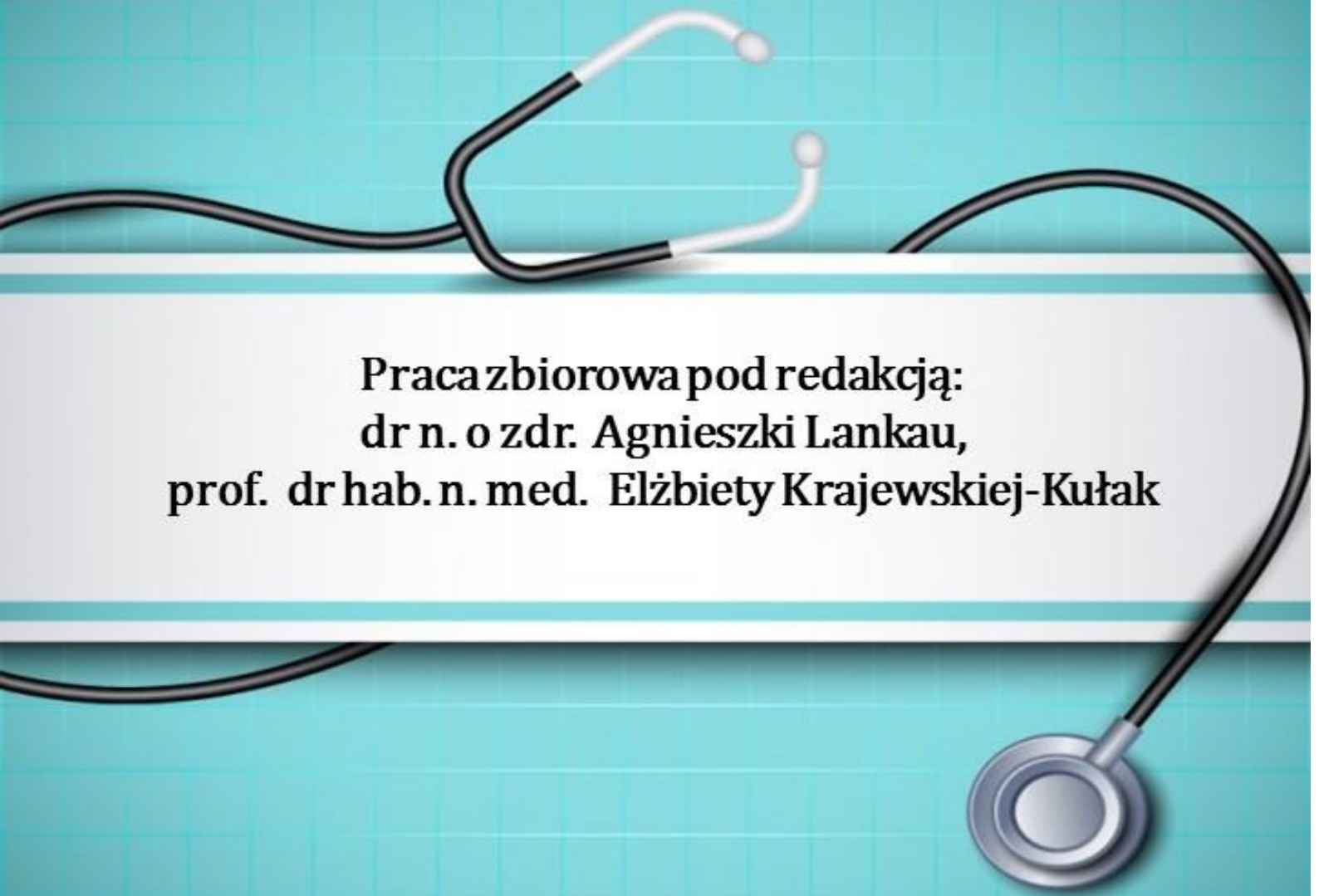


SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA

TOM IV



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

**SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM IV**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu

**SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM IV**

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. o zdr. Agnieszki Lankau

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

Białystok 2019

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- 978-83-954952-2-9

Wydanie I

Białystok 2019

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Rysunek ze strony designed by Freepik

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

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

*Zbiór ten powstał z myślą o **dr n. o zdr. Dorocie Joannie Kondzior***

i jej pamięci jest dedykowany

Monografia, którą przekładamy Czytelnikowi jest owocem dyskusji naukowców i praktyków na tematy związane ze zdrowiem, chorobą i ogólnie pojętymi sytuacjami trudnymi w ochronie zdrowia.

Kolejny tom tego cyklu jest dowodem, że zdrowie, choroba, niepełnosprawność, życie oraz śmierć są tematami trudnymi ze względu na swą specyfikę i złożoność. Mimo tego grono osób uznając, że są to tematy ważne oraz godne podjęcia, szczególnie w kontekście radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, podejmuje dyskusję i dzieli się wiedzą w tym zakresie.

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

Podjęte w monografii rozważania mają charakter interdyscyplinarny, przedstawiają holistycznych wymiar opieki pielęgniarskiej wobec chorego oraz propozycje rozwiązań w sferze bio-psycho-społecznej.

Jako redaktorzy monografii mamy nadzieję, że poniższa pozycja znajdzie zastosowanie w pracy zawodowej pracowników ochrony zdrowia, jak i w procesie dydaktycznym.

Obecna monografia, jest przede wszystkim podziękowaniem za wieloletnią współpracę redaktorowi, który czuwa nad nami z „Innego Świata”. Zbiór ten powstał z myślą o **dr n. o zdr. Dorocie Joannie Kondzior** i jej pamięci jest dedykowany.

Dr n. o zdr. Agnieszka Lankau

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

WYKAZ AUTORÓW

Dr n. med. Anna Baranowska

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

Lic. Paweł Bochenko

Absolwent Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Mgr Chludzińska Sylwia

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

Lic. Kamil Chowański

Szpitalny Oddział Ratunkowy, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Prof. dr n. med. Sławomir Lech Czaban

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Agnieszka Dragun

Oddział Kardiologii Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce

Lic. Magdalena Marcelina Dzirko

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

Lic. Paulina Gałązka

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Mgr Magdalena Gemza-Prusaczyk

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. o zdr. Agata Gołębiewska

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
Szpital Wojewódzki w Łomży Al. Piłsudskiego 11, 18-400 Łomża

Lic. Justyna Gorzempa

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Aleksandra Hawrylkiewicz

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Paulina Jabłońska

Absolwent Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. med. Barbara Jankowiak

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

Dr n. med. Iwona Teresa Jarocka

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Beata Jaworowicz

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, Zakład Pomocy Doraźnej w Sokółce

Lic. Anna Juriewa

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Justyna Kakareko

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

Mgr Sylwia Kamińska

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce

Lic. Kinga Kisiel

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

Dr Łukasz Kiszkiel

Zakład Metodologii Badań Społecznych i Statystyki, Instytut Socjologii, Uniwersytet w Białymstoku

Mgr Joanna Kiryluk

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

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

Dr n. med. Krystyna Kowalczyk

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 Izabela Kozłowska

Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

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

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

Lic. Maciej Krysiewicz

Szpitalny Oddział Ratunkowy, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mgr Ewelina Krupowicz

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

Mgr Patryk Kurpiewski

Absolwent kierunku pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Mgr Agata Kulikowska

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mgr Magdalena Kuźma

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Lic. Weronika Kwiatek

Absolwentka I stopnia 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

Mgr Ewelina Lemańska

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Dr hab. n. med. Jolanta Lewko

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

Mgr Patrycja Kinga Lipiec

Absolwent Studia II stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Łagoda

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

Lic. Maciej Łuczaj

Absolwent Studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mgr Dominika Malinowska

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Mgr Dorota Milewska

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Mgr Rafał Milewski

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

Bianka Misiak

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Mgr Patrycja Modzelewska

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

Lic. Marta Mróz

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Pooperacyjnym, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Mgr Katarzyna Żaneta Nawrocka - Woźny

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Mgr Agnieszka Ojdanowska

Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. St. Wyszyńskiego w Łomży

Dr n. med. Beata Olejnik

Zakład Medycyny Wieku rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Krystyna Piekut

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo–Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Mgr Paulina Pietrowicz

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

Magdalena Prusińska

Oddział Dziecięcy Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

Lic. Dominika Reducha

Absolwent Studia I stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lic. Elżbieta Sawicka

Absolwentka Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mgr Magdalena Sienkiewicz

Szpital Wojewódzki w Łomży, oddział Laryngologii

Lic. Klaudia Sikorska

Absolwentka Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

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

Lic. Sylwia Suszycka

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

Lic. Sylwia Szot

Absolwent Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Lic. Krzysztof Szymusiuk

Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Marta Tarasiewicz

Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia, Uniwersytet Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dr hab. n. med. Sławomir Terlikowski

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo–Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr Katarzyna Anna Winiecka

Zakład Socjologii Kultury, Instytut Socjologii, Uniwersytet w Białymstoku

Mgr Mariusz Woźniak

Absolwent Studia II stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

SPIS TREŚCI

Kinga Kisiel, Krystyna Kowalczuk

ROLA PIELĘGNIARKI WOBEC PACJENTA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO
W PROCESIE LECZENIA I PRZYGOTOWANIA DO SAMOOPIEKI W WARUNKACH
DOMOWYCH 19

Justyna Kakareko, Krystyna Kowalczuk

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA Z NADCIŻYNNIĄ
TARCZYCY 43

Izabela Kozłowska, Rafał Milewski

PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO NAGŁYM ZATRZYMANIU KRAŻENIA..... 65

Sylwia Suszycka, Krystyna Kowalczuk

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ..... 86

Ewelina Krupowicz

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ..... 109

Krzysztof Szymusiuk, Rafał Milewski

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z UROSTOMIĄ 119

Paweł Bochenko, Katarzyna Krystyna Snarska

ZADANIA PIELĘGNIARZA W POSTĘPOWANIU Z CHORYM Z NIEDOKRWIENNYM
UDAREM MÓZGU W IZBIE PRZYJĘĆ..... 133

Magdalena Prusińska, Barbara Jankowiak

WIEDZA MATEK NA TEMAT ŻYWIENIA NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI 157

Magdalena Kuźma, Katarzyna Krystyna Snarska, Beata Olejnik

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH HEMODIALIZOWANYCH 188

Marta Mróz, Rafał Milewski

ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PEDIATRYCZNYM
Z ANAFILAKSIĄ – STUDIUM PRZYPADKU 230

Sylwia Kamińska, Beata Kowalewska

OBOWIAZKOWE SZCZEPZENIA OCHRONNE W OPINII MATEK NOWORODKÓW..... 251

Katarzyna Łagoda, Dominika Reducha

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM METABOLICZNYM
– STUDIUM PRZYPADKU 285

Sylwia Chludzińska, Patrycja Modzelewska, Jolanta Lewko

OCENA ZAPOTRZEBOWAŃ NA EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ PACJENTÓW
Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ 317

Patrycja Modzelewska, Sylwia Chludzińska, Jolanta Lewko JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ	343
Sylwia Chludzińska, Patrycja Modzelewska, Jolanta Lewko ZASADY EDUKACJI ZDROWOTNEJ PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ.....	361
Patrycja Modzelewska, Sylwia Chludzińska, Jolanta Lewko OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ.....	378
Marta Tarasiewicz, Krystyna Piekut, Jolanta Lewko, Dorota Milewska, Biana Misiak, Sławomir Terlikowski WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA A STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO U KOBIET Z RAKIEM SROMU – BADANIE RETROSPEKTYWNE.....	410
Maciej Łuczaj, Krystyna Kowalczyk ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ODLEZYNAMI.....	438
Beata Jaworowicz, Krystyna Klimaszewska POSTĘPOWANIE ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W OSTRYM ZESPOLE WIĘNCOWYM W WOJEWÓDZKIEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU ORAZ ZAKŁADZIE POMOCY DORAŻNEJ SOKÓŁKA	462
Klaudia Sikorska, Krystyna Kowalczyk MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA ZE ZDIAGNOZOWANĄ CHOROBA WIĘNCOWĄ SERCA W OPARCIU O OPIS PRZYPADKU.....	506
Joanna Kiryluk, Katarzyna Krystyna Snarska AKCEPTACJA CHOROBY WŚRÓD PACJENTÓW Z NADCISNIENIEM TĘTNICZYM.....	528
Elżbieta Sawicka, Krystyna Kowalczyk PROBLEMY PSYCHOFIZYCZNE PACJENTA Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW	574
Agnieszka Ojdanowska, Barbara Jankowiak POZIOM WIEDZY OSÓB MŁODYCH NA TEMAT WPLYWU ALKOHOLU NA STAN ZDROWIA.....	599
Agnieszka Dragun, Beata Kowalewska OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH I WYSTĘPOWANIA LĘKU U PACJENTÓW PRZYGOTOWYWANYCH DO INTERWENCYJNYCH ZABIEGÓW KARDIOLOGICZNYCH.....	632
Maciej Krysiwicz, Agata Kulikowska, Iwona Teresa Jarocka, Sławomir Lech Czaban ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA CHOREMU I PERSONELOWI OPIEKUJĄCEMU SIĘ PACJENTEM BĘDĄCYM POD WPLYWEM ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH.....	660
Aleksandra Hawrylkiewicz, Agata Gołębiewska PIELĘGNOWANIE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM WŁĄCZANEGO DO PROGRAMU LEKOWEGO LECZENIA INTERFERONEM BETA 1A.....	682

Anna Juriewa, Agata Gołębiewska PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z AUTOIMMUNOLOGICZNYM ZAPALENIEM TARCZYCY	713
Paulina Gałązka, Agata Gołębiewska PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM LECZONYM FUMARANEM DIMETYLU	735
Patrycja Kinga Lipiec, Anna Baranowska OCENA WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT OBOWIĄZUJĄCYCH I ZALECANYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WIEKU DZIECIĘCEGO – DONIESIENIA WSTĘPNE.....	758
Ewelina Lemańska, Agata Gołębiewska STAN WIEDZY DOROSŁYCH POLAKÓW NA TEMAT UDARÓW MÓZGU NA PRZYKŁADZIE GMINY GRABOWO	786
Magdalena Gemza-Prusaczyk, Barbara Jankowiak OCENA WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH	802
Katarzyna Żaneta Nawrocka - Woźny, Agata Gołębiewska STYL ŻYCIA A WYSTĘPOWANIE SCHORZEŃ PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO	833
Dominika Malinowska, Agata Gołębiewska SPOŁECZNE WYKLUCZENIE PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY	846
Justyna Gorzemba, Agata Gołębiewska PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO WYŁONNIENIU PRZESKÓRNEJ ENDOSKOPOWEJ GASTROSTOMII	869
Kamil Chowański, Agata Kulikowska, Iwona Teresa Jarocka, Sławomir Lech Czaban PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA PO URAZIE KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO.....	893
Mariusz Woźniak, Agnieszka Lankau, Katarzyna Anna Winiecka PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH.....	908
Patryk Kurpiewski, Agnieszka Lankau, Łukasz Kiszkiel ŚWIADOMOŚĆ PRACOWNIKÓW SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO NA TEMAT STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO	940
Paulina Pietrowicz, Agata Gołębiewska WIEDZA PACJENTÓW DIALIZOWANYCH NA TEMAT RADZENIA SOBIE W CHOROBIĘ.....	967
Paulina Jabłońska, Agnieszka Lankau PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ.....	991
Sylvia Szot, Agnieszka Lankau, ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W WIEKU GERIATRYCZNYM.....	1024

Magdalena Marcelina Dzirko, Anna Baranowska, OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO.....	1061
Weronika Kwiatek, Anna Baranowska OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z EPILEPSJĄ.....	1084
Magdalena Sienkiewicz, Krystyna Klimaszewska POZIOM WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH	1109

ROLA PIEŁĘGNIARKI WOBEC PACJENTA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO W PROCESIE LECZENIA I PRZYGOTOWANIA DO SAMOOPIEKI W WARUNKACH DOMOWYCH

Kinga Kisiel¹, Krystyna Kowalczuk²

1. Absolwentka I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

W literaturze zawał mięśnia sercowego (MI) jest definiowany jako śmierć komórki mięśnia sercowego, która następuje w wyniku przedłużonego niedokrwienia [1]. Zawał mięśnia sercowego jest wyznacznikiem jednego z przeważających problemów zdrowotnych na świecie [1]. MI zaliczany jest do Ostrych Zespołów Wieńcowych, w którym można wyróżnić dwa rodzaje zawałów serca. Pierwszym wariantem jest zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI), a drugim rodzajem bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI). Na zawał serca NSTEMI składa się dławica piersiowa niestabilna (UA) oraz zawał mięśnia sercowego bez uniesienia ST (NSTEMI) [2]. Najczęściej MI zlokalizowany jest w ścianie przedniej, bocznej, tylnej oraz dolnej [3]. Głównym czynnikiem ryzyka MI jest miażdżyca naczyń wieńcowych [4,5].

Epidemiologia

Ostry zawał serca jest najczęstszym powodem zgonów w Europie [6]. Z raportu opublikowanego przez European Heart Network wynika, że choroby układu krążenia są powodem 46-47% zgonów w Europie (w tym 52% u kobiet oraz 42% u mężczyzn), szczególnie w krajach uprzemysłowionych [2,7]. Pomimo, że sytuacja epidemiologiczna w okresie dwóch ostatnich dekad poprawiła się, to współczynniki umieralności z powodu chorób serca w Polsce są wysokie [2,7].

Z literatury wynika, że w 2020 r. liczba zgonów z powodu chorób serca przewyższy ponad 200 tys. [8]. Do polskich szpitali w 2014 r. zostało przyjętych z powodu zawału serca 77

tysięcy osób, w tym ponad 50 % ludzi z rozpoznaniem zawału NSTEMI [9]. Według danych epidemiologicznych najwięcej ludzi po 80 roku życia zachorowało na zawał serca, natomiast najmniej w wieku 40 roku życia [8].

Z literatury wynika, że w ciągu roku z powodu zawału mięśnia sercowego umiera 26% kobiet i 19% mężczyzn pomimo nowoczesnych metod diagnostycznych. Z prognoz epidemiologicznych wynika, że w kolejnych latach może umrzeć 47% kobiet oraz 36% mężczyzn [10]. W krajach europejskich zawał serca częściej rozpoznawany jest u mężczyzn [8,11].

Etiopatogeneza zawału mięśnia sercowego

Głównym czynnikiem ryzyka zawału mięśnia sercowego jest miażdżycza tętnic wieńcowych [4,5]. Z literatury wynika, że zawał serca może być spowodowany pierwotnym incydem wieńcowym taki jak np. pęknięcie blaszki miażdżycowej, które powoduje całkowite i nagłe zamknięcie światła tętnicy (STEMI) lub częściowe (NSTEMI). W rezultacie dochodzi do zaburzenia równowagi między zapotrzebowaniem mięśnia sercowego na tlen i substancje odżywcze [9].

Na podstawie literatury można wyodrębnić wiele czynników, które zwiększają ryzyko zawału mięśnia sercowego. Można je podzielić na czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne [12].

Czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego [5,10,12,13]:

Niemodyfikowalne:

- Wiek (kobiety po 60 roku życia, mężczyźni po 45 roku życia),
- Płeć (częściej mężczyźni),
- przynależność etniczna (afroamerykanki mają największy odsetek zachorowań),
- wywiad rodzinny przedwczesnego występowania chorób sercowo-naczyniowych,
- obecność choroby sercowo-naczyniowej lub innej na podłożu miażdżycy,
- markery genetyczne.

Modyfikowalne:

- dyslipidemia,
- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- zespół metaboliczny,
- czynniki prozakrzepowe,

- homocysteina,
- markery procesu zapalnego,
- otyłość (szczególnie brzuszna),
- dieta,
- depresja,
- spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach,
- stres,
- palenie tytoniu,
- mała aktywność fizyczna,
- stosowanie hormonalnej antykoncepcji przez kobiety,
- niski status socjoekonomiczny [5,10,12].

Obraz kliniczny zawału mięśnia sercowego

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że specyficznym objawem, który świadczy o zawałe mięśnia sercowego jest ból zlokalizowany w klatce piersiowej trwającym co najmniej 20 minut, który nie ustępuje po odpoczynku, a także po podaniu nitrogliceryny [14]. Dzięki powyższym cechom, można zróżnicować MI i chorobę wieńcową [9,15].

Ból w klatce piersiowej zwykle jest bardzo silny, gniotący, ściskający, kłujący, przypominający ucisk, np. typu opłucnowego, który zlokalizowany jest za mostkiem. Powyższy ból może promieniować do lewego barku lub ramienia, szyi, żuchwy, pleców i nadbrzusza [9,11,15].

Na podstawie literatury można wyróżnić następujące objawy, które towarzyszą bólowi podczas MI:

- ból w nadbrzuszu,
- duszność,
- kołatanie serca,
- nadmierna potliwość,
- niemiernie tętno,
- niepokój lub lęk,
- nudności,
- osłabienie,
- przyspieszenie rytmu serca,
- sinica obwodowa,

- stan podgorączkowy,
- szmery nad sercem,
- utrata przytomności,
- zawroty głowy,
- zimna, biała skóra [1,9,10].

Z literatury wynika, że występują nietypowe objawy podczas bólu zawałowego. Należą do nich: nadmierna potliwość, nudności, omdlenia. Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że MI może przebiegać bezobjawowo, np. u osób z chorobami współistniejącymi, np. cukrzyca, u pacjentów w okresie pooperacyjnym, w podeszłym wieku, w stanie krytycznym. W powyższych sytuacjach wskazane jest wykonanie krwi, tzw. biomarkerów sercowych, które potwierdzą schorzenie [1].

Powikłania zawału mięśnia sercowego

Na podstawie literatury można stwierdzić, że już w pierwszym tygodniu może dojść do powikłań, szczególnie mechanicznych, do których można zaliczyć:

- ostrą niedokrwienną niedomykalność mitralną,
- pęknięcie przegrody międzykomorowej,
- pęknięcie wolnej ściany serca [16,17,18].

Chory, który zmaga się z mechanicznymi powikłaniami po zawale mięśnia sercowego, obciążony jest bardzo dużą śmiertelnością wynoszącą do 73% [10,16].

Kolejnymi powikłaniami, które mogą wystąpić po zawale mięśnia sercowego mogą być:

- blok przedsionkowo-komorowy,
- bradykardia zatokowa,
- hipotonia,
- komorowe zaburzenia rytmu: migotanie komór, częstoskurcz komorowy,
- krwawienia z miejsca nakłucia tętnicy,
- migotanie przedsionków,
- ostra niewydolność serca,
- ponowny zawał serca,
- tętniak serca,
- udar mózgu,
- wstrząs kardiogeny,
- zapalenie osierdzia,

- zastój w krążeniu płucnym [4,10,17,18].

Rozpoznanie zawału mięśnia sercowego

Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że zawał mięśnia sercowego można rozpoznać na podstawie objawów podmiotowych, badań diagnostycznych: badania EKG oraz badań laboratoryjnych: oznaczeniu troponin sercowych typu I oraz typu T we krwi, stężenia białka CK-MB, mioglobiny, wzrost OB, wzrostu stężenia fibrynogenu i CRP w osoczu [9,18,19].

Najbardziej wiarygodnym badaniem potwierdzającym MI jest oznaczenie troponin sercowych (I oraz T) we krwi. O zawale serca świadczy wzrost i/ lub spadek powyższych markerów sercowych, oraz gdy jeden z pomiarów będzie miał wartość powyżej 99 percentyla [18,19]. W badaniu EKG można rozpoznać MI, na podstawie zapisu graficznego: wysokie, spiczaste załamki T, uniesione odcinki ST, występują patologiczne załamki Q wraz z zmniejszonymi wysokościami załamków R [9,18].

Z literatury wynika, że w rozpoznaniu zawału mięśnia sercowego mogą posłużyć badania obrazowe, takie jak: RTG klatki piersiowej, echokardiografia, angiografia wieńcowa, koronarografia, wentrykulografia radioizotopowa, MPS, SPECT, MRI, CT, PET [1,17].

Leczenie zawału mięśnia sercowego

Najbardziej dynamicznie rozwijającym się zakresem współczesnej kardiologii jest leczenie zawału serca [8]. Na podstawie badań klinicznych leczenie zawału serca należy rozpocząć jak najszybciej od momentu wystąpienia objawów [8,18]. Po przyjęciu pacjenta do oddziału, powinny zostać wykonane podstawowe parametry życiowe: RR, HR, temperatura, a także należy podłączyć pacjenta do monitora EKG. Jeżeli saturacja jest niższa niż 95 należy podać tlen (2-4l/min) % [9]. Po postawieniu diagnozy w zależności od stanu pacjenta, można wdrożyć następujące metody leczenia zawału serca: leczenie inwazyjne i farmakoterapia. W późniejszym etapie leczenia zostanie wprowadzone leczenie dietetyczne oraz rehabilitacja [18].

Farmakologiczne leczenie mięśnia sercowego

Z licznych badań klinicznych wynika, że w pierwszych godzinach zawału serca należy zastosować leki przeciwnie dokrwienne, które pozwolą ograniczyć ewentualne powikłania. Podstawowym ich zadaniem jest poprawa bilansu energetycznego. Do powyższych leków można zaliczyć [9,20]:

- Azotany, np. nitrogliceryna. Zmniejsza popyt mięśnia sercowego na tlen. Należy zaaplikować ją podjęzykowo, działa już po 60 s. w dawce 0,25-1 mg co 1-2 godziny.
- Syndoiminy, np. molsydomina. Polepsza bilans tlenowy serca. Można ją poddawać podjęzykowo lub doustnie w dawce 8-18 mg/24 h.,
- Leki beta-adrenolityczne, np. propranolol. Zmniejszają zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Podawany doustnie lub dożylnie,
- Leki blokujące kanały wapniowe, np. werapamil.. Zmniejszają zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen. Poza tym stosowane u chorych, u których nie działają leki beta-adrenolityczne i azotany.

Z literatury wynika, że w leczeniu ostrego zawału serca należy podawać przede wszystkim leki przeciwplatekcyjne oraz przeciwzakrzepowe. Stosowane są również leki fibrynolityczne, przeciwbólowe, nasercowe. W celu zminimalizowania bólu zawałowego może być stosowana morfina w dawce 4-8 mg i.v. lub s.c. [20].

Leki przeciwplatekcyjne zapobiegają powstawaniu zakrzepom tętniczym [20]. Do najskuteczniejszych leków przeciwplatekcyjnych można zaliczyć [2,5,8,20,21,22]:

- Kwas acetylosalicylowy, podawany doustnie w dawce 150-300 mg, dawka podtrzymująca 75-100 mg. którą należy przyjmować codziennie do końca życia,
- Kłopidogrel podawany w dawce 600 mg p.o. przed zabiegiem PCI, potem dawka podtrzymująca 75 mg na dobę,
- Inhibitory P2Y₁₂: prasugrel w dawce 60 mg p.o., potem dawka podtrzymująca 10 mg 1xdziennie p.o. oraz tikagrelor w dawce 180 mg, dawka podtrzymująca 90 mg 2xdziennie. Inhibitory P2Y₁₂ zastąpiły kłopidogrel, gdyż wykazują szybszy początek działania.
- Inhibitory receptora glikoproteinowego IIb/IIIa: abcyksymab, eptifibatyd, które zmniejszają ryzyko powikłań.

Do leków przeciwzakrzepowych można zaliczyć heparynę niefrakcjonowaną, stosowaną jako lek fibrynolityczny [5,20]. Innymi lekami fibrynolitycznymi, które stosowane są w przypadku braku możliwości wykonania zabiegu PCI u pacjentów ze STEMI, zaliczamy: streptokinazę, alteplazę, reteplazę, tenekteplazę [5,18].

Do innych leków, które są zalecane w leczeniu zawału serca można zaliczyć:

- Statyny ,np. lowastatyna- zmniejszają stężenie cholesterolu we krwi,
- Inhibitory konwertazy angiotensyny, np. kaptopryl, enalapryl- zapobiegają ponownemu zawałowi,

- Benzodiazepiny, np. diazepam- minimalizują lęk pacjenta [20].

Inwazyjne leczenie mięśnia sercowego

Z literatury wynika, że podczas podejmowania decyzji przez zespół terapeutyczny odnośnie leczenia inwazyjnego pacjenta wskazane jest wzięcie pod uwagę wieku, stanu chorego, jakości życia, wyniku koronarografii, chorób współistniejących oraz preferencji chorego [2,9].

Koronarografia jest najważniejszą metodą w ocenie tętnic wieńcowych. Dzięki powyższemu badaniu można wykryć zwężone lub niedrożne miejsca w tętnicach wieńcowych. W czasie zabiegu można również usunąć rozpoznane zwężenia [23,24]. Wskazaniami do wykonania koronarografii są: choroby tętnic wieńcowych, zawał mięśnia sercowego, ocena stanu naczyń wieńcowych przed planowanymi zabiegami [24].

Podstawowymi metodami inwazyjnego leczenia jest PCI (angioplastyka tętnicy wieńcowej) z wszczepieniem lub bez wszczepienia stentu oraz CABG [9]. Różnica między powyższymi zabiegami polega na tym, że PCI można wykonać po koronarografii, a zabieg CABG można przeprowadzić dopiero po stabilizacji stanu chorego [9].

Na podstawie literatury można wyróżnić postępowanie z pacjentem w procesie leczenia w zależności od rodzaju zawału mięśnia sercowego [5,8,22]:

- u pacjentów z uniesieniem odcinka ST stosowana jest pierwotna przezskórna angioplastyka wieńcowa (PCI), która powinna zostać wykonana w ciągu 12 godzin od wystąpienia objawów [5,8,22],
- u pacjentów z NSTEMI wykorzystywana jest wczesna interwencja wieńcowa. Na początku wykonywana jest koronarografia, a następnie PCI [8].

Rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego

Kompleksowa rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego dotyczy aktywności fizycznej, zmiany stylu życia, edukacji pacjenta, zminimalizowaniu czynników ryzyka oraz przestrzegania zaleceń lekarskich [4,25,26].

Bardzo ważnym elementem rehabilitacji kardiologicznej jest rehabilitacja wysiłkowa, która zmniejsza umieralność ogólną oraz ryzyko ponownego zawału [4].

Każdy pacjent po zawale mięśnia sercowego powinien przystąpić do rehabilitacji kardiologicznej, składającej się z 4 etapów: szpitalny (który powinien rozpocząć się w chwili przyjęcia chorego do szpitala), poszpitalny- wczesny, ambulatoryjny późny, utrzymanie osiągniętych wyników [26].

Do podstawowych składowych rehabilitacji kardiologicznej można zaliczyć:

- ocenę: stanu pacjenta: badania EKG, przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, dokładne badanie przedmiotowe, przegląd badań obrazowych, ocenę badań biochemicznych,
- edukacji dotyczącej aktywności fizycznej: wykonywanie ćwiczeń 3-4 razy w tygodniu przez co najmniej 30 min., polecenie stopniowego zwiększania aktywności, przybliżenie pacjentowi efektów w trakcie aktywności fizycznej, takich jak poprawa samopoczucia, wydolności fizycznej, a przede wszystkim rokowania chorego,
- wsparcie psychologa,
- zaprzestanie palenia tytoniu,
- kontrola ciśnienia tętniczego,
- kontrola masy ciała,
- wyrównanie zaburzeń lipidowych,
- zalecenia dotyczące odżywiania i diety [26].

System opieki koordynowanej po zawale mięśnia sercowego

Ważnym celem opieki kompleksowej po zawale serca jest wdrożenie u pacjenta programu kompleksowej opieki, aby ograniczyć tak dużą liczbę zgonów oraz inwalidztwa spowodowanego niewydolnością serca, a także wskazać możliwości powrotu do zdrowia oraz aktywności zawodowej [27].

System opieki koordynowanej powinien być prowadzony przez co najmniej 12 miesięcy i w czterech modułach[28]:

- specjalistyczna opieka kardiologiczna- średnio w ciągu pierwszego roku powinny odbyć się cztery konsultacje . Podczas pierwszej porady powinno być uwzględnienie wykonanie badań biochemicznych, takich jak: morfologia krwi, ALAT, lipidogram, stężenie glukozy, kreatyniny, potasu, CPK, TSH oraz INR. Poza tym należy wykonać test wysiłkowy oraz badanie echokardiograficzne. Podczas kolejnych wizyt istnieje możliwość wykonania kontrolnych badań,
- kompleksowa rehabilitacja i edukacja kardiologiczna- do której należy ocena stanu klinicznego pacjenta, kontrola czynników ryzyka, doskonalenie terapii, ćwiczeń fizycznych, a przede wszystkim z edukacji dotyczącej stylu życia oraz obowiązku stosowania się do zaleceń lekarskich. Program ten powinien zostać rozpoczęty do dwóch tygodni od wypisania ze szpitala,

- kardiologia interwencyjna- polega na wykonaniu zabiegu angioplastyki wieńcowej, zaliczanego do drugiego etapu rewaskularyzacji, który powinien zostać wykonany w ciągu 6 tygodni od wypisania ze szpitala,
- elektroterapia- polega na wszczepieniu rozrusznika serca. Podczas pierwszej konsultacji powinna być podjęta decyzja o tym zabiegu.

CELE PRACY

1. Określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego.
2. Rozpoznanie problemów bio-psycho-społecznych u pacjenta po zawale mięśnia sercowego.
3. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej dla pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 60-letniego pacjenta z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST(NSTEMI), który został przyjęty w dniu 09.10.2018 roku do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Szpitala USK w Białymstoku w trybie nagłym.

Materiał do badań został zebrany na podstawie analizy dokumentacji (historii choroby pacjenta, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich), obserwacji pacjenta, wyników badań laboratoryjnych, a także pomiarów pośrednich i bezpośrednich. W celu określenia diagnozy pielęgniarskiej i ustalenia indywidualnego planu postępowania została wdrożona metoda procesu pielęgnowania.

Opis przypadku pacjenta po zawale mięśnia sercowego

Pacjent Z.P. lat 60, został przyjęty w dn. 09.10.2018 do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej USK w Białymstoku w trybie nagłym. Powodem przyjęcia pacjenta był ostry zawał serca bez uniesienia ST (NSTEMI). Obserwację pacjenta objęto w pierwszym dniu przyjęcia. Z przeprowadzonego wywiadu wynika, że pacjent Z.P. jest pracownikiem fizycznym, mieszka w domu jednorodzinnym z żoną i trojgiem dzieci na wsi.

W wywiadzie stwierdzono, że pacjent jest obciążony wywiadem rodzinnym w kierunku

zawału mięśnia sercowego. Ojciec pacjenta przeżył dwa zawały serca w ciągu 10 lat, w 2008 roku oraz w 2017 roku. Pacjent dotychczas nie przeżył zawału. Podczas przyjęcia dokonano podstawowych pomiarów życiowych: wzrost 178 cm, masa ciała 102 kg, BMI: 32,20 kg/m², która wskazuje na otyłość 1 stopnia, RR: 155/82 mmHg, HR 88 uderzeń/ minutę, temperatura ciała 36,8 °C, saturacja 96%, oddech 22 oddechów/min, miarowy. Po przybyciu do szpitala pobrano krew na badania laboratoryjne, które wykazały wzrost stężenia troponiny sercowej T-215,50 pg/ml [<14,00 H], cholesterolu LDL-140 mg/dl [<130], triglicerydów-155 mg/dl [<150mg/dl], cholesterol całkowity -195 mg/dl [50-190 mg/dl], TSH-2,820 µIU/mL [0,270-4,200 µIU/mL], glukoza-98 mg/dL [70-99 mg/dL]. W dniu prowadzonej obserwacji pacjenta umieszczono na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego i pacjent został przygotowany do zabiegu koronarografii. Z wywiadu wynika, że pacjent od 15 lat choruje na niedoczynność tarczycy, która leczona jest substytucyjnie. Dodatkowo obciążony jest wywiadem w kierunku chorób współistniejących: samoistne nadciśnienie tętnicze od około 15 lat, nerwica od 5 lat, otyłość, hiperlipidemia mieszana oraz nikotynizm od 40 lat. Ponadto pacjent nie stosuje się do zaleceń dietetycznych ustalonych przez dietetyka.

W trakcie badania fizykalnego oceniono ból pacjenta. Stwierdzono, że jest silny, kłujący oraz ściskający ból w klatce piersiowej promieniujący do szyi oraz zuchwy. Według skali VAS na poziomie 7. Zaobserwowano duszność, lęk spowodowany zagrożeniem stanu życia.

Pacjent wykazywał niepokój związany z oczekiwaniem na zabieg koronarografii oraz z pozostawieniem psa samego w domu. Stwierdzono również suchość w jamie ustnej. Prowadzono obserwację ciśnienia tętniczego, którego wartości były w granicach od 180/100 mmHg do 145/75 mmHg. Wystąpiły problemy z zaspokojeniem podstawowych czynności życiowych spowodowanych osłabieniem chorego. Pacjent potrzebował pomocy w pójściu do łazienki, w pościelenie łóżka oraz toalecie całego ciała. Pacjent także zgłaszał trudności z zasypianiem w warunkach szpitalnych. Chory posiadał niewielką wiedzę na temat zawału serca. Wyrażał chęć do zmiany stylu życia, odżywiania.

Po zabiegu koronarografii, chorego monitorowano w kierunku możliwych powikłań: uszkodzenie nerek przez kontrast, zakrzepica żył głębokich, niedotlenienie kończyny górnej, krwawienie z miejsca wkłucia). Obserwowano miejsce wprowadzenia kaniuli po zabiegu koronarografii na prawym przedramieniu w celu sprawdzenia czy nie wystąpił ból oraz krwawienie. Opatrunek był suchy i czysty.

Pacjentowi założono wkłucie dożylnie na lewym ramieniu, przez które podawane są do

organizmu leki przeciwbólowe: Ketonal 100 mg, 500 ml 0,9% NaCl, 1 ml 15 % KCl.

Plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta po zawale mięśnia sercowego

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort spowodowany bólem w klatce piersiowej ,
wywołany zawałem mięśnia sercowego.

Cel: Złagodzenie lub zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Umieszczenie pacjenta na sali intensywnej opieki kardiologicznej
- Dobór wraz z pacjentem odpowiedniej pozycji, która zmniejsza dolegliwości bólowe
- Obserwacja natężenia bólu w oparciu o skalę VAS
- Określenie nasilania dolegliwości, umiejscowienia i charakteru bólu w klatce piersiowej
- Podłączenie pacjenta do monitora oraz regularne sprawdzanie podstawowych parametrów życiowych: RR, HR, SpO₂, temperatura, oddech - zapis w dokumentacji i na karcie gorączkowej
- Wykonanie EKG
- Zapewnienie dostępu do żyły
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych(morfologia, układ krzepnięcia, grupa krwi, oznaczenie markerów sercowych, cholesterol)
- Prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza
- Obserwowanie pacjentki w kierunku działań niepożądanych leków przeciwbólowych (wymioty, świąd skóry, nudności).

Realizacja:

- Pacjenta umieszczono na sali intensywnej opieki kardiologicznej
- Pacjenta ułożono w pozycji półwysokiej, tzn. głowę podniesiono o 30° względem podłoża
- Pacjentka określa natężenie bólu na 7 punktów w skali VAS
- Ustalono, że ból jest silny, kłujący oraz ściskający w klatce piersiowej, promieniujący do szyi oraz żuchwy.
- Pacjenta zamonitorowano , kontrolowano parametry życiowe co 15 minut: RR- 145/75mm Hg, 150/80 mmHg, 175/90mm Hg,180/100 mmHg, HR- 80-100 u/min., SpO₂- 96-99%, T- 36,2°C-36,8°C, oddechy-20-30 oddechów/min., odnotowano w dokumentacji

- Wykonano EKG, które ukazało obniżenie odcinka ST oraz ujemny załamek T w II,III odprowadzeniu.
- Założono wkłucie obwodowe w lewym zgięciu łokciowym
- Pobrano krew na badania laboratoryjne: morfologia, układ krzepnięcia, grupa krwi, oznaczenie markerów sercowych: T, TSH, cholesterol
- Podano leki przeciwbólowe zgodnie z kartą zleceń lekarskich: Ketonal 100 mg dożylnie we wlewie kroplowym
- Działania niepożądane nie wystąpiły

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ból w klatce piersiowej, RR obniżono do wartości 145/75 mmHg.

Diagnoza pielęgniarska 2: Dyskomfort spowodowany dusznością spoczynkową.

Cel: Zmniejszenie lub zminimalizowanie duszności.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Pomoc w ułożeniu pacjenta w pozycji wysokiej
- Kontrola pacjenta pod kątem nasilenia duszności, ocena oddechów
- Pomiar pulsoksymetrii i kontrola saturacji krwi. (obniżenie saturacji poniżej 94%- wskazane jest podanie tlenu zgodnie ze zleceniem lekarza)
- Zapewnienie odpowiedniej temperatury i wilgotności powietrza w sali

Realizacja:

- Ułożono pacjenta w pozycji wysokiej
- Regularnie kontrolowano oddechy pacjenta co godzinę, które wahały się między 19-22 oddechów/min.
- Założono pulsoksymetr na prawy palec, saturacja wahała się w granicach 96-99%.
- Zapewniono odpowiednie warunki: temperaturę na sali 19°C oraz wilgotność 50%.

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano duszność.

Diagnoza pielęgniarska 3: Niepokój, lęk spowodowany obecnym stanem zdrowia.

Cel: Obniżenie niepokoju i lęku pacjenta.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Udzielenie wsparcia psychicznego pacjentowi
- Pomoc w rozwiązaniu problemów związanych z pozostawieniem psa samego w domu
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem i rodziną

Realizacja:

- Udzielono wsparcia psychicznego poprzez rozmowę z pacjentem
- Zapewniono opiekę nad psem w warunkach domowych przez rodzinę
- Umożliwiono kontakt z rodziną, która wsparła pacjenta psychicznie oraz z lekarzem, który wytłumaczył pacjentowi jego stan zdrowia

Ocena podjętych działań: Obniżono niepokój i lęk pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 4: Suchość w jamie ustnej spowodowana odwodnieniem pacjenta.

Cel: Zminimalizowanie suchości w jamie ustnej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja błony śluzowej pacjenta
- Zwilżanie ust odpowiednimi środkami
- Przepłukiwanie jamy ustnej wodą przegotowaną
- Nawodnienie pacjenta

Realizacja:

- Obserwowano błonę śluzową jamy ustnej. Zauważono popękane wargi
- Zwilżano usta pacjentowi za pomocą gazika i wody
- Przepłukiwano jamę ustną wodą przegotowaną
- Poinformowano pacjenta na temat zwiększenia ilości wypijanych płynów: 2 litry dziennie, najlepiej wody

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano suchość w jamie ustnej.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych, spowodowanych wysokim ciśnieniem tętniczym.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego
- Zapewnienie spokoju pacjentowi, poczucia bezpieczeństwa
- Wyjaśnienie pacjentowi, aby unikał stresowych sytuacji
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich

Realizacja:

- Kontrola ciśnienia tętniczego co 15 min. RR- 145/75mm Hg, 150/80 mmHg, 175/90mm Hg, 180/100 mmHg,

- Zapewniono spokój, poczucie bezpieczeństwa pacjentowi poprzez zamknięcie drzwi i kontakt z rodziną
- Wyjaśniono o konieczności unikania stresowych sytuacji
- Podano zgodnie z kartą zleceń lekarskich Bisocard 2,5mg doustnie

Ocena podjętych działań: Zmniejszono ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia wstrząsu kardiogennego, ponownego zawału serca, zaburzeń rytmu serca.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia wstrząsu kardiogennego, ponownego zawału serca, zaburzeń rytmu serca.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Kontrola podstawowych parametrów życiowych
- Zapewnienie pacjentowi spokoju
- Pomoc w zaspokojeniu podstawowych czynności życiowych

Realizacja:

- Zamonitorowano pacjenta, sprawdzano EKG i wartości podstawowych parametrów życiowych: RR- 145/75mm Hg, 150/80 mmHg, 175/90mm Hg, 180/100 mmHg, HR- 80-100 u/min., SpO2- 96-99%, T- 36,2°C-36,8°C, oddechy:20-30 oddechów/min.
- Zapewniono spokój pacjentowi poprzez zamknięcie drzwi od sali, wygaszenie oświetlenia, umożliwiono odpoczynek
- Pomagano pacjentowi w toalecie ciała, przyniesiono kaczkę w celu oddania moczu, pomoc w zmianie bielizny osobistej

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano możliwość wystąpienia wstrząsu kardiogennego, ponownego zawału serca, zaburzeń rytmu serca.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko wystąpienia krwawienia po koronarografii.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka przed wystąpieniem krwawienia po koronarografii.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii
- Przeprowadzenie badania EKG
- Położenie opaski uciskowej i obserwacja kończyny, tętna, objawów zakażenia rany, krwawienia, opatrunku

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii: zastosowano ucisk w miejscu nakłucia przez 10-15 min po zabiegu, pozostawiono uciskowy opatrunek suchy na 3-4 godziny, oddanie moczu do kaczki do 2 godzin od zabiegu.
- Wykonano badania EKG, nie zauważono żadnych nieprawidłowości, nie pojawiło się obniżenie odcinka ST oraz ujemnego załamka T w II,III odprowadzeniu
- Luzowano opaskę uciskową co 30 minut , sprawdzono tętno- wynosiło 70 u/min, nie zaobserwowano krwawienia, objawów zakażenia, opatrunek pozostał czysty i suchy. Po 4 godzinach od zabiegu zdjęto opaskę uciskową, nie zauważono stanu zapalnego, założono suchy opatrunek (składający się z gazika i plastra, który owinięto wokół nadgarstka) do następnego dnia

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia krwawienia po zabiegu koronarografii.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich po koronarografii.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka przed wystąpieniem zakrzepicy żył głębokich po koronarografii.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii
- Przyniesienie pacjentowi w razie potrzeby kaczki lub basenu, zapewnienie warunków intymności
- Podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii: zalecono przebywanie w pozycji płaskiej z lekko uniesiono głowę przez co najmniej 6-8 godzin z wyprostowaną kończyną górną
- W ciągu godziny zasłonięto pacjenta parawanami w celu zapewnienia intymności i podano kaczkę, w celu oddania samodzielnie moczu przez pacjenta
- Podano zgodnie ze zleceniem lekarskim Clexane 40 mg podskórnice

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich po zabiegu koronarografii.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek przez kontrast po koronarografii.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka przed wystąpieniem uszkodzenia nerek przez kontrast po koronarografii.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta na temat zasad obowiązujących po zabiegu koronarografii: zastosowano nawodnienie organizmu za pomocą 500 ml NaCl oraz zalecono wypijanie 1,5l wody, w celu usunięcia kontrastu z organizmu

Ocena podjętych działań: Zminimalizowano ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek przez kontrast po zabiegu koronarografii.

Diagnoza pielęgniarska 10: Brak samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, takich jak toaleta ciała, zmiana bielizny osobistej.

Cel: Podwyższenie samodzielności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Motywacja pacjenta do wykonania podstawowych czynności życiowych z niewielką pomocą pielęgniarki
- Pomoc w przygotowaniu zestawu do wykonania toalety i zaspokojeniu podstawowych potrzeb
- Zapobieganie powikłaniom zatorowo-zakrzepowym
- Prewencja usztywnieniom i przykurczom stawowym

Realizacja:

- Wy tłumaczono pacjentowi potrzebę wykonywania podstawowych czynności życiowych, aby zapobiegać przykurczom. Zalecono oszczędzanie kończyny górnej prawej, która została poddana zabiegowi
- Przygotowano zestaw do wykonania toalety i przeprowadzono toaletę ciała pacjenta w łóżku dwa razy dziennie, zmieniono bieliznę osobistą, natłuszczono skórę pacjenta kremem i balsamem Nivea, oklepano plecy pacjenta
- W celu zapobiegania powikłaniom zatorowo-zakrzepowym podłożono pod kończyny dolne wałek zrobiony z koca

- Nauczono pacjenta ćwiczeń czynnych i biernych :
 - ćwiczenia oddechowe: ćwiczenie przy pomocy aparatu Triflo, dmuchanie przez słomkę do szklanki z wodą i tworzenia bąbelków, w celu rozprężenia tkanki płucnej
 - ćwiczenia zapobiegające przykurczom: podnoszenie kończyn górnych i dolnych; zginanie i prostowanie, przywodzenie i odwodzenie kończyn górnych i dolnych, pomagano w realizacji powyższych ćwiczeń

Ocena podjętych działań: Zwiększono samodzielność pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności ruchowych.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy na temat zdrowego stylu życia po przebytych zawale.

Cel: Zwiększenie wiedzy na temat zdrowego stylu życia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta na temat czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego, zdrowej diety, systematycznych pomiarach ciśnienia tętniczego krwi, przyjmowania leków oraz aktywności fizycznej

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta na temat czynników ryzyka zawału serca, działania chorób współistniejących, takich jak: otyłość, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, nikotynizm, nieodpowiedniej diety i małej aktywności fizycznej. Poinformowano pacjenta o złym wpływie stresu na styl życia, nauczono stosowania masażu, polecono zapisanie pacjenta na zajęcia jogi
- Wyedukowano pacjenta w zakresie obniżenie masy ciała(osiągnięcie BMI<25), zwiększenie aktywności fizycznej poprzez np. zajęcia jogi, spacer, pływanie 3-5 razy w tygodniu przez co najmniej 30 min., zmianę nawyków żywieniowych, zastosowanie diety śródziemnomorskiej, zmniejszenie ilości spożywania soli do 5g/ dobę, tłuszczów zwierzęcych , spożywanie większej ilości warzyw i owoców, chudego mięsa (drób), produktów bogatych w błonnik: pieczywo pełnoziarniste, roślin strączkowe, takich jak: fasola, groch; przyjmowanie regularnie leków oraz sprawdzanie systematycznie co najmniej 3 razy dziennie ciśnienia tętniczego krwi

Ocena podjętych działań: Zwiększono wiedzę pacjenta na temat zdrowego stylu życia.

Diagnoza pielęgnarska 12: Otyłość spowodowana nieprawidłowym odżywianiem i niską aktywnością fizyczną.

Cel: Zmobilizowanie pacjenta do zmiany nawyków żywieniowych i zwiększenia aktywności fizycznej.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Edukacja pacjenta na temat zmiany nawyków żywieniowych, zmniejszenia masy ciała oraz zwiększenia aktywności fizycznej
- Dostarczenie pacjentowi ulotek, broszur przykładowych jadłospisów
- Polecenie pacjentowi uprawiania regularnie sportu, np. spaceru, jazda na rowerze, pływanie

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta na temat zmiany nawyków żywieniowych, zmniejszenia masy ciała oraz zwiększenia aktywności fizycznej
- Przekazano pacjentowi broszury, ulotki z przykładowym jadłospisem
- Omówiono korzyści z uprawiania regularnie sportu, np.: spaceru, jazda na rowerze, pływanie, ze zmiany diety, na dietę śródziemnomorską, ograniczenia ilości soli do 5 g, jedzenia dużej ilości owoców i warzyw, produktów zawierających duże ilości błonnika, takie jak np. pieczywo razowe, regularnego spożywania posiłków

Ocena podjętych działań: Zmotywowano pacjenta do zmiany stylu życia: do regularnego wysiłku fizycznego, do zmiany nawyków żywieniowych.

Diagnoza pielęgnarska 13: Utrudnione zasypianie spowodowane hospitalizacją.

Cel: Zapewnienie pacjentowi odpowiednich warunków do snu.

Plan opieki pielęgnarskiej:

- Ograniczenie oświetlenia
- Zapewnienie ciszy na Sali
- Zapewnienie na sali świeżego powietrza oraz optymalnej temperatury w pomieszczeniu (18-21⁰C)

Realizacja:

- Ograniczono oświetlenie poprzez zasłonięcie rolet, zgaszenie światel
- Zapewniono ciszę poprzez zamknięcie drzwi, wyłączenie telewizora
- Wywietrzono salę, następnie zamknięto wszystkie okna. Temperatura otoczenia wynosiła 19⁰C

Ocena podjętych działań: Zapewniono pacjentowi odpowiednie warunki do snu.

Diagnoza pielęgniarska 14: Ryzyko zakażenia w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania wkłucia obwodowego i następnie podczas podawania przez kaniulę leków
- Obserwacja i ocena miejsca wkłucia wg Skali Baxter
- Wymiana wenflonu co 48-72 godziny

Realizacja:

- Zastosowano zasady aseptyki i antyseptyki podczas zakładania wkłucia obwodowego, zabezpieczenie miejsce wkłucia bandażem, przepłukiwano wkłucie co 4 godziny fizjologicznym roztworem soli oraz przed każdym podaniem leku. Podczas każdego podawania leku zwracano uwagę na możliwe objawy: zaczerwienie, obrzęk, ból
- Nie zaobserwowano żadnych zmian w miejscu wkłucia. Ocena wkłucia wg skali Baxter wyniosła 0 punktów

Ocena podjętych działań: Nie wystąpiły objawy zakażenia.

Leczenie dietetyczne po zawale mięśnia sercowego

Na podstawie literatury można stwierdzić, że jedną z metod zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowych jest leczenie dietetyczne. Z badań wynika, że dieta śródziemnomorska zmniejsza ryzyko ponownego zawału oraz śmiertelność [25, 29].

W diecie pacjenta po zawale mięśnia sercowego wskazane jest: zmniejszenie ilości soli w diecie do 5g dziennie, ograniczenie spożywania pokarmów przetworzonych, mających dużą ilość kwasów tłuszczowych trans-nienasyconych, ograniczenie nasycone kwasy tłuszczowe (nie powinny przekraczać 10 % zapotrzebowania kalorycznego), zastąpić je olejami roślinnymi. Chory powinien spożywać posiłki urozmaicone o stałych porach, najlepiej 5 razy dziennie [25, 29]. Dieta chorego po zawale mięśnia sercowego powinna zawierać [25, 29]:

- warzywa i owoce przynajmniej 200 g na dobę,
- pełnoziarniste pieczywo,
- rośliny strączkowe,
- 30—45 g błonnika,

- ryby, co najmniej 2 razy w tygodniu, przynajmniej raz w tygodniu powinna być to ryba tłusta,
- cebulę, czosnek i oliwę z oliwek(posiadają dużo ilość błonnika, nienasyconych kwasów tłuszczowych, witaminy C),
- produkty bogate w sterole i stanole,
- produkty bogate w kwasy omega 3, (2-4 g dziennie),
- produkty bogate w mikroelementy i makroelementy,
- orzechy (30 g niesolonych dziennie),
- chude mięso,
- ubogotłuszczowe produkty mleczne.

Natomiast w diecie śródziemnomorskiej należy ograniczyć [25, 29]:

- czerwone mięsa, szczególnie wieprzowinę,
- słodkie napoje, cukier, ciasta, masło,
- spożycie alkoholu u mężczyzn nie powinno przekraczać 20g na dobę, a u kobiet 10 g na dobę,
- sól (maksymalnie do 5 g dziennie),
- kwasy tłuszczowe nasycone oraz typu trans,
- poniżej 2 jaj tygodniowo.

Edukacja pacjenta po zawale mięśnia serowego

Ważną rolę w edukacji pacjenta po zawale mięśnia sercowego odgrywa pielęgniarka, która uczy pacjenta zdrowego stylu życia w warunkach szpitalnych i domowych [4, 8, 28].

W edukacji pacjenta po zawale mięśnia sercowego należy uwzględnić:

- regularne spożywanie posiłków 4-5 razy dziennie,
- zastosowanie diety śródziemnomorskiej z uwzględnieniem błonnika, witamin, mikroelementów i makroelementów która opiera się na pokarmach bogatych w błonnik, witaminy, mikroelementy i makroelementy,
- systematycznego przyjmowanie leków,
- systematycznego chodzenia na wizyty kontrolne,
- zaprzestania palenie tytoniu, który jest głównym czynnikiem ryzyka zawału serca - zaproponowanie używanie plastrów z nikotyną,
- dążenie do prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego, tzn. ciśnienie skurczowe powinno być niższe niż 140 mmHg, a ciśnienie rozkurczowe niższe niż 110 mmHg,

- zwiększenie aktywności fizycznej, która zmniejsza lęk, poprawia samopoczucie. zalecana jest aktywność składająca się z ćwiczeń aerobowych, co najmniej 30 minut 5 razy w tygodniu,
- obniżenie masy ciała u pacjentów otyłych. BMI nie powinno przekraczać 25 kg/m²,
- regularnego wykonywania badań krwi: morfologia krwi, ALAT, lipidogram, stężenie glukozy, kreatyniny, potasu, CPK, TSH oraz INR [4, 25, 28, 30].

Na podstawie badań epidemiologicznych można zauważyć, że u osób po MI można zauważyć pojawianie się wielu problemów emocjonalnych, behawioralnych, a także psychopatologicznych. Znaczącą rolę wśród przyczyn zgonów doszukiwać się można w czynnikach psychospołecznych, do których można zaliczyć: przewlekłe czynniki stresowe, np. brak wsparcia rodziny, a także czynniki emocjonalne, np. lęk, stres, zaburzenia cech osobowości, depresja [31].

WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego jest edukowanie pacjenta w zakresie zdrowego stylu życia, samopielęgnacji i samokontroli.
2. Najważniejszymi problemami bio-psycho-społecznymi pacjenta po zawale mięśnia sercowego były:
 - Dyskomfort spowodowany bólem w klatce piersiowej, wywołany zawałem mięśnia sercowego
 - Dyskomfort spowodowany dusznością spoczynkową
 - Niepokój, lęk spowodowany obecnym stanem zdrowia
 - Suchość w jamie ustnej spowodowany odwodnieniem pacjenta
 - Ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych, spowodowanych wysokim ciśnieniem tętniczym
 - Ryzyko wystąpienia wstrząsu kardiogennego, ponownego zawału serca, zaburzeń rytmu serca
 - Ryzyko wystąpienia krwawienia po koronarografii
 - Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich po koronarografii
 - Ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek przez kontrast po koronarografii

- Brak samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych, takich jak toaleta ciała, zmiana bielizny osobistej
 - Deficyt wiedzy na temat zdrowego stylu życia po przebytych zawale
 - Otyłość spowodowana nieprawidłowym odżywianiem i niską aktywnością fizyczną
 - Utrudnione zasypianie spowodowane hospitalizacją
 - Ryzyko zakażenia w miejscu założonego wkłucia obwodowego
3. Opracowany indywidualny proces pielęgnowania wobec pacjenta po zawale mięśnia sercowego pozwoliło na objęcie pacjenta holistyczną opieką oraz poprawę jakości życia pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. W 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: 235–254.
2. Kaaz K., Kaaz K., Bastek M., Mysiak A.: Zawał mięśnia serca z istotnym zwężeniem pnia lewej tętnicy wieńcowej u chorych w wieku podeszłym – jak leczyć? *Kardiologia po Dyplomie* 2014, 13 (3): 39-45.
3. Dąbrowska B.: Lokalizacja zawału serca w elektrokardiogramie w świetle aktualnych wytycznych. *Medycyna praktyczna* 2013, 1 (spec.): 29-34.
4. StegPh.G., James S.K., Atar D., Badano L.P., BlomstromLundquist C., Borger M.A., Di Mario C., Dickstein K., Ducrocq G., Fernandes-Aviles F., Gershlick A.H., Gianuzzi P., HalvorsenS., Huber K., Juni P., Kastrati A., Knuuti J., Lenzen M.J., Mahaffey K.W., Valgimigli M., Arnoudvan'tHofWidimsky P., Zahger D.: Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. *Kardiologia Polska* 2012, 70 supl. VI: 255–S 318.
5. Kornacewicz-Jach Z., Czechowska M., Stachowiak P.: Zawał mięśnia sercowego u osób młodych. *Kardiologia po Dyplomie* 2012, 11(12): 7-16.
6. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J.: Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa XII 2015, Dostępne: <http://bip.stat.gov.pl/organizacja-statystyki-publicznej/rzadowa-rada-ludnosciowa/publikacje-rzadowej-rady-ludnosciowej/> Pobrane 22.10.2018.

7. Moroszyńska-Dmoch E.M., Wożakowska-Kapłon B.: Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie — przegląd literatury. *Folia Cardiologica* 2014, 9(3): 267–274.
8. Chlebus K., Gąsior M., Gierlotka M., Kalarus Z., Kozierekiewicz A., Opolski G., Poloński L., Rabczenko D., Stokwiszewski J., Wierucki Ł., Wojtyniak B., 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: <http://www.rehabilitacjakardiologicznaptk.pl/wp-content/uploads/2015/02/2014-05-11-Raport-ZS-w-Pl-ost.pdf> Pobrane 22.10.2018.
9. Budaj A., Beręsewicz A., Andas A., Pasiński T., Banasiak W., Wysocki H., Bednarz B., Poloński L., Bochenek M., Sadowski J., Wierzbicki K.: Choroba niedokrwienności serca. *Interna Szczeklika* 2017.
10. Bęćkowski M., Dąbrowski R.: Zawał mięśnia sercowego u kobiet. *Medycyna Po Dyplomie* 2016, 07-08: 20-25.
11. Szurgacz M.: Opóźnienie w leczeniu zawału serca z uniesieniem odcinka ST. *Na Ratunek* 2013, 5: 26-30.
12. Modrzejewski W., Musiał W.J.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo- -naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, 1(2): 106–114.
13. Węglarz M., Banach J., Bujak R., Chudzińska M., Ściesińska M., Sinkiewicz W.: Prewencja zawału serca- rekomendacja a codzienna praktyka. *Czynniki Ryzyka* 2012, 4: 54-62.
14. 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.
15. Kosiora D.A., Gaciong Z., (red.): Aktualne zalecenia postępowania w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Wydawnictwo Via Medica Gdańsk 2013.
16. Staromłyński J., Bartczak M., Suwalski P.: Mechaniczne powikłania zawału mięśnia sercowego. *Kardiologia Inwazyjna* 2017, 12(6): 19-23.
17. Sacha J., Brzostowicz T., Guzik P.: Nowa uniwersalna definicja zawału serca. Część 4. Badania obrazowe. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2013, 7: 213-218.
18. Ibanez B., James S., Agewall S., Antunes M.J., Bucciarelli-Ducci Ch., Bueno H., Caforio A.L.P., Crea F., Goudevenos J.A., Halvorsen S., Hindricks G., Kastrati A., Lenzen M.J., Prescott E., Roffi M., Valgimigli M., Varenhorst Ch., Vranckx P., Widimský P.: Wytyczne

- ESC dotyczące postępowania w ostrym zawałe serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku. *Kardiologia Polska* 2018, 76(2): 229–313.
19. Sacha J., Guzik P.: Nowa uniwersalna definicja zawału serca. Część 2. Wskaźniki biochemiczne martwicy mięśnia sercowego. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012, 6: 430-433.
 20. Rajtar-Cynke G.: *Farmakologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
 21. Grzešek G., Kubica A., Grzešek E., Koziński M., Kochman W.: Kwas acetylosalicylowy i kłopidogrel w leczeniu choroby wieńcowej. *Folia CardiologicaExcerpta* 2009, 4(6): 310-316.
 22. Kochman W., Sukiennik A., Radomski M.: Zawał serca-aktualne standardy leczenia. *Folia CardiologicaExcerpta* 2009, 4(4): 204–211.
 23. Schuetz GM, Zacharopoulou M, Schlattmann P.: Która nieinwazyjna metoda oceny tętnic wieńcowych jest lepsza: CT czy MRI? – metaanaliza. *Ann. Intern. Med.* 2010, 152: 167-177.
 24. Sałacki A.J.: Co to jest koronarografia? *Medycyna Po Dyplomie* 2017, 03: 115-116.
 25. Jankowski P.: Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w profilaktyce chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń* 2012, 9(4): 192–198.
 26. Balsam P., Szmit S.: Współczesna rehabilitacja kardiologiczna – przegląd najnowszych zaleceń europejskich ekspertów. *Kardiologia po Dyplomie* 2010, 9(9): 76-80.
 27. Sobieszek A., Milewski K.: Koordynowana Opieka Specjalistyczna dla pacjenta po zwale serca-KOS-zawał. *Kardiologia Inwazyjna* 2017, 5(12): 4-6.
 28. Jankowski P., Gąsior M., Gierlotka M., Cegłowska U., Słomka M., Eysymontt Z., Gałaszek M., Buszman P., Kalarus Z., Kaźmierczak J., Legutko J., Sujkowska G., Matuszewicz W., Opolski G., Hoffmann P.: Opieka koordynowana po zawałe serca. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. *Kardiologia Polska* 2016, 74(8): 800–811.
 29. Chudzińska M., Wołowicz Ł., Zukow W., Sinkiewicz W.: Dieta śródziemnomorska zalecana nie tylko w chorobach sercowo – naczyniowych. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017, 7(6): 732-746.
 30. Mącznik-Kubicka A.: Wtórna prewencja kardiologiczna u pacjentów po przebytych zawałe serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2016, 13(5): 363–366.
 31. Grochulska A., Lesińska- Sawicka M.: Psychologiczne konsekwencje przebytego zawału mięśnia sercowego. *Geriatrics* 2015, 9: 3-13.

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA Z NADCZYNNOŚCIĄ TARCZYCY

Justyna Kakareko¹, Krystyna Kowalczuk²

1. Absolwentka I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nadczynność tarczycy to stan chorobowy wywołany nadmierną produkcją hormonów tarczycy trijodotyroniny (T3) i tyroksyny (T4), w stosunku do zapotrzebowania organizmu [1,2]. Powyższy stan, może być także wynikiem leczenia zbyt dużymi dawkami hormonów tarczycy lub wynikać z ich zaburzeń metabolicznych [3]. Na podstawie literatury, można stwierdzić, że nadczynność tarczycy należy do najpowszechniejszych zaburzeń endokrynologicznych na całym świecie i jak wynika z danych National Institute of Health and Food zachorowalność na tę chorobę nieustannie wzrasta [4,5]. Problem ten dotyczy 2% dorosłych na całym świecie, natomiast u dzieci występuje z częstością dziesięciokrotnie mniejszą [6].

Z danych statystycznych wynika, że zachorowalność na nadczynność gruczołu tarczycowego na świecie w ciągu roku wynosi 45 na 100tys dorosłych, a w Polsce około 25tys [6].

Z danych epidemiologicznych wynika, że nadczynność tarczycy znacznie częściej występuje u osób płci żeńskiej i dotyczy 0,5-2% kobiet, natomiast u mężczyzn występuje dziesięciokrotnie rzadziej. Schorzenie to występuje również dziesięciokrotnie rzadziej u osób rasy czarnej niż białej [7].

Etiopatogeneza nadczynności tarczycy

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że nadczynność tarczycy może przebiegać w formie jawnej lub utajonej [8].

Utajona nadczynność tarczycy (subkliniczna) przebiega zazwyczaj bezobjawowo lub skąpoobjawowo [8]. O zaburzeniu tym można mówić wtedy, gdy stężenie tyreotropiny (TSH)

w surowicy jest zbyt niskie, a stężenia frakcji wolnych hormonów tarczycy (FT3 oraz FT4) mieszczą się w granicach norm: wolna tyroksyna (FT4) 11,0-22,0 pmol/l, wolna trijodotyronina (FT3) 3,5-9,0 pmol/l [8,9,10]. W przypadku subklinicznej nadczynności tarczycy u około 50% przypadków zachorowań, stężenie TSH samoistnie powraca do normy, a możliwość progresji do jawnej nadczynności gruczołu tarczycowego, wynosi około 5% przypadków w ciągu roku [8].

Jawna nadczynność tarczycy posiada charakterystyczny zespół objawów, do których należą między innymi osłabienie oraz nietolerancja ciepła[8]. Występuje ona w postaci pierwotnej (tarczycowej) lub wtórnej (przysadkowej) nadczynności gruczołu tarczycowego. O zaburzeniu tym można mówić wtedy, gdy stężenia frakcji wolnych hormonów tarczycy przekracza górne granice norm: (FT3)-powyżej 9,0 pmol/l, (FT4)-powyżej 22,0 pmol/l, a stężenie TSH jest podwyższone (powyżej 18 pmol/l) w przypadku wtórnej nadczynności gruczołu tarczycowego lub zmniejszone (poniżej 1 pmol/l) w przypadku pierwotnej nadczynności gruczołu tarczycowego [8,10].

