla fizjologiczne ruchy twarzy. Ruchy bierne mięśnia wspomagane są za pomocą opuszków palców, które łączy się jednoczesnym uciskiem punktów spustowych na porażonej części twarzy[4].

Wybrane metody fizykoterapeutyczne w porażeniu nerwu twarzowego

Fizykoterapia należy do zasobu dziedziny postępowania fizjoterapeutycznego i posiada obszerny wachlarz zabiegów fizykalnych, które mają wpływ na eliminację procesów chorobowych oraz ich konsekwencje. Wszystkie działania fizykoterapeutyczne mają na celu stworzenie jak najbardziej optymalnych warunków do regeneracji nerwu twarzowego. Zastosowanie czynników fizykalnych występujących w przyrodzie lub generowanych przez urządzenia, pozwala na przywrócenie pacjentowi pełnej sprawności. Obszary fizykoterapii takie jak: termoterapia, laseroterapia i elektroterapia odgrywają istotny element w przygotowaniu porażonego nerwu twarzowego do zabiegów kinezyterapeutycznych [7].

Termoterapia wykorzystuje źródło ciepła doprowadzając do organizmu energię cieplną. Dzięki temu, że wywołuje odczyn miejscowy powoduje także poprawę trofiki, niweluje napięcie mięśni i zmniejsza odczucia bólowe. Wykorzystanie zabiegów zakresu ciepłolecznictwa pełni ważną rolę w procesie dynamizacji regeneracji nerwu. Odpowiednia

temperatura wpływa również na akcelerację regeneracji aksonu, jego grubości oraz osłonki mielinowej nawet do 9mm na dobę [10].

W światłolecznictwie wykorzystywane jest promieniowanie podczerwone IR. To promieniowanie niewidzialne, które usytuowane jest w szerokopasmowym widmie promieniowania elektromagnetycznego. W terapii stosuje się promieniowanie o długości fali 770-1500nm, które posiada zdolność przenikania w głąb tkanek do 30mm. Skutkiem zastosowania podczerwieni jest odczuwanie przez pacjenta głębokiego wrażenia ciepła i odprężenia mięśniowego, co daje efekt relaksu i swoistego spokoju mentalnego, co pozytywnie wpływa na ogólny stan zdrowotny pacjenta poddanego takim zabiegom [5].

Obok promieniowania podczerwieni stosuje się także wysokoenergetyczne i krótkofalowe promieniowanie nadfioletowe. Źródłem jego jest lampa Sollux, której konstrukcja pozwala na zastosowanie obu typów promieni. Użycie tego instrumentu terapeutycznego wpływa na zmniejszenie napięcia mięśni i znacząco redukuje ból. Filtr niebieski działa uspokajająco i przeciwzapalnie dzięki temu, że wprowadza w tkankę mięśniową odpowiednią dawkę promieniowania nadfioletowego. Stosowanie tego typu zabiegów wskazane jest przed wykonywaniem masażu lub ćwiczeń kinezyterapeutycznych[5].

W zastosowaniach terapeutycznych terapia światłem spolaryzowanym ma szerokie zastosowanie w neurologii, jako leczenie wspomagające. Światło spolaryzowane bez trudu dociera na głębokość zapalnie zniekształconych struktur i stymuluje przemiany biochemiczne. Dzięki temu możliwa jest aktywizacja biologiczna, która odbudowuje uszkodzone tkanki. Bezbolesny i bezpieczny zabieg poprawia mikrokążenie, działa przeciwbólowo i poprawia unaczynienie tkanek. Transmitująca światło o wąskim zakresie długości fali Lampa Bioptron przyspiesza proliferację komórek co poprawia elastyczność i napięcie skóry, a biostymulacja światłem polichromatycznym przyspiesza regenerację nerwu [10].

Istnieje także metoda leczenia energią promieniowania magnetycznego, która działa na różnych poziomach strukturalnych. Aparat do magnetoterapii wytwarza zmienne pole magnetyczne, które ma zastosowanie w terapii. Zakres częstotliwości w tym przypadku można dawkować od 20Hz do 50 Hz, a indukcję magnetyczną od 3mT-5mT. W początkowym stadium terapii stosuje się dawkę od 3mT do 5mT, a w schyłkowym stadium do 8mT. Sinusoidalny przebieg pola wskazany jest w zaburzeniach nerwów. Zabieg taki trwa do 30 minut i działa regenerująco na uszkodzony nerw obwodowy. Wykorzystane w ten sposób pole magnetyczne przenika przez wszystkie struktury ustroju, pobudzając tym samym

procesy oddychania komórkowego. Stymuluje to metabolizm tkanki nerwowej i wspomaga proces jej regeneracji. W tkance nerwowej magnetoterapia zmienia oporność neuronów, a to z kolei poprawia metabolizm komórkowy oraz akceleroje proces odnowy i potęguje regenerację neurytów [11].

W obszarach fizykoterapii dotyczących światłolecznictwa duże znaczenia ma technika laserowa. Efekt działania edytora promieniowania ma związek z długością fali, którą emituje. Fala o długości 600-1200nm jest w stanie głęboko wnikać w tkanki, dzięki czemu możliwy jest przeciwzapalny, przeciwbólowy i regeneracyjny efekt terapeutyczny. W nerwobólach obwodowych zaleca się długość fali wiązki laserowej od 830nm-980nm. Naświetlanie gałązek nerwu metodą kontaktową wymaga zastosowania dawki 2-8J/punkt o długości fali 904nm, która pochłonięta przez tkanki na głębokość 3 cm aktywuje proces terapeutyczny [10].

W porażeniach nerwu twarzowego stosuje się niekiedy zabieg galwanizacji. Realizuje się go przy użyciu elektrody Bergoniego o wymiarach 150-200 cm^2 , którą układa się na całą połowę twarzy. Czynną elektrodę łączy się z katodą, a drugą łączy się z anodą i układa się po stronie przeciwnej, na tylnej stronie barku w okolicy międzyłopatkowej. Natężenie prądu dawkuje się do poziomu odczucia podprogowego nie dłużej niż 15 min, ale nie krócej niż 5min. Na okolice twarzy stosuje się dawki słabe 0.02-0,1 mA/cm^2 . Galwanizacja porażonych mięśni zmniejsza pobudliwość nerwu pod anodą, natomiast podkatodą występuje przekrwienie. Dzięki zabiegowi następuje zredukowanie procesu atroficznego mięśni [5].

Wachlarz stosowanych terapii wzbogaca również zabieg elektrostymulacji. Zadaniem zabiegu jest utrzymanie jak największej masy mięśniowej, aż do powrotu unerwienia. Zabieg ten wymaga zastosowania impulsu trójkątnego w punktach motorycznych mięśnia. Czas trwania impulsu wynosi 120-150 ms, a czas przerwy 500-1000ms. Zakres zabiegu uzależniony jest od męczliwości mięśnia [7].

Prąd zmienny o niskiej częstotliwości obniża napięcie mięśniowe, dodatkowo prąd diadynamiczny podwyższa próg bólowy, dlatego dzięki tym zabiegom możliwy jest szybki efekt terapeutyczny. W miejscu połowy porażonej twarzy lub na porażone gałązki nerwu i mięśnie mimiczne twarzy układa się elektrodę pół-maskę. Zlecany jest rodzaj prądu CP o natężeniu lekko wyższym niż próg odczuwania. W pierwszym wariantcie czas zabiegu wynosi od 2 do 3 min, a w drugim trwa od 6 do 8 minut [5].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Porażenie nerwu twarzowego jest częstym objawem w codziennej praktyce rehabilitacji neurologicznej. Stanowi ważne zagadnienie nie tylko kliniczne, ale również społeczne. Zakres objawów w uszkodzeniu odwodowym zależy od poziomu uszkodzenia nerwu twarzowego oraz może być wywołany wieloma czynnikami.

Fizjoterapia obejmuje bogactwo działań posiadających terapeutyczną moc. Zawiera obszerny wachlarz zabiegów z zakresu kinezyterapii i fizykoterapii, które korzystnie wpływają na pacjenta z porażeniem nerwu twarzowego, bowiem oddziałując na włókna nerwowe zwiększają tym samym elastyczność skóry. Stymulacja porażonych mięśni mimicznych, które odzwierciedlają fizjologiczne ruchy twarzy przyspiesza powrót funkcjonowania pacjenta. Fizykoterapia niejednokrotnie zmniejsza dolegliwości bólowe, które towarzyszą jednostce chorobowej od początku wystąpienia porażenia.

Na efekt końcowy rehabilitacji ma duży wpływ jej wczesne rozpoczęcie oraz późniejsza kompleksowość i jej kontynuacja.

Celem pracy była:

1. Ocena skuteczności zabiegów fizykalnych w walce pacjenta z bólem w obwodowym porażeniu nerwu twarzowego.
2. Ocena wpływu zabiegów kinezyterapeutycznych w celu odzyskania utraconej pobudliwości nerwowo-mięśniowej mięśni mimicznych twarzy.
3. Ocena regeneracji nerwu u chorego po wyluszczeniu guza ślinianki.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie podmiotowe

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Badanie przeprowadzono w okresie od 01.02.2018 do 22.02.2018. Badaniem objęto mężczyznę, u którego zdiagnozowano porażenie nerwu twarzowego jako powikłanie po zabiegu usunięcia guza ślinianki.

Pacjent po wcześniejszej hospitalizacji w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, został poddany usprawnianiu fizjoterapeutycznemu w Szpitalu Wojewódzkim im. Kard. Wyszyńskiego w Łomży. W Poradni Rehabilitacyjnej korzystał z zabiegów z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii.

Do oceny fizjoterapeutycznej posłużono się wywiadem, na który składają się trzy elementy: wywiad leczniczy, personalny i socjalny. Zawierał on pytania, które posłużyły do oceny stanu pacjenta przed zastosowaniem planu usprawniania i po ukończeniu rehabilitacji.

Badanie przedmiotowe

Ocena fizjoterapeutyczna objęła również badanie przedmiotowe. Oparte było ono na indywidualnej ocenie pacjenta przez osobę, która przeprowadzała badania.

Badania zostały przeprowadzone trzykrotnie:

- w pierwszym dniu pobytu pacjenta w Poradni Rehabilitacyjnej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży,
- w połowie rehabilitacji,
- w ostatnim dniu, po upływie trzech tygodni terapii.

W trakcie trzech cykli wykorzystane zostały skale, które pozwoliły ocenić stopień uszkodzenia nerwu, funkcjonalność mięśni twarzy oraz stopień dolegliwości bólowych pacjenta.

Skala Pietruskiego - daje możliwość oceny skurczu mięśnia, mimikę i napięcie mięśni. Gesty mimiczne, które wykonuje pacjent są punktowane od 0 do 3, a następnie sumowane

i poddawane analizie, która służy do oceny ewolucji porażenia mięśni twarzy [12].

Skala VAS - to skala służąca do subiektywnej oceny bólu według rosnącej punktacji. Ma postać linijki, która ma 10 cm. Pacjent wskazuje palcem nasilenie bólu od 0 - zupełny brak bólu do 10 - najsilniejszy ból. Badający powinien przekazywać wyraźne polecenia i instrukcje w trakcie danego badania. Pozycja pacjenta powinna być wygodna i bezpieczna [13].

Skala House'a i Brackmanna (H-B) - służy do oceny stopnia uszkodzenia nerwu oraz prognozy powrotu funkcji nerwu. Dzięki niej możliwa jest ocena ruchomości mięśni.

I stopień - oznacza prawidłową funkcję nerwu.

II stopień - obserwowana jest łagodna dysfunkcja, pacjent jest zdolny do zamknięcia oka przy minimalnym wysiłku, brak ruchów mimowolnych.

III stopień - zauważalna różnica pomiędzy stronami twarzy, ewidentna asymetria, widoczne ruchy mimowolne, możliwe jest domknięcie powieki oraz możliwy jest ruch kąciem ust podczas maksymalnego wysiłku.

IV stopień - to utrata 50% funkcji, obserwowana jest asymetria i /lub osłabienie, w spoczynku jest prawidłowa symetria i napięcie w ruchu natomiast badany nie może zmarszczyć czoła, zamknąć powieki nawet przy maksymalnym wysiłku.

V stopień - widoczne są minimalne ruchy, w spoczynku na twarzy można zauważyć asymetrię twarzy i opadanie kąci ust, pacjent nie może zmarszczyć czoła i domknąć powieki. Posiada delikatne ruchy kąci ust. Nie ma ruchów mimowolnych i skurczów połowy twarzy. VI stopień - całkowite porażenie. Obserwowana jest asymetria twarzy, nie ma napięcia. Obserwowany jest deficyt skurczów oraz ruchów mimowolnych [14].

WYNIKI

Pacjent w wieku 44 lat, aktywny zawodowo, wykonujący zawód kierowcy, mieszkający wraz z żoną i dziećmi w domu jednorodzinnym. Nigdy nie palił papierosów ani nie nadużywał alkoholu. W wywiadzie nie stwierdzono u mężczyzny chorób genetycznych, nie przechodził dotychczas poważnych operacji ani nie wykazał żadnych dokuczliwych dolegliwościach bądź urazów ciała w ostatnim czasie.

Pacjent zgłosił się do lekarza z dolegliwościami bólowymi w okolicy ucha. W toku badań zdiagnozowano stan zapalny ślinianki przyusznej. Następnie pacjent poddał się operacji wyłuszczenia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Został wypisany do domu w ogólnym stanie dobrym. Po kilku dniach od zabiegu pojawiły się dolegliwości bólowe głowy i ucha po lewej stronie. Pacjent skarżył się na złe samopoczucie. U pacjenta stwierdzono asymetrię twarzy i znaczny niedowład mięśni mimicznych lewej strony twarzy. Po 2 tygodniach od przeprowadzonej operacji, badany rozpoczął intensywną rehabilitację w Poradni Rehabilitacyjnej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Postępowanie usprawniające

Program usprawniania pacjenta podczas 21 dniowej terapii w Oddziale Dziennym Poradni Rehabilitacyjnej obejmował zabiegi fizjoterapeutyczne, które miały na celu działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne i poprawę funkcjonalności mięśni mimicznych twarzy.

Rehabilitacja pacjenta prowadzona była codziennie pod stałym nadzorem zespołu rehabilitacyjnego. W celu kontynuowania postępowania usprawniającego, udzielono pacjentowi instruktażu do samodzielnego wykonywania ćwiczeń w domu. Poproszono by pacjent unikał przy tym ochłodzenia twarzy i starał się spać na stronie twarzy, która nie została objęta porażeniem. W planie usprawniania wykorzystano zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii.

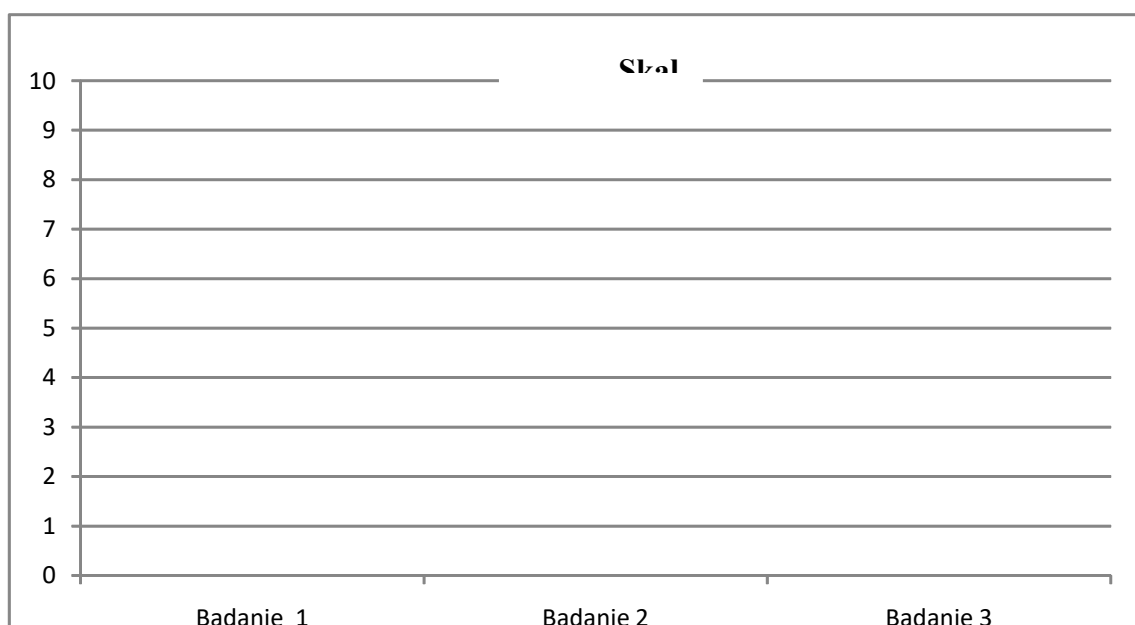
Z zakresu kinezyterapii wykonano: masaż twarzy, ćwiczenia mimiczne twarzy oraz z wykorzystaniem techniki PNF

Z zakresu fizykoterapii wykonano zabiegi: zabieg naświetlania lampą Sollux z filtrem niebieskim, laseroterapię oraz elektrostymulację/

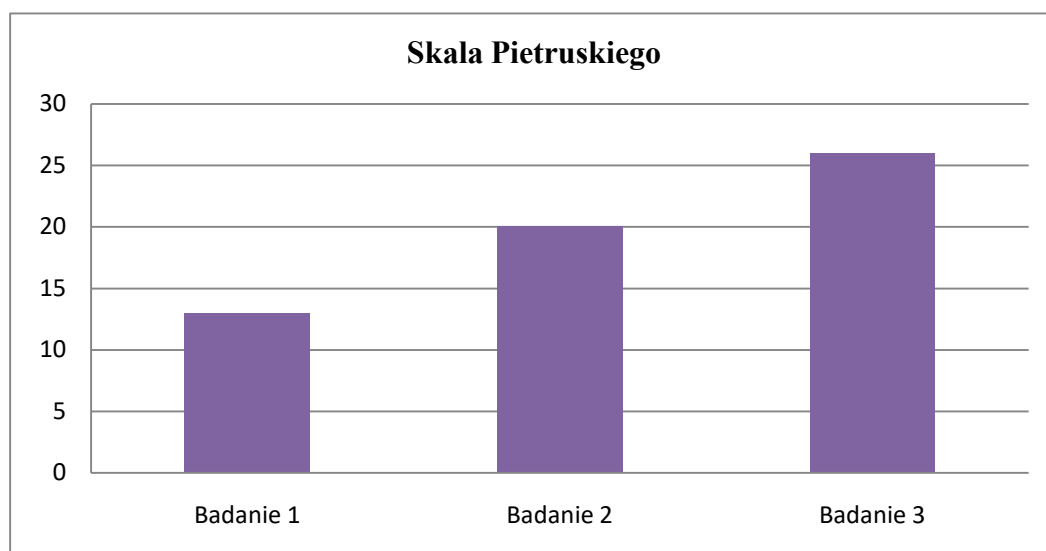
Wyniki badań. Stopień nasilenia dolegliwości bólowych odczuwanych przez badanego oceniono za pomocą 10 stopniowej skali VAS. Na początku terapii pacjent wskazał silny ból i dyskomfort w obrębie policzka i ocenił go na stopień 6 w skali VAS (WYK 1). Podczas tygodniowej rehabilitacji poddawany był intensywnym zabiegom terapeutycznym. Dzięki codziennej farmakoterapii i sesjom naświetlania lampą Sollux przez 15 min ocenił dyskomfort odczuwania bólu na stopień 4 w skali VAS. Najbardziej zadowalający efekt terapii osiągnął w ostatnim tygodniu, kiedy to nastąpiło zniesienie dokuczliwych wrażeń bólowych do 1 w skali VAS.

W badaniu pierwszym, w teście funkcjonalnym pacjent nie mógł zmarszczyć czoła po lewej stronie nawet w momencie usilnych prób. Nie mógł się uśmiechnąć i zagwizdać. Mimikę twarzy w skali Pietruskiego oceniono na 13 punktów, gdzie maksymalnie mógł otrzymać 30 punktów. Ćwiczenia wykonywane przed lustrem intensywnie stymulowały porażone mięśnie i były prowadzone równocześnie z zabiegiem elektrostymulacji i laseroterapii. Po tygodniu zabiegów pozwoliły na uzyskanie aż 20. punktów przez pacjenta. Gest zdziwienia był łatwiejszy do wykonania, tak jak i gest dmuchania. Obniżony kącik ust był mniej dokuczliwy podczas spożywania pokarmów. Najbardziej zadowalający efekt osiągnięty przez pacjenta przypadł w ostatnim dniu zabiegów, kiedy to wg. skali Pietruskiego

pacjent zdobył aż 27 punktów. Badany prawidłowo zaciskał zęby, uśmiechał się, gwizdał i szczyrzył zęby, co było nieosiągalne przed rozpoczęciem leczenia.



Ryc. 1. Wyniki badań oceny stopnia dolegliwości bólowych



Ryc. 2. Ocena funkcji mięśni mimicznych twarzy wg Skali Pietruskiego

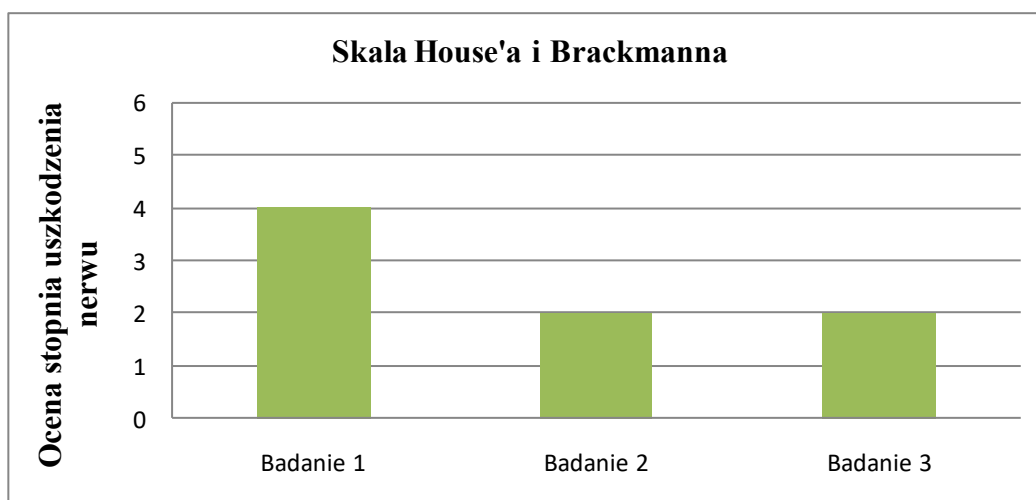
W ciągu 21. dniowej rehabilitacji po wykorzystaniu technik terapeutycznych w Oddziale Dziennym Poradni Rehabilitacyjnej osiągnięto nie tylko zniesienie dolegliwości bólowych pacjenta, ale także zaobserwowano znaczącą poprawę w zakresie funkcji mięśni wyrazowych twarzy.

W dniu rozpoczęcia zabiegów rehabilitacyjnych oceniono pacjenta na stopień IV w Skali H-B (wyk 3), co oznaczało ciężki niedowład.

W badaniu podmiotowym porażona warga utrudniała mówienie, a opadający kącik ust wpływał na jakość spożywania pokarmów i produktów płynnych. Zbaczenie języka znacząco utrudniało pacjentowi komunikację.

Równocześnie z zabiegami z zakresu fizykoterapii pacjent codziennie korzystał z masażu mięśni mimicznych twarzy.

Regularnie i systematycznie wykonywał ćwiczenia, co pozwoliło po pierwszym tygodniu leczenia ocenić pacjenta na stopień II w Skali H-B. Wzmocnienie mięśni mimicznych twarzy i stymulacja nerwowo-mięśniowa w ostatnim tygodniu terapii (po 14. dniach) pozwoliła zaobserwować znaczną poprawę stanu pacjenta. Ocena wg Skali H-B pozostała niezmiennie w stopniu II, gdyż niewielka asymetria twarzy była zauważalna przy wnikliwej obserwacji. Pomimo tego większość funkcji mięśni wyrazowych twarzy (około 90%) została odzyskana.



Ryc. 3. Wyniki badania wg skali House'a i Brackmanna

DYSKUSJA

Powikłanie, jakie towarzyszy zabiegowi usunięcia guza ślinianki przyusznej wiąże się z ryzykiem porażenia nerwu twarzowego. W niniejszej pracy badaniem objęto pacjenta, u którego zdiagnozowano powikłanie pooperacyjne, jakim było porażenie VII nerwu czaszkowego.

Praca przedstawia wpływ zabiegów fizjoterapeutycznych, jakie mogą być stosowane w leczeniu tej jednostki chorobowej. Dżaman K.[3] zbadała 445 pacjentów operowanych z powodu guzów przyusznych ślinianki w latach 2007-2014. Pooperacyjny niedowład nerwu twarzowego wystąpił u 10. pacjentów, a u 4. rozpoznano całkowite porażenie twarzy. Badania własne wykazały, że występowanie porażenia nerwu twarzowego wyostrza potrzeby rehabilitacyjne jednostek, które zostały objęte tą dysfunkcją. Podobnego zdania są autorzy Sienkiewicz-Jarosz H.[15] i Krukowska J.[2]. W pracach własnych niejednokrotnie wskazują i potwierdzają częstość występowania porażenia VII nerwu czaszkowego na skutek usunięcia guza ślinianki przyusznej.

Istnieją doniesienia, które potwierdzają skuteczne działanie zabiegów cieplnych. Zagłoba A.[16] twierdzi, że oprócz kinezyterapii, masażu i elementów farmakoterapii to właśnie ciepło istotnie wpływa na regenerację włókien nerwowych. Naświetlanie twarzy przynosi wyraźny efekt regeneracji nerwu. Termoterapia fenomenalnie przyspiesza regenerację gałązek nerwu VII. W zależności od zdolności jednostki do regeneracji, włókna nerwowe mogą nawet do 3mm na dobę powracać do pełnej funkcji. W badaniach własnych wykazano bowiem, iż systematyczne stosowanie zabiegów u pacjenta z porażeniem nerwu twarzowego stworzyło doskonałe warunki do czynnego procesującego regeneracji.