Jedną z głównych przyczyn pierwotnej nadczynności gruczołu tarczycowego jest choroba Gravesa-Basedowa (ChGB) o podłożu autoimmunologicznym, stanowiąca około 75% przypadków zachorowań [11, 12, 13]. Do innych pierwotnych przyczyn nadczynności gruczołu tarczycowego oprócz ChGB, można zaliczyć [7,9,13,14]:

- wole guzowate nadczynne,
- wole guzkowe toksyczne (choroba Plummera),
- autonomiczny guzek tarczycy (choroba Goetscha),
- zapalenia tarczycy,
- nadmierna podaż jodu,
- rak tarczycy,
- egzogenna podaż hormonów tarczycy,

Wtórna nadczynności gruczołu tarczycowego występuje natomiast bardzo rzadko, a do jej przyczyn można zaliczyć: gruczolaki przysadki, oporność tkanek docelowych na hormony tarczycy [8,9].

Obraz kliniczny i przebieg naturalny nadczynności tarczycy

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że nadczynność tarczycy rozwija się w różnym tempie w zależności od przyczyny. Choroba ta może rozpocząć się nagle (po podaniu środków cieniujących zawierających jod) lub też rozwijać się na przestrzeni miesięcy

czy lat (np. wole guzkowe toksyczne).Nadczynność gruczołu tarczycowego może ustępować samoistnie (np. poporodowe zapalenie tarczycy) lub mieć charakter naprzemienny z okresami remisji (ChGB) [8].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że subkliniczna nadczynność tarczycy może przebiegać skąpo objawowo. Do charakterystycznych objawów schorzenia można zaliczyć:

- arytmie nadkomorowe (przedwczesne pobudzenia nadkomorowe, migotanie przedsionków),
- arytmie rzadko komorowe,
- przyśpieszoną czynność serca [8].

W przypadku jawnej nadczynności tarczycy jednym z głównych objawów świadczącym o początku choroby jest duży i szybki spadek masy ciała. U pacjenta mimo wzmożonego apetytu następuje spadek wagi, nawet do kilkudziesięciu kilogramów w ciągu kilku miesięcy [8,15]. Na podstawie literatury, można stwierdzić, że w jawnej nadczynności tarczycy, objawy mogą pochodzić z różnych układów [16].

Objawy skórne zazwyczaj występują na podłożu autoimmunologicznym [4]. W wyniku przyśpieszonego metabolizmu, na ciele widoczne są przekrwienia skóry i wzmożona potliwość [8]. Skóra jest dobrze ukrwiona, wilgotna i gładka [10]. Włosy są cienkie i łamliwe, skłonne do wypadania. Paznokcie zaś są kruche z tendencją do rozdawiania [8].

Objawy ze strony narządu wzroku pojawiają się na skutek przewlekłego zapalenia tkanek miękkich oczodołu, wywoływanym głównie przez ChGB, tzw. Oftalmopatia tarczycowa (orbitopatia) [3,17]. Zmiany oczne powstałe na skutek Oftalmopatii mogą być łagodne (nie stanowią zagrożenia dla narządu wzroku) oraz te, które mogą doprowadzić do

utruty wzroku [17]. Typowym objawem w orbitopatii, pojawiającym się w przebiegu ChGB jest wytrzeszcz oczu [8]. Do innych objawów można zaliczyć pieczenie i łzawienie oczu, a także światłowstręt czy uczucie piasku pod powiekami [18]. Do zagrożenie utraty wzroku, dochodzi w monecie ucisku na nerw wzrokowy lub przy owrzodzeniu rogówki [13].

Objawy ze strony układu nerwowo-mięśniowego dotyczą ogólnego zachowania się człowieka. Zazwyczaj występuje niespokojne, drażliwość i chwiejność emocjonalna. Mogą też występować problemy ze skupieniem uwagi co często utrudnia prawidłowe funkcjonowanie. Dodatkowo pacjenci mogą skarżyć się na bezsenność, drżenie rąk oraz osłabienie mięśnie i miopatie. Częstym objawem ze strony układu nerwowo-mięśniowego jest pobudzenie psychoruchowe [8,16,19].

Objawy ze strony układu pokarmowego dotyczą problemów z oddawaniem stolca. U pacjentów występują biegunki. W przypadku ciężkiej nadczynności tarczycy może dojść także do powiększenia wątroby lub jej uszkodzenia w skutek czego powstanie żółtaczka. Objawy ze strony układu oddechowego mogą dotyczyć występowania duszności i uczucia ucisku w okolicy szyi spowodowanego powiększoną tarczycę [8].

Objawy ze strony układu krążenia to: kołatanie serca, tachykardia, duszność wysiłkową, oraz zaburzenia rytmu serca np. migotanie przedsionków. Objawy ze strony układu rozrodczego u kobiet przejawiają się skąpyimi krwawieniami miesięczkowymi lub ich całkowitym brakiem. Mężczyźni natomiast mają problemy z erekcją lub ginekomastią (powiększenie się sutków) [8,10,16, 20].

Powikłania nadczynności tarczycy

Na podstawie literatury można stwierdzić, że jednym z najgroźniejszych powikłań nadczynności tarczycy, mogących zagrażać życiu chorego, jest przełom tarczycowy (tyreotoksyczny). Jest to nagły stan wywołany nasileniem się objawów nadczynności, który może doprowadzić do niewydolności wielu układów i narządów [21].

Do innych powikłań nadczynności tarczycy oprócz przełomu tarczycowego, należy także: udar mózgu u chorego z migotaniem przedsionków, złamania osteoporotyczne oraz nasilenie choroby wieńcowej niosące za sobą zaostrzenie niewydolności serca [8].

Przełom tyreotoksyczny może rozwijać się nagle lub stopniowo i trwać do kilku dni [21]. Przyczyna wystąpienia przełomu tarczycowego jest nieznana [16]. Do czynników sprzyjających wystąpieniu przełomu tarczycowego u chorych z nadczynnością tarczycy, można zaliczyć:

- poród,
- stan przedrzucawkowy,
- zakażenie bakteryjne lub wirusowe,
- rzucawka ,
- zabieg chirurgiczny (strumektomia),
- duży uraz fizyczny,
- ostry stres emocjonalny,
- łożysko przodujące,
- intensywne badanie palpacyjne,
- zawał,

- niewydolność serca,
- nagłe przerwanie leczenia tyreostatykami,
- niewyrównana cukrzyca ,
- podanie jodowych związków kontrastowych o dużej ilości tego pierwiastka u osób z nadczynnością tarczycy,
- intensywne badanie palpacyjne,
- zawał,
- niewydolność serca,
- leki np. salicylany [16,21].

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że przełom tarczycowy charakteryzuje się następującymi objawami:

- gorączka powyżej 40 st.C,
- zaczerwienie skóry twarzy i tułowia,
- tachykardia powyżej 140/min,
- silne pobudzenie i nasilenie zaburzeń psychotycznych,
- nadciśnienie tętnicze w późniejszym okresie hipotonia,
- nudności i wymioty,
- biegunka,
- apatia i wzmożona senność,
- drgawki i śpiączka [8,16,21].

Diagnostyka nadczynności tarczycy

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że w diagnozowaniu pacjentów z podejrzeniem nadczynności tarczycy, ważną rolę odgrywa wywiad chorobowy i badanie fizykalne [22].

W wywiadzie można uzyskać informacje na temat przebytych chorób, a także czynników genetycznych, które mogą wpływać na rozwój schorzenia [22]. Badanie fizykalne natomiast pozwala lekarzowi ocenić ogólny wygląd pacjenta, z uwzględnieniem stanu fizycznego i psychicznego [10,22].

Badanie fizykalne gruczołu tarczowego polega na oglądaniu szyi i badaniu palpacyjnym [10].

Podczas oglądania szyi można ocenić [10] :

- zarys wola

- w przypadku wola zamostkowego rozszerzenie żył powierzchownych na szyi i zasinienie twarzy
- w przypadku procesu zapalnego powiększone węzły chłonne i zaczerwienienie skóry,
W badaniu palpacyjnym można ocenić [10] :
- granice i rozmiar płatów,
- obecność i spoistość gruczołu,
- przesuwalność wobec otaczających struktur,
- okoliczne węzły chłonne,

Przy podejrzeniu nadczynności tarczycy podstawowymi metodami diagnostycznymi są [22,23]:

USG tarczycy: pozwala na określenie wielkości, kształtu, położenia i struktury gruczołów [22]. Pozwala też na wykrycie bardzo małych zmian ogniskowych o wymiarach 2-3mm [23]. Ze względu na to, że jest badaniem nieinwazyjnym często stosowane jest u kobiet w ciąży. Badanie USG łączy się często z biopsją aspiracyjną

- cienkoigłową tarczycy (BAC), wykonywaną u pacjentów z guzkami tarczycy w celu pobrania materiału do badań laboratoryjnych [22,23].
- Badanie izotopowe tarczycy (scyntygrafia tarczycy): ma na celu wykrycie przyczyny nasilonej produkcji hormonów tarczycy, po podaniu iv lub per os radioizotopów (Tc99m lub J131) do organizmu pacjenta. Obrazowanie rozpoczyna się po upływie 15-60min od chwili podania radioizotopu iv lub 24 godziny po podaniu doustnym. Po przeprowadzonym badaniu pacjenta należy poinformować, o zwiększeniu przyjmowania płynów (około 1litra) w celu przyspieszenia procesu wydalania substancji radioaktywnych. Scyntygrafia tarczycy jest badaniem niewskazanym dla kobiet w ciąży oraz karmiących piersią [22].

Ważną rolę w nadczynności tarczycy odgrywają również badania hormonalne:

- stężenie TSH w surowicy,
- stężenie wolnej trijodotyroniny (FT3) w surowicy,
- stężenie wolnej tyroksyny (FT4) w surowicy [24].

Istotną rolę na poziom TSH odgrywają również leki przyjmowane przez pacjentów. Dopamina, Amiodaron czy niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą zaniżać poziom TSH [25,26].

Leczenie nadczynności tarczycy

Leczenie nadczynności tarczycy można podzielić na leczenie zachowawcze, przy pomocy środków farmakologicznych i leczenie radykalne. Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że do leczenia radykalnego można zaliczyć leczenie jodem promieniotwórczym i leczenie operacyjne (tyreoidektomia) [8,11]. Wybór metody leczenia zależy od przebiegu choroby, przyczyny nadczynności tarczycy jak i również od indywidualnej decyzji chorego [8,13].

W leczeniu farmakologicznym najczęściej stosowane są pochodne imidazolu i tiouracylu np. tiamazol czy propylotiouracyl [11]. W przypadku leczenia farmakologicznego nadczynności tarczycy może dojść do działań niepożądanych, które wymagają zaprzestania stosowania tiamazolu [8].

Do działań niepożądanych wymagających natychmiastowego zaprzestania stosowania tiamazolu można zaliczyć [8]:

- niedokrwistość aplastyczną,
- agranulocytozę,
- zapalenie naczyń z obecnością ANCA i zespół toczniopodobny,
- ostre zapalenie wątroby,
- żółtaczkę cholestyczną,

Do działań niepożądanych nie wymagających natychmiastowego zaprzestania stosowania tiamazolu można zaliczyć:

- ból mięśni stawów,
- świąd,
- pokrzywkę,
- zaburzenia smaku (nudności, wymioty),
- gorączkę [8].

Leczenie za pomocą jodu promieniotwórczego, polega na doustnym podawaniu w dawkach leczniczych płynu lub kapsułki. Celem leczenia jodem jest zahamowanie czynności tarczycy, a tym samym zmniejszanie wydzielania hormonów przez ten narząd [27]. Przeciwwskazaniem do podania jodu promieniotwórczego jest ciąża oraz karmienie piersią [8].

Leczenie operacyjne nadczynności tarczycy (tyreoidektomia) ma na celu częściowe lub całkowite usunięcie gruczołu tarczycowego [28]. Można wyróżnić bezwzględne i względne zalecenia do wykonania tyreoidektomii. Bezwzględnym zaleceniem jest rozpoznanie złośliwego nowotworu tarczycy, natomiast względnym jest obecność objawów uciskowych, które

powodowane są przez guzki nieczynne lub wole zamostkowe [8,28]. Zabieg operacyjny powinien być wykonany w stanie eutyreozy, aby zapobiegać powikłaniom pooperacyjnym zagrażającym życiu. Po częściowym lub całkowitym usunięciu gruczołu tarczycowego, może dojść do obniżenia hormonów tarczycy, co wymaga od pacjenta przebywania pod stałą kontrolą endokrynologa [8,11,28].

Dieta w nadczynności tarczycy

Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że leczenie dietetyczne jest bardzo ważnym elementem w nadczynności tarczycy. Organizm człowieka jest w fazie katabolizmu, co powoduje intensywny, niepożądany spadek masy ciała. Aby zapobiegać utracie wagi, należy zwrócić szczególną uwagę na edukację pacjenta w zakresie kaloryczności i składu przyjmowanych pokarmów [3], a aby zwolnić metabolizm i zapobiegać spadkowi wagi należy:

- zwiększyć wartość energetyczną posiłków (o około 20-25%),
- zwiększyć podaż wapnia (zalecane jest rozszerzenie diety o produkty bogate w wapń np. nabiał, soję czy białą fasolę),
- zwiększyć podaż białka (do około 90-100g) – źródłem pełnowartościowego białka jest np. mięso indyka, kurczaka czy wołowina, a także ryby oraz jaja [3].

W diecie pacjenta z nadczynnością tarczycy wskazane jest: ograniczenie spożywania napojów energetycznych, zawierających kofeinę, oraz produktów wzdymających (np. groch, kapusta czy bób). Owoce i warzywa należy przyjmować w formach nieprzetworzonych, gdyż każda obróbka termiczna powoduje rozpad witamin zawartych w produktach. Przygotowywane posiłki powinny być lekkostrawne, przygotowywane na parze lub duszone. Niewskazane jest grillowane i smażone [3,29].

Dieta chorego z nadczynnością tarczycy powinna zawierać witaminy A, C i E, ponieważ są antyoksydantami [3,30]. Najbogatszym źródłem witaminy A są owoce i warzywa, a w szczególności brzoskwinie, morele oraz marchew. Bogate w witaminę C są owoce cytrusowe (np. cytryna) [31]. Natomiast witamina E zawarta jest w oleju rzepakowym oraz słonecznikowym, a także kielkach pszenicy, orzechach włoskich i orzechach laskowych [29].

Do prawidłowego funkcjonowania gruczołu tarczycowego istotne jest również dostarczanie do organizmu makroelementów i mikroelementów tj. jod, selen i żelazo. Bogatym źródłem jodu są owoce morza, sól jodowana i morskie wodorosty. Bogate w żelazo są żółtka jaj, czerwone mięso, morele oraz zielone warzywa (zwłaszcza szpinak). Selen natomiast jest zawarty w zbożach pełnoziarnistych, czosnku i krabach [30,32]

CELE PRACY

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta ze zdiagnozowaną nadczynnością tarczycy.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarstwiej.
3. Opracowanie wskazówek dla pacjenta z nadczynnością tarczycy w warunkach domowych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta 41-letnia pacjentka A.K. przebywająca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych od 05.06.2018 roku. Pacjentka została przyjęta w trybie planowym z powodu nasilenia objawów nadczynności tarczycy. Celem hospitalizacji było wyrównanie stanu klinicznego i osiągnięcia prawidłowego stężenia hormonów tarczycy we krwi.

Materiał do badań został zebrany na podstawie wywiadu, obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej, wyników badań laboratoryjnych a także pomiarów pośrednich oraz bezpośrednich.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka A.K. lat 41, została przyjęta do Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w dn. 05.06.2018 w trybie planowym, z powodu nasilania objawów nadczynności tarczycy w celu wyrównania stanu klinicznego i osiągnięcia prawidłowych parametrów hormonów tarczycy.

Z przeprowadzonego wywiadu z pacjentką i z danych uzyskanych z dokumentacji medycznej wynika, iż pacjentka leczyła się na nadczynność tarczycy w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa od marca 2018 roku, bez polepszenia stanu zdrowia. Pacjentka nie choruje na choroby współistniejące.

Z przeprowadzonego wywiadu środowiskowego wynika, iż pacjentka mieszka na wsi w domu jednorodzinnym z mężem, dwojgiem rodziców, córką i niepełnosprawnym synem, który wymaga jej opieki. Prowadzi ona wraz z mężem duże gospodarstwo rolne, w którym pomagają im rodzice. Warunki socjalno-ekonomiczne dobre.

Pacjentka nie wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego, jest samodzielna. Od roku nie pali tytoniu, alkohol spożywa okazjonalnie.

W dniu prowadzonej obserwacji pacjentka jest w zerowej dobie pobytu w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych. Podczas wywiadu pacjentka jest zorientowana co do czasu miejsca i pobytu w szpitalu. Kontakt słowny logiczny. Odpowiada na zadawane pytania zrozumiale, mimo osłabienia spowodowanego podwyższoną temperaturą ciała (37,8 stopnia C). Pacjentce zostało założone wkłucie dożylnie na prawym przedramieniu.

Podczas wywiadu z pacjentką zaobserwowano chwiejność emocjonalną i wahania nastroju. Chora jest rozdrażniona i nerwowa. Drżą jej dłonie, nad czym nie jest w stanie zapanować. Na obu kończynach dolnych zaobserwowano obrzęki nad kostkami.

Pacjentka uskarża się również na nadmierne wydzielanie potu i uczucie gorąca, wywołane prawdopodobnie przyspieszoną przemianą materii. Odczuwa także ból przy ruchach gałek ocznych oraz łzawienie. W ciągu prowadzonej obserwacji chora zgłaszała nierównomierne kołatania serca.

Pacjentka także od ponad dwóch tygodni cierpi na zaparcia spowodowane zaburzeniami trawienia. Chora zaobserwowała również nasilone wypadanie włosów.

W dniu obserwacji pacjentka zgłaszała także nudności i wymioty, spowodowanych prawdopodobnie zapachem spożywanego posiłku.

Z rozmowy wynika, iż chora martwi się o swój stan zdrowia, oraz o szybki spadek masy ciała (6 kg w ciągu miesiąca) i nieregularnymi miesiączkami. Pacjentka zgłasza również problemy z zasypianiem.

Pacjentce została pobrana krew do badań laboratoryjnych i wykonano EKG.

W dniu przyjęcia dokonano podstawowych parametrów życiowych:

- wzrost:167cm
- waga: 53kg
- BMI: 19
- temperatura:37.8 st. C
- HR: 116 ud/min
- RR: 142/112 mmHg
- oddech: 26 oddechów/min

Podawano leki:

- Thyrozol 20mg 1x1
- Propranolol 40mg1x1doustnie

- Oxazepam 10mg 1x1 doustnie
- Furosemid 40 mg 1x1 doustnie
- NaCl 0,9 % 1x 250ml dożylnie
- IzostoTears 0,5 % - do oczu
- Enema 1x 150 ml doodbytniczo

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Kołatania serca wywołane tachykardią (116 ud/min).

Cel: Zmniejszenie uczucia kołatania serca.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji.
- Uspokojenie chorej.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjentki co 4 godziny.
- Wykonanie badania EKG.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich

Realizacja:

- Ułożono pacjentkę w pozycji półwysokiej.
- Przeprowadzono rozmowę chorą w celu jej uspokojenia.
- Monitorowano podstawowe parametry życiowe pacjentki co 4 godziny:

I pomiar – (HR - 116 ud/min, RR - 142/112 mmHg, oddechy - 26 oddechów/minutę)

II – pomiar – (HR 112ud/min, RR - 136/96 mmHg, oddechy - 20 oddechów/minutę).

- Wykonano badanie elektrokardiograficzne w momencie uczucia kołatania serca - zapis EKG świadczy o tachykardii (miarowy rytm zatokowy o częstotliwości 116 ud/min, załamki P dodatnie w odprowadzeniach I i II a dodatnie w aVR, zespoły QRS poprzedzone załamkiem P).
- Podano pacjentce doustnie Propranolol 40mg, zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena podjętych działań: Uczucie kołatania serca zmniejszyło się w niewielkim stopniu.

Diagnoza pielęgniarska 2: Osłabienie pacjentki, spowodowane podwyższoną temperaturą ciała (37,8 st.C).

Cel : Obniżenie temperatury ciała.

Plan opieki pielęgniarstwej:

- Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia pacjentki poprzez: zachęcanie pacjentki do spożywania około 2l wody na dobę, prowadzenie płynoterapii na zlecenie lekarza.
- Zastosowanie zimnych okładów.
- Wykonywanie regularnych pomiarów temperatury.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniego mikroklimatu.
- Zapewnienie pacjentce luźnej, przewiewnej, wykonanej z naturalnych włókien odzieży.

Realizacja:

- Zapewniono odpowiednie nawodnienie pacjentki poprzez: (zachęcanie pacjentki do spożycia około 2l wody na dobę, podano pacjentce dożylnie 250ml 09% NaCl)
- Zastosowano zimne okłady na kark pacjenta.
- Kontrolowano temperaturę ciała co 2 godzinę.
 - I pomiar – 37,8 st.C
 - II pomiar – 37,7 st.C
 - III pomiar – 37, 4 st.C
- Zapewniono pacjentce odpowiednie warunki na sali poprzez wywietrzenie sali
 - (temperatura na sali - 22 st.C, wilgotność powietrza - 45%).
- Zapewniono pacjentce luźną, przewiewną, bawełnianą odzież.

Ocena podjętych działań: Temperatura ciała obniżyła się nieznacznie do wartości 37.4 st.C.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Nudności i wymioty, wywołane widokiem i zapachem spożywanych pokarmów.

Cel: Zmniejszenie nudności i wymiotów. Zapewnienie higieny jamy ustnej.

Plan opieki pielęgniarstwej:

- Ułożenie pacjentki w wygodnej pozycji.
- Zapewnienie pacjentce ligniny, miski nerkowatej i kubka z wodą.
- Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia pacjentki.
- Obserwacja stanu nawodnienia pacjentki.
- Obserwacja pacjentki pod kątem nudności i wymiotów.
- Udokumentowanie treści wymiotnych.
- Zapewnienie pacjentce estetycznie przygotowanych posiłków zachęcających do spożycia.
- Edukacja pacjentki w zakresie utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej.

Realizacja:

- Ułożono pacjentkę w pozycji półwysokiej.
- Zapewniono na szafce pacjentki: ligninę, miskę nerkową, kubek z wodą do przepłukania ust.
- Zachęcano pacjentkę do spożywania około 2 litrów wody.
- Obserwowano stan nawodnienia poprzez: elastyczność skóry (skóra gładka, ciepła, wilgotna, elastyczna), nawilżenie błon śluzowych.
- Obserwowano pacjentkę pod kątem występowania nudności i odruchów wymiotnych.
- Udokumentowano ilość treści wymiotnych, wymioty -1 raz treścią pokarmową (około 100ml).
- Podano pacjentce estetycznie przygotowane posiłki przez kuchnię szpitalną, (dieta bogatobiałkowa).
- Wyedukowano pacjentkę w zakresie: prawidłowego szczotkowania zębów, płukania jamy ustnej po każdym wymiotach.

Ocena podjętych działań: Nudności i wymioty nieznacznie ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 4: Drżenie kończyn górnych i pobudliwość nerwowa, powodująca wahania nastroju, wynikające z zaburzeń neurowegetatywnych.

Cel : Zmniejszenie drżenia kończyn górnych. Uspokojenie i wyciszenie pacjentki.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
- Zapewnienie pacjentce spokoju i komfortowych warunków na sali.
- Zapewnienie pacjentce konsultacji z psychologiem.

Realizacja :

- Monitorowano podstawowe parametry życiowe pacjentki co 4 godziny:
- I pomiar – (HR - 116 ud/min, RR - 142/112 mmHg, oddechy - 26 oddechów/minutę)
- II – pomiar – (HR -112ud/min, RR - 136/96 mmHg, oddechy - 20 oddechów/minutę).
- Zapewniono pacjentce pokojowych i komfortowych warunków na sali poprzez: zamknięcie drzwi na korytarz, ograniczenie ilości odwiedzających, zgaszenie światła na sali, położenie pacjentki na sali jednoosobowej.
- Zapewniono pacjentce konsultacje z psychologiem.

Ocena podjętych działań: Pacjentka w niewielkim stopniu uspokoiła się. Drżenie kończyn górnych nie ustąpiło.

Diagnoza pielęgnarska 5: Zwiększona potliwość i subiektywne uczucie gorąca, spowodowane przyspieszoną przemianą materii.

Cel : Zmniejszenie potliwości i uczucia gorąca.

Plan opieki pielęgnarskiej :

- Zastosowanie antybakteryjnego żelu do kąpieli.
- Zapewnienie pacjentce luźnej, przewiewnej, wykonanej z naturalnych włókien odzieży.
- Zapewnienie optymalnej temperatury otoczenia.
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowej higieny ciała.

Realizacja :

- Zastosowano Normance -antybakteryjny żel do kąpieli.
- Zapewniono pacjentce luźną, przewiewną i bawełnianą bieliznę odzież.
- Zapewniono na sali: temperaturę - 22st. C, wilgotność powietrza - 45%.
- Wyedukowano pacjentkę na temat: konieczności codziennej zmiany ubrań i bielizny, stosowania ubrań z naturalnych włókien, codziennego wykonywania toalety całego ciała, stosowania środków antyperspiracyjnych.

Ocena podjętych działań : Nie zmniejszono uczucia gorąca.

Diagnoza pielęgnarska 6: Ból i łzawienie gałek ocznych, spowodowane wytrzeszczem.

Cel : Zmniejszenie bólu i łzawienia gałek ocznych.

Plan opieki pielęgnarskiej :

- Zaproponowanie pacjentce wykonanie toalety oczu przegotowaną wodą lub naparem z rumianku.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Obserwacja gałek ocznych pod kontem bólu, zaczerwienienia.
- Edukacja pacjentki pod kontem częstego zamykania powiek.

Realizacja :

- Wykonano pacjentce toaletę oczu przegotowaną wodą.
- Zakraplano pacjentce do obu oczu IzostoTears 0,5% zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Obserwowano gałki oczne pacjentki pod kontem bólu i zaczerwienienia 4 razy dziennie .
- Wyedukowano pacjentkę w zakresie częstego zamykania powiek: pacjentka co 1h na 5min zamyka oczy.

Ocena podjętych działań : Zmniejszono nieznacznie łzawienie. Ból nie ustąpił.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zaparcia spowodowane zaburzeniem trawienia.

Cel : Zniwelowanie zaparć.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Kontrolowanie wypróżnień i ich dokumentowanie.
- Wykonanie enemy.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniej odzieży.
- Edukacja pacjentki na temat ćwiczeń ogólnousprawniających.
- Zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń ogólnousprawniających.

Realizacja :

- Kontrolowano wypróżnienie pacjentki i zapisywano w dokumentacji medycznej - (brak wypróżnienia).
- Wykonano Enemę 150ml - (brak wypróżnienia).
- Zapewnienie pacjentce luźnej, nieuciskającej brzuch odzieży.
- Wyedukowano pacjentkę odnośnie prawidłowych sposobów wykonywania ćwiczeń ogólnousprawniających: spacer (zalecany jest spacer energicznym krokiem 2–5 km dziennie), ćwiczenia mięśni tłoczni brzucha (ćwiczenia izometryczne, które polegają na napinaniu mięśni bez wykonywania gwałtownych ruchów, należy wykonywać je regularnie, stopniowo zwiększając liczbę powtórzeń – np. leżąc na plecach z ugiętymi kolanami i stopami na podłodze, należy na wdechu napiąć mięśnie brzucha i pośladków, powietrze natomiast wydychać powoli na rozluźnionych mięśniach brzucha i pośladków, to samo ćwiczenie należy powtarzyć leżąc na prawym i lewym boku), częsta zmiana pozycji ciała (co 2h), masaż brzucha dłonią (powinien być wykonywany delikatnym głaskaniem w kierunku od wątroby, spiralnie do pępka, kilka razy dziennie przez około 3 minuty).
- Zachęcano pacjentkę do: spacerów, wykonywania ćwiczeń mięśni tłoczni brzucha, częstej zmiany pozycji ciała,

Ocena podjętych działań : Zaparcia nie ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 8: Zaburzenia snu, spowodowane niepokojem o swoje zdrowie.

Cel : Zmniejszenie zaburzeń snu.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Zapewnienie optymalnych warunków pacjentce do snu w warunkach szpitalnych:

- wyeliminowanie hałasu, zapewnienie optymalnej temperatury na sali, odpowiednie rozjaśnienie bądź zaciemnienie Sali.
- Zaproponowanie pacjentce wypicia przed snem herbaty uspokajającej np.: mięty lub melisy.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowej ilości i jakości snu fizycznego.

Realizacja :

- Zapewniono odpowiednie warunki pacjentce do snu w szpitalu: pacjentkę umieszczono w sali jednoosobowej, zamknięcie drzwi na korytarz, przewietrzono salę, temperatura na sali 22st. C, wilgotność powietrza - 45%, zgaszenie oświetlenia na sali.
- Pacjentce przed snem podano do wypicia miętę.
- Podano pacjentce doustnie Oxazepam 10mg zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Wyedukowano pacjentkę na temat: unikania spożywania produktów zawierających kofeinę 3-4 godziny przed snem, spożywania posiłków 3h przed snem, ograniczeniu podsypania podczas dnia, dziennej ilości snu (8 godzin dziennie).

Ocena podjętych działań : Zaburzenie snu ustąpiły w niewielkim stopniu.

Diagnoza pielęgniarska 9: Oligurie i obrzęki kończyn dolnych, spowodowane zatrzymaniem wody w organizmie.

Cel : Poprawa diurezy.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Założenie karty bilansu płynów.
- Pielęgnacja skóry w miejscach obrzęków.
- Obserwacja obrzęków pod kątem zmian objętościowych.
- Wykonanie pomiarów obrzęków.
- Prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Realizacja :

- Założono kartę bilansu płynów (przyjęte – około 1900ml, wydalone – około 350ml - dodatni bilans płynów).
- Natłuszczano skórę w miejscach obrzęków kremem natłuszczającym (Lirene).
- Obserwowano obrzęki 2 razy dziennie, (objętość obrzęków nie zmieniła się).
- Zmierzono obwód obrzęków na kończynach dolnych, (obwód prawej kończyny- 25cm, obwód lewej kończyny - 23cm).

- Podano pacjentce doustnie Furosemid 40mg zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena podjętych działań : Obrzęki kończyn dolnych nie uległy zmianie.

Diagnoza pielęgniarska 10: Utrata masy ciała spowodowana przyspieszoną przemianą materii.

Cel : Niedopuszczenie do utraty masy ciała.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Kontrola masy ciała.
- Zapewnienie pacjentce konsultacji z dietetykiem.
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowej diety.
- Zalecenie pacjentce kontrolowanie masy ciała i prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Realizacja :

- Wykonano pomiar masy ciała, waga wynosi: 53kg
- Zapewniono pacjentce konsultacje z dietetykiem w celu opracowania indywidualnej diety
- Wyedukowano pacjentkę o konieczności spożywania posiłków: 5 racy dziennie co 3 h, wysokobiałkowych np: mięso kurczaka, indyka, wołowina czy ryby, bogatych w witaminę A np: pomidor, marchew, papryka, morele, bogatych w witaminę C np: cytrynie czy natka pietruszki, bogatych w witaminę B1 np: produktach zbożowe, mleko i przetwory mleczne, ograniczeniu ilości spożywanych tłuszczów, ograniczeniu produktów zawierających kofeinę, ograniczenie spożywania alkoholu.
- Zalecono pacjentce kontrolowanie masy ciała raz w tygodniu i prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Ocena podjętych działań : Masa ciała pacjentki nie uległa zmianie.

Diagnoza pielęgniarska 11: Niepokój wywołany nieregularnymi miesiączkami.

Cel : Zmniejszenie niepokoju.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Zapewnienie pacjentce konsultacji ginekologicznej.
- Edukacja pacjentki na temat cyklu miesięczkowego.

Realizacja :

- Zapewniono pacjentce konsultację ginekologiczną.

- Wyedukowano pacjentkę na temat: prawidłowego cyklu miesięczkowego, konieczności noszenia wkładek higienicznych, aby zapobiegać zaplamieniu odzieży w razie nagłego pojawienia się miesiączki.

Ocena podjętych działań : Niepokój ustąpił.

Diagnoza pielęgniarska 12: Dyskomfort spowodowany wypadaniem włosów.

Cel : Zmniejszenie dyskomfortu.

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Edukacja pacjentki na temat pielęgnacji włosów.

Realizacja :

- Wyedukowano pacjentkę na temat prawidłowej pielęgnacji włosów: stosowanie szczotek z naturalnego włosia, gdyż plastikowe szczotki mogą uszkodzić naturalnie gładką powierzchnię włosa, zrezygnowanie z codziennego mycia włosów aby nie pozbawić włosów ochronnej warstwy lipidów, mycie włosów letnią wodą, po to aby nie traciły one naturalnych substancji, które tracą pod wpływem gorącej temperatury, nawilżanie włosów odżywkami.

Ocena podjętych działań : Dyskomfort zmniejszył się w nieznacznym stopniu.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane wkłuciem dożylnym.

Cel : Zapobieganie powstaniu zakażenia w miejscu wkłucia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja miejsca wkłucia wg skali Baxter.
- Zmiana opatrunku w miejscu wkłucia.
- Zapewnienie drożności kaniuli.

Realizacja :

- Przestrzegano zasady aseptyki i antyseptyki poprzez: stosowanie środków odkażających przed podawaniem leków (Leko, Skinsept Pur), używaniem rękawiczek, stosowaniem jałowego sprzętu.
- Obserwowano miejsce wkłucia wg skali Baxter - (0 pkt.).
- Zmieniono opatrunek w miejscu wkłucia (jeden raz).
- Zapewniono drożność kaniuli poprzez jej przepłukanie 0,9% NaCl (5 ml).

Ocena podjętych działań : Nie zaobserwowano żadnych patologicznych zmian świadczących o pojawieniu się zakażenia.

PODSUMOWANIE

Ważną rolę w dalszej pielęgnacji pacjenta z nadczynnością tarczycy odgrywa pielęgniarka, która uczy pacjenta prowadzenia zdrowego stylu życia, zarówno w warunkach szpitalnych jak i domowych [22].

W pielęgnacji pacjenta z nadczynnością tarczycy w warunkach domowych, należy uwzględnić [22,30]:

- przebywanie pod stałą kontrolą Poradni Endokrynologicznej,
- stosowanie się do zaleceń lekarskich odnośnie przyjmowania leków,
- regularne wykonywanie okresowych badań krwi, w celu określić stężenie hormonów tarczycy,
- wykonywanie pomiarów masy ciała raz w tygodniu, w celu szybkiego zareagowania w razie spadku masy ciała,
- regularne spożywanie posiłków 4-5 razy dziennie co 3h,
- dostosowanie się do zaleceń dietetycznych, z uwzględnieniem witaminy A, C i E, oraz makroelementów i mikroelementów,
- wykonywanie wysiłku fizycznego np. spacery energicznym krokiem (2–5 km dziennie),
- stosowanie ćwiczeń mięśni tłoczni brzucha,
- dbanie o higienę całego ciała.

WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań wyłoniono następujące wnioski:

1. Najważniejszymi problemami pacjentki z nadczynnością tarczycy były: kołatania serca wywołane tachykardią (116 ud/min), osłabienie pacjentki, spowodowane podwyższoną temperaturą ciała (37,8 st.C), nudności i wymioty, wywołane widokiem i zapachem spożywanych pokarmów, drżenie kończyn górnych i pobudliwość nerwowa, powodująca wahania nastroju, wynikające z zaburzeń neurowegetatywnych, zwiększona potliwość i subiektywne uczucie gorąca, spowodowane przyspieszoną przemianą materii, ból i łzawienie gałek ocznych, spowodowane wytrzeszczem,

zaparcia spowodowane zaburzeniem trawienia, zaburzenia snu, spowodowane niepokojem o swoje zdrowie, oligurie i obrzęki kończyn dolnych, spowodowane zatrzymaniem wody w organizmie, utrata masy ciała spowodowana przyspieszoną przemianą materii, niepokój wywołany nieregularnymi miesiączkami, dyskomfort spowodowany wypadaniem włosów, ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane wkłuciem dożylnym,

2. Opracowany proces pielęgnowania pozwolił na objęcie pacjentki holistyczną opieką.
3. Opracowane wskazówki dla pacjentki z nadczynnością tarczycy w warunkach domowych, pozwoliły na modyfikacje zachowań zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Górski J. (red) Układ Wydzielania Wewnętrznego, Fizjologia Człowieka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Tarnowska A., Walicka M., Franek E. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej w endokrynopatiach. Postępy Nauk Medycznych 2017; 30(02): 99-103.
3. Tuchendler P., Zdrojewicz Z. Dieta w chorobach tarczycy. Medycyna Rodzicielska 2017; 20(4): 299-303.
4. Szmurło A., Placek W. Wpływ hormonów tarczycy na skórę. Dermatologia Estetyczna 2016, 18, 2: 108-113.
5. Budlewski T., Franek E. Diagnostyka obrazowa chorób tarczycy. Choroby Serca i Naczyń 2009, 6: 37-41.
6. Klatka M., Szewczyk L., Grywalska E. Rola komórek T regulatorowych i dendrytycznych w nadczynności tarczycy. Endokrynologia Pediatria 2012, 11, 4(41): 65-71.
7. Łęcka K., Frączek M.M. Podział i etiopatogeneza nadczynności tarczycy. Polski Merkuriusz Lekarski 2014, 36, 213: 206-211.
8. Gajewski P. (red) Choroby Tarczycy. Choroby wewnętrzne na podstawie Interny Szczeklika, Medycyna praktyczna, Kraków 2013.
9. Krysiak R., Kowalcze K., Okopień B. Rzadsze przyczyny nadczynności tarczycy. Przegląd Lekarski 2016, 73/4: 250-261.
10. Zgliczyński W. (red) Wielka Interna – Endokrynologia Część I, Medical Tribune Polska, Warszawa 2011.
11. Łęcka K., Czyżyk A. Leczenie nadczynności tarczycy. Farmacja Współczesna 2008; 1: 69-78.

12. Tomczyńska M., Łuczyńska M., Salata I., Saluk J.: Zaburzenia procesów homeostazy w autoimmunizacyjnych chorobach tarczycy. *Choroby serca i naczyń* 2016, tom 13, nr 3: 214-221.
13. Szczepańska E., Jastrzębska H., Gietka-Czernel M. Współczesne zasady leczenia radiojodem nadczynności tarczycy. *Postępy Nauk Medycznych* 2016, 29(12): 934-941.
14. Rabijewski M. Pierwsze kroki diagnostyczne i terapeutyczne przy objawowej nadczynności tarczycy. *Medycyna po Dyplomie* 2017: 12-14.
15. Kaziród D., Otremba I. Nadczynność tarczycy. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 5: 16-17.
16. Kajdaniuk D., Marek B., Kos-Kudła B. Przełom tarczycowy. *Ginekologia po Dyplomie* 2014, 16/5: 44-46.
17. Wójtowiec P., Wójtowiec A., Tomkalski T. Objawy oczne w przebiegu chorób tarczycy. *Medycyna Rodzinna* 2018; 21(1A): 83-88.
18. Syrenicz A. (red) Nadczynność Tarczycy, Zarys Endokrynologii Klinicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin 2018.
19. Domagała W., Choasia M., Urańska E. Podstawy Patologii. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
20. Sobieszczańska-Jabłońska A., Salata I. Choroby tarczycy a zaburzenia miesiączkowania. *Nowa Klinika* 2010, vol.17, no.2: 255-256.
21. Kluj P., Rosińska M. Postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne w stanach nagłych chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego. Część II: Zaburzenia czynności tarczycy. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012, 6: 68-75.
22. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red) Pielęgniarstwo Internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
23. Krawczyk-Rusiecka K., Putowska K., Adamczewski Z. Wskazania do badań diagnostycznych w chorobach tarczycy. *Nowa Klinika* 2017, 2: 209-210.
24. Czerwińska E., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E., Leczenie chorób tarczycy. *Postępy Nauk Medycznych* 2009, 22(5), 364-368.
25. Siuda K., Kolesińska Z., Niedziela M. Amidaron a funkcja tarczycy. *Kardiologia Polska* 2011, 69(5): 493-498.
26. Józków P. Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy. *Medycyna po Dyplomie* 2015, 24: 52-58.
27. Czajko-Oraniec I. Leczenie nadczynności tarczycy jodem promieniotwórczym. *The New England Journal of Medicine* 2011, 364: 542-550.

28. Szlajter A., Bronowicz A. Współczesne zasady diagnostyki i leczenia chorób tarczycy na przykładzie pacjentów objętych opieką Poradni Chorób Tarczycy w Łomży. Zeszyt Nauk Nr.43. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2009: 80-90.
29. Milanovic B. Witamina E - co kryje świat tokoferoli. Świat Przemysłu Farmaceutycznego 2016, 3: 112-116.
30. Bojarowicz H., Dźwigulska P. Suplementy diety. Część II. Wybrane składniki suplementów diety oraz ich przeznaczeni. Hygeia Public Health 2012, 47(4): 433-441.
31. Pałasz M. (red) Atlas witamin. Naturalne źródło zdrowia. Wydawnictwo SBM, 2018.
32. Kostecka M. Rzeczywisty sposób żywienia się osób z chorobami tarczycy. Żywnienie Człowieka i Metabolizm 2017, 44(2): 210-221.

PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO NAGŁYM ZATRZYMANIU KRĄŻENIA

Izabela Kozłowska¹, Rafał Milewski²

1. Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Student studiów doktoranckich Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Na przestrzeni wielu lat resuscytacja krążeniowo – oddechowa (RKO) przeszła znaczącą reformę. Historia RKO rozpoczyna się od zarekomendowania w 1740 roku przez Paryską Akademię Nauk wentylacji metodą usta – usta ofiar tonięcia. Pierwszy pośredni masaż serca przeprowadził Friedrich Maass w 1891 roku. Kolejna ważna data dla rozwoju medycyny ratunkowej to rok 1893, gdzie George Crile dokonał skutecznej resuscytacji krążeniowo – oddechowej za pomocą uciskania klatki piersiowej. 13 lipca 1957 roku to data, która wyznacza początek współczesnej ery badań nad resuscytacją. Skuteczność metody resuscytacji oddechowej została udowodniona w Oddziale Anestezjologii Szpitala Miejskiego w Baltimore. W tym samym roku amerykańska armia zaakceptowała metodę wentylacji usta – usta, dla protokołu ofiar, które nie reagują na bodźce zewnętrzne. Techniki resuscytacji stosowano w czasie wojny wietnamskiej [7].

W 1960 roku American Heart Association rozpoczęło program dla lekarzy, propagujący pośredni masaż serca jako technikę resuscytacji krążeniowej. Organizacja ta stała się odpowiedzialna za edukację społeczeństwa amerykańskiego w zakresie resuscytacji. W 1966 roku zorganizowano pierwszą konferencję naukową, która odbyła się w USA. Podczas kongresu ustalono standardy postępowania resuscytacyjnego. Pierwsze masowe szkolenie w zakresie przywracania krążenia przeprowadził Leonard Cobb, odbyło się ono w Seattle w 1972 roku [7].

Obecnie wytyczne postępowania w resuscytacji krążeniowo – oddechowej są aktualizowane co 5 lat. Standardy te mają zawarte wskazówki jak przeprowadzić procedurę RKO zarówno efektywnie ale też bezpiecznie. W Europie za te czynności odpowiada Europejska Rada Resuscytacji, której ramieniem wykonawczym jest Polska Rada Resuscytacji, a jej siedziba znajduje się w Krakowie [0].

Nagle zatrzymanie krążenia

Nagle zatrzymanie krążenia (NZK) jest to ustanie mechanicznej czynności serca, które cechuje się brakiem reakcji chorego na bodźce, brakiem tętna oraz oddechu. Przywrócenie tych czynności jest możliwe dzięki podjętym czynnościom resuscytacyjnym [12,15].

W związku z zatrzymaniem krążenia można wyróżnić cztery okresy – bezobjawowy, ożywiania, poprawy oraz przeżycia. Pierwszy okres bezobjawowy występuje pomiędzy zatrzymaniem krążenia a ustaniem czynności wszystkich narządów. W okresie tym do podtrzymania funkcji narządów wykorzystywany jest tlen, który znajduje się jeszcze w krwi. Drugi okres nazywany jest ożywianiem – występuje od zatrzymania krążenia do momentu, aż dojdzie do nieodwracalnych zmian w narządach. Okres ten ma duże znaczenie praktyczne, ponieważ może zostać przywrócona czynność układu krążenia i oddechowego bez wystąpienia nieodwracalnych zmian w narządach. Czas tak zwanego ożywiania jest różny dla poszczególnych narządów. Najbardziej wrażliwe na niedotlenienie narządy to mózg oraz serce. Ośrodkowy układ nerwowy bez tlenu wytrzymuje 4 - 5 minut, natomiast serce 15-30 min. Przy tym pamiętać należy, iż czas ten może ulec zmianie pod wpływem czynników takich jak: temperatura ciała, wiek, intensywność przemiany materii oraz wcześniejsze uszkodzenia narządów. Okres poprawy uzależniony jest od skuteczności resuscytacji w okresie ożywiania. Narządy wznawiają swoją czynność po pewnym czasie, który zależy przede wszystkim od długości trwania niedotlenienia. Im dłużej występowała hipoksja, tym dłuższy jest okres poprawy. Ostatni okres dotyczy przeżycia. Nieodwracalne uszkodzenia komórek występują jeśli czas trwania okresu poprawy zostanie przekroczony. Możliwy jest częściowy powrót funkcji narządów, ponieważ nie wszystkie są uszkodzone w takim samym stopniu. Następstwem przedłużania się tego okresu może być nieodwracalna śpiączka, neurologiczne objawy ubytkowe lub też śmierć mózgu [12].

Przyczyny zatrzymania krążenia

Nagle zatrzymanie krążenia może być spowodowane zaburzeniami układu krążenia, układu oddechowego bądź zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Oddechowe przyczyny zatrzymania krążenia to ustanie oddechu, spadek prężności tlenu w mieszaninie oddechowej oraz zaburzenie wymiany gazów oddechowych. Najczęściej zaburzenia wentylacji spowodowane są niedrożnością dróg oddechowych, która jest spowodowana zapadaniem się języka, podniebienia miękkiego, nagłośni, ciałem obcym czy aspiracją treści pokarmowej. Inne

przyczyny zatrzymania krążenia na tle oddechowym związane są z niemożnością rozprężania płuc w przebiegu krwaka opłucnej bądź odmy [1].

Krążeniowe przyczyny NZK obejmują ostre zaburzenia obciążenia wstępnego, następczego oraz wydolności pompy jaką jest serce. W następstwie hipowolemii, odmy prężnej lub tamponady serca może dojść do gwałtownego spadku obciążenia wstępnego. W przebiegu zatorowości płucnej, ciężkiej stenozy mitralnej może dojść do niebezpiecznego wzrostu obciążenia następczego. Natomiast nagle zaburzenia czynności mięśnia sercowego mogą wynikać z uszkodzenia struktury mięśnia np. zaburzeń czynnościowych układu bodźcoprzewodzącego [1].

Neurologiczne przyczyny zatrzymania krążenia to urazy czaszkowo – mózgowe, zatrucia lekami nasennymi, uspokajającymi, opioidami i antydepresantami, udar mózgu, choroby metaboliczne i guzy mózgowia [1].

Przyczyny nagłego zatrzymania krążenia możemy podzielić na pierwotne i wtórne. Do pierwszej grupy należą m.in.: ostry zespół wieńcowy, kardiomiopatia, zwężenie zastawki aorty, genetycznie uwarunkowane arytmogenne choroby serca, wypadanie płatków zastawki dwudzielnej, zespół Wolffa-Parkinsona-White'a, przyczyny idiopatyczne takie jak: pęknięcie tętniaka lub rozwarstwienie aorty, zatorowość płucna [15].

Wtórne przyczyny zatrzymania krążenia spowodowane są poza sercowymi, do których możemy zaliczyć: zatrzymanie oddechu, wykrwawienie bądź uraz wielonarządowy [15].

Europejska Rada Resuscytacji wyróżniła odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia, które zostały skategoryzowane zgodnie z zasadą 4H: hipoksja, hipotermia, hipowolemia i zaburzenia elektrolitowe; oraz zasadą 4T: zatrucia, odma prężna, tamponada serca, zaburzenia zakrzepowo – zatorowe [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**].

Mechanizmy zatrzymania krążenia

Sprawną funkcją serca jako pompy tłoczącej krew jest możliwa dzięki jego unikalnym właściwościom. W zdrowym sercu układ bodźcoprzewodzący wytwarza i przewodzi impulsy elektryczne, które powodują skoordynowany, uporządkowany skurcz. Wyłączenie jednej z tych funkcji (elektrycznej lub mechanicznej) lub brak ich wzajemnego sprzężenia prowadzi do zatrzymania krążenia w przebiegu jednego z czterech opisanych niżej rytmów. Z punktu widzenia działania hemodynamicznego (efektywności pracy serca jako pompy generującej przepływ krwi) efekt jest taki sam - ustanie przepływu krwi przez naczynia krwionośne i narządy wewnętrzne. Migotanie komór (VF, ang. *ventricular fibrillation*) jest wynikiem chaotycznej aktywności elektrycznej komórek mięśnia serca, co skutkuje utratą

skoordynowanej czynności skurczowej (mechanicznej) i nagłego zatrzymania krążenia [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**,16] Rytmem, który może dać potencjalnie pokrewny efekt hemodynamiczny jest częstoskurcz komorowy bez tętna (VT-, ang. *pulseless ventricular tachycardia*). Asystolia to brak aktywności elektrycznej w układzie bodźcoprzewodzącym, która mogłaby wywołać czynność mechaniczną (skurcz). W EKG widoczna jest linia bliska linii izoelektrycznej. Ostatnim rytmem odpowiedzialnym za zatrzymanie krążenia jest Aktywność Elektryczna bez Tętna (PEA, ang. *Pulseless Electrical Activity*). W tym przypadku w EKG widoczna jest czynność elektryczna (nieraz przypominająca prawidłowy zapis EKG), która jednak nie wywołuje żadnej odpowiedzi hemodynamicznej. Migotanie komór i częstoskurcz komorowy bez tętna zwykle występują we wczesnej fazie nagłego zatrzymania krążenia. To są tak zwane rytmy defibrylacyjne, w których leczeniu stosuje się defibrylację elektryczną. Asystolia i PEA pojawiają się zwykle w późnej fazie zatrzymania krążenia i są tzw. rytмами nie defibrylacyjnymi – to znaczy w ich leczeniu nie stosujemy defibrylacji [3, 16].

Defibrylacja i AED

Wykonanie defibrylacji w ciągu 3-5min od zatrzymania krążenia może zwiększyć przeżywalność nawet o 50-70% [5,9]. Obecnie dąży się do stosowania elektrod samoprzylepnych do defibrylacji, ponieważ minimalizują one przerwy w resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**,9].

Czynniki wpływające na skuteczność defibrylacji to: czas od wystąpienia migotania komór bądź częstoskurczu komorowego bez tętna oraz czas od podania odpowiedniej energii. Podaż energii elektrycznej jest uzależniona od czynników takich jak: wielkość zastosowanej energii, ustawienie elektrod, przepływ prądu innymi drogami, impedancja klatki piersiowej, czyli całkowitego oporu elektrycznego poszczególnych tkanek klatki piersiowej, zastosowanie leków, stopień niedokrwienia mięśnia sercowego czy też od stanu metabolicznego pacjenta [6].

Defibrylatory możemy podzielić na jedno i dwufazowe

Defibrylatory jednofazowe dają prąd jednofazowy w postaci sinusoidy bądź krzywej wykładniczej o kształcie ściętym. Defibrylatorów jednofazowych już się nie produkuje oraz zostały one wycofane z użytku [6].

Obecnie w powszechnym użyciu są defibrylatory dwufazowe, które dają prąd płynący w kierunku dodatnim przez określony czas a następnie zmienia się kierunek na ujemny. Każdy producent posiada inny zakres zalecanej początkowej energii wyładowania. Ważne jest przy

używaniu defibrylatorów manualnych, aby znać zakresy energii odpowiednie dla rodzaju stosowanego urządzenia. Producenci powinni oznaczyć defibrylatory instrukcjami dotyczącymi poziomów energii. Jeśli nie ma takich danych należy u pacjentów stosować najwyższą możliwą energię przy każdorazowym wyładowaniu [2,**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**].

Stosując defibrylację należy zachować szczególne środki ostrożności:

- Zapewnić bezpieczeństwo osobom prowadzącym resuscytację,
- Unikać wilgoci w otoczeniu oraz w ubraniu pacjenta, należy osuszyć mokrą klatkę piersiową,
- Osoba, która wykonuje defibrylację nie może dotykać powierzchni elektrod, a żel nie powinien być rozlany po całej klatce piersiowej pacjenta,
- Nie należy dotykać czegokolwiek w trakcie defibrylacji,
- Osoba, która wykonuje wyładowanie powinna głośno o tym ostrzec i upewnić się czy wszystkie osoby zastosowały się do wydanego polecenia,
- Odciąć źródło dużego dostępu tlenu, ponieważ może dojść do samozapłonu. Maskę twarzową z tlenem, worek AMBU odsunąć na odległość 1m od pacjenta,
- Nie ładować defibrylatora trzymając łyżki w powietrzu,
- Elektrody lub łyżki muszą ściśle przylegać do klatki piersiowej,
- Należy usunąć nadmierne owłosienie z powierzchni klatki piersiowej pacjenta [6].

Automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED, ang. *Automated External Defibrillator*) samodzielnie analizuje rytm serca po podłączeniu elektrod samoprzylepnych do klatki piersiowej poszkodowanego. AED może być używany przez osoby zarówno posiadające wykształcenie medyczne jak i te, które takiego nie posiadają.

Po uruchomieniu AED wydaje polecenia głosowe w celu instruowania ratownika podczas resuscytacji krążeniowo – oddechowej. Automatyczny defibrylator zewnętrzny sam analizuje rytm serca i wydaje komunikaty głosowe np.: „Nie dotykaj pacjenta, naciśnij przycisk defibrylacji”, czy "kontynuuj resuscytację krążeniowo-oddechową".

Wyposażenie AED to nie tylko samo urządzenie z elektrodami samoprzylepnymi, ale także nożyczki, służące do przecięcia ubrania chorego, maska potrzebna do prowadzenia wentylacji metodą usta – usta, papier do osuszenia klatki piersiowej oraz maszynkado usunięcia nadmiernego owłosienia klatki piersiowej [5].

Resuscytacja krążeniowo – oddechowa

RKO to działania podejmowane w celu przywrócenia podstawowych funkcji życiowych w sytuacji nagłego ustania czynności krążenia i oddychania. Zależność funkcjonalna pomiędzy układem krążenia, oddychania oraz mózgiem powoduje, że jeśli próby ożywiania nie zostaną podjęte natychmiast to krytyczna dysfunkcja jednego układu w sposób nieuchronny pociąga wyłączenie pracy pozostałych. Ustanie czynności serca sprawia, że do tkanek przestaje dopływać krew a wraz z nią tlen, co więcej ustaje także eliminacja produktów przemiany materii. Rozpoczyna się proces umierania organizmu, który najwcześniej obejmuje mózg. Celem podejmowanych prób ożywiania powinien być powrót wszystkich funkcji życiowych, a co najważniejsze funkcji mózgu co umożliwia chorym powrót do normalnego, świadomego życia [14].

Wytyczne resuscytacji 2015 zwracają uwagę na zależność pomiędzy dyspozytorem medycznym, świadkiem zdarzenia, który prowadzi resuscytację krążeniowo – oddechową, a szybkim użyciem AED. Spójność wszystkich tych elementów jest kluczowa jeśli chodzi o wzrost przeżywalności pacjentów, u których wystąpiło zatrzymanie krążenia. Rolą dyspozytora medycznego jest wczesne rozpoznanie NZK oraz instruktarz świadka zdarzenia jak prowadzić RKO [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**].

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa prowadzona powinna być jak najszybciej, dlatego opracowano algorytmy postępowania: podstawowe zabiegi resuscytacyjne z użyciem automatycznego defibrylatora zewnętrznego, zaawansowane zabiegi resuscytacyjne, zasady resuscytacji w środowisku szpitalnym oraz zasady opieki nad pacjentem, który odzyskał krążenie natomiast nie została przywrócona świadomość [14].

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS, ang. *Basic Life Support*) wyznaczają schemat czynności podejmowanych w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia. Podjęcie czynności resuscytacyjnych ma na celu zapobieganie wystąpieniu nieodwracalnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Podjęcie RKO pozwala na dopływ krwi utlenowanej do narządów do czasu powrotu krążenia i oddechu. Najczęściej powrót spontanicznego krążenia występuje po skutecznej defibrylacji. Czynności resuscytacyjne powinny być podejmowane natychmiastowo, gdyż z upływem każdej minuty szanse poszkodowanego na powrót do społeczeństwa zmniejszają się o 20 % [13].

Warto zauważyć, iż obowiązkiem udzielenia pierwszej pomocy w Polsce objęci są wszyscy mieszkańcy. Za nieudzielenie pomocy w stanie zagrożenia zdrowia lub życia grozi wyrok sądowy. Algorytm BLS zawiera następujące składowe : ocena bezpieczeństwa,

świadomości, udrożnienie dróg oddechowych, ocena oddechu, uciśnięcia klatki piersiowej, oddechy ratownicze oraz defibrylację przy użyciu AED jeśli jest dostępne [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**].

Ocena bezpieczeństwa jest podstawową zasadą stosowaną w czasie procedur ratunkowych. Ratownik ma za zadanie zapewnić bezpieczeństwo zarówno sobie jak i osobie poszkodowanej. Jeśli nie wykona tych czynności może dojść do sytuacji, w której pogłębi on problem, gdyż zamiast jednego poszkodowanego będzie dwóch. Pierwsze czynności na miejscu zdarzenia to wyeliminowanie ryzyka bądź w ostateczności zminimalizowanie go oraz odpowiedź na dwa pytania: czy warunki w danym miejscu pozwalają na zbliżenie się do poszkodowanego? oraz czy możemy dotykać chorego?. Najczęstsze zagrożenie z jakimi możemy się spotkać to przejeżdżające pojazdy, działanie osób trzecich, zwierzęta, żywioły natury oraz prąd elektryczny [13].

Ocena świadomości polega na uchwyceniu poszkodowanego za ramiona i delikatnym potrząśnieniu oraz w tym samym czasie głośno pytamy: „halo czy pan/pani mnie słyszy?”, „co się stało?”, „jak się pan/pani nazywa?” itp. [12].

Jeśli poszkodowany nie reaguje, kolejnym elementem jest udrożnienie dróg oddechowych. Polega to na położeniu jednej ręki na czole chorego i delikatnie odciągamy głowę do tyłu. Palce drugiej ręki umieszczamy pod brodą, następnie oceniamy oddech. Pochylając się, przykładamy ucho do ust oraz nosa chorego i staramy się usłyszeć oraz poczuć strumień powietrza na policzku. Jednocześnie obserwujemy czy klatka piersiowa unosi się, można stwierdzić, iż oddech sprawdzamy używając trzech zmysłów: słuchu, wzroku oraz dotyku.

W ciągu pierwszych kilku minut od NZK poszkodowany może mieć oddech agonalny bądź wykonywać sporadyczne, głośne, wolne westchnienia. Istotne jest, aby ocena oddechu trwała do 10 sekund. Jeśli w tym czasie u osoby dorosłej nie stwierdzimy co najmniej jednego prawidłowego oddechu, to uznajemy, iż mamy do czynienia z zatrzymaniem krążenia. Gdy nie jesteśmy pewni czy poszkodowany oddycha prawidłowo należy postępować tak, jakby nie oddychał [**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**,13].

W przypadku stwierdzenia NZK prosimy drugą osobę, aby wezwała zespół ratownictwa medycznego. Jeśli jesteśmy sami zostajemy z poszkodowanym oraz włączamy zestaw głośnomówiący, aby lepiej porozumieć się z dyspozytorem medycznym. Następnie wydajemy polecenie aby kolejny świadek zdarzeń niezwłocznie przyniósł AED, o ile jest dostępny. Kolejny etap RKO to masaż serca. Należy chorego położyć na twardym podłożu i splecione dłonie na środku klatki piersiowej. Zalecana głębokość uciskania klatki piersiowej

to nie mniej niż 5 cm, ale też nie więcej niż 6 cm. Częstość z jaką wykonujemy masaż powinna mieścić się w granicach 100 – 120/min. W prowadzeniu RKO należy pamiętać o relaksacji, to znaczy że klatka piersiowa powinna unosić się po każdorazowym uciśnięciu do kształtu normalnego. Jeśli RKO prowadzą dwie osoby, powinny one zmieniać się co 2 minuty. Wytyczne Resuscytacji 2015 zwracają szczególną uwagę na minimalizację przerw w uciskaniu klatki piersiowej [13].

Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych wynosi 30:2. Oddechy ratownicze wykonujemy tak, aby utrzymać drożność dróg oddechowych. Odchylamy głowę choremu do tyłu, zaciskamy mu skrzydełka nosa i obejmujemy szczelnie własnymi ustami jego usta. Powoli wtłaczamy własne powietrze wydechowe do dróg oddechowych chorego oraz obserwujemy ruchy klatki piersiowej. Czynność tę powtarzamy dwa razy. Wytyczne RKO 2015 mówią o tym, aby objętość oddechowa wynosiła 500-600 ml. Osoba prowadząca sztuczną wentylację ma wiedzieć, iż wykonanie wdechu powinno trwać 1 sekundę, natomiast przerwa w uciskaniu klatki piersiowej na dwa wdechy nie powinna przekraczać 10 sekund. Jeśli ze względów higienicznych nie damy rady, bądź nie chcemy wykonać oddechów należy prowadzić tylko masaż pośredni serca **[Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.,13]**.

Kolejny etap BLS to użycie AED. Należy niezwłocznie po jego przyniesieniu włączyć urządzenie i stosować się do wydawanych poleceń. Resuscytację krążeniowo – oddechową należy prowadzić do momentu, gdy poszkodowany odzyska oddech i krążenie, przybędzie zespół ratownictwa medycznego, dojdzie do wyczerpania sił osób prowadzących RKO, bądź pojawi się niebezpieczeństwo w miejscu zdarzenia [13].

Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne

Istotna różnica w leczeniu zatrzymania krążenia polega na rozpoznaniu rytmów do defibrylacji oraz tych, które nie wymagają wyładowania elektrycznego. Prowadzenie z jak najmniejszymi przerwami uciskania klatki piersiowej, zapewnienie i utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz wentylacji, uzyskanie dostępu dożylnego, podaż leków jak również zwrócenie uwagi na potencjalnie odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia jest tak samo ważna dla obu grup zaburzeń rytmu serca [2].

Algorytm postępowania w przypadku migotania komór bądź częstoskurczu komorowego bez tętna polega na wykonaniu jak najszybciej defibrylacji. Jeden ratownik prowadzi masaż pośredni serca podczas gdy drugi ładuje defibrylator. Najlepiej jeśli zamiast łyżek używane są elektrody samoprzylepne. Po naładowaniu należy upewnić się czy żadna osoba nie dotyka poszkodowanego i niezwłocznie wykonać wyładowanie, po którym od razu

należy wrócić do uciskania klatki piersiowej. Należy kontynuować RKO oraz uzyskać dostęp dożylny. Po upływie 2 minut należy ponownie ocenić rytm. Jeśli nadal utrzymuje się VF/VT należy wykonać drugą defibrylację. Po upływie kolejnych dwóch minut ponowna ocena rytmu i jeśli jest konieczność wykonanie trzeciej defibrylacji oraz podanie leków 1mg adrenaliny oraz 300mg amiodaronu. Jeśli rytm zmieni się w asystolię lub PEA należy stosować algorytm dla rytmów niedefibrylacyjnych. Niezależnie od rytmu zatrzymania krążenia kolejne dawki adrenaliny powinny być podowane co 3-5 min. [2,**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**].

Intubacja to najpewniejszy sposób udrożnienia dróg oddechowych. Przerwa w uciskaniu klatki może być potrzebna na wprowadzenie rurki między struny głosowe, ale nie powinna trwać dłużej niż 10 sekund. Po intubacji należy potwierdzić prawidłowe położenie rurki oraz ją umocować. Od tego momentu nie wykonuje się przerw na wentylację, wykonuje się niezależnie od siebie uciśnięcia klatki piersiowej oraz wentylację. W prowadzeniu resuscytacji krążeniowo – oddechowej przez wykwalifikowany personel istotną rolę odgrywa podaż leków. Należy uzyskać dostęp dożylny. Jeśli natomiast założenie wkłucia obwodowego sprawia trudność można uzyskać dostęp doszpikowy.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po nagłym zatrzymaniu krążenia

Pacjenci po zatrzymaniu krążenia wymagają wysokospecjalistycznej opieki. Zespół pielęgniarski w opiece nad takimi chorymi musi wykazywać się zarówno szybkością jak i dokładnością. Pielęgniarki pracujące w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT), bądź w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) powinny przejść odpowiednie kursy, jak również zdobyć specjalizację z medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii. W opiece nad pacjentem po resuscytacji krążeniowo – oddechowej pielęgniarka musi wykazywać szczególną czujność oraz znać standardy postępowania. Powinna ona zwracać uwagę na każdy nawet najdrobniejszy szczegół, ponieważ zwiększa to szansę na przeżycie chorego. Znajomość obsługi monitorów, umiejętność czytania elektrokardiogramu, oceny stanu zabarwienia skóry to tylko jedne z nielicznych czynników wskazujące na stan pacjenta.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi

W OIT, bądź w SOR pomiarów ciśnienia tętniczego najczęściej dokonuje się automatycznie, podłączając mankiet do kardiomonitora. Mankiet powinien obejmować 2/3 długości ramienia. Należy ustawić częstość pomiarów, zazwyczaj jest to co 15-30 min. Częstsze pomiary mogą spowodować obrzęk kończyny z powodu utrudnionego odpływu

żylnego. Należy również pamiętać, aby mankiet zmieniać z jednego na drugie ramie, aby zapobiec wystąpieniu odleżyny. Zadaniem pielęgniarki jest znajomość prawidłowych parametrów ciśnienia tętniczego krwi oraz reakcja na jego wzrost lub spadek. Należy również zwracać uwagę na ciśnienie tętna, które jest różnicą pomiędzy ciśnieniem skurczowym a rozkurczowym [10].

Monitorowanie tętna

Pielęgniarka zwraca uwagę na przebieg tętnicy oraz jej wyczuwalność. Ocenia cechy tętna, czyli częstość, miarowość, napięcie, wypełnienie oraz chybkość. Tętno oceniane jest na dużych tętnicach, najczęściej na szyjnych, udowych oraz promieniowych. Tętno powinno znajdować się w granicach 60 - 100 uderzeń/min. Czynność serca poniżej 60 uderzeń/min to bradykardia, natomiast powyżej 100 to tachykardia. W wielu szpitalnych oddziałach pomocne są kardiomonitoringi, które umożliwiają obserwację częstości akcji serca oraz zaburzeń rytmu serca. Ważne jest, aby pielęgniarka potrafiła szybko rozpoznać co dzieje się z chorym [10,12].

Pulsoksymetria i kapnografia

Za pomocą pulsoksymetru w sposób nieinwazyjny można zbadać poziom wysycenia krwi tętniczej tlenem. Czujniki zakładane są na palec oraz niekiedy płatek ucha. Prawidłowa wartość saturacji wynosi 95 – 99%. Nieprawidłową saturację pielęgniarka rozpoznaje, gdy jej wartość spada poniżej 90%. Świadczy to o zmniejszeniu się prężności tlenu $< 60\text{mmHg}$, co wiąże się z niewydolnością oddechową. Pacjenci po NZK najczęściej są zaintubowani i otrzymują tlen do oddychania. Należy wtedy wiedzieć, iż SpO_2 może wykazywać wysokie wartości nawet przy pogłębiającej się depresji oddechowej lub obturacji dróg oddechowych.

Kapnografia jest badaniem pozwalającym na ocenę stężenia dwutlenku węgla w powietrzu wydychanym. Kapnografia informuje o prawidłowym położeniu rurki intubacyjnej, hipo - , normo - i hiperkapnii, niedostatecznym zwiotczeniu, zwężeniu oskrzeli, skuteczności resuscytacji. Rolą pielęgniarki jest odczytanie wartości prawidłowych tj. 35 - 45 mmHg i reakcja w przypadku wykroczenia poza dopuszczalne normy [10].

Monitorowanie diurezy

Monitorowanie diurezy obok pomiaru ciśnienia tętniczego krwi pozwala na monitorowanie wydolności hemodynamicznej chorego. Każdy pacjent w stanie ciężkim ma prowadzony bilans płynów, aby dokładnie oceniać czynność nerek, zapobiegać przewodnieniu

lub odwodnieniu. W tym celu chorzy mają założone cewniki do pęcherza moczowego. Rolą pielęgniarki jest utrzymanie jałowości, wymiana cewnika po czasie zgodnym z zaleceniami producenta, bądź w razie potrzeby. Dokładny bilans płynów należy zapisać w karcie pacjenta [10,11].

Żywienie pacjenta oraz pielęgnacja

W oddziale intensywnej terapii prowadzone są dwa rodzaje żywienia enteralne i parenteralne. Żywienie dojelitowe, czyli enteralne polega na dostarczaniu pokarmu przez założony zgłębnik specjalnie przygotowanego płynnego pokarmu. Rolą pielęgniarki jest zapewnienie drożności sondy, podawanie pokarmu, podaż leków przez sondę, oraz sprawdzenie umocowania sondy. Istotą jest też, aby rozpoznać zaleganie w żołądku. Żywienie parenteralne podłączane jest bezpośrednio do żyły. Żywienie te można stosować w formie wlewu trwającego 24h lub w postaci cyklicznego wlewu trwającego 12-16h z przerwą nocną. Zadaniem pielęgniarki jest rozpoznanie i zwracanie uwagi na wystąpienie potencjalnych powikłań tego sposobu podaży pokarmu [3].

Pacjenci hospitalizowani w OIT po NZK są zazwyczaj nieprzytomni bądź sedowani, co wiąże się z długotrwałym unieruchomieniem. Brak ruchu, leżenie zwiększa ryzyko wystąpienia odleżyn. Dodatkowo chory narażeni są na wilgotność skóry, niedożywienie, nietrzymanie moczu oraz stolca, co również przyczynia się do powstania odleżyn. Rolą pielęgniarki jest postępowanie przeciwoodleżynowe, czyli częsta zmiana pozycji ciała, zapewnienie higieny – codzienna toaleta, dokładne osuszanie, masowanie, nawilżanie ze szczególną uwagą na miejsca narażone na ucisk [3].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Nagłe zatrzymanie krążenia dotyka ludzi w różnym wieku. Istotne jest, aby jak najwcześniej reagować. Wczesna pomoc zwiększa szanse przeżycia. Niezależnie od etiologii mechanizm postępowania świadków zdarzenia jest podobny. Nauka pierwszej pomocy w szkołach, w pracy, na specjalnych kursach zwiększa świadomość społeczeństwa jak istotne jest podjęcie czynności resuscytacyjnych.

Rolą pielęgniarki jest zauważenie zatrzymania krążenia, i wykonywanie procedur medycznych. Poza tym personel pielęgniarski często pełni również rolę edukatora, pocieszyciela i osoby, której rodziny chorych powierzają swoje wątpliwości oraz lęki.

Celem pracy jest poznanie standardów postępowania w przypadku zatrzymania krążenia oraz pokazanie wielokierunkowości działań pielęgniarских.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Obserwacją objęto 76 letniego pacjenta obciążonego kardiologicznie, z nefrostomią lewostronną, wszczepionym rozrusznikiem DDD. Chory został przywieziony do SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku przez specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu hipotensji. Po ustabilizowaniu przekazany do Kliniki Kardiologii, gdzie doszło do NZK, ostatecznie hospitalizacja w OIT, skąd po kilku miesięcznej hospitalizacji trafił do hospicjum.

Materiały do badań zebrano w oparciu o: Obserwację, Pomiary parametrów życiowych, Wyniki badań oraz pobranych analiz i Analizę dokumentacji medycznej.

Zebrany materiał pozwolił na opracowanie indywidualnego planu opieki nad chorym, u którego doszło do zatrzymania krążenia.

Przeprowadzono również analizę piśmiennictwa z ostatnich 10 lat 15 lat. Literatura przedstawia omówienie pojęcia, standardów zatrzymania krążenia, jak również opiekę nad chorym.

Opis przypadku

76 letni chory przywieziony przez specjalistyczny Zespół Ratownictwa Medycznego do SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu hipotensji, zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca. W chwili przyjęcia pacjent w stanie ogólnym średnio ciężkim, przytomny z logicznym kontaktem. Skóra blada, spocona. HR: 105 uderzeń/min, RR: 80/60 mmHg, liczba oddechów 29/minutę. Po ustabilizowaniu krążenia pacjenta przekazano do Kliniki Kardiologii. W wywiadzie niewydolność serca w klasie IV/III NYHA, ChNS, ciężka niedomykalność zastawki mitralnej i trójdzielnej, przewlekła choroba nerek, miażdżyca tętnic szyjnych, rozrost gruczołu krokowego, stan po przebytym zawale mięśnia sercowego w 2011 roku, udar niedokrwienno mózgu w listopadzie 2016 roku, stan po wszczepieniu stymulatora serca typu DDD, wyłonienie nefrostomii lewostronnej w 2016 roku.

W Klinice Kardiologii podczas oznaczania wyników analiz laboratoryjnych doszło do zatrzymania krążenia (ustanie oddechu, brak tętna na tętnicy szyjnej) w mechanizmie PEA. Rozpoczęto czynności reanimacyjne – prowadzono masaż serca przez około 15-20 min w tym czasie podano 5 mg adrenaliny, po tym czasie uzyskano powrót krążenia na 5min

i doszło do kolejnego NZK, podano 1mg adrenaliny. Po stabilizacji stanu chorego skontrolowano rozrusznik serca. Chorego w trakcie czynności reanimacyjnych zaintubowano, wdrożono respiratoroterapię PSIMV z $FiO_2 = 0.5$. W trakcie założono wkłucie centralne (żyła udowa prawa), do którego podłączono Levonor 5mg/50ml z szybkością 3-5ml/h, Dobutaminę 250mg/50ml wlew 2-4ml/h. Pacjenta przekazano do Oddziału Intensywnej Terapii.

W pierwszej dobie w OIT pacjent w stanie ogólnym bardzo ciężkim. Podłączono pompy infuzyjne: Levonor w dawce 10mg/50ml, Dobutamina 250mg/50ml, Midanium 50mg / 50ml. Dodatkowo choremu zalecono: Metronidazol 2 x 500mg, Nexium 1 x 40 mg, Clexane 40mg, Furosemid 1 x 20mg, Levoxa 1 x 500 mg, Taromentin 2 x 1.2 g, 500 ml Sterofundin, 3 x 100 ml Mannitol, Plasmalyte 100ml, Glukoza 10% 500 ml + Gensulin R 8j.

Wyniki badań laboratoryjnych oraz parametry życiowe wynosiły: CRP : 105mg/l, Glukoza 283mg/L, K^+ - 4.3 mmol/l, Na^+ - 129 mmol/l, Kreatynina – 1.9 mg/dl, SpO_2 98-99%, RR: 110/50 mmHg, HR: 90/min.

Pacjent z wkłuciem na dłoni lewej i centralnym w żyłę udowej prawej, opatrunki czyste. Nefrostomia lewa drożna, utrzymana. Założono sondę żołądkową. Założono wkłucie dotętnicze na nadgarstku prawym. Pacjent ponownie zaintubowany, wentylowany mechanicznie. Żywiony parenteralnie oraz wlewem przemysłowym. Założono cewnik Foley'a.

W kolejnych dobach pobytu zaobserwowano zaleganie w drzewie oskrzelowym. W 3 dobie usunięto wkłucie obwodowe. Zauważono na kości krzyżowej nieblednące zaczerwienienie.

W 13 dobie wykonano tracheotomię. Wykonano USG jam opłucnowych. Po konsultacji chirurgicznej wykonano punkcję jamy opłucnej i odbarczono 1000ml płynu. Założono opatrunek. Zauważono obrzęki kończyn górnych. Wdrożono Wankomycynę oraz Biodacynę.

W 17 dobie pacjent na oddechu własnym z tlenoterapią bierną do rurki tracheostomijnej z SpO_2 98 – 99%. Wkłucie centralne i dotętnicze drożne. Opatrunki utrzymane. Cewnik Foley'a drożny, utrzymany. Urostomia utrzymana drożna. Obrzęki kończyn górnych utrzymują się. Pacjent został przekazany do Hospicjum.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Trudności w oddychaniu spowodowane zalegającą wydzieliną

Cel opieki: Zapewnienie efektywnej wymiany gazowej, pomoc w ewakuowaniu wydzieliny

Zaplanowane działania:

- toaleta drzewa oskrzelowego zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki

- stosowanie nebulizacji na zlecenie lekarza
- sprawdzenie szczelności układu, nawilżenie powietrza
- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej

Realizacja:

- wykonano toaletę drzewa oskrzelowego
- zastosowano nebulizację zgodnie ze zleceniem lekarskim
- ułożono pacjenta w pozycji półwysokiej

Ocena: Trudności w oddychaniu nieznacznie ustąpiły. Wymagana jest dalsza obserwacja

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Zagrożenie wystąpienia respiratorowego zapalenia płuc

Cel opieki: Niedopuszczenie do rozwoju respiratorowego zapalenia płuc

Zaplanowane działania:

- nacieranie, oklepywanie klatki piersiowej
- zastosowanie drenażu ułożeniowego w celu ułatwienia wydalania zalegającej wydzieliny

Realizacja:

- nacierano i oklepywano klatkę piersiową
- zastosowano drenaż ułożeniowy

Ocena: Respiratorowe zapalenie płuc nie wystąpiło, należy dalej obserwować chorego

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Deficyt samoopieki z powodu ciężkiego stanu chorego

Cel opieki: Zapewnienie pomocy w pielęgnacji

Zaplanowane działania:

- wykonanie toalety ciała pacjenta
- dokładne osuszanie powłok skóry
- natłuszczenie skóry

Realizacja:

- wykonano toaletę ciała pacjenta
- osuszano i natłuszczano powłoki skórne

Ocena: Zapewniono pomoc w pielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Możliwość wystąpienia zakażenia rany wokół rurki tracheostomijnej

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia wokół rurki tracheostomijnej

Zaplanowane działania:

- pielęgnacja skóry wokół rany
- zmiana opatrunku prześiąkniętego wydzieliną
- zmiana taśmiek podtrzymujących rurkę
- odsysanie pacjenta zgodnie z zasadami aseptyki oraz antyseptyki

Realizacja:

- pielęgnowano skórę wokół rany
- zmieniano brudny opatrunek
- zmieniano taśmiki podtrzymujące rurkę
- odsysano pacjenta zgodnie z zasadami aseptyki oraz antyseptyki

Ocena: Zakażenia nie obserwuje się w chwili obecnej, problem wymaga dalszej kontroli.

Diagnoza pielęgniarska 5: Niezdolność do samodzielnego przyjmowania pokarmów

Cel: Zapewnienie optymalnej drogi podaży pokarmów, odżywianie pacjenta

Zaplanowane działania:

- Karmienie pacjenta drogą parenteralną przez sondę żołądkową zgodnie z obowiązującymi zasadami.
- sprawdzenie przed każdą podażą czy sonda znajduje się w żołądku
- po zakończeniu karmienia przepłukiwanie sondy czystą wodą
- wymiana sondy zgodnie z zaleceniami producenta
- podłączenie worka odbarczającego w przypadku zalegania

Realizacja:

- karmiono pacjenta drogą parenteralną przez sondę donosową
- sprawdzano przed każdą podażą czy sonda znajduje się w odpowiednim miejscu
- po zakończeniu karmienia przepłukiwano sondę czystą wodą.

Ocena: Pacjent otrzymał pokarmy drogą parenteralną, sonda drożna, umieszczona w żołądku, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia odwodnienia lub przewodnienia

Cel: Zapobieganie wystąpieniu odwodnienia oraz przewodnienia

Zaplanowane działania:

- kontrola diurezy

- podaż płynów na zlecenia lekarza

Realizacja :

- kontrolowano diurezę, prowadzono bilans płynów
- podawano płyny na zlecenia lekarza

Ocena: Wystąpił dodatni bilans płynów, wykonano korekcję zleceń lekarskich, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Możliwość wystąpienia odleżyn

Cel: zapobieganie rozwojowi odleżyny

Zaplanowane działania:

- toaleta ciała pacjenta 2 razy dziennie oraz dokładne osuszanie skóry
- zmiana pozycji ciała co 2h
- natłuszczanie skóry oliwką
- opatrunki z Alantanu, Granuflexu
- zastosowanie materaca przeciw odleżynowego
- zmiana bielizny pościelowej

Realizacja:

- wykonywano toaletę ciała pacjenta 2 razy dziennie oraz osuszano skórę
- dokonywano zmianę pozycji ciała co 2-3h
- natłuszczano skórę oliwką
- wykonywano odpowiednie opatrunki
- zastosowano materac przeciw odleżynowy
- regularnie zmieniano bieliznę pościelową

Ocena: Zaobserwowane zaczerwienienie nie zmniejszyło się, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane założonym cewnikiem Foleya oraz wylonioną nefrostomią

Cel: niedopuszczenie do rozwoju zakażenia

Zaplanowane działania:

- sprawdzanie cewnika i drenów odprowadzających mocz
- kontrola bilansów płynów

- umocowanie worka poniżej pęcherza moczowego
- toaleta krocza oraz okolicy nefrostomii
- zmiana worka zgodnie z zaleceniami producenta
- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki
- kontrola temperatury ciała pacjenta
- wymiana cewnika zgodnie z zaleceniami producenta
- podaż leków na zlecenie lekarza

Realizacja:

- dokonywano kontroli cewnika, drenów odprowadzających mocz oraz bilansu płynów
- umocowano worek poniżej pęcherza moczowego
- wykonywano toaletę krocza oraz okolicy nefrostomii
- zachowano zasady aseptyki i antyseptyki
- kontrolowano temperaturę ciała pacjenta
- podawano leki zgodnie ze zleceniem lekarskim

Ocena: Cewnik drożny, zakażenie nie wystąpiło, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane wkłuciem centralnym oraz tętniczym

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia

Zaplanowane działania:

- zmiana opatrunku zgodnie z obowiązującymi zasadami
- zapewnienie drożności wkłucia
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
- podłączanie płynów, żywienia do oddzielnych kaniuli
- przepłukiwanie wkłucia
- obserwacja miejsca wkłucia w kierunku objawów zapalnych (obrzęk, zaczerwienienie, ucieplenie)

Realizacja :

- zmieniano opatrunek zgodnie z obowiązującymi zasadami
- zapewniono drożność wkłucia, przepłukiwano wkłucie
- przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki
- podłączano płyny oraz żywienie oddzielnymi kaniulami

- obserwowano miejsca wkłucia w kierunku objawów zapalnych (brak obrzęku, barwa oraz temperatura okolic miejsca wkłucia prawidłowe)

Ocena: Zakażenie nie wystąpiło, cewniki donaczyniowe drożne, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia powikłań zakrzepowo – zatorowych związanych z długotrwałym unieruchomieniem

Cel: Profilaktyka przeciwwzakrzepowa, zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań

Zaplanowane działania:

- ułożenie nieco wyżej kończyn
- podawanie leków na zlecenie lekarza
- wykonywanie ćwiczeń biernych w łóżku
- obserwacja zabarwienia i temperatury skóry na kończynach dolnych

Realizacja:

- układano kończyny powyżej poziomu ciała
- podawano leki na zlecenie lekarza
- wykonywano ćwiczenia bierne w łóżku pacjenta
- obserwowano zabarwienia i temperatury skóry na kończynach dolnych (barwa oraz temperatura prawidłowe)

Ocena: Powikłania zakrzepowo – zatorowe nie wystąpiły, należy dalej obserwować chorego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia

Zaplanowane działania:

- podłączenie chorego do kardiomonitora
- monitorowanie zapisu czynności serca przez 24h
- obserwacja oraz rozpoznanie ewentualnych zaburzeń rytmu serca
- obserwacja obrzęków kończyn dolnych
- obserwacja zabarwienia skóry
- podaż leków podtrzymujących oraz stabilizujących układ krążenia na zlecenie lekarza
- kontrola wartości ciśnienia tętniczego co 15 min

Realizacja:

- monitorowano chorego

- obserwowano zabarwienie skóry (barwa prawidłowa)
- kontrolowano ciśnienie tętnicze co 15min
- podawano leki zgodnie ze zleceniem lekarskim

Ocena : Zaburzenia ze strony układu krążenia nie wystąpiły, chory wymaga ciągłej obserwacji w tym kierunku.

PODSUMOWANIE

Nagłe zatrzymanie krążenia wymaga od personelu medycznego wysokospecjalistycznej wiedzy. Niezbędne są kursy, szkolenia z zakresu medycyny ratunkowej oraz anestezjologii. Aktualizacja wiedzy pielęgniarek, ratowników medycznych i lekarzy przyczynia się do wzrostu przeżywalności pacjentów, u których wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia.

Dziedziny medycyny ratunkowej oraz anestezjologii na przestrzeni ostatnich lat rozwinęły się w znacznym stopniu. Dzięki standaryzacji schematów postępowania w nagłym zatrzymaniu krążenia wzrósł odsetek pacjentów przeżywających. Wielopoziomowa opieka nad pacjentem w chorobie po resuscytacyjnej poprawia jakość życia po wyjściu ze szpitala. Znajomość wytycznych postępowania z pacjentem, u którego doszło do zatrzymania krążenia pozwala na racjonalne oraz szybkie podejmowanie decyzji, co wiąże się z późniejszym lepszym rokowaniem pacjenta.

Opieka poresuscytacyjna wymaga od personelu terapeutycznego szerokiej wiedzy. Pielęgniarka nie tylko winna rozpoznać ewentualne zaburzenia rytmu serca, ale też dbać o to, aby nie doszło do zakażenia organizmu poprzez wykonane zabiegi (wkłucia, intubację), musi prowadzić profilaktykę przeciw zakrzepowo-zatorową, zapobiegać zapaleniu płuc. To tylko jedne z niewielu zadań pielęgniarek, które sprawują opiekę nad pacjentem w chorobie poresuscytacyjnej. Istotne jest aby na oddziałach intensywnej terapii oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych nie było braków kadrowych, ponieważ mniejsza ilość personelu przyczynia się do pogorszenia jakości opieki nad pacjentem. Każdy chory po NZK wymaga wiele pracy oraz czasu, dlatego ograniczona ilość pielęgniarek możliwe, że powoduje to, iż zdrowie i życie pacjenta w pewnym stopniu może być zagrożone.

WNIOSKI

Opieka, leczenie oraz pielęgnacja pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia jest postępowaniem interdyscyplinarnym wymagającym od całego zespołu ogromnego wkładu

pracy fachowej wiedzy, która musi być systematycznie uaktualniana poprzez kursy i szkolenia.

W przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia należy prawidłowo stosować podstawowe oraz zaawansowane zabiegi ratujące życie.

Do najważniejszych zabiegów resuscytacyjnych należą wysokiej jakości masaż serca oraz wczesna defibrylacja. Niezwykle ważna jest opieka nad pacjentem, któremu powróciła akcja serca. Najczęściej rozpoczyna się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, a następnie jest kontynuowana na Oddziale Intensywnej Terapii. W chwili obecnej dzięki postępom w wiedzy medycznej zwiększa się przeżywalność oraz jakość życia pacjentów po nagłym zatrzymaniu krążenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Drobnik L., Jurczyk W., Kruszyński Z., Gaca M., Kusza K., Adamski D., Billert H., Kokot N., Pawłowska E., Podstawka D., Żaba Z.: Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii. Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2006.
2. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2010. Europejska Rada Resuscytacji, Kraków, 2010.
3. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2015. Europejska Rada Resuscytacji, Kraków, 2015.
4. Giedź M., Ogrodnik J., Burak – Czapiuk B., Kukowska D.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem leczonym w oddziale intensywnej terapii. Zeszyty naukowe. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, 2013, 43, 5-12.
5. Podstawowe zabiegi medyczne - resuscytacja krążeniowo oddechowa. <http://pierwszapo-moc.kolaczyce.itl.pl/content/view/72/40> (data pobrania: 14-01-2014).
6. Automatyczny defibrylator zewnętrzny - AED http://www.prc.krakow.pl/wyd/2006/skrypt_2006-AED.pdf (data pobrania: 09-02-2017).
7. Renimacja dawniej i dziś. <http://www.wcm.opole.pl/miesiecznik/201107.pdf> (data pobrania: 07-03-2017).
8. Klimczuk T.F., Kubica J.M., Kasprzak M., Bogdan M., Strahl A., Pstrągowski K.: Łagodna hipotermia terapeutyczna po nagłym zatrzymaniu krążenia w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego – doświadczenia z wdrażania metody, Tom 10. 2015, 1, 19 – 24.
9. Konieczny G., Marciniak M., Jaworska K.: Nagłe zatrzymanie krążenia - możliwości zastosowania defibrylacji w prewencji pierwotnej i wtórnej. VIA MEDICA, Poznań, 2012.

10. Kózka M., Rumian B., Maślanka M.: Pielęgniarstwo Ratunkowe. PZWL, Warszawa, 2013, 94-99.
11. Krajewska – Kułak E., Rolka H., Jankowiak B.: Standardy opieki pielęgniarskiej. PZWL, Warszawa, 2014, 226-228.
12. Larsen: Anestezjologia. Urban & Partner, Wrocław, 2013, 894-895.
13. Paciorek P, Patrzała A.: Medyczne czynności ratunkowe. PZWL, Warszawa, 2015, 118-143.
14. Polska Rada Resuscytacji: Specjalistyczne zabiegi resuscytacyjne. Wydawnictwo Naukowe DWN, Kraków, 2007.
15. Szczeklik A., Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2012, 108-116.
16. Załęska-Kocięcka M.: Mechaniczna kompresja klatki piersiowej z jednoczesną defibrylacją vs standardowa resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Kardiologia po dyplomie, Warszawa, 2014.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ

Sylwia Suszycka¹, Krystyna Kowalczuk²

1. Absolwentka I stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Z badań opublikowanych przez International Diabetes Federation (IDF) wynika, iż w 2014 roku 387 mln ludzi dorosłych na świecie chorowało na cukrzycę. Według danych opublikowanych przez International Diabetes Federation (IDF) wynika, że w 2014 roku wskaźnik chorobowości cukrzycy w Polsce w populacji wiekowej 20-79 lat wynosił 7,08%. Występowanie cukrzycy w Polsce waha się od 5,3% do 9% wśród mężczyzn i od 4,2% do 7,5% wśród kobiet [1,2].

Wskaźnik chorobowości cukrzycy w Europie w 2014 roku był równy 7,87%. Według prognoz opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia, w 2030 roku cukrzyca będzie stanowiła jedną z najczęstszych przyczyn umieralności na świecie. Przewidywana liczba chorych w Polsce w najbliższych 15-20 latach zostanie podwojona [1,3].

Klasyfikacja cukrzycy

Z literatury wynika, że jest wiele podziałów cukrzycy [4]. Najbardziej przydatna wydaje się klasyfikacja cukrzycy zaproponowana przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne z roku 2017 r.:

- cukrzyca typu 1 (cukrzyca insulinozależna) – jest to destrukcyjny proces chorobowy, o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do zniszczenia komórek beta w trzustce, co skutkuje bezwzględnym niedoborem insuliny;

- cukrzyca typu 2 (cukrzyca insulinoniezależna) - jest to choroba o podłożu genetycznym, może być spowodowana niedostatecznym wydzielaniem insuliny oraz zaburzeniem jej działania;
- cukrzyca ciężarnych – charakteryzuje się przejściowym zaburzeniem poziomu glikemii we krwi. Zdiagnozowana zostaje w czasie trwania ciąży, i ustępuje po urodzeniu dziecka. Z danych literaturowych wynika, że w czasie ciąży także może zostać ujawniona utajona postać cukrzycy.
- inne typy cukrzycy rozwijające się w trakcie różnych schorzeń np.: trzustki, tarczycy, infekcji, przyjmowaniu leków [5].

Kryteria rozpoznania cukrzycy

Z danych przedstawionych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne kryteria rozpoznania cukrzycy i innych zaburzeń gospodarki węglowodanowej zostały przedstawione następująco:

1) Glikemia na czczo:

- prawidłowa: $< 100 \text{ mg/dl}$;
- nieprawidłowa: $\geq 100 \text{ mg/dl}$ ale $< 126 \text{ mg/dl}$;
- cukrzyca: dwukrotne stwierdzenie glikemii na czczo $\geq 126 \text{ mg/dl}$;

2) Stężenie cukru we krwi po dwóch godzinach po podaniu 75,0g glukozy:

- prawidłowa tolerancja glukozy $< 140 \text{ mg/dl}$;
- nietolerancja glukozy: $\geq 140 \text{ mg/dl}$ ale $< 200 \text{ mg/dl}$;
- cukrzyca: $\geq 200 \text{ mg/dl}$; [5].

Cukrzyca typu 1

Cukrzyca typu 1 jest insulinozależna, z powodu toczącego się w organizmie przewlekłego, autoimmunologicznego procesu, prowadzącego do zniszczenia komórek β wysp trzustkowych [6]. Komórki trzustki tracą funkcje wydzielnicze i przestają produkować insulinę. Prowadzi to do całkowitego niedoboru insuliny [7].

Procesy zachodzące w czasie powstawania cukrzycy typu 1 można podzielić następująco: powstawanie autoprzeciwciał – białek atakujących własne komórki i tkanki, tzw. autoagresja – która prowadzi do zniszczenia komórek β trzustki, ostatnim etapem jest w pełni rozwinięta objawowa cukrzyca typu 1 [4].

W mechanizmie powstania cukrzycy typu 1 poza czynnikami genetycznymi biorą udział czynniki środowiskowe takie jak infekcje wirusowe i bakteryjne, niedobór witaminy D, składniki pokarmów – laktoza, gluten; nieprawidłowa flora bakteryjna jelit, stres, związki toksyczne, które współdziałając mogą przyczynić się do rozpoczęcia procesu inicjującego chorobę. Powyższy proces polega na modyfikacji odporności immunologicznej [6,7,8].

Cukrzyca typu 2

Z danych epidemiologicznych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wynika, iż duży wpływ na wystąpienie cukrzycy ma otyłość [1].

Cukrzyca typu 2 jest powikłaniem nadmiernego przyrostu masy ciała – nadwagi lub otyłości, które są wynikiem diety bogatotłuszczowej i wysokokalorycznej oraz niskiego stopnia aktywności fizycznej [9]. Należy zaznaczyć, że istotnym elementem wpływającym na rozwój choroby jest stopień nadwagi. Z danych epidemiologicznych wynika, że u ludzi ze znacznym stopniem nadwagi, cukrzyca rozwinie się szybciej [10]. Konsekwencją gromadzenia się tłuszczu w komórkach, jest nasilona insulinooporność. Jest to stan obniżonej wrażliwości organizmu na działanie insuliny [4].

Z literatury wynika, że duża liczba ludzi ze znaczną otyłością, chorujących na cukrzycę, po zredukowaniu wagi uzyskuje złagodzenie objawów, np. zmniejszenie stężenia glikemii, obniżenie poziomu cholesterolu we krwi [11]. Badania kliniczne pozwalają zauważyć zależność między zredukowaniem wagi i utrzymaniem masy ciała na optymalnym poziomie a możliwością kontynuacji leczenia środkami doustnymi [4].

Do objawów cukrzycy typu 2 można zaliczyć: wzmożone pragnienie, wielomocz, suchość w ustach, zmniejszenie masy ciała pomimo wzrostu łaknienia, osłabienie organizmu, senność, bóle kończyn dolnych, skłonność do zakażeń (zakażenia dróg moczowych, zmiany skórne, infekcje dróg oddechowych), zaburzenia widzenia [4].

Powikłania cukrzycy

Na podstawie literatury można stwierdzić, że nieodpowiednio leczona cukrzyca lub zaniedbywanie przez pacjenta zaleceń lekarskich, może przyczynić się do powstania wielu powikłań [6]. Na podstawie badań klinicznych powikłania cukrzycy można podzielić na dwie grupy: ostre i przewlekłe [11].

Do powikłań ostrych cukrzycy należą [6, 11]: hipoglikemia polekowa – zbyt niskie stężenie glukozy we krwi, wywołana np. zbyt dużą dawką insuliny lub leków hipoglikemizujących, zbyt intensywną lub nieplanowaną aktywnością fizyczną, lub nagłą

zmianą w diecie, np. opuszczony posiłek [6, 12]. Na podstawie badań klinicznych hipoglikemia występuje wtedy, gdy stężenie glukozy wynosi poniżej 55 mg/dl [11].

Do objawów hipoglikemii należą: drgawki, drżenie mięśni, obfite poty, pobudzenie, zawroty głowy, splątanie, lęk, zaburzenia widzenia i orientacji [13].

Na podstawie literatury można stwierdzić że podwyższenie poziomu glikemii może przebiegać w postaci [6, 11]:

- hiperglikemii - może być spowodowana zbyt małą dawką insuliny lub ostrym początkiem cukrzycy, infekcjami czy nieprzestrzeganiem diety. Stężenie glikemii we krwi wynosi powyżej 100 mg/dl [6,11].
- kwasicy ketonowej– występuje wtedy, gdy stężenie glukozy we krwi wynosi ponad 250 mg/dl. Jest to stan zagrażający życiu pacjenta [6]. Do czynników prowadzących do rozwoju kwasicy ketonowej można zaliczyć: duży niedobór insuliny, a także wzrost hormonów kontrregulacyjnych- adrenalina, glukagon i kortyzol [11]. Do charakterystycznych objawów hiperglikemii należy odwodnienie, zapach acetonu z ust, oddech Kussmaula, zaczerwienienie twarzy [14].

Do przewlekłych powikłań cukrzycy można zaliczyć :

- retinopatię cukrzycową- są to zmiany anatomiczne i czynnościowe w strukturze oka, które prowadzą do zaburzeń wzroku [6]. Czynniki ryzyka rozwoju retinopatii cukrzycowej jest: czas trwania choroby, niewyrównana cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, ciąża, oraz wiek pacjenta. [11].
- cukrzycowa choroba nerek – nieodwracalne i postępujące zmiany czynności nerek takie jak uszkodzenie kłębuszków nerkowych, czy zaburzenia filtracji nerek [6, 11]. Czynniki ryzyka są: predyspozycje genetyczne, hiperglikemia, hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów [15].
- zespół stopy cukrzycowej – infekcje, owrzodzenie, martwica tkanek głębokich stopy[15].W wyniku rozwoju zespołu stopy cukrzycowej, uszkodzone zostają: nerwy obwodowe-odpowiadające za odczuwanie dotyku, temperatury i bólu; uszkodzone naczynia krwionośneprzewodzą do zmniejszenia przepływu krwi w obrębie stóp; dochodzi również do zaniku mięśni stopy [6, 11].
- cukrzycowa miażdżyca tętnic – makroangiopatia – są to zmiany w średnich i dużych tętnicach, spowodowane tworzeniem się blaszek miażdżycowych, które zwężają tętnice,

utrudniając przepływ krwi. [6, 11] Mogą prowadzić do zawału serca lub udaru mózgu [10].

Leczenie cukrzycy

Mimo, że oba typy cukrzycy różnią się patogenezą, a początkowa faza leczenia może przebiegać zupełnie inaczej, istnieje kilka zasad które powinny być uwzględnione przy leczeniu cukrzycy [4]. Bardzo ważnym aspektem w obu typach cukrzycy jest leczenie dietetyczne, które zapobiega występowaniu wahań poziomu glikemii [4,6].

Ocenę efektów leczenia odzwierciedla we krwi wskaźnik wyrównania cukrzycy – hemoglobina glikowana HbA1c [16]. Jest to informacja o średnim stężeniu glukozy we krwi z ostatnich 3 miesięcy [16,17].

Jednym z niefarmakologicznych środków leczenia cukrzycy jest modyfikacja stylu życia, którego celem jest zwiększenie wysiłku fizycznego, dbanie o regularność i kaloryczność posiłków oraz poprawa higieny snu [4].

Z danych dostępnych w literaturze wynika, że jest wiele schematów leczenia cukrzycy [4, 19]. Jedną z metod jest stosowanie leków przeciwcukrzycowych, które zostały podzielone na dwie grupy: leki hipoglikemizujące do których można zaliczyć np. pochodne sulfonilomocznika – tolbutamid oraz chlorpropamid a także leki antyhiperglikemiczne do których zaliczana jest metformina czy akarboza [18,19].

Lekiem, który jest zalecany w leczeniu cukrzycy typu 2 jest metformina [18]. Zadaniem leku jest zredukowanie ilości glukozy w wątrobie, zmniejszeniu insulinooporności i absorpcji glukozy w jelitach, pobudzeniu komórek B trzustki do wydzielania insuliny [19].

Z badań klinicznych wynika, że jeżeli leczenie lekami doustnymi nie przynosi oczekiwanego rezultatu, do leczenia może zostać wprowadzona insulinoterapia.

Z badań wynika, że w cukrzycy typu 1 bezwzględny niedobór insuliny można zastąpić intensywną insulinoterapią, w której możliwa jest modyfikacja dawki, zależnej od bieżącej wartości glikemii, wielkości i jakości posiłku lub zamierzonego wysiłku fizycznego, przy zastosowaniu wstrzyknięć lub ciągłego podskórnego wlewu insuliny [4,5].

Z badań klinicznych wynika, że insulina musi odzwierciedlać fizjologiczne wydzielanie hormonu. Taki proces zapewnia podawanie insuliny krótkodziałającej lub analogu szybko działającego przed posiłkami, a także insuliny o pośrednim czasie działania (NPH) lub analogu długodziałającego przed snem lub rano i wieczorem [5,20].

W związku z tym, że każdy pacjent jest w innym stadium zaawansowania choroby, leczenie powinno być indywidualne, dopasowane do wyników i potrzeb chorego.

Leczenie dietetyczne w cukrzycy typu 1

Na podstawie badań klinicznych i epidemiologicznych można stwierdzić, iż jednym z powodów zachorowania na cukrzycę jest otyłość [5]. Czynnikiem prowadzącym do otyłości jest przede wszystkim wysokoprzetworzona żywność, która posiada zbyt dużą wartość energetyczną i wysoki indeks glikemiczny [5,21].

Zbilansowana dieta, powinna być dopasowana indywidualnie do pacjenta [21]. Kaloryczność posiłków powinna być dostosowana do wieku, masy ciała pacjenta, oraz stopnia aktywności fizycznej [5]. Niezbędne jest zadbanie o odpowiedni skład makroskładników: białek, tłuszczu i węglowodanów [21]. Głównym celem stosowania diety w cukrzycy jest unormowanie stężenia glukozy we krwi, zmniejszenie ryzyka powstania powikłań oraz redukcja nadmiaru masy ciała [22].

Białko- ma korzystny wpływ na przyspieszenie procesów trawiennych oraz poprawia wrażliwość mięśni i wątroby na działanie insuliny [22,23,24]. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleca aby zawartość białka mieściła się w granicach 15-20% kaloryczności diety, co wynosi około 0,8 – 1g białka na kg masy ciała. Zalecanymi źródłami białka są przede wszystkim chude mięso, drób, ryby, wędliny, ser, fasola, groch, soja, mleko [22].

Węglowodany - wpływają korzystnie na utrzymanie prawidłowych wartości glukozy w organizmie [22]. Zalecane są przede wszystkim węglowodany złożone, które znajdują się w pieczywie, kaszach czy ryżu. Zawierają one duże ilości błonnika pokarmowego, który spowalnia wchłanianie węglowodanów, tym samym poprawiając wyrównanie cukrzycy [24].

Na podstawie zaleceń diabetologicznych w planowaniu i układaniu posiłków wskazane jest posługiwanie się wymiennikami węglowodanowymi (WW) [22].

Jeden wymiennik węglowodanowy jest to określona ilość produktu, która zawiera 10 gram węglowodanów przyswajalnych [24]. Wymienniki zastępują konkretną ilość danego produktu adekwatnie do ilości innego produktu, jednocześnie utrzymują niezmienną ilość makroskładników w posiłkach. Zalecane jest korzystanie z wymienników węglowodanowych, w celu określenia ilości przyjmowanych węglowodanów [24,25].

Aby nie dopuścić do wysokich wartości glukozy we krwi, wskazane jest posługiwanie się indeksem glikemicznym [22]. Jest to wskaźnik, który określa poposiłkowy wzrost glikemii danego produktu [23]. Im niższy indeks glikemiczny produktu, tym stężenie glukozy we krwi

po posiłku będzie niższe. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaleca, aby były wybierane produkty o niskim indeksie glikemicznym – o wartości poniżej 55 [22, 25].

Według najnowszych zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, węglowodany powinny stanowić około 50% kaloryczności diety, a minimalna ilość która powinna być spożywana w ciągu dnia wynosi 130g/dobę [22, 24].

Tłuszcze - Polskie Towarzystwo Diabetologiczne rekomenduje aby energia pochodząca z tłuszczu zawierała 30-35% kaloryczności diety [22]. Należy ograniczać spożywanie nasyconych kwasów tłuszczowych, a zwiększać ilość nienasyconych kwasów tłuszczowych, które swoim działaniem zmniejszają stężenie cholesterolu we krwi [24]. Nienasycone kwasy tłuszczowe znajdują się w produktach takich jak olej rzepakowy, oliwa z oliwek, olej lniany, orzechy włoskie, migdały czy ryby morskie [22, 25].

Wysiłek fizyczny w cukrzycy typu 1

Wysiłek fizyczny jest niezbędnym elementem leczenia cukrzycy [26]. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych reguluje metabolizm węglowodanów oraz zmniejsza insulinooporność, zapobiega schorzeniom układu sercowo-naczyniowego, zmniejsza poziom cholesterolu we krwi, korzystnie wpływa na ciśnienie tętnicze, zmniejsza ryzyko zaburzeń fibrynolizy, pomaga w leczeniu otyłości poprzez redukcję masy ciała [26, 27].

Forma aktywności fizycznej powinna być dopasowana do wieku pacjenta, stadium zaawansowania choroby, wydolności i sprawności fizycznej oraz występowania powikłań [26].

Zaleconym wysiłkiem fizycznym dla ludzi chorujących na cukrzycę jest trening aerobowy, który w bardzo małym stopniu obciąża mięśnie i serce. Rodzaje wysiłku aerobowego to: jazda na rowerze, szybki marsz, bieg, pływanie [26].

Czas poświęcony na wysiłek fizyczny powinien mieścić się w granicach 120-150 minut tygodniowo [19].

Edukacja pacjenta z rozpoznaną cukrzycą typu 1

Edukacja pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą polega na przekazaniu informacji dotyczącej istoty choroby, zasad insulinoterapii, diety cukrzycowej, samokontroli glikemii a także umiejętności prawidłowej pielęgnacji stóp [28, 29, 30].

Główną rolę w edukacji pacjenta chorego na cukrzycę odgrywa pielęgniarka, która ma najczęstszy kontakt z pacjentem [28, 30]. Wynikiem prawidłowo przeprowadzonej edukacji przez pielęgniarkę jest przygotowanie chorego do samoopieki, samokontroli i samopielęgnacji. [28, 30].

W edukacji pacjenta z rozpoznaną cukrzycą należy uwzględnić [29]:

- prawidłowy pomiar glikemii przed i po posiłku;
- założenie i prowadzenie dzienniczka samokontroli, zapisywanie wyników pomiaru w dzienniczku;
- prawidłową podaż insuliny, określenie miejsc oraz techniki wstrzyknień, edukacja w zakresie modyfikacji dawki zależnej od wyniku glikemii;
- stosowanie diety cukrzycowej, zaproponowanie przykładowych jadłospisów;
- prawidłową pielęgnację stóp i paznokci;
- wysiłku fizycznego – motywowanie pacjenta do aktywności fizycznej w czasie wolnym;

CELE PRACY

Określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rozpoznaną cukrzycą typu 1, przedstawienie zadań pielęgniarki wobec pacjenta z rozpoznana cukrzyca typu 1, opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej dla pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjenta A.M lat 65 ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1, który został przyjęty w dn. 22.11.2017 roku do Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie planowym.

Celem hospitalizacji była zmiana leczenia insuliną ponieważ pacjent ma problem z niestabilną cukrzycą z częstymi epizodami hipoglikemii.

W toku hospitalizacji została podjęta próba zmiany insuliny ludzkiej na analogi insuliny.

Materiał do badań został zebrany na podstawie analizy dokumentacji (karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich), obserwacji pacjenta, wyników badań laboratoryjnych i pomiarów bezpośrednich oraz pośrednich.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz ustalenia zasad postępowania zostanie wdrożony proces pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku pacjenta z cukrzycą

Pacjent A. M. lat 65, został przyjęty w dn. 22.11.2017 roku do Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z rozpoznaniem cukrzycy typu 1 w trybie planowym. Celem hospitalizacji jest zmiana leczenia insuliną, ponieważ pacjent zmagą się z niestabilną cukrzycą z częstymi epizodami hipoglikemii. W toku hospitalizacji zostanie podjęta próba zmiany insuliny ludzkiej na analogi insuliny.

Z wywiadu wynika, że pacjent A.M jest na emeryturze, mieszka wraz żoną w domu jednorodzinnym, warunki socjalno-ekonomiczne dobre.

W chwili przyjęcia do szpitala pacjent był w stanie ogólnym dobrym. Dokonano podstawowych pomiarów:

- wzrost 165 cm,
- masa ciała 85 kg,
- BMI: 31,22 kg/m² – wskazuje na otyłość 1 stopnia,
- RR: 180/75 mmHg,
- tętno 88 uderzeń/minutę,
- temperatura 36,7,
- oddech miarowy, prawidłowy – 18 oddechów/minutę .

W przeprowadzonym wywiadzie uzyskano informacje, że pacjent od 33 lat choruje na niestabilną, ciężką do uregulowania cukrzycę typu 1. Od momentu zdiagnozowania choroby pacjent jest objęty opieką poradni diabetologicznej, do której zgłasza się co 3 miesiące. We wrześniu 2017 roku (2 miesiące przed hospitalizacją) u pacjenta doszło do nagłej ciężkiej hipoglikemii z utratą przytomności i obrażeniami twarzy spowodowanej upadkiem. Pacjenta przywieziono na Szpitalny Oddział Ratunkowy w celu dalszej obserwacji. Pacjent dodatkowo cierpi na choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, osteoporozę, miażdżycę kończyn dolnych, refluks i zespół cieśni nadgarstka.

Z wywiadu wynika, że pacjent nie jest obciążony wywiadem rodzinnym w kierunku cukrzycy. Wykazuje niewielką aktywność fizyczną, ponieważ obawia się spadku glikemii.

Prowadzi siedzący tryb życia oraz ma złe nawyki żywieniowe. Pacjent nie stosuje się do zaleceń diety cukrzycowej, co potwierdzają duże wahania stężenia glikemii utrzymujące się w dobowym profilu glikemii.

W dniu prowadzonej obserwacji pacjent był w 6 dobie hospitalizacji.

Pacjent w stanie ogólnym dobrym, samodzielny w czynnościach dnia codziennego. Kontakt słowny logiczny, łatwy do nawiązania. Zachowanie pacjenta spokojne, pamięć bez zaburzeń, orientacja w czasie i przestrzeni prawidłowa. Pacjent A.M. akceptuje hospitalizację i oczekuje objęcia kompleksową opieką medyczną. Pacjent porusza się samodzielnie, siła mięśniowa i równowaga ciała zachowana, ruchomość stawów ograniczona ze względu na drętwienie palców lewej kończyny górnej oraz obrzęk w okolicy kostek kończyn dolnych. Pacjent oddaje mocz i stolec w sposób fizjologiczny, bez dolegliwości.

W godzinach rannych prowadzonej obserwacji pacjenta zaobserwowano nagłe zblednięcie twarzy, drżenie mięśni, oblanie zimnymi obfitymi potami. Pacjent zgłaszał, przyspieszone bicie serca, lęk i niepokój spowodowany powyższymi objawami. Zmierzono poziom glikemii - stężenie wynosiło 42 mg% - wystąpiła hipoglikemia. Podano 1 wymiennik węglowodanowy w postaci kromki razowego chleba, który podniósł stężenie glukozy we krwi do wartości 62 mg%.

W godzinach popołudniowych zmierzono podstawowe parametry życiowe - tętno 86 uderzeń/minutę, RR: 195/85mmHg, oddech: 19 oddechów/minutę. Zmierzono poziom glikemii, który znacznie się podniósł i wynosił 181 mg%.

Z obserwacji pacjenta wynika, że skóra pacjenta jest sucha. Kończyny dolne w okolicach kostek i podudzi obustronnie zasinione i obrzęknięte typowe dla zmian miażdżycowych. Skóra w okolicy zmian zakrzepowo-zatorowych zimna i zasiniona. W jamie ustnej na błonach śluzowych występują liczne pleśniawki. Chory zgłaszał suchość w ustach oraz zwiększone pragnienie połączone z częstym oddawaniem moczu..

Dodatkowo pacjent zgłaszał dokuczliwe bóle zlokalizowane w tylnej części głowy z powodu wysokiego ciśnienia tętniczego krwi o wartości 195/85mmHg, których nasilenie określił w skali VAS na 6. Dodatkowo wystąpił problem z zasypianiem i odpoczynkiem z powodu dolegliwości bólowych nadgarstka, palców i drętwienia lewej dłoni. Pacjent odczuwał również piekący ból umiejscowiony za mostkiem, który nasilał się po spożyciu posiłku.

Na oddziale założono wkłucie obwodowe i pobrano krew do badań laboratoryjnych. Wyniki krwi wykazały cechy niewyrównanej cukrzycy: wysoka wartości glikemii – 190 mg%, hemoglobina glikowana na poziomie 9%. Zbadano również gospodarkę lipidową, która wykazuje podwyższone wartości cholesterolu i trójglicerydów (cholesterol HDL – 30 mg/dl,

cholesterol LDL – 300 mg/dl, trójglicerydy 400 mg/dl). W badaniu ogólnym moczu stwierdzono zwiększone wydalenie cukru z moczem.

Wartości glikemii w dobowym profilu cukrzycy wynosiły: 180 mg%, 190 mg%, 120mg%,150mg%,175mg% (w międzyczasie wystąpił epizod hipoglikemii o wartości 42 mg%).

Leki doustne, które pacjent codziennie przyjmuje z powodu chorób przewlekłych: Acard 75 mg 1x dziennie, Helicid 20 mg, Prenesa (perindopryl) 4mg, Prostamnic 0,4 mg, Zahron(rozuwastatyna) 10 mg.

W dniu przeprowadzonej obserwacji pacjentowi podano według zleceń 13 jednostek insuliny rano, 8 jednostek przed obiadem, 6 jednostek przed kolacją i 18 jednostek na noc. Z powodu bólu nadgarstka lewej ręki podano dożylnie 1000 mg paracetamolu we wlewie kroplowym oraz 50 mg ketonalu domięśniowo. Pacjentowi podano podskórnie w ciągu dnia również heparynę drobnocząsteczkową.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Lęk pacjenta spowodowany dużymi wahaniami stężenia glikemii w ciągu doby (rano hipoglikemia 42mg%, wieczorem hiperglikemia 180mg%)

Cel: Obniżenie lęku pacjenta, unormowanie stężenia glikemii w ciągu doby

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta w zakresie czynników, które mogą przyczyniać się do obniżenia oraz wzrostu glikemii:
 - intensywny wysiłek fizyczny
 - podanie zbyt dużej dawki insuliny;
 - brak przestrzegania zasad diety cukrzycowej
- Kontrolowanie stężenia glikemii 5x dziennie (na czczo, 2 godziny po śniadaniu, 2 godziny po obiedzie, 2 godziny po kolacji, przed snem)
- Spożywanie przez pacjenta posiłków wg. zaleceń diety cukrzycowej
- Ustawianie jednostek insuliny w pompie insulinowej pacjenta wg. zaleceń lekarskich

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta w zakresie czynników, które mają wpływ na wahania stężenia glikemii w ciągu doby:
 - intensywny wysiłek fizyczny

- podanie zbyt dużej dawki insuliny
- brak przestrzegania zasad diety cukrzycowej
- Kontrolowano stężenie glikemii 5x dziennie (na czczo 180mg%, 2 godziny po śniadaniu 190mg%, 2 godziny po obiedzie 120mg%, 2 godziny po kolacji 150mg%, przed snem 175mg%). W ciągu dnia w godzinach rannych między śniadaniem a obiadem wystąpił nagły epizod hipoglikemii o wartości 42 mg%.
- Pacjent spożywał posiłki wg. zaleceń diety cukrzycowej: 0,8-1g białka/kg m.c, minimum 130g/kg m.c węglowodanów złożonych, ograniczono tłuszcze zwierzęce, stosowano produkty o niskim indeksie glikemicznym. Unikano cukrów prostych. Przyrządzano produkty głównie gotowane lub pieczone.
- Ustawiono jednostki insuliny w pompie insulinowej pacjenta wg. zaleceń lekarskich (13 j. rano, 8 j. przed obiadem, 6 j. przed kolacją oraz 18 j. na noc).

Ocena podjętych działań: Zmniejszono lęk pacjenta, obniżono poziom glikemii do 120mg%.

Diagnoza pielęgniarska 2: Lęk pacjenta spowodowany zmianą leczenia (przejsięcie na pompę insulinową) oraz deficyt wiedzy w zakresie użytkowania pompy insulinowej

Cel: Obniżenie lęku pacjenta, podwyższenie poziomu wiedzy pacjenta na temat użytkowania pompy insulinowej

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Poinformowanie pacjenta o pozytywnym wpływie zastosowania pompy – m.in. mniejsza liczba wstrzyknień, a także zmniejszenie ryzyka wystąpienia hipoglikemii
- Omówienie z pacjentem miejsc wkłucia zestawu infuzyjnego: ramię, udo, brzuch, pośladek.
- Przedstawienie zasad zakładania i użytkowania pompy insulinowej
- Poinformowanie pacjenta o długości czasu utrzymywania jednego wkłucia, oraz omówienie powikłań przetrzymywania wkłucia

Realizacja:

- Poinformowano pacjenta o pozytywnym wpływie zastosowania pompy, np. mniejsza liczba wstrzyknień, zmniejszenie ryzyka wystąpienia hipoglikemii
- Omówiono z pacjentem miejsca wkłucia zestawu infuzyjnego: ramię, udo, brzuch, pośladek
- Przedstawiono zasady zakładania i użytkowania pompy insulinowej:

- Podczas instalacji zestawu infuzyjnego należy przestrzegać zasad aseptyki: Zdezynfekować korek fiolki z insuliną, napęlić strzykawkę insuliną, usunąć powietrze ze strzykawki, połączyć zbiornik z drenem zestawu infuzyjnego i zainstalować w pompie, wypełnić dren aż do pojawienia się kropli insuliny na końcu igły. Zdezynfekować miejsce wkłucia, założyć wkłucie
- Poinformowano pacjenta, o długości czasu utrzymywania kaniuli oraz omówiono powikłania przetrzymania kaniuli: kaniulę należy wymieniać co 24-72h oraz gdy występują objawy infekcji skóry: zaczerwienienie, ból, obrzęk, świąd. Powikłania przetrzymania kaniuli to m.in: podrażnienie skóry, przerost tkanki, powstawanie blizn

Ocena podjętych działań: Zmniejszono lęk pacjenta, podwyższono poziom wiedzy pacjenta na temat użytkowania pompy insulinowej

Diagnoza pielęgniarska 3: Deficyt wiedzy pacjenta w zakresie samokontroli i samopielęgnacji w cukrzycy

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy, przekazanie pacjentowi i jego rodzinie niezbędnych informacji na temat samokontroli i samopielęgnacji w cukrzycy

Plan opieki pielęgniarskiej :

- Przekazanie pacjentowi i jego rodzinie informacji dotyczących istoty choroby: przyczyny cukrzycy, objawy oraz możliwość wystąpienia powikłań
- Poinformowanie pacjenta o sposobach kontrolowania cukrzycy poprzez:
- Pomiar glikemii przed i po posiłkach
- Założenie i prowadzenie dzienniczka samokontroli, zapisywanie wyników pomiaru w dzienniczku
 - Edukacja w zakresie prawidłowej podaży insuliny, przeliczania wymienników węglowodanowych, określenie miejsc oraz techniki wstrzyknięć zestawu infuzyjnego, edukacja w zakresie modyfikacji dawki zależnej od wyniku glikemii
 - Stosowanie diety cukrzycowej, zaproponowanie przykładowych jadłospisów
 - Dokładna pielęgnacja stóp i paznokci

Realizacja:

- Przekazano pacjentowi i jego rodzinie informacje dotyczące istoty choroby: przyczyny cukrzycy, objawy oraz o możliwości wystąpienia powikłań
- Poinformowano pacjenta o sposobach kontrolowania cukrzycy, poprzez:
 - Prawidłowy pomiar glikemii przed i po posiłkach
 - Założenie i prowadzenie dzienniczka samokontroli, zapisywanie wyników

- Wyedukowanie w zakresie prawidłowej podaży insuliny, określenie miejsc wkłucia (brzuch, ramię, udo) oraz omówienie techniki wstrzyknięć zestawu infuzyjnego, poinformowanie o możliwości modyfikacji dawki zależnej od wyniku glikemii
- Omówiono zasady diety cukrzycowej oraz przeliczanie wymienników węglowodanowych, i zaproponowano przykładowe jadłospisy
- Omówiono dokładną pielęgnację stóp i paznokci: codzienne mycie stóp w letniej wodzie używając mydła, w czasie nie większym niż 3 minuty. Po każdej kąpieli należy bardzo dokładnie wysuszyć stopy, tak aby przestrzenie między palcami były suche, następnie należy natłuścić skórę używając kremu lub maści. Paznokcie należy obcinać prosto, aby zapobiegać ich wrastaniu. Stosować skarpety bawełniane, bezuciskowe.

Ocena podjętych działań: Zmniejszono deficyt wiedzy pacjenta, przekazano pacjentowi i jego rodzinie niezbędne informacje na temat samokontroli i samopielęgnacji w cukrzycy.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dyskomfort pacjenta spowodowany wystąpieniem zaburzeń wodno-elektrolitowych w postaci wzmożonego pragnienia i częstego oddawania moczu

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta, utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej, zapobieganie odwodnieniu

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Prowadzenie bilansu płynów(monitorowanie ilości przyjętych oraz wydalonych płynów)
- Kontrola nawilżenia błon śluzowych oraz sprężystości skóry
- Regularny pomiar glikemii
- Wdrożenie diety cukrzycowej

Realizacja:

- Prowadzono bilans płynów: przyjętych: woda, herbata lub soki (2,9 litra) oraz płynów dożylnych(600 ml) (przyjęte płyny w ilości ok. 3,5 litra, wydalone płyny z moczem około 2,5 litra, przez skórę 500 ml, wraz z oddechem 500 ml, w stolcu ok. 200 ml. Bilans płynów ujemny.
- Kontrolowano nawilżenie błon śluzowych oraz sprężystość skóry: skóra sucha, widoczny niewielki łuszczący się naskórek z towarzyszącym miejscowo świądem

skóry, błona śluzowa jamy ustnej sucha z licznymi pleśniawkami oraz białym nalotem na języku

- Dokonywano regularnych pomiarów glikemii: 180mg%, 190mg%, 120mg%, 150mg%, 175mg% (w międzyczasie wystąpił epizod hipoglikemii o wartości 42 mg%)
- Wdrożono dietę cukrzycową

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort pacjenta spowodowany wzmożonym pragnieniem i częstym oddawaniem moczu.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej z powodu choroby zakrzepowo-zatorowej

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta w zakresie:
 - Układania kończyn dolnych w czasie odpoczynku
 - Dokładnej pielęgnacji skóry kończyn dolnych poprzez: mycie, dokładne osuszanie i natłuszczenie, ochronę przed urazami
- Wykonywanie chłodnych okładów żelowych lub z altacetu
- Pomiar obwodów obręzków centymetrem, wokół kostki i podudzi
- Wykonanie gimnastyki kończyn dolnych w celu polepszenia krążenia
- Prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta w zakresie:
 - pozycji ułożeniowej w czasie odpoczynku: zastosowano wałki, które umieszczono pod kończynami dolnymi, unosząc kończyny dolne o 10-15 cm wyżej
 - wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych skóry kończyn dolnych: poprzez: codzienne mycie stóp w letniej wodzie używając mydła, w czasie nie większym niż 3 minuty. Po każdej kąpieli należy bardzo dokładnie wysuszyć stopy, tak aby przestrzenie między palcami były suche, następnie należy natłuścić skórę używając kremu lub maści. Paznokcie należy obcinać prosto, aby zapobiegać ich wrastaniu. Stosować skarpety bawełniane, bezuciskowe.
- Wykonano chłodne okłady z altacetu w okolicy podudzi, kostek i stóp

- Mierzono centymetrem obwody wokół kostek i podudzi (kostki – 33 – 30 cm, podudzie 40-42 cm) i dokumentowano wartości
- Stosowano gimnastykę kończyn dolnych poprzez ćwiczenia bierne i czynne, np. zginanie i prostowanie stopy w stawie skokowym, ruchy okrężne stopą w stawie skokowym, stawanie na palcach
- Podano na zlecenie lekarza: przeciwbólowo 1 tabletkę paracetamolu (500 mg) doustnie, w celu obniżenia lipidów - 1 tabletkę Zahron 10 mg doustnie, oraz przeciwzapalnie: Acard 75 mg doustnie, podskórne wstrzyknięcie heparyny drobnocząsteczkowej (Clexane 0,4 sc)

Ocena podjętych działań : Zmniejszono ryzyko wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej.

Diagnoza pielęgniarska 6: Otyłość (BMI: 31,22 kg/m²) będąca wynikiem nieprawidłowego odżywiania i brakiem aktywności fizycznej z obawy przed hipoglikemią.

Cel: Zmniejszenie masy ciała, zachęcenie pacjenta do aktywności fizycznej i zmiany nawyków żywieniowych

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja z pacjenta na temat:
 - Konieczności zmniejszenia masy ciała
 - Zalecanej aktywności fizycznej (jazda na rowerze, pływanie, spacer)
- Motywowanie pacjenta do regularnego wysiłku fizycznego
- Określenie korzyści wynikających z jego uprawiania, np. lepsze samopoczucie, sprawność
- Omówienie z pacjentem założeń diety, wpływającej na redukcję masy ciała
- Przekazanie pacjentowi ulotek, broszur, poradników żywieniowych oraz przykładowych jadłospisów
- Zapewnienie kontaktu z dietetykiem

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta w zakresie:
 - Konieczności zmniejszenia masy ciała
 - Zalecanej aktywności fizycznej (jazda na rowerze, pływanie, spacer)
- Motywowano i zachęcano pacjenta do regularnego wysiłku fizycznego
- Omówiono z pacjentem założenia diety wpływającej na redukcję masy ciała:

- regularne spożywanie posiłków, produkty pieczone lub gotowane, napoje niegazowane, przede wszystkim woda mineralna, pieczywo razowe, chudy drób: kurczak, indyk. Mleczne produkty z ograniczoną ilością tłuszczu, zwiększenie ilości warzyw i owoców w diecie
- Przekazano pacjentowi ulotki, broszury, poradniki żywieniowe oraz przykładowe jadłospisy
- Umożliwiono spotkanie z dietetykiem

Ocena podjętych działań: Pacjent został zmotywowany do podejmowania regularnego wysiłku fizycznego oraz do podjęcia próby zmiany nawyków żywieniowych. Masa ciała pacjenta nie zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Bóle głowy spowodowane wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi RR:195/85 mmHg

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Określenie stopnia bólu skalą VAS
- Ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji, półwysokie ułożenie w czasie wzrostu ciśnienia tętniczego krwi
- Kontrola wartości ciśnienia tętniczego krwi i tętna
- Prowadzenie farmakoterapii: (Prenessa 4 mg) na zlecenie lekarza i ponowny pomiar ciśnienia po 30 min
- Edukacja w zakresie:
 - ograniczenia soli w codziennej diecie
 - czynników powodujących wzrost ciśnienia (nadmierne spożycie alkoholu, palenie tytoniu, zwiększona ilość tłuszczu zwierzęcych w diecie)
- Zapewnienie optymalnych warunków na sali chorych: Temperatura 22-24°C, Wilgotność ok. 60%

Realizacja:

- Określono stopień bólu wg. skali VAS – na poziomie 6
- Pacjenta ułożono w pozycji półwysokiej
- Zmierzono i udokumentowano w karcie obserwacji wartość ciśnienia RR:196/85 mmHg
- Podano leki hipotensyjne wg. zleceń lekarskich – Prenessa 4 mg doustnie i powtórzono pomiar RR:150/80 mmHg

- Wyedukowano pacjenta w zakresie ograniczenia soli (do 6g/ dobę i nie dosalanie posiłków, przedstawiono produkty, które w swoim składzie zawierają sól np. produkty wędzone, produkty typu fast-food, gotowe sosy, sery, wędliny, mrożone gotowe potrawy. Zachęcano do wyeliminowania czynników ryzyka, które mogą spowodować wzrost ciśnienia: nadmierne spożycie alkoholu, palenie papierosów, unikanie ciężkostrawnych posiłków, wyeliminowanie sytuacji stresowych
- Zapewniono optymalne warunki na sali chorych: Temperatura – 22-24°C, Wilgotność ok. 60%

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dolegliwości bólowe wg. Skali VAS do poziomu 2. Ciśnienie obniżono do wartości 150/80 mmHg.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ból w nadbrzuszu o charakterze pieczenia spowodowany chorobą refluksową

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjenta w zakresie: diety lekkostrawnej, motywowanie pacjenta do zrezygnowania z używek – kawy, papierosów i alkoholu, przyrządzanie i spożywanie małych posiłków i o stałych porach co 3-4 h, spożycie ostatniego posiłku 2-3 godziny przed snem
- Prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza
- Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej do snu

Realizacja:

- Wyedukowano pacjenta w zakresie: diety lekkostrawnej z uwzględnieniem przygotowywania posiłków w formie gotowania duszenia, pieczenia w folii. Wskazane produkty to: produkty mleczne z niską zawartością tłuszczu, chude mięsa np. drób, chude ryby, wyeliminowanie kawy i mocnej herbaty.
- Zmotywowano pacjenta do wyeliminowania używek (kawy, papierosów i alkoholu), przyrządzano małe i częściej podawane posiłki o stałych porach, spożywano ostatni posiłek 2 godziny przed snem
- Prowadzono farmakoterapię: na zlecenie lekarza podano – Helicid (zobojętniający kwas solny) w dawce 20 mg, doustnie 1x dziennie rano
- Ułożono pacjenta do snu w pozycji półwysokiej

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dolegliwości bólowe nadbrzusza.

Diagnoza pielęgniarska 9: Dyskomfort zasypiania i odpoczynku spowodowany bólem nadgarstka, drętwieniem palców lewej dłoni wywołane rozwiniętym zespołem cieśni nadgarstka

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Stosowanie profilaktyki przeciążania nadgarstka – neutralna prosta pozycja nadgarstka.
- Prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza (Paracetamol, ketanol)
- Wykonywanie ćwiczeń biernych takich jak: zgięcie i wyprost w stawie nadgarstkowym oraz ruchów okrężnych nadgarstka, unoszenie ręki do góry, ćwiczenia manualne ręki np. rozstawianie i złączanie palców, otwieranie i zamykanie dłoni w pięść
- Zapewnienie kontaktu z fizjoterapeutą

Realizacja:

- Zalecano pacjentowi utrzymywanie nadgarstka w neutralnej prostej pozycji
- Podano leki przeciwbólowe wg. zleceń (Paracetamol 1000 mg dożylnie we wlewie kroplowym, ketonal 100 mg domięśniowo)
- Zostały przeprowadzone ćwiczenia bierne tj. ruchy okrężne nadgarstka, zgięcie i wyprost dłoni, unoszenie ręki do góry, ćwiczenia manualne ręki np. rozstawianie i złączanie palców, otwieranie i zamykanie dłoni w pięść
- Zapewniono kontakt z fizjoterapeutą

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko złamania kości ze względu na rozwijającą się osteoporozę

Cel: Eliminacja czynników ryzyka

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Uzupełnianie niedoborów żywieniowych w produkty bogate w wapń, witaminę D oraz białka, do których należą: mleko i jego przetwory, jaja, ryby, mięso
- Suplementacja wapnia i witaminy D (osteo-vitum)
- Zapobieganie urazom i upadkom poprzez:
 - zadbanie o prawidłowe oświetlenie pomieszczeń

- wzmocnienie siły mięśniowej oraz gęstości kości poprzez zwiększenie aktywności fizycznej,
- używanie kul w razie potrzeby
- Poinformowanie pacjenta o czynnikach mających wpływ na rozwój osteoporozy: nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nieuregulowana cukrzyca.

Realizacja:

- Uzupełniano niedobory żywieniowe, pacjent spożywał produkty bogate w wapń, witaminę D oraz pokarmy bogatobiałkowe
- Stosowano suplementację witaminy D oraz wapnia preparatem osteo-vitum
- Zapobiegano urazom i upadkom, poprzez zadbanie o prawidłowe oświetlenie pomieszczeń, wzmacniano siłę mięśniową i kostną pacjenta poprzez zwiększenie aktywności fizycznej w czasie wolnym, np. spaceru
- Poinformowano pacjenta o czynnikach mających wpływ na rozwój osteoporozy: nadużywanie alkoholu, palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nieuregulowana cukrzyca

Ocena podjętych działań: Wyeliminowano czynniki ryzyka złamania kości, pacjent nie doznał urazu.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia zakażenia wkłucia obwodowego

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja miejsca założenia igły iv i ocena miejsca wkłucia za pomocą skali Baxter pod kątem zmian zapalnych: zaczerwienienie, ból, stwardnienie w miejscu wkłucia, obrzęk
- Dezynfekcja miejsca wkłucia środkiem dezynfekcyjnym
- Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przed podjęciem czynności wokół miejsca wkłucia
- Wymiana wenflonu co 48-72h
- Zmiana opatrunku w razie potrzeby, np. gdy opatrunek jest zabrudzony
- Sprawdzenie drożności kaniuli przed każdym podaniem leku

Realizacja:

- Obserwowano miejsce wkłucia pod kątem zmian zapalnych: zaczerwienienie, ból, stwardnienie i obrzęk w miejscu wkłucia. Oceniono w skali Baxter na poziomie 0.
- Dezynfekowano miejsce wkłucia środkiem dezynfekcyjnym
- Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki przy obsłudze kaniuli
- Wymieniano wenflon co 48h
- Zmieniano opatrunek w razie potrzeby
- Sprawdzano drożność kaniuli przed każdorazowym podaniem leku

Ocena podjętych działań: Nie dopuszczono do zakażenia wkłucia obwodowego.

WNIOSKI

1. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1 jest edukowanie pacjenta w zakresie stylu życia, samokontroli oraz samopielęgnacji w celu zapobiegania powikłaniom cukrzycy.
2. Zadaniem pielęgniarki wobec pacjenta z rozpoznaną cukrzycą typu 1 było:
 - edukacja pacjenta w zakresie prawidłowego pomiaru glikemii oraz podaży insuliny
 - dostarczenie wiedzy pacjentowi na temat użytkowania pompy insulinowej
 - zapoznanie pacjenta z zasadami diety cukrzycowej
 - zmotywowanie pacjenta do zmiany nawyków żywieniowych oraz podjęcie regularnej aktywności fizycznej
 - wyedukowanie pacjenta w zakresie pielęgnacji stóp aby minimalizować ryzyko rozwoju zespołu stopy cukrzycowej
 - przygotowanie pacjenta do samokontroli oraz samopielęgnacji.
3. Opracowany proces pielęgnowania wobec pacjenta ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1 pozwoliło na objęcie pacjenta holistyczną opieką.