Kinezyterapia i pozostałe zabiegi prowadzone w odpowiednim czasie, o których wspomniał Zagłoba A.[16] wzmocniły osłabione mięśnie twarzy, co wyraźnie poprawiło jej kontur, jednocześnie niwelując powstałą asymetrię twarzy. W kontekście badań własnych do osiągnięcia tego efektu przyczynił się jeszcze jeden zabieg, jakim był masaż twarzy. Codziennie u pacjenta wykonywano go stosując technikę głaskania, rozcierania, ugniatania i delikatnego szczypania. Właściwie przeprowadzonyniewątpliwie wpłynął na poprawę trofiki skóry, a w obrębie twarzy zmienionej chorobowo nie powstały żadne trwałe zaniki.

Kwolek i wsp.[10] potwierdzają skuteczność naświetlania lampą Sollux z filtrem niebieskim w okresie wczesnym leczenia oraz stosowania ćwiczeń mięśni mimicznych

twarży, masażu klasycznego oraz lasera. Sugerują stosowanie delikatnych zabiegów cieplnych, które świetnie działają na przekrwienie i przyspieszają regenerację nerwu. Na podstawie danych zawartych w badaniu własnym pacjent w szybkim tempie został objęty identycznym zabiegom fizjoterapeutycznym. Dzięki spersonalizowanej rehabilitacji po 21. dniowej terapii, szybko uzyskał poprawę troficzną tkanek skóry twarzy i na skutek wyżej wymienionych zabiegów osiągnął pozytywne efekty terapeutyczne.

Wybór środków dokonywany na podstawie wielu czynników, potwierdza celowość stosowania zabiegów cieplnych, które powinien poprzedzać masaż - tak twierdzi Gałęcka J.[17], Kwolek A.[10], Sieroń A.[11]. Z kolei ćwiczenia mięśni mimicznych powinny być traktowane jako nieodłączny element w terapii usprawniającej w porażeniu nerwu twarzowego. Podobne wnioski uzyskano na podstawie badań własnych, dowodząc jednocześnie, iż dobór powyżej wymienionych środków terapeutycznych jest skutecznym środkiem w powrocie prawidłowego funkcjonowania nerwu twarzowego. Pacjent bardzo dobrze tolerował zabiegi, dzięki którym zniesiono zaburzenia aparatu mowy. Zmniejszenie widocznej asymetrii twarzy wpłynęło pozytywnie na pacjenta podczas terapii. Opanował on prawidłowe wzorce ruchowe, co zmniejszyło odruchy patologiczne w obrębie twarzy. Z kolei masaż poprawił krążenie krwi i wpłynął skutecznie na regenerację mięśni mimicznych.

Wśród badaczy są również zwolennicy laseroterapii, tak jak Głąb G.[18]. Wykazuje on bowiem, iż lasery o małej i średniej mocy wspomagają proces mielinizacji i wzrost włókien nerwowych. Zatem można zastosować laser odpowiednio w miejscu uszkodzenia, jak i w okolicy korzeni nerwowych. Ważnym aspektem tej terapii jest dobór odpowiedniej dawki tak, aby spełniała swoje działanie biologiczne. W badaniach własnych pacjent również został poddany temu zabiegowi. Dzięki mało inwazyjnej metodzie dość szybko widoczna była postępująca regeneracja nerwu. Naświetlanie wiązką laserową metodą kontaktową poszczególnych gałązek nerwu pozwoliło na regenerację włókien nerwowych. Wiązka o długości fali 904nm pochłonięta przez tkanki stymulując pośrednio włókna nerwowe, wpłynęła na ożywienie funkcji mięśni mimicznych.

Postępy w odnowie włókien nerwowych ocenianych na podstawie dostępnych skal, potwierdza autor Korbel K.[4]. Zauważa on bowiem nieprawidłowości w fizjologicznych rysach twarzy i dzięki narzędziu jakim jest skala Pietruskiego jest w stanie diagnozować oraz nakreślać efektywne działania dla pacjenta. Badanie pacjenta w określonych odstępach czasu wskazuje dalszą drogę postępowaniabądź też podważa trafność działań. Z analizy badań własnych pacjent z porażeniem nerwu twarzowego dzięki dostępnym skalom został

zakwalifikowany do ściśle określonych metod leczenia. Przeprowadzona kontrola jego wyników na początku, w trakcie i pod koniec usprawniania potwierdzała trafność wykorzystanych zabiegów.

Lemm i wsp.[14] zgadzają się z tym, że dzięki skalom w szybki i łatwy sposób możliwa jest ocena dysfunkcji nerwu, progresu terapeutycznego i ustalenie dalszego planu postępowania. Skłania tym samym kolejnych autorów do kreowania nowych skal policzalnych statystycznie, które mogłyby pomóc i tym samym wesprzeć proces terapeutyczny. Badania własne w pełni to potwierdzają, bowiem dokładna interpretacja stopnia i miejsca uszkodzenia nerwu niewątpliwie wpływa na postęp terapeutyczny. W niniejszych badaniach wykorzystano skale, dzięki którym możliwa była ocena asymetrii twarzy pacjenta na różnych etapach terapeutycznych.

Jednak nie wszyscy zgadzają się w tej kwestii. Sienkiewicz- Jarosz H.[15] i Baricich A.[19] twierdzą, że oprócz leczenia farmakologicznego nie istnieją optymalne metody rehabilitacyjne dla chorych z uszkodzeniem nerwu twarzowego. W świetle przeprowadzonych badań nie zgadzamy się z autorami powyższej publikacji, ponieważ w literaturze wiele prac potwierdza skuteczność stosowania zabiegów fizjoterapeutycznych w procesie odbudowy i regeneracji porażonego nerwu twarzowego. Zapewniają one nie tylko zmniejszenie dolegliwości bólowych. Praktyka potwierdza, że złożone i odpowiednio dobrane leczenie ma pozytywny wpływ na uzyskanie skuteczności prowadzonej terapii. Wielu autorów potwierdza zastosowanie farmakoterapii w procesie zdrowienia jako nieodłączny element terapii. Badania własne podkreślają istnienie mniej inwazyjnych metod leczenia porażenia nerwu twarzowego, a dzięki ustaleniu odpowiedniego planu postępowania fizjoterapeutycznego możliwy jest również szybki powrót do zdrowia i utraconych funkcji.

Zagłoba A.[16] podkreśla działanie stymulacji elektrycznej jako dobroczynne działanie terapeutyczne bez względu na etiologię porażenia nerwu twarzowego. Krukowska J. i wsp.[2] uważają, iż diagnostyka jest istotnym elementem, który wpływa na postępy rehabilitacji. W badaniach własnych podczas wnikliwej obserwacji pacjenta poddanego zabiegom elektrostymulacji prądem zmiennym wykazano zmniejszone napięcie mięśniowe porażonych mięśni. Wskazanie zmian pobudliwości mięśnia ma znaczenie w ustaleniu i rokowaniu terapii. Nie budzi wątpliwości, że zastosowanie różnorodnych metod fizjoterapeutycznych ma istotny i mierzalny wpływ na regenerację nerwu. Określenie chronaksji, krzywej/ it jest również narzędziem diagnostycznym, które pomaga w wyborze metod leczniczych i rehabilitacyjnych. Dlatego w badaniach własnych do zabiegu

elektrostymulacji wykorzystano impulsy trójkątne o natężeniu i czasie trwania impulsu ściśle określonego na podstawie powyższych narzędzi, co niewątpliwie miało odzwierciedlenie w procesie dynamizacji regeneracji nerwu.

Autorzy prac Szelfer J.[20], Walas K.[21] i Sasinowski J.[12] w usprawnianiu porażenia nerwu twarzowego wymieniają metodę kinesiologytaping wykorzystywaną w neurologii jako terapię wspomagającą uszkodzenie nerwu twarzowego, która wpływa korzystnie na stan mięśni mimicznych twarzy. Poprawia to ich funkcję i doskonali symetrię twarzy. Autorzy zgodnie twierdzą, że aplikacja taśmy stymuluje twarz przez cały czas, co przyspiesza pozytywne efekty terapii. Dzięki widocznemu efektowi zabiegu, pacjent lepiej funkcjonuje i bardziej się angażuje we współpracę z terapeutą. Z kolei w badaniach własnych w trakcie całego procesu usprawniania nerwu twarzowego nie zastosowano u pacjenta tej metody, za to stosowano inne, w efekcie czego można było zaobserwować równie szybki powrót utraconych funkcji mięśni mimicznych.

Działania, które dążą do osiągnięcia sukcesu, powinny być kompleksowe i poprzedzone prawidłową diagnostyką, a do tego jak najwcześniej rozpoczęte. Nie podlega dyskusji, że umiejętne stosowanie środków fizykoterapeutycznych i dostosowanie ich do indywidualnych potrzeb pacjenta, może wpłynąć pozytywnie na końcowy efekt terapeutyczny. Niewątpliwie zabiegi wspomagane zaangażowaniem pacjenta wpływają na pomyślny rezultat, którym jest odzyskanie świadomego ruchu mięśni mimicznych twarzy. W badaniach własnych pacjent poddany zabiegom bardzo skwapliwie brał czynny udział w wybranych ćwiczeniach, solidnie ćwiczył, tak więc powrót funkcji mimicznych twarzy następował dość szybko, bo po 3 tygodniowej terapii porażenie VII nerwu czaszkowego praktycznie ustąpiło.

Rezultat podobnych doświadczeń uzyskała Walowska J.[22] współpracująca z pacjentem, który w czasie 4 tygodniowej terapii odzyskał symetrię twarzypodczas wykonywania ruchów mimicznych. Dodatkowo pacjent korzystał z zabiegów cieplnych, masażu, laseroterapii i wykonywał ćwiczenia. Porównywalny rezultat uzyskała Walas K.[21], która pomyślnie współpracowała z pacjentką, u której wykonano podobne zabiegi w ciągu 4. tygodniowej terapii. Dodatkowo zastosowała ona metodę kinesiologytaping, ale wykluczyła zabieg elektrostymulacji, ponieważ pacjentka źle tolerowała prąd stały. Udało się jednak osiągnąć znaczną poprawę funkcjonalną twarzy, ale nie do końca pacjentka pozbyła się dolegliwości bólowych, bo oceniła je na stopień 1 w skali VAS.

WNIOSKI

U pacjenta po operacji wyłuszczenia ślinianki przyusznej jako powikłanie pooperacyjne, stwierdzono porażenie nerwu twarzowego. W momencie rozpoczęcia rehabilitacji w Poradni Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży zaobserwowano osłabienie siły mięśniowej na połowie twarzy i dolegliwości bólowe tej samej okolicy.

Na podstawie przeprowadzonej rehabilitacji wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zastosowane zabiegi z zakresu fizykoterapii zmniejszyły odczuwanie przez pacjenta dolegliwości bólowych.
2. Regularne zabiegi kinezyterapeutyczne pozwoliły na poprawę sprawności funkcjonalnej i trofiki mięśni twarzy.
3. Zastosowane zabiegi fizjoterapeutyczne wpłynęły na symetrię twarzy pacjenta.
4. Poprawa parametrów w połowie terapii wpłynęła korzystnie na aktywność pacjenta i zwiększyła chęć jego współpracy, co prawdopodobnie wpłynęło pozytywnie na efekt końcowy terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Kozubski W., Liberski P.P: Neurologia Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 568-571.
2. Krukowska J., Czernicki J.: Postępy w rozpoznawaniu porażień nerwu twarzowego- patofizjologia i objawy kliniczne. Polski Merkuriusz Lekarski, 2003, XV, 85, 284-287.
3. Dżaman K., Pietniczka-Załęska M., Piskadło-Zborowska K., Siek M., Żebrowska J.:Guzy ślinianki przyusznej w materiale Oddziału Otolaryngologicznego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w latach 2007-2014. Otolaryngologia Polska, 2016, 70, 1, 33-37.
4. Korbel K. Usprawnianie w porażeniu nerwu twarzowego. Rehabilitacja w Praktyce, 2009, 1, 39-40.
5. Mika T., Kasprzak W. : Fizykoterapia. PZWL, Warszawa 2015, 181-269.
6. Olszewski J.: Fizjoterapia w wybranych dziedzinach medycyny. Kompendium, PZWL, Warszawa 2011, 16-17.
7. Stefaniak A.: Porażenie nerwu twarzowego-paralysisnervusfacialis. Fizjoterapia & Rehabilitacja, 2015, 57, 6-17.

8. Paradowska B.: Terapia według koncepcji Castillo Moralesa. Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2015, (57), 18-24.
9. Śliwka A.: Procedury koncepcji PNF wykorzystywane w trakcie terapii krok po kroku. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2010, (1), 14-18.
10. Kwolek A., Pabis M., Bożek –Sochacka A., Zwolińska J.: Postępowanie w obwodowym porażeniu nerwu twarzowego. Postępy Rehabilitacji, 2004, XVIII, 4, 45-48.
11. Sieroń A., Obuchowicz A., Jakubowska D., Jakubowska D., Żmudzińska-Kitczak J.: Zastosowanie pola magnetycznego w leczeniu obwodowego porażenia nerwu twarzowego u dzieci. Balneologia Polska, 2004, XLVI, 1-2, 58-62.
12. Sasinowski J.: Kinesiotaping w porażeniu nerwu twarzowego. Rehabilitacja w Praktyce, 2013, (1), 38-41.
13. Domżał Teofan M.: Kliniczne podstawy badania i oceny bólu- wprowadzenie do tematu. Polski Przegląd Neurologiczny, 2007, 3, 4, 211-215.
14. Reitzen S.D., Babb J.S., Lalwani A.K.: Significance and reliability of the House-Brackmann grading system for regional facial nerve function. Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 140, 154-8.
15. Sienkiewicz-Jarosz H.: Nerw twarzowy- fizjologia i najczęstsze choroby. Neurologia po Dyplomie, 2013, 2, 8, 52-57.
16. Zagłoba A., Huber J., Witkowska A., Lisiński P., Warzecha D.: Skuteczność ukierunkowanych zabiegów elektroterapii w przypadkach zmian w przewodnictwie włókien ruchowych nerwu twarzowego oceniana na podstawie badań neurofizjologicznych, Rehabilitacja medyczna, 2008, 12(4), 10-22.
17. Gałęcka J., Kochanowski J., Perzyńska-Mazan J., Milewska A.: Możliwości oceny porażień dolnej gałęzi nerwu twarzowego w ujęciu statystycznym. Rehabilitacja w Praktyce, 2012 (2), 58-61.
18. Głąb G., Dudek J.: Zastosowanie biostymulacji laserowej w praktyce klinicznej. Rehabilitacja w Praktyce, 2012, (5), 41-45.
19. Baricich. A., Cabrio. C., Paggio. R., Cisari C, Aluffi. P.: Peripheral facial nerve palsy, how effective is rehabilitation? Otolaryngol & Neurotology, 2012, 33 (17), 1118-1126.
20. Szelfer J., Głowacka P., Patalong-Ogiewa M.: The kinesiology Taping as a method supporting central facial nerve damage (VII) therapy. Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2012, 66, 1, 73-76.

21. Walas K., Knychalska-Zbierańska M.: Wykorzystanie KinesiologyTaping w terapii uzupełniającej u pacjentów z porażeniem nerwu twarzowego. Rehabilitacja w Praktyce, 2017, 2, 18-21.
22. Walowska J.: Propozycja rehabilitacji porażonego nerwu twarzowego. Rehabilitacja w Praktyce, 2014, (6), 27-28.

OCENA POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO U PACJENTÓW PO ZABIEGU ENOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO

Ilona Lenart¹, Wioletta Pogroszewska²

1. Absolwent, Fizjoterapia I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

WSTĘP

Starzenie jest procesem, który dotyka wszystkich bez względu na płeć, status materialny czy przekonania. Z procesem tym wiąże się szereg zmian, które można zaobserwować w organizmie człowieka, w tym chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych. Choroba ta należy do jednej z najczęstszych, przewlekłych chorób zapalnych stawów maziówkowych. Dotyka zarówno kobiety, jak i mężczyzn przeważnie po 40 roku życia. Według badań na koksartrozę cierpi ponad 3,2 mln osób [1]. Cechą charakterystyczną jest zużycie chrząstki stawowej, co objawia się bólem, patologią chodu oraz postawy ciała. W następstwie tych zmian zmniejsza się aktywność fizyczna chorych. Bez względu na czynnik wywołujący te zmiany choroba ma charakter postępujący, z różnorodnym nasileniem bólu, deformacji oraz ograniczeniem funkcji stawu.

Podstawowym postępowaniem w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych jest działanie profilaktyczne, leczenie operacyjne oraz usprawnianie fizjoterapeutyczne. Operacje wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego zaczęto stosować już w XIX wieku. Zabiegi te wciąż są udoskonalane, aby w jak najmniejszym stopniu ingerować w organizm człowieka. Modyfikacji uległ również model postępowania fizjoterapeutycznego pacjentów po wszczepieniu endoprotezy. Czas rehabilitacji wczesnopooperacyjnej uległ skróceniu, a proces pionizacji i lokomocji przyspieszono [1].

Swoistą alternatywą w drodze do odzyskania sprawności są zabiegi fizjoterapeutyczne zarówno z zakresu fizykoterapii, jak i kinezyterapii. Mają one na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych, spowolnienie procesu degeneracyjnego, a także wykształcenie kompensacji oraz adaptacji do życia po zabiegu. Celem kompleksowego procesu usprawniania jest jak najszybszy powrót do samodzielności i niezależności pacjentów [2,3].

Istotnym elementem terapii jest edukacja pacjenta. W celu zminimalizowania ryzyka powikłań po zabiegu, należy nauczyć pacjenta prawidłowej zmiany pozycji ciała oraz prawidłowego wykonywania ćwiczeń. Należy uświadomić pacjenta, że regularny wysiłek fizyczny przyspiesza powrót do zdrowia, przeciwdziała obrzękom, udrażnia drzewo oskrzelowe, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko wystąpienia zapalenia płuc. Dodatkowo poprawia się trofika tkanek, czego swoistym następstwem jest przyspieszenie gojenia się rany pooperacyjnej [3,4].

Etiologia zmian zwyrodnieniowych

Choroba zwyrodnieniowa stawów to schorzenie postępujące, charakteryzujące się okresami zaostrzeń. Z reguły jest najczęstszą przyczyną przewlekłych, niezapalnych chorób układu ruchu. Zwyrodnienie obejmuje jeden lub oba stawy biodrowe powodując tym samym duże ograniczenie ruchomości, a także zaburzenia chodu i przebudowę kości z tworzeniem wyrostów kostnych (osteofitów) [5,6].

Przyczyną zmian zwyrodnieniowych stawów biodrowych są zaburzenia jakości i ilości chrząstki stawowej, której zadaniem jest amortyzowanie ruchów stawu i umożliwienie przesuwania się powierzchni stawowych względem siebie. Wpływ na rozwój choroby mają również wady wrodzone oraz nabyte, nieprawidłowa budowa stawu, uszkodzenia spowodowane procesem zapalnym, a także szpotawość szyjki kości udowej. Inną przyczyną zwyrodnienia mogą być przebyte urazy, nadwaga, jak i nadmierne przeciążenie stawów spowodowane ciężką pracą [5,7,8].

Uwzględniając istotę tworzenia się zmian zwyrodnieniowych można wyróżnić koksartrozę pierwotną (coxarthrosis primaria) oraz koksartrozę wtórną (coxarthrosis secundaria). W skutek urazów, dysplazji stawu oraz stanów zapalnych powstają koksartrozy wtórne. Możemy tutaj wyróżnić czynniki wrodzone, do których należą m.in. dysplazje stawów biodrowych, choroba Perthesa, a także czynniki nabyte takie jak: złamania

śródstawowe, septyczne zapalenie stawów, RZS, martwica jałowa. W koksartrozie idiopatycznej nie można wskazać jednoznacznie konkretnej przyczyny odpowiedzialnej za wywołanie tej choroby [5,6].

Postępowanie przedoperacyjne

Rehabilitacja przed zabiegiem ma na celu przygotowanie pacjenta do zabiegu, edukację, przez co znacząco skróci się czas powrotu do zdrowia. Zastosowanie ćwiczeń ma na celu utrzymanie i pogłębienie ruchomości w stawach, a także zapobieganie powstawania przykurczy oraz zmian zatorowo-zakrzepowych [4,9].

Postępowanie przedoperacyjne zaleca się wszystkim pacjentom, u których zabieg wszczepienia endoprotezy był planowany stosunkowo wcześniej. Etap ten przeoczyć można tylko w przypadku nagłych sytuacji, tj. uraz [3].

Przed zabiegiem należy się skupić na unormowaniu wszystkich innych zaburzeń, tj. niewydolność żylna, skoki ciśnienia tętniczego, stany zapalne. Istotna jest również analiza stanu układów oddechowego i krążenia. Wskazane jest skontrolowanie pracy tarczycy. Warto też zwrócić uwagę na właściwą masę ciała [3,5].

Zebranie szczegółowego wywiadu stanowi podstawę planowania procesu usprawniania. Do głównych zadań tego etapu należy wzmocnienie i rozciągnięcie mięśni w obrębie operowanego miejsca, nauka chodu przy balkoniku i kulach, a następnie nauka chodzenia po schodach. Należy nauczyć pacjenta zmiany pozycji ciała, aby w jak największym stopniu wykluczyć dolegliwości bólowe. Ma to również pozytywny wpływ na postępowanie po zabiegu, gdyż pacjent jest świadomy zagrożeń związanych ze złym ułożeniem operowanej kończyny dolnej [1,3].

Prowadzone są ćwiczenia ogólnousprawniające, pogłębiające sprawność mięśni górnych i dolnych partii ciała. Wdraża się ćwiczenia izometryczne oraz naukę prawidłowego oddychania. Na tym etapie dużą rolę odgrywają ćwiczenia wolne i samowspomagane, czynne w odciążeniu oraz czynne w odciążeniu z dawkowanym oporem. Mają one na celu wzmocnienie siły mięśniowej. W usprawnianiu przedoperacyjnym nie może zabraknąć ćwiczeń czynnych oporowych dla mięśni kończyny górnej, które mają przygotować pacjenta do dużych obciążeń, zwłaszcza w trakcie przenoszenia własnego ciężaru ciała podczas chodzenia o kulach łokciowych. Istotne jest również wykorzystanie leczenia fizykalnego

celem przeciwbólowego, rozluźniającego, a zwłaszcza przeciwobrzękowego działania oraz jako zabieg przygotowujący pacjenta do procesu kinezyterapeutycznego [1,4,9].

Postępowanie pooperacyjne

Podstawowym założeniem tego etapu to przede wszystkim obrona przed translokacją implantu oraz jak najwcześniejsza pionizacja i dopracowywanie chodu o kulach. Ponadto dąży się do osiągnięcia bezbolesnego zakresu ruchomości w początkowym okresie rehabilitacji. Istotne jest również kontynuowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej i rozluźnianie przykurczonych mięśni z etapu postępowania przedoperacyjnego. Indywidualny plan rehabilitacyjny powinien uwzględnić choroby współtowarzyszące, ogólny stan kondycyjny chorego, wiek oraz rodzaj wszczepionej endoprotezy pacjenta [3,4].

Wczesna rehabilitacja trwa do około 2 tygodnia po zabiegu. Bezpośrednio po zabiegu istotą kinezyterapii jest zmniejszenie obrzęku, stanu zapalnego oraz bólu. Rehabilitacja koncentruje się w tym czasie na działaniach przeciwzakrzepowych, ćwiczeniach izometrycznych obręczy biodrowej oraz ćwiczeniach oddechowych mających na celu usuwanie wydzieliny z oskrzeli. Ćwiczenia izometryczne stosowane są w celu zwiększenia siły mięśniowej. Pacjent może wykonywać ćwiczenia czynne stóp oraz zgięcie stóp w płaszczyźnie strzałkowej. Od pierwszej doby po zabiegu bardzo istotne jest ułożenie chorego. Zalecana jest elewacja kończyny operowanej, odwiedzenie jej oraz pozostawienie w pozycji pośredniej rotacji. Pomocne są w tej sytuacji wałki i kliny [3,10,11].

W celu zapobiegania bólowi, stanom zapalnym oraz obrzękom stosowana jest krioterapia. Oprócz wyżej wymienionych należy zauważyć, że zabieg z użyciem zimna ułatwia wykonywanie ćwiczeń leczniczych i stanowi swoistą formę przygotowawczą do ćwiczeń. Zazwyczaj stosuje się zimne okłady aplikowane kilka razy dziennie na około 15 minut [11].

Z zakresu fizykoterapii istotną rolę w procesie usprawniania odgrywa laseroterapia, która ma działanie przeciwbólowe, przeciwobrzękowe, a także wpływa korzystnie na poprawę ruchomości w stawach oraz przyspiesza regenerację tkanek po zabiegu. W trakcie zabiegu nie wytwarza się ciepło, dlatego zabieg można wykonywać od razu po zaprotezowaniu [4].

Kolejne dni wymagają większego zaangażowania chorego. Od 2 doby wprowadzane są ćwiczenia czynne wyprostu i zgięcia w stawie operowanym, tak aby pięta przez cały czas trwania aktywności ruchowej przesuwiała się po materacu. Zalecane jest także odwodzenie operowanego stawu biodrowego w płaszczyźnie czołowej. Zachęca się pacjenta do siadania na łóżku, następnie przejścia do siadu ze spuszczonej nogami. Wprowadza się naukę prostowania i zginania kończyny dolnej w stawie kolanowym. Ten zasadniczy element usprawniania pozwoli na przejście do następnego etapu rehabilitacji, jakim będzie pionizacja przyłóżkowa pacjenta. Pomocny będzie tutaj sprzęt z zaopatrzenia ortopedycznego, w postaci balkonika pachowego, który posłuży również do nauki chodu pacjenta. W pierwszych dniach po zabiegu obciążenie stanowi maksymalnie 30% wagi pacjenta, a po 2 tygodniach zwiększa się do 50% [10,11].

W 3-4 dobie po zabiegu możliwe jest leżenie na zdrowym boku. W leżeniu bokiem należy zadbać o umiejscowienie wałka pod kończynę operowaną. Wałek ma uniemożliwić nadmierne przywiedzenie w operowanym stawie, tak aby nie dopuścić do zwicnięcia lub obluzowania endoprotezy. W pozycji tej bardzo wygodnie wykonuje się masaż, a po zdjęciu szwów mobilizację blizny. Masaż zmniejsza lub całkowicie znosi napięcie mięśniowe oraz zapewnia rozluźnienie. Prowokacja wyprostu w leżeniu przodem wykazuje działanie przeciwbólowe [11].