PIŚMIENNICTWO

1. Walicka M., Chlebus M., Brzozowska M. i in.: Chorobowość z powodu cukrzycy w Polsce, Diabetologia Kliniczna 2015, 4: 13-18.
2. Polakowska M., Piotrowski W.,: Incidence of diabetes in the Polish population, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2011, 121: 156-161.

3. Januszkiewicz-Caulier J., Mossakowska M., Zdrojeski T. i wsp. Cukrzyca i jej powikłania w podeszłym wieku [w.]: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, 169–179.
4. Czupryniak L., Strojek K.,: Diabetologia., Via Medica. Gdańsk 2017, 13-35.
5. Gumprecht J. (red.): Zalecenia Kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Diabetologia Praktyczna 2017, 3: 1-80.
6. Szewczyk A. (red.): Pielęgniarstwo Diabetologiczne., Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2013, 19-20; 108-113. Korzeniowska K., Jabłecka A.,: Cukrzyca, Farmacja Współczesna 2008, 1: 231-235.
7. Otto – Buczkowska E. (red.): Cukrzyca w populacji wieku rozwojowego., Wyd. Cornetis, Wrocław 2009, 14.
8. Araszkiewicz A., Piasecka D., Wierusz-Wysocka B.,: Ocena Wiedzy Pacjentów z typem 2 Cukrzycy na temat przewlekłych powikłań choroby, Nowiny Lekarskie 2012, 2: 158–163.
9. Kenneth S., Polonsky M.D.,: Cukrzyca w ciągu minionych 200 lat, Diabetologia Kliniczna 2017, 10: 22-24.
10. Tatoń J., Czech A.,: Zwyciężyć Cukrzycę., Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011
11. D. Kurpas, T. Czech, B. Mroczek., :Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania?, Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14: 177–181.
12. Fowler M.,: Pułapka w leczeniu cukrzycy: hipoglikemia, Diabetologia po Dyplomie 2011, 8: 55-58.
13. Górską-Ciebiada M., Barylski M., Ciebiada M.,: Stany nagłe w cukrzycy – cukrzycowa kwasica ketonowa i zespół hiperglikemiczno-hipermolalny, Anestezjologia i Ratownictwo 2011, 5: 327-334.
14. Sieradzki J. (red.): Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Diabetologia Praktyczna 2009, 10; 1-37.
15. Potyrańska M., Sojka E., Strojek K.,: Wartość HbA1c jako narzędzie do rozpoznawania cukrzycy, Diabetologia Praktyczna 2011, 12: 202-208.
16. Strojek K., Małgorzata M., : Ocena przydatności oznaczania stężenia HbA1c do diagnostyki cukrzycy w wybranej próbie populacji polskiej, Diabetologia Kliniczna 2014, 3: 51-56.
17. Grzybowska M., Bober J., Olszewska M.,: Metformina – mechanizmy działania i zastosowanie w terapii cukrzycy typu 2, Postępy Higieny I Medycyny Doświadczalnej, 2011; 65: 277-285.

18. Korzeniewska-Dryl I.,: Jak leczyć cukrzyce, *Diabetologia po dyplomie* 2017, 14: 30.
19. Otto – Buczkowska E. (red.): *Cukrzyca w populacji wieku rozwojowego.*, Wyd. Cornetis, Wrocław 2009, 14.
20. Szewczyk A., Białek A., Kukielczak A. i in.,: Ocena sposobu żywienia osób chorujących na cukrzycę typu 1 i 2, 2011, 2: 267-271.
21. Cichocka A., *Poradnik żywieniowy dla chorych na cukrzycę typu 2.*, Wyd. Medyk, Warszawa 2016, 12-15.
22. Jasińska A., Pietruczuk M.,: *Adipocytokiny – białka o wielokierunkowym działaniu.* *Diagnostyka Laboratoryjna* 2010, 3: 331-338.
23. Ciborowska H., Rudnicka A.,: *Dietetyka Żywnienie zdrowego i chorego człowieka.*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014, 104.
24. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., ; Głębska D.,: *Dietoterapia.*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014, 314 – 334.
25. Gawrecki A., Naskręt D., Zozulińska-Ziółkiewicz D.,: *Sport a cukrzyca typu 1,* *Diabetologia Praktyczna* 2011, 12: 52–55.
26. Techmańska I., Sieracki P., Myśliwiec M.,: *Osiągnięcia sportowe a cukrzyca,* *Diabetologia Praktyczna* 2010, 11: 136-137.
27. Stefanowicz A., Birkholz D., Wójcicka B., i in., : *Rola pielęgniarki w edukacji chorego na cukrzycę typu 1 i/lub jego rodziny,* *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17: 346-349.
28. Stefanowicz A., Brandt A., Myśliwiec M., Balcerska A., :*Edukacja Zdrowotna w Cukrzycy typu 1,* *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19: 412-415.
29. Korzon-Burakowska A., Adamska K., Skuratowicz-Kubica A. i in., :*Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną,* *Diabetologia Praktyczna* 2010, 11: 46–53.
30. Kalinowski P., Bojakowska U., Kowalska M.,: *Ocena wiedzy pacjentów o powikłaniach cukrzycy,* *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, 18: 302-307.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ

Ewelina Krupowicz¹

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

WSTĘP

Na świecie częstość występowania astmy wśród dzieci różni się w zależności od położenia geograficznego i uwarunkowań socjoekonomicznych. W krajach takich jak Wielka Brytania, Austria czy Nowa Zelandia częstość zachorowania wynosiła blisko 30%, a w Neapolu, Albanii, Indonezji i Makao nie więcej niż u 3% dzieci. Świadczy to o tym, że w krajach wysoko rozwiniętych dzieci mają większe prawdopodobieństwo zachorowania, niż w krajach uboższych. Jednak dzięki zwiększeniu poziomu wiedzy personelu na temat astmy oskrzelowej w ostatnich latach zauważono, że tempo rozwoju choroby znacznie spadło w krajach wysoko rozwiniętych [1]. Wyniki badań prospektywnych pokazują, że epizody obturacji drzewa oskrzelowego występujące na przełomie lat zanotowano u prawie 30% dzieci do 3 r.ż. i u około 50% dzieci do końca wieku szkolnego. Pamiętać, jednak należy, że stany zwężenia oskrzeli u małych dzieci mogą być objawami innych chorób, niż sama astma. Zaznaczając, że u 50% dzieci wczesnoszkolna obturacja ma charakter przemijający [2].

W dzieciństwie astma częściej spotykana jest u chłopców niż u dziewczynek. Przypuszczalnie może być to spowodowane mniejszą średnicą i zwiększonym napięciem ściany oskrzeli u chłopców. Obserwowana różnica zanika po 10 roku życia, kiedy stosunek średnicy do długości oskrzeli u obojga płci wyrównuje się do takiej samej. Podczas dojrzewania i w późniejszym okresie astma rozwija się częściej u kobiet [3].

Wśród dzieci uczęszczających do szkół częstość hospitalizacji z powodu astmy nasila się głównie w 2-3 tygodniu po powrocie do szkoły. Jest to tak zwana wrześniowa epidemia astmy, czyli nasilenie objawów w tym okresie spowodowane częstszymi infekcjami wirusowymi (rynowirusem), zwiększoną ekspozycją na alergenów, stresem szkolnym i często

niepełnym i nieprawidłowym leczeniem astmy podczas wakacji. Zgony spowodowane chorobą są coraz rzadziej spotykane, najczęściej występują w okresie letnim u dzieci, a zimą wśród dorosłych [4].

Etiologia i patogeneza

Astma to choroba złożona, jej rozwój i przebieg w dzieciństwie jak i w późniejszych okresach życia są uwarunkowane oddziaływaniami między czynnikami genetycznymi, a środowiskowymi prowadząc do klinicznych objawów choroby [2].

Czynniki osobnicze:

- Czynniki genetyczne – zidentyfikowano ponad 25 regionów chromosomalnych, w których zlokalizowane są geny odpowiedzialne za podatność na rozwój astmy
- Płeć – we wczesnym dzieciństwie astma częściej występuje u chłopców, po 10 r.ż. różnica ta zanika, w późniejszym okresie częściej rozwija się u dziewcząt i kobiet
- Nadreaktywność oskrzeli
- Alergia
- Otyłość

Czynniki środowiskowe:

- Alergeny występujące wewnątrz pomieszczeń:
 - roztocza kurzu domowego
 - alergeny zwierząt domowych
 - alergeny pleśni i grzybów drożdżopodobnych
- Alergeny występujące na zewnątrz pomieszczeń – pyłki roślin wiatropylnych (drzew, traw, chwastów) i grzybów (pleśnie, drożdże)
- Zakażenia układu oddechowego
- Dym tytoniowy.

Czynniki wywołujące zaostrzenia:

- Alergeny
- Zakażenia układu oddechowego (szczególnie wirusowe)
- Wysilek fizyczny
- Leki
- Zmiany pogody
- Emocje i stres

- Pokarmy, dodatki do żywności
- Dym tytoniowy i czynniki drażniące.

Stałą cechą astmy jest zapalenie dróg oddechowych. Objawy kliniczne wynikają przede wszystkim z procesu zapalnego jaki toczy się w oskrzelach średniego i drobnego kalibru.

W konsekwencji przy przewlekłym procesie zapalnym dochodzi do ograniczonego przepływu powietrza w oskrzelach spowodowanych przez:

- Skurcz mięśniówki gładkiej oskrzeli,
- Obrzęku błony śluzowej,
- Nadmiernie gromadzącej się gęstej, lepkiej wydzieliny w świetle oskrzeli,
- Przebudowy oskrzeli (remodeling) [5].

Obraz kliniczny astmy oskrzelowej u dzieci

Najczęstszym symptomem towarzyszącym astmie oskrzelowej u dzieci jest świszczący oddech, który występuje u około 20-60% dzieci w pierwszych latach życia. Może być spowodowany przez bieganie, śmiech, płacz, a u niemowląt po karmieniu. Pomimo iż, u większości dzieci ze świszczącym oddechem nie rozwinie się astma, dochodzi jednak do remisji tego objawu w późniejszym okresie życia. U dzieci z astmą, klasyczna jest triada objawów takich jak duszność, kaszel i świsty. Badanie Dodge'a wskazuje wyższe ryzyko wystąpienia astmy u dziecka, które ma jeden z trzech przedstawionych objawów: kaszel, świszczący oddech lub napad duszności, niż u dziecka, u których nie występują te objawy. Kaszel początkowo jest suchy, napadowy potem wilgotny często nasilony w nocy, prowadzący do przebudzeń i wymiotów. Występowanie może być prowokowane różnymi czynnikami, takimi jak ekspozycja na pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, zarodniki grzybów pleśniowych, sierści zwierząt, zakażenia wirusowe, czynniki fizyczne i chemiczne, a także wysiłek fizyczny. Często wywiad osobniczy oraz rodzinny jest dodatni, prawdopodobieństwo zwiększa się jeżeli astma występuje u krewnych pierwszego stopnia, zwłaszcza u matki. W okresie między zaostrzeniami może dojść do remisji objawów, co utrudnia właściwe zdiagnozowanie choroby. Zauważalna jest tendencja do „schodzenia” przeziębień do dolnych dróg oddechowych lub przedłużania się infekcji. Osluchowo nad polami płucnymi świsty podczas wdechu i wydechu, przy bardzo nasilonym zwężeniu oskrzeli może wystąpić „cisza nad płucami”, występuje wydłużony wydech, cechy rozdęcia płuc. Dziecko pobudzone, u którego nasilają się objawy zaczynają się pojawiać cechy duszności uniemożliwiające mówienie. W stanie astmatycznym dziecko nie reaguje na dotychczasowe leczenie.

Zauważalna jest nasilająca się duszność wydechu w spoczynku, uczucie ucisku w klatce piersiowej, świszający oddech oraz kaszel z odkrztuszaniem małej ilości śluzowej wydzieliny. Choremu towarzyszy lęk, niepokój o własne życie. Widoczne jest wzmożone pocenie się. Najczęściej dziecko przyjmuje pozycję ortopnoe, w której wyraźnie zaznaczona jest praca dodatkowych mięśni oddechowych (skrzydełek nosa, zaciąganie żeber, tłoczni brzusznej i przepony). Pacjent zaczyna mówić pojedynczymi słowami (nie potrafi wypowiedzieć jednego zdania na jednym wydechu). Ma przyspieszony oddech > 50 oddechów/min w wieku 2-5 lat, > 30 oddechów/min, u dzieci > 5 r.ż., narastająca tachykardia > 130 uderzeń/min u dzieci w wieku 3-5 lat, > 120 uderzeń/min u dzieci > 5 r.ż. Obecność tętna paradoksalnego- zmniejszenie częstotliwości tętna podczas głębokiego wdechu. Sinica, zmęczenie, senność, aż do utraty świadomości są późnymi objawami zagrożenia życia. Ciężkie przypadki mogą doprowadzić do ostrej niewydolności oddechowej. W badaniu przedmiotowym należy zwrócić uwagę na współistnienie innych objawów atopii takich jak atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa, alergiczny nieżyt spojówek, alergia pokarmowa. Eliminując inne przyczyny obturacji oskrzeli doprowadzamy do wykluczenia chorób przebiegających ze świstami i przewlekłym kaszlem [1,6-10].

Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z astmą oskrzelową

Pielęgniarka opiekująca się dzieckiem z astmą oskrzelową powinna doprowadzić do dobrych relacji pomiędzy dzieckiem i jego rodzicami. Zwrócić szczególną uwagę, że dużą rolę w zapobieganiu zaostrzeń ma sam pacjent, a w przypadku młodszych głównie opiekunowie. Wy tłumaczyć, że jako członek zespołu terapeutycznego przygotowuje chorego do procesu terapii, samokontroli i pomoże zmienić dotychczasowy styl życia.

Samokontrola choroby polega głównie na codziennym monitorowaniu zmian zachodzących w przebiegu choroby i dostosowaniem odpowiedniego leczenia. Dzięki nabyciu tej umiejętności pacjent zapobiega zaostrzeniom, potrafi je rozpoznać i nie dopuści do wystąpienia duszności i innych objawów choroby. Podstawą monitoringu astmy jest pomiar PEF, urządzenie wykorzystywane do tego nazywane jest pikflometrem. Mierzymy je w następujący sposób:

- Pomiar wykonujemy w pozycji stojącej
- Trzymając pikflometr w dłoniach, wziąć głęboki oddech. Przystawić ustnik do ust, szczelnie obejmując go ustami
- Unikać pochylania głowy w przód

- Zrobić szybki i mocny wydech w urządzenie uważając przy tym, żeby nie zatkać ustnika językiem lub zębami
- PEF jest pokazany w skali obok. Odczytać i zapisać wynik
- Czynność powtórzyć 3 razy [11,12].

Pielęgniarka uczestnicząca w rehabilitacji leczniczej skupia się głównie na usprawnieniu układu oddechowego. Dobre efekty osiągniemy, realizując zadania zmierzające do:

- utrzymanie prawidłowej wentylacji płuc chorego
- zwiększenia siły mięśni oddechowych
- zwiększenia ruchomości klatki piersiowej oraz przepony
- pobudzania pacjenta do efektywnego kaszlu.

Duża grupa chorych odczuwa trudności w oddychaniu w wyniku zalegania wydzieliny w oskrzelach lub płucach oraz towarzyszącego obrzęku błony śluzowej. Zadaniem pielęgniarki jest nauka pacjenta efektywnego kaszlu. Jeżeli wykrztuszanie wydzieliny jest niedostateczne, powinno się zastosować oklepywanie klatki piersiowej lub drenaż ułożeniowy.

Przeprowadzając rehabilitację oddechową pielęgniarka zwraca choremu szczególną uwagę na oddychanie torem przeponowym. Powietrze powinno być wypuszczane powoli, umożliwiając maksymalnie wydłużyć zaburzoną fazę wydechu. Poinstruowanie pacjenta do wydmuchiwania powietrza przez tzw. zasnurowane usta, kurcząc przy tym mięśnie brzucha. Zastosowanie przedstawionej techniki oddychania spowoduje zmniejszenie częstości oddechów, pacjent będzie miał większą ochotę do głębokiego oddychania oraz pozwoli przywrócić prawidłowy fizjologiczny oddech.

W opiece nad chorym pielęgniarka może wykonać takie działania jak:

- ocenić nasilenie duszności, wyglądu i samopoczucia
- pomoc w przyjęciu i utrzymaniu pozycji ciała, która ułatwia oddychanie. Do takich ułożeń należą pozycja siedząca z podparciem pleców i ramion, stojąca z podparciem ramion lub siedząca z pochyleniem klatki piersiowej do przodu
- w razie potrzeby rozpocząć tlenoterapię
- rozluźnienie ubrania pacjenta
- podanie leków na zlecenie lekarza
- obserwacja odkrztuszanej wydzieliny, jej ilości, charakteru, obecności patologicznych składników

- obserwacja w kierunku utrzymania się lub ustępowania sinicy, zwłaszcza w okolicy ust czy śluzówki jamy ustnej
- ocena deficytu samoopieki w zakresie samoobsługi
- określenie stanu psychicznego pacjenta, jego reakcji na hospitalizację i przeprowadzone leczenie [7,13].

Leczenie i zapobieganie astmy obejmują pięć powiązanych ze sobą elementów i należą do nich stworzenie partnerskich relacji między pacjentem, a pielęgniarką, rozpoznanie czynników ryzyka i zmniejszenie ekspozycji, ocenę kontroli astmy i jej monitorowanie, leczenie zaostreżeń, postępowanie w sytuacjach wyjątkowych takich jak aktywność fizyczna, różne formy wypoczynku, wybór szkoły lub zawodu [7].

Zadania opiekuńcze wobec małych pacjentów uzależnione są od stopnia ciężkości przebiegającej choroby i wynikającego z niego deficytu. Do najważniejszych można zaliczyć:

- zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia do 20 C° i wilgotności powietrza 60-70%
- w miarę częste wietrzenie pomieszczenia sali pacjenta, najlepiej podczas jego nieobecności
- oklepywanie pleców w celu ułatwienia ewakuacji wydzieliny z drzewa oddechowego, utrzymując higieniczne warunki odkrztuszania poprzez dostarczenie wystarczającej ilości ligniny bądź chusteczek jednorazowych
- zadbanie o higienę otoczenia, w szczególności zapewnienie pojemnika do wyrzucania zużytych chusteczek
- zapewnienie nawilżenia błon śluzowych przez zaproponowanie ciepłego płynu do popijania
- umożliwienie kontaktu z najbliższą rodziną uważając, by liczba odwiedzających osób nie była zbyt duża (może być to zbyt męczące, doprowadzić do infekcji) [13].

Obowiązkiem pielęgniarki jest obserwacja stanu odżywienia pacjenta. Jak wynika z badań dzieci z astmą mają tęższą sylwetkę w porównaniu z rówieśnikami, ponieważ rodzice bardziej troszczą się o chore dzieci i ograniczają ich aktywność ruchową. Dlatego należy wytłumaczyć, rodzicom lub opiekunom, że nie pomagają swoim dzieciom, ale im szkodzą. Powinni przestrzegać odpowiedniej diety u dzieci z astmą pokarmową, prowadzić bilans płynów i odpowiedniego zapotrzebowania kalorycznego w ciągu doby [14].

Negatywne emocje towarzyszące podczas diagnozy, leczenia, opieki, strach, lęk, stres podczas napadów duszności, rozdrażnienie łatwo zaburzają równowagę psychiczną dziecka i

rodziców. Pielęgniarka powinna uspokoić, zmniejszyć strach podczas napadów duszności, zachęcać do rozmowy z innymi rodzicami w jaki sposób radzą ze stresem, integrować dziecko w zabawę z innymi dziećmi [15]. W czasie napadu astmy, kiedy dziecko jest poza domem musi być przygotowane. Po pierwsze poinformować chorego, żeby nie wpadało w panikę, a po drugie należy omówić wspólnie z pacjentem i jego opiekunami:

- jak stosować lek (technika inhalacji)
- wytłumaczyć, jak działają poszczególne leki (objawowe lub zachowawcze)
- jak często i w jakiej dawce lek powinien być stosowany
- co należy robić, jeżeli objawy się nasilają.

Strefa zielona- normalne postępowanie

Astma jest pod kontrolą, jeśli: twój oddech jest spokojny, nie kaszlesz, brak świszczącego oddechu, aktywnie uczestniczysz w życiu codziennym, nie opuszczasz zajęć w szkole, PEF w granicach normy. Pamiętaj! Jeżeli to konieczne przed wysiłkiem lub podczas przeziębienia powinieneś wziąć 2-4 wdechy leku rozkurczowego co 4 godziny. Jeśli stan się pogorszy postępowanie jak w Strefie żółtej.

Strefa żółta- ostrzeżenie

Kontrola nad astmą pogorszyła się, jeżeli występują wskazane objawy: budzisz się w nocy z objawami astmy- kaszel, świsty, uczucie ściskania w klatce piersiowej, musisz stosować leki rozkurczowe częściej niż co 4 godziny. Pamiętaj! Weź 4-10 oddechów leku rozkurczowego, po każdym wdechu spokojny wydech. Powinieneś użyć spejsera, wstrząśnij MDI pomiędzy wdechami. Stosuj co 4 godziny w razie potrzeby. Jeśli po 10 oddechach nie ma widocznej poprawy przejdź do Strefy Czerwonej.

Strefa Czerwona- zagrożenie

Nadal ciężko i szybko oddychasz, nie możesz powiedzieć jednego zdania na jednym wydechu, masz trudności w połykaniu, czujesz się zmęczony, zaniepokojony. Natychmiast należy wezwać karetkę pogotowia. Przed przyjazdem karetki wdychaj bronchodilatator co 20-30 sekund lub po wykonaniu 4 wolnych oddechów. Zastosuj leki rozszerzające oskrzela do nebulizacji tlenowej, jeśli taki posiadasz w domu do czasu przyjazdu pogotowia. W miarę możliwości zachowuj spokój, przyjmij pozycję ułatwiającą oddychanie (ortopnoe), nie chodź, weź dawkę doustną prednizolonu, jeśli go nie brałeś wcześniej [9].

Podsumowując do zadań opiekuńczych pielęgniarki należy:

- dobra relacja pomiędzy pielęgniarką, a pacjentem i w przypadku młodszych rodzicami
- dostarczenie pacjentowi wiedzy na temat choroby i nauczanie go samokontroli
- wdrożenie pacjenta do realizowania ćwiczeń oddechowych i uczestniczenia w rehabilitacji
- zapoznanie z zasadami przyjmowania leków
- opanowanie strachu i lęku w wyniku choroby
- nauka racjonalnego żywienia
- nauka radzenia podczas ataku duszności.

Głównymi wskazówkami przekazywanymi rodzicom przez pielęgniarki przy dalszej pielęgnacji dziecka jest:

1. Kontrolowanie przebiegu choroby poprzez regularne wizyty kontrolne w poradni specjalistycznej.
2. Unikanie czynników wywołujących napad duszności (stresu i napięć, odpowiednie dozowanie wysiłku fizycznego)
3. Nauczanie przerywania ataku duszności, dzięki zastosowaniu leków przeciwastmatycznych.
4. Regularne przyjmowanie leków według zalecenia lekarza.
5. Rodzice powinni prowadzić wnikliwą obserwację dziecka oraz wspierać je psychicznie.
6. Edukacja rodziców i dziecka w zakresie problemów pielęgnacyjnych dziecka.
7. Motywowanie pacjentki do wykonywania lekkich ćwiczeń fizycznych.
8. Codzienny pomiar PEF przy użyciu pikflometru oraz umiejętność interpretacji wyników.
9. Nauczanie rodziców oklepywania pleców dziecka, które ułatwi ewakuację wydzieliny z dróg oddechowych.
10. Nauka i zachęcenie dziecka do samoopieki.
11. Dziecko powinno unikać ubrań krępujących jego ruchy, zalecana jest luźna odzież oraz piżama.
12. Zachowanie mikroklimatu pomieszczenia na poziomie 50-60%, przy użyciu nawilżacza.
13. Unikanie dużych różnic temperatury, które mogą nasilić duszność.
14. Zachowanie zbilansowanej diety, bogatej w źródła witamin, np. częste spożywanie owoców i warzyw.
15. Spożywanie około 2-3 litrów wody, herbat, ziół dziennie.

16. Nauczenie pacjentki wykonywania ćwiczeń oddechowych (dmuchanie na płomień świecy, dmuchanie przez słomkę do butelki z wodą), które nauczają prawidłowo oddychać, zwiększą rozszerzalność klatki piersiowej, usprawnią pracę przepony.

PODSUMOWANIE

Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, w której bierze udział wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłemu zapaleniu towarzyszy nadreaktywność oskrzeli, prowadząca do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, uczucia ściskania w klatce piersiowej i kaszlu, występujących zwłaszcza w nocy lub nad ranem. Głównymi objawami astmy oskrzelowej są świszczący oddech, duszność, kaszel początkowo jest suchy, napadowy potem wilgotny często nasilony w nocy, prowadzący do przebudzeń w konsekwencji do wymiotów. Występowanie powyższych objawów może być prowokowane różnymi czynnikami, takimi jak ekspozycja na pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, zarodniki grzybów pleśniowych, sierści zwierząt, zakażenia wirusowe, czynniki fizyczne i chemiczne, a także wysiłek fizyczny. Podsumowując do zadań opiekuńczych pielęgniarki należy między innymi dobra relacja pomiędzy pielęgniarką, a pacjentem i w przypadku młodszych rodzicami, dostarczenie pacjentowi wiedzy na temat choroby i nauczanie go samokontroli, wdrożenie pacjenta do realizowania ćwiczeń oddechowych i uczestniczenia w rehabilitacji, zapoznanie z zasadami przyjmowania leków.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulus M., Zawadzka-Krajewska A.: Astma oskrzelowa [w]: *Pediatrica- co nowego?* Otto-Buczkowska E (red.) Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011, 222-236.
2. Emeryk A., Brębowicz A., Lis G.: Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, 9-21.
3. Zawadzka-Krajewska A.: Klinika Pediatryczna. [w]: *Astma u dzieci do 5. roku życia.* Jackowska T (red.) *Pediatrica Ogólna* 2011, 19(3), 3063.
4. Zawadzka-Krajewska, Kulus M.: Zaostrzenie astmy u dzieci. [w]: *Alergia, choroby alergiczne, astma.* Fala M.A. (red.) Tom I. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 359.
5. Kulus M.: Choroby alergiczne. [w]: *Pediatrica tom 2.* Kawelec W., Grenda R., Ziółkowska H(red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 1081.

6. Talarska D., Zozulińska- Ziółkiewicz D.: Pielęgowanie chorych z astmą oskrzelową. [W]: Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 131-132.
7. Wypych-Ślusarska A., Słowiński J., Kasznia-Kocot J.: Czy krótki kwestionariusz może być wiarygodnym narzędziem badań przesiewowych astmy oskrzelowej wieku dziecięcego? Rudkowski Z. (red.) Polskie Towarzystwo Medycyny Środowiskowej 2011,14/1, 76.
8. Kawalec W., Kubicka K.: Repetytorium z pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005,144-145.
9. Lissauer T., Graham C.: Pediatria. Wydawnictwo Elsavier Urban&Partner, Wrocław 2013, 333-334.
10. Bręborowicz A., Alkiewicz J. Układ oddechowy. [w]: Zarys Pediatrii. Podręcznik dla studiów medycznych. Pawlaczyk B. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 231-234.
11. Pawluk- Czerwińska I., Kiczuk K.: Kontrola astmy u dzieci. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2011,5, 14-15.
12. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Krajewska-Kułak E., Wrońska I.: Repetytorium z pielęgniarstwa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010, 30-37.
13. Filanowicz M.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami zapalnymi układu oddechowego. [w]: Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Jurkowska G., Łagoda K. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 133-147.
14. Umławska W.: Budowa i proporcje ciała dzieci chorych na astmę oskrzelową. Medycyna Wieku Rozwojowego, Wydawnictwo Aluna 2011, 15(2),164.
15. Konopka M.: Kiedy dziecko ma astmę, choruje cała rodzina. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005,9, 18.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z UROSTOMIĄ

Krzysztof Szymusiuk¹, Rafał Milewski²

1. Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2. Student studiów doktoranckich Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Głównym i najważniejszym zadaniem układu moczowego w organizmie człowieka jest przede wszystkim oczyszczenie organizmu z niepotrzebnych produktów przemiany materii przez ich wydalanie na zewnątrz w formie moczu, przy równoczesnym utrzymywaniu właściwej ilości płynów ustrojowych. Układ moczowy człowieka składa się z głównych elementów tj. : z dwóch nerek (wielkość około 10 - 12 cm), moczowodów, pęcherza moczowego (zbiornik na mocz) i cewki moczowej [6].-Rolą nerek jest: utrzymanie równowagi kwasowo - zasadowej, wydalanie produktów toksycznych m.in. tj. kreatynina, mocznik, a także innych substancji, pomaganie w utrzymywaniu prawidłowego ciśnienia, tworzenie hormonu - erytropoetyny, synteza witaminy D, regulacja gospodarki wodno – elektrolitowej [2].

Zabiegi urostomijne, w tym zabieg nefrostomijny jest operacją wykonywaną najczęściej ze względów leczniczych, diagnostycznych i profilaktycznych [6].

Czynniki, które mogą zaważyć nad prawidłowym funkcjonowaniu urostomii to:

- ogólny stan pacjenta,
- systematyczna podaż płynów minimum 2 litry na dobę,
- stosowanie odpowiedniej diety,
- przestrzeganie zasad pielęgnacji pacjenta,
- przestrzeganie wymiany cewników w szczególności np. nefrostomii czy cystostomii,
- pomoc rodziny w pielęgnacji, zakładaniu, wymianie sprzętu urostomijnego, a w szczególności u osób starszych i niepełnosprawnych [8].

Ogólna charakterystyka urostomii

Urostomia jest nazwą połączeń wytworzonych pomiędzy drogami moczowymi w celu wytworzenia przetoki moczowodowo - skórnej, pęcherzowo - skórnej, moczowodowo-

jelitowo- skórnej, a także nerkowo - skórnej, gdy choroba lub uraz uniemożliwia w sposób naturalny swobodny odpływ moczu na zewnątrz organizmu. Urostomia jest stworzona na pewien czas schorzenia, ale może mieć też postać końcową [5].

Definicja i rodzaje urostomii

W urologii stomia mówi nam o wytworzeniu przetoki z bezpośredniego połączenia nerki, moczowodów, a także pęcherza moczowego ze skórą lub przez różne operacje rekonstrukcyjne dróg moczowych z udziałem wstawki jelitowej. Takie zabiegi przeważnie wykonuje się w dążeniu do wydalania moczu na zewnątrz organizmu. [9]

Przetoki definitywne można podzielić na dwa rodzaje: otwarte oraz kontynentne. Otwarte - takie, które nie dają gwarancji utrzymania moczu oraz kontynentne zapewniające trzymanie moczu.

Rodzaje urostomii:

- przetoki stworzone metodą przezskórnego nakłucia: przetoka nerkowa (nefrostomia), przetoka nadłonowa- pęcherzowa (cystostomia),
- przetoki wytwarzane operacyjnie (niezapewniające trzymania moczu): przetoka pęcherzowo - skórna, przetoka moczowodowo - jelitowo - skórna, przetoka moczowodowo - skórna z zespoleniem międzymoczowodowym, przetoka moczowodowo - skórna,
- przetoki utrzymujące mocz: przetoka cewkowo skórna, przetoka pęcherzowo - jelitowo - skórna, zastępczy zbiornik jelitowy na mocz.

Najczęstszą przyczyną do stworzenia urostomii, oprócz wad wrodzonych oraz nowotworów, jest marskość pęcherza, urazy, choroby pęcherza moczowego, przeszczep nerki. [1]

Podział urostomii

Cystostomia

Cystostomia jest to inaczej przetoka nadłonowa. Wykonuje się metodą operacyjną polegającą na stworzeniu przetoki pęcherzowo - skórnej pod obserwacją ultrasonografii, która wyprowadza na zewnątrz z pęcherza moczowego mocz z pominięciem cewki moczowej. Taki rodzaj wymaga okresowej wymiany cewnika [3].

Wskazania do wykonania cystostomii:

- po urazach pęcherza moczowego
- po operacjach pęcherza moczowego,
- niemożność odpływu moczu przez cewkę moczową (zwężenie cewki moczowej, przerost gruczołu krokowego - w obu przypadkach niemożliwe założenie cewnika),
- nowotwór cewki moczowej,
- zapalenie gruczołu krokowego w przypadku niepożądanego przepływu moczu przez cewkę moczową,
- konieczność ciągłego opróżniania pęcherza moczowego [3].

Ureterocutaneostomia

Jest to inaczej przetoka moczowodowo - skórna. Wskazaniami do jej wykonania są:

- chory ze znacznymi upośledzonymi czynnościami nerek,
- ciężki stan ogólny,
- nowotwór narządów rodnych lub nowotwór pęcherza moczowego,
- różnego rodzaju powikłania śródoperacyjne.

Ureteroileocutaneostomia

Jest to inaczej przetoka moczowodowo - jelitowo - skórna. Wskazaniami do jej wykonania są:

- gruźlica w stopniu zaawansowanym układu moczowego,
- w wyniku napromieniowania np. marskość popromienna pęcherza,
- różnego rodzaju choroby nowotworowe np. dróg rodnych czy gruczołu krokowego,
- różnego rodzaju powikłania operacyjne.

Nefrostomia

Jest to inaczej przetoka nerkowo - skórna. Wskazaniami do jej wykonania są:

- kamica moczowodowa,
- nowotwór moczowodu,
- zwłóknienie pozaotrzewnowe,
- rak pęcherza moczowego,
- rak gruczołu krokowego (naciekający na moczowody),
- nowotwór dróg rodnych (np. rak szyjki macicy) [10].

Wyżej wymienione przykłady mogą doprowadzić do zastoju w górnych drogach moczowych. Jeśli nie wykona się nefrostomii, może to doprowadzić do dalszych powikłań takich jak roponercze (ryzyko rozwoju zakażenia układu moczowego - urosepsy), ostrej niewydolności nerek, czy przewlekłej niewydolności nerek [3].

Rola opiekuńczo - pielęgnacyjna w opiece nad chorym z nefrostomią

Podnoszenie kwalifikacji w dziedzinie pielęgniarstwa ma duży wpływ na zakres funkcji na rzecz pacjentów np. takich jak: wychowawcza, edukacyjna, opiekuńcza, terapeutyczna, rehabilitacyjna oraz profilaktyczna.

Rolą pielęgniarki/ pielęgniarza jest pełnienie funkcji pielęgnacyjnych, ale także wspieranie pacjenta i dbanie o zachowanie jego równowagi duchowej i psychicznej. Pielęgniarka / pielęgniarz realizuje tę czynność poprzez:

- szanowanie godności osobistej chorego,
- nawiązanie kontaktu z rodziną oraz pacjentem,
- poznanie oraz nauczenie chorego obsługi sprzętu urostomijnego,
- włączenie chorego i jego rodziny do procesu pielęgnowania urostomii w przypadku gdy pacjent jest niepełnosprawny,
- uzyskanie zgody rodziny w przypadku pielęgnacji pacjenta urostomijnego, a także zapewnienie kontaktu z psychologiem [9].

Model opieki nad pacjentem urostomijnym składa się z trzech różnych etapów: przedoperacyjnego, śródoperacyjnego i pooperacyjnego:

Okres przedoperacyjny polega głównie na rozmowie z zespołem medycznym (lekarz, pielęgniarka/pielęgniarz). Powinna ona wzmocnić i rozwiązać wszelkie wątpliwości co do słuszności zabiegu.

W edukacji pacjenta bardzo ważne jest:

- wyjaśnienie celu, a także metody zabiegu,
- wyjaśnienie niezrozumiałych terminów np. nefrostomia,
- wyjaśnienie choremu metod znieczulenia,
- omówienie przebiegu zabiegu,
- ustalenie z pacjentem planu pooperacyjnego (np. sposób zmniejszenia dolegliwości bólowych, sposób odżywiania, itp.),
- pokazanie możliwości życia z urostomią na pewien okres lub na stałe.

Okres śródoperacyjny mówi m.in. o pomocy we wprowadzaniu pacjenta w stan znieczulenia, o monitorowaniu parametrów życiowych, a w razie konieczności o likwidowaniu zaburzeń wodno – elektrolitowych [7].

W okres pooperacyjnym do zadań pielęgniarki / pielęgniarza sprawującego opiekę nad pacjentem z nowostworzoną urostomią należy:

- monitorowanie parametrów życiowych,

- zapewnienie pomocy w zniwelowaniu bólu poprzez podawanie leków przeciwbólowych,
- obserwacja drenu, ran pooperacyjnych, wydzielin z nich sączących się, kontrola cewników i ich położenia,
- prowadzenie bilansu płynów,
- dokonywanie oceny koloru, obecności i ilości wydzieliny i śluzu w moczu,
- zapewnienie komfortu psychicznego pacjenta poprzez rozmowę,
- obserwacja funkcjonowania pozostałych układów tj. oddechowy, czy krążenia.

CELE PRACY

1. Ustalenie diagnozy pielęgniarskiej u dorosłego człowieka z nefrostomią wraz z towarzyszącymi innymi jednostkami chorobowymi tj. nadciśnienie tętnicze.
2. Określenie celu działań pielęgniarskich zmierzających w kierunku rozwiązania problemów pielęgnacyjnych chorego.
3. W oparciu o ustalone cele i problemy pielęgnacyjne, przedstawienie działań pielęgniarskich w opiece nad chorym.
4. Ocena i analiza zrealizowanych działań pielęgniarskich.
5. Przedstawienie opracowanych wniosków i wskazówek do dalszej pielęgnacji chorego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem został objęty 37 - letni pacjent hospitalizowany w Klinice Urologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu kamicy nerki lewej.

Materiał zebrano na podstawie:wywiadu pielęgniarskiego,obserwacji,pomiarów parametrów życiowych tj.: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, liczba oddechów,dokumentacji medycznej: historia pielęgnowania, indywidualna karta zleceń lekarskich, historia choroby.

Na podstawie procesu badawczego zastosowano metodę indywidualnego przypadku w oparciu o proces pielęgnacyjny.

Proces pielęgnacyjny dzieli się na:

Etap I - Rozpoznanie i rozpoznawanie

- zbieranie danych o danym pacjencie i jego środowisku,
- analizowanie danych,
- formułowanie, stawianie diagnozy pielęgniarstwa.

Etap II - Planowanie

- ustalanie celów opieki,
- dobieranie działań, osób do różnych działań,
- tworzenie planu opieki pielęgniarstwa.

Etap III - Realizowanie

- przygotowanie biorców opieki,
- przygotowanie dawców opieki,
- realizacja planu opieki z przyjętymi poprzednio ustaleniami.

Etap IV - Ocenianie

- ocena przyjętych wskazówek teoretycznych,
- ocena stosowanych rozwiązań praktycznych,
- uzyskanie wyników i ich ocena [4].

Opis przypadku

Pacjent N. M. lat 37 trafił do Kliniki Urologii dnia 29 marca 2019 roku w trybie pilnym, z powodu silnego bólu okolicy lewej nerki, któremu towarzyszyły mdłości, złe samopoczucie, ogólne osłabienie, a także podwyższona temperatura ciała 38,6 °C.

Waga mężczyzny wynosiła 85 kg. Przy wzroście 175 cm - BMI wynosi 27,7 i oznacza obecność nadwagi. Od 2 lat pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze. Uczęszcza do poradni urologicznej, gdzie stwierdzono obecność kamieni w lewej nerce, a także lekki rozrost gruczołu krokowego. W 2018 roku pacjent miał wykonaną urografię. Badanie przeprowadzono przy użyciu 75 ml środka kontrastowego Ultravist 370. W kielichu dolnym lewej nerki uwidoczniono zółg o średnicy 5 mm. Kształt, wielkość i położenie nerek prawidłowe. Wydzielanie moczu cieniującego jednoczasowe. Zagęszczanie moczu porównywalne. Pęcherz moczowy o gładkich obrysach.

Pacjent został przyjęty do Kliniki Urologii celem zabiegowego leczenia kamicy nerki lewej. W badaniu przeprowadzonym badaniu przedmiotowym stwierdzono m.in. dodatni objaw Goldflama. W trakcie pobytu w oddziale, użyto laseroterapii, a następnie usunięto zółgi przez skórnie za pomocą endoskopu. Okres zabiegu i pooperacyjny niepowikłany. Pacjent jest w pierwszej dobie po zabiegu. Mężczyzna po operacji odczuwa silne dolegliwości bólowe,

nie może wykonywać gwałtownych ruchów. Ma założoną nefrostomię. Ma założone wkłucie dożylnie typu wenflon w prawym zgięciu łokciowym kończyny górnej prawej, bez cech zapalnych w okolicy wkłucia.

Przyjmuje leki przeciwbólowe: Pyraliginę 2,5g, Ketonal 100mg. Dodatkowo otrzymał dożylnie: Controloc 40 mg, 1000 ml NaCl 0,9%, 1000 ml PWE, 500 ml płynu Ringera.

Po kilku dniach pobytu w szpitalu pacjent w stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu.

Dane na temat funkcjonowania poszczególnych układów:

Układ krążenia:

- tętno prawidłowe: 72 uderzeń na minutę, miarowe, dobrze napięte
- ciśnienie tętnicze krwi powyżej normy: 166/92 mmHg

Układ oddechowy:

- ilość oddechów: 21/min, oddech miarowy

Układ nerwowy:

- pełna świadomość, zachowany kontakt słowno logiczny

Układ pokarmowy:

- stan jamy ustnej: pełne uzębienie, brak zmian w śluzówce
- wydalanie stolca - prawidłowe

Układ moczowy:

- pacjent zacewnikowany, założona nefrostomia w lewej nerce.
- mocz ciemnożółty z domieszką krwi

Stan odżywienia:

- ciężar ciała - 85 kg
- wskaźnik BMI: 27,7 - nadwaga.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia krwawienia z przetoki nerkowo - skórnej po zabiegu operacyjnym

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów krwawienia

Zaplanowane działania:

- obserwacja pacjenta: występujące rany, kolor i wilgotność skóry, kolor moczu, zachowanie i nastrój chorego

- pomiar tętna, oddechów, ciśnienia tętniczego co 15 minut w ciągu 2 godzin, następnie co 1 godzinę
- informowanie pacjenta aby zgłaszał niepokojące u siebie dolegliwości
- prowadzenie karty pooperacyjnej

Realizacja:

- obserwowano pacjenta: podstawowe parametry życiowe w normie, kolor i wilgotność skóry prawidłowa, kolor moczu prawidłowy, chory spokojny
- poinformowano pacjenta o konieczności zgłaszania niepokojących objawów
- prowadzono kartę pooperacyjną

Ocena: krwawienie nie wystąpiło, przetoka nerkowo - skórna do dalszej pielęgnacji

Diagnoza pielęgniarska 2: Trudności w przemieszczaniu się z powodu silnego bólu spowodowanego założeniem nefrostomii

Cel opieki: Pomoc pacjentowi w przemieszczaniu się i poprawa sprawności ruchowej

Zaplanowane działania:

- zapewnienie pomocy przy wstawaniu, przyjęciu pozycji siedzącej, pomoc przy chodzeniu, pielęgniarka / pielęgniarz powinien pełnić funkcję asekuratora
- w razie potrzeby nawiązanie współpracy z fizjoterapeutą
- zapewnienie warunków ciszy i spokoju
- podanie leków przeciwbólowych zleconych przez lekarza
- wygodne ułożenie pacjenta w łóżku

Realizacja:

- zapewniono pomoc podczas zmiany pozycji, próbach przemieszczania się chorego
- podawano leki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarskim
- zapewniono wygodne ułożenie pacjenta w łóżku

Ocena: Złagodzone dolegliwości bólowe, zapewniono pomoc pacjentowi w przemieszczaniu się

Diagnoza pielęgniarska 3: Ból, zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego krwi

Cel opieki: Unormowanie ciśnienia tętniczego, zapobieganie urazom

Zaplanowane działania:

- kontrola ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała i oddechów oraz dokumentowanie ich w karcie gorączkowej pacjenta
- pouczenie chorego o konieczności prowadzenia książeczki pomiarów ciśnień
- uświadomienie pacjenta o konieczności systematycznego przyjmowania leków od nadciśnienia
- edukacja chorego na temat choroby

Realizacja:

- kontrolowano parametry życiowe chorego, w przypadku odchyleń od normy zgłaszano lekarzowi
- pouczono pacjenta o konieczności prowadzenia książeczki pomiarów ciśnień
- przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat jego choroby oraz przypomniano o konieczności regularnego przyjmowania leków

Ocena: Ból głowy ustąpił, ciśnienie tętnicze się unormowało i wynosi 125/80 mmHg

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wprowadzenia zakażenia, spowodowanego założoną kaniulą dożylną

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia

Zaplanowane działania:

- obserwowanie i/lub badanie palpacyjne okolicy wkłucia
- zmiana opatrunku w przypadku zamoczenia lub zabrudzenia
- wymiana kaniuli dożylnej co 3 dni lub gdy rozpoznano infekcję
- prowadzenie karty dostępu dożylnego

Realizacja:

- obserwowano i badano palpacyjnie okolice wkłucia dożylnego
- prowadzono odpowiednią dokumentację medyczną

Ocena: Powikłania z powodu założonego wkłucia dożylnego nie wystąpiły

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko infekcji z powodu założenia cewnika do przetoki nerkowo - skórnej, zakażenie rany pooperacyjnej

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia

Zaplanowane działania:

- kontrolowanie prawidłowego działania drenażu
- obserwacja rany operacyjnej, codzienna zmiana opatrunku na ranie

- obserwacja wilgotności i zabarwienia skóry
- wymiana opatrunku co drugi dzień wokół drenu albo w zależności od potrzeby
- wymiana cewnika nefrostomijnego minimum co 3 miesiące albo w zależności od potrzeby

Realizacja:

- kontrolowano działanie drenażu - prawidłowe
- obserwowano ranę oraz zmieniano opatrunek na ranie
- obserwowano wilgotność i zabarwienie skóry - w normie
- wymieniano opatrunek wokół drenu co drugi dzień

Ocena: Zakażenie nie wystąpiło, brak cech zapalnych.

Diagnoza pielęgniarska 6: Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno - elektrolitowych

Cel: Zapobieganie zaburzeniom wodno - elektrolitowym

Zaplanowane działania:

- monitorowanie stanu pacjenta (napięcie i elastyczność skóry, ilości wydalonego moczu)
- przetaczanie elektrolitów i płynów drogą dożylną ze zgodnością z kartą pooperacyjną
- pobieranie do badania krwi
- prowadzenie dokumentacji medycznej

Realizacja :

- monitorowano stan pacjenta (skóra była elastyczna i dobrze napięta, ilość wydalanego moczu była w normie)
- podawano płyny i podawano leki zgodnie ze zleceniem lekarskim
- pobierano krew do badań laboratoryjnych
- prowadzono dokumentację medyczną

Ocena: Zaburzenia wodno - elektrolitowe nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny nr 7: Konieczność stosowania odpowiedniej diety

Cel: przekazanie pacjentowi wiedzy na temat diety ubogowapniowej. Motywowanie chorego do działań w celu profilaktyki kamicy nerkowej.

Zaplanowane działania:

- edukacja chorego z zakresu diety ubogowapniowej

Realizacja:

- Edukowano chorego z zakresu diety:

- konieczność zmniejszenia spożycia produktów zawierających większe ilości wapnia (mleka, przetworów mlecznych), niektórych gatunków ryb (np. flądra)
- graniczenie spożycia białka w ilości 0,8 do 1 g/kg mc na dobę
- unikanie produktów bogatych w sód (pekiowane mięsa, wędzone ryby, solone ryby, itp.)
- unikanie produktów bogatych w węglowodany proste tj: cukier, słodycze itp., a także alkoholu, mocnej herbaty, kawy
- konieczność picia dużej ilości płynów
- zwiększenie błonnika w diecie

Ocena: Pacjent jest zmotywowany do stosowania diety w celu poprawy stanu zdrowia.

Podstawowe zalecenia dla pacjentów z nefrotomią:

1. Chory powinien pić odpowiednią ilość płynów w ciągu doby od dwóch do trzech litrów.
2. Chory powinien co drugi dzień wymieniać worek nefrostomijny.
3. Po każdym zetknięciu się z workiem lub po wymianie worka, należy umyć ręce wodą z mydłem.
4. Należy starać się, aby utrzymać worek poniżej poziomu nerek, tak aby zapewnić swobodny odpływ moczu siłami grawitacji.
5. Należy nie doprowadzać do przepełnienia worka.
6. Opatrunek wokół drenu powinien być zmieniany minimum co drugi dzień lub częściej w razie potrzeby.
7. Należy kontrolować czy nici chirurgiczne nie zostały uszkodzone i zerwane.
8. W przypadku zerwania, wyrwania lub poluzowania się nici, cewnik nefrostomijny należy przykleić plastrami do ciała, tak aby nie doszło do jego oderwania. W takiej sytuacji należy niezwłocznie skontaktować się z urologiem lub innym lekarzem dyżurnym.
9. W przypadku masywnego krwimoczu lub wysokiej gorączki skontaktować się z lekarzem.
10. Cewnik nefrostomijny należy wymieniać minimum co trzy miesiące lub częściej w razie potrzeby.

PODSUMOWANIE

Urostomia jest ogólną nazwą połączeń wytworzonych pomiędzy drogami moczowymi w celu wytworzenia przetoki moczowodowo - skórnej, pęcherzowo - skórnej, moczowodowo-jelitowo- skórnej, czy nerkowo - skórnej, gdy choroba czy uraz uniemożliwia w sposób naturalny swobodnyodpływ moczu na zewnątrz organizmu [9].

Najczęstsze wskazania i przyczyny do wykonania nefrostomii to pacjenci chorujący na: nowotwór prostaty, pęcherza moczowego, macicy, jajnika, pourazowe uszkodzenie moczowodu, zwężenie moczowodu, kamień w moczowodzie, a także w miedniczce nerkowej. Urostomię wykonuje się także w celu profilaktycznym: po resekcji guzków umiejscowionych w miedniczce nerkowej, diagnostycznym: drenaż torbieli, czy też w przypadku ropnia nerki [6].

Rolą pielęgniarki/ pielęgniarza jest pełnienie funkcji pielęgnacyjnych, ale także wspieranie pacjenta w momencie zachwianej jego równowagi duchowej i psychicznej. Okres przedoperacyjny obejmuje m.in. wyjaśnienie celu i metody zabiegu, wyjaśnienie niezrozumiałychzwrotów i terminów, wyjaśnienie choremu na czym polega znieczulenie oraz jak będzie przebiegał zabieg. Do zadań personelu pielęgniarskiego należy również ustalenie z pacjentem planu pooperacyjnego np. ukazanie możliwości zmniejszenia dolegliwości bólowych, zastosowanie odpowiedniej diety, czy przedstawienie możliwości życia z urostomią. Okres śródoperacyjny obejmuje pomoc we wprowadzaniu pacjenta w stan znieczulenia, monitorowanie parametrów życiowych, a w razie konieczności likwidowanie zaburzeń wodno - elektrolitowych. Do zadań w pielęgniarki / pielęgniarza w okresie pooperacyjnym zaliczamy: monitorowanie parametrów życiowych, zapewnienie pomocy w zniwelowaniu bólu poprzez podawanie leków przeciwbólowych, obserwacja drenu, ran pooperacyjnych, wydzielin z nich sączących się, kontrola cewników i ich położenia, prowadzenie bilansu płynów, dokonywanie oceny koloru, obecności i ilości wydzieliny i śluzu w moczu, zapewnienie komfortu psychicznego pacjenta poprzez rozmowę, obserwacja funkcjonowania pozostałych układów tj. oddechowy, czy krążenia [7].

WNIOSKI

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: wywiad medyczny, obserwację pacjenta, pomiar parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej przeanalizowano sytuację zdrowotną dorosłego człowieka z kamicą nerkową. W celu leczenia wykonano nefrostomię, zdiagnozowano następujące problemy pielęgnacyjne: ryzyko wystąpienia krwawienia z przetoki nerkowo - skórnej po zabiegu operacyjnym, trudności w

przemieszczaniu się z powodu silnego bólu spowodowanego wykonaniem nefrostomii, ból i zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego krwi, ryzyko wprowadzenia zakażenia, spowodowanego założoną kaniulą dożylną, ryzyko infekcji z powodu założenia cewnika do przetoki nerkowo - skórnej, zakażenie rany pooperacyjnej, możliwość wystąpienia zaburzeń wodno - elektrolitowych, konieczności zastosowania odpowiedniej diety.

2. Na podstawie szczegółowych informacji wykonano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjenta. Zwrócono szczególną uwagę na różnorodność problemów pielęgnacyjnych z powodu występującej kamicy nerki lewej i wykonanej choremu nefrostomii. Dokonano oceny założonych celów pielęgnarskich.
3. W celu dalszej opieki udzielono wskazówek do dalszej pielęgnacji chorego z przetoką nerkowo - skórą.

PIŚMIENNICTWO

1. Bieniasz M., Kulik A., Kwiatkowski A. i wsp.: Przeszczepienie nerki u chorych z patologią dolnego odcinka dróg moczowych. *Terapia*, 2016, 1, 33–36.
2. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2007.
3. Drewa T., Juszczak K.: *Urologia - ilustrowany podręcznik dla studentów i stażystów*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2018, 147, 149, 150.
4. Górajek - Jóźwik J.: *Wprowadzenie do Diagnostyki Pielęgniarskiej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2016, 31, 37.
5. Kasiske B.L., Anderson-Haag T., Israni A.K. i wsp.: Prospective controlled study of living donors. Three-Year follow-up. *Am. J. KidneyDis*, 2015, 66, 114–124.
6. Marczyński P., Stopczyk A. i wsp.: Konsultacja merytoryczna. *Poradnik dla osób z nefrostomią*, 2016, 2-7.
7. Osetti C.: Trends in mortality from urologiccancers in Europe 1970-2008. *EurUrol*, 2011, 60, 1-15.
8. Pikor K., Ławiński J.: Urostomia – przetoka moczowo – skórna. *Przegląd Urologiczny*, 2007, 46, 44.
9. Pikor K., Tereskiewicz J. i wsp.: Opieka przed – i pooperacyjna nad chorym z urostomią. *Przegląd urologiczny*, 2011, 70, 70.

10. Pikor K.: Nad pęcherzowe odprowadzenia moczu. Poradnik dla pielęgniarek i osób z urostomią. Oddział Urologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. F. Chopina w Rzeszowie, Rzeszów, 2015, 21, 19,18.

ZADANIA PIEŁĘGNIARZA W POSTĘPOWANIU Z CHORYM Z NIEDOKRWIENNYM UDAREM MÓZGU W IZBIE PRZYJĘĆ

Paweł Bochenko¹, Katarzyna Krystyna Snarska²

1. Absolwent Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

2. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Udar mózgu według definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1980 roku jest to „*nagle wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, trwających dłużej niż 24 h (o ile wcześniej nie doprowadzą do zgonu) i spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi*” [1].

Udary mózgu dzielimy na:

- udary niedokrwienne (85% wszystkich udarów),
- udary krwotoczne (15% wszystkich udarów), do których zalicza się krwotok śródmózgowy i krwawienie podpajęczynówkowe [2].

Słyszac słowo i „udar”, niektórzy i pytają: czy i to i chodzi o i udar słoneczny? Nie? A wylew? Czy i to i ta sama, czy i też inna choroba? A zawał mózgu? Czy i określenie to i oznacza atak mózgu? Albo i ktoś wie, co i znaczy i rzadko i używane dzisiaj słowo i apopleksja? Udar mózgu, wylew, zawał mózgu, atak mózgu czy i apopleksja - to i określenia tej samej choroby. Dzisiaj najczęściej nazywa się ją udarem. Niektórzy i jednak używają też określenia wylew (dodając czasem „krwi do i mózgu”). Termin „zawał” stosuje się raczej w odniesieniu do i serca, choć czasami mówi się o i udarze: zawał mózgu. „Apopleksja” zaś to isłowo i raczej archaiczne, dzisiaj już nieużywane. Aby i nie było i wątpliwości, zostanmy i przy inajczęściej chyba dzisiaj stosowanym określeniu: „udar mózgu” [3].

Tak najkrócej udało i się określić wiele różniących się od siebie procesów chorobowych występujących w mózgu z tej samej przyczyny, a mianowicie niedokrwienia. Wszystko i więc sprowadza się do i krążenia mózgowego i - stanu naczyń krwionośnych mózgu i krążenia krwi w jego i obrębie [2,4].

Krążenie mózgowie może ulec uszkodzeniu z różnych przyczyn, w różny i sposób i w

różnym zakresie, zawsze jednak konsekwencją są zmiany i w mózgu z powodu niedokrwienia. Większość, bo i aż około i 80% udarów mózgu następuje wtedy, gdy i przeszkodę dla płynącej krwi stanowią zakrzepy i albo i zatory i w naczyniach mózgowych lub doprowadzających krew do i mózgu. Wokoło i 20% udarów zdarza się, że naczynie mózgowe pęka, wówczas także przestaje doprowadzać krew do i pewnych obszarów mózgu. Taki udar nazywamy i krwotocznym. Niekiedy i jednak nie dopływa do i mózgu dostatecznie wiele krwi z powodu „awarii” w krążeniu ogólnym organizmu - chorób krążenia czy i samego i serca.

Epidemiologia udaru mózgu

Choroby i naczyniowe ośrodkowego i układu nerwowego i (OUN) stają się kluczowym problemem zdrowotnym społeczeństw XXI wieku — co i 6. dorosły i mieszkaniec globu dozna w swoim życiu udaru mózgu. W Polsce udar mózgu rocznie występuje u 60–70 tys. osób, przy i czym 20–30% chorych umiera w ciągu roku od zachorowania, a połowa z tych, którzy i przeżyli, pozostaje trwale niepełnosprawnymi (Rożnowska, 2006, s. 21). Zastosowanie najskuteczniejszej metody i leczenia udaru niedokrwienno i mózgu, jaką jest leczenie fibrynolityczne z użyciem tkankowego i aktywatora plazminogenu (rt-PA, recombinant tissue plasminogen activator), ogranicza jej wąskie okno i czasowe i tylko i w nielicznych, wyspecjalizowanych w prowadzeniu terapii fibrynolitycznej ośrodkach udarowych odsetek chorych z udarem niedokrwienno i leczonej trombolitycznie przekracza 10%. Dlatego i też hospitalizacja na oddziale intensywnego i nadzoru neurologicznego i pozostaje najszerzej dostępną metodą skutecznego i leczenia pacjentów z udarem mózgu [1,5].

Udar mózgu jest trzecią co i do i częstości przyczyną śmierci i główną przyczyną trwałego i kalectwa i braku samodzielności u osób dorosłych. W Polsce rejestruje się około i 60 000 nowych zachorowań na udar rocznie. Zapadalność na tę chorobę jest podobna jak w innych krajach europejskich (około i 175/100 000 mężczyzn i 125/100 000 kobiet), ale umieralność około i udarowa i niesprawność po i udarze są znacznie większe [4,6].

Etjopatogeneza udaru mózgu

Z wiekiem naczynia tętnicze oraz żyłne stają się coraz mniej drożne, ich ścianki twardnieją, tracą sprężystość, powstają na nich blaszki miażdżycowe, na których mogą się zatrzymywać zakrzepy i utrudniające przepływ krwi. Czasem tworzy i się w nich skrzeplina, która przemieszcza się naczyniami krwionośnym, aż w jakimś miejscu zatrzymuje się, zatyka całkowicie naczynie lub zmniejsza przepływ krwi. Bywa, że naczynie tętnicze lub żyłne zostaje zwężone lub zamknięte na skutek zniszczenia jego i ścianek przez choroby i zapalne —

bakteryjne, grzybicze, wirusowe, kolagenozy i (np. toczeń rumieniowaty, guzowate zapalenie tętnic), ale taka przyczyna powoduje tylko i około i 3% udarów [7].

Przez pogrubione naczynia krwionośne, z blaszkami miażdżycowymi czy i skrzepami wewnątrz, nie przepływa dostateczna ilość krwi. A ponieważ mózg jest wrażliwy i na niedostatek tlenu, sytuacja staje się wtedy i niebezpieczna. Wystarczy i silny i stres powodujący i ich obkurczanie, wzrost ciśnienia, przyływ skrzepu oderwanego i od ścianki naczynia, który i je zaczojuje, albo i też pęknięcie naczynia, by i doszło i do i ograniczenia dopływu krwi do i jakiegoś obszaru mózgu. Komórka mózgowa, która nie otrzymuje przez kilka minut tlenu i glukozy, obumiera. Gdy i zaś obumierają zespoły i komórek mózgowych, czyli tkanki, pewien fragment mózgu zostaje zniszczony i występuje wtedy i zakłócenie lub utrata określonych funkcji organizmu, którymi ten ośrodek kierował. Jest to i właśnie udar[8].

Udar mózgu jest więc następstwem nagłego zatrzymania lub znacznego i ograniczenia dopływu krwi do i mózgu. Do i takiej sytuacji może dojść z różnych przyczyn [9].

Niedokrwienie. Jedno i z naczyń doprowadzających krew do i mózgu zostaje nagle zamknięte lub przepływ krwi przez naczynie staje się bardzo i mały. Tak dochodzi do i około i 80% udarów mózgu. Stan taki określa się czasem zawałem mózgu. Przyczyną niedokrwienia bywa więc zakrzep, gdy i tętnica mózgowa zostaje zamknięta przez skrzeplinę powstałą w większym lub mniejszym naczyniu krwionośnym doprowadzającym krew do i mózgu. Do i zamknięcia przepływu dochodzi najczęściej w naczyniach uszkodzonych przez miażdżycę, pokrytych blaszkami miażdżycowymi złożonymi z cholesterolu i wapnia, szorstkich, stwardniałych, pogrubiałych. Nieco i rzadziej udar następuje z powodu zatoru tętnicy i mózgowej, gdy i w chorym sercu lub w tętnicach doprowadzających krew do i mózgu (np. w tętnicy i szyjnej) powstaje skrzeplina. Bywa, że oddzielają się od niej jakieś cząstki, które z krwiobiegem dostają się do i mózgu i tu zamykają większe naczynie krwionośne [4,10].

Krwawienia. Nagle w mózgu pęka naczynie krwionośne i krew zalewa jego i fragment. Oczywiście nie dopływa ona tam, gdzie miała być doprowadzona, więc następuje w tym miejscu niedokrwienie. Tak dochodzi do i około i 15% udarów mózgu. W tym przypadku stosuje się nazwę „wylew”. Może to i być krwotok śródmózgowy, poprzedzony i najczęściej wieloletnim nadciśnieniem tętniczym niszczącym naczynia, albo i też krwotok podpajęczynówkowy, gdy i pęka tętniak w mózgu, czyli rozszerzona na pewnym odcinku tętnica o i cienkich ścianach. Wtedy i zwykle do i przestrzeni między i oponami mózgowymi, czyli błonami pokrywającymi mózg i rdzeń kręgowy, dostaje się dużo i krwi [3,11].

Czynniki ryzyka udaru mózgu

Udary i mózgu występują przede wszystkim u osób cierpiących na miażdżycę. Wszystkie czynniki wpływające na rozwój miażdżycy, takie jak stres, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, podwyższony i cholesterol, czynniki genetyczne i nadwaga, wysokie ciśnienie czy i cukrzyca powodują wzrost ryzyka udarów mózgu.

Do i **niemodyfikowalnych czynników ryzyka** zaliczyć należy [6,12]:

- wiek (powyżej 55 lat)
- płeć (częściej u mężczyzn)
- rasa (czarna)
- czynniki genetyczne

Do i **modyfikowalnych czynników ryzyka** zalicza się [5,11]:

- nadciśnienie tętnicze
- choroby i serca /migotanie przedsionków/
- palenie tytoniu
- cukrzyca
- choroby i naczyń
- zwężenie tętnicy i szyjnej wewnętrznej
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- otyłość
- zespół bezdechu sennego
- nadużywanie alkoholu
- migrena
- dna moczaniowa
- uraz tętnicy
- niedoczynność gruczołu tarczowego
- zakażenia
- zaburzenia krzepnięcia krwi
- przebyty i udar bądź przemijający i atak niedokrwienności i (TIA)
- stosowanie amfetaminy, kokainy.

Obraz kliniczny niedokrwienności udaru mózgu

Chory i po i udarze najczęściej przytomny, w stanie ogólnym dobrym lub średnio i

ciężkim; obserwowane pogłębianie się deficytu neurologicznego i — narastanie niedowładu połowiczego, zaburzeń mowy, równowagi, zaburzeń postawy i ciała (pacjent nie potrafi samodzielnie usiąść, stanąć, chodzić), wynikające z zakłóceń sterowania osi ciała [9,12].

Do i klinicznych objawów niedokrwienego udaru mózgu zaliczyć należy [4,13].

- niedowład lub porażenie połowicze;
- połowicze zaburzenia czucia;
- zaburzenia mowy i o i typie afazji — niemożność wypowiadania słów oraz rozumienia prostych poleceń;
- zaburzenia widzenia — zaniewidzenie jednooczne (łac. amaurosis fugax);
- zaburzenia w polu widzenia;
- zawroty i i bóle głowy i z uczuciem wirowania otoczenia, z towarzyszącymi nudnościami, wymiotami;
- zaburzenia równowagi;
- podwójne widzenie.

Diagnostyka udaru mózgu

W przypadku udaru mózgu podstawowe znaczenie ma zróżnicowanie pomiędzy udarem niedokrwinnym a krwotocznym. Diagnostyka musi być wykonana niezwłocznie po to, aby można było podjąć odpowiednie leczenie, a tym samym zapewnić choremu jak najszybszy powrót do zdrowia [3,5,14].

Diagnostyka wczesnego i okresu udaru mózgu odbywa się w 3 etapach [5,14] w miejscu zachorowania — wystąpienia udaru mózgu (lekarz pogotowia ratunkowego, lekarz rodzinny);

1. w szpitalnej izbie przyjęć (neurolog, internista, neurochirurg);
2. na oddziale neurologicznym — pododdziale udarowym.

Istotne pytania, które należy i zadać w trakcie zbierania wywiadu (Smolińska, Książkiewicz, 2007, s. 14):

1. Jaki był początek zaburzeń: nagły, remitujący i (nawracający); czy i objawy i narastały i w czasie, w jakim?
2. Jakie obszary i ciała i w jakiej kolejności zostały i dotknięte deficytem neurologicznym?
3. Czy i zaistniały i czynniki sprzyjające zachorowaniu „naczyniowemu”: stres, wysiłek fizyczny, wzrost ciśnienia tętniczego, uczucie kołatania lub nierównego i bicia serca, obniżenie lub wzrost glikemii (chorzy i na cukrzycę!), obfity i posiłek, przyjęcie leków

(leki hipotensyjne!), nagła zmiana pozycji ciała?

4. Czy i pojawiły i się objawy/doznania poprzedzające wystąpienie ogniskowego i deficytu neurologicznego: ból głowy i (krwotok!), mroczki przed oczami (migrena!), utrata przytomności, drgawki (napad padaczkowy!), zawroty i głowy i (zaburzenia błędnikowe)?
5. Jaki jest charakter deficytu neurologicznego: ruchowy, czuciowy, inny? Ponadto i należy:
6. Uzyskać dokładne informacje dotyczące chorób przewlekłych, stale przyjmowanych leków i ich dawkowania.
7. Jeżeli to i możliwe, uzyskać obiektywny i wywiad od rodziny, świadków zachorowania. Jest to i szczególnie ważne, gdy i u chorego i stwierdzi się zaburzenia mowy, przytomności i/lub świadomości.

Istotą monitorowania wczesnego i okresu udaru mózgu jest ciągła obserwacja zaburzeń czynności życiowych. Obraz kliniczny i udaru mózgu we wczesnym jego i okresie jest bardzo i dynamiczny. Udar nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem o i różnej etiologii. Pierwotna przyczyna niedokrwienia lub krwotoku mózgowego i może być mózgowa i/lub pozamózgowa. W przebiegu udaru mózgu zaburzenia funkcji układów pozamózgowych (głównie sercowo-naczyniowego i i oddechowego), poprzez mechanizm sprzężenia zwrotnego i (feed-back), wpływają na pogłębianie się zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Monitorowanie powinno i umożliwić stwierdzenie [8,15] - czy i istnieje stan zagrożenia życia oraz czy i stan chorego i ulega: — pogorszeniu, — poprawie, — czy i jest stabilny.

U osób z podejrzeniem udaru mózgu, w Izbie Przyjęć wykonuje się następujące badania diagnostyczne u wszystkich chorych:

- badanie obrazowe – KT lub MR, w miarę możliwości z opcją angiografii,
- EKG,
- badania laboratoryjne krwi: morfologia z rozmazem, leukocytoza i liczba płytek krwi, koagulogram, stężenia elektrolitów (sód, potas, magnez) i glukozy w surowicy, białko C-reaktywne lub OB, biochemiczne wskaźniki czynności wątroby i nerek oraz stężenie cholesterolu całkowitego i jego frakcji,
- RTG klatki piersiowej, jeżeli nie było wykonywane w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- monitorowanie ciśnienia tętniczego,
- pulsoksymetria i gazometria krwi tętniczej [6,17].

Rokowanie i leczenie udaru niedokrwiennego mózgu

Ostry incydent mózgowo-naczyniowy jest stanem zagrożenia życia. Każdy pacjent niezależnie od stanu ogólnego i objawów neurologicznych powinien być hospitalizowany. Należy pamiętać, że u około 30 % chorych w pierwszych dwóch dobach następuje pogorszenie stanu ogólnego. W ciągu pierwszych 30 dni umiera 15-30 % chorych, spośród osób, które przeżyły 70 % jest niepełnosprawnych [7,18].

Ryzyko ponownego wystąpienia udaru jest uzależnione od jego postaci. U chorych po przebytym udarze niedokrwiennym ryzyko ponownego udaru sięga 10 – 12% w pierwszym roku i 5 – 8% w każdym kolejnym roku po udarze. Największe zagrożenie występuje bezpośrednio po udarze (>3% w ciągu 30 dni). Kolejny udar ma zazwyczaj podobną etiologię jak poprzedzający [6,15].

Liczne badania wykazały, że społeczeństwo polskie ma niewystarczającą wiedzę odnośnie objawów sygnalizujących wystąpienie incydentu mózgowo - naczyniowego, zagrożeń z nim związanych oraz postępowania w chwili zachorowania. Z tego też względu udzielenie pomocy medycznej jest odraczane w czasie. Służby medyczne powinny traktować osoby z udarem mózgu, jako wymagające natychmiastowej pomocy i wdrożyć jak najszybciej postępowanie diagnostyczne i lecznicze [7,19].

U pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego mózgu istotne jest wdrożenie postępowania ogólnego. Obejmuje ono zapewnienie choremu prawidłowej czynności układu oddechowego i krążenia, monitorowanie ciśnienia tętniczego (unikanie gwałtownego obniżania ciśnienia tętniczego krwi – powoduje zmniejszenie mózgowego przepływu krwi, co grozi pogorszeniem stanu neurologicznego pacjenta i powiększeniem ogniska niedokrwienia), wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i metabolicznej, wdrożenie leczenia w razie podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, w razie konieczności zastosowanie leczenia przeciwdrgawkowego, obniżenie temperatury ciała (gorączka występuje często w dwóch pierwszych dobach; pogarsza rokowanie), wprowadzenie zgłębnika dożołądkowego w celu karmienia, monitorowanie oddawania moczu (u 20% chorych dochodzi do zalegania moczu), kontrolę glikemii (dla mózgu szkodliwy jest zarówno stan hipo- jak i hiperglikemii) zastosowanie profilaktyki przeciwdleżynowej, zachłystowego zapalenia płuc, profilaktyki zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej [5,20].

Udar niedokrwienny mózgu w 70-80 % przypadków powstaje na skutek zamknięcia tętnic mózgowych lub domózgowych. Najskuteczniejszą metodą udroźnienia tętnic jest terapia trombolityczna, która jest stosowana w Polsce oficjalnie od listopada 2003 roku. Zgodnie z wynikami badań European Cooperative Acute Stroke Study-3 (ECASS-3) terapia

trombolityczna jest skuteczna do 4,5 godziny (270 minut) od momentu wystąpienia objawów [4,7,21].

Tromboliza może być wprowadzona po rozpoznaniu przez lekarza UNM na podstawie badań neuroobrazujących oraz zakwalifikowaniu pacjenta do tego typu leczenia [8,19].

Tromboliza dożylna z użyciem rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (rt-PA) ma na celu rekanalizację naczyń oraz przywrócenie krążenia w obszarze zmniejszonego przepływu krwi. Rt-PA podaje się w dawce 0,9 mg/kg m.c. Maksymalna dawka leku nie może przekraczać 90 mg. 10% dawki podaje się w ciągu 1-2 min w bolusie, pozostałe 90% podajemy przez godzinę we wlewie ciągłym. Badania potwierdzają, że wczesne zastosowanie (do 4,5 godziny) rt-PA zmniejsza niesprawność oraz ilość zgonów w okresie > 3 miesięcy o 13% [4,18].

W przypadku, gdy nie możemy zastosować leczenia trombolitycznego w ostrej fazie udaru zaleca się stosowanie leczenia kwasem acetylosalicylowym (ASA –*acetylsalicylic acid*). Wytyczne European Stroke Organization (ESO) zalecają zastosowanie ASA w dawce 160-325 mg, natomiast wytyczne American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) zalecają 325 mg. Oba towarzystwa zgodnie polecają podanie leku w ciągu 48 godzin od momentu pojawienia się pierwszych objawów UNM. Nie zaleca się stosowania równocześnie innych leków przeciwplatekcyjnych [6,14].

Postępowanie wobec pacjenta z udarem mózgu w Izbie przyjęć

Leczenie świeżego udaru mózgu obejmuje pięć podstawowych kierunków działań:

- terapia nieswoista – ukierunkowana na normalizację podstawowych funkcji życiowych,
- terapia swoista – związana z patomechanizmem udaru, ma na celu rekanalizację naczynia lub neuroprotekcję,
- terapia i profilaktyka powikłań ogólnoustrojowych i neurologicznych udaru mózgu,
- wczesna wtórna profilaktyka udaru mózgu,
- wczesna rehabilitacja.

Najefektywniejszą metodą leczenia w ostrym okresie udaru niedokrwiennego jest stosowanie tkankowego aktywatora plazminogenu (rt-Pa, recombinated tissue plasminogen activator), czyli leczenie trombolityczne. Prowadzone ono jest w oddziałach udarowych obecnie średnio u nie więcej niż 5% chorych, hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwiennego. Tak niski odsetek chorych kwalifikowanych do trombolizy spowodowany

jest opóźnieniem w rozpoznaniu udaru przez pacjenta i rodzinę, zbyt późnym wezwaniem pomocy lekarskiej, opóźnieniem w dotarciu do odpowiedniego ośrodka dysponującego alteplazą. Podstawowa zasada postępowania z chorym z udarem mózgu, sformułowana w 1998 r. w przełomowej dla terapii UNM Deklaracji Helsingborskiej, brzmi: „czas to mózg”.

Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na skuteczność terapii jest czas podjęcia terapii, tak by nie przekroczyć ram czasowych okna terapeutycznego dla leczenia trombolitycznego (3–4h).

Założenia postępowania przedszpitalnego, uwzględniające powyższy czynnik czasu, ilustruje tzw. łańcuch przeżycia chorego z udarem mózgu. Każde ogniwo – etap postępowania musi być jak najwyższej jakości, rozgrywać się w najkrótszym możliwym czasie [6,17].

Pierwsze ogniwo to właściwe rozpoznanie objawów udaru w miejscu zdarzenia i pierwsza pomoc. Dotyczy przede wszystkim rodziny chorego lub znajomych czy współpracowników, będących świadkami zachorowania. Od ich postępowania, szybkiej, trafnej decyzji zależą losy chorego. Objawy są niejednokrotnie bagatelizowane lub mylnie interpretowane przez samego chorego lub jego otoczenie. Ogromną rolę odgrywa przyjmujący zgłoszenie dyspozytor centrum ratownictwa, który odpowiednio przeszkolony powinien biegle identyfikować objawy udaru mózgu i właściwie reagować wysłaniem odpowiedniego zespołu wyjazdowego. Błędem jest bagatelizowanie skarg pacjenta i kierowanie go do lekarza rodzinnego, co wydłuża łańcuch przeżycia. Minimalizacja powyższych nieprawidłowości podczas przyjmowania zgłoszenia zachorowania osiągana jest dzięki stosowaniu w codziennej pracy dyspozytora wystandaryzowanych protokołów wywiadu, zawierających zestaw pytań koniecznych do ustalenia podejrzenia udaru mózgu. Według autorów amerykańskich dyspozytorzy identyfikują prawidłowo jedynie 50% zgłoszeń od chorych z UNM [8,13].

Pierwsza pomoc powinna być prowadzona przez świadków zdarzenia i polegać na ułożeniu chorego w pozycji bocznej bezpiecznej oraz niezwłocznym wezwaniu służb ratowniczych. Lekarz lub ratownik zespołu wyjazdowego, udzielający pomocy w miejscu zachorowania, musi rozpoznać objawy udaru, jego decyzja ma kluczowe znaczenie dla dalszych losów pacjenta i podjęcia leczenia trombolitycznego. Objawy udaru mózgu są powszechnie znane (nagłe drętwienie twarzy, kończyn, osłabienie siły mięśniowej twarzy, kończyn, nagłe trudności w wypowiedaniu lub rozumieniu, nagłe pogorszenie widzenia, trudności w chodzeniu, zawroty, zaburzenia równowagi, nagły ostry ból głowy bez uchwytniej przyczyny, nagłe trudności w orientacji, zaburzenia świadomości), trudności mogą sprawiać

izolowane nagle niespecyficzne zaburzenia zachowania, ubytki w polu widzenia, deficyty czuciowe. Istnieją wystandaryzowane metody szybkiego i dość czułego rozpoznania UNM, oparte na skalach oceny stanu chorego. Najbardziej rozpowszechniona jest skala CINCINNATI, stosując którą należy dokonać oceny ruchomości mięśni twarzy, siły kończyn górnych i mowy. Stwierdzenie nowego zaburzenia jednego z ocenianych parametrów oznacza 72% prawdopodobieństwo rozpoznania udaru mózgu, trzech nieprawidłowych parametrów 85% [3,8].

Podczas ustalania rozpoznania udaru mózgu nie wolno zapominać o pułapkach diagnostycznych, związanych z występowaniem objawów imitujących udar mózgu:

- napad padaczkowy z niedowładem Todda,
- hipoglikemia, hiperglikemia,
- krwiak wewnątrzczaszkowy,
- migrena złożona,
- zaburzenia konwersyjne [5,9].

Retrospektywna analiza niewłaściwie rozpoznanych przypadków udaru leczonych trombolizą, przeprowadzona przez Scotta, ujawniła nieprawidłowe rozpoznanie udaru w 6 spośród 151 przypadków zastosowanego leczenia trombolitycznego (4 to zaburzenia kontrowersyjne, jeden niedowład Todda, jeden migrena).

Kolejne ogniwo łańcucha przeżycia chorego z udarem mózgu to szybkie powiadomienie przez chorego lub jego otoczenie służb ratowniczych, korzystając z ratunkowego numeru 999 lub 112. Następny etap to kwalifikowana pomoc przedszpitalna na miejscu zdarzenia, prowadzona przez zespół karetki. Polega początkowo na zabezpieczeniu podstawowych funkcji życiowych, zgodnie z regułą ABC (od ang. airway – drogi oddechowe, breathing – oddychanie, circulation – układ krążenia). Niezwykle istotne jest precyzyjne zebranie wywiadu od pacjenta lub świadków zdarzenia ze szczególnym uwzględnieniem czasu wystąpienia pierwszych objawów i odnotowaniem godziny zachorowania. Jeśli chory obudził się rano z objawami deficytu neurologicznego, należy przyjąć za czas zachorowania ostatni okres, kiedy widziano pacjenta zdrowego. Wywiad obejmuje także ustalenie współistniejących schorzeń i stosowanego leczenia. Rolą ratownika lub lekarza zespołu wyjazdowego jest także zabezpieczenie i dostarczenie do szpitala dostępnej dokumentacji medycznej chorób przebytych oraz poinformowanie rodziny i pacjenta o podejrzeniu udaru mózgu, miejscu transportu, konieczności przybycia rodziny do szpitala w związku z możliwą koniecznością wyrażenia zgody na leczenie trombolityczne. Dane z wywiadu z uwzględnie-

niem danych osobowych, wagi chorego, podstawowe parametry życiowe, elementy badania neurologicznego zawarte są w opracowanym formularzu postępowania z chorym podejrzanym o udar mózgu, wypełnianym przed przybyciem do szpitala [4,18].

Kwalifikowany transport pacjenta to kolejny etap postępowania przedszpitalnego z chorym na udar mózgu. Najwłaściwszy jest transport karetką R z zapewnieniem drożności dróg oddechowych, w razie konieczności intubacją, efektywną tlenoterapią (gdy hipoksemia < 92%, 3–6 l/min). Konieczne jest założenie obwodowego wkłucia (najlepiej dwa – jedno może posłużyć do trombolizy), stosowane mogą być wlewy z płynów izotonicznych, np. 0,9% NaCl, nie należy podawać glukozy i płynów hipotonicznych (nasilenie kwasicy w OUN). Niezbędne jest oznaczenie glikemii, przydatne do diagnostyki różnicowej i ustalenia przeciwwskazań do leczenia trombolitycznego. W czasie transportu stosowana farmakoterapia jest ograniczona. Obejmuje leczenie hipotensyjne, podejmowane przy wartościach powyżej 220/120 mmHg w udarze niedokrwiennym lub 180/110 mmHg w udarze krwotocznym (zalecane leki: urapidil i.v., labetalol i.v., kaptopril p.o). Kandydaci do leczenia trombolitycznego wymagają interwencji przy wartościach powyżej 180/110 mmHg. Ponadto wskazane jest podawanie środków przeciwgorączkowych, gdy temperatura ciała przekroczy 37,5°C, leków przeciwdrgawkowych przy incydentach padaczkowych. Leczenie przeciwobrzękowe należy podjąć przy klinicznych objawach zespołu wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego stosując środki osmotycznie czynne: 20% Mannitol i.v., 10% Glicerol i.v. (nie steroidy) oraz uniesienie głowy o 30 stopni powyżej poziomu [5,11].

Każdy ratownik/lekarz zespołu wyjazdowego po przybyciu i wysunięciu podejrzenia udaru mózgu musi postawić sobie pytanie: czy ten chory jest kandydatem do leczenia trombolitycznego? Odpowiedź jest możliwa po spełnieniu następujących wstępnych warunków:

- obecne objawy UNM,
- wiek (18–80 lat),
- czas zachorowania (< 2 h),
- brak głównych przeciwwskazań (nieprawidłowa glikemia < 50 oraz > 400 dl/ml, napad padaczkowy, przebyty udar krwotoczny, antykoagulantoterapia, przebyty w ostatnich trzech miesiącach zawał mięśnia sercowego),
- pacjent nie jest w śpiączce (GCS 9 pkt i więcej) [1,6].

Jeżeli powyższe warunki są spełnione, chory jest kandydatem do trombolizy i konieczny jest jego priorytetowy transport do ośrodka udarowego, który jest ostatnim ogniwem łańcucha przeżycia w UNM (z wcześniejszym powiadomieniem SOR). W SOR dochodzi do ostatecznej kwalifikacji do leczenia trombolitycznego przez lekarza neurologa, członka zespołu udarowego [6,15].

Powikłania udaru mózgu

Powikłania po i udarze można zgrupować w następujący sposób [2,18]:

- **neurologiczne** (obrzęk mózgu, napady i padaczkowe, zaburzenia psychiczne),
- **oddechowe** (zator płucny, infekcje płuc),
- **żołądkowo-jelitowe** (krwawienie z przewodu pokarmowego, problemy i z połykaniem, trawienie),
- **układowe** (gorączka),
- **sercowo-naczyniowe** (nadciśnienie lub niedociśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca),
- **zaburzenia czynności fizjologicznych** (nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, zaparcia),
- **inne** (złamania, kontuzje, upadki).

Głównymi przyczynami wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i są obrzęk (lokalny, całkowity) mózgu a także wodogłowie. Proces ten istotnie zmniejsza przepływ mózgowy, obniża ciśnienie perfuzyjne w obrębie ośrodkowego i układu nerwowego i (OUN). Wynika stąd konieczność do i ciągłego i klinicznego i i laboratoryjnego i monitorowania chorych po i udarze. W przypadku gwałtownego i pogorszenia się stanu klinicznego i chorego i optymalnym badaniem jest tomografia komputerowa. Postępowanie terapeutyczne obejmuje [3,17]:

- działanie przeciwobrzękowe,
- ograniczenie podawani płynów,
- leczenie gorączki,
- ułożenie kątowe głowy,
- podawanie dożylnie środków farmakologicznych (przeciwbólowych, przeciwdrgawkowych).

Do i **powikłań po i udarze** zaliczyć należy i również problemy i sercowo-naczyniowe.

Objawy i najistotniejsze klinicznie i rokowniczo do wystąpienia objawów udaru mózgu, i to [4,7]:

- niewydolność krążenia,
- zaburzenia rytmu serca i jego i przewodnictwa,
- zmiany i niedokrwienne mięśnia sercowego,
- wahania ciśnienia tętniczego.

Szczególnym rodzajem powikłania krążeniowego, objawiającego i się zaburzeniami rytmu i przewodnictwa jest zwyródnienie miofibrylarne, opisywane także jako i martwica włókien skurczu. Należy i tu wspomnieć także o i zakrzepowym zapaleniu żył głębokich, głównie kończyn dolnych. Ciężkim powikłaniem, bardzo i niekorzystnie wpływającym na rokowanie jest zator tętnicy i płucnej [11,21].

Większość chorych wykazuje silnie podwyższone ciśnienie tętnicze, które w wielu przypadkach samo i wraca do i normy i do i drugiej doby i udaru. W przypadku konieczności podawani leków na obniżenie ciśnienia należy i je obniżać bardzo i powoli. Zbyt silne obniżenie ciśnienia tętniczego, zwłaszcza w ostrej fazie udaru jest niebezpieczne dla pacjenta, gdyż może powiększyć obszar niedokrwienia na skutek sinego i spadku przepływu mózgowego [6,17].

Kolejną grupą powikłań są problemy i z oddychaniem oraz infekcje górnych dróg oddechowych. Niewydolność oddechowa rozwija się najczęściej na skutek zapalenia płuc, zachłyśnięcia czy i zatorowości płucnej. Stanowią one bardzo i często i przyczynę wczesnej śmiertelności okołoudarowej. Odpowiednia ilość tlenu jest bardzo i ważna. Każde zamiana, zbyt duża lub mała ilość tlenu wpływa bardzo i niekorzystnie na przepływ mózgowy i oraz metabolizm w obszarze niedokrwienia. Koniecznym jest monitorowanie i zapewnienie właściwej wentylacji i utlenowania krwi u chorych z udarem niedokrwinnym zwłaszcza w ostrej fazie. Bardzo i często i pojawiają się infekcje górnych dróg oddechowych, które wpływają w sposób znaczący i na śmiertelność okołoudarową. Wynika stąd konieczność zapewnienia choremu z udarem prawidłowej i efektywnej wentylacji drzewa oskrzelowego i przez częste zmiany i pozycji chorego i leżącego, oklepywanie, drenaż ułożeniowy i oraz ukierunkowane leczenie przeciwbakteryjne [2,7].

Do i powikłań udaru zaliczyć należy i również infekcje układu moczowego i oraz odleżyny. Ogromne znaczenie rokownicze mają infekcje układu moczowego, przez wzgląd na wpływ na śmiertelność okołoudarową. W celu uniknięcia zakażeń układu moczowego i należy i unikać stałego i cewnikowania pacjenta. Rozwiązaniem może być zakładanie pampersów, z konieczności cewnikowanie doraźne. U pacjentów unieruchomionych, z nadwagą, poważnym źródłem infekcji są odleżyny. W postępowaniu ogromna rolę odgrywa profilaktyka,

prowadzona za pomocą stosunkowo i prostych środków, jak np. zmiana pozycji chorego. Należy i pamiętać, iż uruchamianie pacjenta i zabiegi rehabilitacyjne, nawet bierne, wyraźnie zapobiegają powstawaniu i rozpowszechnianiu się zakażeń ale jednocześnie sprzyjają powstawaniu zatorowości płucnej i zakrzepów żył głębokich [5,18].

Inną grupą są zaburzenia metaboliczne (hipo- i hiperglikemia). Stężenie glukozy i oraz jego i wahania odgrywają bardzo i ważną rolę w przypadku chorych z udarem niedokrwiennym, zwłaszcza w jego i ostrej fazie. Bardzo i niebezpieczne są ostre wahania stężenia glukozy. Pojawienie się hipoglikemii wymaga natychmiastowego i leczenia farmakologicznego. Hiperglikemia może pojawić się na skutek reakcji stresowej związanej z udarem w pierwszych jego i dniach. Hiperglikemia bardzo i negatywnie wpływa na przebieg i rozległość zawału. Częstym zjawiskiem jest destabilizacja glukozy, w cukrzycy i typu 2 wymagająca zwykle insulinoterapii. Krótkotrwałym zwykle powikłaniem, pojawiającym się przy i ogniskach w ośrodkowym dole czaszki, jest moczówka prosta [6,19].

Do i kolejnej grupy i można zaliczyć powikłania ortopedyczne. Dominują przykurcze stawowe, powstające często i na skutek braku podjęcia wczesnej rehabilitacji. Częste jest kostnienie w obrębie stawy i ramiennego i i wyrostka kruczego i łopatki. Stan ten powoduje przykurcz i ograniczenie ruchów ramienia. Osoba, która przebyła udar bardzo i często i ma problemy i ze sprawnym poruszaniem się. Najczęściej mamy i do i czynienia z porażeniem lub niedowładem kończyn górnych oraz dolnych. Nie jest ona w stanie sama poruszać się, przygotować sobie posiłku, skorzystać z toalety. U kobiet dochodzi często i do i zaburzeń gospodarki wapniowej w kościach i nasilenia, istniejącej zwykle, osteoporozy. Konieczna jest opieka nad chorym oraz unikanie wszelkich upadków. Bardzo i częste są złamania kości długich. Kolejnym powikłaniem są pojawiające się bóle w okolicy i lędźwiowo-krzyżowej, naśladujące bóle korzeniowe. Bardzo i ważną rolę odgrywa podjęcie jak najszybszej rehabilitacji. Wczesna (w łóżku chorego) oraz późna (kontynuowana w domu chorego). Rehabilitacja obejmuje poprawę zakresu ruchów jak również samodzielności pacjenta oraz pomoc w mówieniu (czytanie, powtarzanie, pisanie) [5,10].

Po i udarze może wystąpić również depresja. Objawy i depresji po i udarze zauważalne są częściej u kobiet niż u mężczyzn. Depresja jest przyczyną wynikającą z reakcji chorego i na sytuację, która zagrażała jego i życiu jak również dotyczy i to i organicznego i uszkodzenia tkanki na skutek udaru. Chory i musi nauczyć się żyć i funkcjonować samodzielnie po i udarze a w wielu przypadkach jest to i dla niego i trudne, wywołuje lęki, strach oraz problemy i emocjonalne i psychiczne. Na pierwszy i plan wysuwają się zaburzenia napędu i motywacji, silne obniżenie nastroju (smutek, bierność, płaczliwość, rozpamiętywanie, brak radości),

niepewność, problemy i z zasypianiem, budzenie się w nocy, bezsenność, bóle głowy, nudności, zaparcia i bóle typu napięciowe. Leczenie depresji po i udarze polega na stosowaniu leków przeciwdepresyjnych oraz na psychoterapii. Znaczącą rolę odgrywa wsparcie rodziny i i bliskich [2,17].

Padaczka poudarowa to i najczęściej napady i częściowe o i symptomatologii prostej, często i uogólniające się. Napady i mogą występować czasem jak tzw. napady i gromadne lub stan padaczkowy. Pojawiają się w czasie pierwszych dwóch tygodni udaru. Jeśli padaczka wystąpi w bezpośrednim okresie po i udarze, niestety i ma to i związek z większą śmiertelnością chorych. Napady i padczkowe po i udarze pojawiające się po i roku i więcej od przebytego i udaru to i tzw. późne napady, które mają charakter trwały. Padaczka poudarowa leczona jest lekami przeciwpadaczkowymi. Koniecznym do i wykonania są badanie TK oraz EEG. W chwili obecnej badania naukowe nie wykazały i negatywnego i wpływu napadów padaczkowych na przeżycie pacjentów w udarem [5,8].

Otępienie poudarowe rozwija się po i przebytym udarze, co i najmniej 3 miesięcy i od wystąpienia incydentu udarowego. Zdarzają się przypadki późniejszego i wykrycia otępienia. Na pierwszy i plan wysuwają się zaburzenia orientacji i uwagi, zaburzenia funkcji wzrokowych, rzadziej- pamięci. Pojawienie się otępienia bardzo i często i utrudnia przebieg i co i za tym idzie skuteczność rehabilitacji. Należy i wspierać i cały i czas, regularnie pracować z pacjentem (czytać, pisać, opowiadać mu różne historie oraz dostarczać nowych wrażeń) w celu pobudzenia ośrodków w mózgu. Najważniejszym czynnikiem ryzyka otępienia poudarowego i jest wiek, choć zwraca się także uwagę na przebyty i wcześniej udar niedokrwienny, zaburzenia rytmu serca, występowanie cukrzycy i czy i padaczki [8,20].

Dysfunkcje seksualne po i udarze są także bardzo i częste i mają charakter psychiczny i oraz organiczny. W niektórych przypadkach przemijają one z upływem czasu samoczynnie, niestety i w niektórych są trwałe. Jest to i problem bardzo i intymny, zatem większość osób korzysta z porady i u seksuologa oraz urologa. Wskazana jest tutaj terapia indywidualna. Jest to i problem bardzo i indywidualny i i w niektórych przypadkach może wynikać z lęku bądź borku akceptacji własnej osoby. Ciężki udar mózgu może niestety i spowodować impotencję. Mężczyźni bardzo i często i mają problem ze wzrodem jak również tracą popęd seksualny. Nie należy i bez konsultacji z lekarzem przyjmować jakichkolwiek środków, zamykać się w sobie. Nie należy i także odstawiać leków zapisanych przez lekarza a w szczególności tych na nadciśnienie tętnicze. W przypadku pojawienia się problemu należy i bezwzględnie zgłosić się do i lekarza [2,21].

CELE PRACY

1. Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta objętego opieką pielęgniarską.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta i indywidualnego procesu pielęgnowania.
3. Ocena podjętych działań pielęgniarских.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy dokonano analizy dokumentacji medycznej 51-letniego pacjenta przyjętego w Izbie Przyjęć z powodu osłabienia siły mięśniowej w kończynie górnej lewej.

WYNIKI

Opis przypadku pacjenta z udarem mózgu

51-letni pacjent został przyjęty do Izby Przyjęć z powodu osłabienia siły mięśniowej w kończynie górnej lewej oraz zaburzeń mowy. Chory od kilku dni skarżył się na zawroty głowy oraz niezdolność ruchową kończyny górnej lewej.

Z wywiadu uzyskanego od żony wynika, że od około 2 tygodni występowały zaburzenia zachowania, od kilku dni skarżył się na zawroty głowy oraz niezdolność ruchową kończyny górnej lewej.

Postępowanie w Izbie Przyjęć

Przy przyjęciu pacjent w stanie ogólnym dobrym, poruszający się samodzielnie, z niedowładem kończyny górnej lewej. Przytomny z zachowanym kontaktem słownym, z zachowaną reakcją na bodźce bólowe. Źrenice szerokie, symetryczne, z zachowaną reakcją na światło oceniony na 15 punktów w skali GCS. Czynność serca miarowa, HR 114 uderzenia/min, RR 135/104 mmHg. Nad polami płucnymi szmer oddechowy pęcherzykowy symetryczny, 14 oddechów/min., SpO₂ 99%. Brzuch miękki, perystaltyka jelit zachowana. Poziom glikemii w krwi włosniczkowej to 114mg%. Diureza zachowana. Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem uzyskano informacje, nie podaje żadnych chorób przewlekłych, nie jest pod opieką żadnego lekarza specjalisty, leków nie przyjmuje. Neguje palenie papierosów i spożywanie alkoholu. W analizach laboratoryjnych stwierdzono

leukocytozę, bez innych istotnych odchyleń od stanu prawidłowego. Wykonane TK głowy uwidocznilo obszar hipodensyjny po stronie prawej. W Izbie Przyjęć zastosowano intensywne leczenie p/obrzękowe, antybiotykoterapię empiryczną, profilaktykę p/wrzodową. W trakcie pobytu na IP występowały wahania ciśnienia tętniczego: 60-160/40-100 mmHg. W dniu 20.12.2018 wykonano kontrolne TK głowy, w którym wykazano: W prawej okolicy ciemieniowo-skroniowej zlewające się korowo-podkorowe obszary hipotensji z zatarciem rowków – o charakterze niedokrwiennym. Przykomorowe obszary hipotensji najpewniej o charakterze naczyniopochodnym. Uwapnione blaszki miażdżycowe w wewnątrzczaszkowych odcinkach tętnic szyjnych wewnętrznych.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych

- HR 114 uderzenia/min
- RR 135/104 mmHg.
- Liczba oddechów: 14 oddechów/min.,
- SpO2 99%.

Medyczne czynności ratunkowe wykonane w Izbie Przyjęć

- Monitorowanie tętna,
- Monitorowanie nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego krwi,
- Monitorowanie tlenoterapii biernej,
- Monitorowanie SpO2,
- Monitorowanie diurezy,
- Monitorowanie bilansu płynów – co 12h,
- Monitorowanie temperatury centralnej/obwodowej,
- Kaniulacja żył obwodowych,
- Cewnikowanie p. moczowego,
- Kontrola glikemii – co 4h,
- Badania laboratoryjne,
- TK głowy

Indywidualny plan opieki pielęgniaskiej

W oparciu o zebrane informacje o stanie pacjenta zostały rozpoznane i ustalone następujące problemy:

Diagnoza pielęgniarska 1: Niedoprawność związana z niedowładem, ryzyko powstania przykurczy.

Cel Zapobieganie powstawaniu przykurczy.

Realizacja działań

- Zaproponowanie ćwiczeń, które pacjent może wykonywać samodzielnie lub z pomocą innych osób.
- Zastosowanie udogodnień w łóżku oraz prawidłowe ułożenie kończyn chorego.
- Zaproponowanie konsultacji z rehabilitantem.
- Stosowanie masażu w celu rozluźnienia mięśni.
- Powolne uruchamianie pacjenta.
- Poinformowanie rodziny o ograniczeniach chorego i ustalenie zakresu pomocy rodziny w rehabilitacji pacjenta.

Ocena działań U chorego nie wystąpiły przykurcze.

Diagnoza pielęgniarska 2: Odczuwanie bólu i zaburzeń czucia po stronie niedowładnej kończyny.

Cel Odczuwanie bólu i zaburzeń czucia po stronie niedowładnej kończyny

Realizacja działań

- podaż leków przeciwbólowych wg. indywidualnej karty zleceń lekarskich
- monitorowanie nasilenia bólu.
- realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych, mających na celu poprawę ukrwienia tkanek, poprawę czucia.
- ocena skuteczności prowadzonego leczenia p-bólowego, modyfikacja w razie potrzeby.

Ocena działań: Ból występujący u chorego jest mniejszy, zaburzenia czucia zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia powikłań wynikających z rozpoznania klinicznego.

Cel Wczesne rozpoznawanie powikłań, zapobieganie im.

Realizacja działań

- wczesne rozpoznawanie zaburzeń połykania, unikanie zachłyśnięć
- monitorowanie przyrządowe i bezprzyrządowe chorego;
- regularna ocena chorego pod kątem wydolności samo opiekuńczej;
- instruowanie pacjenta jak ma wykonywać ćwiczenia oddechowe, oklepywanie pacjenta;

- szybkie reagowanie na problemy występujące u chorego;
- częsta ocena stanu skóry i stanu ogólnego chorego;
- regularna ocena stanu neurologicznego chorego;
- usprawnianie chorego

Ocena działań U chorego nie wystąpiły żadne powikłania.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.

Cel : Eliminacja lub ograniczenie czynników ryzyka pojawienia się powtórnego udaru.

Realizacja działań

- edukacja pacjenta w zakresie czynników ryzyka ponownego wystąpienia udaru mózgu;
- zmiana trybu życia poprzez zastosowanie diety z ograniczeniem tłuszczu, zachowanie aktywności fizycznej;
- zminimalizowanie czynników stresogennych;
- systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu i glukozy
- nauczono pacjenta i jej rodzinę umiejętności rozpoznawania objawów sugerujących wystąpienie udaru.

Ocena działań Pacjent zapoznany z profilaktyką przeciwwudarową

Diagnoza pielęgniarska 5: Trudności w samoobsłudze spowodowane niedowładem

Cel: Wdrożenie chorej do samoobsługi

Realizacja działań

- Nakłoniono do współpracy podczas wykonywania czynności higienicznych.
- Zachęcono do pomocy w ubieraniu się – wszystkie czynności zaczynano od strony niedowładnej, postępowanie takie jest elementem rehabilitacji ruchowej i usprawnia funkcje poznawcze.
- Wskazano korzyści, jakie niesie korzystanie z toalety i łazienki. Przemieszczanie się przyspiesza powrót funkcji ruchowych.
- Dostarczono i nauczono korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego, ułatwiającego samoobsługę – balkonik do chodzenia, laska.

Ocena działań Chory samodzielnie wykonuje czynności.

Diagnoza pielęgniarska 6: Obniżony nastrój związany z obawą o stan swojego zdrowia

Cel: Poprawa samopoczucia pacjenta

Realizacja działań

- częste przebywanie z chorym i wyjaśnianie wszelkich wątpliwości;
- rozmowa z pacjentem;
- okazywanie życzliwości i wyrozumiałości;
- uprzedzenie i informowanie pacjenta o wykonywanych czynnościach i zabiegach;
- omówienie różnych technik relaksacyjnych (ćwiczenia oddechowe, pozytywne myślenie, spacerowanie, trening autogenny);
- umożliwienie kontaktu z rodziną i duchownym (na życzenie);
- zorganizowanie wolnego czasu;
- zapewnienie kontaktu z lekarzem;
- zapewnienie ciszy i spokoju;
- w razie potrzeby umożliwienie kontaktu z psychologiem;

Ocena działań: Samopoczucie pacjenta uległo znacznej poprawie

Diagnoza pielęgniarska 7: Deficyt wiedzy odnośnie udaru niedokrwionego mózgu

Cel Uzyskanie przez pacjenta wiedzy na temat udaru mózgu

Realizacja działań

- wyjaśnienie definicji udaru mózgu;
- omówienie z pacjentem czynników, które mogą wyzwać udar mózgu;
- omówienie powikłań udaru mózgu;
- omówienie objawów udaru mózgu;
- poinformowanie pacjenta o konieczności regularnego przyjmowania zleconych leków;
- nauczanie pacjenta stosowania technik relaksacyjnych w przebiegu zwiększonego napięcia emocjonalnego;
- wyjaśnienie konieczności regularnych pomiarów ciśnienia;
- dostarczenie pacjentce dzienniczka samokontroli ciśnienia tętniczego krwi do domu;

Ocena działań: Stan wiedzy pacjenta na temat choroby uległ poprawie

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wystąpienia stanu zapalnego w wyniku założenia kaniuli obwodowej

Cel Ograniczenie stanu zapalnego w miejscu wkłucia

Realizacja działań

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki;

- zapewnienie drożności wkłucia;
- obserwacja skóry w miejscu wkłucia pod kątem wystąpienia objawów zapalenia (obrzęk, zaczerwienienie, ból, ocieplenie miejsca wkłucia);
- zmiana opatrunku w przypadku zamoczenia, zabrudzenia;
- przestrzeganie czasu utrzymywania kaniuli w żyłę do 72 h lub w przypadku wystąpienia niepokojących objawów;

Ocena działań: Stan zapalny w miejscu wkłucia nie wystąpił.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji:

- Regularna kontrola ciśnienia tętniczego krwi i zapisywanie pomiarów w dzienniczku samokontroli.
- Konieczność ograniczenia spożycia chlorku sodu w diecie. Wyeliminowanie z diety soli, słonych paluszków, podrobów, ogórków konserwowych, mieszanek przypraw typu „warzywko”, „vegeta”.
- Kontrola masy ciała, przestrzeganie diety niskokalorycznej.
- Spożywanie posiłków o niewielkiej objętości, ale wielokrotnie w ciągu dnia (4-5 na dobę).
- Spożywanie przynajmniej 2 l obojętnych płynów dziennie, np. wody niegazowanej. Ograniczenie przyjmowania płynów w porach wieczornych.
- Regularne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza.
- Zwracanie uwagi na niepokojące objawy mogące świadczyć o ponownym wystąpieniu udaru mózgu.
- Stosowanie regularnego wysiłku fizycznego dostosowanego do możliwości.
- Stosowanie sprzętu rehabilitacyjnego.
- Regularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne wyznaczone przez lekarza

WNIOSKI

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: obserwację, wywiad, analizę dokumentacji i pomiar wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne:
2. Dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany objawami toczącego się procesu zapalnego w ośrodkowym układzie nerwowym

3. Ograniczoną samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności
 4. Odczuwanie bólu i zaburzeń czucia po stronie niedowładnej kończyny.
 5. niesprawność związana z niedowładem, ryzyko powstania przykurczy.
 6. Możliwość wystąpienia stanu zapalnego w wyniku założenia kaniuli obwodowej
 7. Deficyt wiedzy odnośnie udaru niedokrwiennego mózgu
 8. Obniżony nastrój związany z obawą o stan swojego zdrowia
 9. Ryzyko wystąpienia ponownego udaru mózgu.
3. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjencie opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa, uwzględniający różnorodność i złożoność problemów chorego. Zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.
 4. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgnacyjnych. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę ogólnego samopoczucia chorego, zmniejszenie dolegliwości bólowych, dyskomfortu spowodowanego pobytem w szpitalu oraz wystąpienia powikłań.
 5. W celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano wskazówki do dalszego postępowania. Uwzględniono wskazówki do prowadzenia zdrowego stylu życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Członkowska A., Niewada M. Postępowanie w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 2014; 42:4-8
2. Syta-Krzyżanowska A., Chorąży M., Karpowicz B., Drozdowski W.: Ocena wpływu czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych na nieśmiertelność w udarze mózgu. *Aktualności Neurologiczne* 2013, 13(1): 62-67.
3. Raciborski F., Gujski M.: Udary mózgu- rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Mazowieckie Centrum Poligrafii, Warszawa 2016.
4. Kozera G., Nyka W. M., Siebert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2011, 5, 2: 147-155.

5. Snarska K., Kapica- Topczewska K., Sawicka J., Drozdowski W., Bachórzewska-Gajewska H.: Cukrzyca jako czynnik ryzyka udaru niedokrwienego mózgu. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2010, 6, 2: 93-100.
6. Błaszczak B., Czerniecki R., Prędoła-Panecka H.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udarów mózgu. *Studia Medyczne*, 2008; 9: 71-75.
7. Strepikowska A., Buciniński A.: Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii*, 2009, 65 (1), 46-50
8. Grupa Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego: Postępowanie w udarze mózgu – wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Aktualizacja 2013: leczenie trombolityczne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2013;47 (4):303-306.
9. Kozubski W.: Choroby naczyniowe układu nerwowego [w:] *Neurologia. Podręcznik dla Studentów Medycyny*. Kozubski W., Liberski P. (red), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
10. Strepikowska A., Buciniński A.: Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii*, 2009; 65 (1): 46-50
11. Mazur R., Książkiewicz B.: Symptomatologia kliniczna ostrych udarów naczyniowych mózgu. *Udary naczyniowe mózgu*. PZWL, Warszawa 1998
12. Książkiewicz B., Gąsecki D.: Leczenie we wczesnym okresie udaru mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*, 2006; 3 (2): 83-90.
13. Poleszak A., Pogorzała A. M., Poleszak P.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych u osób po udarze niedokrwienym mózgu [w:] *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*. Borowicz A. M., Oksińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej, Poznań 2016: 169-179.
14. Kwarciany M., Gąsecki D., Nyka W., M.: Leki przeciwplatekcyjne w profilaktyce i leczeniu udaru niedokrwienego mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*, 2012; 9 (1):33-39.
15. Kwolek A., *Rehabilitacja w udarze mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009
16. Mazur R., Świerkocka-Miastkowska M., *Diagnostyka wczesnego okresu udaru mózgu*. Wydawnictwo Medyczne VIA MEDICA, Gdańsk 2004
17. Smelkowska A., Pniewska J., Grabowska- Fudala B., Jaracz K.: Rola pielęgniarki w leczeniu trombolitycznym w udarze niedokrwienym mózgu- opis przypadku. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012, 2: 78-82.

18. Flis D., Bejer A.: Wpływ wybranych czynników klinicznych i demograficznych na postępy w reedukacji równowagi i chodu osób po udarze mózgu. *Postępy Rehabilitacji* 2013, 4: 31-39.
19. Thrift A.G., Cadilhac D.A., Thayabaranathan T., Howard G., Howard V.J., Rothwell P.M., Donnan G.A.: Global stroke statistics. *International Journal of Stroke* 2014; 9 (1), 6-18.
20. Smolińska A., Książkiewicz B. Pielęgowanie chorych z udarem mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*. 2007; 4:19-24
21. Sulejczak D., Skup M., Neurodegeneracja w doświadczalnych udarach mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2007;4: 533-547

WIEDZA MATEK NA TEMAT ŻYWIENIA NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI

Magdalena Prusińska¹, Barbara Jankowiak²

1. Oddział Dziecięcy Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Schemat żywienia niemowląt

W 1-ym miesiącu życia dziecko zjada 7 posiłków na dobę, wielkość jednej porcji to 110ml. Podstawą jest karmienie piersią lub mlekiem modyfikowanym. Dziecko potrafi ssać i połykać. Od 2-go do 4-go miesiąca porcje zwiększają się do 120-140ml, a liczba posiłków zmniejsza się do 6 na dobę. W tym wieku dziecko posiada umiejętność początkowego rozdrabniania, ma silny odruch ssania oraz otwiera usta podczas zbliżania posiłku łyżeczką. U dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym, można w tym czasie wprowadzić posiłki uzupełniające takie jak: gotowane miksowane warzywa czy kaszki i kleiki.

Między 5-tym, a 6-tym miesiącem życia porcje zwiększane są do 150-160ml, a liczba posiłków na dobę zmniejsza się do 5. Między 7-mym a 8-mym miesiącem życia jednorazowa porcja to 170-180ml, podawane 5 razy na dobę. Między 9-tym a 12-tym miesiącem porcje wzrastają do 190-220ml i są podawane 4-5 razy na dobę. W tym czasie wzrasta różnorodność podawanych pokarmów, wiele z nich podawanych jest do ręki [1,2].

Zasady prawidłowego rozszerzania diety niemowlęcia

Około 6-go miesiąca życia dziecka karmienie wyłącznie mlekiem naturalnym bądź mlekiem modyfikowanym nie dostarcza dziecku wystarczającej ilości energii, białka, cynku, żelaza oraz niektórych witamin. Należy zatem w tym okresie wprowadzić produkty uzupełniające. Żywnością uzupełniającą nazywamy wszystkie pokarmy stałe oraz płynne, które nie są pokarmem naturalnym czy mlekiem początkowym [1,2].

Rozszerzenie diety dziecka powinno rozpocząć się po ukończeniu 17-go tygodnia życia, lecz nie później niż w 26-tym tygodniu życia. Między 6-10-tym miesiącem życia niemowlę ma największe możliwości uczenia się gryzienia oraz żucia pożywienia. Istotnym faktem jest również to, iż dziecko w wieku 6-ciu miesięcy potrafi siedzieć podtrzymywane oraz ustami zgarniać pokarm z łyżeczki. Następnie dziecko nabywa umiejętności żucia i połykania gęstszych pokarmów. Pokarmy, które będą stanowiły trudność w żuciu i gryzieniu, mogą być przez dziecko odrzucane. W związku z tym pokarmy stałe wprowadzane są stopniowo od 6-7-go miesiąca życia [1,3].

Pokarmy bezmleczne mają za zadanie stopniowo zastępować mleko. Pod koniec pierwszego roku życia dziecku powinno dostarczać się od dwóch do trzech dań z zawartością mleka bądź produktów mlecznych. Nie podawane wcześniej pokarmy, powinno podawać się stopniowo, kolejno i osobno. Rozpoczynamy od niewielkich ilości np. dwie łyżeczki, przy czym obserwujemy reakcję dziecka. W Polsce rozszerzenie diety niemowlęcia najczęściej rozpoczynane jest od kaszek ryżowych czy też zbożowych, warzyw oraz owoców.

Podczas rozszerzania diety w okresie od 5-6-go miesiąca życia dziecka, zapotrzebowanie na żelazo powinno być zaspokajane poprzez podawanie pokarmów uzupełniających takich jak: chude mięso, ciemnozielone warzywa, żółtko jaj czy produkty zbożowe wzbogacone w żelazo [1].

Istotne jest rozpoznawanie u dziecka objawów głodu oraz sytości. Często występującym błędem jest przekarmianie dzieci. U dzieci zmuszanych do jedzenia występuje obniżenie umiejętności samoregulacji. O głodzie świadczy płacz, pobudzenie ruchu kończyn na widok pokarmu oraz otwieranie ust na widok łyżeczki. Gdy dziecko jest syte następuje grymaszenie, zwolnienie tempa przyswajania pokarmu oraz odmawianie przyjęcia pokarmu. Powinno akceptować się spożywanie przez dziecko mniejszej lub większej ilości pokarmu niż zalecanej zgodnie z zaleceniami, ponieważ są to wartości uśrednione. Rodzic powinien decydować co i kiedy dziecko zje, natomiast dziecko powinno decydować o ilości przyswojonego pokarmu [1].

Rozszerzając dietę dziecko powinniśmy zwrócić uwagę także na akcesoria. Łyżeczka powinna być twarda oraz płaska, by sprzyjać prawidłowej reakcji ruchowej niemowlęcia. Naukę picia z otwartego kubka u dziecka karmionego z butelki, powinno rozpocząć się około 6-go miesiąca życia. Zastępuje to ssanie popijaniem płynu. Gdy dziecko ukończy 1-y rok życia, nie powinniśmy podawać mu pokarmów oraz płynów butelką ze smoczkiem [1].

Istnieje alternatywna metoda wprowadzania pokarmów uzupełniających, tzw. metoda BLW (ang. *Baby Led Weaning*), polskie tłumaczenie skrótu brzmi Bobas Lubi Wybór. Opiera się ona na pominięciu karmienia łyżeczką przez opiekunów. Niemowlęciu samodzielnie

siedzącemu podaje się różne pokarmy, tak by dziecko mogło je łatwo chwycić rączkami np. pokrojona marchewka, różyczki brokułów, kawałki banana. W ten sposób dziecko samo poznaje nowe pokarmy. Początkowo pozwala się dziecku na spożywanie pokarmów palcami, następnie stopniowo przyzwyczajają się do używania sztućców. Podczas wprowadzania tej metody dziecko nadal karmione jest piersią bądź mieszanką modyfikowaną. Autorzy tej metody są zdania, że dziecko powinno przez kilka miesięcy nauczyć się samodzielnego spożywania posiłków. Pozytywną stroną stosowania metody BLW jest fakt, iż dziecko nabywa umiejętności samoregulacji mechanizmów apetytu oraz sytości. Niesie jednak ona ryzyko niedoboru żelaza oraz niewystarczającego pokrycia zapotrzebowania kalorycznego [1,4,5].

Grupy produktów będące źródłem składników pokarmowych w żywieniu niemowląt

Produkty zbożowe, również te zawierające gluten nie powinny być wprowadzane zbyt wcześnie. Zbyt wczesny okres to poniżej czwartego miesiąca życia, jednak nie powinniśmy zwlekać również zbyt długo (od 7-go miesiąca życia). Niektóre doniesienia mówią, iż ograniczeniu rozwoju cukrzycy typu 1, celiakii oraz alergii na pszenicę, powinno się wprowadzać te produkty w czasie karmienia piersią [5]

Owoce i warzywa, które wprowadzamy jako pierwsze powinny być przetarte. Muszą być świeże i dojrzałe, najlepiej, gdy pochodzą z ekologicznych upraw.

Jako pierwsze często wprowadzane jest mięso drobiowe, np. z kurczaka, indyka, gęsi, kaczki. Początkową porcję około 10g powinniśmy stopniowo zwiększać do 20g około pierwszego roku życia. Mięso jest ważnym elementem diety dziecka, gdyż jest źródłem: żelaza, cynku, pełnowartościowego białka, witaminy B12, karnityny oraz kwasu arachidonowego. Powinniśmy przywiązywać uwagę do pochodzenia mięsa oraz jego jakości. Dzieciom do trzeciego roku życia nie zalecane jest spożywanie podrobów mięsnych [5].

Podawanie ryb w okresie niemowlęcym zmniejsza ryzyko występowania alergii w przyszłości i sprzyja rozwojowi tolerancji immunologicznej. Podawanie do spożycia starszym niemowlętom przynajmniej raz, dwa razy w tygodniu tłustych ryb morskich takich jak: łosoś czy szprot zaspokaja prawidłowe zapotrzebowanie na kwas dekozaheksaenowy. Nie powinno podawać się niemowlętom ryb drapieżnych, które mogą być zanieczyszczone rtęcią [5].

Jajka mogą być wprowadzone równolegle z innymi pokarmami uzupełniającymi. Dzieciom nie podajemy surowych jaj, ze względu na istniejące ryzyko zakażenia salmonellą.

Tłuszcze takie jak oleje roślinne czy masło powinny stanowić wyłącznie dodatek do posiłków u niemowląt i dzieci do trzeciego roku życia [5].

Według niektórych doniesień mleko krowie nie powinno być zawarte w diecie dzieci przed ukończeniem 12-go miesiąca życia. Zawiera ono małe ilości żelaza, a podawanie go w większych ilościach może spowodować nadmierne obciążenie organizmu dziecka białkiem oraz produktami jego przemiany. Dozwolone jest dodawanie niewielkiej ilości mleka krowiego do żywności uzupełniającej [5].

Pokarm matki do 6-go miesiąca życia zapewnia dziecku wystarczającą ilość płynów. Zapotrzebowanie niemowląt na wodę w pierwszym półroczu życia to 700ml/dobę, natomiast w drugim półroczu w granicach 800ml/dobę. Dla dzieci najlepsza do spożycia jest woda źródłana albo naturalna woda mineralna. Soki podawane dzieciom powinny być przecierowe bez dodatku cukru. U dzieci karmionych piersią wprowadzamy je od siódmego miesiąca życia, natomiast u karmionych sztucznie po skończeniu 4-go miesiąca. Nie powinniśmy zastępować wody sokami, ponieważ nie zaspakajają one pragnienia. Powinno unikać się podawania soków przed snem oraz w nocy, a ilość wypijana przez dziecko w ciągu dnia nie powinna przekraczać 150ml [5].

U najmłodszych grup wiekowych należy zwrócić uwagę na jakość wody używanej do przygotowywania mieszanek mlecznych oraz do pojenia niemowlęcia. Rekomendowana jest woda podziemna spełniająca kryteria, jest ona czysta chemicznie, jak i mikrobiologicznie. Woda ta jest dostępna na rynku, tzw. woda butelkowana. Dla najmłodszych dzieci, zalecana jest woda źródłana oraz mineralna niskosodowa, z zawartością sodu poniżej 20mg/dm³ wody, oraz niskozmineralizowana, zawierająca poniżej 500mg składników mineralnych/dm³ wody. Po ukończeniu przez dziecko roku możemy podawać dziecku wody średnio zmineralizowane. Wody, które są pozytywnie zaopiniowane przez jednostki pediatryczne, możemy podawać dzieciom, ponieważ spełniają powyższe kryteria [5].

Niemowlętom w 6-8-tym miesiącu życia, które są częściowo karmione piersią powinno podawać się dwa, trzy uzupełniające posiłki, natomiast dzieciom od 9 do 24-go miesiąca życia trzy, cztery posiłki oraz jedną bądź dwie przekąski w postaci, np. warzyw lub owoców. Natomiast niemowlętom żywionym sztucznie podajemy od czterech do pięciu posiłków uzupełniających oraz jedną lub dwie zdrowe przekąski [5].

Uwagi na temat niektórych produktów żywieniowych niemowląt

Wcześniejsze doniesienia sugerowały unikanie zbyt wczesnego, poniżej 4-go miesiąca życia oraz zbyt późnego, powyżej 7-go miesiąca życia wprowadzania do diety dziecka glutenu. Mówiły o tym, że ma być wprowadzany stopniowo jeszcze podczas karmienia piersią. Miało to

na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia celiakii, cukrzycy typu 1 oraz alergii na pszenicę. Najnowsze doniesienia twierdzą jednak, że wiek dziecka, a także fakt karmienia dziecka piersią podczas wprowadzania glutenu nie mają ostatecznego wpływu na zachorowanie na celiakię. O zachorowaniu na tę chorobę decyduje predyspozycja genetyczna. Gluten powinien być wprowadzany w dowolnym czasie między 4-tym, a 12-tym miesiącem życia. Nie należy podawać dużych ilości glutenu przez pierwszych kilka tygodni po wprowadzeniu go do diety dziecka [5, 6, 7].

Mleka krowiego nie powinno stosować się jako główny napój przed 12-tym miesiącem życia. Natomiast po ukończeniu 12-go miesiąca jego dzienna dawka nie powinna być większa niż 500ml. Mleko krowie dostarcza małej ilości żelaza, więc jego opóźnione wprowadzenie chroni przed niedokrwistością z niedoboru żelaza. Zbyt wczesne podanie dziecku mleka krowiego może wywołać mikro krwawienia z przewodu pokarmowego. Może spowodować również nadmierne obciążenie organizmu białkiem, solami mineralnymi i doprowadzić do przeciążenia nerek. Podawanie mleka krowiego może również być przyczyną alergizacji. Nie powinno podawać się także mleka ze zmniejszoną zawartością tłuszczu [7,8].

Mleko kozie oraz owcze zawiera niebezpieczne stężenie soli mineralnych, ma małą zawartość witamin oraz kwasu foliowego. Z tych przyczyn nie powinno podawać się takiego mleka dzieciom poniżej 12-go miesiąca życia. Podawanie tego mleka zwiększa ryzyko niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego i witaminy B12 [7,8,9].

Poniżej 1-go roku życia nie należy podawać mleka typu junior, które według producentów służy żywieniu dzieci od 1-go do 3-go roku życia. Aktualne doniesienia mówią jednak, że mleko typu junior nie jest niezbędne do prawidłowego żywienia dzieci w tej grupie wiekowej. Mówią również o tym, że to mleko nie przeważa nad innymi produktami zawartymi w diecie, która spełnia podstawowe wymagania żywieniowe [7,9,10].

Sery są źródłem białka, cynku, fosforu oraz witamin A, B2 i B12, dlatego mogą być podawane jako posiłki uzupełniające, jednak należy wybierać te o małej zawartości soli, lub sery twarogowe. Nie dozwolone jest podawanie dzieciom serów wytworzonych na bazie niepasteryzowanego mleka, ponieważ istnieje ryzyko zakażenia bakterią *Listeria* [9,10].

Należy pamiętać by nie podawać dzieciom jaj w surowej formie, ponieważ grozi to zakażeniem bakteriami z rodziny *Salmonella* [9,10].

Obecne zalecenia nakazują unikania soli kuchennej w diecie dziecka, która przyczynia się do wystąpienia nadciśnienia w późniejszym wieku, a także cukru, który powoduje próchnicę, a także kształtowanie nieprawidłowych preferencji żywieniowych. Nie powinno używać się soli do przygotowywania posiłków dla dziecka. Produkty takie jak solone mięso,

zupy w proszku, kostki rosółowe itp. powinny być całkowicie eliminowane z posiłków. Nie podawanie dziecku niesolonych i niesłodzonych posiłków sprzyja nie tylko przyszłemu zdrowiu dziecka, lecz również kształtuje prawidłowe preferencje żywieniowe w przyszłości [9,10].

Miodu nie wprowadzamy do diety dziecka przed ukończeniem 12-go miesiąca życia, ponieważ istnieje ryzyko zawierania przez miód przetrwalników *Clostridium botulinum*, które wywołuje botulizm dziecięcy. Miód możemy podawać tylko i wyłącznie, gdy mamy pewność, że przetrwalniki zostały inaktywowane metodą wysoko temperaturową i wysokociśnieniową. Podawanie miodu starszym dzieciom jest bezpieczne [11].

Nie dozwolone jest stosowanie diety wegańskiej u niemowląt i małych dzieci. Natomiast niemowlętom oraz młodszym dzieciom pozostającym na diecie wegetariańskiej powinno podawać się 500ml mleka naturalnego lub modyfikowanego [11,12].

Gotowa żywność przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci

Gotową żywność przeznaczoną dla niemowląt i małych dzieci dzieli się na:

1. Preparaty do początkowego i dalszego żywienia niemowląt.
2. Przetworzone produkty zbożowe.
3. Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego.
4. Żywność dla dzieci, z której wyłączono przetworzone produkty zbożowe, napoje na bazie mleka [11, 12].

Żywność gotowa dla dzieci cieszy się coraz większym rozpowszechnieniem w związku z czym na rynku znajdziemy coraz więcej takich produktów [12,13].

Mleka początkowe oraz mleka następne są wytwarzane z mleka krowiego, które poddawane jest modyfikacji. Na rynku możemy znaleźć mleko początkowe, które zalecane jest w żywieniu od 1-go do 6-go miesiąca życia, może być jednak podawane przez pierwszy rok życia. Mleko następne zalecane od 7-go miesiąca życia dziecka. Dostępne jest również mleko dla wcześniaków różniące się składem od poprzednich mlek dla niemowląt donoszonych. Stosowane jest zwykle u wcześniaków które są żywione sztucznie zanim osiągną wagę około czterech kilogramów [13,14,15].

Podczas przygotowywania mleka modyfikowanego należy przestrzegać wskazówek producenta. Nie podajemy dziecku innych dawek niż przedstawianych w przepisie. Ważne jest zwrócenie uwagi na jakość wody, której używamy do przygotowania mleka. Porcję mleka przygotowujemy na świeżo przed każdym karmieniem. Nie powinno przechowywać się

przegotowanego mleka w podgrzewaczach czy termosach. Niedozwolone jest wykorzystywanie resztek mleka podczas kolejnych karmień [14,15,16].

Prawo żywnościowe definiuje żywność gotową dla dzieci jako przeznaczoną dla szczególnych potrzeb zdrowych- małych dzieci oraz zdrowych niemowląt odstawionych od piersi, która jest stosowana jako suplement w ich diecie oraz służy stopniowemu przyzwyczajaniu do normalnej diety [15,16].

Podstawą produkcji gotowych produktów są surowce wywodzące się z hodowli oraz upraw nad którymi sprawowana jest szczególna kontrola. Produkty te zawierają dużą wartość odżywczą oraz cechują się wysoką jakością zdrowotną. Produkty gotowe przeznaczone dla niemowląt i małych dzieci są dostosowane do ich potrzeb wiekowych. Na wartość odżywczą produktu składa się receptura, wartość energetyczna, skład ilościowy oraz jakościowy, a także zawartość białka, tłuszczu, węglowodanów, witamin oraz składników mineralnych.

Smak, zapach oraz konsystencja gotowych produktów również mają znaczenie, ponieważ muszą być akceptowalne przez dziecko. W produktach tych ograniczony jest cukier oraz sól kuchenna oraz substancje dodatkowe, a za wyłączną metodę utrwalenia służy proces termiczny. Charakteryzują się wysokim poziomem bezpieczeństwa, ponieważ wykazują wysoką czystość mikrobiologiczną oraz bezpieczną ilość substancji niekorzystnych dla zdrowia dziecka, np. metali szkodliwych [13,16,17].

Suplementacja u niemowląt i małych dzieci

Suplementację u niemowląt oraz małych dzieci powinno rozważyć się w przypadku takich składników odżywczych jak kwas dekozaheksaenowy (DHA). Suplementacja tego kwasu u dzieci karmionych piersią nie jest konieczna, ponieważ długołańcuchowe wielonasycone kwasy tłuszczowe dostarczane są do organizmu dziecka wraz z mlekiem matki. Natomiast w diecie starszego niemowlęcia źródłem tego kwasu są pokarmy uzupełniające oraz mleko modyfikowane, w którego składzie znajduje się kwas dokozaheksaenowy. Gdy podaż tego kwasu w diecie dziecka wynosi poniżej 100mg/dobę zalecana jest jego suplementacja. By zapewnić prawidłowe stężenie kwasu DHA w mleku, matka, która karmi piersią, powinna dodatkowo przyjąć minimum 200mg tego kwasu dziennie. W sytuacji, gdy niemowlę nie jest karmione mlekiem matki, powinno rozważyć się podawanie kwasu DHA w postaci preparatów przeznaczonych dla niemowląt oraz małych dzieci. Preparaty znajdujące się na rynku, które zastępują mleko kobiece, są uzupełnione o różne ilości kwasu dekozaheksaenowego, zazwyczaj mniejsze niż rekomendowane. U starszych niemowląt pokarmy uzupełniające takie jak tłuste ryby morskie, uzupełniają zapotrzebowanie na ten kwas. Po zakończeniu karmienia piersią

trudno jest stwierdzić czy przyjmowana ilość kwasu DHA przez dziecko odpowiada prawidłowej normie, dlatego wskazane jest podawanie minimum 100mg tego składnika dziennie [12,18,19].

Zgodnie z wytycznymi z 2013 roku suplementację witaminy D zaleca się od pierwszych dni życia, bez znaczenia czy dziecko jest karmione naturalnie czy sztucznie. Dawka zalecana to 400j.m. od pierwszego do szóstego miesiąca życia oraz 400-600j.m. od szóstego do dwunastego miesiąca. Gdy dziecko skończy rok w zależności od masy ciała zalecana dawka witaminy to od 600 do 1000j.m. w okresie od września do kwietnia, jeśli jednak w okresie letnim nie dostarczona jest odpowiednia dawka witaminy poprzez syntezę skórą, wtedy suplementacja witaminy D zalecana jest przez cały rok. Do dzieci, u których istnieje ryzyko niedoboru witaminy zaliczamy niemowlęta karmione piersią, u których nie stosuje się suplementacji lub jest ona stosowana poniżej prawidłowych dawek, narażone na ryzyko niedoboru są także dzieci o ciemnej karnacji skóry, dzieci z otyłością i nadwagą, a także dzieci, które są zbyt mało na słońcu. Do grupy ryzyka zaliczamy również dzieci, które przyjmują leki wpływające na wchłanianie witaminy D oraz dzieci z różnymi jednostkami chorobowymi [19, 20].

Odpowiednia ilość witaminy K w organizmie noworodka i niemowlęcia do 3-go miesiąca życia jest bardzo istotna. Warunkuje bowiem ona utrzymanie odpowiedniego stężenia czynników krzepnięcia krwi. Suplementacja witaminy K u dziecka zmniejsza ryzyko wczesnego oraz późnego krwawienia związanego z niedoborem tej witaminy. Rekomendacje z 2007 roku mówią, iż każdy noworodek po urodzeniu powinien otrzymać jednorazowo witaminę K domięśniowo w dawce 0,5mg lub 2,0 mg doustnie.

W mleku kobiecym zawartość witaminy K nie jest wystarczająca do pokrycia zapotrzebowania w kolejnych tygodniach życia. Natomiast preparaty, które zastępują mleko naturalne, zawierają odpowiednią ilość tej witaminy, dlatego u dzieci karmionych sztucznie, suplementacja witaminy K nie jest konieczna. Noworodki zdrowe, donoszone, które są karmione naturalnie, oprócz jednorazowej dawki otrzymanej po przyjściu na świat, powinny otrzymywać witaminę K od drugiego tygodnia życia do ukończenia trzeciego miesiąca życia w dawce 25ug/dobę [18,21].

W Polsce niedokrwistość z niedoboru żelaza występuje rzadko, w związku z czym suplementacja żelaza jest wskazana tylko w wypadku niemowląt z grup ryzyka takich jak niski status socjoekonomiczny, bądź też u dzieci z niskim spożywaniem pokarmów uzupełniających, będących źródłem łatwo przyswajalnego żelaza. Niemowlętom, które są karmione sztucznie powinno dostarczać się mleko zastępcze z zawartością 4-8mg/l żelaza.

Od 6-go miesiąca dziecko powinno otrzymywać pokarmy uzupełniające zawierające żelazo [12, 18].

Pokarm naturalny oraz mleka modyfikowane zapewniają odpowiednią ilość wapnia, jednak po ukończeniu przez dzieci 3-go roku życia zauważa się niedostateczną podaż ilości wapnia w diecie. Przyczyna tkwi w nieodpowiedniej diecie oraz podawaniu dzieciom napojów gazowanych, fast-foodów, chipsów, nadmiernej ilości parówek. U dzieci w wieku od 1-go do 3-go roku życia stwierdza się niedobór wapnia, aż u 25%, co zwiększa ryzyko wystąpienia krzywicy, próchnicy oraz osteoporozy, ponieważ wapń odpowiada za mineralizację układu szkieletowego. W suplementacji u dzieci najczęściej stosowany jest glukonian oraz laktobionian, ponieważ łatwo się rozpuszczają, więc są dostępne w postaci syropów. Podawanie wapnia wskazane jest w trakcie posiłku. Dawka wyliczana jest na podstawie niedoboru wapnia w diecie dziecka w stosunku do zalecanego spożycia. Niemowlęta do 6-go miesiąca życia powinny otrzymać 200mg wapnia, od 6-go miesiąca do 12-go miesiąca 260mg, natomiast od 1-go do 3-go roku życia 700mg/dziennie [18].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Poznanie sposobu żywienia dzieci od 6-go miesiąca życia do 2-go roku życia.
2. Zbadanie wpływu wykształcenia matek na żywienie niemowląt i małych dzieci.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniami przeprowadzonymi w okresie od 15.02.2019r. do 15.04.2019r. objęto 105 matek niemowląt i małych dzieci mieszkujących na terenie miasta Ostrołęka.

Do ich realizacji zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej.

Kwestionariusz ankiety składał się z trzech części. Pierwsza część metryczkowa zawierała siedem pytań dotyczących: wieku matki, wieku dziecka, wykształcenia matki dziecka, miejsca przebywania dziecka na co dzień, chęci poszerzenia wiedzy przez ankietowaną, miejsca czerpania wiedzy na temat żywienia dzieci oraz samooceny posiadanej wiedzy respondentek na temat żywienia dzieci. Część druga – zasadnicza to piętnaście pytań, które dotyczyły wiedzy ogólnej na temat żywienia dzieci, oraz z Części trzeciej- składającej się z jedenastu pytań dotyczących wiedzy szczegółowej z zakresu celu badań.

Zgodę na przeprowadzenia badań uzyskano z Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły i Przedsiębiorczości w Łomży.

WYNIKI

Badaniu zostało poddanych losowo wybranych 105 matek dzieci w wieku od 6-go miesiąca życia do 3-go roku życia na terenie miasta Ostrołęki.