Po około 7 dniach rehabilitacja rozszerzana jest o ćwiczenia samowspomagane, czynno-bierne oraz czynne przyłóżkowe. Balkonik wysoki zastępowany jest kulami łokciowymi. W następnych dniach wprowadzane są ćwiczenia w systemie bloczkowym, które mają na celu poprawę trofiki i elastyczności tkanek oraz wpływają korzystnie na torowanie proprioceptywne. W czasie usprawniania pacjent uczony jest prawidłowych zmian pozycji na łóżku. Z reguły w przeciągu 1-2 miesięcy po operacji pacjent odzyskuje samodzielność niezbędną do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego [5,11].

Chodzenie przy kulach utrzymywane jest do około 2 miesiąca po zabiegu. Następnie chory wspomaga się już tylko jedną kulą. W zależności od potrzeb kul używa się do 6 miesięcy po zabiegu endoprotezoplastyki. Niezmiernie duże znaczenia mają ćwiczenie propriocepcji, wspomagające utrzymanie środka ciężkości, stabilności i koordynacji ruchów. Zalecane są tutaj ćwiczenia z piłką rehabilitacyjną. W miarę postępów w procesie usprawniania ćwiczenia czucia głębokiego stają się coraz trudniejsze. Trening wykonywany

jest na podłożu o coraz mniejszej stabilności. Wprowadzane są ćwiczenia na cykloergometrze, bieżni, atlasie oraz stepperze [4].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Zwyrodnienie stawu biodrowego dotyczy najczęściej osób starszych. To choroba przewlekła, o wieloczynnikowej etiologii charakteryzująca się zużyciem chrząstki stawowej. Jej postępujący charakter jest przyczyną stale pogarszającej się funkcjonalności stawu, zmniejszenia jego ruchomości oraz nasilenia bólu. Stosowanie endoprotezoplastyki przynosi poprawę w funkcjonowaniu człowieka oraz wyeliminowuje dolegliwości bólowe. Pacjent po zabiegu wymaga kompleksowego leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji. Postępowanie fizjoterapeutyczne warunkuje zwiększenie wydolności czynnościowej stawu biodrowego oraz jak najszybszy powrót do samodzielności w życiu codziennym. Niewątpliwie rzutuje to na sprawność i przyszłą samodzielność chorego w wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego.

Celem pracy była:

1. Ocena skuteczności zabiegów kinezyterapeutycznych na stan funkcjonalny pacjentów.
2. Ocena skuteczności zabiegów fizykalnych pod kątem działania przeciwbólowego, przeciwzapalnego i przeciwobrzękowego.
3. Ocena dolegliwości bólowych przez pacjenta według skali VAS.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie podmiotowe

Badaniem objętych zostało 50 pacjentów będących po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 5 listopada 2016 do 25 kwietnia 2017 na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Badani hospitalizowani byli przez 14 dni po zabiegu, w przebiegu których zastosowane zostało leczenie fizjoterapeutyczne. Wśród badanych było 35 kobiet oraz 15 mężczyzn, z czego 90% badanych zamieszkiwało tereny wiejskie. Badanie podmiotowe zawierało wywiad personalny, leczniczy oraz socjalny.

Badanie przedmiotowe

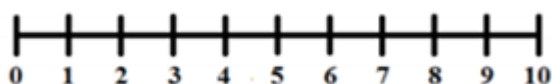
Do oceny fizjoterapeutycznej posłużono się testem Lovetta, skalą VAS oraz pomiarami linijnymi - długościami i obwodami dla kończyn dolnych. Badania zostały przeprowadzone w dzień przyjęcia na Oddział, w 7 dobie po zabiegu oraz w dniu wypisu ze szpitala. Przed ich wykonaniem pacjenci zostali poinformowani o przebiegu i celowości badań.

Siła mięśniowa oceniania była w sześciostopniowej skali w oparciu o test Lovetta:

- 0=0%- brak śladu skurczu mięśnia.
- 1=10%- ślad skurczu mięśnia, bez efektu ruchowego.
- 2=25%- wyraźny skurcz mięśnia, zdolność do wykonywania ruchu w warunkach odciążenia ruchowego.
- 3=50%- wyraźny skurcz mięśnia, możliwość wykonania ruchu czynnego w pełnym zakresie, bez odciążenia.
- 4=75%- zdolność do wykonania ruchu czynnego w pełnym zakresie, pokonując pewien opór.
- 5=100%- zdolność do wykonania ruchu czynnego w pełnym zakresie z pełnym oporem [12].

Badanie siły mięśniowej w stawie biodrowym przeprowadzone było w zgięciu, wyproście, odwiedzeniu, przywiedzeniu oraz rotacji zewnętrznej i wewnętrznej. Podczas wykonywania badania szczególną uwagę zwracano na pozycję wyjściową pacjenta, stabilizację odcinka w obrębie którego położona była testowana grupa mięśniowa oraz zastosowanie odpowiedniego oporu, uwzględniając ogólną sprawność chorego oraz wiek.

Następnie pacjentów poddano ocenie bólu według skali VAS. Analogowa, wizualna skala oceny bólu jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Cyklicznie powtarzane pomiary intensywności bólu za pomocą skali VAS (*Visual Analog Scale*) umożliwiają ocenę skuteczności usprawniania [13].



0-brak bólu

10- najsilniejszy ból

Rycina 1. Skala VAS wzrokowo-analogowa[13]

Badanie zawierało także pomiary liniowe tj. obwody i długości kończyn dolnych. Można tu wyróżnić długość bezwzględną oraz względną. Pomiary obwodów posłużyły ocenie przyrostów lub ubytków masy mięśniowej oraz ewentualnych zmian wysiękowych w obrębie stawu.

Dokładne dane dotyczące pomiarów przedstawia tabela 4. Pozycja wyjściowa dla wszystkich pomiarów była taka sama - leżenie tyłem. Pomiaru dokonano na obu kończynach w celu porównania długości kończyny operowanej i zdrowej.

Oprócz pomiarów pacjenci poddani zostali 6-minutowemu testowi, który miał na celu określenie dystansu jaki pacjent może pokonać w czasie 6 minut. Test marszowy posłużył ocenie tolerancji wysiłku oraz pozwolił zakwalifikować pacjentów do rehabilitacji i ocenić skuteczność postępowania fizjoterapeutycznego. Test wykonywany jest na twardym, płaskim podłożu. Marsz jest samodzielny, w indywidualnym dla pacjenta tempie. Zalecane jest, aby ścieżka chodu posiadała 30 m długości, a miejsce rozpoczęcia i zakończenia oznaczyć kolorową taśmą. W przypadku, gdy pacjent porusza się za pomocą kul lub innych urządzeń wspomagających, test należy wykonać przy ich użyciu [15].

Tabela I. Pomiary długości kończyn dolnych [14]

Nazwa pomiaru	Punkt początkowy i końcowy pomiaru
Długość względna	Kolec biodrowy przedni górny – kostka przyśrodkowa goleni.
Długość bezwzględna	Krętarz większy kości udowej – kostka boczna goleni
Długość absolutna	Krętarz większy kości udowej – zewnętrzna krawędź stopy na wysokości kostki bocznej
Długość uda	Krętarz większy kości udowej – szpara stawu kolanowego po stronie bocznej
Długość podudzia	Szpara stawu kolanowego po stronie przyśrodkowej – kostka przyśrodkowa goleni

Dokonując pomiarów obwodów kończyn dolnych kierowano się tymi samymi wskazówkami, jakie zastosowano w przypadku pomiaru liniowego.

Tabela II. Pomiary obwodów kończyn dolnych[14]

Nazwa pomiaru	Punkt początkowy i końcowy pomiaru
Pośladkowy długi	Spojenie łonowe – szpara pośladkowa
Udowy 1	Obwód uda w najgrubszym miejscu
Udowy2	Obwód uda mierzony 6 cm od podstawy rzepki
Kolanowy	Na wysokości szpary stawu kolanowego
Goleniowy 1	Obwód podudzia w najgrubszym miejscu

WYNIKI

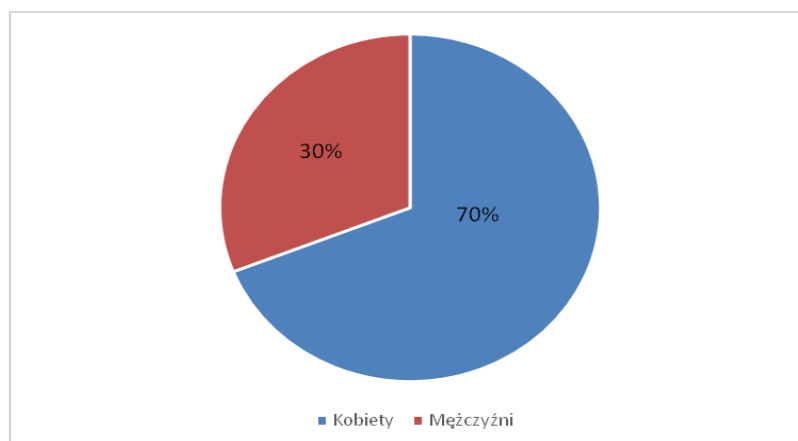
Badaniem objęto 50 pacjentów przebywających w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. Wiek pacjentów mieści się w przedziale 45-70 lat. Większą część badanych stanowiły kobiety (70%). Szczegóły przedstawia Rycina 6.

Zdecydowaną większość badanych stanowiły osoby zamieszkujące tereny wiejskie (90%). Pozostała część respondentów pochodziła z Łomży. Dokładne informacje zamieszczone zostały na Rycinie 7.

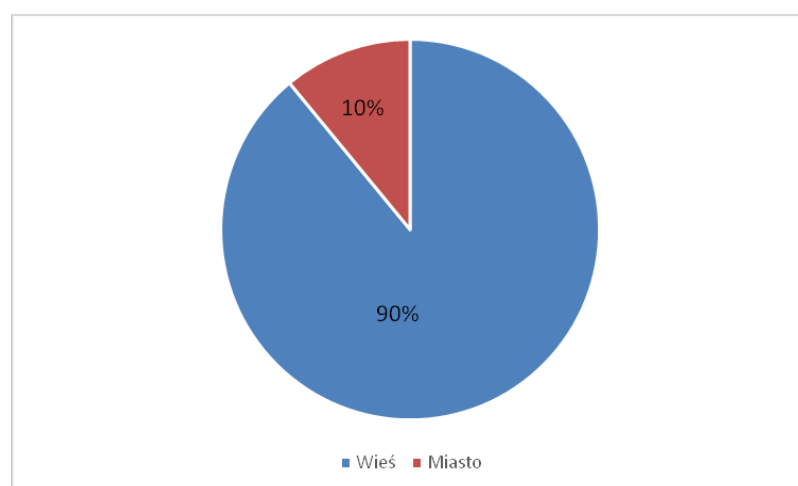
Na podstawie analizy zebranych danych uzyskanych za pomocą pomiarów obwodów stwierdzić można, że w 1 dobie po zabiegu u 96% pacjentów wystąpił obrzęk. W wyniku przeprowadzanych zabiegów fizykalnych oraz wdrożenia ćwiczeń izometrycznych wykonywanych przez grupę badanych uruchomiona została pompa mięśniowa, która wpłynęła korzystnie na odpływ krwi żyłnej i płynu tkankowego. Następstwem tego było

zmniejszenie obrzęku w obrębie stawu biodrowego, kolanowego i skokowego. Ponadto pacjentów układano w pozycjach przeciwobrzękowych.

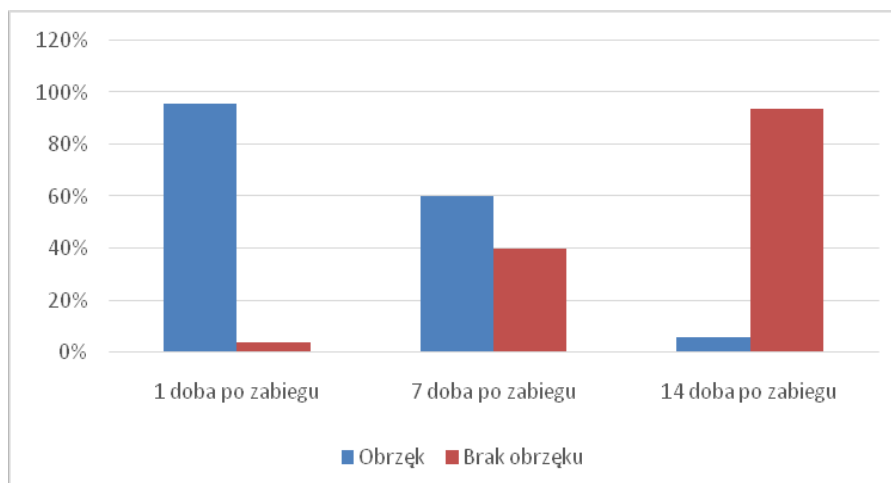
W 7 dobie po zabiegu liczba pacjentów z obrzękiem zmniejszyła się do 60%. W dniu wypisu ze szpitala obrzęk utrzymywał się jedynie u 6% pacjentów. Wyniki badań przedstawia Rycina 8.



Rycina 2. Płeć badanych

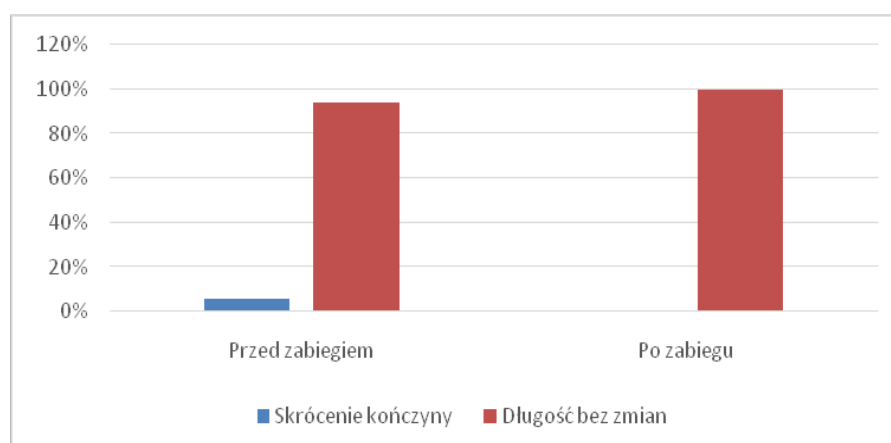


Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentów



Rycina 4. Obrzęk kończyny operowanej w 1,7 i 14 dobie po zabiegu

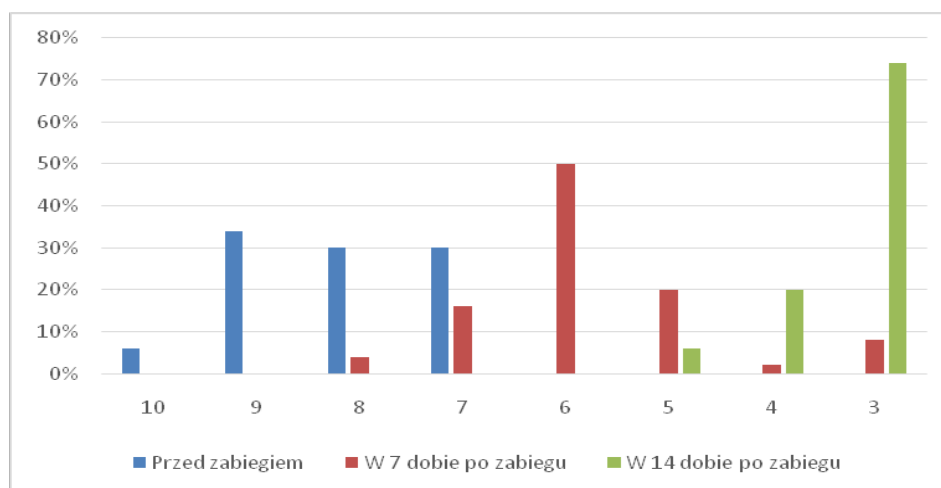
W wyniku zużycia chrząstki stawowej, zaburzonej siły mięśniowej oraz dolegliwości bólowych u 3 z 50 pacjentów stwierdzono skrócenie kończyny operowanej. Skrócenie kończyny operowanej u 1 z 3 pacjentów wynosiło 3 cm, natomiast u pozostałych dwóch nie przekraczało 2 cm. W wyniku wszczepienia endoprotezy długość kończyny została wyrównana. Wyniki pomiarów długości kończyny przed zabiegiem oraz po zabiegu przedstawione zostały na Rycinie 9.



Rycina 5. Skrócenie kończyny operowanej

Przed zabiegiem operacyjnym 3 z 50 pacjentów opisywało ból jako nie do wytrzymania. Ból na poziomie 9 wg skali VAS wskazywało 34% pacjentów, co stanowiło

największy odsetek badanych. Pozostali pacjenci opisywali odczucia bólowe na poziomie 7-8 wg skali VAS. Poprzez zastosowane leczenie fizykalne z zakresu zimnolecznictwa oraz laseroterapii stosowane na okolicę rany pooperacyjnej, w 7 dobie rehabilitacji jedynie 4% pacjentów opisywało ból na poziomie 8, a 16% pacjentów wskazywało ból na poziomie 7. Reszta przebadanych zgłaszała mniejsze odczucia bólowe. U ponad połowy pacjentów ból oscylował na poziomie 6 w skali VAS, a 20% pacjentów wskazywało na poziom bólu oscylujący w granicy 5. Leczenie fizykalne kontynuowane było do końca hospitalizacji badanych. W dniu wypisu ze szpitala u prawie 75% pacjentów dolegliwości bólowe zmniejszyły się i oscylowały na poziomie 3. 1/5 pacjentów zgłaszała dolegliwości na poziomie 4, a jedynie 6% ból odczuwało na poziomie 5. Wyniki badań przedstawia Rycina 10.



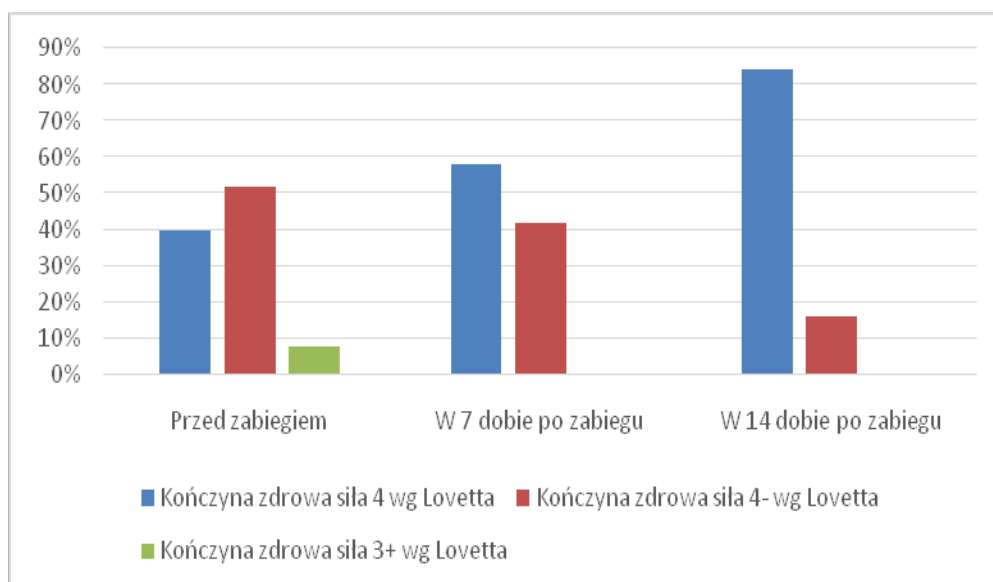
Rycina 6. Ocena bólu wg skali analogowej VAS

Siła mięśniowa kończyny zdrowej przed zabiegiem w przeważającej części badanych (52%) wynosiła 4- wg skali Lovetta. Niewielki odsetek przebadanych stanowiły osoby z siłą mięśniową 3+. U pozostałych 40% pacjentów siła wynosiła 4.

Po 7-dniowej rehabilitacji, w wyniku zastosowania ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń izometrycznych, a w szczególności ćwiczeń z dawkowanym oporem, siła mięśniowa kończyny zdrowej u ponad połowy pacjentów wzrosła do 4. U 42% pacjentów siła wzrosła do 4- wg skali Lovetta. Wprowadzone zostały także ćwiczenia z taśmą Thera Band, których odzwierciedleniem był jeszcze większy wzrost siły mięśniowej. W 14 dobie po zabiegu

u 84% pacjentów siła wynosiła 4 wg skali Lovetta, u pozostałych pacjentów siła utrzymywała się na poziomie 4-. Wyniki badań przedstawia Rycina 11.

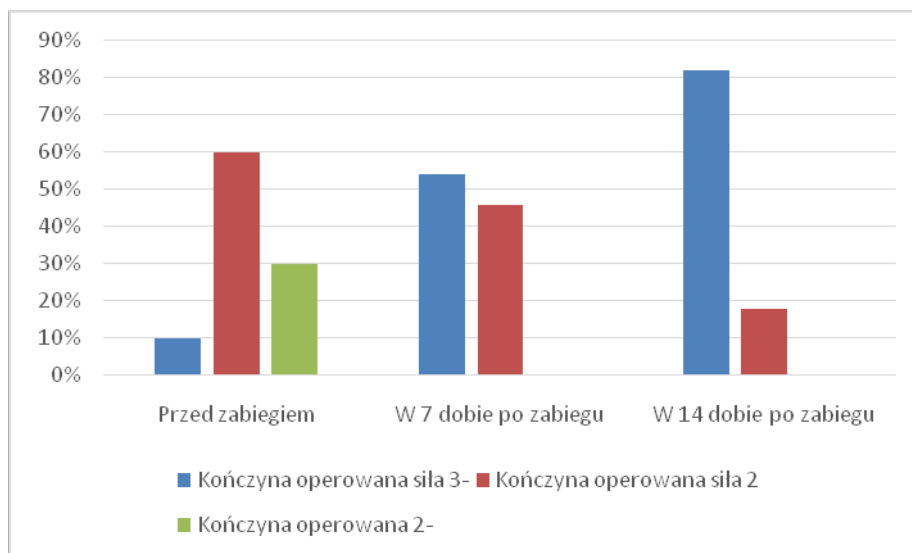
Siła mięśniowa kończyny operowanej przed zabiegiem u 60% badanych wynosiła 2-, u 30% pacjentów wynosiła 2-. Pozostałe 10% posiadało siłę mięśniową na poziomie 3-. Po 7 dniowej rehabilitacji u 54% pacjentów siła ta wzrosła do stopnia 3- wg skali Lovetta, a u pozostałych 46% utrzymywała się na poziomie 2. Zwiększenie siły mięśniowej uzyskane zostało dzięki ćwiczeniom izometrycznym oraz ćwiczeniom w odciążeniu. U żadnego z pacjentów nie stwierdzono już siły na poziomie 2-. W 14 dobie, w dniu wypisu ze szpitala, u ponad 80% pacjentów siła mięśniowa wynosiła 3-. Pozostałe 18% stanowiły osoby z siłą mięśniową na poziomie 2. Szczegóły przedstawia Rycina 8.



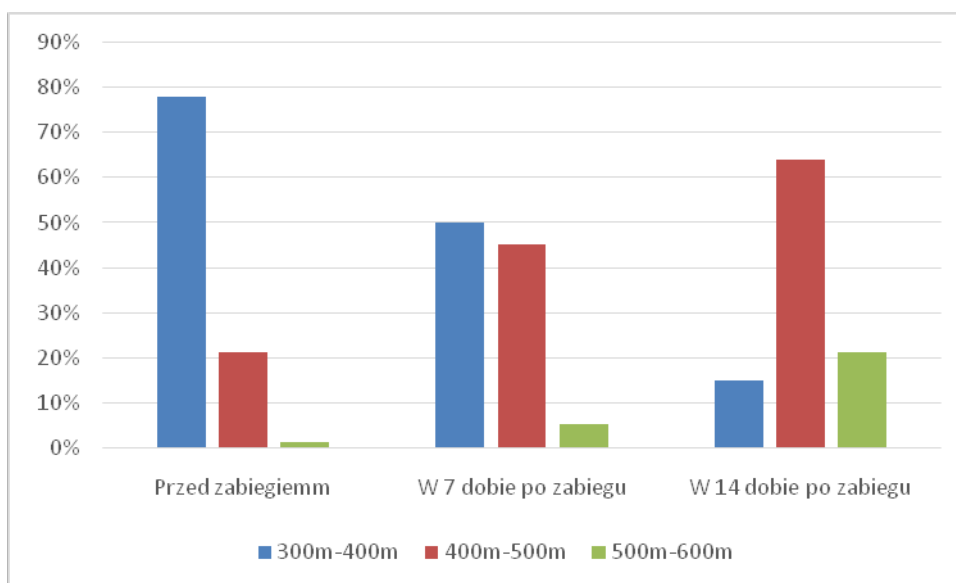
Rycina 7. Ocena siły mięśniowej kończyny zdrowej przed zabiegiem, w 7 dobie po zabiegu oraz w 14 dobie po zabiegu wg skali Lovetta

Przed zabiegiem operacyjnym przeprowadzony został 6-minutowy test chodu, w którym 78% pacjentów uzyskało wynik 300m-400m. W grupie osób z wynikiem 400m-500m znalazło się 21% przebadanych, a jedynie 1% pacjentów uzyskało wynik 500m-600m. Po 7-dniowej rehabilitacji, która zawierała ćwiczenia doskonalące chód, ćwiczenia oporowe, oddechowe oraz ogólnousprawniające, mające korzystny wpływ na poprawę wydolności fizycznej i jakość chodu pacjentów, wyniki testu uległy poprawie. Dystans 400m-500m pokonało 45% pacjentów. Zmniejszeniu do 50% pacjentów uległa grupa

ze zdolnością pokonania 300m-400m. Wzrósł natomiast odsetek pacjentów mogących pokonać 500m-600m i w 7 dobie po zabiegu wynosił 5%. W dniu wypisu ze szpitala 64% pacjentów uzyskało wynik między 400m-500m w teście chodu, 21% pacjentów poprawiło wynik do 500m-600m. Pozostałe 15% pacjentów utrzymywało się na poziomie 300m-400m. Chód stał się rytmiczny i płynny, a postawa ciała uległa poprawie. Wyniki badań przedstawia Rycina 9.



Rycina 8. Ocena siły mięśniowej kończyny operowanej przed zabiegiem, w 7 dobie po zabiegu oraz w 14 dobie po zabiegu wg skali Lovetta.