Do badania przystąpiły tylko osoby dorosłe. Największa ilość respondentek była w przedziale wiekowym 25-29 lata (41,9%), grupa wiekowa 30-34 lat stanowiła 22,9%, a najmniej reprezentacyjną grupę stanowił przedział wieku 40-44 lat (5,7%). Wśród ankietowanych nie było matek w wieku powyżej 44-go roku życia.

Najwięcej, bo aż 76,2% dzieci przebywa w domu pod opieką rodziców. Dzieci chodzących do przedszkola było 17,1%, uczęszczających do żłobka 6,7%.

Najwięcej ankietowanych matek miało wyższe wykształcenie (70,5%), następnie 25,7% posiadały średnie wykształcenie, a po 1,9% uzyskały osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym.

Najwięcej ankietowanych oceniło swoją wiedzę na temat żywienia dzieci na dobrą (47,6%), bardzo dobrą i przeciętną (po 23,8%) oraz słabą (4,8%).

Ankietowane z wyższym wykształceniem swoją wiedzę oceniły na dobrą (60,8%), natomiast najmniej wśród nich uważało, że posiada słabą wiedzę w dziedzinie żywienia niemowląt oraz małych dzieci. Natomiast respondentki z pozostałym wykształceniem najczęściej wybierały odpowiedź mówiącą o przeciętnej wiedzy (58,1%). Wśród tej grupy najmniej osób udzieliło odpowiedzi, że posiadana wiedza jest bardzo dobra i słaba (Tabela I).

W związku z faktem, iż pytanie dotyczące źródła czerpania wiedzy przez ankietowane, było wielokrotnego wyboru nie sumuje się do 100%. Najwięcej odpowiedzi przypadło na środki masowego przekazu (58,1%). Najmniej odpowiedzi uzyskał wariant kursy, zajęcia oraz szkolenia.

Osoby z wyższym wykształceniem swoją wiedzę czerpią najczęściej z książek (66,2%), a najmniej z kursów, zajęć i szkoleń. Wśród osób z wyższym wykształceniem znalazły się osoby, które udzieliły innej odpowiedzi takiej jak: pediatra i wszystkie wyżej wymienione. Natomiast osoby z pozostałym wykształceniem najczęściej korzystają ze środków masowego przekazu (64,5%), a najmniej z kursów zajęć oraz szkoleń (3,2%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela II.

Tabela I. Poziom wiedzy na temat żywienia dzieci w opinii ankietowanych w zależności od wykształcenia

Poziom wiedzy na temat żywienia dzieci według własnej opinii	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
Bardzo dobra	21	28,4%	4	12,9%
Dobra	45	60,8%	5	16,1%
Przeciętna	7	9,5%	18	58,1%
Słaba	1	1,4%	4	12,9%
Brak wiedzy	0	0,0%	0	0,0%
Razem	74	100,0%	31	100,0%

Tabela II. Źródło czerpania wiedzy przez matki na temat żywienia dzieci w zależności od wykształcenia

Źródło czerpania wiedzy na temat żywienia niemowląt i małych dzieci	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%*	N	%*
Ze środków masowego przekazu	41	55,4%	20	64,5%
Z książek	49	66,2%	9	29,0%
Z kursów, zajęć, szkoleń	17	23,0%	1	3,2%
Od innych osób	20	27,0%	12	38,7%
Z własnego doświadczenia	23	31,1%	18	58,1%
Inne	2	2,7%	0	0,0%

*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Stanowcza większość ankietowanych wyraziła chęć poszerzenia wiedzy na temat żywienia dzieci, co stanowiło aż 79%, natomiast 21% badanych nie było zainteresowanych poszerzeniem wiedzy.

Prawidłowej odpowiedzi, twierdząc, iż karmienie piersią jest wystarczające przez pierwsze 6 miesięcy życia, udzieliła duża część ankietowanych (81,0%). 14,3% matek uważała, iż pokarm kobiecy nie jest wystarczający do 6-go miesiąca życia dziecka. 4,8% ankietowanych nie znało odpowiedzi na zadane pytanie.

Wśród matek z wykształceniem wyższym prawidłowo odpowiedziało aż 91,9% badanych. Wśród osób z pozostałym wykształceniem takiej odpowiedzi udzieliło 54,8% respondentek (Tabela III).

Tabela III. Wiedza matek na temat karmienia piersią w zależności od wykształcenia

Czy mleko kobiece może być jedynym pożywieniem do 6-tego miesiąca życia dziecka	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	68	91,9%	17	54,8%
NIE	4	5,4%	11	35,5%
NIE WIEM	2	2,7%	3	9,7%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

88,6% matek zdaje sobie sprawę z faktu, iż witamina D wytworzona w skórze dziecka przez promienie słoneczne nie jest wystarczająca na cały rok. Niewielka część (4,8%) odpowiedziała nieprawidłowo, a 6,7% nie znało odpowiedzi.

Wśród ankietowanych z wyższym wykształceniem padło najwięcej prawidłowych odpowiedzi (98,6%). Osoby z pozostałym wykształceniem udzieliły prawidłowej odpowiedzi na to pytanie w 64,6% (Tabela IV).

Tabela IV. Wiedza matek na temat witaminy D w zależności od wykształcenia

Witamina D wytwarzana przez promienie słoneczne wystarcza przez cały rok	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	1	1,4%	4	12,9%
NIE	73	98,6%	20	64,5%
NIE WIEM	0	0,0%	7	22,6%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

Wśród odpowiedzi można zauważyć prawie równe rozłożenie między odpowiedzią popierającą podawanie dziecku 4 porcji owoców dziennie, a odpowiedzią popierającą

podawanie dziecku mniejszej ilości porcji. 46,7% ankietowanych udzieliło błędnej odpowiedzi, że nie powinno się podawać aż 4 porcji owoców, natomiast 42,9% badanych poprawnie zaznaczyło, że powinniśmy podawać taką ilość owoców. 10,5% badanych nie знаło odpowiedzi na to pytanie.

Osoby z wyższym wykształceniem udzieliły prawidłowej odpowiedzi w 59,5%, natomiast osoby z pozostałym wykształceniem w 16,1%. Szczegółowe wyniki znajdują się w Tabeli V.

Tabela V. Spożywanie owoców przez dzieci w opinii badanych w zależności od wykształcenia

Czy dziecko może jeść nawet 4 porcje owoców dziennie?	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	21	28,4%	24	77,4%
NIE	44	59,5%	5	16,1%
NIE WIEM	9	12,2%	2	6,5%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

79% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź mówiącą, że dziecko nie powinno spożywać soków w dowolnej ilości. Odpowiedź nieprawidłowa, została zaznaczona przez znaczną mniejszość (16,2%). Wśród ankietowanych było 4,8% osób nieznających odpowiedzi na to pytanie.

Ankietowane z wyższym wykształceniem najczęściej prawidłowo odpowiedziały twierdząc, iż dziecku nie można podawać soków warzywno- owocowych w dowolnej ilości. Najmniej występującą odpowiedzią w tej grupie była odpowiedź „nie wiem” stanowiąca 1,4%. Osoby z pozostałym wykształceniem najczęściej odpowiedzieli nieprawidłowo. Aż 45,2% odpowiedzi podało odpowiedź popierającą podawanie dzieciom soków w dowolnych ilościach. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela VI.

W pytaniu dotyczącym „czy dziecku podajemy posiłek za każdym razem, gdy jest głodne nawet kilkanaście razy na dobę”, odpowiedzi ankietowanych rozłożyły się na równi między stwierdzeniem, że dziecko powinno jeść, kiedy jest głodne oraz że nie powinno.

Tabela VI. Spożywanie przez dzieci soków warzywno-owocowych w opinii ankietowanych w zależności od wykształcenia

Czy dziecko może spożywać soki warzywno- owocowe w dowolnej ilości	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	3	4,1%	14	45,2%
NIE	70	94,6%	13	41,9%
NIE WIEM	1	1,4%	4	12,9%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

47,6% respondentek uważało, że nie można podawać dziecku posiłków kilkanaście razy na dobę. Na równi były matki uważające, że dziecku podajemy jedzenie za każdym razem, kiedy jest głodne – 47,6%. Jedynie 4,8% nie udzieliło odpowiedzi.

Większość ankietowanych (90,5%) udzieliła poprawnej odpowiedzi twierdząc, że dziecku nie można podawać wszystkich gatunków ryb przyrządzanych w dowolny sposób. Na równi były osoby, które uważały, że można podawać oraz osoby nie znające odpowiedzi na to pytanie – po 4,8%.

Stanowcza większość (98,1%) badanych знаła odpowiedź na pytanie „Urozmaicona dieta oznacza, iż dziecko powinno spożywać wszystkiego po trochu, a parówka lub kilka frytek nie są niczym złym?”. Tylko 1,9% wszystkich ankietowanych zaznaczyło odpowiedź popierającą podawanie dziecku wszystkiego.

Niewielka większość (52,4%) skierowała się ku stwierdzeniu, że dziecko nie powinno podejmować samodzielnie decyzji o tym co będzie spożywało. Kolejne 47,6% ankietowanych uważa, iż dziecko może samodzielnie decydować o tym co zje, jeśli poznało już wiele smaków.

Najczęściej występującą odpowiedzią wśród osób z wyższym wykształceniem na pytanie „czy dziecko, które poznało już smaki i zapachy może samodzielnie decydować o spożywanych posiłkach” była prawidłowa odpowiedź „nie” - 64,9%. Osoby z pozostałym wykształceniem udzieliły w większości nieprawidłowej odpowiedzi (77,4%). Dokładne wyniki przedstawia Tabela VII.

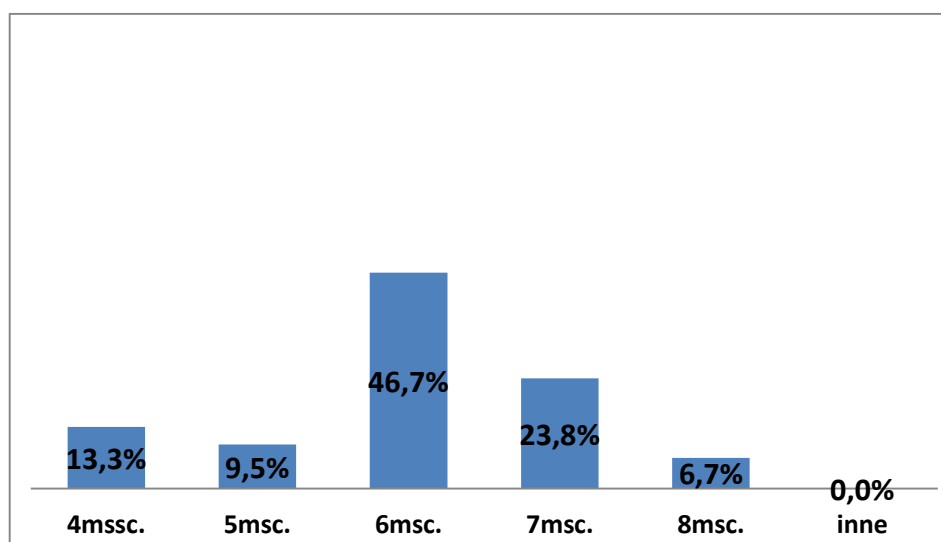
W pytaniu „czy mleko oraz produkty mleczne to źródło łatwo przyswajalnego wapnia niezbędnego do budowy mocnych kości?”, wszystkie ankietowane matki dzieci zgodnie

zaznaczyły prawidłową odpowiedź potwierdzającą, iż mleko i produkty mleczne zawierają wapń niezbędny do budowy mocnych i zdrowych kości.

Tabela VII. Samodzielne decydowanie o spożywanych pokarmach przez dziecko w opinii odpowiadających w zależności od wykształcenia

Dziecko może samodzielnie decydować o tym co będzie jadło	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	26	35,1%	24	77,4%
NIE	48	64,9%	7	22,6%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

Najwięcej ankietowanych wprowadzało pierwsze pokarmy stałe w 6-tym miesiącu życia dziecka (46,7%). Najmniejszy odsetek stanowi 8-my miesiąc (6,7%). Dokładny rozkład wprowadzania pierwszych pokarmów przez ankietowane przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Rozkład procentowy ukazujący na jakim etapie ankietowane wprowadzały pokarmy stałe w żywieniu niemowląt

90,5% ankietowanych odpowiedziało prawidłowo, twierdząc, iż rozszerzanie diety dziecka zaczynamy po skończeniu określonego wieku, czyli po 6-tym miesiącu życia dziecka

uważa tak 95 ankietowanych. Jedynie 9,5% odpowiedziało, iż rozszerzamy dietę, gdy dziecko skończy 4-ry miesiąc.

88,6% ankietowanych słusznie uważało, że podczas rozszerzania diety nie powinno podawać się kilku produktów na raz. Jedynie 11,4% uważało, iż możemy podawać kilka produktów na raz.

Wśród osób z wyższym wykształceniem nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 5,4%, natomiast wśród odpowiadających z pozostałym wykształceniem nieprawidłowe odpowiedzi stanowią 25,8% (Tabela VIII).

Tabela VIII. Podawanie kilku produktów na raz podczas rozszerzania diety w opinii badanych w zależności od wykształcenia

Czy podczas rozszerzania diety podajemy dziecku kilka produktów na raz	WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	4	5,4%	8	25,8%
NIE	70	94,6%	23	74,2%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

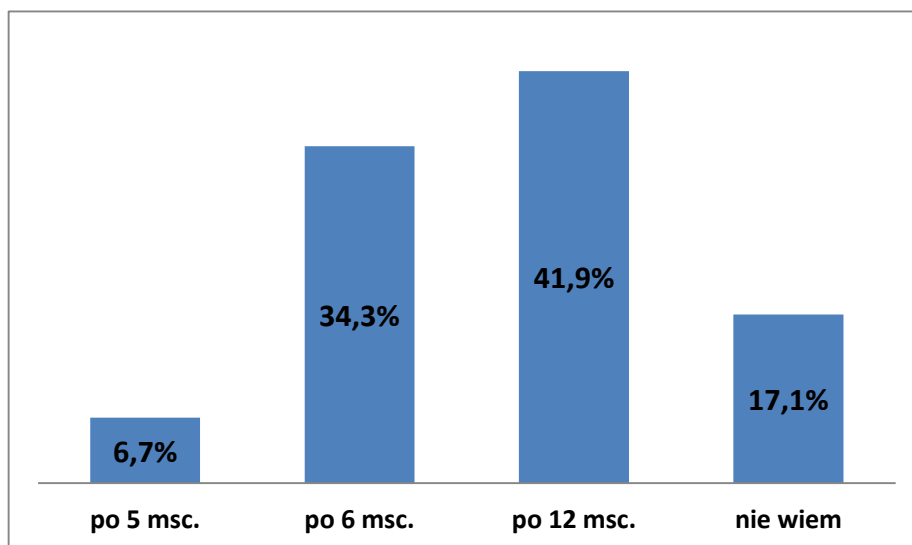
Na pytanie „Podczas rozszerzania diety dziecku podajemy niewielką ilość pokarmu oraz obserwujemy jego skórę i zachowanie oraz wydalany stolec przez około trzy dni. Jeśli nie zauważmy niepokojących zmian, zwiększamy ilość, a także wprowadzamy kolejną nowość?”, prawidłowej odpowiedzi udzieliła większość respondentek (87,6%).

93,3% badanych uważa, że najpierw do diety dziecka wprowadzamy warzywa, potem owoce. 4,8% uważało odwrotnie, 1,9% nie wiedziało.

Najwięcej ankietowanych (41,9%) uważało, że mleko krowie wprowadzamy po 12-tym miesiącu życia dziecka. Na ostatnim miejscu znalazła się odpowiedź po 5 miesiącu (6,7%). Na to pytanie odpowiedzi nie znało 17,1% ankietowanych (Rycina 2).

Respondentki z wyższym wykształceniem na pytanie dotyczące wprowadzenia mleka krowiego do diety dziecka odpowiedziały prawidłowo w 47,3% twierdząc, że wprowadzamy je po 12-tym miesiącu życia. Najmniej odpowiedzi natomiast padło na 5-ty miesiąc życia dziecka.

Matki z pozostałym wykształceniem w 45,2% stwierdziły, że mleko podajemy po 6-tym miesiącu życia, najmniej odpowiedzi udzieliły na 5-ty miesiąc życia oraz na odpowiedź „nie wiem” (Tabela IX).

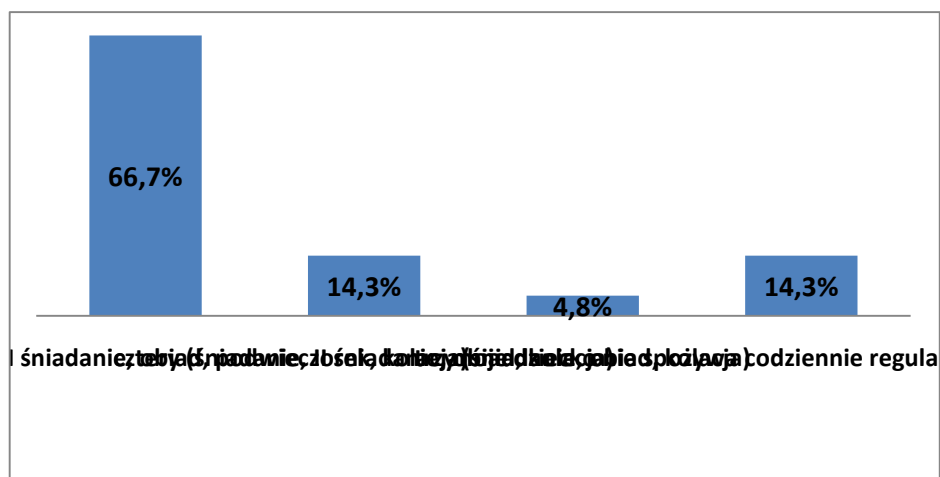


Rycina 2. Wprowadzenie do diety dziecka mleka krowiego w opinii badanych

Tabela IX. Wprowadzanie do diety dziecka mleka krowiego w opinii matek w zależności od wykształcenia

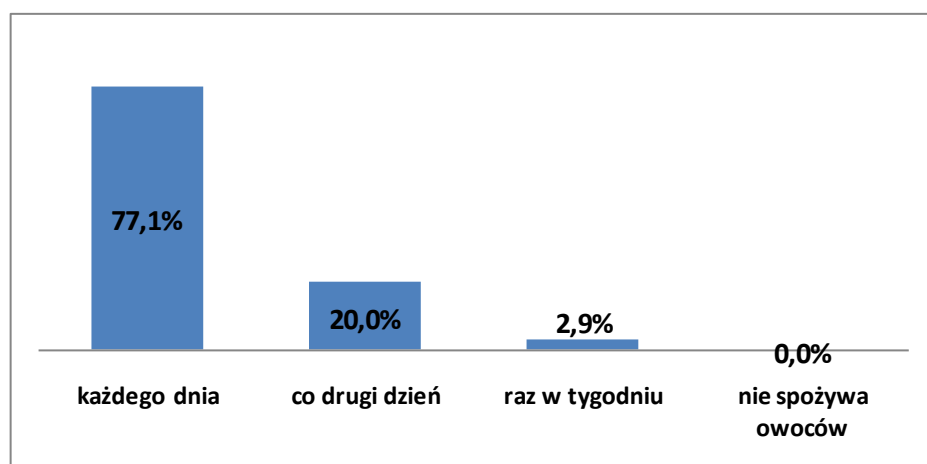
Po którym miesiącu do diety dziecka wprowadzamy krowie mleko	WYŻSZE WYKSZTAŁCENIE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
po 5 msc.	3	4,1%	4	12,9%
po 6 msc.	22	29,7%	14	45,2%
po 12 msc.	35	47,3%	9	29,0%
nie wiem	14	18,9%	4	12,9%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

Najwięcej ankietowanych (66,7%) skłoniło się do zaznaczenia odpowiedzi, że ich dziecko spożywa pięć posiłków dziennie. Najmniejszą ilość stanowi odpowiedź trzy posiłki dziennie (Rycina 3).



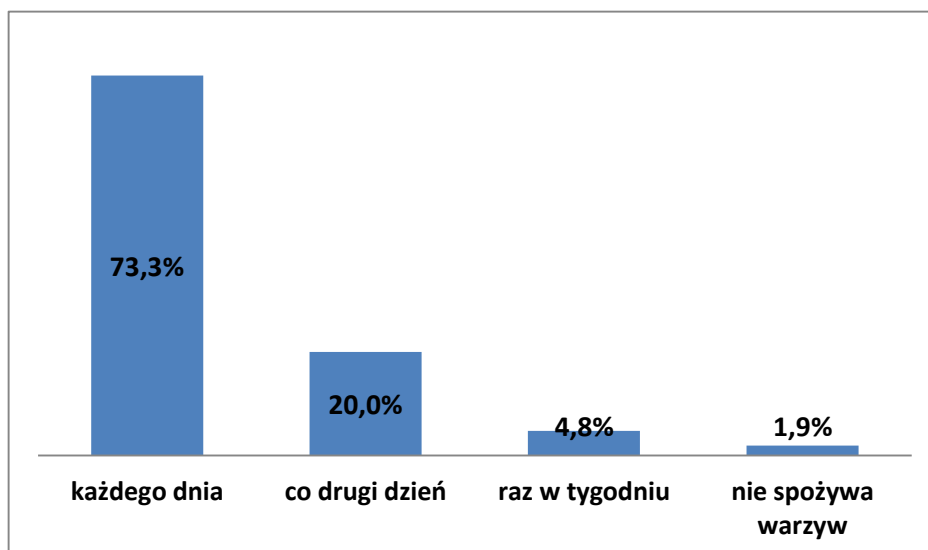
Rycina 3. Rozkład procentowy zjadanych posiłków dziennie przez dzieci ankietowanych

Na pytanie o częstotliwości spożywania owoców wśród dzieci, największą popularnością cieszyła się odpowiedź codziennie (77,1%). Raz w tygodniu owoce spożywają dzieci u 2,9% ankietowanych. Nikt nie zadeklarował, że jego dziecko nie spożywa owoców (Rycina 4).



Rycina 4. Rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi na pytanie częstotliwości spożywania owoców przez dzieci osób ankietowanych

Każdego dnia warzywa podawane są 73,3% dzieciom ankietowanych matek. Zaledwie 1,9% dzieci nie spożywa warzyw. Dokładnie opracowane wyniki przedstawia Rycina 5.



Rycina 5. Rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstotliwości spożywania warzyw przez dzieci osób ankietowanych

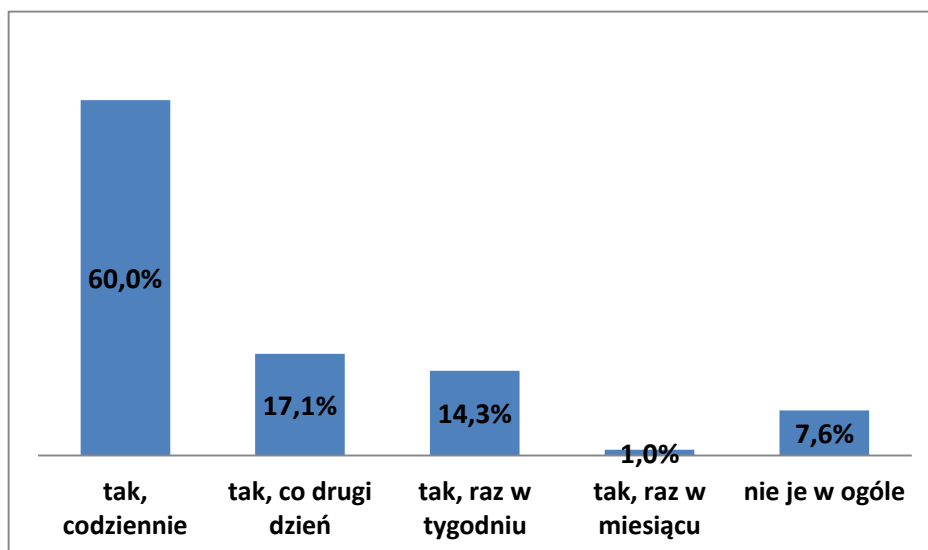
Na pytanie dotyczące spożywania przez dzieci ankietowanych produktów typu fast-food, 81,9% matek udzieliło odpowiedzi, że ich dzieci nie spożywają takich produktów. Stanowczą mniejszość zaznaczyła, że ich dzieci spożywają te produkty (18,1%).

Matki z wyższym wykształceniem w 97,2% udzieliły odpowiedzi, że nie podają swojemu dziecku produktów typu fast-food, natomiast matki z pozostałym wykształceniem w 54,8% udzieliły odpowiedzi, że podają tego typu produkty. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela X.

Tabela X. Podawanie dzieciom produktów typu Fast-food przez ankietowane w zależności od wykształcenia

Czy Pani dziecko spożywa produkty typu Fast-food	WYŻSZE WYKSZTAŁCENIE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
TAK	2	2,7%	17	54,8%
NIE	72	97,3%	14	45,2%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

Codziennie produkty zbożowe podaje 60% ankietowanych. Odpowiedź raz w miesiącu uzyskała 1 odpowiedź. Produktów zbożowych nie spożywa 7,6% ankietowanych (Rycina 6).



Rycina 6. Częstość spożywania przez dzieci respondentek produktów zbożowych

W pytaniu dotyczącym spożywania ryb przez dzieci ankietowanych największą popularność zyskała odpowiedź, iż dziecko je ryby raz w tygodniu (55,2%). Najmniej ankietowanych (6,7%) zaznaczyło odpowiedź, że ich pociechy spożywają ryby kilka razy w tygodniu, ale aż 38,1% dzieci nie jada w ogóle ryb.

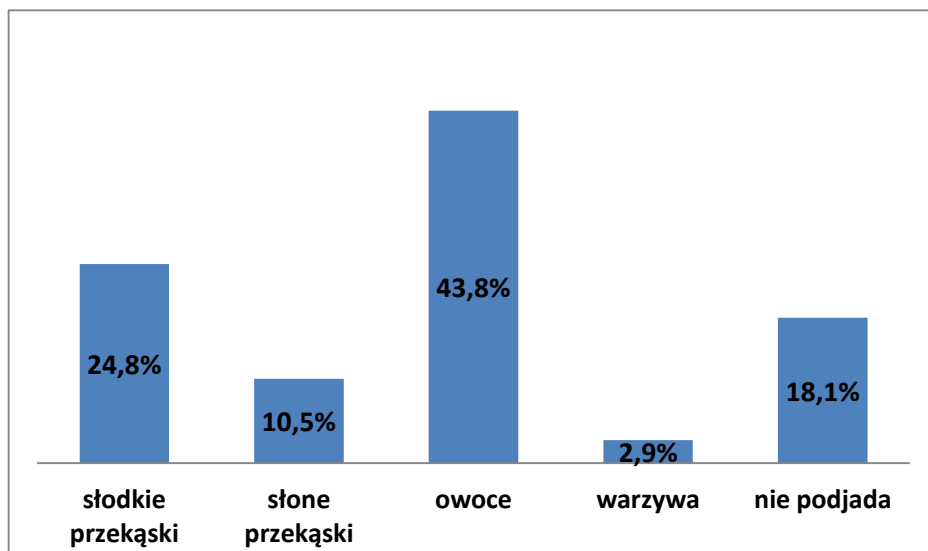
Dzieci osób z wyższym wykształceniem ryby spożywają najczęściej raz na tydzień (70,3%), najmniej padło odpowiedzi kilka razy w tygodniu 8,1%. Dzieci osób z pozostałym wykształceniem najczęściej nie jadają ryb, w tej grupie 77,4% ankietowanych zaznaczyło tą odpowiedź. Najmniej padło odpowiedzi „kilka razy w tygodniu” (3,2%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela XI.

Tabela XI. Spożywanie ryb przez dzieci ankietowanych w zależności od wykształcenia

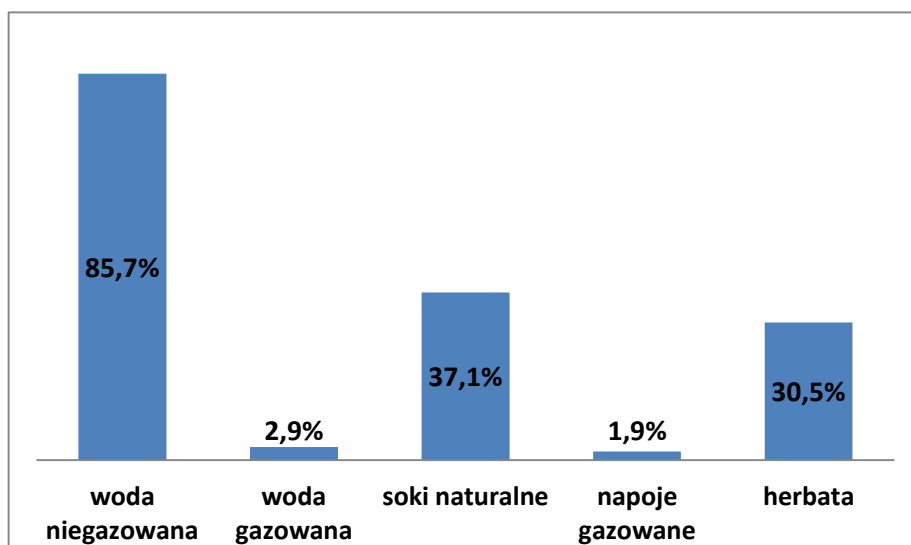
Jak często Pani dziecko je ryby	WYŻSZE WYKSZTAŁCENIE		POZOSTAŁE WYKSZTAŁCENIE	
	N	%	N	%
raz na tydzień	52	70,3%	6	19,4%
kilka razy w tygodniu	6	8,1%	1	3,2%
nie jada ryb	16	21,6%	24	77,4%
RAZEM	74	100,0%	31	100,0%

Większość ankietowanych twierdziła, iż ich dzieci podjadają między posiłkami, ku tej odpowiedzi skłoniło się 81,9% wszystkich odpowiadających. Między posiłkami nie podjada 18,1% dzieci wszystkich ankietowanych.

Najczęściej występującą przekąską są owoce (43,8%). Niestety wśród odpowiedzi słodkie przekąski zyskały 24,8% odpowiedzi. Najmniej odpowiedzi udzielono w kierunku warzyw, zaledwie 2,9% (Rycina 7).



Rycina 7. Najczęściej podjadane przekąski przez dzieci ankietowanych



*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 8. Najczęściej występujące napoje w diecie dzieci ankietowanych

Najczęściej ankietowane podają dzieciom do picia wodę niegazowaną, ku tej odpowiedzi skłoniło się 85,7% matek. Napoje gazowane uzyskały najmniejszą liczbę odpowiedzi tylko 1,9% (Rycina 8).

Najwięcej ankietowanych (54,3%) skłoniło się ku odpowiedzi, że ostatni posiłek podawany jest godzinę przed zaśnięciem. Bezpośrednio przed zaśnięciem dziecku podaje posiłek 15,2% ankietowanych.

DYSKUSJA

O zbilansowaną dietę dziecka należy zadbać od najmłodszych lat, powinna zawierać odpowiednią ilość wszystkich składników odżywczych. Nie należy to do najprostszych zadań, ponieważ dzieci często nie chcą spożywać produktów, które są im zalecane. Należy jednak dokładać wszelkich starań by dieta dziecka była prawidłowa, ponieważ wpłynie to na uniknięcie chorób niedoborów pokarmowych, a także zapewni prawidłowy rozwój dziecka. W przyszłości pozwoli na uniknięcie chorób cywilizacyjnych takich jak otyłość czy cukrzyca. Prawidłowe żywienie dziecka umożliwia nabycie prawidłowych nawyków żywieniowych, które będą rzutowały w przyszłości [1,6].

Bez wątpienia świadomość rodziców w temacie żywienia niemowląt i małych dzieci wzrasta, jednak wciąż daleko nam do ideału. Edukacja rodziców oraz ich uświadamianie są bardzo ważne.

W badaniach naszych postanowiono ukazać błędy w żywieniu niemowląt i małych dzieci oraz zbadać wpływ wykształcenia na ich żywienie. Grupę stanowiły matki niemowląt i małych dzieci mieszkające w Ostrołęce. Wśród ankietowanych najczęściej matek było w wieku 25-29 lat (41,9%), posiadających dzieci w wieku 2-3 lat (57,1%), z wyższym wykształceniem (70,5%). Dzieci respondentek na co dzień najczęściej przebywały w domu (76,2%).

Ankietowane z wyższym wykształceniem swoją wiedzę na temat żywienia niemowląt i małych dzieci najczęściej oceniły na dobrą (60,8%). Matki z pozostałym wykształceniem najczęściej swoją wiedzę określiły jako przeciętną (58,1%). Najmniej ankietowanych uważało, że posiada słabą wiedzę w tym temacie (4,8%).

Źródło czerpanej wiedzy na temat żywienia dzieci powinno być wiarygodne i rzetelne, w sieci można znaleźć zarówno prawdziwe informacje, jak i wiele fałszywych nowinek, ważne jest by rozróżnić fakty od fałszu. Wiedza czerpana od innych osób także ma swoje wady i zalety, jeżeli czerpiemy wiedzę od osoby wiarygodnej i posiadającej wiedzę w danym temacie, możemy dowiedzieć się wielu przydatnych wskazówek, jeżeli jest to osoba ze złymi

przekonaniami to może nam jedynie zaszkodzić. Własne doświadczenie może być przydane w żywieniu dziecka, jeśli w przeszłości nauczyliśmy się na swoich błędach. Najbardziej wiarygodnym źródłem jednak jest literatura oraz kursy i szkolenia dotyczące tematu żywienia dzieci. Respondentki z wyższym wykształceniem najczęściej wiedzę na temat żywienia niemowląt i małych dzieci czerpią z książek (66,2%), natomiast matki z pozostałym wykształceniem najczęściej korzystają ze środków masowego przekazu (64,5%).

W badaniach zrealizowanych przez Łukasik, Waksmańska, Gawlik i wsp. również zbadano skąd matki czerpią wiedzę na temat żywienia. Wyniki pokazały, że ankietowani głównie kierują się informacjami zawartymi w Internecie lub poradami od innych osób. Co znalazło pokrycie w badaniach własnych, ponieważ ankietowane z pozostałym wykształceniem, również najczęściej korzystają ze środków masowego przekazu, jednak nie zgadza się z grupą z wyższym wykształceniem, gdzie odpowiadające najczęściej korzystają z literatury [22].

W żywieniu dzieci często zmieniają się wytyczne, z tego powodu powinniśmy ciągle wyrażać chęć do zdobywania nowych informacji w tym temacie. Zadawalający jest fakt, iż w przeprowadzonym badaniu, aż 79% ankietowanych wyraziło chęć do poszerzenia swojej wiedzy.

Wskazania Światowej Organizacji Zdrowia mówią, iż dziecko przez pierwsze 6 miesięcy powinno być karmione wyłącznie piersią na żądanie oraz zaleca późniejsze kontynuowanie karmienia mlekiem matki. Wśród badanych większość (81%) twierdziła, iż pokarm matki jest wystarczający w żywieniu dziecka do 6-tego miesiąca życia. Jednak założyły się matki twierdzące inaczej (14,3%) i było zdania, że mleko kobiece jest niewystarczające, a 4,8% odpowiadających nie знаło odpowiedzi na to pytanie.

Badania, które zostały zrealizowane przez Instytut Matki i Dziecka “Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesiąca życia – badanie ogólnopolskie 2016 rok”, przeprowadzone na grupie 1059 rodziców niemowląt i dzieci z całej Polski, ukazały, że 54% ankietowanych mam karmi piersią przynajmniej do 6-tego miesiąca życia dziecka, natomiast tylko 6% karmi wyłącznie piersią [23].

Dużym problemem są braki w wiedzy na temat rozszerzania diety niemowląt, duża część rodziców podaje posiłki uzupełniające zbyt wcześnie lub zbyt późno. Zalecenia mówią o minimum skończonym 17-tym tygodniu życia dziecka. Niektórzy jako optymalny podają przedział pomiędzy 17-tym a 26-tym tygodniem życia dziecka. Jednak zgodnie z Światową Organizacją Zdrowia, by rozpocząć rozszerzanie diety dziecko powinno skończyć 6 miesięcy. Jest to okres, kiedy niemowlęta nabywają koordynacji ręka-buzia oraz potrafią siedzieć z

podparciem. Co więcej zanika odruch wypychania jedzenia z ust językiem, a dziecko staje się fizycznie gotowe na pokarmy inne niż mleko matki [23].

W badaniach własnych zapytano ankietowane o wiek dziecka, w którym rozpoczęły rozszerzanie diety. Z wyników wynika, iż większość (46,7%) prawidłowo rozpoczęła rozszerzanie diety w 6-tym miesiącu życia. Jednak wśród odpowiadających znalazło się 13,3% matek, które wprowadzały pokarmy stałe w 4-tym miesiącu, 9,5% w 5-tym miesiącu. 6,7% stanowiły odpowiadające, które zaczęły rozszerzanie diety zbyt późno w 8-tym miesiącu. Matki z wyższym wykształceniem najczęściej rozpoczęły urozmaicać dietę dziecka w 6-tym miesiącu (55,4%), natomiast z pozostałym wykształceniem w 4-tym miesiącu (35,5%).

Co ciekawsze zapytano ankietowane „co decyduje o rozpoczęciu rozszerzania diety niemowląt” i wyniki pokazały, że 90,5% wie, że jest to ukończenie 6-tego miesiąca, a tylko 9,5% odpowiedziało, że jest to ukończenie 4-tego miesiąca. Co pokazuje, że mimo świadomości w tej kwestii matki jednak ponad połowa zaczęła rozszerzać dietę zbyt późno lub zbyt wcześnie. Respondentki z wyższym wykształceniem udzieliły nieprawidłowej odpowiedzi w tej kwestii w 1,4%, natomiast z pozostałym wykształceniem w 29,0%. Często jest to przyczyną „dobrych rad” babć, które zachęcają do dokarmiania dziecka, bo uważają, że mama ma mało pokarmu w piersiach, a dziecko na pewno płacze, bo jest głodne.

Według raportu zrealizowanego przez Instytut Matki i Dziecka “Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesiąca życia – badanie ogólnopolskie 2016 rok” niemowlęta w 61% mają rozszerzaną dietę zbyt wcześnie przed lub w 5-tym miesiącu życia. Raport mówi, iż 2/3 rodziców w Polsce rozszerza dietę niezgodnie z zaleceniami [23].

Natomiast badania Łukasik, Waksmańskiej, Gawlik i wsp. mówią, iż jednym z najczęściej popełnianych błędów przez rodziców w Polsce jest zbyt późne wprowadzanie posiłków uzupełniających. Tak więc po części wyniki te zgadzają się z badaniami własnymi, ponieważ wśród ankietowanych znalazły się mamy rozszerzające dietę zarówno zbyt wcześnie jak i za późno [22].

W badaniach własnych 88,6% ankietowanych wiedziało, że podczas rozszerzania diety nie należy podawać dziecku kilku produktów na raz. Jedynie 11,4% uważało odwrotnie. Wśród osób z wyższym wykształceniem nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 5,4%, natomiast wśród odpowiadających z pozostałym wykształceniem nieprawidłowe odpowiedzi to 25,8%.

Wytyczne z 2013 roku twierdzą, iż suplementacja witaminy D powinna być rozpoczęta w pierwszych dniach życia. Nie ma znaczenia czy dziecko jest karmione naturalnie czy sztucznie. Dawka zalecana to 400j.m. od pierwszego do szóstego miesiąca życia oraz 400-600j.m. od szóstego do dwunastego miesiąca. Gdy dziecko skończy rok w zależności od masy

ciała zalecana dawka witaminy to od 600 do 1000j.m. Jeśli w okresie letnim nie dostarczona jest odpowiednia dawka witaminy poprzez syntezę skórą, wtedy suplementacja witaminy D zalecana jest przez cały rok [19, 20].

Ankietowane w większości (88,6%) zdają sobie sprawę z faktu, iż Witamina D wytwarzana w skórze dziecka poprzez promienie słoneczne nie jest wystarczająca na cały rok. 6,7% jednak nie zdaje sobie z tego sprawy. Matki z wykształceniem wyższym udzieliły nieprawidłowej odpowiedzi w 1,4%, natomiast z pozostałym wykształceniem udzielały jej znacznie częściej (12,9%). Badania WHO ukazały natomiast, że 94% dzieci otrzymuje z dietą niewystarczającą ilość witaminy D [23].

Wszystkie ankietowane zdają sobie sprawę, iż wapń jest niezbędny do budowy mocnych kości, w pytaniu dotyczącym istoty wapnia w diecie dziecka, uzyskano 100% poprawnych odpowiedzi.

Modelowy talerz żywieniowy, zaleca by warzywa stanowiły 5 porcji natomiast owoce 4 porcje w jadłospisie dziecka. Nie powinniśmy zastępować wody sokami warzywno-owocowymi, ponieważ nie zaspakajają one pragnienia. Soki nie powinny być podawane przed snem i w nocy, a ilość wypijana przez małe dziecko w ciągu dnia nie powinna przekraczać 350ml. Soki podawane dzieciom nie powinny zawierać cukru. Dzieciom najlepiej służy woda źródlana albo naturalna woda mineralna [18].

Przeprowadzone badania własne ukazały, iż matki mają niewystarczającą wiedzę na temat spożywania przez dzieci owoców, niewielką przewagą zaznaczyły odpowiedź nieprawidłową (46,7%) wszystkich odpowiedzi padło na nie podawanie dziecku 4 porcji owoców. Prawidłowo odpowiedziało 42,9% wszystkich ankietowanych. Matki z wykształceniem wyższym znały prawidłową odpowiedź w 59,5% natomiast z pozostałym wykształceniem jedynie w 16,1%. 10,5% wszystkich ankietowanych w ogóle nie znało odpowiedzi na to pytanie, natomiast, gdy respondentki zapytano o częstość podawania owoców swoim dzieciom największą popularnością cieszyła się odpowiedź codziennie (77,1%). Nikt nie zadeklarował, że jego dziecko nie spożywa owoców, co pokazuje, że mimo faktu, iż matki podają codziennie owoce swoim pociechom, to jednak dzieci otrzymują je w zbyt małych porcjach.

Natomiast, jeśli chodzi o soki warzywno-owocowe respondentki w większości (79%) wiedziały, że dziecku nie należy podawać ich w dowolnych ilościach. Po podziale odpowiadających według wykształcenia widać jednak, że matki z wyższym wykształceniem udzieliły prawidłowej odpowiedzi, aż w 94,6%, natomiast z pozostałym wykształceniem w 45,2% niestety udzieliły nieprawidłowej odpowiedzi na zadane pytanie.

Badanie ogólnopolskie przeprowadzone w 2016 roku, zrealizowane przez Instytut Matki i Dziecka pokazują, iż 88% dzieci otrzymuje za mało warzyw w codziennej diecie [23].

Przeprowadzone badania własne pokazały natomiast, iż matki w 73,3% podają dzieciom warzywa codziennie. Jednak 20% dzieci niestety otrzymuje warzywa co drugi dzień, a 4,8% raz w tygodniu. 1,9% odpowiadających stwierdziło, że ich w ogóle nie spożywają warzyw, czyli łącznie 26,7% dzieci wszystkich ankietowanych nie otrzymuje warzyw w odpowiedniej ilości. Możliwe, że gdyby grupa badanych była większa, to również procent matek zaniedbujących warzywa w diecie dziecka byłby większy. Problem z podawaniem dzieciom warzyw jest większy, ponieważ dzieci stanowiączo wolą owoce niż warzywa [22].

Zalecenia, które zostały opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. pediatrii w 2007r. dotyczące żywienia dzieci zdrowych podają, że korzystne jest spożywanie w ciągu dnia przez dziecko w wieku 12-36 miesięcy 4-5 posiłków dziennie. Powinno się unikać podjadania przez dziecko między posiłkami [24].

W badaniu własnym uzyskane odpowiedzi na pytanie „czy dziecko powinno jeść za każdym razem, gdy jest głodne” rozłożyły się na równi między stwierdzeniem, że tak (47,6), oraz że nie (47,6%). Odpowiedzi na pytanie nie znało 4,5% wszystkich ankietowanych.

Jeśli chodzi natomiast o ilość spożywanych posiłków dziennie to 66,7% wszystkich ankietowanych skłoniło się do stwierdzenia, że ich dziecko spożywa 5 posiłków dziennie, jest to więc spora część podająca prawidłową ilość posiłków. Niestety wśród ankietowanych 14,3% stwierdziło, iż ich dzieci jedzą posiłki nieregularnie.

Podobne wyniki w tym aspekcie uzyskała Łukasik, Waksmańska, Gawlik i wsp. Okazało się, że część dzieci otrzymuje posiłki w zbyt małych lub zbyt dużych ilościach, wahające się nawet od 4 do 11 porcji dziennie [22].

Niestety 81,9% badanych zadeklarowało, iż ich pociechy podjadają między posiłkami, pocieszający jest fakt, iż najwięcej ankietowanych (43,8%) zadeklarowało podjadanie przez dzieci owoców, natomiast duży procent stanowią także słodkie przekąski (24,8%) oraz słone przekąski (10,5%). Nie podjada jedynie 18,1% dzieci, a przekąski w postaci warzyw stanowią jedynie 2,9%.

Badania przeprowadzone przez Łoś-Rycharską i Niecławską mówią, że wraz z wiekiem wzrasta ilość spożywanych przez dzieci słodkich przekąsek. Badanie przeprowadzone na Podkarpaciu mówią, iż ciastka oraz przekąski czekoladowe zajmowały jedno z pierwszych miejsc (71,7%) wśród przekąsek podjadanych przez dzieci [25].

Wskazane jest spożywanie przez dzieci ryb morskich takich jak łosoś, śledź czy szprot. Podawanie dziecku ryby co najmniej raz w tygodniu pozwala na pokrycie zapotrzebowania na

kwas dokozaheksaenowy, co więcej spożywanie ryb przez dzieci jak pokazują najnowsze badania sprzyja rozwojowi tolerancji immunologicznej, raz zmniejsza ryzyko wystąpienia alergii w przyszłości [5].

W pytaniu dotyczącym spożywania ryb przez dzieci ankietowanych ponad połowa (55,2%) podaje je raz w tygodniu. Niepokojący jest fakt, iż 38,1% odpowiadających stwierdziło, iż ich dzieci w ogóle nie spożywają ryb. Najmniej ankietowanych (6,7%) zaznaczyło odpowiedź, że ich pociechy spożywają ryby kilka razy w tygodniu.

Podobne badania zostały przeprowadzone przez Łukasik, Waksmańska, Gawlik i wsp., gdzie tylko nieco ponad połowa badanych (59,7%) poinformowała, że regularnie podaje dziecku ryby [22].

Po podziale odpowiedzi ankietowanych w zależności od wykształcenia okazało się, że osoby z wyższym wykształceniem najczęściej podają ryby raz na tydzień (70,3), natomiast osoby z pozostałym wykształceniem w 77,4% zaznaczyły odpowiedź, mówiącą, że ich dzieci w ogóle nie spożywają ryb, co jest bardzo niepokojącym faktem.

Jednak nie wskazane jest podawanie wszystkich rodzajów ryb, ponieważ niektóre są zanieczyszczone szkodliwymi substancjami takimi jak rtęć. Z tego powodu nie należy podawać dzieciom ryb drapieżnych takich jak makrela czy miecznik [5].

Stanowisko ESPGHAN z 2013 roku mówi o niepodawaniu dzieciom mleka krowiego przed 12-tym miesiącem życia. Mleko krowie ma niewielkie pokłady żelaza, poza tym podawanie dziecku mleka niemodyfikowanego, może doprowadzić do przeciążenia osmotycznego nerek [5].

Najwięcej ankietowanych 41,9% wiedziało, że mleko krowie wprowadzamy po 12-tym miesiącu życia dziecka. 34,3% uważa, że mleko krowie wprowadzamy po 6-tym miesiącu, natomiast po 5-tym miesiącu (6,7%). Brak wiedzy w tym temacie zadeklarowało 17,1% ankietowanych. Jak w większości pytań mimo faktu, iż w większości łącznie wszyscy ankietowani znali odpowiedź to wciąż pozostaje spora grupa osób z niewystarczającą wiedzą.

Po dokładniejszej analizie pytania uwidacznia się fakt, iż respondentki z wyższym wykształceniem na pytanie dotyczące wprowadzenia mleka krowiego do diety dziecka odpowiedziały prawidłowo w 47,3%, twierdząc, że wprowadzamy je po 12-tym miesiącu życia, natomiast matki z pozostałym wykształceniem w 45,2% stwierdziły, że mleko podajemy po 6-tym miesiącu życia. Co po raz kolejny uwidacznia fakt, że wykształcenie ma wpływ na wiedzę dotyczącą żywienia niemowląt i małych dzieci.

Eksperci są zdania, że zdrowe dzieci w wieku 1-3 lat mówią powinny codziennie spożywać pieczywo oraz przetwory zbożowe z pełnego przemiału. Zalecane jest podawanie

dziecku węglowodanów złożonych, które zawarte są w pieczywie pełnoziarnistym, kaszach oraz makaronach [18].

Badania Łukasik, Waksmańska, Gawlik i wsp. mówią, że połowa respondentów nie podaje małym dzieciom pieczywa razowego, natomiast w badaniach własnych codziennie produkty zbożowe podaje 60% ankietowanych. Produktów zbożowych nie spożywa 7,6% ankietowanych [22].

Niepokojącym faktem, jest stosowanie w żywieniu dzieci produktów typu fast-food, a także produktów wysoko przetworzonych. Zdrowa żywność nie zawsze smakuje dzieciom, z tego powodu należy użyć odrobiny sprytu. Przygotowywać posiłki smacznie, ale z pełnowartościowych zamienników dla niezdrowego jedzenia.

Na pytanie dotyczące spożywania przez dzieci ankietowanych produktów typu fast-food, 81,9% matek udzieliło odpowiedzi, że ich dzieci nie spożywają takich produktów. Niestety wśród odpowiadających znalazły się matki podające dzieciom tego typu produkty (18,1%) zaznaczyła, że ich dzieci spożywają fast-food-y. Matki z wyższym wykształceniem w 97,2% udzieliły odpowiedzi, że nie podają swojemu dziecku produktów typu fast-food, natomiast matki z pozostałym wykształceniem w 54,8% niestety udzieliły odpowiedzi, że podają tego typu produkty. Może wynika to z mniejszej wiedzy o szkodliwości tych produktów, lub też z wygody tych osób.

W badaniach Łukasik, Waksmańska, Gawlik i wsp. 30% respondentów podało, że korzysta z produktów typu fast-food. Natomiast badania przeprowadzone na Podkarpaciu pokazały, że 21,9% rodziców podaje posiłki typu fast food swoim dzieciom codziennie [22].

Mimo faktu, iż stanowcza większość badanych знаła odpowiedź na pytanie „Urozmaicona dieta oznacza, iż dziecko powinno spożywać wszystkiego po trochu, a parówka lub kilka frytek nie są niczym złym?”, a jedynie 2 osoby zaznaczyły, odpowiedź popierającą podawanie dziecku wszystkiego i stanowią one 1,9% wszystkich ankietowanych to jak ujawniły poprzednie pytania zdarzają się rodzice, którzy mimo posiadanej wiedzy podają dzieciom np. produkty typu fast-food. W obecnych czasach na każdym kroku jesteśmy kuszeni przez wygodne szybkie jedzenie, jednak warto zastanowić się co jest najlepsze dla rozwoju naszego dziecka.

Z przeprowadzonych badań wynika, że należy stale edukować oraz przypominać rodzicom aktualne zalecenia i standardy w żywieniu niemowląt i małych dzieci. Kształtować ich świadomość i zachęcać do czerpania rzetelnej wiedzy. Zachęcanie do wykorzystywania posiadanej wiedzy w praktyce. Programowanie metaboliczne to klucz do ochrony dzieci przed chorobami cywilizacyjnymi.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wśród matek niemowląt i małych dzieci, zamieszkujących teren miasta Ostrołęka wyciągnięto następujące wnioski:

1. Matki z wyższym wykształceniem mają większą wiedzę na temat sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci od ankietowanych z pozostałym wykształceniem.
2. Zdarza się, że posiadana wiedza tak jak w przypadku rozszerzania diety niemowlęcia mija się z praktyką w codziennym życiu. Mimo, że większość ankietowanych wiedziało, że dodatkowe pokarmy należy wprowadzać w 6-tym miesiącu, to i tak znalazły się matki rozszerzające dietę zbyt wcześnie lub zbyt późno.
3. Mimo faktu, iż w większości dzieci przebywały w domu to i tak w ich żywieniu pojawiały się błędy.
4. Największy deficyt wiedzy oraz ilość popełnianych błędów jest w zakresie czasu rozszerzania diety dziecka, regularności podawanych posiłków, spożywania warzyw i owoców.
5. Najbardziej rażącym błędem wśród matek z pozostałym wykształceniem jest podawanie dzieciom fast-food-ów, które są bardzo niezdrowe oraz zawierają wiele szkodliwych substancji.
6. Problem w obu grupach stanowi podawanie dzieciom ryb, gdyż tylko około połowy dzieci ankietowanych matek spożywa ryby, a niestety duża część dzieci nie spożywa ich w ogóle.
7. Ze względu na występujące nieprawidłowości w żywieniu niemowląt i małych dzieci należy rozpowszechniać opracowane standardy żywienia wśród rodziców dzieci.

PIŚMIENNICTWO

1. Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne Pediatria, 2014, 11, 321-338.
2. Kamińska D.: Wprowadzenie żywności uzupełniającej do diety niemowlęcia według aktualnych wytycznych ESPGHAN. Poradnik Żywienia Niemowląt, 2017, 14, 31-34.
3. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. Układ pokarmowy. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 133-135.

4. Ciborowska H., Rudnicka A.: Dietetyka, Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 538-540.
5. Weker H., Barańska J.: Żywnienie niemowląt i małych dzieci. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2014.
6. Weker H.: Normy żywienia zdrowych dzieci w 1-3 roku życia- stanowisko Polskiej Grupy Ekspertów. Standardy Medyczne Pediatria, 2012, 9, 31-87.
7. Rychlik E., Jarosz M.: Najczęstsze wady w żywieniu dzieci i młodzieży [w:] Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, pod. red. Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, 17-25.
8. Chorzewska J., Wajszczyk B.: Co powinna zawierać zdrowa zbilansowana dieta? Rola urozmaiconej diety [w:] Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, pod. Red. Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, 29-43.
9. Wolnicka K.: Regularne spożywanie posiłków, podjadanie między posiłkami [w:] Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, pod red. Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, 47-52.
10. Rychlik E., Jarosz M.: Znaczenie płynów- dlaczego nie wszystkie są polecane [w:] Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, pod red. Jarosz M. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008, 121-127.
11. Zagórecka E., Socha P., Stolarczyk A. i wsp.: Realizacja zaleceń dotycząca żywienia niemowląt a zwyczaje żywieniowe. [w:] Żywnienie w zdrowiu publicznym, pod red. Januszewicz P., Socha P., Mazur A. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, 84 -105.
12. Lambert J., Agostini C., Elmadfa I. i wsp.: Dietary intake and nutritional status of children and adolescents in Europe. British Journal Nutrition, 2004, 92, S2, 147 -165.
13. Książyk J., Weker H.: Nowe zalecenia żywienia niemowląt od roku 2007. Pediatria Współczesna Gastroenterologia Hepatologia Żywnienie Dziecka, 2007, 9, 9 -14.
14. Socha J., Socha P., Weker H., Neuhoﬀ-Murawska J.: Żywnienie dzieci a zdrowie wczoraj, dziś i jutro. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka, 2010, 12, 1, 34-37.
15. Zagórecka E., Piotrowska-Jastrzębska J.: Żywnienie niemowląt – wybrane aspekty. Pediatria Polska, 2007, 82, 7, 559- 566.

16. Łoś-Rycharska E., Kiejdo P., Czerwionak-Szaflarska M.: Wpływ sposobu żywienia dzieci w wieku niemowlęcym na masę ich ciała w wieku przedszkolnym. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2007, 12, 130, 263-268.
17. Stolarczyk A., Zagórska E.: Wartość odżywcza i sposób żywienia niemowląt w 6 i 12 miesiącu życia w Polsce. *Pediatrica Współczesna Gastroenterologia Hepatologia i Żywnienie Dziecka*, 2006, 8, 111-115.
18. Weker H., Barańska M., Strucińska M.: *Żywnienie Dziecka w wieku od 1 do 3 roku życia*. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
19. Szajewska H., Horvath A.: *Żywnienie i leczenie żywieniowe dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Medyczna Praktyczna, Kraków 2017.
20. Krawczyński M.: Składniki odżywcze i ich zapotrzebowanie i wykorzystanie w ustroju. *Propedeutyka Pediatrii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 121-137.
21. Weker H., Barańska M.: *Żywnienie niemowląt i małych dzieci*. Wydawnictwo Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2014.
22. Łukasik R., Waksmańska W., Gawlik K. i wsp.: Stan wiedzy rodziców na temat żywienia dzieci od urodzenia do 3 lat. *Nowa Pediatria*, 2014, 2, 56-62.
23. http://www.mjakmama24.pl/niemowle/dieta-niemowlaka/schemat-zywienia-niemowlat-zalecenia-dotyczace-zywienia-niemowlat-i-malych-dzieci,556_4382.html pobrano dnia 15.08.2019r., godz.15.33.
24. Dobrzańska A., Czerwionka-Szaflarska M., Kunachowicz H. i wsp.: Zalecenia dotyczące żywienia zdrowych dzieci w wieku 1-3 lata (13-36 miesięcy), opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii. *Standardy Medyczne*, 2008, 5, 11-14.
25. Łoś-Rycharska E., Niećławska A.: Analiza wybranych cech diety dzieci w wieku ponimowlęcym i przedszkolnym w zależności od sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem. *Pediatrica Polska*, 2010, 5, 462-470.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH HEMODIALIZOWANYCH

Magdalena Kuźma¹, Katarzyna Krystyna Snarska², Beata Olejnik³

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Medycyny Wieku rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Układ moczowy człowieka składa się z dwóch nerek, moczowodów, pęcherza moczowego i cewki moczowej. Nerki są jednym z najważniejszych organów ludzkiego ciała, gdyż odpowiadają za usuwanie z organizmu substancji toksycznych oraz końcowych produktów metabolizmu, a także utrzymują równowagę osmotyczną. Nerki położone są w jamie brzusznej w przestrzeni pozaotrzewnowej. Każda z nerek ma kształt fasolki i zbudowana jest z kory (części zewnętrznej) oraz rdzenia (wewnątrz). Jeden narząd składa się z około miliona pojedynczych jednostek zwanych nefronami – ich struktura opiera się na kłębuszkach i kanalikach nerkowych dzięki którym w nerkach odbywa się filtracja [1,2].

Ze względu na duże ukrwienie narządu, przez nerki w ciągu minuty przepływa około 20% krwi przepływającej przez serce - tj. 0,8 – 1,2 litra krwi. 10% tej objętości ulega przesączaniu kłębuszkowemu (GFR). Prawidłowe wartości GFR wahają się 80 – 120 mililitrów na minutę. Wskaźnik GFR jest podstawą do oceny prawidłowej pracy nerek lub stopnia ich uszkodzenia [3].

Epidemiologia chorób nerek

Infekcje dróg moczowych uznawane są za najczęstszą przyczynę rozwoju chorób nerek. Ich konsekwencją jest zapalenie nerek cewkowo-śródmiąższowe. Cierpi na nie około 6 – 22% populacji w zależności od wieku [4]. Zakażenie ma charakter zapalny i jest trzecim co do częstości występowania w Polsce, powstawać może w wyniku nadużywania leków przeciwbólowych lub mieć podłoże bakteryjne. Konsekwencją stanu zapalnego nerek często jest niewydolność tego organu. Choroby nerek rozwijać się mogą również w przebiegu schorzeń takich jak: cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze czy kamica nerkowa oraz choroby

genetyczne – zwiększają ryzyko rozwoju przewlekłej choroby nerek o 50-60%, a nawet upośledzić lub pozbawić układ moczowy jego prawidłowych funkcji [5].

PChN jest obiektem zainteresowania specjalistów wielu dziedzin medycznych. Obecnie uznawana jest za chorobę cywilizacyjną XXI wieku. Może być przyczyną lub następstwem większości jednostek chorobowych. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w różnych miejscach na świecie, wskazują na dużą częstość występowania schorzenia, gdyż dotyka ono około 6-15% populacji w różnych krajach, a nawet około 600 milionów osób na świecie. Szacuje się, iż w Polsce na PChN choruje ponad 4 miliony osób [6].

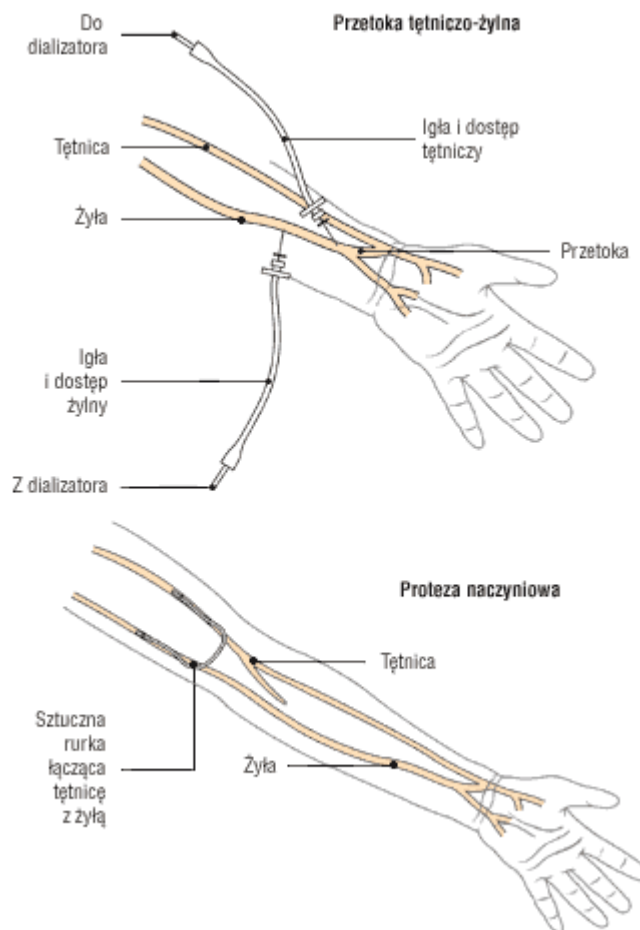
W przypadku poważnych zaburzeń pracy nerek wdrażane jest leczenie nerkozastępcze. Polega ono na zastąpieniu ich czynności poprzez przeszczepienie nerek, hemofiltrację lub dializę (otrzewnowa, hemodializa). Szczególnie obciążające dla chorego jest leczenie hemodializami [4].

Terapia nerkozastępcza niesie za sobą wiele powikłań, wprowadza do życia chorego wiele ograniczeń i wymusza na nim zmianę dotychczasowego stylu życia. Efektem tego typu leczenia jest także występowanie wielu problemów zdrowotnych i psychospołecznych. Obecne podejście do człowieka chorego wiąże się nie tylko z troską o przedłużenie jego życia, ale także z poprawą jego jakości we wszystkich możliwych aspektach [2].

Hemodializa

Hemodializa (dializa pozaustrojowa) jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego. Zabieg przeprowadzany jest przy użyciu dializatora (sztuczna nerka) i charakteryzuje się eliminacją z krwi szkodliwych produktów przemiany materii, nadmiaru wody oraz wszelkich substancji toksycznych dla organizmu [2]. Ten rodzaj dializy wykonywany jest od lat 1940, zaś stosowana jest, jako leczenie stałe od roku 1960 [6]. HD wykonywane są u osób, u których nastąpiło uszkodzenie podstawowych jednostek morfotycznych nerki – nefronów. Objawy chorobowe nasilają się wraz ze wzrostem liczby uszkodzonych nefronów. Może do tego dojść w sposób nagły, gdzie przyczyną jest szkodliwe, nefrotoksyczne działanie niektórych trucizn, alkoholu metylowego, czy przedawkowanie bądź przewlekłe stosowanie niektórych leków [4].

Zabieg hemodializy polega na kilkugodzinnym (4 – 5 godzin) oczyszczaniu krwi chorego z szkodliwych substancji poprzez oddziaływanie płynu dializacyjnego na osocze. Podczas zabiegu dializator przefiltrowuje około 40 – 60 litrów krwi. HD odbywa się poprzez połączenie naczyń krwionośnych chorego (przetoka) z przewodami dializatora [7].

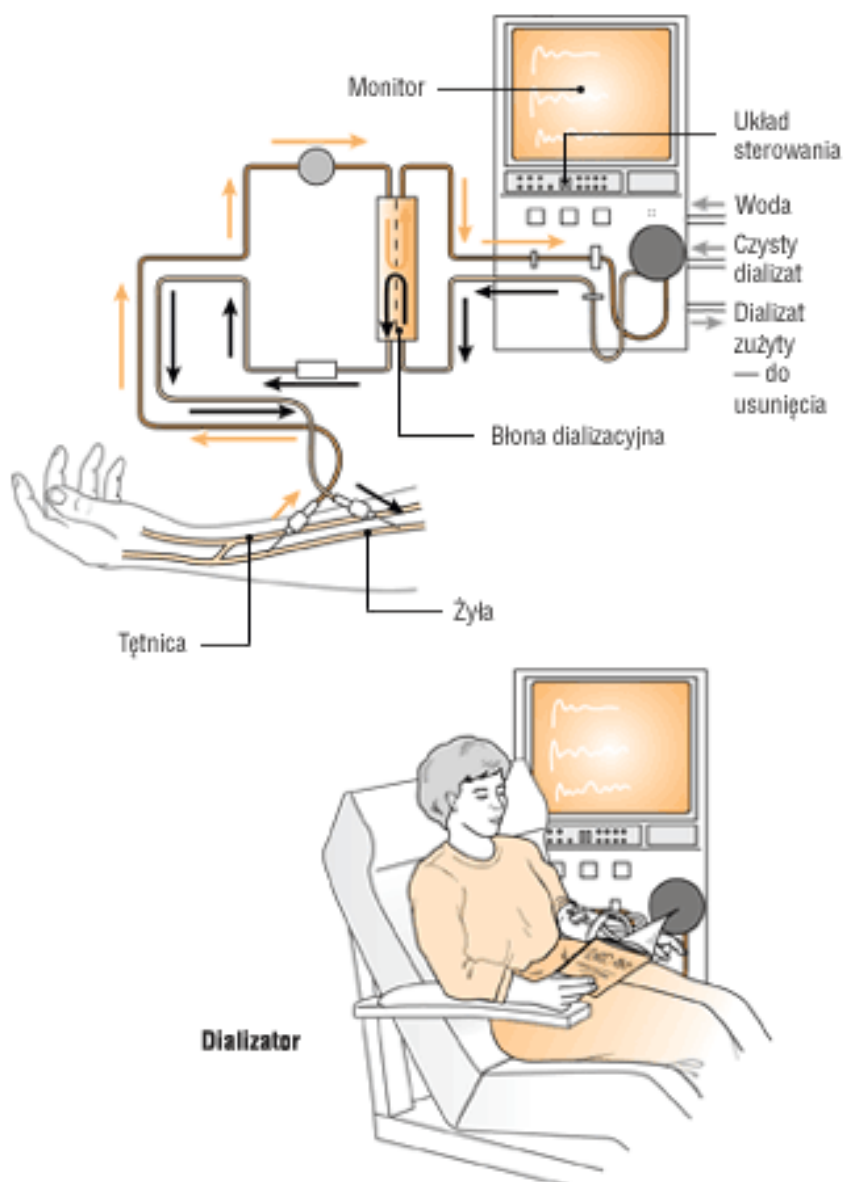


Ryc.1. Dostęp naczyniowy do HD [7].

Podczas hemodializy u chorego mogą wystąpić:

- Nudności
- Wymioty
- Zawroty i bóle głowy
- Złe samopoczucie
- Kurcze mięśni [6].