Rycina 9. 6-minutowy test chodu

DYSKUSJA

Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się miejscowym ubytkiem tkanki chrzęstnej i jest przyczyną dolegliwości bólowych. Nieuchronnie doprowadza do dysfunkcji ruchowej, co rzutuje na stopień samodzielności i wykonywanie przez pacjentów czynności dnia codziennego. Często zmusza ich do przerywania pracy zawodowej oraz wyklucza z uczestnictwa w życiu społecznym i kulturowym.

Podstawowymi metodami leczenia tego typu schorzeń jest farmakologia, leczenie operacyjne i fizjoterapeutyczne. W ostatnich latach odnotowuje się rosnącą liczbę pacjentów, u których wykonywany jest zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Wyróżnić można endoprotezy cementowe i bezcementowe, wśród których lepszą okazuje się endoproteza bezcementowa, po wszczepieniu której powrót do sprawności sprzed choroby trwa o wiele krócej niż w przypadku pacjenta z endoprotezą cementową.

Demczyszak i współautorzy [16] twierdzą, że bardzo ważnym elementem w powrocie do sprawności jest edukacja pacjenta, gdyż wiedza jaką posiada pacjent pozwala mu na wyeliminowanie czynników, które mogłyby opóźnić powrót do sprawności. Nie mniej ważna jest rola fizjoterapeuty w toku całego procesu usprawniania. Potwierdzają to również badania własne. U pacjentów, którzy zostali szczegółowo wyedukowani odnośnie postępowania po wszczepieniu endoprotezy, zauważalny jest szybszy powrót do zdrowia. Wykazują większą chęć współpracy z terapeutą oraz są świadomi zagrożeń wynikających z nieprawidłowego ustawienia kończyny operowanej.

Podobne wyniki zamieścił w swojej publikacji Wilk i Frańczuk [17]. Twierdzą, że podstawą do szybkiego powrotu do zdrowia jest jak najszybsze rozpoczęcie usprawniania po zabiegu, które umożliwia wczesne obciążenie operowanego stawu. Wyniki badań oceniane były w odniesieniu do siły mięśniowej wg skali Lovetta oraz charakterystyki bólu wg skali VAS. Autorzy wykazali skuteczność zastosowania ciągłego ruchu biernego na przyspieszenie procesu usprawniania pooperacyjnego u pacjentów po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. Na podstawie własnej analizy grupy badawczej wczesne i indywidualne objęcie rehabilitacją każdego z pacjentów, przyspiesza ich powrót do sprawności. Uzyskane wyniki wykazały, że równie szybkie postępy terapeutyczne można osiągnąć za pomocą standardowej metody usprawniania. Ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z dawkowanym oporem, a także izometryczne spowodowały poprawę siły mięśniowej zarówno w kończynie

operowanej, jak i zdrowej. W wyniku przeprowadzonej rehabilitacji dolegliwości bólowe znacznie uległy zmniejszeniu.

W kontekście przedstawionych wyników badań do podobnych doszli Cyprińska i wsp. [18]. Uważają oni, że kompleksowe i systematyczne usprawnianie fizjoterapeutyczne w bardzo dużym stopniu poprawia stan funkcjonalny i fizyczny pacjentów po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego. Ponadto, jak najszybsze rozpoczęcie rehabilitacji rzutuje na skrócenie czasu powrotu do samodzielności oraz czynności dnia codziennego. Według Pozowskiego i Skolimowskiego [19] ogromny wpływ na efekt końcowy leczenia operacyjnego choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych ma niewątpliwie postępowanie fizjoterapeutyczne.

Badania przeprowadzone przez Kostkę i wsp. [20] wykazały, że w trakcie 3 tygodniowej rehabilitacji po zabiegu, która zawierała zabiegi z zakresu fizykoterapii oraz kinezyterapii zwiększył się dystans pokonywany w 6-minutowym teście chodu. Poprawie uległa prędkość chodu. W grupie pacjentów po zabiegu endoprotezoplastyki przeprowadzonych w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, już po 7-dniowym procesie usprawniania zwiększył się dystans chodu w teście 6 minutowym. Na podstawie przeprowadzonych badań znaczący wpływ na poprawę wyników miała szybka interwencja fizjoterapeutyczna, która zawierała ćwiczenia czynne z dawkowanym oporem oraz ćwiczenia izometryczne. Rzutowało to na poprawę wyników testu chodu pod kątem wydolności poszczególnych pacjentów.

Oprócz powikłań zakrzepowych bardzo duże zagrożenie stanowi zwichnięcie endoprotezy, które może być spowodowane m.in. zbyt dużym zgięciem w stawie biodrowym. Istotnym czynnikiem w tym przypadku okazała się edukacja pacjenta. Uczulano pacjentów, aby bezwzględnie unikali zgięcia stawu biodrowego powyżej 90 stopni, nie przewodzenia operowanej kończyny oraz ograniczenia ruchów rotacji.

W wyniku przeprowadzonej rehabilitacji uzyskana została poprawa wydolności stawu biodrowego, wzrost siły mięśniowej, a co za tym idzie pogłębienie zakresu ruchomości i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Ogólna sprawność fizyczna pacjentów podniosła się. Opisane 14-dniowe postępowanie usprawniające potwierdzają badania własne oraz spostrzeżenia wielu innych autorów publikacji naukowych.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Ćwiczenia z zakresu kinezyterapii miały pozytywny wpływ na zakres ruchu, szczególnie w ruchach zginania i odwodzenia. Ponadto spowodowały wzmocnienie siły mięśniowej.
2. Zastosowane zabiegi z zakresu fizykoterapii zmniejszyły odczucia bólowe, przez co zwiększył się zakres ruchomości.
3. Regularne ćwiczenia i aktywność fizyczna pozytywnie wpłynęły na polepszenie ogólnej wydolności fizycznej pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Żabówka M.: Endoprotezoplastyka stawu biodrowego- przykładowe możliwości fizjoterapii przed- i pooperacyjnej. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2010, 10, 61-63.
2. Kamińska E.: Zwyródnienia stawu biodrowego diagnostyka, leczenie i profilaktyka cz.1. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2010, 1, 33-38.
3. Kumorek M.: Rehabilitacja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2011, 22, 52-55.
4. Ridan T., Ogrodzka K., Kliś A.: Postępowanie rehabilitacyjne po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2013, 43, 7-19.
5. Kiwerski J. (red.): *Rehabilitacja medyczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 571-576.
6. Nalazek A., Kamińska E., Kaźmierczak U., Trela E.: Treatment, diagnosis and prevention of hip replacement for osteoarthritis. *Journal of Health Sciences*, 2014, 4, (01), 333-338.
7. Bartyzel-Lechforowicz H., Jandziś E.: *Fizjoterapia w wybranych schorzeniach geriatrycznych*. Wydawnictwo WSE w Krakowie, WSiZ w Rzeszowie i WSZiA w Zamościu, Kraków-Rzeszów-Zamość 2009, 74-75.
8. Woźniak W. (red.): *Anatomia człowieka*. Urban & Partner, Wrocław 2013, 445-448.
9. Deszczyński J., Stolarczyk A.(red.): *Podstawy rehabilitacji po całkowitej endoprotezoplastyce stawu biodrowego*. Polskie Towarzystwo Chirurgii Artroskopowej, Warszawa 2008.

10. Pozowski A.: Alloplastyka stawu biodrowego. Wydawnictwo Medyczna Górnicki, Wrocław 2011, 19-43, 64.
11. Taborska A.: Kapoplastyka stawu biodrowego- postępowanie fizjoterapeutyczne. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2011, 14, 31-35.
12. Rosiński M., Gromek D.: Program rehabilitacji pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki całkowitej bezcementowej stawu biodrowego. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2011, 19, 8-15.
13. Walaszek R., Kasperczyk T., Magiera L.: Diagnostyka w kinezyterapii i masażu. Wydawnictwo Biosport, Kraków 2007, 183-209.
14. Zembaty A. (red.): Kinezyterapia. Tom 1. Wydawnictwo Kasper, Kraków 2002, 421-424.
15. Wolszakiewicz J.: Sześciominutowy test marszowy- zastosowanie w praktyce klinicznej. Kardiologia Polska, 2010, 68, 237-240.
16. Demczyszak I., Wrzosek Z., Żukowska U., Milko D.: Ocena efektów usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Kwartalnik Ortopedyczny, 2012, 2, 75-169.
17. Wilk M., Frańczuk B.: Rehabilitacja pacjentów po artroplastyce biodra z zastosowaniem ciągłego ruchu biernego. Fizjoterapia Polska, 2005, 5, 8-14.
18. Cypryńska B., Woldańska-Okońska M., Zubrzycki J. i wsp.: Rehabilitacja po całkowitych-cementowych i bezcementowych-endoprotezoplastykach stawów biodrowych w aspekcie balneologicznym. Fizjoterapia, 1999, 7, (3), 25-31.
19. Pozowski A., Skolimowski T.: Fizjoterapia szpitalna we wczesnym okresie pooperacyjnym. Fizjoterapia, 1999, 7, (3), 32-36.
20. Kostka J., Kilon M. i wsp.: Wpływ postępowania fizjoterapeutycznego na sprawność chodu pacjentów po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2013, 1, 32-39.

OCENA WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT CUKRZYCY TYPU 2 NA PODSTAWIE POWIATU OLECKIEGO

Izabela Wioletta Jasińska¹, Agnieszka Lankau², Dorota Kondzior², Anna Baranowska²

4. Absolwentka II stopnia studiów kierunku Pielęgniarstwo, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Diabetes mellitus, czyli cukrzyca, to choroba przewlekła i wbrew pozornie niewinnej nazwie groźna dla chorego. Charakteryzująca się podwyższonym poziomem glukozy we krwi, inaczej hiperglikemią, powoduje szereg zakłóceń funkcjonowania układów i narządów organizmu takich jak oczy, serce, nerki, nerwy i naczynia krwionośne. Główną przyczyną jest nieefektywne działanie trzustki i brak lub zbyt małe wydzielanie insuliny, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń metabolicznych. Gromadzący się we krwi nadmiar glukozy, który przez brak insuliny, nie może dostać się do wnętrza komórki, prowadzi do retinopatii, nefropatii, neuropatii, czy stopy cukrzycowej [1,2].

Definicja cukrzycy (*diabetes melitus*) przyjęta przez WHO brzmi: „Jest to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych [2].”

Jest to problem współczesnych czasów. Stale bowiem wzrasta liczba zachorowań na cukrzycę. Powodem jest styl życia i nieograniczony dostęp do wysokoenergetycznego pożywienia. Już w 1989 roku na konferencji w Saint Vincent we Włoszech uznano, że „cukrzyca jest jednym z głównych zdrowotnych problemów Europy, o narastającym znaczeniu, dotyczy ludzi w każdym wieku i we wszystkich krajach. Powoduje przewlekłe uszkodzenie zdrowia i przedwczesną śmierć [3].”

Epidemiologia cukrzycy typu 2

Liczba osób chorych na cukrzycę typu 2 systematycznie wzrasta i stanowi ona 85-95% wszystkich przypadków cukrzycy na świecie. Jest to spowodowane starszym wiekiem populacji, lepszą diagnostyką, poprawą skuteczności leczenia powikłań, brakiem aktywności fizycznej współczesnych ludzi i otyłością. Chorobowość zwiększa się najbardziej w średnim wieku od 45 do 64 roku życia, choć wzrost następuje we wszystkich grupach wiekowych [2,4,6].

Według WHO w 2003 r. na cukrzycę chorowało na świecie 194 mln ludzi w wieku od 20 do 79 lat, a w Europie 48 mln. Częstość występowania przypadków cukrzycy w ogólnej populacji, czyli wskaźnik chorobowości dla cukrzycy typu 2, w rejonach takich jak Ameryka Północna, Australia, Europa i Nowa Zelandia kształtuje się na poziomie 2-6% u osób poniżej 40 r.ż. i 5-10% powyżej tego wieku. W Chinach na cukrzycę typu 2 choruje 8% populacji a w Indiach 9%. Szczyt zachorowań w krajach rozwijających się dotyczy osób w wieku 40-45 lat, a w krajach wysoko rozwiniętych dotyczy osób starszych [2,5].

Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna przedstawia corocznie raport na temat rozwoju zachorowań na cukrzycę w poszczególnych krajach i regionach świata. Według tego raportu na świecie w 2011 roku chorowało na cukrzycę 366 mln ludzi. Nastąpił ogromny wzrost zachorowań – w 1980 r. chorych na cukrzycę było 153 mln. Ten sam raport mówił o zachorowalności w Europie na poziomie 52,8mln, czyli 8.1% dorosłej populacji w wieku od 20 do 79 lat, przy czym stan przedcukrzycowy wystąpił u 63mln, to jest 9,6%. Podsumowując oba stany- chorych było 116 mln osób [7]. Według IDF w 2014 roku chorych było 382 mln i organizacja ta przewiduje wzrost do 552 mln do 2030 roku [8].

Prognozy epidemiologiczne WHO odnoszące się do cukrzycy są bardzo złe, dotyczy to także wskaźnika umieralności spowodowanej cukrzycą [4]. Cukrzyca jest od 6% do 27% przyczyną zgonów ludzi w wieku od 35 do 64 lat [1]. Zgony w wyniku powikłań sercowych w przebiegu cukrzycy dotyczą o 50% częściej mężczyzn i o 150 % częściej kobiet, niż osób które nie chorują na cukrzycę [1]. Szacuje się, że w 2030 roku liczba chorych na świecie wzrośnie o 200 mln, gdyż średni wzrost roczny wynosi 7 mln osób [9]. Przewiduje się również wzrost osób z upośledzoną tolerancją glukozy do 420 mln w 2025 roku [1].

Sytuacja epidemiologiczna cukrzycy typu 2 w Polsce nie jest lepsza niż reszty świata. Szacuje się, iż obecnie choruje w Polsce 3 mln osób, czyli ok. 7,5% społeczeństwa,

z czego 750 tys. jest tego stanu nieświadoma. Co trzynasty Polak jest chory na cukrzycę, w tym co ósmy odwiedzający lekarza. Wraz z wiekiem pacjentów wzrasta liczba chorych. U osób po 60 roku życia chora jest co czwarta-25%, ale po 80 roku życia jest to już połowa diagnozowanych-50% [2,4]. Stan przedcukrzycowy stanowi 2-4 krotność liczby chorych na cukrzycę [2,4,9].

Pierwsze badania epidemiologiczne dotyczące cukrzycy przeprowadzono w Polsce w latach sześćdziesiątych XX wieku. Ostatnie badanie WOBASZ opublikowane w 2011 wykazało, iż 6.8 % społeczeństwa w wieku 20-79 lat było dotknięte tym schorzeniem. Wzrost zachorowalności związany z wiekiem był na poziomie od 0,7% w wieku 20-29 do 16,3% powyżej 60 roku życia u mężczyzn. U kobiet wzrost przedstawiał się na poziomie od 0,5% u młodszych, do 17,8% u najstarszych. Wskaźnik chorobowości cukrzycy typu 2 w Polsce rośnie wykazując cechy epidemii. Przewiduje się wzrost zachorowań na rok 2030 do poziomu 10% społeczeństwa polskiego. Rozpoznanie cukrzycy w Polsce jest zazwyczaj dokonywane w momencie istnienia poważnych powikłań. Co drugi pacjent wykazuje cechy choroby niedokrwiennej serca, a powikłania sercowo naczyniowe są przyczyną 2/3 zgonów diabetyków. Według PTD w Polska przoduje w ilości wykonywanych amputacji kończyn z powodu neuropatii cukrzycowych [1,4,8,10].

Etiologia cukrzycy typu 2

W przypadku cukrzycy typu 2 za podstawową przyczynę uznaje się dwa defekty metaboliczne, a są to: upośledzenie wydzielania insuliny i insulinooporność obwodowa, czyli spadek wrażliwości tkanek obwodowych na nią. Oporność komórek ma kilka przyczyn związanych z mechanizmami przedreceptorowymi. Dotyczą samych receptorów lub postreceptorów. Wiąże się to z obecnością we krwi przeciwciał przeciwko insulinie lub może być związane z mniejszą ilością receptorów, bądź ich wadliwą strukturą. Inna występująca przyczyna to zatrzymanie przekazu sygnałów albo wewnętrznej przemiany glukozy w komórkach docelowych. Rzadko dochodzi do bezwzględnej niedoboru insuliny, głównym problemem jest za słabe jej działanie i nie wystarczająca kompensacja przez zwiększoną produkcję tego hormonu, spowodowana dysfunkcją komórek β . Choroba rozwija się u osób starszych, lecz choruje na nią coraz więcej dzieci i młodzież, co może być spowodowane nadwagą i otyłością, najbardziej charakterystyczną cechą chorych na cukrzycę typu 2 [1,11].

W etiopatogenezie cukrzycy typu 2 główną rolę odgrywają czynniki środowiskowe oraz uwarunkowania genetyczne. Choroba może być dziedziczona wielogenowo. Otyłość, zwłaszcza brzuszna, to najważniejszy czynnik środowiskowy sprzyjający rozwojowi choroby. U ponad 90% pacjentów z cukrzycą typu 2 występuje otyłość. Otyłość powoduje także zwiększoną śmiertelność porównując z osobą o prawidłowym BMI średnio o 8-10 lat. Interakcja między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi powoduje powstanie cukrzycy typu 2 [1,12].

Obraz kliniczny cukrzycy

Cukrzyca to schorzenie, które charakteryzuje się różną etiologią, patogenezą i epidemiologią. Stąd wynika też obraz kliniczny i farmakoterapia- niejednakowe u wszystkich chorych. Aby rozpoznać cukrzycę muszą być stwierdzone typowe objawy z istniejącą hiperglikemią, lub wyłącznie hiperglikemia, według opracowanych kryteriów [13].

Cukrzyca typu 1 ma przebieg gwałtowny i u prawie 30% chorych w 2-3 miesiącu dochodzi do trwającej kilka miesięcy i dłużej, przejściowej remisji. Objawy schorzenia, które występują w tym typie są dość mocno nasilone i typowe. Redukcja masy ciała, polyuria, polidypsja, polyphagia oraz skłonność do ketozy i śpiączki, przyspieszają rozpoznanie u 5-10% pacjentów. Dotyczy w większości dzieci i młodzieży. Pomimo, iż cukrzyca typu 1 dotyczy najczęściej dzieci i młodzieży, a szczyt zachorowań to wiek 6-8 lat i okres dojrzewania, mogą na ten typ cukrzycy zachorować osoby w każdym wieku, nawet bardzo zaawansowanym, po 70 roku życia. Cukrzyca u osób dorosłych, o podłożu autoimmunologicznym nosi nazwę LADA [11,13].

Cukrzyca typu 2 rozwija się odmiennie od typu 1. Przez wiele lat, może przebiegać jako stan przedcukrzycowy, albo może mieć charakter utajony. W tym przypadku, nie zaznaczają się tak typowe objawy cukrzycy i stąd przypadkowość jej rozpoznawania. Najczęściej wysokiemu stężeniu glukozy nie towarzyszą objawy kliniczne. Ostry początek występuje tylko u 15% chorych i niestety u 85% początek cukrzycy pozostaje nierozpoznany [14].

Cukrzyca typu 2 rozwija się w kilku etapach. Pierwszym z nich jest okres występowania nadwagi lub otyłości z insulinopornością. W tym okresie organizm podejmując próbę przełamania oporu komórek obwodowych prowadzi do hiperinsulinemii,

której towarzyszy jeszcze normoglikemia. W drugim etapie nadwadze lub otyłości towarzyszy insulinooporność i zaczyna się niewydolność wydzielnicza komórki β - następuje względny niedobór insuliny oraz nieuchronny wzrost glikemii. Etap trzeci, to okres gdy nadwadze lub otyłości towarzyszy insulinooporność, niewydolność wydzielnicza komórki β i bezwzględny niedobór insuliny. Jej brak wpływa na wiele narządów i tkanek, gdyż jest ona regulatorem nie tylko gospodarki węglowodanowej, ale także białkowej, tłuszczowej i elektrolitowej. Kluczowe i decydujące znaczenie ma w tym procesie stopień nadwagi [4].

Cukrzyca typu 2 rozwija się wiele lat bezobjawowo, w wieku dorosłym, często starszym. Najczęściej jako stany przedcukrzycowe (prediabetes) w okresie od 5 do 10 lat [4]. Rozwój choroby wiąże się z narastającą insulinoopornością i towarzyszącą jej kompensacją ze strony trzustki, czyli wzrostem insulinemii. Jednak mechanizm ten z czasem się wyczerpuje i dochodzi do hiperglikemii [1,9].

Czynnikiem sprzyjającym jest nadmierna podaż energii w stosunku do jej wydatkowania, szczególnie pożywienia o wysokiej gęstości energetycznej (z dużą zawartością tłuszczu i cukrów prostych), prowadząca do nadwagi i otyłości, a w konsekwencji cukrzycy typu 2. Wówczas mogą pojawić się objawy takie jak:

- wzmożone pragnienie (polidypsja) spowodowane odwodnieniem przez poliurię,
- częste oddawanie moczu (poliuria) w wyniku diurezy osmotycznej wywołanej pojawieniem się glukozy w moczu,
- utrata masy ciała i chudnięcie mimo normalnego odżywiania, spowodowana utylizacją tłuszczów na skutek niemożności wykorzystania glukozy przez tkanki,
- senność, osłabienie, co spowodowane jest ujemnym deficytem energetycznym,
- zaburzenia widzenia takie jak widzenie podwójne i nieostre, w wyniku wpływu glukozy, przenikającej w nadmiarze do soczewki i ciała szklanego, na właściwości refrakcyjne oka,
- infekcje okolic intymnych, to wynik zmniejszenia odporności,
- suchość w ustach w wyniku odwodnienia [1,2,4,9,10].

Ze względu na powolny wzrost glikemii w cukrzycy typu 2, pacjenci często nie wychwytyją obecnych u nich objawów. Hiperglikemia powoduje zmiany w naczyniach małych i jest to mikroangiopatia, ale także w dużych, wówczas jest to makroangiopatia [15]. Zaburzona gospodarka węglowodanowa w okresie utajenia cukrzycy typu 2, powoduje uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów, czego nie da się już cofnąć mimo leczenia.

Cukrzyca typu 2 występuje zwykle u pacjentów otyłych z towarzyszącym nadciśnieniem tętniczym i zaburzeniami w gospodarce lipidowej. Często dodatni jest też wywiad rodzinny w kierunku tego schorzenia [2,15,16].

Rodzaje cukrzycy

Wyróżnić można kilka typów choroby:

- Cukrzycę typu 1, stanowiącą od 8 do 10 % wszystkich zachorowań, w tym rozróżnia się: idiopatyczną i autoimmunologiczną;
- Cukrzycę typu 2, która występuje najczęściej- to 90-95% wszystkich chorych;
- Cukrzycę u kobiet w ciąży: ujawnienie utajonej, istniejącej już wcześniej cukrzycy lub wynikająca z ciąży, przemijająca;
- Cukrzycę o znanej przyczynie, czyli inne specyficzne typy cukrzycy. Występują one w przebiegu: genetycznych defektów czynności komórek β albo działania insuliny, uwarunkowanych genetycznie zespołów, procesów immunologicznych, zakażeń, chorób zewnątrz wydzielniczej części trzustki, endokrynopatii lub stosowanych leków [1,4,15].

Metody diagnostyczne

Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy powinny być wykonane przez lekarza rodzinnego. Częstość badań uzależniona jest od występowania czynników ryzyka oraz od poziomu glikemii na czczo. Czynnikiem ryzyka cukrzycy są:

- występowanie cukrzycy w rodzinie u krewnych I stopnia,
- nadwaga lub otyłość: obwód talii > 80 cm u kobiet i > 94 cm u mężczyzn i $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$,
- GDM, urodzenie dziecka o masie ciała większej niż 4000 g,
- $NT \geq 140/90$ mmHg lub choroba sercowo-naczyniowa, dyslipidemia: $HDL < 40$ mg/dl oraz $TG > 150$ mg/dl,
- rozpoznany stan przedcukrzycowy, lub stany związane z opornością na insulinę (otyłość, PCO),
- grupy etniczne o podwyższonym ryzyku lub nieaktywne fizycznie [9].

Metody lecznicze

W leczeniu cukrzycy typu 2 obecnie zaleca się stosowanie terapii wieloczynnikowej, prowadzącej do osiągnięcia optymalnej kontroli glikemii, ale także gospodarki lipidowej oraz ciśnienia tętniczego. Wielokierunkowe działanie ma na celu zapobieganie wystąpieniu powikłań i ich rozwojowi oraz powinna być modyfikowana przez całe życie chorego. Stanowi to ogromne wyzwanie dla pacjentów, które bardzo często jest dla chorych wyzwaniem nieosiągalnym. Wykazał to Fabian i wsp. badając osiągnięcie wyrównania kryteriów leczenia cukrzycy wśród chorych- żaden z ankietowanych nie osiągnął zadowalającego poziomu wyrównania parametrów kontroli choroby [1,4,14,17,18].

Istnieją trzy podstawowe zasady leczenia cukrzycy typu 2 a mianowicie:

- ustalenie z pacjentem możliwie osiągalnego celu wyrównania metabolicznego cukrzycy
- indywidualne podejście do wyznaczania celów i strategii leczenia,
- podejmowanie działań w wielu kierunkach, aby zmniejszyć ryzyko powikłań naczyniowych np.: zachęcanie do rzucenia palenia papierosów [1,4,15,17,18].

W obecnym podejściu i jego indywidualizacji nie obowiązuje jednakowa docelowa wartość HbA_{1c} dla wszystkich chorych. Celem jest ograniczenie wystąpienia hipoglikemii. W leczeniu główną rolę gra postawa i zaangażowanie chorego, stąd duży nacisk kładzie się na edukację pacjenta w zakresie diety, samokontroli, aktywności fizycznej [9,13].

Kryteria wyrównania cukrzycy typu 2 według aktualnych zaleceń PTD z 2016 roku to:

- HbA_{1c} ≤ 7% (≤ 53 mmol/mol) i ≤ 6,5% (≤ 48 mmol/mol) dla chorych bez rozwiniętych powikłań, oraz ≤ 8,0% (≤ 64 mmol/mol) u osób w starszym wieku i co najmniej jednym powikłaniem o charakterze makroangiopatii;
- stężenie cholesterolu całkowitego: < 175 mg/dl (< 4,5 mmol/l);
- stężenie cholesterolu frakcji LDL: < 70 mg/dl (< 1,9 mmol/l);
- stężenie cholesterolu frakcji LDL < 100 mg/dl (< 2,6 mmol/l);
- stężenie cholesterolu frakcji HDL: > 40 mg/dl (> 1,0 mmol/l) dla mężczyzn i wyższe o 10 mg/dl (o 0,275 mmol/l) dla kobiet;
- stężenie cholesterolu „nie HDL”: < 130 mg/dl (< 3,4 mmol/l);
- stężenie triglicerydów: < 150 mg/dl (< 1,7 mmol/l);
- ciśnienie skurczowe: < 140 mm Hg;

- ciśnienie rozkurczowe: < 90 mm Hg [4,17].