Pomiędzy zabiegami u chorych występują objawy typu: suchość w jamie ustnej, nadmierne, przewlekłe pragnienie, zmęczenie, zaburzenia snu i bóle głowy. Najczęstszym i najgroźniejszym powikłaniem występującym u chorych pomiędzy zabiegami jest zakrzepica przetoki [8].



Ryc.2. Hemodializa [5].

Hemodializa, jako najbardziej dostępna forma dializoterapii, stosowana jest u chorych zarówno z przewlekłą, jak i ostrą niewydolnością nerek. W celu określenia wskazań do rozpoczęcia HD (ocena GFR) szacuje się uśredniony klirens kreatyniny i mocznika. Stan chorego należy oceniać co miesiąc [8].

Wśród wskazań do hemodializy należy wymienić:

- objawy mocznicy
- przewodnienie
- niekontrolowane nadciśnienie
- cechy niedożywienia

- przewlekłą niewydolność nerek, gdzie poziom kreatyniny we krwi jest $>8\text{mg\%}$
- przedłużająca się ostra niewydolność nerek o ciężkim przebiegu
- ostre zatrucia
- ciężka hiperkalcemia [9].

Głównym założeniem hemodializoterapii jest zastąpienie funkcji nerek, a co za tym idzie, utrzymanie chorego przy życiu, zapewnienie optymalnego leczenia choroby podstawowej i chorób towarzyszących a także zachowanie wysokiego poziomu jakości życia chorego [6].

Powikłania hemodializy

POWIKŁANIA OSTRE

Niewydolność nerek chorych dializowanych doprowadzić może do wielu powikłań. Ostre powikłania zabiegu występują w trakcie jego trwania lub bezpośrednio po nim. Najczęstszymi z nich są:

- hipotonia, której objawami są osłabienie, nudności i utrata przytomności.

Zapobieganie - unikanie nadmiernej i nieadekwatnej ultrafiltracji, stosowanie dializ sekwencyjnych, użycie płynu dializacyjnego wodorowęglanowego oraz profilowanie sodu w dializacie.

- Kurcze mięśni występujące w drugiej połowie dializy wraz ze spadkiem ciśnienia tętniczego.

Zapobieganie – podanie pacjentowi 10–20 ml 10% NaCl lub 20% glukozy.

- Odczyny gorączkowe, zakażenia, brak odporności.

Zapobieganie - stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki, reżim sanitarny

- Zespół pierwszego użycia dializatora z objawami duszności, niepokojem i lękiem, brakiem poczucia bezpieczeństwa.

Zapobieganie - zmiana błony dializacyjnej dializatora i sposobu jej sterylizacji, szybkie zaprzestanie zabiegu hemodializy bez zwrotu krwi z drenów hemodializacyjnych.

- Zator powietrzny z objawami duszności, sinicy i uczuciem ciężaru w klatce piersiowej.
- Zespół niewyrównania (podczas pierwszej fazy dializy) z objawami niepokoju, wymiotami, bólem głowy, dezorientacją i drżeniami mięśniowymi.

Zapobieganie – stosowanie krótkich zabiegów, zmniejszenie odwodnienia.

- Hemoliza z bólami w okolicy lędźwiowej lub brzucha, dusznością i bólami zamostkowymi [2,4].

PRZEWLEKŁE POWIKŁANIA HEMODIALIZY

Powikłania sercowo-naczyniowe

Przewlekła niewydolność nerek wpływa negatywnie na czynność i budowę serca poprzez liczne zaburzenia hemodynamiczne i metaboliczne. Zmiany w budowie serca występują już we wczesnej bezobjawowej nefropatii, przy zachowanej prawidłowej funkcji wydaliniczej nerek, co w efekcie przyczynia się przerostu komory lewej i zwiększenia jej masy. Powikłania sercowo-naczyniowe znacznie zwiększają śmiertelność pacjentów dializowanych [5].

Powikłania mineralne i kostne

Powikłania wynikające z wtórnej nadczynności przytarczyc oparte na niedoborze 1,25-dihydrocholekalcyferolu (1,25(OH)₂D) i hiperfosfatemii [5]. Chorych rozpoczynających dializoterapię charakteryzuje podwyższone stężenie PTH w surowicy i cechy powikłań kostnych szybkim obrotem kostnym. Niektóre przypadki charakteryzują się niskimi wartościami PTH, mieszaną postacią powikłań kostnych, jak również osteomalacją, postacią z wolnym metabolizmem kostnym [10].

Niedokrwistość

Przyczyną niedokrwistości w schyłkowej niewydolności nerek jest niedobór erytropoetyny (EPO, erythropoietin, syntezowanej przez nerki). Ważnym jest stosowanie leków stymulujących erytropoezę (ESA, erythropoiesis-stimulating agent), jak i uzupełnianie niedoborów – głównie witamin i żelaza. Dodatkowo należy przeciwdziałać innym czynnikom wpływającym na rozwój niedokrwistości m.in.: stany zapalne, utrata krwi [7].

Niedożywienie

Pacjentów hemodializowanych charakteryzują dwa typy niedożywienia: typ 1 – białkowo-energetyczny (o zmniejszonym spożyciu białka i energii), gdzie obniżona jest beztłuszczowa masa ciała, a utrzymuje się prawidłowy poziom CRP i albumin w surowicy, typ 2 – niskie stężenie albumin i podwyższone CRP w surowicy mimo prawidłowych pozostałych wskaźników i podaży (składowa zespołu MIA). Typ drugi podnosi ryzyko sercowo-naczyniowe i zwiększa śmiertelność pacjentów HD [8].

Nadciśnienie Tętnicze

Sugerowane prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego przed zabiegiem to 140/90 mmHg i 130/80 mmHg po dializie. Podłoże skoków ciśnienia u chorych dializowanych jest dość złożone, po części wiąże się z przewodnieniem oraz przeciążeniem organizmu chlorkiem sodu. Podstawą jest utrzymanie optymalnej suchej masy ciała, kontrola bilansu płynów oraz sodu. Prawidłowa analiza ciśnienia chorych wymaga kontroli ciśnienia tętniczego w warunkach domowych i ambulatoryjnych, pomiarów przed, w trakcie i po zabiegu [9].

Zaburzenia gospodarki lipidowej

Ze względu na dializy każdy chory musi zmodyfikować swój styl życia oraz dietę. Przy długotrwałym stosowaniu zabiegów sukcesywnie w osoczu wzrasta poziom triglicerydów i frakcji cholesterolu HDL, zaś obniża się cholesterolu LDL. Parametry wskazują na dyslipidemię, która wymaga okresowej kontroli oraz włączenia leczenia wspomagającego fibratami lub statyną w zależności od poziomu triglicerydów [7].

Infekcje Spowodowane Spadkiem Odporności

Pacjenci leczeni nerkozastępczo cechują się niższą niż reszta populacji odpornością humoralną i komórkową, która wraz z biegiem kolejnych dializ i kontaktu krwi z błoną dializacyjną maleje. W toku HD uszkodzeniu ulegają bariery ochronne organizmu – sucha, atroficzna skóra, naruszenie jej ciągłości przy nakłuciu przetoki, przewlekłe utrzymanie cewnika dializacyjnego. Konieczność dializoterapii naraża chorego na kontakt ze szczepami szpitalnymi o wysokiej oporności na antybiotyki. Przerywanie ciągłości tkanek przy każdorazowym nakłuciu przetoki zwiększa narażenie na zakażenia krwiopochodne, sepsę, bakteriemię, infekcyjne zapalenie wsierdza [9].

Początek infekcji w wyniku supresji układu odpornościowego jest bezobjawowy/skąpoobjawowy, zaś jego kolejne fazy są szybkie i burzliwe, wykazujące się dużą śmiertelnością [6]. Ponadto wśród przewlekłych powikłań hemodializy nadmienić należy:

- zaburzenia hematologiczne,
- zaburzenia koagulologiczne,
- zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej,
- zaburzenia endokrynologiczne,
- zaburzenia układu nerwowego,
- zaburzenia sfery psychicznej i snu [11].

Hemodializa a jakość życia

Jakość życia w sferze opieki zdrowotnej warunkowana jest stanem zdrowia chorego definiowanego przez WHO stanem dobrostanu, czyli całkowitego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Choroby przewlekłe i sposoby ich leczenia mają wpływ na każdą z wymienionych sfer [4].

Pacjenci podejmujący się leczenia hemodializami doświadczają wielu niedogodności i ograniczeń wynikających z natury samej choroby i dobranej metody leczenia. Choroby nerek pojawiają się niespostrzeżenie, bezobjawowo i diagnozowane są często zbyt późno, przez co pacjenci muszą pogodzić się z koniecznością leczenia nerkozastępczego przez wiele lat, a wielokrotnie i do końca życia. W efekcie chorzy zmuszeni są do zmiany stylu życia, co często pogarsza jego jakość. Tyczy się to zarówno chorych, jak i ich rodzin. Stała zależność niesie za sobą obciążenia psychiczne i fizyczne. Zabiegi odbywają się 3 razy w tygodniu, leczenie i transport zajmują od 6 – 8 godzin [12].

Wszystko to sprzyja występowaniu depresji, lęku oraz zaburzeń snu i apetytu. Sam zabieg hemodializy może powodować różnego rodzaju powikłania, jak np.: spadek ciśnienia tętniczego krwi, kurcze mięśni, świąd skóry, odczyny gorączkowe. Pacjenci rezygnują z dotychczasowego życia – pracy, aktywności fizycznych, hobby. Na jakość życia chorych największy wpływ ma dobrana metoda leczenia, stosunek personelu, jak i jakość sprawowanej opieki medycznej [5].

Dobór metody leczenia ma duży wpływ na jakość życia pacjenta. Opiera się on o wskazania medyczne, ale także uwzględnia psychologiczne aspekty życia chorego [13]. W celu uzyskania jak najwyższej jakości życia pacjenta w doborze techniki dializacyjnej uwzględnia się:

- wiek chorego
- wagę
- stan ogólny
- status zawodowy i wykształcenie
- zdolność do samoopieki/samoobsługi
- udział w leczeniu/opiece w domu bądź przez osoby trzecie
- stopień współpracy z personelem podczas procesu leczenia
- choroby towarzyszące (w szczególności układu sercowo-naczyniowego)
- tolerancję danej metody hemodializ (powikłania, zwłaszcza ostre)

- koszty leczenia
- dostępność poszczególnych metod w ramach systemu opieki zdrowotnej [10].

Pacjenci doświadczeni chorobą przewlekłą narażeni są na wiele negatywnych emocji – w tym lęków. Chory obawia się o swoją przyszłość w oparciu o przebieg choroby: długotrwałe leczenie, izolację od społeczeństwa i rodziny, ból i jego nasilenie, a także obciążenia swoją osobą rodziny czy wynikłe ograniczenia. W szczególności lękiem napawa ich myśl o śmierci [7].

Wielu z chorych przechodzi fazy akceptacji leczenia nerkozastępczego. Składa się na nie pięć faz:

- etap pierwszy – faza odrzucenia
- etap drugi – faza buntu, gniewu, występują zachowania agresywne przeczące
- etap trzeci – faza negocjacji, poddanie się wierze, Bogu, pokora w zamian za nagrodzenie za podporządkowanie
- etap czwarty – faza depresyjna, w której chory zaczyna dopuszczać do siebie informacje o swoim stanie
- etap piąty – faza akceptacji [14].

Podstawowym narzędziem do oceny jakości życia jest skrócony kwestionariusz WHOQOL-BREF. Jest on uniwersalnym narzędziem badawczym służącym do oceny jakości życia zarówno zdrowych, jak i chorych. Wykorzystywany jest w celach poznawczych i klinicznych. Składa się z 26 pytań z zakresu dziedzin życia takich, jak: środowiskowa, fizyczna, społeczna i psychologiczna. Punktacja każdego z pytań zawiera się w wartościach 1 -5 punktów, a im wyższa punktacja, tym lepsza jakość życia osoby badanej [15].

CELE PRACY

1. Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych
2. Określenie czynników wpływających na jakość życia pacjentów

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie zostało przeprowadzone wśród 107 pacjentów hemodializowanych w I Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku. Narzędzie

badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety i kwestionariusz jakości życia WHOQOL-BREF. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Wyniki opracowano za pomocą programu Excel i przedstawiono graficznie w formie wykresów i tabel.

WYNIKI

Dane socjodemograficzne

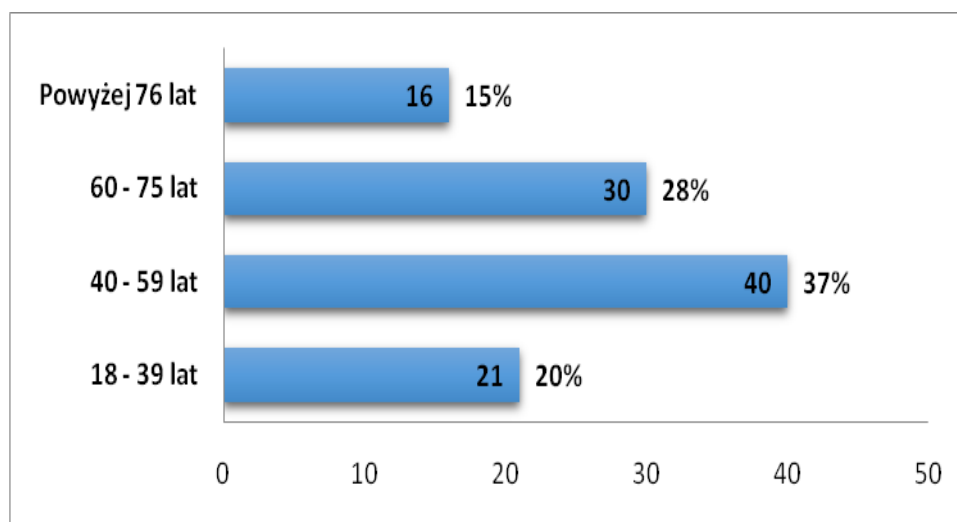
Badaniem objęto 107 pacjentów Stacji Dializ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Wiek

Pytanie o wiek miało charakter otwarty. Na potrzeby niniejszych badań dokonano podziału odpowiedzi badanych na następujące kategorie:

- Grupa I – 18 – 39 lat;
- Grupa II – 40 – 59 lat;
- Grupa III – 60 – 75 lat;
- Grupa IV – powyżej 76 lat.

Przeważający odsetek badanych (37%) stanowiły osoby w wieku 40-59 lat oraz w wieku 60 – 75 lat (28%). Najmłodszych respondentów (w wieku 18-39 lat) było 20%, natomiast najstarszych (mających powyżej 76 lat), było zaledwie 15%. Opisywane informacje przedstawiono na Ryc. 1.



Ryc. 1. Wiek

Średnia wieku badanych wynosiła **56,8 lat ± 16,276**. Średnia wieku kobiet była nieco wyższa i wynosiła **56,9 lat**, natomiast średnia wieku mężczyzn była nieco niższa i wynosiła **56,7 lat**. Najmłodszy badany był w wieku 25 lat i była to kobieta. Najmłodszy mężczyzna miał 27 lat. Najstarszy respondent był w wieku 87 lat i był to mężczyzna. Najstarsza kobieta miała 84 lata. Pierwszy kwartył dla wieku wynosił 45,5, natomiast drugi kwartył wynosił 56. Powyższy opis przedstawiono w tabeli I.

Tabela II. Szczegółowa analiza wieku badanych

	wiek		
	ogółem	kobiet	mężczyzn
Średnia	56,8	56,9	56,7
Minimum	25	25	27
Maksimum	87	84	87
Odchylenie standardowe	16,276		
Pierwszy kwartył	45,5		
Drugi kwartył	56		

Płeć

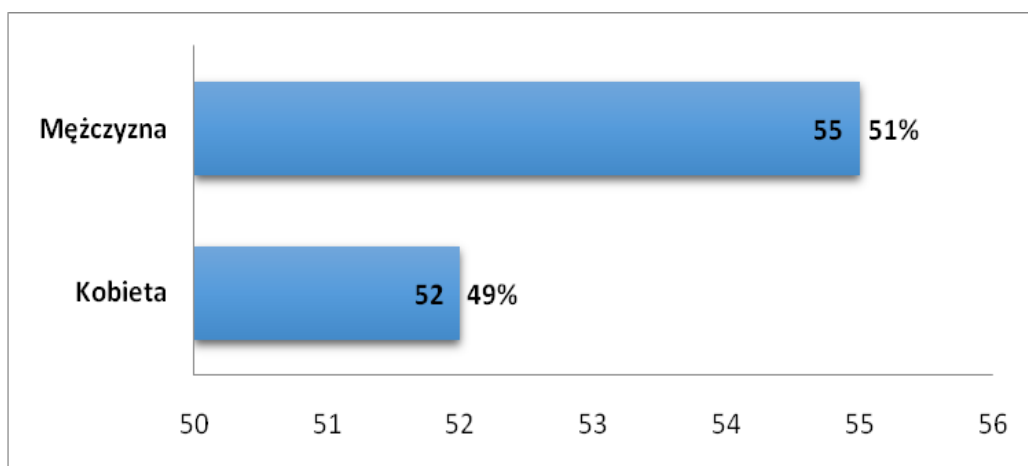
Analizując płeć badanych stwierdzono niewielką różnicę, z przewagą dla mężczyzn – było ich 55, co stanowiło 51% badanych. Pozostałe 49% to kobiety, co stanowiło 52 osoby (Ryc. 2).

Miejsce zamieszkania

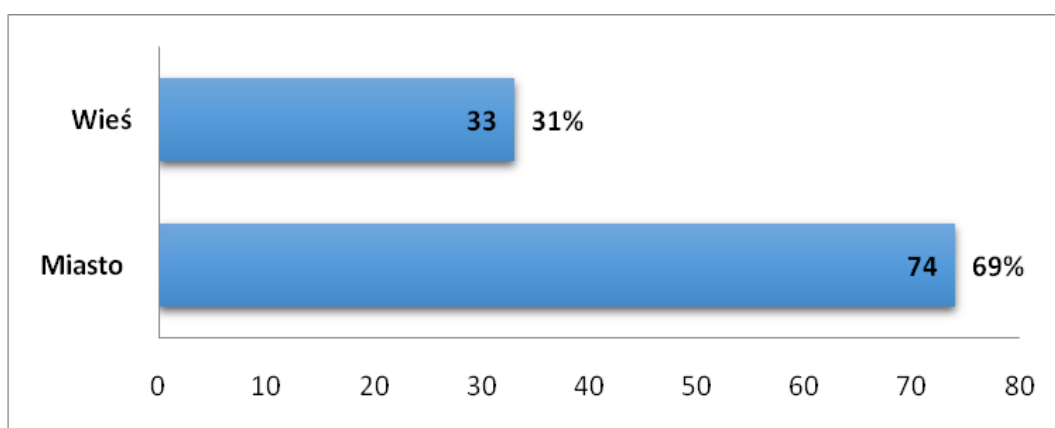
Zdecydowana większość badanych 69% zamieszkiwała miasta. We wsi mieszkało 31% respondentów, co stanowiło 33 osoby. Opisywane informacje przedstawiono na Ryc. 3.

Wykształcenie

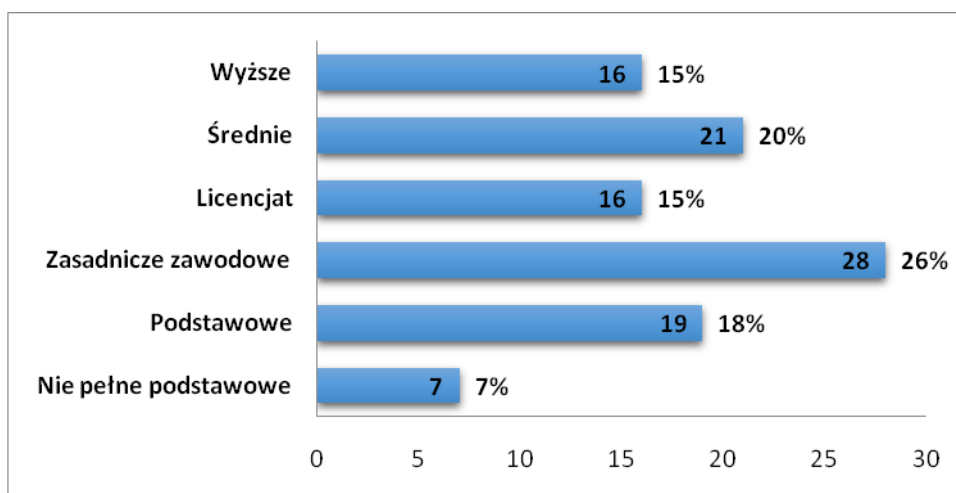
Największy odsetek badanych, bo ponad ¼ (26%) stanowiły osoby posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe. Wykształcenie średnie posiadało 20% badanych. Taki sam odsetek respondentów (15%) posiadało wykształcenie wyższe oraz licencjat. 18% ankietowanych było po podstawówce, natomiast 6% badanych nie ukończyło podstawówki (Ryc. 4).



Ryc. 2. Płeć



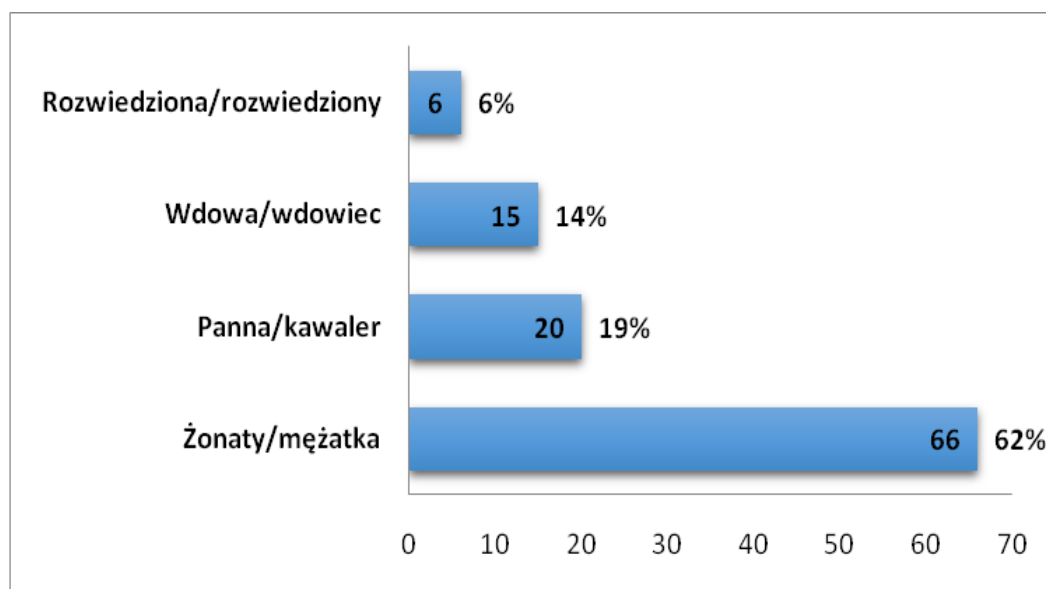
Ryc. 3. Miejsce zamieszkania



Ryc. 4. Wykształcenie

Stan cywilny

Zdecydowaną większość badanych, bo aż 62% stanowiły osoby będące w związku małżeńskim. Panien i kawalerów było 19%, wdów i wdowców 14%, natomiast osób rozwiedzionych 5%. Powyższe opis ukazuje Ryc. 5.



Ryc. 5. Stan cywilny

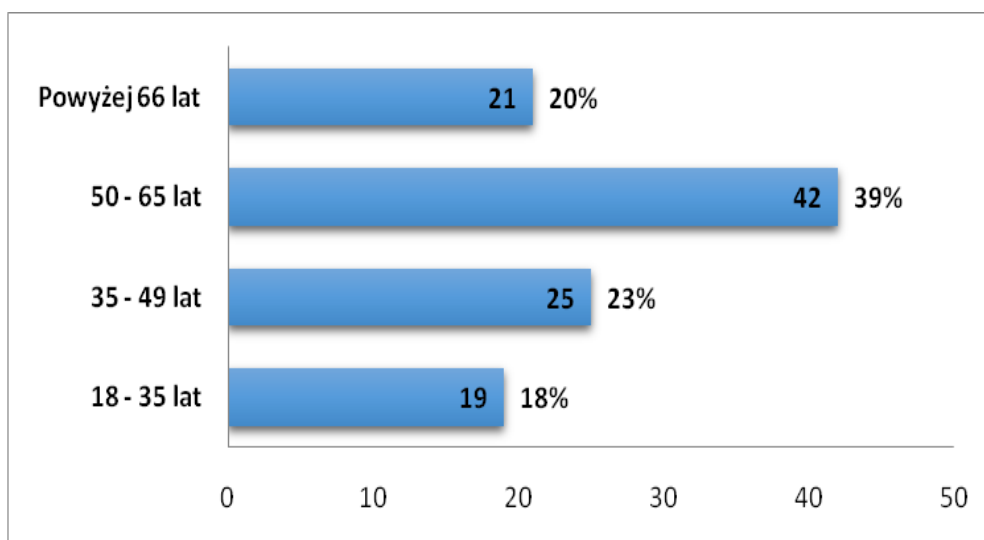
Wiek, w chwili rozpoczęcia dializ

Pytanie o wiek badanych, w momencie rozpoczynania dializoterapii miało charakter otwarty. Uzyskane odpowiedzi zostały zakwalifikowane do następujących kategorii:

- Grupa I – 18-45 lat;
- Grupa II – 35-49 lat;
- Grupa III – 50-65 lat;
- Grupa IV – powyżej 66 lat.

Największy odsetek badanych, bo aż 39% rozpoczynało dializy w wieku 50-65 lat. Osoby rozpoczynające dializy w wieku 35-49 lat, stanowiły 23% badanych, a w wieku powyżej 66 lat – 20%. Najmłodsi respondenci (do 35 lat) stanowili 18% badanych. Ryc. 7.

Analizując dane zawarte w tabeli III stwierdzono, że średnia wieku w momencie rozpoczynania dializoterapii wynosiła $51,32 \pm 15,44$. Najmłodsza osoba rozpoczęła dializy w wieku 18 lat, natomiast najstarsza w wieku 84 lata. Pierwszy kwartył wynosił 42 lata, a drugi 50 lat.



Wykres 7. Wiek, w chwili rozpoczęcia dializ

Tabela III. Analiza szczegółowa wieku badanych, w momencie rozpoczęcia dializ

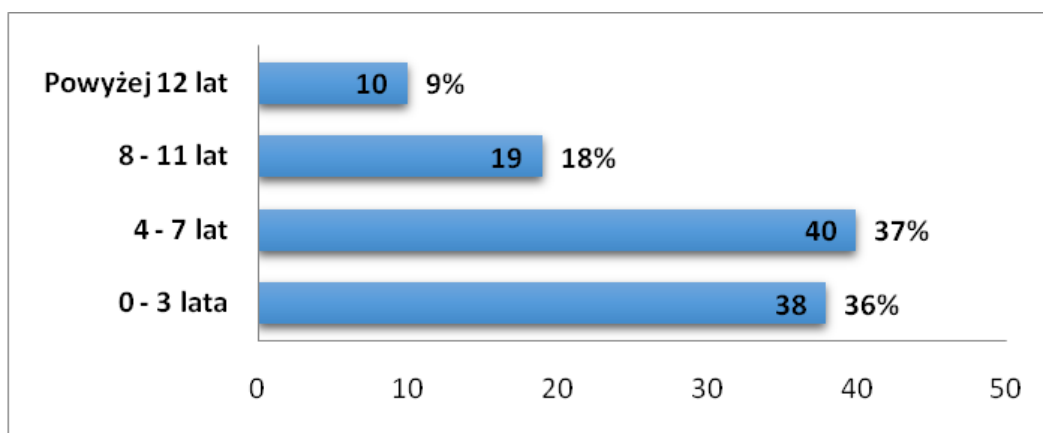
	Wiek, w chwili rozpoczęcia dializ
Średnia	51,32
Minimum	18
Maksimum	84
Odchylenie standardowe	15,44
Pierwszy kwartył	42
Drugi kwartył	50

Czas trwania dializoterapii

Pytanie to miało również charakter otwarty. Odpowiedzi respondentów zostały przydzielone do następujących grup:

- Grupa I – okres trwania dializoterapii 0 – 3 lata;
- Grupa II – okres trwania dializoterapii 4 – 7 lat;
- Grupa III – okres trwania dializoterapii 8 – 11 lat;
- Grupa IV – okres trwania dializoterapii powyżej 12 lat.

Zbliżony odsetek pacjentów dializował się do trzech lat oraz 4-7 lat, odpowiednio 36% i 37% badanych. 18% badanych było pacjentami Stacji Dializ 8-11 lat, a 9% powyżej 12 lat. Opisywane informacje przedstawiono na Ryc.8.



Ryc. 8. Czas trwania dializoterapii

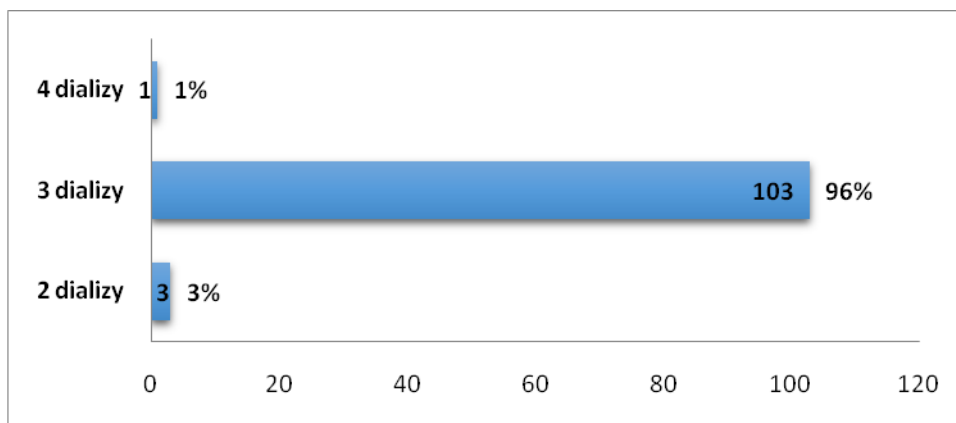
Analizując dane zawarte w tabeli IV, stwierdzić można że średni czas trwania dializoterapii wynosił $5,46 \pm 4,03$ lat. Pacjent dializujący się najkrócej, dializował się zaledwie od 2 miesięcy, natomiast najdłużej deklarowanym okresem trwania dializ było 17 lat. Pierwszy kwartyl dla okresu trwania dializoterapii wynosił 2 lata, natomiast drugi kwartyl - 5 lat.

Tabela IV. Analiza szczegółowa czasu trwania dializoterapii

Średnia	5,46
Minimum	2 miesiące
Maksimum	17
Odchylenie standardowe	4,03
Pierwszy kwartyl	2
Drugi kwartyl	5

Ilość dializ w tygodniu

Zdecydowana większość badanych, bo aż 96%, co stanowiło 103 osoby, miało wykonywane w tygodniu 3 dializy. 3% ankietowanych deklarowało, że miało 2 hemodializy tygodniowo, natomiast 1% badanych miało 4 hemodializy w tygodniu. Opisywane informacje przedstawiono na poniższej rycinie.



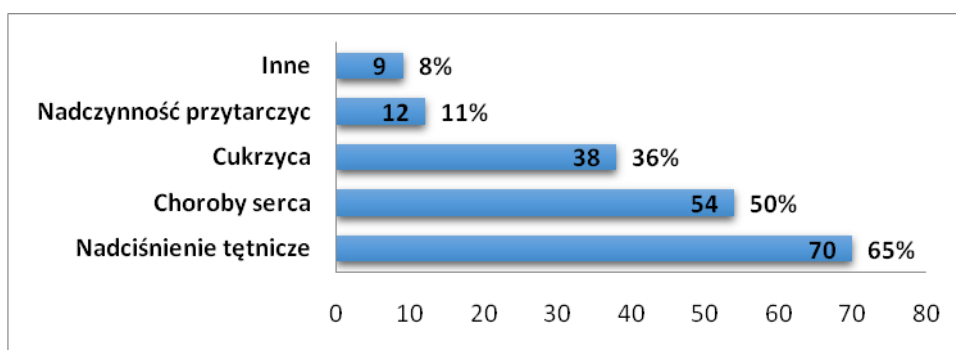
Ryc. 9. Ilość dializ w tygodniu

Choroby współistniejące

Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru, tak więc uzyskane wartości procentowe nie sumują się do 100% oraz częściowo otwarty (istniała możliwość wpisania własnej odpowiedzi). Aż 65% badanych deklaroowało, że chorują na nadciśnienie tętnicze. Połowa badanych cierpiała na choroby serca. Na cukrzycę chorowało 36% pacjentów. Występowanie nadczynności przytarczyc deklaroowało 11% badanych. Odpowiedź „inne” wybrało 8% respondentów. Deklarowali oni występowanie następujących schorzeń:

- miażdżycy – 4 badanych;
- ziarnikowatość Wegenera – 1 osoba;
- niedoczynność tarczycy – 1 pacjent;
- zapalenie stawów – 1 osoba
- zespół cieśni kanału nadgarstka – 1 pacjent;
- brak chorób współistniejących – 2 osoby.

Opisywane dane zobrazowano na Ryc. 10.



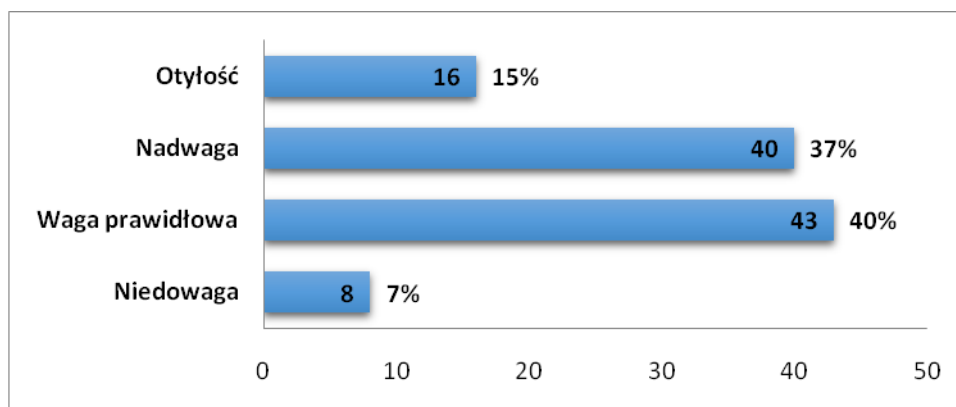
Ryc. 10. Choroby współistniejące

BMI

Na podstawie informacji o wadze i wzroście badanych, każdej osobie wyliczono wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index). Pacjentów zakwalifikowano do czterech grup:

- Grupa I – niedowaga (<16,0);
- Grupa II – waga prawidłowa (18,5 – 24,99);
- Grupa III – nadwaga (25,0 – 29,99);
- Grupa IV – otyłość (≥30,0).

Największy odsetek badanych, bo 40% posiadało prawidłową masę ciała. Osoby z nadwagą stanowiły 37% badanych, a z otyłością 15%. Pacjenci niedożywieni stanowili 8% grupy badawczej. Ryc. 11.



Ryc. 11. BMI

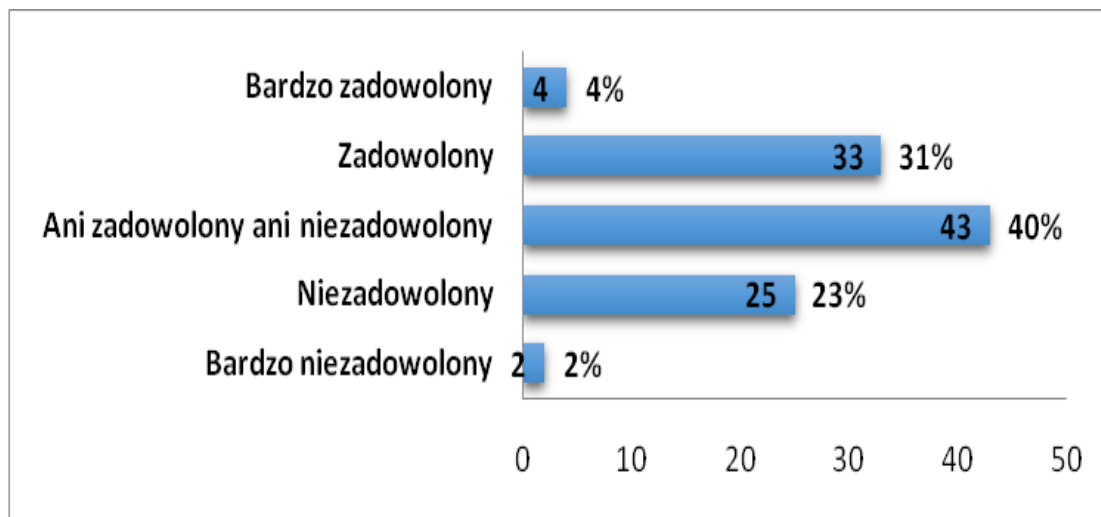
Wartość średnia BMI wynosiła **25,52 ± 5,05** i mieściła się na granicy przedziału wagi prawidłowej i nadwagi. Najmniejsze BMI wynosiło **15,75** (wyglodzenie) natomiast najwyższe wynosiło **45,52** (skrajna otyłość). Tabela V.

Tabela V. Szczegółowa analiza wartości BMI

	Wskaźnik BMI
Średnia	25,52
Minimum	15,75
Maksimum	45,52
Odchylenie standardowe	5,05

Analiza Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL-BREF

Przeważający odsetek badanych (40%) deklarowało, że są ani zadowoleni ani niezadowoleni z jakości swojego życia. 31% pacjentów przyznało, że są zadowoleni z jakości życia, a 4% że są bardzo zadowoleni. Osoby niezadowolone stanowiły 23% badanych a bardzo niezadowolone 2%. Opisywane informacje przedstawiono na Ryc. 12.



Ryc. 12. Rozkład procentowy i liczbowy odpowiedzi na pytanie o jakość życia

Tabela VI. Wartość średnia jakości życia

	Jakość życia Kwestionariusz WHOQOL-BREF
Średnia	3,11
Odchylenie standardowe	0,87

Przyglądając się danym zawartym w powyższej tabeli, stwierdzić można, że średnia jakość życia wskazana przez badanych wynosiła **3,11 ± 0,87**, co odpowiada wariantowi odpowiedzi „ani zadowolony ani niezadowolony” – poziom przeciętny.

Dokonano szczegółowej oceny zależności pomiędzy deklarowaną przez badanych jakością życia a wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem cywilnym, wiekiem w momencie rozpoczęcia dializ, czasem trwania dializoterapii oraz wskaźnikiem BMI badanych.

Szczegółowe dane zamieszczono w tabelach VII - XIII oraz na wykresach 13 – 20.

Tabela VII. Zależności pomiędzy deklarowaną jakością życia a wiekiem badanych

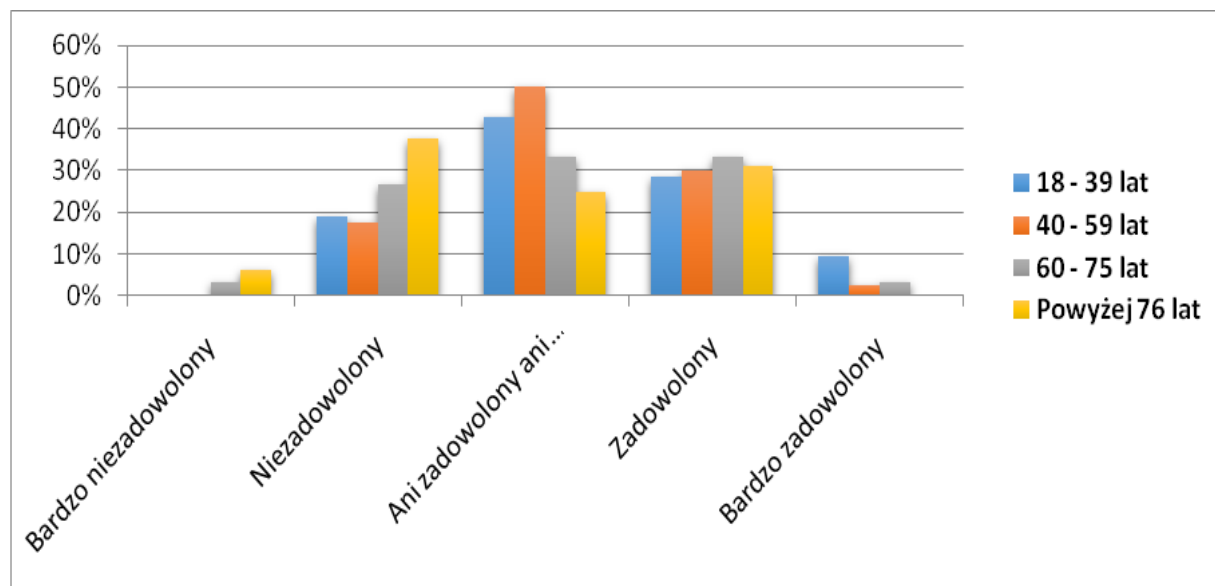
Wiek		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
18 - 39 lat	N	0	4	9	6	2	21
	%	0%	19%	43%	29%	10%	100%
40 - 59 lat	N	0	7	20	12	1	40
	%	0%	18%	50%	30%	3%	100%
60 - 75 lat	N	1	8	10	10	1	30
	%	3%	27%	33%	33%	3%	100%
Powyżej 76 lat	N	1	6	4	5	0	16
	%	6%	38%	25%	31%	0%	100%
Chi square		36,8414					
P		0,000237					

Analiza statystyczna wykazała istotność statystyczną na poziomie $p < 0,001$ pomiędzy deklarowaną przez pacjentów dializowanych jakością życia, a wiekiem badanych (chi kwadrat=36,8414, $p=0,000237$) - Tabela VII.

Pacjenci bardzo niezadowoleni z jakości swego życia stanowili 6% osób w wieku powyżej 76 lat oraz 3% w wieku 60 – 75 lat. Przeważający odsetek najstarszych pacjentów było niezadowolonych z jakości życia (38% osób w wieku powyżej 76 lat oraz 27% w wieku 60 – 75 lat). Osoby bardzo zadowolone z jakości życia reprezentowali pacjenci najmłodsi (10% osób w wieku 18 – 39 lat oraz 3% w wieku 40 – 59 lat). Ankietowani, którzy deklarowali zadowolenie z jakości życia stanowili zbliżoną reprezentatywność we wszystkich przedziałach wiekowych (pomiędzy 29% a 33%). Połowa badanych w wieku 40 – 59 lat zgłosiła jakość życia na poziomie przeciętnym. Opisywane informacje w sposób graficzny przedstawiono na Ryc. 13.

Analiza statystyczna nie wykazała istotności statystycznej pomiędzy jakością życia badanych a płcią (chi square=4,3627; $p=0,35914$). Tabela VII. Taki sam odsetek kobiet i mężczyzn było bardzo niezadowolonych z jakości swojego życia (2%) oraz bardzo zadowolonych (4%). Przeważający odsetek kobiet wskazało że są zadowolone z jakości życia

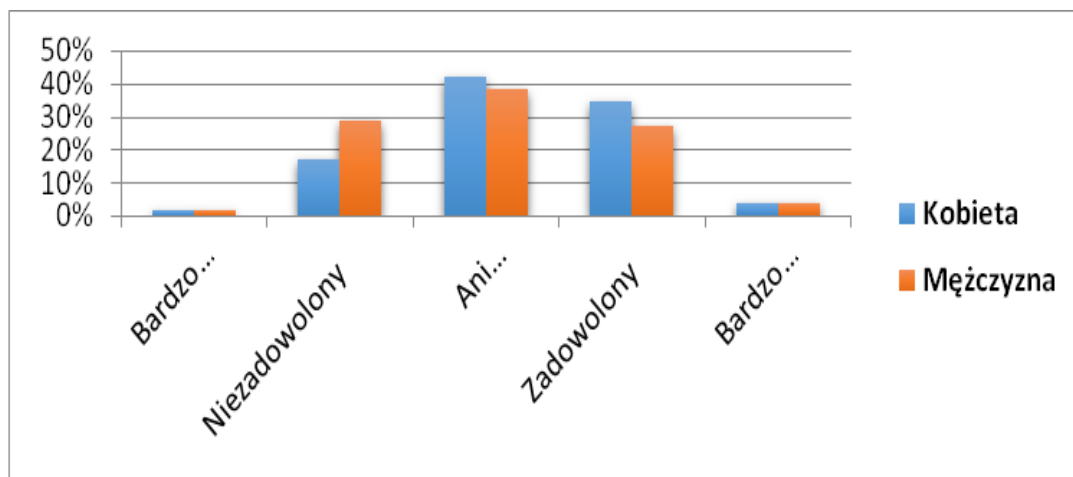
(35%), również przewaga kobiet wskazała poziom przeciętny (42%). 29% mężczyzn i 17% kobiet deklaroowało, że jest niezadowolonych z jakości swojego życia. Powyższy opis ukazuje Ryc. 14.



Ryc. 13. Zależności pomiędzy deklarowaną jakością życia a wiekiem badanych

Tabela VIII. Zależności pomiędzy jakością życia a płcią badanych

Płeć		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Kobieta	N	1	9	22	18	2	52
	%	2%	17%	42%	35%	4%	100%
Mężczyzna	N	1	16	21	15	2	55
	%	2%	29%	38%	27%	4%	100%
Chi square		4,3627					
P		0,35914					

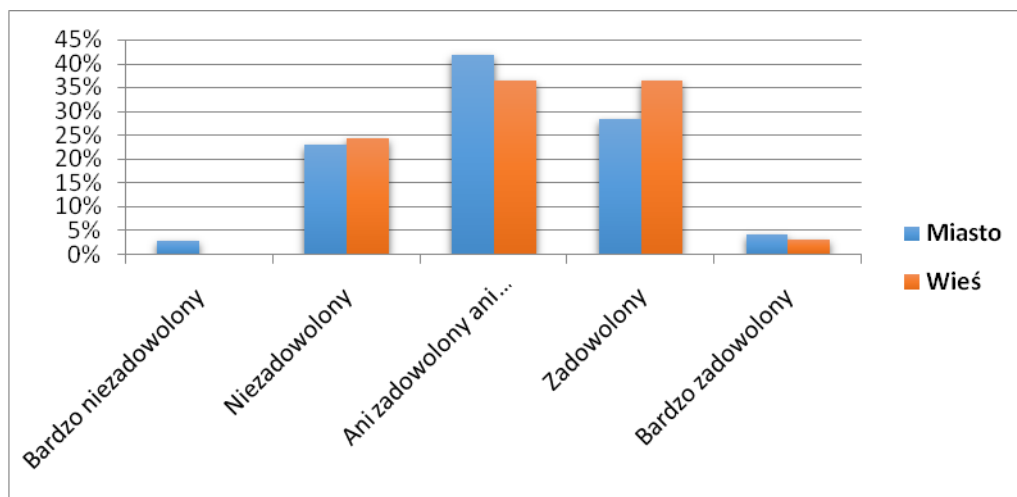


Ryc. 14. Zależności pomiędzy jakością życia a płcią badanych

Tabela IX. Zależności pomiędzy jakością życia a miejscem zamieszkania

Miejsce zamieszkania		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Miasto	N	2	17	31	21	3	74
	%	3%	23%	42%	28%	4%	100%
Wieś	N	0	8	12	12	1	33
	%	0%	24%	36%	36%	3%	100%
Chi square		2,6257					
P		0,622282					

Zależności pomiędzy jakością życia badanych a miejscem zamieszkania nie były istotne ze statystycznego punktu widzenia (chi square=2,6257; p=0,622282). Tabela VIII. 3% mieszkańców miast było bardzo niezadowolonych z jakości swojego życia. Zbliżony odsetek respondentów zamieszkujących wsie i miasta określiło jakość życia na poziomie niezadowolenia (24% mieszkańców wsi oraz 23% mieszkańców miast) oraz dużego zadowolenia (4% mieszkańców miast i 3% mieszkańców wsi). Taki sam odsetek pacjentów zamieszkujących wsie (36%) deklarowało przeciętną jakość życia oraz zadowolenie z jakości życia. Opisywane informacje zilustrowano na Ryc. 15.



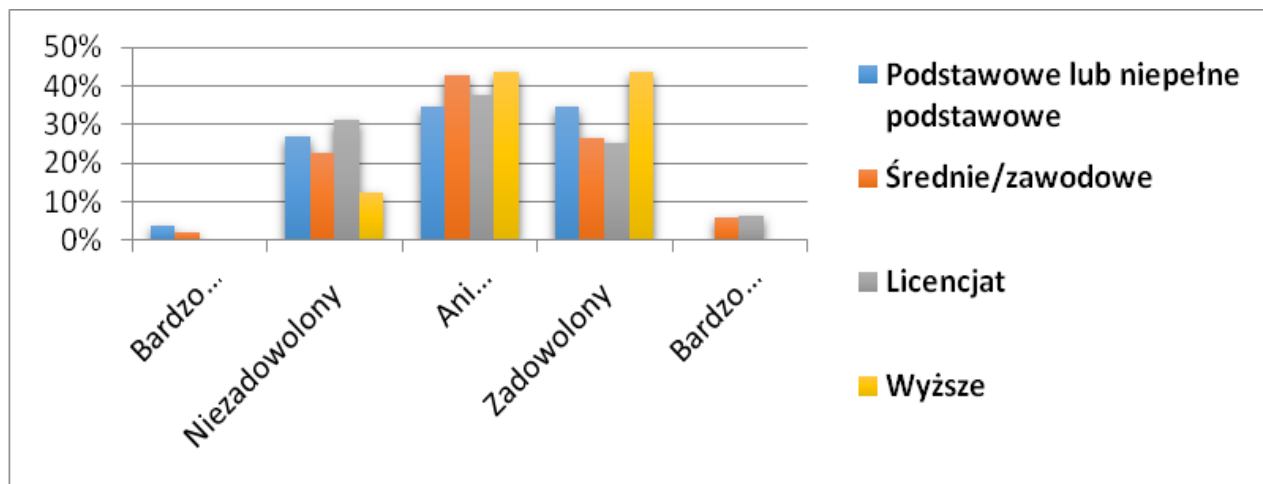
Ryc. 15. Zależności pomiędzy jakością życia a miejscem zamieszkania

Tabela X. Zależności pomiędzy jakością życia a posiadanym wykształceniem

Wykształcenie		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Podstawowe lub niepełne podstawowe	N	1	7	9	9	0	26
	%	4%	27%	35%	35%	0%	100%
Średnie/zawodowe	N	1	11	21	13	3	49
	%	2%	22%	43%	27%	6%	100%
Licencjat	N	0	5	6	4	1	16
	%	0%	31%	38%	25%	6%	100%
Wyższe	N	0	2	7	7	0	16
	%	0%	13%	44%	44%	0%	100%
Chi square		25,9738					
P		0,010826					

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotną zależność statystyczną ($p < 0,01$), pomiędzy jakością życia pacjentów a ich wykształceniem (chi square=25,9738; $p = 0,010826$). Tabela X. Pacjenci bardzo niezadowoleni z jakości życia posiadali wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (4%) oraz średnie/zawodowe (2%). Taki sam odsetek badanych

(44%) posiadających wykształcenie wyższe zgłosiło jakość życia na poziomie przeciętnym oraz wysokim. Również taki sam odsetek pacjentów (35%) posiadających wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe deklarowało jakość życia na poziomie przeciętnym oraz wysokim. 6% respondentów posiadających wykształcenie średnie/zawodowe oraz licencjat było bardzo zadowolonych z jakości swojego życia. Opisywane informacje ukazuje Ryc.16.

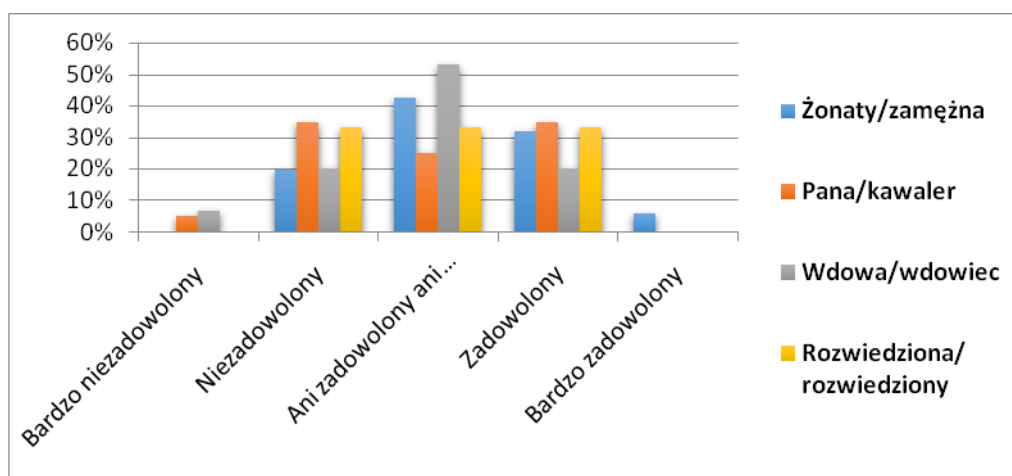


Ryc. 16. Zależności pomiędzy jakością życia a posiadanym wykształceniem

Tabela XI. Zależności pomiędzy jakością życia a stanem cywilnym

Stan cywilny		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Żonaty /zameżna	N	0	13	28	21	4	66
	%	0%	20%	42%	32%	6%	100%
Pana/kawaler	N	1	7	5	7	0	20
	%	5%	35%	25%	35%	0%	100%
Wdowa/wdowiec	N	1	3	8	3	0	15
	%	7%	20%	53%	20%	0%	100%
Rozwiedziona/rozwiedziony	N	0	2	2	2	0	6
	%	0%	33%	33%	33%	0%	100%
Chi square		39,347					
P		0,000092					

Analiza statystyczna wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$, pomiędzy jakością życia badanych a stanem cywilnym ($\chi^2 = 39,347$; $p = 0,000092$). Tabela XII. Tylko 6% pacjentów żonatych/zamężnych deklaroowało duże zadowolenie z jakości swojego życia. Duże niezadowolenie z jakości życia zgłosiło 7% wdów i wdowców oraz 5% panien i kawalerów. Taki sam odsetek pacjentów (33%) określiło jakoś życia na poziomie przeciętnym, złym oraz dobrym. Przeważający odsetek osób zamężnych/ żonatych (42%) oraz wdów i wdowców (53%) wskazało na przeciętną jakość życia. Powyższy opis przedstawiono w graficzny sposób na Ryc. 17.



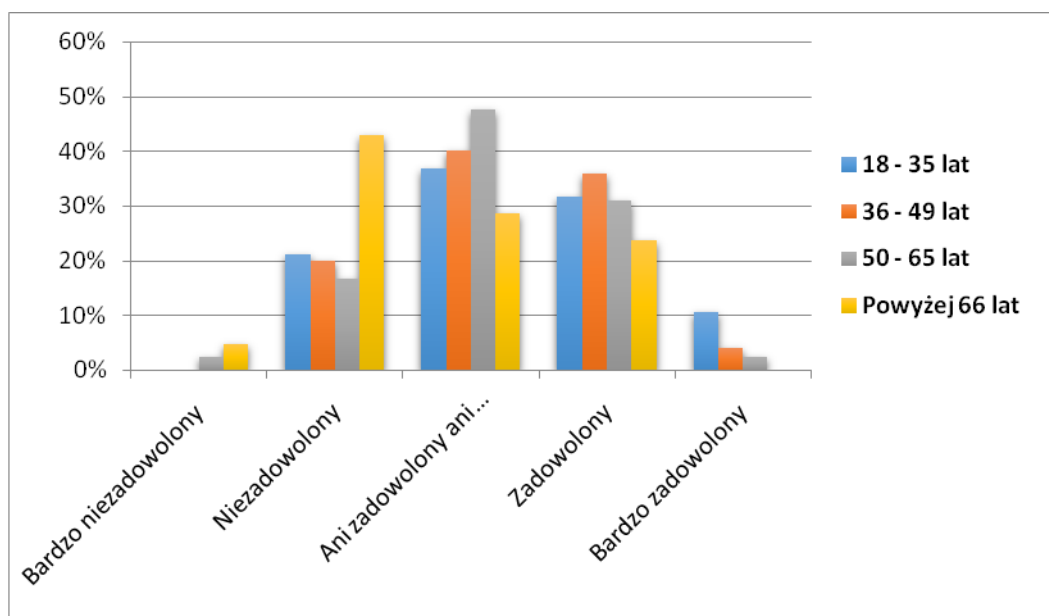
Ryc. 17. Zależności pomiędzy jakością życia a stanem cywilnym

Tabela XII. Zależności pomiędzy jakością życia a wiekiem w momencie rozpoczęcia dializ

Wiek, w momencie rozpoczęcia dializ		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
18 - 35 lat	N	0	4	7	6	2	19
	%	0%	21%	37%	32%	11%	100%
36 - 49 lat	N	0	5	10	9	1	25
	%	0%	20%	40%	36%	4%	100%
50 - 65 lat	N	1	7	20	13	1	42
	%	2%	17%	48%	31%	2%	100%
Powyżej 66 lat	N	1	9	6	5	0	21
	%	5%	43%	29%	24%	0%	100%
Chi square		43,9079					
P		0,000016					

Analiza statystyczna zależności jakości życia badanych w odniesieniu do wieku, w momencie rozpoczęcia dializ, wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$ (chi square=43,9079; $p=0,000016$). Tabela XII.

Pacjenci bardzo niezadowoleni z jakości swojego życia reprezentowali 5% pacjentów rozpoczynających hemodializy powyżej 66 roku życia, a także 2% osób wchodzących w dializy w wieku 50 – 66 lat. Odsetek osób bardzo zadowolonych z jakości życia malał wraz z późniejszym wiekiem rozpoczynania dializ (11% osób rozpoczynających dializy w wieku 18 – 35 lat, 4% w wieku 36 – 49 lat oraz 2% w wieku 50 – 65 lat). Aż 43% respondentów rozpoczynających dializy w najstarszym wieku, było niezadowolonych z jakości życia. Poziom przeciętny wskazało 48% osób wchodzących w dializy w wieku 50 – 65 lat, 40% w wieku 36 – 49 lat, 37% najmłodszych osób oraz 29% rozpoczynających hemodializy w wieku powyżej 66 lat. 36% pacjentów rozpoczynających dializy w wieku 36 – 49 lat deklarowało zadowolenie z jakości życia. Wysoki poziom jakości życia wskazało również 32% osób w wieku 18 – 35 lat oraz 31% w wieku 50 – 65 lat. Opisywane dane ukazuje Ryc. 18.



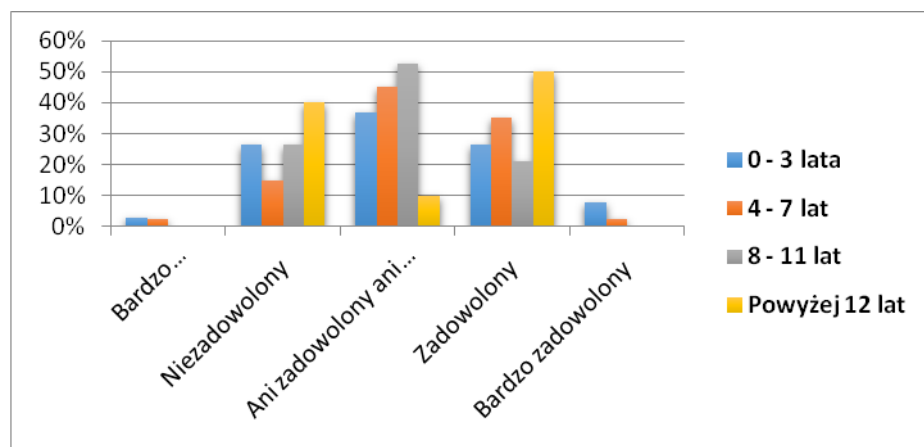
Ryc. 18. Zależności pomiędzy jakością życia a wiekiem w momencie rozpoczęcia dializ

Analiza statystyczna wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$, pomiędzy jakością życia badanych a okresem trwania dializoterapii (chi square=67,1789; $p=0,00001$). Tabela XIII. Taki sam odsetek badanych (3%) dializujących się najkrócej (7 lat i mniej), wskazało na duże niezadowolenie z jakości życia. Jakość życia na poziomie bardzo

wysokim określiło 8% pacjentów dializujących się krócej niż 3 lata oraz 1 pacjent, który dializował się 4 – 7 lat. Aż 40% pacjentów o czasie trwania dializ dłuższym niż 12 lat oraz 26% dializujących się 3 lata i krócej i 8 – 11 lat, było niezadowolonych z jakości życia. Poziom przeciętny wskazało 53% osób o czasie trwania dializ 8 – 11 lat oraz 45% dializujących się 4 – 7 lat. Połowa pacjentów dializujących się najdłużej była zadowolona z jakości życia.

Tabela XIII. Zależności pomiędzy jakością życia a okresem trwania dializoterapii

Okres trwania dializoterapii		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
0 - 3 lata	N	1	10	14	10	3	38
	%	3%	26%	37%	26%	8%	100%
4 - 7 lat	N	1	6	18	14	1	40
	%	3%	15%	45%	35%	3%	100%
8 - 11 lat	N	0	5	10	4	0	19
	%	0%	26%	53%	21%	0%	100%
Powyżej 12 lat	N	0	4	1	5	0	10
	%	0%	40%	10%	50%	0%	100%
Chi square		67,1789					
P		0,00001					



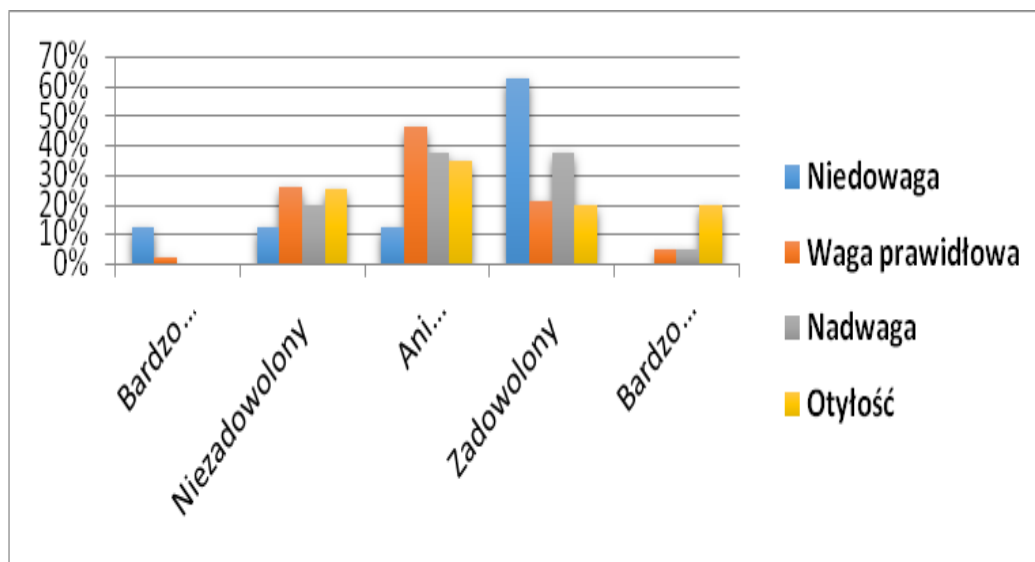
Ryc. 19. Zależności pomiędzy jakością życia a okresem trwania dializoterapii

Analizując jakość życia pacjentów w zależności od wskaźnika masy ciała BMI, wskazano na bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$ (chi square=108,9333; $p=0,00001$). Tabela XIV. 13% respondentów posiadających niedowagę i 2% osób o prawidłowej masie ciała, wskazało na duże niezadowolenie z jakości swojego życia. Taki sam odsetek pacjentów (38%) mających nadwagę określiło jakość życia na poziomie przeciętnym i wysokim. Niezadowolenie z jakości życia deklarowało 26% osób o prawidłowej wadze oraz 25% cierpiących na otyłość. Poziom przeciętny wskazało 47% osób o prawidłowym ciężarze ciała, a także 35% pacjentów otyłych i 13% mających na niedowagę. Przeważający odsetek osób z niedowagą (63%) była zadowolona z jakości życia. Bardzo wysoki poziom jakości życia wskazało 20% osób cierpiących na otyłość, a także 5% osób o prawidłowej masie ciała i mających nadwagę. Opisywane informacje ukazano w graficzny sposób na Ryc. 20.

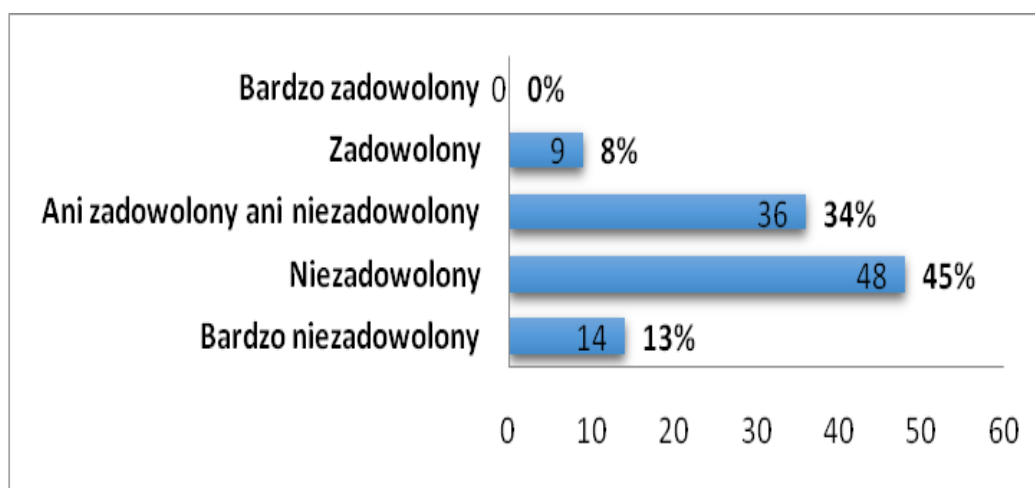
Tabela XIV. Zależności pomiędzy jakością życia a wskaźnikiem BMI

BMI		Jakość życia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Niedowaga	N	1	1	1	5	0	8
	%	13%	13%	13%	63%	0%	100%
Waga prawidłowa	N	1	11	20	9	2	43
	%	2%	26%	47%	21%	5%	100%
Nadwaga	N	0	8	15	15	2	40
	%	0%	20%	38%	38%	5%	100%
Otyłość	N	0	5	7	4	4	20
	%	0%	25%	35%	20%	20%	100%
Chi square		108,9333					
P		0,00001					

Przeważająca część badanych (45%) deklarowała, że jest niezadowolona ze stanu swojego zdrowia. 34% badanych stwierdziło, że są ani zadowoleni ani niezadowoleni. Bardzo niezadowoleni pacjenci stanowili 13% badanych. Osoby zadowolone z ogólnego stanu zdrowia stanowiły zaledwie 8% badanych. Opisywane informacje ukazano na Ryc. 21.



Ryc. 20. Zależności pomiędzy jakością życia a wskaźnikiem BMI



Ryc. 21. Rozkład procentowy i liczbowy odpowiedzi na pytanie o ogólny stan zdrowia badanych

Tabela XV. Wartość średnia ogólnego stanu zdrowia

	Ogólny stan zdrowia Kwestionariusza WHOQOL-BREF
Średnia	2,37
Odchylenie standardowe	0,82

Wartość średnia ogólnego stanu zdrowia wynosiła $2,37 \pm 0,82$, co odpowiada wariantowi odpowiedzi „niezadowolony ze stanu swojego zdrowia”. Opisywane informacje zamieszczono w tabeli XV.