Wpływ cukrzycy typ 2 na organizm

Stanem wymagającym szybkiej interwencji jest hipoglikemia, gdy poziom glukozy we krwi zmniejszy się do wartości poniżej 70 mgdl (3,9mmol/l). Najczęstszą przyczyną tego stanu jest niedostosowana dawka insuliny, ale powodem może być też biegunka, wymioty, wysiłek fizyczny, miesiączka i inne stany. Kolejnym powikłaniem jest hiperglikemia, która ma charakter ostry lub przewlekły. Do ostrych zaliczyć można: kwasicę ketonową, czyli wynik nagłego niedoboru insuliny najczęściej w wyniku infekcji bakteryjnej, ostrego stanu chorobowego np.: zawału serca, udaru mózgu, ostrego zapalenia trzustki. Inny to stan hiperglikemiczno-hipermolarny, czyli śpiączka hiperosmolarna powstała na skutek powolnego odwodnienia, ze znacznym wzrostem glikemii i natremii, najczęściej u osób w starszym wieku. Kolejny to kwasica mleczanowa będąca wynikiem zatrucia, znacznego niedotlenienia, wstrząsu kardiogenego lub innych przyczyn niż klasyczne niedotlenienie np.: po spożyciu alkoholu i salicylanów [4,9,19].

Przewlekłe powikłania cukrzycy typu 2 rozwijają się latami i powodują uszkodzenie naczyń krwionośnych i nerwów, prowadząc do wtórnego uszkodzenia narządów. Do przewlekłych powikłań należą zmiany w naczyniach małych – mikroangiopatie i dużych-makroangiopatię. Powodując ograniczenia dopływu składników odżywczych do komórek.

Konsekwencjami mikroangiopatii są między innymi: retinopatia, nefropatia, neuropatia, zespół stopy cukrzycowej. Skutkiem makroangiopatii są: choroba niedokrwienna serca, choroba naczyniowa mózgu (udary mózgu), zmiany miażdżycowe w tętnicach kończyn dolnych. Zwiększa ryzyka powstania zaćmy, jaskry, zaburzeń pracy przewodu pokarmowego i naczyń krwionośnych, objawiających się zawrotami głowy. Prowadzi do zaburzeń w układzie ruchu takich jak fibromialgia i zapalenie pochewek ścięgnistych. Cukrzyca zaburza prawidłowe funkcjonowanie układu immunologicznego i powoduje częstszy rozwój infekcji na różnym podłożu, ograniczając zdolność do zdrowienia. U chorych na cukrzycę pojawiają się problemy związane z czynnościami seksualnymi, tak u mężczyzn jak i kobiet, często towarzyszą im zaburzenia lękowe i depresja. Chorzy na cukrzycę bardziej narażeni są na osteoporozę i entezopatię-ostrogę kostną. Występuje większa zapadalność na nowotwory złośliwe wątroby, trzustki, macicy, sutka, nerki i przewodu pokarmowego [4,9,20].

Diabetycy wykazują zwiększone ryzyko rozwoju infekcji dziąseł oraz próchnicy i paradontozy. Następstwem cukrzycy typu 2 jest też szybsze tempo starzenia się organizmu, gdyż wysokie stężenie glukozy oddziałuje niszcząco na cały organizm, wykazano również dwukrotnie wyższe prawdopodobieństwo łagodnego przerostu gruczołu krokowego niż u mężczyzn zdrowych. U chorych na cukrzycę od 2 do 4 razy częściej występuje zawał serca i udar mózgu porównując z osobami nie mającymi tego schorzenia. Z szacunków CDC wynika, że ok.60-70% chorujących na cukrzycę ma uszkodzenie układu nerwowego w mniejszym lub większym stopniu [18,21,22].

Ze względu na przewlekły charakter cukrzycy ma to wpływ na samopoczucie psychiczne pacjentów. Jest to szczególnie rodzaj trudnej sytuacji w życiu samego chorego, ale i jego rodziny. Długotrwały stres związany ze schorzeniem zakłóca przebieg choroby. Dlatego konieczna jest w tej chorobie interwencja psychologiczna wnosząca poprawę stanu psychicznego i wpływa korzystnie na funkcjonowanie pacjenta w chorobie [23].

Ponadto choroba wiąże się z konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi w Polsce i na Świecie. Cukrzyca jest w obecnych czasach epidemią, a także chorobą społeczną. Dotyka coraz większą część społeczeństw, wyrządzając im szkodę. Według Banku Światowego cukrzyca zajmuje drugie miejsce po niedokrwiennnej chorobie serca, w skali wielkości obciążenia ekonomicznego społeczeństw. Nakłady pieniężne związane są z leczeniem są bezpośrednie i pośrednie. Składają się na nie koszty badań, hospitalizacji, ale także zwolnień lekarskich, zasiłków pielęgnacyjnych, wcześniejszych emerytur, rent, absencji w szkole i pracy, również wydatki związane z dojazdem do szpitala i domową opieką nad chorym. Budżety państw są zmuszone przeznaczać coraz większe środki na leczenie i rehabilitację. U diabetyków występują schorzenia współistniejące oraz powikłania tego schorzenia, co powoduje pięciokrotne zwiększenie kosztów ich leczenia, w porównaniu z osobami bez cukrzycy [1,3,4,5,24].

Wydatki na leczenie cukrzycy w krajach rozwiniętych stanowią od 2 % do 7% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Według IDF koszty związane z leczeniem cukrzycy na świecie w 2012 roku wyliczono na 471 mld dolarów, co stanowiło 11% wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że do roku 2030 koszty profilaktyki i leczenia cukrzycy i jej powikłań mogą pochłonąć nawet 600 mld dolarów [1,26].

W Polsce określono całkowite koszty bezpośrednie leczenia jednego pacjenta w ciągu roku na 2430 zł, a pośrednie na 6797 zł, przy czym ogólny koszt leczenia cukrzycy typu 2 to kwota 20 mln złotych. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 roku na leczenie cukrzycy wydał

ponad 5,6 mld zł z czego właściwe koszty leczenia wyniosły 1,5 mld zł a 2,3 mld zł stanowił koszt leczenia powikłań tego schorzenia, dodatkowo 1,5 mld zł stanowiły wydatki związane z utraconą produktywnością, a resztę koszty niezwiązane z leczeniem, a zwolnieniami lekarskimi [1,8].

Zwiększające się wydatki spowodowały organizację badań na ten temat, aby najlepiej gospodarować przeznaczonymi środkami. Takim badaniem dotyczącym cukrzycy typu 2 było opublikowane w 2002 roku badanie CODE-2 i dotyczyły 8 europejskich krajów z udziałem 7000 chorych. Na podstawie tego badania określono średni roczny koszt leczenia cukrzycy typu 2 w Europie na 2834 Euro. W kosztach ogólnych 54% były to wydatki na hospitalizację, 18% - leczenie ambulatoryjne, 7% - leki doustne i 21 % stanowiły koszty inne [4,27]. W Polsce obliczenia całkowitych kosztów leczenia cukrzycy typu 2 podjęli się Kawalec i Łach w badaniu CODIP opublikowanym w 2004 roku. Największe nakłady finansowe przeznaczane są w Polsce na hospitalizacje-35%, 26% to wydatki na leki hipoglikemizujące, a 22% na inne leki, pozostałe 14% obejmuje koszt wizyt ambulatoryjnych. Stąd wniosek, że obciążenie finansowe związane z leczeniem cukrzycy typu 2 jest w Polsce znaczące [4,6]. Obniżenie produktywności chorych generuje koszty porównywalne do leczenia samej jednostki chorobowej i jej powikłań [4,6].

Wiedza o cukrzycy typu 2 metodą zapobiegania jej występowania i powikłaniom

Definicja wiedzy według Słownika języka polskiego mówi, iż jest to: „ogół wiadomości zdobytych dzięki badaniom, uczeniu się itp.; też: zasób informacji z jakiejś dziedziny, znajomość czegoś” [28]. Edukacja jest ważnym elementem w profilaktyce i zapobieganiu powikłań chorób przewlekłych takich jak cukrzyca typu 2 [29].

Prekursor obecnej diabetologii E. Joslin, już w pierwszym podręczniku dla pacjentów z 1919 roku stwierdził, iż „chorzy wiedzący najwięcej żyją najdłużej” [5]. Głównym problemem w walce z cukrzycą typu 2 jest to, iż niestety co trzeci- czwarty pacjent jest nieświadomy swojej choroby. Sytuacja taka wynika z długiego okresu bezobjawowego w rozwoju tego typu cukrzycy. Stąd potrzeba edukowania społeczeństwa i konieczność wykonywania badań przesiewowych [30].

Rozpoznawanie stanów przedcukrzycowych ma kluczowe znaczenie w prewencji różnorodnych powikłań zagrażających chorym, szczególnie ważne jest to, ze względu na

ciągłe zwiększającą się obecnie zachorowalność [25,30]. Głównym obszarem działań wydaje się zwiększanie wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka, szczególnie prewencji nadwagi i otyłości. W badaniach nad wpływem obniżenia masy ciała na zmniejszenie zapadalności na cukrzycę typu 2, Burk i wsp. wykazali obniżenie zachorowalności o 13% w wyniku obniżenia masy ciała o 1 punkt wskaźnika BMI [31]. Wiedza i związane z tym zachowania prozdrowotne mają największe znaczenie w zahamowaniu rozwoju tego typu cukrzycy. Udowodniono to w fińskim badaniu- Finisch Diabetes Prewention Study, gdzie podczas trzyletnich obserwacji u pacjentów z IGT, u których zastosowano dietę i wysiłek fizyczny, ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 zmniejszyło się o 58% [31]. Wiedza to narzędzie, które daje choremu możliwość efektywnej samoopieki i pielęgnacji, ale także wzmacnia akceptację choroby i samoocenę. Posiadane informacje i umiejętności dają poczucie kontroli nad schorzeniem i mobilizują do aktywniejszego udziału w dbaniu o swoje zdrowie. Wiedza zwiększa poczucie własnej skuteczności, co wpływa, jak wykazali Schwarzer i wsp. na wysoki poziom zachowań zdrowotnych, takich jak: kontrola wagi ciała, podejmowanie aktywności fizycznej, unikanie bądź ograniczanie uzależnień [32].

Wyższy poziom wiedzy i wykształcenia rozwija zarówno potrzeby, jak i pozwala na ich zaspokojenie. Osoby z wyższym wykształceniem cechują się lepszymi nawykami żywieniowymi oraz lepszym nastawieniem psychicznym w porównaniu do osób gorzej wykształconych. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta częstość stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych [33]. Graczykowska-Kaczorowska i wsp. w swoich badaniach potwierdzili, iż pacjent posiadający większą wiedzę, dzięki szkoleniom, bardziej współuczestniczy w procesie leczenia [34].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Cukrzyca typu 2 mimo, iż nie jest chorobą zakaźną nosi miano epidemii. Zaznacza się obecnie trend ciągłego wzrostu zachorowań, w tym osób w coraz młodszym wieku. Niebezpiecznym zjawiskiem są coraz częstsze przypadki występowania cukrzycy typu 2 u dzieci. Tendencja wzrostowa zachorowań występuje na całym świecie, a przewidywania epidemiologiczne nie są optymistyczne. W związku z istniejącymi możliwościami profilaktyki i zapobiegania cukrzycy typu 2 poprzez modyfikację stylu życia i zastosowanie diety, ważna jest edukacja społeczeństw, w celu pobudzenia do zachowań prozdrowotnych.

Celem pracy było:

1. Ocena wiedzy mieszkańców powiatu oleckiego na temat cukrzycy typu 2.
2. Określenia źródeł pozyskiwania wiedzy.
3. Analiza świadomości społeczeństwa na temat zachowań sprzyjających zachorowaniu na cukrzycę typu 2.
4. Wyznaczenie obszarów wymagających edukacji diabetologicznej.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie są źródła pozyskiwania wiedzy przez pacjentów?
2. Jak przedstawia się poziom wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka, objawów, powikłań i ogólnej wiedzy na temat cukrzycy typu 2?
3. Czy pacjenci mają świadomość swojej roli w zapobieganiu cukrzycy typu 2?
4. Które obszary edukacji diabetologicznej wymagają większego zainteresowania ze strony osób edukujących pacjentów?

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono w okresie od lutego 2017 roku do końca marca 2017 roku w Zakładzie Leczniczym Eskulap Sp. z o. o w Olecku, a objęto nim 105 losowo wybranych osób. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

Metodą badawczą zastosowaną w celu przeprowadzenia badania był sondaż diagnostyczny. W opinii T. Pilcha jest najbardziej popularną metodą badawczą, która zgodnie z definicją „ jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych- posiadających znaczenie wychowawcze- w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje [35].”

Metoda została wykorzystana ze względu na to, iż umożliwia zbadanie zjawisk rozproszonych w społeczeństwie. Sondaż diagnostyczny pozwalał badanym na swobodne

wyrażanie swoich opinii, co miało korzystny wpływ na zebranie wartościowego materiału badawczego.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji (Załącznik nr 2), który składał się z dwudziestu trzech pytań, w tym pięciu charakteryzujących grupę badaną (dotyczącą wieku, płci, wykształcenia, statusu zawodowego i miejsca zamieszkania). W drugiej części kwestionariusza były pytania dotyczące wiedzy o cukrzycy typu 2 (czynników sprzyjających zachorowaniu, objawów choroby, powikłań, roli aktywności fizycznej i masy ciała na rozwój cukrzycy typu 2). Ankietowani odpowiadali na pytania zaznaczając jedną bądź kilka przedstawionych odpowiedzi lub stwierdzeń. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki poddano analizie statystycznej wykorzystując program Microsoft Excel. W zobrazowaniu statystyki wykorzystano histogramy, wykresy oraz tabele liczości. Wartości niemierzalne zostały przedstawione za pomocą liczości i odsetka.

WYNIKI

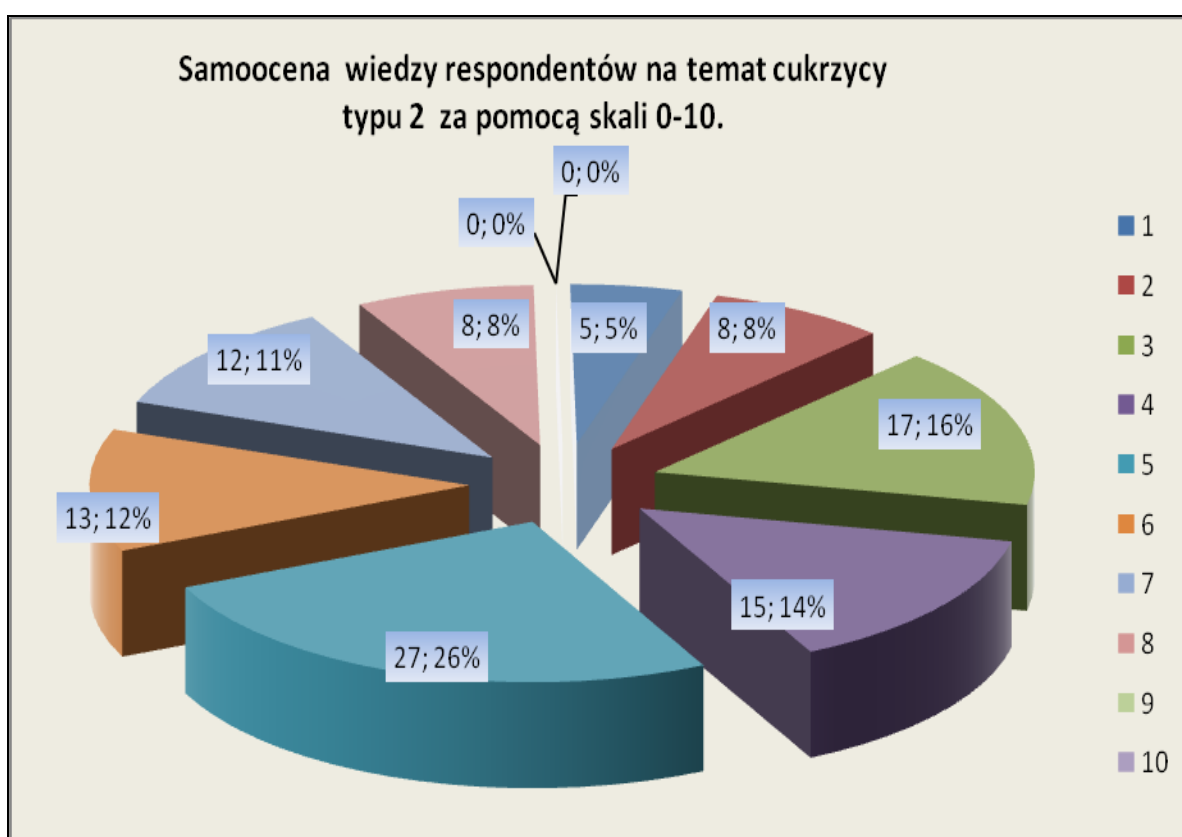
Charakterystyka grupy badawczej

W przeprowadzonym badaniu na populacji powiatu oleckiego wzięło udział 105 osób w przedziale wiekowym od 18 do ponad 70 lat. Badani byli pacjentami Zakładu Leczniczego Eskulap w Olecku, placówką w której pracują lekarze rodzinni. Najliczniejszą grupą były osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat-26 osób co stanowiło 25% ankietowanych, nieco mniej było w wieku 41-50 lat-24% i w wieku 61-70 lat-21%. Najmniej liczną grupę stanowili badani w wieku powyżej 70 lat- 6%. Struktura badanej grupy przedstawiona jest na poniższych rycinach

W prowadzonym badaniu dotyczącym wiedzy na temat cukrzycy typu 2 chętniej brały udział kobiety, które stanowiły zdecydowaną większość ankietowanych, bo aż 70% (74 osoby)

Zadano ankietowanym pytanie: Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat cukrzycy typu 2? Do udzielenia odpowiedzi udostępniono badanym dziesięciopunktową skalę,

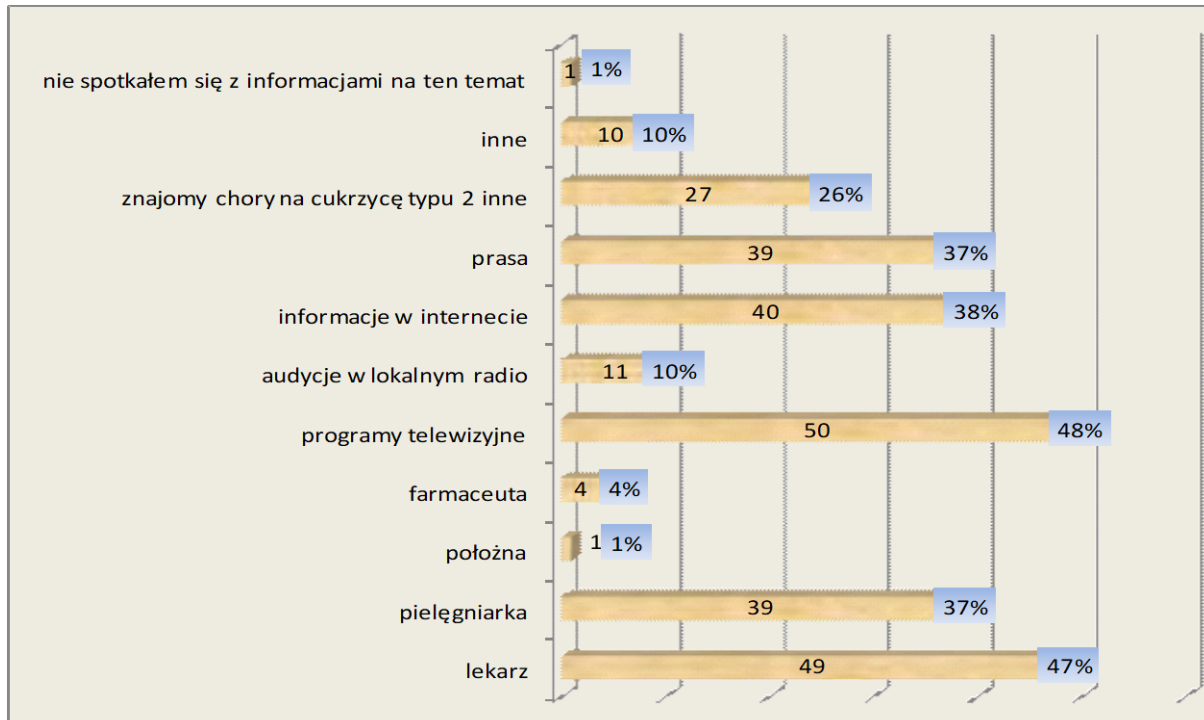
na której określali oni poziom swojej wiedzy. Nikt nie zaznaczył na skali cyfry dziewięć i dziesięć, a najwięcej respondentów, bo dwadzieścia siedem osób określiło swoją wiedzę na poziomie cyfry 5, czyli średnim. Najmniej osób bo tylko pięć (5%), zaznaczyło cyfrę jeden określającą brak wiedzy na dany temat. Porównywalnie liczne były grupy osób zaznaczających swoje odpowiedzi na poziomie cyfr trzy-17% i cztery- 15%. Większość respondentów oceniła swoją wiedzę na bardzo niskim poziomie, a co trzeci określił swoją wiedzę na wyższym poziomie w przedziale od cyfry sześć do osiem (Ryc.1).



Ryc. 1. Ocena poziomu wiedzy dokonana przez respondentów

Dla ankietowanych źródłem pozyskiwania wiedzy na temat cukrzycy typu 2 są w głównej mierze dla niemal połowy (48%) programy telewizyjne oraz informacje udzielone przez lekarza (47%). W drugiej kolejności badani szukają informacji korzystając z różnych stron internetowych -38% odpowiadających. Prasa i edukacja pielęgniarska stanowi źródło informacji o cukrzycy typu 2 dla -37%. Tylko jedna osoba na sto pięć badanych nie spotkała

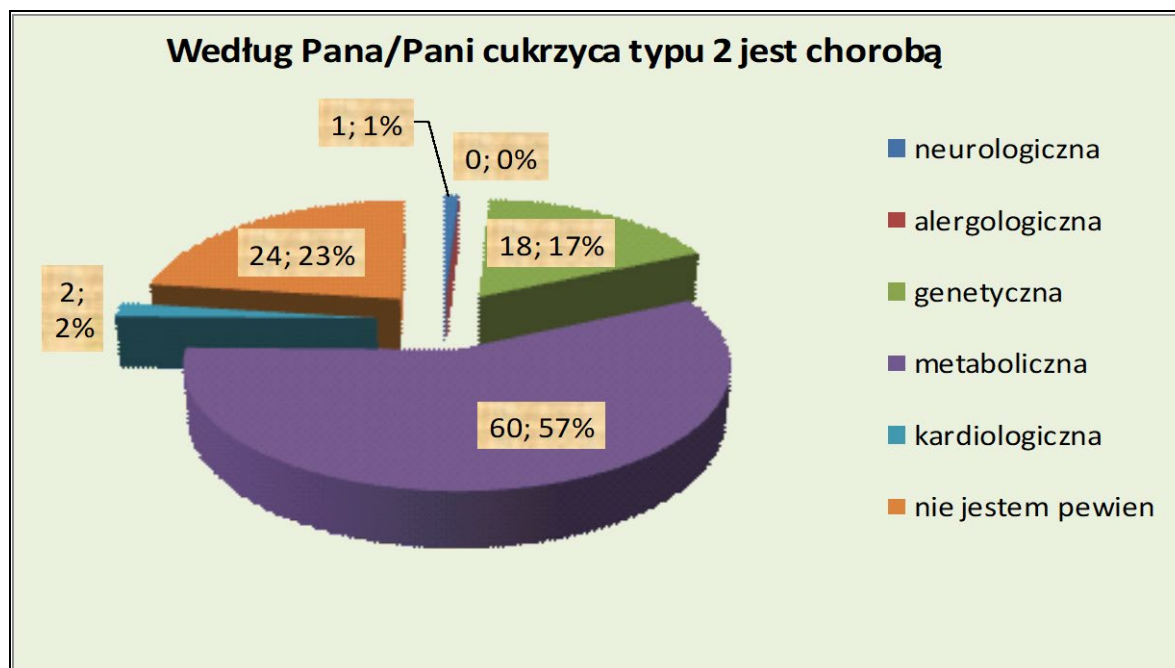
się z informacjami na temat cukrzycy typu 2. Niewielka grupa 10 % respondentów szuka wiedzy na dany temat na organizowanych spotkaniach diabetologicznych, szkoleniach w pracy oraz książkach medycznych (Ryc. 2).



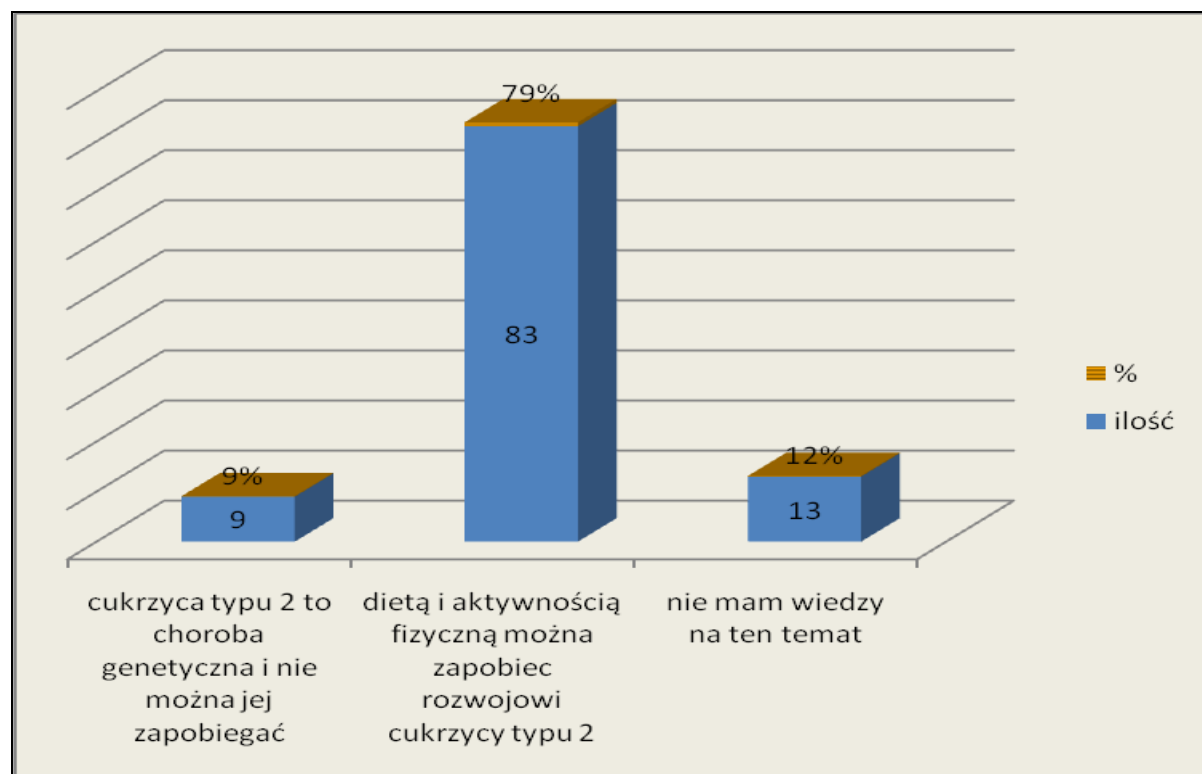
Ryc. 2. Źródła pozyskiwania wiedzy przez ankietowanych

W etiopatogenezie cukrzycy typu 2 główną rolę odgrywają czynniki środowiskowe w tym nadwaga i otyłość. Wśród stu pięciu badanych osób ponad połowa zgadza się ze stwierdzeniem, że cukrzyca typu 2 jest chorobą metaboliczną, co świadczy o znajomości tematu. Duża grupa ankietowanych osób wykazała niewystarczającą wiedzę na ten temat. Dla 17% badanych jest to choroba genetyczna, dwie osoby zidentyfikowały cukrzycę typu 2 jako chorobę kardiologiczną, a jedna jako neurologiczną. Prawie jedna czwarta grupy badanej, bo 24 osoby (23%) badanych nie wiedziała jaka jest etiologia tego schorzenia. Respondentów poproszono, aby spośród trzech stwierdzeń wybrali jedno, z którym się zgadzają. Stwierdzenie pierwsze brzmiało: cukrzyca typu 2 to choroba genetyczna i nie można jej zapobiegać. Druga odpowiedź miała brzmienie: dietą i aktywnością fizyczną można zapobiec rozwojowi cukrzycy typu 2. Ostatni punkt mówił: nie mam wiedzy na ten temat. Ogromna większość, bo 83 (79%) osoby wybrało drugą odpowiedź, co świadczy

iż respondenci mają świadomość znaczenia ruchu i diety w rozwoju cukrzycy typu 2. Jednak 21% wykazało brak wiedzy w tym zakresie (Ryc.4).



Ryc. 3. Ocena wiedzy na temat etiologii cukrzycy typu 2



Ryc. 4. Określenie choroby przez respondentów

Ankietowanym zadano pytanie: „, Kto Pana/Pani zdaniem może zachorować na cukrzycę typu 2?”. Ogromna większość-93% miała świadomość, iż bardziej narażone na zachorowanie są osoby z nadwagą lub otyłością, a także mało aktywne fizycznie-59%. Połowa badanych wiedziała też, iż osoby z rodzin gdzie występowała cukrzyca są w grupie ryzyka. Część badanej populacji wykazała niepełną wiedzę w tym zakresie łącząc zagrożenie zachorowania z jedzeniem słodczy (24%), ciążą (19%), jak również nadużywaniem alkoholu (15%). W zdecydowanej mniejszości znalazły się też takie odpowiedzi jak: palacze papierosów (7%), lub osoby bardzo szczupłe (3%). Bardzo niewielka ilość osób, bo 3% nie miała żadnej wiedzy na ten temat (Ryc.5).



Ryc. 5. Grupy ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 według badanych

*Przy udzielaniu odpowiedzi możliwe było zaznaczenie kilku opcji, stąd też odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Dla zdecydowanej większości biorących udział w badaniu znany był prawidłowy poziom glikemii, dwie trzecie badanych zaznaczyło, iż jest to w tym zakresie na poziomie 60-100mg%. Tylko jedna osoba wybrała odpowiedź, że poziom cukru powinien być poniżej 59mg%. Dość liczna grupa jednakże nie znała norm glikemii: 15% osób stwierdziło, że prawidłowa glikemia to >110mg%, a 11% zaznaczyło odpowiedź: nie wiem (Ryc.6).



Ryc. 6. Ocena norm stężenia glikemii przez respondentów

Prawidłową odpowiedź brzmiącą: „cukrzyca typu 2 występuje u ludzi otyłych i mało aktywnych”, w zdecydowanej większości wybrali mieszkańcy miasta. To stwierdzenie zaznaczyło 79% ogólnej liczby mieszkańców miasta biorących udział w badaniu, mieszkańcy wsi udzielili więcej nieprawidłowych odpowiedzi: prawie jedna czwarta z ankietowanej populacji wiejskiej, stwierdziła, że cukrzyca spowodowana jest nadmiernym spożywaniem cukru, 9% że cukrzycę można wyleczyć dietą bezcukrową, a 13% myślało, że jest to schorzenie tylko ludzi starych (Tab. I.).

Tab. I. Zestawienie wybranych stwierdzeń o cukrzycy typu 2

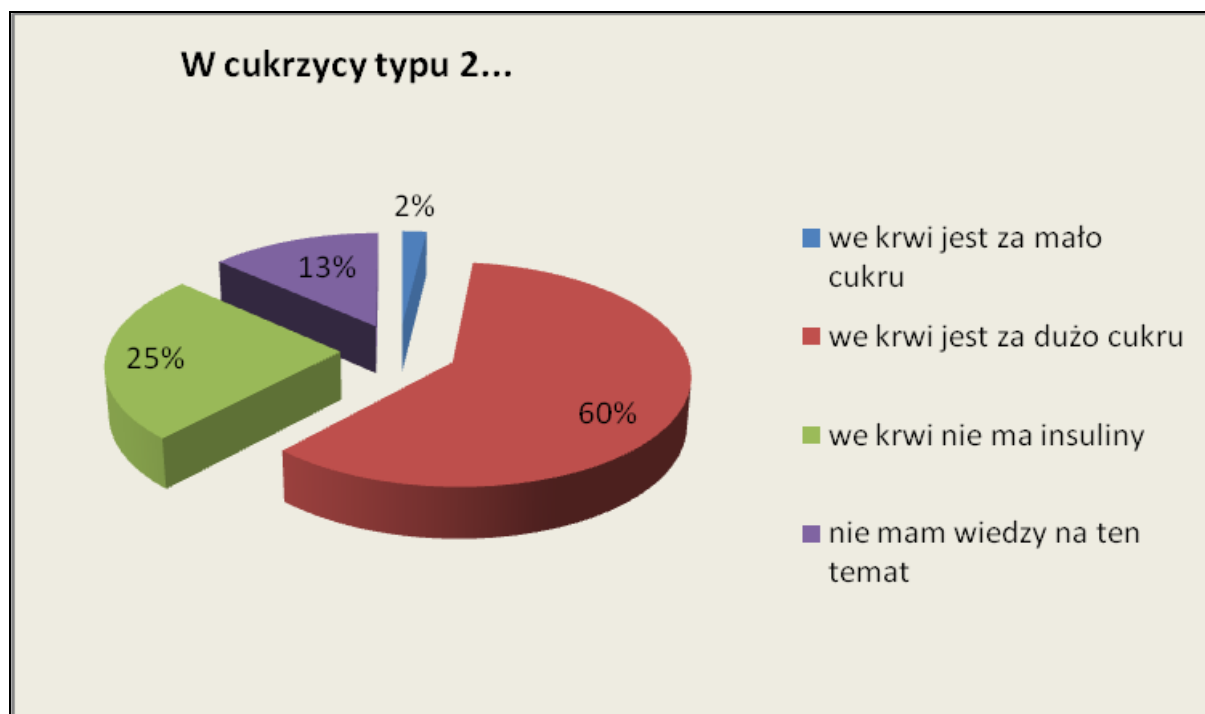
	mieszkańcy miasta	% mieszkańcy miasta	mieszkańcy wsi	% mieszkańcy wsi
cukrzyca typu 2 spowodowana jest nadmiernym spożyciem cukru	6	7%	5	22%
cukrzycę da się wyleczyć dietą bezcukrową	7	9%	2	9%
cukrzyca typu 2 występuje u ludzi otyłych i mało aktywnych	65	79%	13	56%
cukrzyca typu 2 dotyczy tylko ludzi starych	4	5%	3	13%
OGÓŁEM	82	100%	23	100%

*Tabela własnej konstrukcji.

W jednym z pytań zawarto cztery warianty odpowiedzi dotyczących poziomu insuliny i cukru we krwi w cukrzycy typu 2. Ponad połowa respondentów wybrała stwierdzenie, że we krwi jest za dużo cukru. Jednak 40% ankietowanych udzieliła błędnych odpowiedzi, w tym 2% , że we krwi u chorego na cukrzycę typu 2 jest za mało cukru, a 13% pytanych przyznało, iż nic nie wie na ten temat (Ryc.7).

Najbardziej trafnych odpowiedzi udzielały osoby w grupie wiekowej 61-70 lat, które osiągnęły wynik 73% .Grupami wiekowym, które wykazały się niewielką wiedzą byli badani w wieku 18-29 lat oraz 51-60 lat. Respondenci z tych grup udzielili ponad połowę nieprawidłowych odpowiedzi (Tab.II.).

Wiedza ankietowanych na temat wpływu glikemii na organizm jest niezadowalająca. Jedynie 28% badanych zaznaczyło, że wysokie poziomy glukozy powodują uszkodzenie śródbłonna naczyniowego i komórek nerwów obwodowych. Większość respondentów nie знаła powikłań związanych z hiperglikemią. 40% badanych wybrała odpowiedź trudno powiedzieć, a 28% uznało, że hiperglikemie powodują uszkodzenie mięśni szkieletowych, wątroby i tkanki tłuszczowej (Ryc.8).

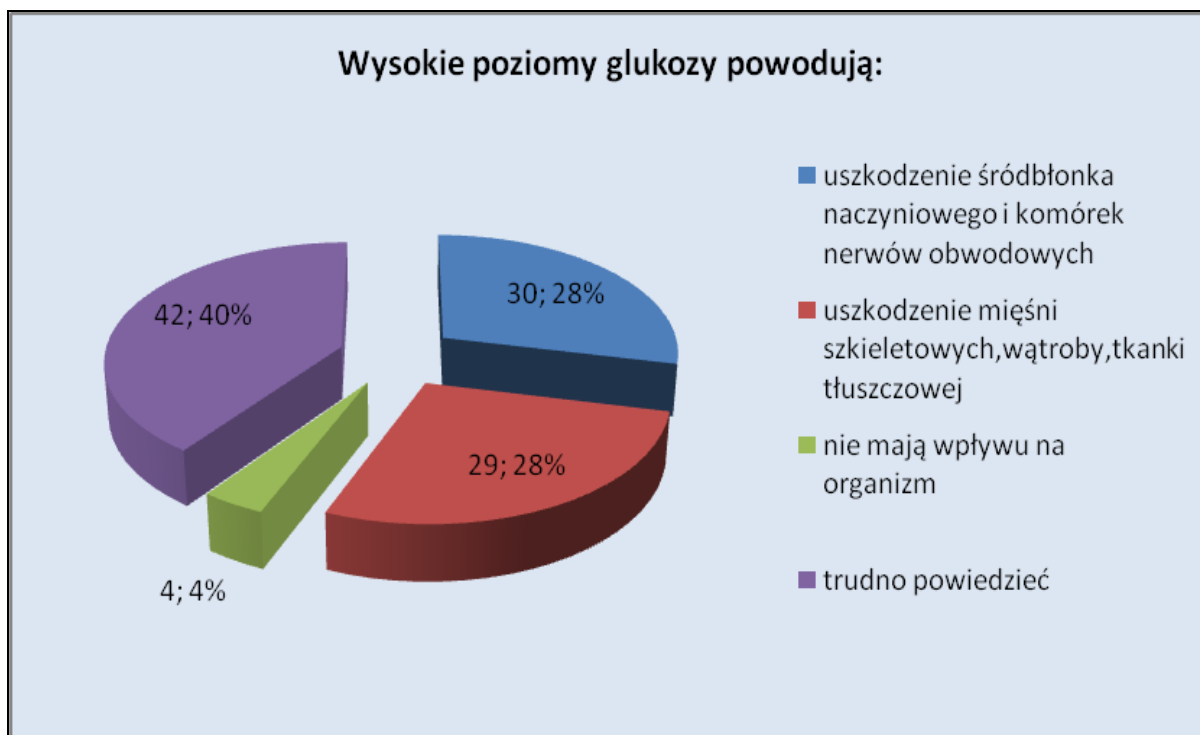


Ryc. 7. Opinia respondentów dotycząca stężenia insuliny i glukozy we krwi

Tab. II. Zestawienie odpowiedzi na temat poziomu cukru i insuliny we krwi w cukrzycy typu 2 udzielonych przez badanych

	18-29lat	18-29lat	30-40lat	30-40lat	41-50lat	41-50lat	51-60lat	51-60lat	61-70lat	61-70lat	>70lat	>70lat	razem
we krwi jest za mało cukru	1	11,1%	0	0	1	4%	0	0	0	0	0	0	2
we krwi jest za dużo cukru	4	44,4%	11	64,71%	15	60%	12	46,153%	16	72,7%	4	67%	63
we krwi nie ma insuliny	1	11,1%	6	35,29%	7	28%	8	30,769%	3	13,63%	2	33%	26
nie mam wiedzy na ten temat	3	33%	0	0	2	8%	6	23,076%	3	13,6%	0		14
	9	100,0%	17	100,00%	25	100%	26	100,00%	22	100%	6	100%	105

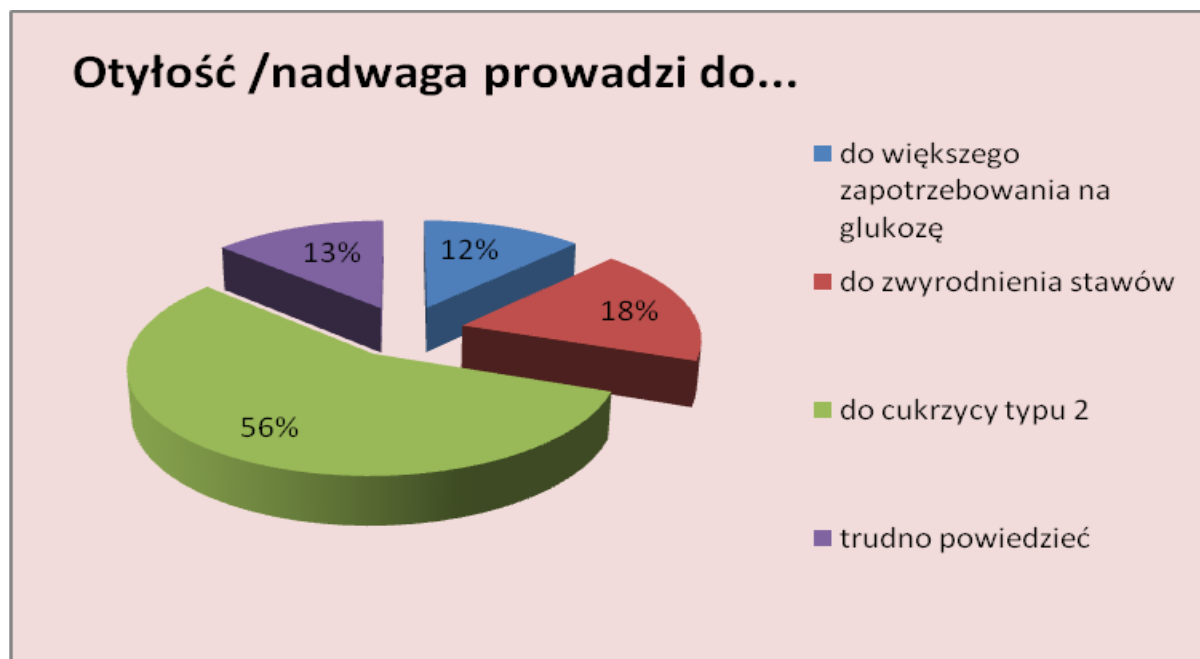
*Tabela własnej konstrukcji.



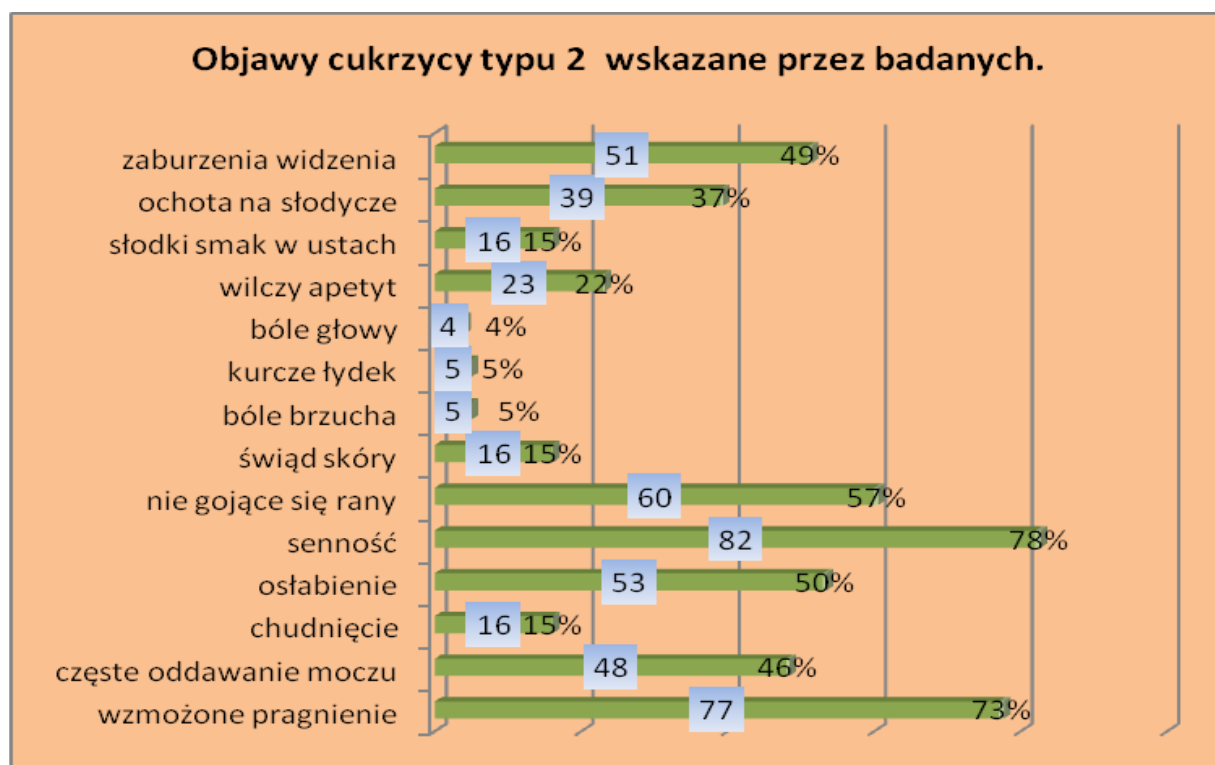
Ryc. 8. Skutki wysokich poziomów glukozy we krwi w opinii badanych

Duża grupa ankietowanych miała świadomość, iż nadwaga lub otyłość prowadzić może do wielu schorzeń i jednym z nich jest cukrzyca typu 2. Taką odpowiedź wybrało 56% z uczestniczących w badaniu. Jednak dla pozostałej grupy respondentów wydawało się, iż nadmierna masa ciała, skutkuje zwyrodnieniem stawów (18%), większym zapotrzebowaniem na glukozę (12%), a część nie umiała powiedzieć nic na ten temat (Ryc. 9).

Cukrzyca typu 2 jak i innym schorzeniom towarzyszy wiele charakterystycznych objawów. Poproszono ankietowanych, aby wskazali pięć najbardziej sobie znanych, związanych z tą jednostką chorobową. Najczęściej wybieranymi były: senność (78%), wzmożone pragnienie (73%). Około połowa udzielających odpowiedzi podawała również: na niegojące się rany, osłabienie oraz zaburzenie widzenia. Większość wybranych odpowiedzi przez respondentów jest opisywana w literaturze jako objaw cukrzycy typu 2. Zdarzały się także odpowiedzi jak: słodki smak w ustach (15%), bóle brzucha (5%), kurcze łydek (5%), czy wilczy apetyt (22%), które nie są związane z cukrzycą typu 2. Dość często, bo wśród badanych w 37% cukrzyca kojarzona jest z ochotą na słodkie. Oznacza to tylko, nieznajomość tego zagadnienia przez odpowiadających (Ryc.10).



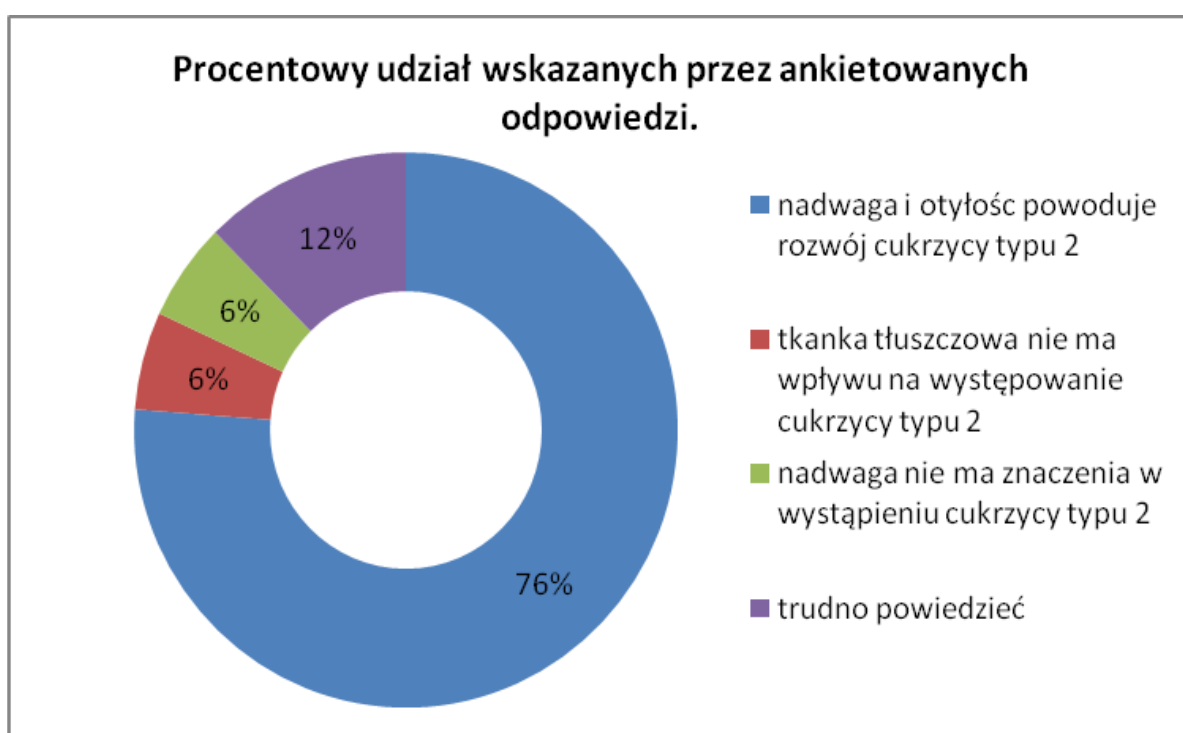
Ryc. 9. Skutki otyłości lub nadwagi w opinii respondentów



Ryc. 10. Objawy cukrzycy typu 2 w opinii respondentów

*Przy udzielaniu odpowiedzi możliwe było zaznaczenie kilku opcji, stąd też odpowiedzi nie sumują się do 100%

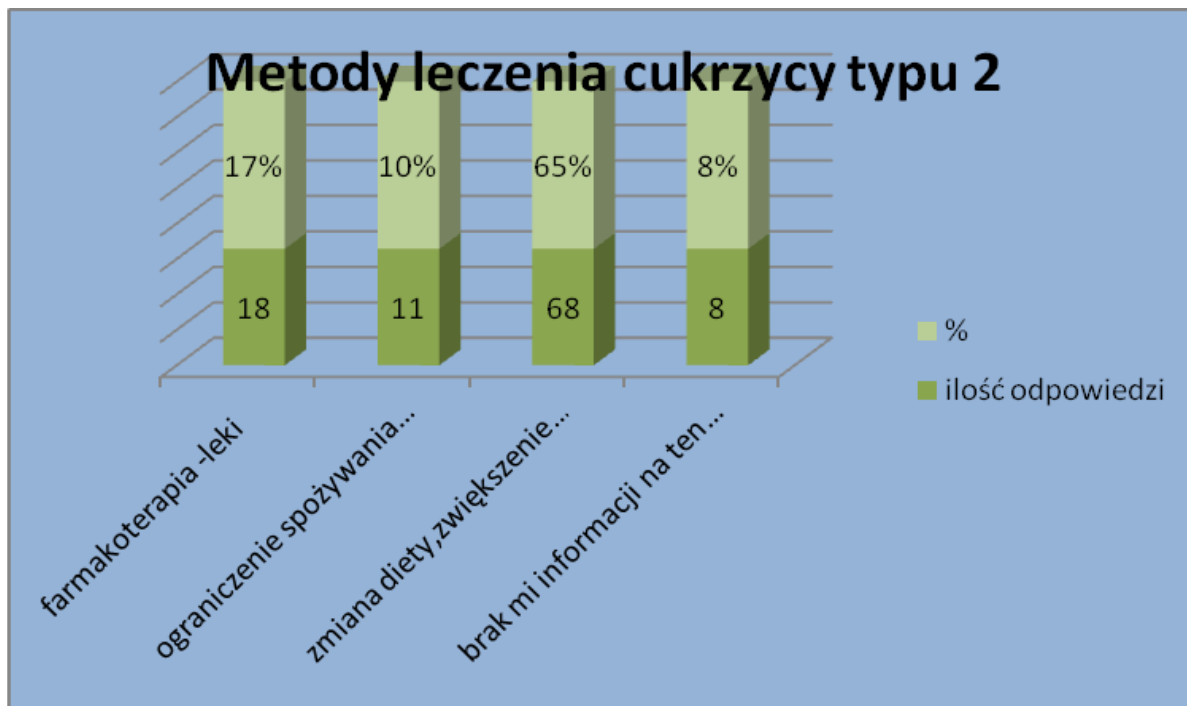
Spośród czterech odpowiedzi odnoszących się do roli tkanki tłuszczowej w rozwoju cukrzycy typu 2 respondenci mieli wybrać jedną, według nich prawdziwą. Ogromna większość, bo 76% zgodziła się ze zdaniem, że nadwaga i otyłość powoduje rozwój cukrzycy typu 2 i miała świadomość zagrożenia, które stanowi w tym schorzeniu nadmierna masa ciała. Jednakże jedna czwarta badanej grupy, nie miała wiedzy w tym zakresie wybierając zdania mówiące, iż tkanka tłuszczowa nie ma wpływu na występowanie cukrzycy typu 2, oraz że nadwaga nie ma znaczenia w wystąpieniu cukrzycy typu 2, bądź oznaczając odpowiedź: „trudno powiedzieć” (Ryc.11).



Ryc. 11. Opinie badanych na temat wpływu nadwagi i otyłości na powstanie cukrzycy typu 2

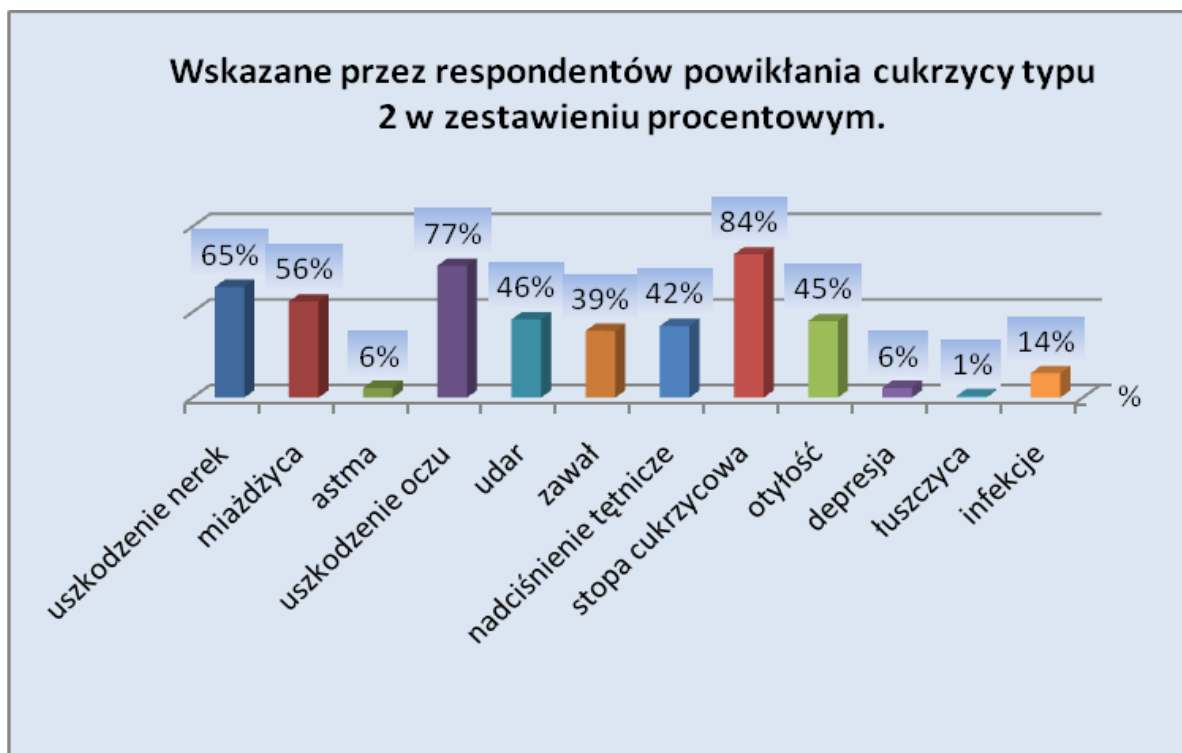
Badanych zapytano o sposoby leczenia cukrzycy typu 2. Najmniej osób, bo 8% nie miało informacji na ten temat. Jednak ponad połowa ankietowanych, czyli 65% przyznała, że sposobem leczenia tego schorzenia jest zmiana diety, zwiększenie aktywności fizycznej i włączenie leków. Pokazuje to, iż ta część respondentów posiadała wiedzę w tym zakresie na zadowalającym poziomie. Dla części odpowiadających tj. 17% metodą leczenia cukrzycy

typu 2 była sama farmakoterapia a dla 10% ograniczenie spożycia słodczy, co wskazuje na niepełną wiedzę respondentów na dany temat (Ryc. 12).



Ryc. 12. Opinia respondentów na temat metod leczenia cukrzycy typu 2

Kolejnym punktem badań było pytanie na temat znanych dla badanych powikłań cukrzycy typu 2. Większość respondentów ma świadomość jakie uszkodzenia i konsekwencje może powodować ta choroba. Spośród podanych do wyboru najbardziej znanym była stopa cukrzycowa, tą odpowiedź zaznaczyła przeważająca część badanych- 84%. Wśród biorących udział w badaniu bardzo często także wybierano uszkodzenie oczu. Ponad połowa ankietowanych знаła powikłanie w postaci uszkodzenia nerek, oraz miażdżycy. Mniej niż połowa badanych, ale dość liczna grupa ankietowanych wiedziała, iż cukrzyca typu 2 może w konsekwencji prowadzić do udaru (46%), zawału (39%), czy nadciśnienia tętniczego (42%). Niewiele osób wiedziało, iż cukrzyca zwiększa skłonność do różnych infekcji- tylko 14%, oraz o tym, iż przyczynić się może do rozwoju depresji-6%. Spora grupa respondentów myliła również czynnik predysponujący do wystąpienia przytaczanego schorzenia z jego powikłaniem wybierając otyłość (45%). W zdecydowanej mniejszości była grupa 6% , dla której astma stanowiła konsekwencję cukrzycy typu 2, oraz 1% wyrażający opinię, iż wynikiem tej choroby jest łuszczyca (Ryc. 13).

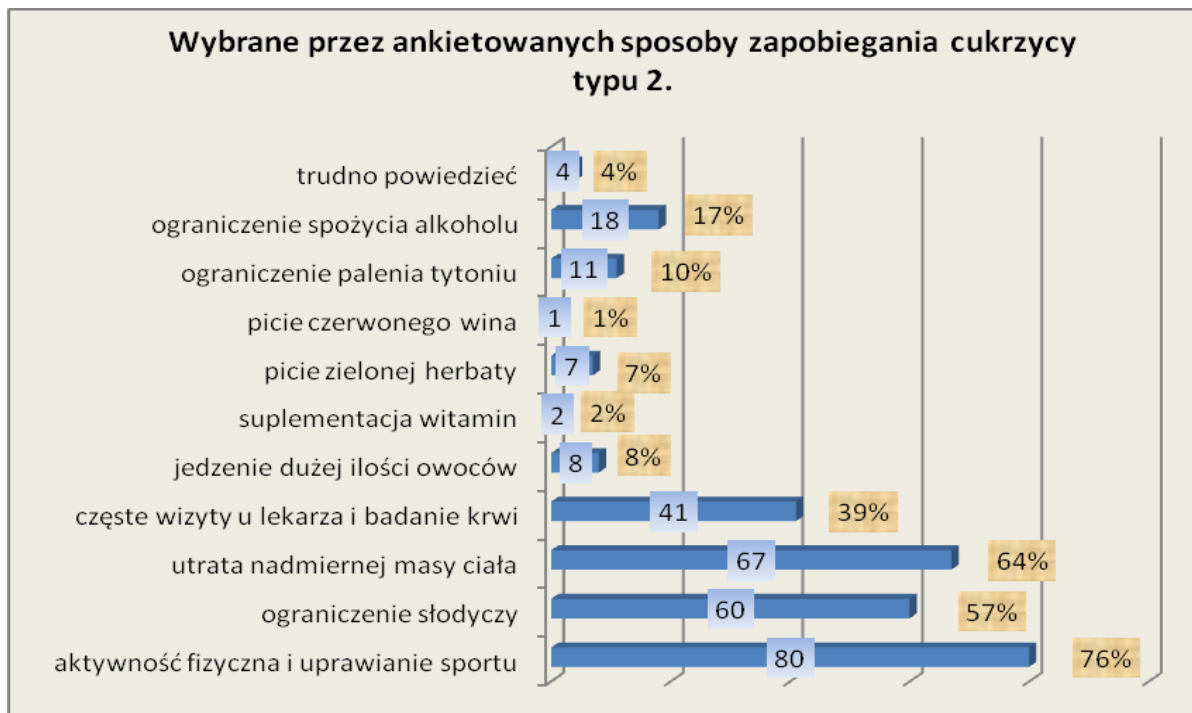


Ryc. 13. Powikłania cukrzycy typu 2 w odpowiedziach badanych w opinii respondentów

*Przy udzielaniu odpowiedzi możliwe było zaznaczenie kilku opcji, stąd też odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wielu chorobom można zapobiegać poprzez stosowanie się do odpowiednich zaleceń, tak też jest w przypadku cukrzycy typu 2. W związku z tym, ankietowanym zadano pytanie: jakie działania mają największy wpływ na zapobieganie cukrzycy typu 2? Wiedza badanych w tym zakresie reprezentowała zadawalający poziom, gdyż zdecydowana większość wiedziała, że właściwym działaniem w profilaktyce cukrzycy typu 2 jest aktywność fizyczna i uprawianie sportu-76% odpowiedzi. Ponadto 64% respondentów zaznaczyła, iż ważna jest utrata nadmiernej masy ciała. Dla badanych również ważnym sposobem działania w profilaktyce cukrzycy typu 2 było ograniczenie spożycia słodczy (57%), częste wizyty u lekarza i badanie krwi (39%), oraz ograniczenie picia alkoholu (17%). Mniejsza część ankietowanych przytaczała metody profilaktyki, które nie są związane z ograniczeniem zachorowania na cukrzycę typu 2 np: jedzenie dużej ilości owoców (8%), suplementacja

witamin (2%), picie zielonej herbaty (7%), ograniczenie palenia tytoniu (10%), a nawet w 1% odpowiedzi picie czerwonego wina. Tylko 4 osoby nie miały żadnej wiedzy na ten temat (Ryc. 14).



Ryc.14. Sposoby zapobiegania cukrzycy typu 2 w opinii respondentów

*Przy udzielaniu odpowiedzi możliwe było zaznaczenie kilku opcji, stąd też odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wśród większej części ankietowanych znana była rola aktywności fizycznej w zapobieganiu cukrzycy typu 2, ale tylko 58% osób z wykształceniem zawodowym wybrało taką odpowiedź. Ograniczenie cukru jako sposób zapobiegania cukrzycy w największej ilości -87%, wybierały osoby ze średnim wykształceniem. Ankietowani z wykształceniem podstawowym zaznaczali w 70 % swoich odpowiedzi częste wizyty u lekarza jako metodę zapobiegania cukrzycy typu 2. Dla połowy osób (50%) z innym wykształceniem? ważnym elementem profilaktyki było ograniczenie spożycia alkoholu. Wszystkie wyniki przedstawiono w tabeli (Tab. IV).

Tab. IV. Opowiedzi respondentów dotyczące profilaktyki w zależności od wykształcenia

	ŚREDNIE	%	WYŻSZE	%	ZAWODO WE	%	PODSTA WOWE	%	INNE	%
aktywność fizyczna i uprawianie sportu	36	82%	24	80%	11	58%	7	70%	2	100%
ograniczenie słodczy	26	87%	12	40%	14	32%	7	70%	1	50%
utrata nadmiernej masy ciała	31	70%	19	63%	12	63%	3	30%	2	100%
częste wizyty u lekarza i badanie krwi	13	30%	13	43%	8	18%	7	70%	0	0%
jedzenie dużej ilości owoców	4	9%	2	7%	1	5%	1	10%	0	0%
suplementacja witamin	2	5%	0	0%	0	0%	0	0	0	0%
picie zielonej herbaty	2	5%	3	10%	0	0%	2	20%	0	0%
picie czerwonego wina	0	0%	1	3%	0	0%	0	0	0	0%
ograniczenie palenia tytoniu	6	14%	2	7%	2	11%	1	5%	0	0%
ograniczenie spożycia alkoholu	6	14%	6	20%	3	7%	1	10%	1	50%
trudno powiedzieć	1	2%	2	7%	1	3%	0	0	0	0%

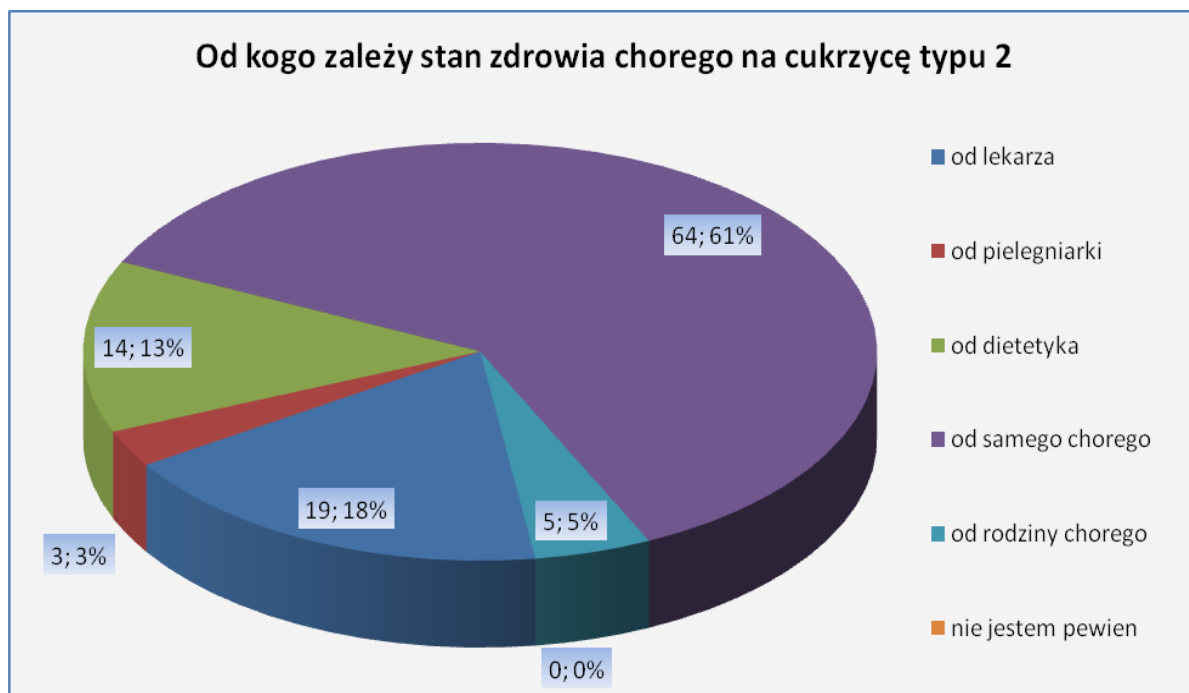
*Tabela własnej konstrukcji. Przy udzielaniu odpowiedzi możliwe było zaznaczenie kilku opcji, stąd też odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Podczas badania respondentom zadano pytanie „Od kogo najbardziej zależy stan zdrowia i zapobieganie powikłaniom u chorego na cukrzycę typu 2?”

Ponad połowa badanych (61%) miała świadomość, że największą rolę w ochronie swojego zdrowia ma sam chory. Jednak pozostała część badanej populacji skłaniała się do obciążania obowiązkiem dbania o zdrowie chorego na innych osobach niż on sam.

Dla prawie jednej czwartej respondentów lekarz jest tą osobą, do której należy dbanie o stan zdrowia i zapobieganie powikłaniom cukrzycy typu 2.

Najmniej ankietowanych pokładało odpowiedzialność za stan zdrowia chorego na cukrzycę typu 2 na pielęgniarkę-3%, jak również na rodzinie chorego-5% (Ryc. 15).



Ryc. 15. Odpowiedzialność za stan zdrowia chorego na cukrzycę typu 2 zdaniem respondentów

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Cukrzyca typu 2 jest chorobą cywilizacyjną, związaną z życiem w warunkach wysoko rozwiniętych cywilizacji i wpływem negatywnych czynników z tym związanych. Jest to schorzenie o przewlekłym charakterze i nieuleczalne. Rosnący komfort życia, dostępność pożywienia, złe nawyki dietetyczne i zmniejszony wysiłek fizyczny są komponentami sprzyjającymi rozwojowi tego schorzenia. Dodatkowym negatywnym elementem jest jej bezobjawowy, powolny rozwój [36]. Jest związana z czynnikami środowiskowymi takimi jak siedzący tryb życia z dietą bogatą w węglowodany oraz małą aktywnością fizyczną i otyłością –najbardziej brzuszna, która powoduje obniżenie wrażliwości komórek na insulinę lub oporność na nią. Czynnikiem predysponującym do zachorowania jest skłonność genetyczna, o czym świadczyć mogą przypadki występowania tego schorzenia w rodzinie. Istotą cukrzycy typu 2 jest zaburzenie wykorzystania i magazynowania węglowodanów doprowadzające do występowania wysokich poziomów glukozy we krwi i kompensacyjnej

hiperinsulinemii, a efekcie postępujący niedobór wydzielania tego hormonu [37].

Częstość występowania tego schorzenia rośnie na całym świecie. Przewiduje się, iż choroba rozwinie się u ponad jednej trzeciej populacji, która urodziła się w 2000 roku. Mimo, że cukrzyca typu 2 dotyka ludzi starszych, to jednak zaznacza się stały wzrost zachorowań wśród młodszych osób, czego przyczynę upatruje się w coraz powszechniejszej otyłości. Cukrzyca to choroba 7% globalnej populacji, zarówno mężczyzn jak i kobiet [37]. Najszybciej wzrasta liczba nowych przypadków w krajach rozwijających się z powodu tzw. diabetogennego stylu życia i starzenia się społeczeństw. Ponad połowa osób z cukrzycą typu 2 jest w wieku od 40 do 59 lat. Pomimo, iż cukrzyca typu 2 jest chorobą nieuleczalną i przewlekłą, można jej zapobiegać. Ogromne znaczenie ma w tym miejscu edukacja zdrowotna, która jest kluczowym narzędziem promocji zdrowia. Proces edukacji stwarza warunki, w których ludzie uczą się dbać o swoje zdrowie i dokonywać wyborów sprzyjających jego poprawie. Głównym celem postępowania u osób z diagnozą cukrzycy typu 2 jest zmniejszenie liczby powikłań prowadzących do kalectwa i przedwczesnych zgonów [38]. Przeprowadzone badanie na reprezentatywnej dorosłej populacji powiatu oleckiego pokazało, iż poziom wiedzy na temat cukrzycy typu 2 jest różny, w niektórych kwestiach niezadowolający. Do takich samych wniosków doszli autorzy raportu - Kulik M. i wsp., dotyczącego sytuacji edukacji diabetologicznej w Polsce napisanego na podstawie badań prowadzonych od stycznia do maja 2015 roku przez PFED i firmę Dranel w wojewódzkich miastach Polski [39]. Sami ankietowani biorący udział w badaniu własnym, w ocenie swojej wiedzy byli powściągliwi i na zaproponowanej dziesięciopunktowej skali zdecydowana większość - 69% zaznaczyła punktację poniżej środkowej wartości, czyli oceniając swoją wiedzę na niskim poziomie. Pomimo, iż większość badanych miała średnie i wyższe wykształcenie uwidoczniły się braki w szczegółowych informacjach na temat tej jednostki chorobowej: etiologii, powikłań cukrzycy, skutków hiperglikemii na organizm, metody stawiania rozpoznania schorzenia. Podobnej oceny dokonano w przeprowadzonym badaniu Bandurskiej-Stankiewicz E. i wsp. prosząc ankietowanych, aby dokonali samodzielnie oceny swojej wiedzy na temat cukrzycy. Połowa zapytanych uznała wówczas swoją wiedzę o schorzeniu jako dobrą a 28% jako zbyt małą lub dostateczną [38]. Ratajczak P. i wsp. również zbadali poziom wiedzy na temat tego schorzenia pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Okazało się, iż duża grupa osób bo 35,51% diabetyków w pierwszym roku choroby, ocenia iż nie ma podstawowych informacji na temat swojej jednostki chorobowej oraz profilaktyki cukrzycy [38].

Edukacja zdrowotna jest bardzo ważnym elementem zapobiegania i leczenia cukrzycy typu 2 ponieważ daje choremu możliwość aktywnego uczestnictwa w leczeniu ale przede wszystkim w podejmowaniu działań zapobiegawczych przed powikłaniami. Większość pacjentów szuka informacji o interesujących ich problemach zdrowotnych u osób związanych z medycyną, uznając, iż osoby te mają najbardziej adekwatną i aktualną wiedzę w tym zakresie. Za źródła pozyskiwania wiedzy prawie połowa respondentów w badaniu własnym podawała najczęściej lekarza (47%) ale też programy telewizyjne (48%), informacje w internecie (38%), pielęgniarki (37%) i prasę (37%). Sytuację taką można tłumaczyć stopniem dostępności tych źródeł. Zupełnie odmienne wyniki uzyskali Araszkiewicz A. i wsp. w swoim badaniu. W tym przypadku pacjenci pozyskiwali wiedzę w głównej mierze z broszur i ulotek (31%), książek (21%), od lekarza (28%), pielęgniarki (21%) i tylko 9% z internetu [40]. Internet jako źródło pozyskiwania informacji na temat cukrzycy był wykorzystywany również przez 19% respondentów badania Bandurskiej-Stankiewicz E., w większości ludzi młodych [38]. Niewiele ponad połowa osób biorących udział w badaniu własnym-57% znała etiologię cukrzycy typu 2 i wiedział, iż jest to choroba metaboliczna. Dla pozostałej części respondentów schorzenie miało podłoże genetyczne-17% lub nie mieli oni pełnej wiedzy w tym zakresie. Wyniki są dość zaskakujące, gdyż w zdecydowanej większości ankietowani zgadzali się z zawartymi w arkuszu ankiety stwierdzeniami, iż dietą i aktywnością fizyczną można zapobiec rozwojowi cukrzycy typu 2 oraz, że cukrzyca typu 2 występuje u ludzi otyłych i mało aktywnych. Ponad połowa ankietowanych-59% zgadzała się również z opinią, że otyłość i nadwaga prowadzą do cukrzycy typu 2. Podobnie w badaniu Kockiej K. i Dziedzic U. 76,97% ankietowanych licealistów potwierdziło, iż nadmierny wzrost masy ciała zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2, a 42,11% wiedziało, że ma ona podłoże genetyczne [41]. Rola czynnika genetycznego jest oczywiście wskazana w literaturze, ale w przypadku cukrzycy typu 2 ogromne znaczenia ma styl życia. Wiedzę o przyczynach powstawania schorzenia w badanej grupie uznać można za dobrą, gdyż czynniki ryzyka zachorowania zostały przez większość prawidłowo wytypowane, jednakże jest zauważalna obecność osób, których wiedza o przyczynach powstania cukrzycy jest niewielka. Posiadanie informacji o czynnikach ryzyka jest cenna ze względu na możliwość podjęcia działań prewencyjnych takich jak uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, stosowanie zdrowej diety, utrzymanie prawidłowej masy ciała itp [42].

Istotą cukrzycy typu 2 jest nadmierna ilość glukozy we krwi, która nie wykorzystana przez tkanki, trafia do moczu, co skutkuje częstszym oddawaniem moczu i większym pragnieniem, czemu towarzyszyć może odwodnienie, zmęczenie i utrata wagi ciała [41]. Przedstawiciele powiatu oleckiego biorący udział w badaniu wśród podanych objawów schorzenia wybierali najczęściej: senność (78%), wzmożone pragnienie (73%), nie gojące się rany (57%), zaburzenia widzenia (49%) i częste oddawanie moczu (46%). Większa część badanych trafnie zidentyfikowała najbardziej charakterystyczne objawy cukrzycy typu 2. Podobne odpowiedzi uzyskały Żmijewska E. i Kozak-Szkopek E. pytając swoich respondentów o objawy hiperglikemii. Dla badanych najbardziej znane również były: wzmożone pragnienie, senność, zaburzenia widzenia, częste oddawanie moczu oraz suchość w jamie ustnej [43]. Zdecydowana mniejszość oleckich respondentów, ale jednak obecna w badanej populacji, wybierała błędne odpowiedzi typu: ochota na słodkie (37%), bóle brzucha (5%), słodki smak w ustach (5%) oraz wilczy apetyt (22%), co sugeruje obszar wymagający edukacji. W Polsce podobnie jak w większości krajów świata, zaznacza się wzrostowa tendencja liczby osób z nadwagą i otyłych. W przeprowadzonym w 2002 roku badaniu NATPOL PLUS wykazano 56,7% otyłych mężczyzn i 48,6% kobiet, ale już w badaniu WOBASZ z lat 2003-2005 liczba mężczyzn wzrosła do 61,6% a kobiet do 50,3%. Statystycznie częściej otyłość występowała w populacji wiejskiej -25,9%, u mieszkańców miast 19,9%. Związane to może było z tradycyjną kuchnią gospodarstw wiejskich bogatokaloryczną i z dużą zawartością węglowodanów i kwasów tłuszczowych. Z niewielką różnicą statystyczną częściej dotyczyła kobiet niż mężczyzn (24,2vs21,8%) [44].

W wielu prowadzonych badaniach wykazano jednoznacznie, iż zwiększone ryzyko zgonu wśród kobiet występuje już przy BMI >22 kg/m² [24].

W badaniu własnym ankietowani w ogromnej większości (93%) zgadzali się z tym, iż ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 jest większe u osób otyłych lub z nadwagą, mało aktywnych fizycznie (59%), ale także z rodzin gdzie występowała cukrzyca (50%). Duża grupa badanych (76%) podaje, iż nadwaga i otyłość powoduje cukrzycę typu 2. Podobnie jak w badaniu Kockiej K. i Dziadziec U. gdzie 82,89% uczniów miało świadomość ciągu przyczynowo skutkowego między otyłością, nadwagą a cukrzycą typu 2 [41]. Jednakże zaskakuje fakt łączenia ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 z ciążą (19%) i fałszywe przekonanie o tym, że zachorują osoby lubiące słodkie (24%). Podobne zjawisko zaobserwowała w swoim badaniu Olechowska-Kotala A., gdy 48% badanych osób posiadających chorego na cukrzycę w rodzinie i 37% ankietowanych nie mających kontaktu

z takim schorzeniem u bliskich, miało fałszywe przekonanie, że spożywanie zbyt dużej ilości cukru jest główną przyczyną cukrzycy. W tym badaniu również 40% ankietowanych posiadających diabetyka w rodzinie oraz 37% bez cukrzycy wśród najbliższych wyraziło opinię, iż osoby chore na cukrzycę w ogóle nie mogą jeść słodczy [42].

Mieszkańcy powiatu oleckiego uważali również, iż zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 mają osoby starsze (76%) , kobiety (50%) i mieszkańcy miasta (17%). Niewiele różniące się wyniki odnośnie faktycznego zachorowania kobiet i mężczyzn na lubelszczyźnie w swoich badaniach otrzymał Panasiuk L. Różnica między zachorowaniem na cukrzycę typu 2 mieszkańców miasta i wsi wynosiła 7.3 vs 6.1% i nie była znacząca. Badanie wykazało jednak większą częstotliwość zachorowania mężczyzn (8,3 vs 5,9%) i kobiet (6,8 vs 6,2%) mieszkających w mieście niż zamieszkujących wieś. Tendencja częstszego występowania cukrzycy typu 2 wśród osób zamieszkujących miasto jest cechą charakterystyczną dla krajów rozwijających się, a postęp urbanizacyjny uważany jest za kluczowy czynnik determinujący rozwój tego schorzenia [44].

Prewencja i leczenie cukrzycy typu 2 to przede wszystkim modyfikacja stylu życia: diety i aktywności fizycznej. W wynikach badania własnego ponad połowa biorących w nim udział, zgodziła się z założeniami dotyczącymi leczenia cukrzycy typu 2. Grupa 65% osób potwierdziła, że postępowaniem właściwym jest zmiana diety, zwiększenie wysiłku fizycznego i włączenie leków, jednak niewielki odsetek 10% respondentów wyraził opinię, iż w postępowaniu prewencyjnym wystarczy samo ograniczenie spożycia cukru. W badaniu własnym ankietowani za najwarzniejsze działania zapobiegające cukrzycy typu 2 określili aktywność fizyczną i uprawianie sportu (76%), utratę nadmiernej masy ciała (64%) i ograniczenie słodczy (57%). Podobnie wyniki wykazała w swoim badaniu Kostrzewa-Zabłocka E., 85% jej respondentów uznało za najlepszą metodę leczenia dietę w połączeniu z farmakoterapią [35].

Korzystną rolę aktywności fizycznej na stan zdrowia osób z cukrzycą zauważyło również 90% respondentów badania Kary Izabeli i wsp. [45].

Cukrzyca typu 2 należy do chorób dietozależnych, jest więc konsekwencją nieznanomości zaleceń dietetycznych i długo utrzymujących się nieprawidłowości żywieniowych. Wśród biorących udział w badaniu własnym, duża grupa miała świadomość, iż należałoby w zdrowej diecie ograniczyć słodczy (57%), jak również spożycie alkoholu (17%). Część ankietowanych jednak wykazała brak wiedzy jak zapobiegać chorobie, przytaczając takie metody postępowania profilaktycznego jak: jedzenie dużej ilości owoców

(8%), picie zielonej herbaty (7%), suplementacja witamin (2%) i picie czerwonego wina (1%). Podobnie zaskakujące odpowiedzi uzyskała Kostrzewa-Zabłocka E. pytając swoich respondentów o zalecenia żywieniowe w cukrzycy i uzyskując od 76% ankietowanych w odpowiedzi informacje o konieczności zwiększenia spożycia mięsa i wędlin, a ograniczenia cukrów prostych i tłuszczu oraz surowych warzyw [36].

Przeprowadzone badanie własne wykazało, że wiedza w zakresie produktów zalecanych w postępowaniu profilaktycznym jest niepełna, a jest to ważny aspekt w ochronie zdrowia. Można jednak uznać, iż otrzymane wyniki nie odbiegają od rezultatów badania Dudy G. i Wichury-Demskiej A., w którym też ponad połowa respondentów udzieliła trafnych odpowiedzi i wykazała dobrą znajomość wiedzy żywieniowej [46].

Cukrzyca typu 2 jest schorzeniem, którego rozwój przebiega bezobjawowo i dlatego ważne jest wykonywanie badań profilaktycznych. W przeprowadzonym badaniu własnym niestety tylko 45% respondentów wiedziało, że cukrzycę typu 2 stwierdza się na podstawie badania krzywej cukrowej. Brak informacji na temat metod diagnostycznych schorzenia może skutkować trudnościami w zdiagnozowaniu choroby. Reszta osób badanych udzieliła błędnych odpowiedzi. Najwięcej ankietowanych uznawało badanie glukometrem za podstawę rozpoznania choroby (35%), część badanych myślała, że rozpoznanie stawia się na podstawie wywiadu lekarskiego i opisu objawów (10%), a 3% stwierdziło, że na podstawie historii chorób genetycznych występujących w rodzinie. Nikt jednak nie wybrał opcji-nie jestem pewien. Wyniki jednak można uznać za zadowalające porównując z badaniem Kostrzewy-Zabłockiej E., która postawiła podobne pytanie swoim respondentom. W badanej grupie 26% uważało, że rozpoznanie cukrzycy stawia się na podstawie występujących objawów, 25% że na podstawie badania glukometrem. Respondenci mogli wybrać odpowiedź, iż rozpoznanie jest stawiane na podstawie badania moczu-nikt jednak jej nie zaznaczył, ale 49% uznało wszystkie warianty za błędne. Badaną grupę stanowili chorzy na cukrzycę, więc wydaje się, iż powinni mieć oni więcej informacji na temat schorzenia, które ich dotyczy. Tak jednak nie jest. Wyniki badania populacji powiatu oleckiego napawają optymizmem, ze względu na to, iż brały w nim udział osoby zdrowe, a ich wiedza okazała się pełniejsza niż w porównywanej grupie chorych [36].

Znajomość norm glikemii jest bardzo ważnym elementem w samokontroli chorego na cukrzycę każdego typu. Wiedza na temat tego jaki wpływ mają hiperglikemie na organizm ludzki sprzyja weryfikacji swoich postaw i nawyków, w tym szczególnie dietetycznych i związanych z aktywnością fizyczną. W badaniu własnym 72% badanych znało normy

glikemii na czczo i wybrało przedział 60-100mg%. Kontrolę znajomości norm poziomu cukru we krwi przeprowadziła też w swoim badaniu Kostrzewa- Zabłocka E. z tą różnicą, że zapytała o glikemię w 2 godziny po posiłku. Większa część badanych (53%) udzieliła błędnej odpowiedzi, że powinna wynosić 79-90mgdl dla chorego na cukrzycę, a 2% że nie powinno się badać cukru po posiłku. Prawidłową odpowiedź wybrało 45% respondentów i opowiedziało się za poziomem nie przekraczającym 140-160mgdl. Porównując oba badania znów korzystniej wygląda poziom wiedzy mieszkańców powiatu oleckiego, co jest zaskakujące zważywszy na udział chorych na cukrzycę w porównywanym badaniu [36].

W cukrzycy typu 2 głównym mechanizmem zaburzeń jest zbyt mała produkcja insuliny lub zbyt mała podatność błon komórkowych na ten hormon przy zachowanej prawidłowej produkcji i w efekcie zaburzone jej funkcjonowanie. W badanej populacji 60 % wiedziało, że w tym schorzeniu we krwi jest za dużo cukru, jednak pozostała część ankietowanych nie miała pełnej wiedzy w tym zakresie. Jedna czwarta ankietowanych nie ma wiedzy, że insulina we krwi nie ma w typie 1 cukrzycy [40].

Cukrzyca typu 2 jest chorobą, która przez swój utajony charakter niestety powoduje wiele powikłań zarówno wczesnych jak i późnych pogarszających komfort życia chorych. W obecnych czasach, kiedy schorzenie to ma charakter przewlekły, ale już nie śmiertelny jak jeszcze kilkadziesiąt lat temu, kładzie się szczególny nacisk na zwiększanie świadomości społeczeństwa o ich możliwym występowaniu i tym samym niebagatelizowaniu schorzenia. Głównym czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań jest brak wiedzy.

W badaniu własnym dla ankietowanych najbardziej znanym powikłaniem cukrzycy typu 2 była stopa cukrzycowa (84%), uszkodzenie oczu (77%), uszkodzenie nerek (65%). W mniejszym stopniu znane były skutki schorzenia w postaci miażdżycy (56%), udaru (46%) czy zawałów (39%). Najmniej pacjentów kojarzyło cukrzycę z depresją (6%) i skłonnością do różnych infekcji i zakażeń (14%). Jednak spora część badanych (45%) uważała, że otyłość jest skutkiem, a nie przyczyną cukrzycy typu 2, co jest wnioskiem błędnym. Podobne nieprawidłowe stwierdzenie wybierał co dziesiąty ankietowany uczeń w badaniu Kocki K. i Dziedziach U. [40]. Znajomość powikłań, czynników je wywołujących jest niestety nieznana także dla chorych na cukrzycę, co wykazują przeprowadzane cyklicznie analizy, między innymi przez Żmijewską E. i Kozak-Szkopek E. Respondenci biorący udział w tym badaniu deklarowali znajomość powikłań lecz niestety zweryfikowano to za pomocą ankiety negatywnie. Badani mylili pojęcia, nie potrafili wymienić objawów lub nie udzielali odpowiedzi wcale [43]. Podobne wyniki ze swojego badania zostały opisane przez Michałek-

Kowalczyk M. i Szewczyk M..Badanie także wykazało niską znajomość w tym wypadku czynników ryzyka stopy cukrzycowej u chorych i niestety zdecydowana większość wykazywała braki w edukacji na ten temat [47]. Inne wyniki otrzymała Dąbska O. i Żołnierczuk-Kieliszek D.w badaniu 150 studentów z Lublina: na Uniwersytecie Medycznym Politechnice Lubelskiej i Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej.Prawie większość- 92% respondentów poprawnie wskazało schorzenie nienależące do powikłań cukrzycy, a 84% poprawnie zweryfikowało podane objawy jako powikłanie neuropatii cukrzycowej [48]. Osoby chore na cukrzycę w porównaniu do zdrowych są obarczeni zwiększonym dwukrotnie ryzykiem chorób serca,choroby nerek występują u nich siedemnaście razy częściej, utrata wzroku dwadzieścia pięć razy częściej, gangrena dwadzieścia razy częściej [42].

Przewlekły charakter choroby powoduje długotrwałe obciążenie życiowe, modyfikując funkcjonowanie w każdym z aspektów jakości życia.Oznaki zaburzeń w sferze psychicznej to między innymi:obniżona motywacja,przygnębienie i stany depresyjne. Hipoglikemie i kłopoty z wyrównaniem glikemii mogą powodować występowanie stanów lękowych i fobii [48]. Wśród biorących udział w badaniu własnym tylko 6% uznało, iż powikłaniem cukrzycy może być depresja Z badań Trojanowskiego Z. i wsp.wynika, iż brak znajomości relacji depresji z cukrzycą jest powszechne. Przytaczane badanie wykazało zależność między stopniem niewyrównania glikemii a nasileniem objawów depresyjnych [49]. Nie u wszystkich chorych na cukrzycę typu 2 depresja występuje w jednakowym nasileniu, ale współwystępowanie obu jednostek chorobowych komplikuje ich leczenie. Depresja pogarsza kontrolę metaboliczną a wysoki poziom glikemii nasila u chorych depresję. Jednakże Kurowska K. i wsp. dowiodła w przeprowadzonym przez siebie badaniu, iż cukrzycy typu 2 z silnym poczuciem koherencji są mniej podatni na wystąpienie stanów depresyjnych [50].

Cukrzyca typu 2 jest schorzeniem, które wymaga samodyscypliny i dużego zaangażowania w swoje leczenie przez chorego. Ankietowani z powiatu oleckiego w większości (61%) mieli świadomość, że stan zdrowia i zapobieganie powikłaniom najbardziej zależy od samego chorego. Jednakże duża część pytanых obarczała odpowiedzialnością za stan zdrowia diabetyka również lekarza (18%), dietetyka (13%) , rodzinę (5%) i w najmniejszym stopniu pielęgniarkę (3%). Deklaracje samodzielnej dbałości o stan zdrowia nie mają jednak pokrycia w rzeczywistości.W analizie dostępnej literatury uwidacznia się brak wiedzy, jak również aktywnego uczestnictwa w samoedukacji

i samopielęgnacji chorych na cukrzycę typu 2. W badaniu Mirowskiej M. zdecydowana większość chorych nie posiadała wystarczającej wiedzy do efektywnej samoopieki [51]. Również w badaniu Bąk E. wiedza i zaangażowanie pacjentów w działania poprawiające zdrowie i zapobiegające występowaniu powikłań było niewystarczające [52].

Wnioskiem wiodącym z badań nad kosztami społecznymi cukrzycy typu 2 jest szczególny nacisk na profilaktykę pierwotną i wtórną za pomocą skutecznej polityki przeciwcukrzycowej [4]. Należy dążyć do wypracowania lepszego modelu opieki diabetologicznej z uwzględnieniem odpowiedniego dofinansowania działań profilaktycznych, w tym szkolenia edukatorów, organizację turnusów edukacyjno rehabilitacyjnych, stworzenia systemu opieki łączonej diabetolog-lekarz rodzinny [6]. Szczególny nacisk należy położyć na edukację personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek. W wielu prowadzonych badaniach, między innymi u Drzewoskiego i wsp., czy Bronisza i wsp. stwierdzono, iż wiedza ich na temat cukrzycy jest niewystarczająca [53].

Już w 1992 roku w ramach International Conference on Nutrition zauważono znaczenie stymulacji zachowań prozdrowotnych jako narzędzia zapobiegania chorobom przewlekłym. Od rezolucji z 2000 roku WHO propaguje rozwijanie zachowań sprzyjających zdrowiu, szczególnie żywieniowych i dotyczących aktywności fizycznej, które stanowią kluczowe elementy prewencji chorób przewlekłych w analizach EBM [22]. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla znaczenie edukacji leczniczej w profilaktyce i dlatego włączyła ją do modeli postępowania w chorobach przewlekłych [53]. Szczególną rolę mają w tym zakresie programy profilaktyczne i wysokiej jakości opieka nad osobami z grup ryzyka, zwłaszcza w przypadku schorzeń generujących najwyższe koszty medyczne jak cukrzyca typu 2. Celem działań edukacyjnych jest rozwijanie stylu myślenia, skłaniającego do zmiany zachowań zdrowotnych, przy czym niezbędne wydaje się motywowanie i umacnianie zasobów osobistych osoby bądź grupy. Poczucie własnej skuteczności jest najważniejszym czynnikiem powodującym gotowość do korzystnych zmian [54].

Zachowania zdrowotne to podstawa promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych, w tym oczywiście cukrzycy typu 2. Zmniejszają one lub opóźniają ryzyko zachorowania, niepełnosprawności, korzystania z pomocy socjalnej i przedwczesnych zgonów, dając wymierne korzyści ekonomiczne [28,55]. Bardzo korzystne jest według analiz EBM wspieranie zachowań prozdrowotnych w lokalnych społecznościach [40]. Ważnym

elementem stymulującym do zmian prozdrowotnych jest wsparcie społeczne towarzyszące, jest ono stabilizatorem modyfikacji własnego zachowania [54].

Analizując badanie własne i dostępną literaturę, nasuwa się wniosek o konieczności wzbudzania w społeczeństwie większego zainteresowania dbałością o stan swojego zdrowia i odpowiedzialności za jego jakość. Istnieje potrzeba opracowania i upowszechniania programów edukacyjnych związanych z cukrzycą typu 2 wśród ludzi.

WNIOSKI

W trakcie prowadzonego procesu badawczego, ustalono następujące wnioski:

1. Większość badanych nie posiada wiedzy co powodują wysokie poziomy glikemii we krwi, tylko co trzeci badany wiedział, że wysokie glikemie powodują uszkodzenie śródbłonna naczyniowego i komórek nerwów obwodowych.
2. Duża część badanych nie zna prawidłowych narzędzi i metod służących stawianiu rozpoznania cukrzycy typu 2, tylko 45% wiedziało, iż rozpoznanie jest wynikiem przeprowadzenia krzywej cukrowej.
3. Zdecydowana większość respondentów, bo 61% ma świadomość roli własnego zaangażowania w procesie budowania swojego stanu zdrowia.
4. Konieczne jest prowadzenie edukacji w obszarach, w których wiedza jest niepełna, np.: dotyczących konsekwencji hiperglikemii, metod diagnostycznych, powikłań wynikających z przewlekłego charakteru cukrzycy typu 2, roli tkanki tłuszczowej w zapadalności na to schorzenie.
5. Zasadne jest prowadzenie działań edukacyjnych w celu poprawy wiedzy pacjentów i wzbudzanie w społeczeństwie większego zaangażowania w dbałość o stan swojego zdrowia.
6. Źródłami pozyskiwania wiedzy o cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu oleckiego są głównie programy telewizyjne, lekarz, pielęgniarka i internet.

PIŚMIENNICTWO

1. Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L.: Cukrzyca. Zapobieganie i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Duda-Sobczak A., Gawrecki A., Jeruć A., Karbowska S.: Cukrzyca typu 2.Przewodnik dla chorych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
3. Szewczyk M.[red.],Bączek G., Gajewska D, i wsp.: Pielęgniarstwo diabetologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
4. Czupryniak L., Strojek K.: Diabetologia 2016.Wydawnictwo Grupa Via Medica, Gdańsk 2016.
5. Wójcik R.: Cukrzyca jako choroba społeczna i cywilizacyjna [w:] Pielęgniarstwo diabetologiczne (red.). Szewczyk A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013,
6. 15-24.
7. Kokoszka-Paszkot J.: Koszty leczenia osób w wieku podeszłym chorych na cukrzycę. Geriatria, 2009, 3, 73-85.
8. Cichocka A.: Cukrzyca typu 2 Cz, I. Epidemia naszych czasów. Przemysł spożywczy 2013, 67,38-40.
9. Drągowski P., Czyżewska U., Cekała E., i wsp.: Cukrzyca jako problem społeczny i ekonomiczny. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014, 2(39),163-166.
10. Droś L.: Cukrzyca typu II to już epidemia Magazyn Pielęgniarki i położnej 2016,04,3-10.
11. Walicka M., Chomiuk T., Filipiak K. i wsp.: Zapobieganie rozwojowi cukrzycy typu 2. Stanowisko grupy ekspertów wsparte przez Sekcję Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Kardiologia Polska 2015,73(10), 949-957.
12. Dziuban D., Kowalczyk P., Filocha M.: Gorzkie życie „słodkich ludzi”. Medycyna Rodzinna 2011, 2, 43-47.
13. Jurek Ł.: Otyłość jako wyzwanie dla polityki społecznej w XXI wieku. Społeczeństwo i ekonomia 2014, 1(1), 59-69.
14. Korzeniowska K., Jabłecka A.: Cukrzyca (Część II), Farmacja Współczesna 2009,2, 36-41.
15. Koblik T.[red.],Benbenek-Klupa T., Borys S. i wsp.:Algorytmy w diabetologii. Wydawnictwo Grupa Via Medica, Gdańsk 2015.
16. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E.: Otyłość- definicja, epidemiologia, patogenez. Postępy Nauk Medycznych 2013, 24 (4), 301-30.

17. Małecki M., Skupień J.: Problemy diagnostyki różnicowej typów cukrzycy, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2008, 118, 7-8.
18. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Diabetologia Kliniczna 2016, 5, supl.A.
19. Świerzyńska M., Bronisz A., Ocicka-Kozakiewicz A.: Wyrównanie metaboliczne cukrzycy typu 2 i ocena realizacji zaleceń terapeutycznych w samoocenie chorych w zależności od sposobu leczenia. Medycyna Rodzinna 2012, 3, 46-50.
20. Drągowski P., Czyżewska U., Cekała E., i wsp.: Cukrzyca jako problem społeczny i ekonomiczny. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014, 2(39), 163-166.
21. Cabot S., Jasinska M.: Cukrzyca typu II Zawróć proces chorobowy w sposób naturalny, schudnij i odzyskaj zdrowie. Wydawnictwo Mada, Warszawa 2011.
22. Kurpas D., Kern J., Jacquet J. i wsp.: Programy promocji zdrowia i profilaktyki chorób- przykłady z Europy i USA. Family Medicine & Primary Care Review 2015, 17(2), 154-156.
23. Jagielski A., Piesiewicz A.: Cukrzyca wyzwaniem dla medycyny XXI wieku-wnioski z badań klinicznych i biochemicznych. Postępy Biochemii 2011, 57(2), 191-199.
24. Pietrusińska J.: Psychologiczne aspekty przebiegu i leczenia cukrzycy [w:] Pielęgniarstwo diabetologiczne (red.). Szewczyk A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 291-297.
25. Ratajczak P., Obolewicz E., Kus K. i wsp.: Profilaktyka oraz leczenie cukrzycy-badanie poziomu świadomości pacjentów. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014, 2(39), 119-126.
26. Matuszak M., Suliburska J.: Znaczenie redukcji masy ciała w leczeniu chorób metabolicznych. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2012, 3(3), 104-109.
27. Korzeniewska G., Gajewska D., Stepanow i wsp.: Postępowanie terapeutyczne w cukrzycy [w:] Pielęgniarstwo diabetologiczne (red.).Szewczyk A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 25-107.
28. Słownik języka polskiego. <http://sjp.pwn.pl/słownik/wiedza.html>.19.03.2017, godz.10.00.
29. Kalinowski P., Bojakowska U., Kowalska E.: Ocena wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012, 18(4), 302-307.
30. Czupryniak L.: Praktyczne możliwości zapobiegania cukrzycy u osób ze stanem przedcukrzycowym. Diabetologia Kliniczna 2014, 3(6), 256-262.
31. Strus A., Szepietowska B., Zonenberg A. i wsp.: Możliwości prewencji cukrzycy typu 2. Endokrynologia polska 2008, 59(1), 6-12.

32. Baumgard M., Szpinda M.: Poczucie własnej skuteczności a zachowania zdrowotne. *Jurnal of Education* 2015, 5(8), 226-235.
33. Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Grywalska E., Nowakowski A.: Zdrowie jako wartość dla pacjentów z cukrzycą. *Current Problems of Psychiatry* 2011, 12(4), 575-579.
34. Mieczkowski M., Siwko T., Parafiniuk J. i wsp.: Zachowania zdrowotne pacjentów z cukrzycą w zakresie prewencji zespołu stopy cukrzycowej. *Leczenie Ran* 2015, 12(4), 191-195.
35. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych. Wydawnictwo ŻAK, Warszawa 1998, 141-142.
36. Duda G., Wichurska-Demska A.: Wpływ wybranych czynników socjo-demograficznych na poziom wiedzy osób zdrowych na temat cukrzycy. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2009, 42(3), 995-999.
37. Lepori L.: Atlas cukrzycy typu 2. Wydawnictwo ARW DK Media Poland , Warszawa 2016.
38. Bandurska-Stankiewicz E., Rutkowska J., Aksamit-Białoszewska E. i wsp.: Stan edukacji diabetologicznej w województwie warmińsko-mazurskim. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna* 2010, 10(2), 72-80.
39. Kulik M., Małowicka M., Mucha E.: Raport Edukacja w cukrzycy brakujące ogniwo do osiągnięcia sukcesu. <http://www.janssen.com.poland/files/pdf/Raport-Edukacja-w-Cukrzycy-Brakujace-Ogniwo-do-Osiagniecia-Sukcesu.pdf>. 19.03.2017.godz.13.00
40. Araszkiewicz 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.
41. Kocka K., Dziedzic U.: Wiedza młodzieży licealnej na temat czynników ryzyka cukrzycy typu 2. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013, 19(3), 255-261.
42. Olchowska-Kotła A.: Potoczna wiedza o cukrzycy porównanie osób posiadających i nieposiadających chorego na cukrzycę w rodzinie. *Folia Psychologica* 2012, 16, 47-58.
43. Żmijewska E., Kozak-Szkopek E.: Wiedza o cukrzycy u chorych z zespołem stopy cukrzycowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19(4), 525-532.
44. Panasiuk L.: Wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia mieszkańców wsi. *Zdrowie Publiczne* 2014, 12(4), 309-321.
45. Kara I., Zysnarska M., Adamek R. i wsp.: Palenie tytoniu, alkohol i aktywność fizyczna wśród pacjentów z cukrzycą typu 2. *Przegląd lekarski* 2012, 69(10), 944-946.

46. Duda G., Wichura-Demska A.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na poziom wiedzy osób zdrowych dotyczącej racjonalnego żywienia. *Nowiny Lekarskie* 2008,77(4), 290-293.
47. Michałek-Kowalczyk M., Szewczyk M.: Stan wiedzy chorych z zespołem stopy cukrzycowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007, 1, 28-34.
48. Dąbska O., Żołnierczuk-Kieliszek D.: Poziom wiedzy na temat cukrzycy-badanie ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2016, 6(4), 285-293.
49. Trojanowski Z., Bielawski E., Sobiecka-Trojanowska U.: Zespół depresyjny w bieżącej praktyce diabetologicznej. *Medycyna Metaboliczna* 2016, 20(3), 49-50.
50. Kurowska K., Strzesak E., Głowacka M.: Depresyjność a poczucie koherencji u osób z rozpoznaniem typu 2 cukrzycy. *Psychogeriatrya Polska* 2009, 6(1), 1-7.
51. Mirowska M.: Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą oraz udział pielęgniarek w edukacji diabetologicznej. *Problemy pielęgniarstwa* 2010,18(3), 316-322.
52. Bąk E., Kadłubowska M., Fraś M.: Wpływ samokontroli w cukrzycy na czas powstania nefropatii cukrzycowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009,17(2), 105-109.
53. Kadłubowska M., Bąk E., Kolonko J.: Wiedza pielęgniarek na temat choroby cukrzycowej i uczestnictwo w szkoleniach z zakresu diabetologii. *Problemy pielęgniarstwa* 2008, 16(3), 293-298.
54. Motyka H.: Wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta z cukrzycą wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej. *Sztuka Leczenia* 2007,15(3-4), 99-104.

ISBN-978-83-944852-0-7