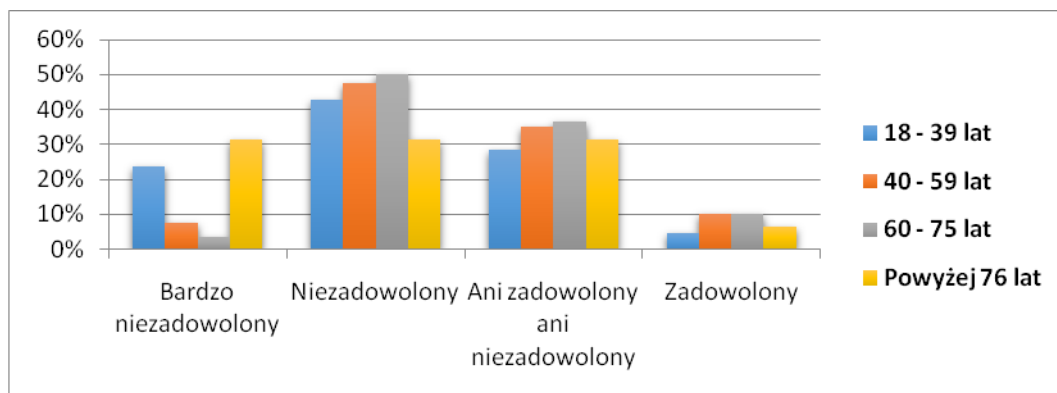
Dokonano szczegółowej oceny ogólnego stanu zdrowia badanych w zależności od wieku, płci, wieku w momencie rozpoczęcia dializ, okresu trwania dializoterapii oraz wskaźnika BMI. Szczegółowe dane zamieszczono w tabelach XVI – XIX oraz na Ryc. 21- 25.

Tabela XVI. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wiekiem badanych

Wiek		Ogólna ocena stanu zdrowia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
18 - 39 lat	N	5	9	6	1	0	21
	%	24%	43%	29%	5%	0%	100%
40 - 59 lat	N	3	19	14	4	0	40
	%	8%	48%	35%	10%	0%	100%
60 - 75 lat	N	1	15	11	3	0	30
	%	3%	50%	37%	10%	0%	100%
Powyżej 76 lat	N	5	5	5	1	0	16
	%	31%	31%	31%	6%	0%	100%
Chi square		40,6704					
P		0,000056					

Analiza statystyczna wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$, pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wiekiem badanych ($\chi^2 = 40,6705$; $p = 0,000056$). Tabela XV. Przeważająca część pacjentów najstarszych (31%) oraz najmłodszych (24%) było bardzo niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia. Zbliżony odsetek pacjentów w wieku 60 – 75 lat (50%) oraz 40 – 59 lat (48%) było niezadowolonych z ogólnego stanu zdrowia. Analizując odpowiedzi najstarszych respondentów (mających powyżej 76 lat) stwierdzono, że taki sam odsetek (31%) oceniło swój stan zdrowia na poziomie bardzo złym, złym i przeciętnym. Jedynie 6% najstarszych osób deklarowało, że zadowala ich stan zdrowia.

Zbliżony odsetek badanych w wieku 40 – 59 lat (35%) oraz 60 – 75 lat (37%) oceniło stan zdrowia na poziomie przeciętnym. Osoby zadowolone z ogólnego stanu zdrowia stanowiły 10% respondentów w wieku 40 – 59 lat oraz 60 – 75 lat. Opisywane informacje w sposób graficzny przedstawiono na Ryc. 21.



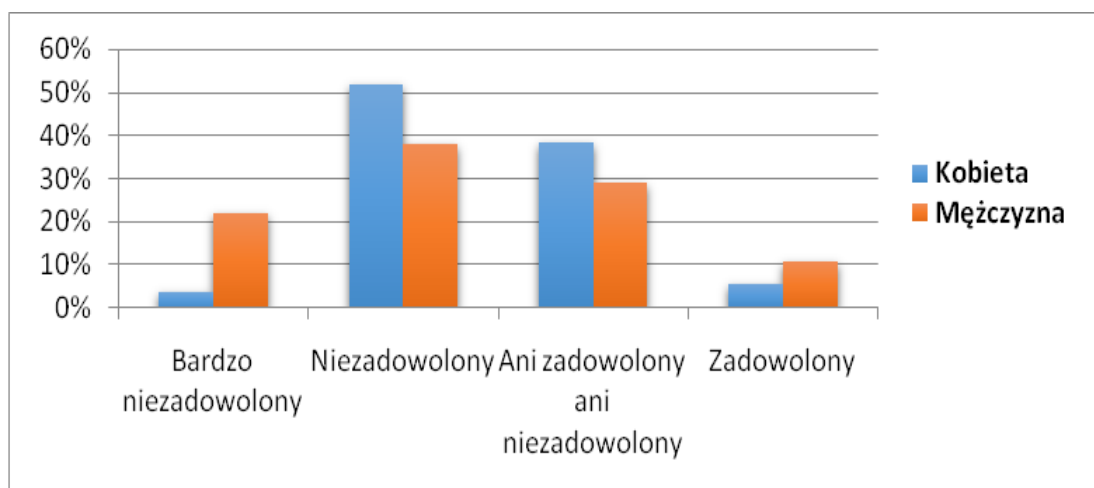
Ryc.21. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wiekiem badanych

Tabela XVII. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a płcią badanych

Płeć		Ogólna ocena stanu zdrowia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Kobieta	N	2	27	20	3	0	52
	%	4%	52%	38%	6%	0%	100%
Mężczyzna	N	12	21	16	6	0	55
	%	22%	38%	29%	11%	0%	100%
Chi square		17,3189					
P		0,001676					

Analiza statystyczna zależności ogólnej oceny stanu zdrowia w odniesieniu do płci badanych, wykazała wysoką istotność statystyczną, na poziomie $p < 0,01$ (chi square=17,3189; $p=0,001676$). Tabela XVII. Przeważający odsetek kobiet było niezadowolonych (52%) oraz ani zadowolonych ani niezadowolonych (38%) ze stanu swojego zdrowia. 22% mężczyzn było

bardzo niezadowolonych ze swojego zdrowia, a 11% deklaroowało zadowolenie z ogólnego stanu zdrowia. Opisywane dane przedstawia Ryc. 22.

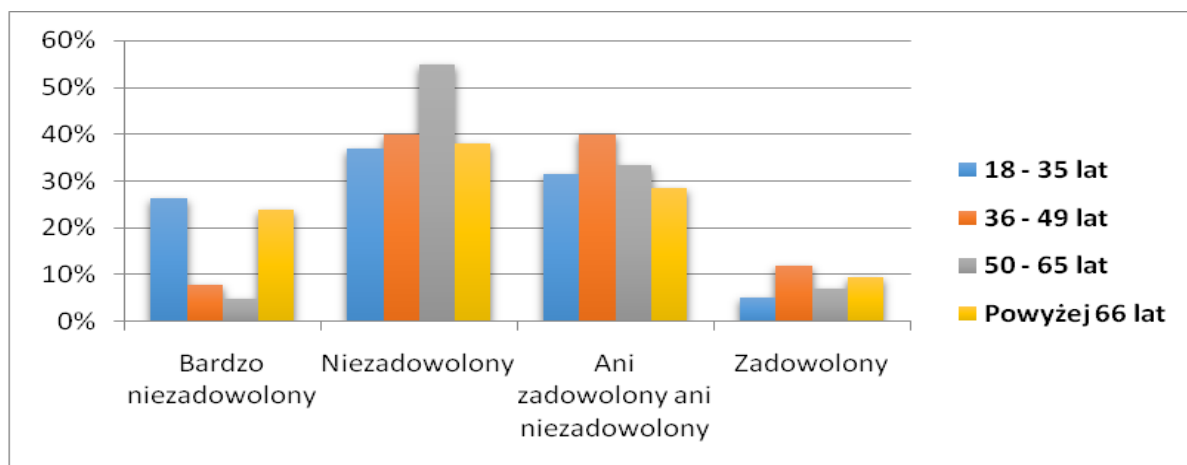


Ryc. 22. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a płcią badanych

Tabela XVIII. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wiekiem, w momencie rozpoczęcia dializ

Wiek, w momencie rozpoczęcia dializ		Ogólna ocena stanu zdrowia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
18 - 35 lat	N	5	7	6	1	0	19
	%	26%	37%	32%	5%	0%	100%
36 - 49 lat	N	2	10	10	3	0	25
	%	8%	40%	40%	12%	0%	100%
50 - 65 lat	N	2	23	14	3	0	42
	%	5%	55%	33%	7%	0%	100%
Powyżej 66 lat	N	5	8	6	2	0	21
	%	24%	38%	29%	10%	0%	100%
Chi square		32,5241					
P		0,001148					

Analiza statystyczna zależności ogólnej oceny stanu zdrowia w stosunku do wieku pacjentów w momencie rozpoczęcia hemodializ, wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$ (chi square=32,5241; $p=0,001148$). Tabela XVIII. Pacjenci zadowoleni ze stanu swojego zdrowia stanowili zaledwie 12% osób rozpoczynających dializy w wieku 36 – 49 lat, 10% powyżej 66 lat, 7% w wieku 50 – 65 lat, a także 5% w wieku 18 – 35 lat. Taki sam odsetek pacjentów rozpoczynających przygodę z dializoterapią w wieku 36 – 49 lat (40%), oceniło swój stan zdrowia na poziomie złym i przeciętnym. Aż 55% respondentów o początku dializ w wieku 50 – 65 lat było niezadowolonych z ogólnego stanu swojego zdrowia. 26% badanych rozpoczynających dializy najwcześniej deklarowało, że są bardzo niezadowoleni ze stanu zdrowia. Powyższy opis zilustrowano na Ryc. 23.



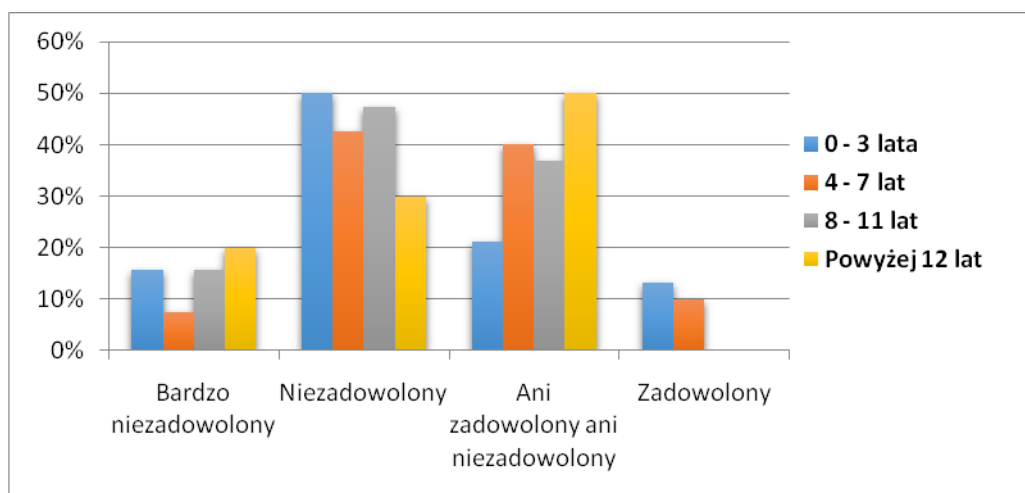
Wykres 23. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wiekiem, w momencie rozpoczęcia dializ

Analiza statystyczna zależności ogólnej oceny stanu zdrowia w odniesieniu do okresu trwania dializoterapii, wykazała bardzo wysoka istotność statystyczną, na poziomie $p < 0,001$ (chi square=40,6858; $p=0,000055$). Tabela XIX. Pacjenci zadowoleni ze stanu swojego zdrowia stanowili 13% osób dializujących się najkrócej oraz 10% osób o czasie trwania dializ 4 – 7 lat. Połowa respondentów dializujących się najdłużej (powyżej 12 lat), oceniło przeciętnie swój stan zdrowia. Ani zadowolonych ani niezadowolonych z ogólnego stanu zdrowia było również 40% osób dializujących się 4 – 7 lat, 37% dializujących się 8 – 11 lat oraz 21% o czasie trwania dializ wynoszącym 0 – 3 lata. Respondenci niezadowoleni ze stanu zdrowia stanowili 47% osób o czasie trwania dializ 8 – 11 lat, 43% dializujących się 4 - 7 lat oraz 30% dializujących się najdłużej. 20% pacjentów dializujących się dłużej niż 12 lat, było bardzo niezadowolonych ze stanu zdrowia. Duże niezadowolenie deklarowało także 16% osób

dializujących się najkrócej oraz 8 – 11 lat. Opisywane informacje w sposób graficzny zaprezentowano na Ryc. 24.

Tabela XIX. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a okresem trwania dializoterapii

Okres trwania dializoterapii		Ogólna ocena stanu zdrowia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
0 - 3 lata	N	6	19	8	5	0	38
	%	16%	50%	21%	13%	0%	100%
4 - 7 lat	N	3	17	16	4	0	40
	%	8%	43%	40%	10%	0%	100%
8 - 11 lat	N	3	9	7	0	0	19
	%	16%	47%	37%	0%	0%	100%
Powyżej 12 lat	N	2	3	5	0	0	10
	%	20%	30%	50%	0%	0%	100%
Chi square		40,6858					
P		0,000055					

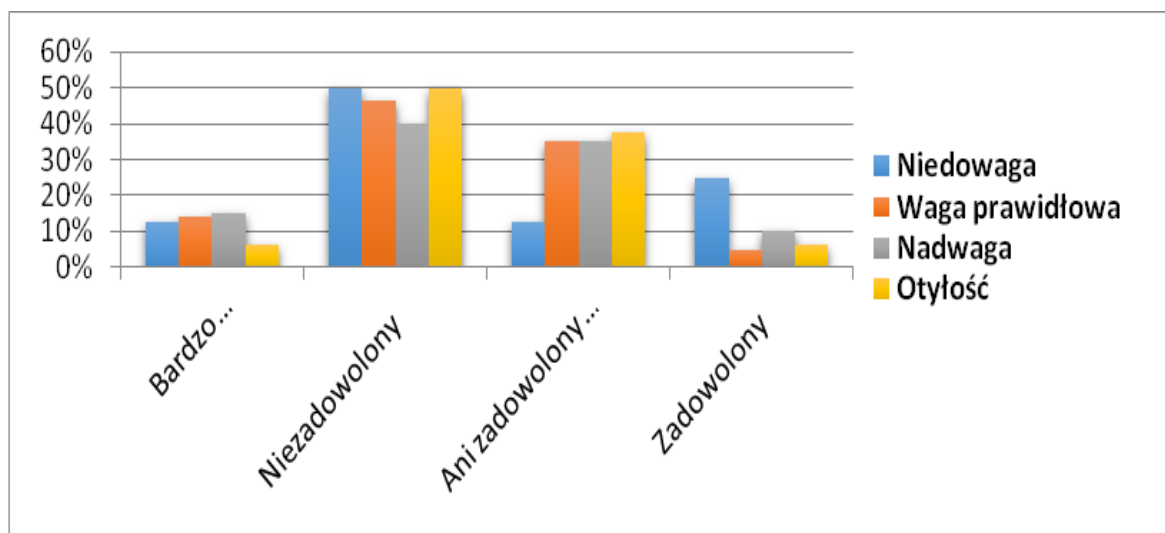


Wykres 24. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a okresem trwania dializoterapii

Tabela XX. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wskaźnikiem BMI

BMI		Ogólna ocena stanu zdrowia					Razem
		Bardzo niezadowolony	Niezadowolony	Ani zadowolony ani niezadowolony	Zadowolony	Bardzo zadowolony	
Niedowaga	N	1	4	1	2	0	8
	%	13%	50%	13%	25%	0%	100%
Waga prawidłowa	N	6	20	15	2	0	43
	%	14%	47%	35%	5%	0%	100%
Nadwaga	N	6	16	14	4	0	40
	%	15%	40%	35%	10%	0%	100%
Otyłość	N	1	8	6	1	0	16
	%	6%	50%	38%	6%	0%	100%
Chi square		41,5367					
P		0,00004					

Analiza statystyczna zależności ogólnej oceny stanu zdrowia w odniesieniu do wartości wskaźnika BMI badanych, wykazała bardzo wysoką istotność statystyczną $p < 0,001$ (chi square=41,5367; $p=0,00004$).



Wykres 25. Zależności pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia a wskaźnikiem BMI

Tabela XX. ¼ pacjentów mających niedowagę deklarowała zadowolenie ze stanu zdrowia. Zbliżony odsetek pacjentów o prawidłowej masie ciała (35%), mających nadwagę

(również 35%) oraz otyłość (38%) oceniło swój stan zdrowia na poziomie przeciętnym. Połowa respondentów mających niedowagę oraz cierpiących na otyłość deklaroowało niezadowolenie ze stanu swojego zdrowia. Pacjenci niezadowoleni stanowili także 47% osób o wadze prawidłowej oraz 40% pacjentów z nadwagą. Bardzo niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia było 15% osób z nadwagą, 14% osób o wadze prawidłowej, 13% z niedowagą, a także 6% osób cierpiących na otyłość. Opisywane dane zobrazowano na Ryc. 25.

Celem analizy statystycznej dalszej części Kwestionariusza WHOQOL – BREF, dokonano podziału pytań na następujące dziedziny, w skład których wchodzi następujące podskale:

- **dziedzina somatyczna (fizyczna):** czynności codzienne, zależność od otoczenia i leków, mobilność, dyskomfort i ból, zmęczenie i energia, możliwości pracy, relaks i sen;
- **dziedzina psychologiczna** – wygląd zewnętrzny, uczucia pozytywne i negatywne, wiara/duchowość/religia, samoocena, koncentracja/ myślenie/ zapamiętywanie/ zdolność do uczenia się;
- **dziedzina socjalna (relacje społeczne)** – wsparcie społeczne, związki osobiste, aktywność seksualna;
- **dziedzina środowisko** – poczucie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, poczucie wolności, środowisko domowe, pieniądze, szansa na zdobywanie nowych umiejętności i wiedzy, dostępność rekreacji i wypoczynku, zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat (warunki fizyczne), transport.

W każdej podskali ankietowany mógł zaznaczyć wartość punktową, w zakresie 1 – 5 punktów, która najbardziej odzwierciedlała jego stan w ciągu ostatnich 2 tygodni, gdzie:

- 1 – wcale;
- 2 – trochę;
- 3 – dość mocno;
- 4 – bardzo mocno;
- 5 – niezwykle mocno.

Punktacja poszczególnych dziedzin miała charakter pozytywny – większa ilość uzyskanych punktów = lepsza jakość życia. W każdej z dziedzin maksymalnie można było uzyskać 20 punktów.

Szczegółowe dane z analizy poszczególnych dziedzin Kwestionariusza Jakości Życia WHOQOL – BREF przedstawiono w tabelach XXI – XXIV.

Tabela XXI. Analiza dziedziny fizycznej (somatycznej)

	Dziedzina fizyczna
Wartość średnia	11,8
Minimum	5,71
Maksimum	18,29
Odchylenie standardowe	1,11
Wyniki przekształcone 0 - 20	7
Wyniki przekształcone 0 - 100	19

Wartość średnia dla dziedziny somatycznej wynosiła **11,8 ± 1,11**, co oznacza **wartość niską**. Dokonano transformacji wyników na skalę 0 – 20 punktową – wynik uzyskany w dziedzinie fizycznej wynosił 7 oraz na skalę 0 – 100 punktów – uzyskany wynik wynosił 19. Wartość minimalna dziedziny fizycznej wynosiła 5,71, a wartość maksymalna 18,29. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli XXI.

Tabela XXII. Analiza dziedziny psychologicznej

	Dziedzina psychologiczna
Wartość średnia	12,3
Minimum	6
Maksimum	18,7
Odchylenie standardowe	0,94
Wyniki przekształcone 0 - 20	8
Wyniki przekształcone 0 - 100	25

Wartość średnia dla dziedziny psychologicznej wynosiła **12,3 ± 0,94**, co oznacza **niską jakość życia**. Dokonano przekształcenia wyników na skalę 0 – 20 punktową – uzyskano wynik 8 a także na skalę 0 – 100 punktową – wynik wynosił 25. Minimalna wartość dla dziedziny psychologicznej wynosiła 6 punktów, a maksymalna 18,7.

Szczegółowe dane przedstawia tabela XXIII.

Tabela XXIII. Analiza dziedziny socjalnej

	Dziedzina socjalna
Wartość średnia	12,5
Minimum	4
Maksimum	20
Odchylenie standardowe	1,06
Wyniki przekształcone 0 - 20	17
Wyniki przekształcone 0 - 100	81

Wartość średnia dla dziedziny relacji społecznych wynosiła **12,5 ± 1,06**, co oznacza deklarowaną przez badanych **wysoką jakość życia** w tej dziedzinie. Dokonano przekształcenia wyników na skalę 0 – 20 punktową – uzyskano wynik 17, a także na skalę 0 – 100 punktową, uzyskano wynik wynoszący 81. Minimalna deklarowana wartość jakości życia wynosiła 4 – i był to najmniejszy możliwy do uzyskania wynik, a maksymalna wartość wynosiła 20 – największy możliwy do uzyskania wynik. Opisywane informacje zaprezentowano w tabeli XXIV.

Tabela XXIV. Analiza dziedziny środowiskowej

	Dziedzina środowisko
Wartość średnia	13,5
Minimum	7
Maksimum	19
Odchylenie standardowe	0,99
Wyniki przekształcone 0 - 20	7
Wyniki przekształcone 0 - 100	19

Wartość średnia dla dziedziny środowisko wynosiła **13,5 ± 0,99**, co oznacza **niską jakość życia**. Dokonano przekształcenia wyników na skalę 0 – 20 punktową – uzyskano wynik wynoszący 7, a także na skalę 0 – 100 punktową – uzyskano wynik wynoszący 19. Minimalna

deklarowana przez badanych wartość jakości życia dla domeny środowiskowej wynosiła 7, a wartość maksymalna wynosiła 19. Opisywane informacje przedstawiono w tabeli XXIV.

DYSKUSJA

Hemodializa jest zabiegiem leczniczym, lecz bardzo obciążającym dla pacjenta, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Stosowana jest u pacjentów obciążonych przewlekłą niewydolnością. Efektem tego jest pogorszenie jakości życia. Pacjent długotrwale leczony wyżej wymienionym zabiegiem wymaga dodatkowo leczenia substytucyjnego, farmakologicznego i dietetycznego w połączeniu z rehabilitacją (psychiczną, społeczną zawodową) [4].

Badaniem własnym objęto 107 pacjentów Stacji Dializ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W przeprowadzonym badaniu oceniano jakość życia pod wieloma względami z uwzględnieniem sfery fizycznej, psychicznej, środowiskowej i socjalnej. Dokonano szczegółowej oceny zależności pomiędzy deklarowaną przez badanych jakością życia a wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, wykształceniem, stanem cywilnym, wiekiem w momencie rozpoczęcia dializ, czasem trwania dializoterapii oraz wskaźnikiem BMI badanych.

Badania przeprowadzone przez Lesińską-Sawicką oraz Niedźwiecką i wsp. wskazują na istotną zależność między stanem cywilnym a jakością życia i zadowoleniem z niego. Badania te wykazały, że wdowy/wdowcy są osobami szczególnie niezadowolonymi ze swojego życia. Głównie osoby w związkach małżeńskich są bardzo zadowolone ze swojego życia, zaś osoby stanu wolnego deklarują się za zadowalającą jakością swojego życia [16].

Badania własne potwierdziły fakt zależności pomiędzy jakością życia a stanem cywilnym – wykazano wysoką istotność statystyczną ($p < 0,001$). Również potwierdziło się założenie o dużym zadowoleniu z jakości życia grupy żonatych/zamężnych, gdyż byli jedyną grupą, która jest „bardzo zadowolona” z jakości swojego życia (6%). Odzwierciedlenie w badaniach Lesińskiej-Sawickiej oraz Niedźwieckiej i wsp. Znalazło duże niezadowolenie z jakości życia obejmujące osoby samotne (5%) lub po stracie współmałżonka (7%) [16]. W przeciwieństwie do badań wymienionych autorów większość osób ankietowanych niezależnie od swojego stanu cywilnego uważa swoją jakość życia za przeciętną.

Cyranka i wsp. w swoich badaniach szczegółowo określili ocenę jakości w wielu aspektach. W publikacji autorzy wskazują na wiele dolegliwości somatycznych pogarszających jakość życia – przewlekłe zmęczenie, dolegliwości bólowe, pogorszenie jakości snu, spadek

sprawności fizycznej, ograniczenia w zakresie czynności codziennych, a co za tym idzie uzależnienie od innych [6].

Badanie własne oparte na Kwestionariuszu WHOQOL – BREF również wykazały zależność pomiędzy jakością życia a aspektem fizycznym. Wartość średnia dla tej dziedziny stanowiła $11,8 \pm 1,11$, co oznacza niską jakość życia. Wynik w skali 0 – 20 punktowej dla tej dziedziny wynosił 7 oraz na skalę 0 – 100 punktów –19.

Według wielu autorów różnych publikacji istnieje zależność pomiędzy jakością życia a wiekiem osoby dializowanej. Zgodnie z ich opinią osoby starsze, w wieku powyżej 60 roku życia, gorzej znoszą zabieg HD oraz niedogodności wynikające z niego. Spadek jakości życia osób w podeszłym wieku dotyka każdej ze sfer i może wynikać z chorób współistniejących [17,18,19].

W toku badań własnych wykazano istotność statystyczną na poziomie $p < 0,001$ wynikającą z zależności wieku i deklarowanej oceny jakości życia. Badania wykazały znaczne pogorszenie jakości życia u osób starszych wynikające z ich wieku. Przeważający odsetek najstarszych pacjentów było niezadowolonych z jakości życia (38% osób w wieku powyżej 76 lat oraz 27% w wieku 60 – 75 lat). Najbardziej zadowolone z jakości swojego życia były osoby najmłodsze w przedziale wiekowym 18-39 lat.

Analiza literatury opierająca się na wynikach badań różnych autorów nie wykazała szczególnej zależności pomiędzy jakością życia a płcią. Mimo tego w wyniku wielu analiz lepszą jakością życia cieszyła się grupa badanych mężczyzn [20]. Wyniki badań własnych poniekąd przeczą tym danym. W badanej grupie analiza statystyczna nie wykazała istotności statystycznej ($\chi^2 = 4,3627$; $p = 0,35914$), jednak większe zadowolenie z jakości swojego życia wykazywały kobiety – 37% spośród nich wykazywały wysoki poziom zadowolenia.

Badania Grochans i wsp. wskazują na wysoką zależność pomiędzy jakością życia, a czasem trwania leczenia. Według autorów im czas terapii nerkozastępczej jest dłuższy tym jakość życia jest niższa – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$). Autorzy swoimi badaniami potwierdzili również pogorszenie jakości życia powiązane z wartościami BMI, wskazujące na obniżenie jakości życia u osób o wyższych wartościach tego wskaźnika. Spadek jakości w przeprowadzonych badaniach dotyczył ogólnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania fizycznego [13].

W badaniach własnych, również wykazano wysoką istotność statystyczną zależności wynikającej z długości trwania leczenia ($p < 0,001$). Aż 40% pacjentów o czasie trwania dializ dłuższym niż 12 lat oraz 26% dializujących się 3 lata i krócej i 8 – 11 lat, było niezadowolonych z jakości życia. Przeciętną jakość życia deklarowało 53% osób

dializowanych 8-11 lat i 45% osób korzystających z zabiegu HD 4-7 lat. Aż 50% osób dializujących się najdłużej było zadowolonych z jakości swojego życia. Porównanie jakości życia w odniesieniu do wskaźnika BMI także wykazała wysoką istotność statystyczną ($p < 0,001$). Największe niezadowolenie ze swojego życia i ogólnego stanu zdrowia wykazywały osoby z niedowagą (13%) oraz o prawidłowym wskaźniku BMI (2%). Niezadowolone osoby stanowiły 26% osób o prawidłowej wadze i 25% ludzi otyłych. Przeważający odsetek osób z niedowagą (63%) była zadowolona z jakości życia. Bardzo wysoki poziom jakości życia wskazało 20% osób cierpiących na otyłość, a także 5% osób o prawidłowej masie ciała i mających nadwagę.

Bartoszek i wsp. w swoich badaniach wykazali istotny wpływ wykształcenia pacjentów hemodializowanych na jakość i poziom ich życia. W świetle badań Bartoszek wykazał, że najwyższy poziom jakości życia wykazały osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Najniższy poziom satysfakcji obejmował grupy z wykształceniem podstawowym i zawodowym [3]. Wyniki badań własnych potwierdzają powyższe tezy. Wykazano wysoce istotną zależność statystyczną ($p < 0,01$), pomiędzy jakością życia pacjentów a ich wykształceniem. Wśród chorych bardzo niezadowolonych z jakości życia były jedynie osoby posiadające wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (4%) oraz średnie/zawodowe (2%). Taki sam odsetek badanych (44%) posiadających wykształcenie wyższe zgłosił jakość życia na poziomie przeciętnym oraz wysokim. 6% respondentów posiadających wykształcenie średnie/zawodowe oraz licencjat było bardzo zadowolonych z jakości swojego życia.

Krokowska i Niedźwiedzka w swoich badaniach ukazały, że chorzy hemodializowani najlepiej funkcjonowali w dziedzinie społecznej, zaś ich jakość życia spadała w pozostałych – fizycznej i psychicznej [19,20]. Również badania własne wykazały taką zależność. Jedynie w dziedzinie socjalnej pacjenci wykazali wysoką jakość życia. Pozostałe wyniki średnich ($13,5 \pm 0,99$ dla dziedziny środowiskowej, $12,3 \pm 0,94$ dla psychologicznej, $11,8 \pm 1,11$ fizycznej) dawały niską jakość życia.

WNIOSKI

1. Jakość życia pacjentów dializowanych, utrzymuje się na przeciętnym poziomie i wpływają na nią w dużej mierze wiek pacjentów, wykształcenie, stan cywilny, wiek w którym rozpoczęto dializę oraz okres dializy czy wskaźnik BMI.
2. Jakość życia zależna od ogólnego stanu zdrowia, respondenci określili jako negatywną, była ona też niska w dziedzinach somatycznej, psychicznej i środowiskowej. Wysoką

jakość życia ankietowani wykazali jedynie w dziedzinie socjalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bieniaś B., Zajączkowska M.M.: Aktualny stan wiedzy na temat patogenez, diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(1): 1–7.
2. Czajka A., Leszczyński P., Sokół-Leszczyńska B., Wróblewska M.: Rola opieki pielęgniarskiej w profilaktyce zakażeń w stacji dializ. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(3): 484–492.
3. Andruszkiewicz A., Basińska M.A., Waraksa-Wiśniewska M.: Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2014, 18(1): 27-31.
4. Bartoszek A., Domżał-Drzewicka R., Grabowska K., Kocka K., Łuczyk M.: Wpływ czynników socio-demograficznych na jakość życia pacjentów leczonych hemodializą. *Hygeia Public Health* 2016, 51(1): 82-86.
5. Bochniewska V., Jobs K., Jung A., Sikora P.: Zaostrzenie przewlekłej choroby nerek w przebiegu pierwotnej hiperoksalurii typu 1 – prezentacja przypadku. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna* 2010, 6(1): 54-58.
6. Cyranka M., Haratym-Maj A., Kapka-Skrzypczak L., Kruszewski M., Lipin B., Niedźwiecka J., Sawicki K., Skrzypczak M.: Subiektywna ocena jakości życia pacjentów dializowanych metodą dializy otrzewnowej oraz hemodializy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(4): 790-797.
7. Kurpas D., Melon M., Sapilak B.J., Steciwko A.: Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? Na podstawie 3-letniej obserwacji pacjentów. *Problemy Lekarskie* 2006, 45: 89-93.
8. Czech N., Gętek M., Nowakowska-Zajdel E. i wsp. : Jakość życia pacjentów dializowanych i po przeszczepie nerek. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2010, 64(5-6), 23-30.
9. Dutkowska D., Grochans E., Karakiewicz B., Laszczyńska M., Rumianowski B.: Porównanie jakości życia pacjentów hemodializowanych i dializowanych otrzewnowo. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93: 529-535.

10. ERA–EDTA. European Best Practice Guidelines for Hemodialysis. Section I. Measurement of renal function, when to refer and when to start dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2002; 17(7): 7–15.
11. Bereza B.: Źródła niepokoju pacjentów długotrwale hemodializowanych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2007, 1(7): 8–14.
12. Gaworska-Krzemińska A., Książek J., Piotrowska R.: Ocena jakości życia pacjentów w teorii i praktyce pielęgniarstwa. *Pielęgniarka i Położna* 2005, 47: 11-12.
13. Grochans E., Jurczak A., Mroczek B., Pawlik J., Sawko W., Stanisławska M.: Ocena jakości życia pacjentów hemodializowanych. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14(3): 366–369.
14. Wojczyk A.: Problemy codziennego życia hemodializowanych pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014, 4(2): 143–148.
15. Hornik B., Janusz-Jenczeń M., Kempny-Kwoka D., Włodarczyk-Sporek I.: Jakość życia pacjentów hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo i po przeszczepie. *ZDROWIE I DOBROSTAN* 2014, 2: 65 - 78.
16. Białobrzaska B., Paczkowska B., Wiśniewska L.: Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród pacjentów leczonych nerkozastępczo. *Forum Nefrologiczne* 2010, 3(1): 63–70.
17. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006, 14(4): 185-189.
18. Adamiec R., Fidecki W., Wysokiński M. i wsp.: Jakość życia pacjentów w podeszłym wieku w stanach zagrożenia życia. *Pielęgniarstwo XXI w* 2011, 37(4): 17-22.
19. Krokowska B., Zielińska-Więczkowska H.: Ocena jakości życia chorych dializowanych. *Borgis - Medycyna Rodzinna* 2014, 2: 42-45.
20. Niedźwiecka A., Nowicki M., Tkaczyk M.: Oczekiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarstwa w stacji dializ. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009, 26(154), 311-314.

ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM PEDIATRYCZNYM Z ANAFILAKSJĄ – STUDIUM PRZYPADKU

Marta Mróz¹, Rafał Milewski²

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Pooperacyjnym, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Doktorant, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Z roku na rok zwiększa się liczba osób zmagających się z uporczywymi alergiami. Samo uczulenie nie jest stanem zagrożenia życia, ale niespodziewanie może rozwinąć groźną anafilaksję. Reakcje anafilaktyczną trudno jest przewidzieć, bardzo często ma gwałtowny przebieg i tylko szybkie rozpoznanie oraz wdrożenie leczenia pozwala pacjentowi w pełni wrócić do zdrowia [1].

Nazwa "anafilaksja" po raz pierwszy została użyta przez Paula Portiera i Charlesa Richeta w 1902 roku. Termin ten użyto do określenia reakcji anafilaktycznej, po ponownym podaniu substancji psu, którą wcześniej dobrze tolerował [2].

Definicja zaproponowana przez The European Academy of Allergology and Clinical Immunology Nomenclature Committee brzmi: „Anafilaksja jest ciężką, zagrażającą życiu, uogólnioną lub układową reakcją nadwrażliwości. Charakteryzuje ją gwałtowny rozwój zagrażających życiu problemów związanych z drożnością dróg oddechowych i/lub oddychaniem, i/lub krążeniem, połączonych zwykle ze zmianami skórnymi i w obrębie błon śluzowych” [3].

Podział anafilaksji:

- Alergiczna
- Niealergiczna [4].

Anafilaksja może mieć charakter dwufazowy. Objawy reakcji anafilaktycznej mogą powrócić w takim samym lub nawet silniejszym stopniu, pomimo braku ponownego kontaktu z alergenem. Reakcja dwufazowa może przebiegać od kilku do kilkudziesięciu godzin od ekspozycji na alergen, dlatego też każdy chory po anafilaksji wymaga hospitalizacji [2].

W przebiegu ciężkiej reakcji anafilaktycznej może dojść do tzw. wstrząsu anafilaktycznego. W pełnoobjawowym wstrząsie dochodzi do zasłabnięcia wskutek niebezpiecznego spadku ciśnienia tętniczego krwi, może dojść do obrzęku dróg oddechowych na skutek, czego rozwija się niewydolność krążeniowo-oddechowa, która nieleczona szybko doprowadzi do zgonu chorego.

Przyczyny i częstość występowania wstrząsu anafilaktycznego

Światowa Organizacja Alergii wskazuje, że w ciągu roku na całym świecie ilość epizodów anafilaksji szacuje się między 80 a 210 przypadków na milion osób. Na całym świecie szacuje się, że około 0,05 – 2,0% osób, co najmniej raz życiu zachorowało na anafilaksję. W Polsce odnotowuje się jeden przypadek anafilaksji na 300 osób [5].

Narodowy Fundusz Zdrowia zwraca uwagę na wzrost pacjentów otrzymujących świadczenia medyczne z powodu anafilaksji w latach 2008-2015. Jeśli chodzi o wzrost na skutek reakcji pokarmowej to w 2015 roku w stosunku do 2008 wzrost był prawie trzykrotny, w przypadku anafilaksji idiopatycznej wzrost był o 35 %. Kobiety stanowią ponad połowę tej grupy chorych [5].

W przypadku dzieci w wieku do okresu pokwitania anafilaksja częściej występuje u chłopców, w późniejszym okresie życia dominuje płeć żeńska. Większość hospitalizacji pacjentów pediatrycznych dotyczy pacjentów do 5 roku życia. Śmierć na skutek anafilaksji w przypadku dzieci jest zdecydowanie rzadsza, a najczęstszym powodem zgonu była reakcja anafilaktyczna na pokarm [2].

W przypadku dorosłych najczęstszymi czynnikami sprawczymi anafilaksji są: leki, jad owadów, pokarmy i lateks. U pacjentów pediatrycznych kolejność jest inna. Najczęstszym czynnikiem wywołującym anafilaksję u dzieci jest: pokarm, jad owadów, leki i lateks [2,5].

Reakcję anafilaktyczną właściwie może spowodować każdy pokarm, jednakże są pewne produkty, po spożyciu, których ryzyko wystąpienia reakcji anafilaktycznej jest wysokie.

Do takich produktów należą: owoce morza, ryby, orzechy, cytrusy, jaja kurze, mleko krowie, pszenica i soja [6].

Uczulające działanie posiadają również przyprawy w postaci konserwantów oraz barwniki znajdujące się w produktach spożywczych.

Kontakt z wieloma owadami może powodować u człowieka odczyny alergiczne, ale szczególnie groźne są reakcje po użądleniu owadów z rzędu błonkoskrzydłych takich jak:

Osy, pszczoły, szerszenie i mrówki ogniste [6].

Przyjmuje się, że każdy lek może wywołać reakcję anafilaktyczną, jednak są pewne grupy leków po podaniu, których możliwość wystąpienia anafilaksji jest wysoka. Są to:

- środki zwiotczające
- leki narkotyczne
- preparaty krwiozastępcze
- antybiotyki
- środki kontrastowe
- anestetyki miejscowe
- niesteroidowe leki przeciwzapalne
- kwas acetylosalicylowy
- szczepionki odczulające podawane podskórnice
- szczepionki przeciwwirusowe
- surowica przeciwężcowa [6, 7].

Substancje uczuleniowe, które dostaną się do organizmu poprzez błony śluzowe dróg oddechowych określane są alergenami wziewnymi:

- kurz
- roztocza
- pleśń
- ptasie pióra
- sierść zwierząt
- pyłki drzew- brzoza, wierzba
- pyłki traw
- pyłki krzewów- jaśmin, bez
- pyłki chwastów- babka lancetowata
- zboże-żyto, owies.

Objawy anafilaksji

Reakcję anafilaktyczną charakteryzuje bardzo szybki przebieg. Objawy anafilaksji pojawiają się zazwyczaj w ciągu kilku sekund do kilku godzin od ekspozycji na alergen. Obejmują przede wszystkim skórę, układ oddechowy i krążenia, ale mogą również pochodzić ze strony układu pokarmowego oraz nerwowego. U dzieci pierwsze objawy pochodzą zazwyczaj ze strony układu oddechowego, u dorosłych natomiast dominują objawy ze strony

układu krążenia. Reakcja anafilaktyczna może być dwufazowa. Po upływie kilku godzin objawy anafilaksji mogą powrócić, pomimo że nie było ponownej ekspozycji na alergen, a przebieg reakcji może być silniejszy [2].

Objawy ze strony skóry są zwykle najwcześniejszymi i najczęściej występującymi objawami anafilaksji. Zwykle są to takie objawy jak:

- pokrzywka
- zaczerwieniona skóra
- świąd
- rumień
- obrzęk naczynioruchowy
- błądność skóry [4].

Do najczęstszych objawów pochodzących ze strony układu krążenia sugerujących wystąpienie anafilaksji zalicza się:

- osłabienie
- omdlenie
- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi
- ból za mostkiem
- zaburzenia rytmu serca.

Objawy pochodzące ze strony układu krążenia są bardzo niebezpieczne, ponieważ mogą zapowiadać niebezpieczny wstrząs anafilaktyczny [2]. Objawy ze strony układu oddechowego są niepokojące i wymagają szybkiej interwencji medycznej, świadczą o narastającym obrzęku krtani i/lub skurczu oskrzeli. Objawy ze strony układu oddechowego to: duszność, kaszel, chrypka, drapanie w gardle i świszczący oddech [2].

Objawy ze strony układu pokarmowego oraz nerwowego są bardzo często bagatelizowane i mylnie przypisane do innych jednostek chorobowych, są to np.:

- nudności
- wymioty
- biegunka
- bóle brzucha
- zawroty głowy
- ból głowy
- drgawki
- zaburzenia świadomości

- kolka
- zaburzenia wzroku [2].

Diagnozowanie anafilaksji

Podstawowym celem diagnostyki alergicznej jest prawidłowa identyfikacja czynnika sprawczego (alergenu) odpowiedzialnego za występowanie objawów. Proces diagnostyczny obejmuje: badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe oraz diagnostykę laboratoryjną. Jeśli po wykonaniu w/w badań czynnik sprawczy anafilaksji nie został wykryty, diagnostykę można poszerzyć o testy skórne oraz próby prowokacyjne [8].

W diagnozie anafilaksji pomocne może być oznaczenie stężenia tryptazy i histaminy w surowicy krwi. Histamina jest szybko metabolizowana, przez co bardzo krótko utrzymuje się we krwi. Metabolizowanie przez organizm tryptazy trwa znacznie dłużej, dlatego też jest ona bardzo przydatnym parametrem do potwierdzenia anafilaksji. Zwiększony poziom tryptazy we krwi świadczy o aktywacji komórek tucznych i uwalnianiu mediatorów. Próbkę krwi należy pobrać jak najszybciej, ponieważ tryptaza osiąga szczytową wartość po około 45 min od wystąpienia reakcji anafilaktycznej, a następnie systematycznie spada [1].

Testy skórne polegają na drażnieniu skóry substancjami podejrzanymi o wywołanie anafilaksji u chorego. Najpopularniejszym testem skórnym są tzw. testy punktowe. Polegają na nakłuciu igłą z nałożonym alergenem naskórka na głębokość około jednego milimetra. Za dodatni test skórnny uważa się zaczerwienie i rumień w miejscu wkłucia. Im średnica bąbla jest większa, tym prawdopodobieństwo uczulenia jest wyższe. Próba prowokacyjna polega na stopniowym zwiększaniu dawek alergenu i obserwacji ewentualnej reakcji uczuleniowej, zazwyczaj w postaci bąbla pokrzywkowego. Podczas próby prowokacyjnej, należy być przygotowanym na pojawienie się silnej reakcji anafilaktycznej po podaniu nawet niewielkiej dawki alergenu [1].

Badanie podmiotowe (wywiad) jest podstawą w diagnostyce anafilaksji. Dobrze zebrany wywiad może dostarczyć wielu istotnych informacji oraz w szybki sposób zidentyfikować potencjalny czynnik sprawczy. Uzyskanie informacji bezpośrednio od chorego często może być utrudnione bądź też niemożliwe ze względu na wiek lub stan, w którym się znajduje. Jeśli istnieje taka możliwość, informacje należy uzyskać od rodziny, opiekunów, świadków zdarzenia.

Badanie podmiotowe, powinno zawierać informacje o okolicznościach, w jakich pojawiły się pierwsze objawy, czy chory jest alergikiem, co jadł, czy nie został użądłony przez owady, czy nie było kontaktu z lateksem. [1, 9] Wywiad chorobowy należy uzupełnić również

o informacje takie jak: przyjmowane leki czy godzina ostatniego posiłku. W celu dokładnego zebrania wywiadu pomocny może być tzw. wywiad **SAMPLE**:

S - *symptoms* (objawy),

A - *allergies* (alergie),

M - *medicines* (przyjmowane medykamenty),

P - *past medical history* (przeszłość chorobowa),

L - *lunch* (ostatnio przyjęty pokarm- godzina i rodzaj posiłku),

E - *events* (okoliczności zdarzenia) [6].

W odniesieniu do dzieci istotne jest również uwzględnienie w wywiadzie przebiegu ciąży i porodu, sposobu żywienia dziecka czy szczepień ochronnych. Do zweryfikowania właściwych parametrów dziecka służą tzw. siatki antropometryczne. [6]

Kolejnym przydatnym badaniem w diagnozowaniu anafilaksji jest badanie przedmiotowe. Informacje uzyskane dzięki badaniu fizykalnemu dają pełniejszy obraz stanu zdrowia pacjenta. Przed przystąpieniem do badania fizykalnego u dziecka, należy pamiętać, aby ręce osoby badającej były umyte, ale również ogrzane. Do badania fizykalnego, dziecko powinno być całkowicie rozebrane.

Prawidłowe badanie przedmiotowe obejmuje:

- oglądanie (w czasie, którego możemy określić np. wiek, płeć, ułożenie ciała, wygląd skóry, tor oddychania, stan świadomości)
- obmacywanie (dzięki czemu możemy stwierdzić np. obrzęki, napięcie powłok brzusznych, bolesność)
- opukiwanie (np. opukiwanie klatki piersiowej, brzucha)
- osłuchiwanie (np. płuc; zmiany osłuchowe w postaci świstów oraz stridor oddechowy mogą sugerować reakcję anafilaktyczną).

Przeprowadzenie wywiadu chorobowego oraz wykonanie badania fizykalnego czy procedur medycznych u dzieci, znacznie różni się od postępowania z osobą dorosłą. Poniżej przedstawiono wybrane zasady kontaktu z pacjentem pediatrycznym, dzięki którym opieka nad dzieckiem będzie przebiegała sprawniej a mały pacjent będzie czuł się bezpiecznie.

Postępowanie z pacjentem pediatrycznym:

- dziecko nie jest miniaturą osoby dorosłej i wymaga szczególnego traktowania
- zawsze należy podjąć próbę nawiązania kontakt nie tylko z rodzicem, ale również z dzieckiem, nie zakładając od razu, że dziecko i tak niczego nie zrozumie
- należy informować i wyjaśniać, w sposób adekwatny do wieku dziecka,

o wszystkich czynnościach, które będą przy nim wykonywane

- należy być cierpliwym, dziecko potrzebuje czasu, żeby przystosować się do nowej sytuacji i zaufać personelowi medycznemu
- należy mówić krótko, głośno i wyraźnie, używając prostych zwrotów, odpowiednich do wieku pacjenta
- zezwolić dziecku mieć przy sobie ulubioną zabawkę
- po wykonanych czynnościach medycznych, warto pochwalić dziecko, np. powiedzieć, że był bardzo dzielny pacjentem
- należy być przyjaznym i empatycznym do rodziców i zrozumieć, że choroba dziecka jest dla nich sytuacją stresującą
- jeśli nie ma medycznych przeciwwskazań pozwolić rodzicom być przy dziecku
- cierpliwie i wyczerpująco odpowiadać rodzicom na zadawane pytania, spokój rodzica udziela się dziecku.

Postępowanie podczas wstrząsu anafilaktycznego

Reakcje anafilaktyczne w niewielkim procencie zdarzają się w placówkach medycznych. Większość epizodów anafilaksji zdarza się w domach, szkołach czy restauracjach. W związku z tym, bardzo istotne jest to, aby posiadać wiedzę nie tylko z zaawansowanych czynności ratunkowych z dostępem do sprzętu medycznego i farmaceutyków, ale również z tzw. pierwszej pomocy.

We wszystkich przypadkach anafilaksji udzielenie tzw. pierwszej pomocy powinno wyglądać następująco:

- 1) Zadbanie o swoje bezpieczeństwo
- 2) Ocena stanu poszkodowanego: ABCDE
- 3) Wezwanie Pogotowia Ratunkowego
- 4) Dalsze postępowanie będzie zależało od tego czy poszkodowany jest:
 - a. Przytomny
 - b. Nieprzytomny

Jeżeli jest przytomny należy zadbać o:

- Uzyskanie od poszkodowanego informacji czy jest alergikiem, czy posiada przy sobie ampułkostrzykawkę z adrenaliną? Czy wie, co mogło wywołać reakcję alergiczną?
- Usunięcie przyczyny alergii
- Jeśli czynnikiem sprawczym jest ukąszenie owada, należy poszukać żądła

i wyciągnąć je

- Jeśli poszkodowany ma przy sobie ampułkostrzykawkę, należy podać adrenalinę w przednio boczną część uda
- Nie wolno pozostawić poszkodowanego samego
- Należy pozostawić poszkodowanego w wygodnej jemu pozycji, poszkodowani z dusznością będą preferować pozycję siedzącą, która ułatwia oddychanie
- Należy regularnie oceniać stan poszkodowanego
- Nie wolno podawać poszkodowanemu picia ani jedzenia
- W razie zaobserwowania u poszkodowanego objawów wstrząsu, czyli: biała, spocona skóra, krótki szybko oddech, należy położyć go w pozycji przeciwwstrząsowej – na plecach z uniesionymi kończynami dolnymi

Jeżeli osoba poszkodowana jest nieprzytomna:

- Należy sprawdzić czy oddycha; jeśli oddycha należy pozostawić go w pozycji bezpiecznej, jeśli nie oddycha konieczne jest rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo - oddechowej (RKO). Jeśli poszkodowany oddycha, należy położyć go w pozycji bezpiecznej.
- Warto poszukać identyfikatora z informacją czy poszkodowany jest alergikiem
- W przypadku odnalezienia przy poszkodowanym ampułkostrzykawki z adrenaliną, bezzwłocznie należy ją użyć, wykonując wkłucie w przednio – boczną część uda
- Nie można poszkodowanego pozostawić samego
- Należy stale kontrolować obecność oddechu u chorego
- Warto zapewnić komfort termiczny poszkodowanemu
- Jeśli poszkodowany przestanie oddychać, trzeba przewrócić chorego na plecy i rozpocząć resuscytację [3,10].

Zaawansowane czynności ratunkowe podczas wstrząsu anafilaktycznego

Priorytetem zaawansowanych działań medycznych u pacjenta z reakcją anafilaktyczną jest szybkie wdrożenie farmakoterapii oraz odpowiednie zapewnienie wentylacji dróg oddechowych.

Podstawą jest zapewnienie drożności dróg oddechowych, umożliwiające prawidłową wentylację. Należy ocenić przytomność, świadomość, ilość i jakość oddechów, tor oddychania

oraz wartość saturacji. W lekkiej i umiarkowanej anafilaksji najczęściej wystarczające jest zastosowanie tlenoterapii w formie wásów tlenowych lub maski twarzowej.

W ciężkim wstrząsie anafilaktycznym u pacjenta z niewydolnością oddechową, należy jak najszybciej wykonać intubację dotchawiczą. Intubację powinna wykonać osoba doświadczona w jej wykonaniu, jeśli takiej nie ma, pomocne mogą okazać się alternatywne metody nagłośniowe takie jak: maska lub rurka krtaniowa. U dzieci do 2 rż. w celu lepszego uwidocznienia wejścia do tchawicy zaleca się stosowanie laryngoskopu z płaską łyżką tzw. Millera.

Ze względu na obrzęk dróg oddechowych, intubacja może okazać się niemożliwa, dlatego też w takim przypadku, pacjent powinien być poddany zabiegowi konikotomii. Zabieg konikotomii polega na nacięciu więzadła pierścienno-tarczowego, wprowadzeniu specjalnie przeznaczonego do tego zabiegu cewnika i podłączeniu źródła tlenu [2, 3].

Lekiem pierwszego rzutu powinna być adrenalina podana drogą domięśniową w przednio boczną część uda. Następnie należy jak najszybciej uzyskać dostęp dożylny, w celu poszerzenia farmakoterapii i wdrożenia płynoterapii. U pacjentów we wstrząsie anafilaktycznym uzyskanie dostępu naczyniowego może okazać się problematyczne. Jeśli dwie próby dostępu dożylnego się nie powiedą, należy założyć wkłucie doszypikowe [6].

Leczenie anafilaksji u dzieci

W celu prawidłowej opieki i leczenia pacjentów pediatrycznych, należy właściwie interpretować wyniki monitorowania. Parametry, które są normą u osoby dorosłej, u pacjenta pediatrycznego mogą być patologią.

Mając pod opieką pacjenta pediatrycznego znajomość fizjologii i anatomii w zależności od wieku jest obowiązkowa, nieznajomość może doprowadzić do przeoczenia rzeczy ważnych.

Odmienność anatomiczna i fizjologiczna małych pacjentów ma istotne znaczenie w postępowaniu medycznym. Pacjentów pediatrycznych dzielimy na poszczególne grupy wiekowe:

- Noworodki – dzieci do 28. doby życia
- Niemowlaki - dzieci od 28. doby życia do 1 roku życia
- Dzieci – do okresu pokwitania, zwykle jest to około 12.r.ż

- Od okresu pokwitania postępowania medyczne i dawki leków są identyczne jak u dorosłych [6].

Noworodki:

- Duża głowa względem ciała – należy pamiętać, aby przy udrożnieniu dróg oddechowych głowę ustawić w pozycji neutralnej. Ze względu na wiotkość mięśni u noworodków łatwo o nadmierne przegięcie główki, co spowoduje upośledzenie drożności dróg oddechowych. Pomocne do prawidłowego udrożnienia głowy jest podłożenie pod barki dziecka np. zwiniętej pieluszki lub kocyka
- Duży język – duży język może sprawiać problemy przy intubacji, dlatego też intubację u tak małych dzieci powinien wykonywać doświadczony specjalista.
- Oddychanie przez nos – należy kontrolować czy nos dziecka nie jest zatkany, ponieważ może to upośledzać prawidłową wentylację
- Zwiększone narażenie na wychłodzenie –należy zapewnić komfort termiczny
- Obecność ciemniaczka - ocena ciemion dostarcza informacji o stanie nawodnienia. Jeśli ciemniaczko jest zapadnięte podejrzewa się odwodnienie lub wstrząs hipowolemiczny. [6]

Niemowlęta:

- Wszystkie odmienności fizjologiczne i anatomiczne wymienione w okresie noworodkowym są ważne również w okresie niemowlęcym
- Duża ilość tkanki tłuszczowej – zwiększona ilość tkanki tłuszczowej powoduje utrudnienia w założeniu wkłucia dożylnego
- Zwiększone wydzielanie śliny i słabo zachowany odruch połykania – ślinotok utrudnia intubację, natomiast słabo rozwinięty odruch połykania sprzyja zadławieniom i zachłyśnięciom [6].

Dzieci do okresu pokwitania:

- Wątroba i śledziona są położone nieco niżej niż u dorosłych, nie są chronione przez żebra, dlatego narządy te są narażone na urazy
- Z roku na rok zmniejsza się elastyczność kości, dlatego też im starsze dziecko tym bardziej jest narażone na złamania [6].

Dawka adrenaliny podanej domięśniowo u pacjentów pediatrycznych wynosi odpowiednio do wieku:

- poniżej 6 roku życia - 150 μg
- 6 - 12 rok życia - 300 μg

- powyżej 12 roku życia - 500 μg

Dawka adrenaliny w formie i.v u dzieci wynosi 1 $\mu\text{g/kg}$ masy ciała. Taka droga podania adrenaliny zalecana jest wyłącznie specjalistom, w warunkach specjalistycznego oddziału pediatrycznego [3, 6].

Farmakoterapię w anafilaksji należy poszerzyć o glikokortykosteroidy oraz leki przeciw histaminowe. Zalecanym lekiem z grupy steroidów jest hydrokortyzon, który posiada działanie przeciwzapalne, przeciwwstrząsowe oraz immunosupresyjne.

Innymi lekami z grupy kortykosteroidów, które wykazują podobne działanie do hydrokortyzonu to m.in. dexawen lub metyloprednizolon.

Lekiem przeciwhistaminowym zalecanym przez Europejską Radę Resuscytacji jest chlorfenamina. Działanie leków przeciwhistaminowych polega na przeciwdziałaniu skutków działania histaminy, czyli skurczowi oskrzeli, rozkurczowi naczyń i objawom skórny [3].

Innym lekiem mającym działanie przeciwhistaminowe i powszechnie stosowanym w anafilaksji jest clemastin.

Na skutek reakcji anafilaktycznej może dojść to tzw. wstrząsu hipowolemicznego. Powodem w/w wstrząsu jest zwiększona przepuszczalność ścian naczyń krwionośnych, co prowadzi do przedostania się płynów do przestrzeni między komórkowej, dlatego też pacjent z anafilaksją powinien być poddany intensywnej płynoterapii.

Zasady minimalizujące możliwość wystąpienia anafilaksji u dzieci:

- Wytlumaczenie dziecku w zależności od wieku, czym jest anafilaksja i jakie są jej objawy
- zaopatrzenie dziecka w opaskę lub identyfikator z informacją, że jest alergikiem
- dostarczenie rodzicom dziecka planu postępowania indywidualnie dostosowanego do dziecka
- poinformowanie rodzica o możliwości zastosowania u dziecka swoistej immunoterapii z użyciem jadu owadów oraz odczulaniu w przypadku alergii na leki
- zaopatrzenie dziecka lub osoby, pod której opieką jest dziecko, w ampułkostrzykawkę z adrenaliną
- edukacja osób dorosłych, pod których opieką zostaje dziecko, na temat anafilaksji, jej objawów i użycia ampułkostrzykawki z adrenaliną
- nauczenie dziecka samodzielnego podania leku w nagłym przypadku
- uwrażliwienie rodziców, aby nie podawali dziecku pokarmów przetworzonych,

konserwowanych, produktów o nieznanym składzie

- poinformowanie rodziców, aby zamawiając dziecku posiłek w restauracji, uzyskali informację o używanych alergenach
- zachęcenie rodziców, aby napoje podawane dziecku na wolnym powietrzu, były przelewane do przezroczysty zakręcanych butelek
- wytłumaczenie dziecku, aby nie ruszało owadów [2].

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z anafilaksją

Nieoczekiwana hospitalizacja bez wątpienia jest sytuacją stresującą zwłaszcza, jeśli pacjentem jest dziecko. Pobyt w placówce może być dla małego pacjenta traumatyczny, dlatego też personel medyczny powinien zrobić wszystko, aby pomóc dziecku odnaleźć się w tej niecodziennej sytuacji. Rola pielęgniarki jest bardzo ważna, ponieważ niedojrzały emocjonalnie maluch, nie tylko zmagają się z chorobą, ale często bywa tak, że dziecko boryka się również ze strachem spowodowanym rozłąką z rodziną.

Pielęgniarka w procesie leczenia anafilaksji pełni bardzo ważną funkcję, bez której nie byłaby możliwa kompleksowa opieka medyczna. Dziecko w anafilaksji musi być pod stałą kontrolą pielęgniarki. Reakcja anafilaktyczna jest bezpośrednim stanem zagrożenia życia, dlatego też zadaniem pielęgniarki jest szybkie zaobserwowanie pierwszych objawów i natychmiastowe wdrożenie odpowiedniego postępowania. Sala, na której leżą pacjenci po anafilaksji wyposażona jest w sprzęt monitorujący, liczne farmaceutyki oraz sprzęt do zabezpieczenia dróg oddechowych.

Dziecko po ciężkiej reakcji anafilaktycznej będzie podłączone do monitora i będzie wymagało szczególnego nadzoru. Pielęgniarka mająca pod swoją opieką takiego pacjenta musi znać wartości podstawowych parametrów życiowych dzieci, żeby w porę zaobserwować i zareagować na odchylenia od normy wartości parametrów życiowych odpowiednich dla wieku pacjenta.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Anafilaksja jest nagłą, często nieprzewidywalną reakcją organizmu na alergen. Niewłaściwe rozpoznanie objawów reakcji anafilaktycznej, a przez to opóźnienie wdrożenia leczenia, zarówno w szpitalu, jak i poza jednostkami medycznymi może skutkować śmiercią poszkodowanego. Wraz z rozwojem medycyny i wzrostem liczby stosowanych farmaceutyków, coraz to większą dostępnością do tzw. „śmieciowego” jedzenia, produktów

przetworzonych, wzbogacanych chemicznymi ulepszaczami, można założyć, że hospitalizacje z powodu reakcji anafilaktycznej będą wciąż obecne, a liczba przyjęć do szpitala z tego powodu, może wzrastać.

CELE PRACY

Celem pracy jest:

- Określenie zadań opiekuńczych i pielęgnacyjnych pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad dzieckiem z rozpoznanym wstrząsem anafilaktycznym
- Wyeksponowanie roli pielęgniarki w opiece nad dzieckiem

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Praca powstała w oparciu o aktualną literaturę poświęconą dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, anestezjologii, chorób wewnętrznych oraz medycyny ratunkowej. Podczas pisania pracy korzystano z pozycji książkowych, stron internetowych, czasopism kierowanych do pielęgniarek, lekarzy oraz pacjentów. Wszystkie wykorzystane materiały pochodzą z ostatnich dziesięciu lat.

W pracy przedstawiono przypadek 3 letniego chłopca przyjętego na Szpitalny Oddział Ratunkowy Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie pilnym z powodu anafilaksji na skutek użądlenia przez pszczołę.

Materiał badawczy uzyskano na podstawie:

- analizy dokumentacji medycznej
- obserwacji pacjenta
- wywiadu pielęgniarzkiego

Analizie poddano dokumentację medyczną, w której dostępne były: historia choroby, indywidualna karta zleceń lekarskich, indywidualna karta pielęgnowania, wyniki badań laboratoryjnych, karta gorączkowa.

Opis przypadku

Chłopiec lat 3 trafił do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, przywieziony przez rodziców po użądleniu/ukąszeniu przez pszczołę lub osę. W chwili przyjęcia, pacjent z silną dusznością,

krótkie płytkie oddechy – około 50/min, widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych, obrzęk warg, wysypka na kończynach górnych i dolnych oraz brzuchu, miejsce ugryzienia (lewe przedramię) zaczerwienione i obrzęknięte. Po odkażeniu skóry wyjęto żądło pszczoły za pomocą jałowej igły.

Saturacja 85%, częstość pracy serca 125/min, ciśnienie tętnicze krwi 60/40 mmHg. Nad polami płucnymi świsty. Masa ciała chłopca wynosiła 14 kg. Pacjentowi podano tlen przez maskę tlenową o przepływie 10 l/min oraz 0,15 mg adrenaliny drogą domięśniową. Uzyskano wkłucie dożylnie na grzbiecie stopy prawej, podano hydrokortyzon w dawce 50 mg drogą dożylną oraz podłączono 250 ml 0,9 % NaCl. Z informacji uzyskanych od mamy chłopca, dziecko do tej pory nie było hospitalizowane, nie choruje na żadną chorobę przewlekłą.

Po zastosowanej farmakoterapii stan pacjenta uległ poprawie. Duszność ustąpiła, obrzęk warg uległ zmniejszeniu. Pacjenta wydolnego krążeniowo oraz oddechowo, pozostawiono w szpitalu celem dalszej obserwacji.

W chwili obecnej pacjent hospitalizowany 8. godzinę z rozpoznaniem wstrząsu anafilaktycznego. Chłopiec przytomny, na ciele widoczne zmiany skórne. Pacjent podłączony do monitora, z wkłuciem obwodowym na grzbiecie stopy prawej. Parametry życiowe HR 90/min, RR 90/70 mmHg, SpO₂ 95%. Podczas pobytu na oddziale obserwowano napad duszności oraz zaburzenia rytmu serca w postaci tachykardii. Zastosowano Salbutamol w nebulizacji, a następnie tlenoterapię poprzez wąsy tlenowe w przepływie 3 l/min. W badaniu fizykalnym grymas oraz obrona mięśniowa podczas badania brzucha. Nad polami płucnymi pojedyncze świsty po lewej stronie. Chłopiec dwukrotnie zwymiotował, czterokrotnie oddał luźny stolec, nie gorączkuje.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniaska 1: Duszność spowodowana skurczem oskrzeli i obrzękiem krtani na skutek reakcji anafilaktycznej

Cel opieki: zmniejszenie duszności u dziecka

Działania pielęgniaskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji pół wysokiej
- wdrożenie tlenoterapii za pomocą maski twarzowej lub wąsów tlenowych
- pomiar parametrów życiowych: tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja
- pobieranie krwi do badań gazometrycznych zgodnie ze zleceniem lekarskim

- zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza
- obserwacja skóry w kierunku sinicy obwodowej

Ocena: po zastosowaniu tlenoterapii i podaniu leków duszność się zmniejszyła

Diagnoza pielęgniaska 2: Zaburzenia rytmu serca oraz niskie wartości ciśnienia tętniczego krwi na skutek wstrząsu anafilaktycznego

Cel opieki: stabilizacja parametrów życiowych pacjenta

Działania pielęgniarские:

- systematyczna kontrola parametrów życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego, saturacji, oddechów
- wykonanie EKG na zlecenie lekarza
- pobieranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza
- stosowanie płynoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich
- podaż leków na zlecenie lekarza
- prowadzenie bilansu płynów

Ocena: po wdrożeniu płynoterapii, ciśnienie tętnicze krwi unormowało się, a zaburzeń rytmu serca nie zaobserwowano.

Diagnoza pielęgniaska 3: Ryzyko wystąpienia odwodnienia spowodowane wymiotami i biegunką

Cel opieki: niedopuszczenie do odwodnienia

Działania pielęgniarские:

- kontrola bilansu płynów
- monitorowanie parametrów życiowych
- kontrola nawodnienia poprzez ocenę napięcia oraz elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, powrotu włosniczkowego
- stosowanie płynoterapii dożylniej oraz farmakoterapii na zlecenie lekarza
- doustne pojenie dziecka
- obserwacja wymiocin oraz kału, rodzaju, koloru, czasu i częstości występowania

Ocena: nie zaobserwowano objawów odwodnienia, dziecko wypilo około 100 ml wody, na zlecenie lekarza podłączono 250 ml NaCl 0,9% i.v oraz pobrano krew do badań biochemicznych.

Diagnoza pielęgnasiaka 4: Ryzyko zachłyśnięcia spowodowane wymiotami

Cel opieki: wyeliminowanie ryzyka zachłyśnięcia

Działania pielęgnasiarskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej, pół wysokiej lub pozycji bocznej
- obserwacja ilości, rodzaju wymiotów i udokumentowanie
- umieszczenie w pobliżu łóżeczka pacjenta miski nerkowatej i ligniny
- na zlecenie lekarza podaż leków przeciwwymiotnych

Ocena: zmniejszono ryzyko zachłyśnięcia, po zastosowaniu farmakoterapii wymioty ustąpiły

Diagnoza pielęgnasiaka 5: Możliwość pojawienia się odparzeń na pośladkach z powodu biegunki

Cel opieki: niedopuszczenie do odparzeń; zapewnienie dziecku odpowiedniej higieny

Działania pielęgnasiarskie:

- kontrola wypróżnień dziecka
- wymiana pampersa adekwatna do wypróżnień
- toaleta pośladków/okolic krocza przy każdej zmianie pampersów
- w razie potrzeby zmiana bielizny osobistej i pościelowej
- stosowanie ochronnych środków do pielęgnacji pośladków i okolic intymnych

Ocena: nie zaobserwowano odparzeń pośladków.

Diagnoza pielęgnasiaka 6: Ryzyko wystąpienia kolejnej reakcji anafilaktycznej u dziecka

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka wystąpienia kolejnej anafilaksji

Działania pielęgnasiarskie:

- stała kontrola parametrów życiowych – tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja
- nie pozostawianie dziecka samego
- edukacja rodziców na temat objawów zwiastujących anafilaksję (m.in. narastające zaburzenia oddychania, wysypka skórna)

Ocena: epizodu anafilaksji nie zaobserwowano, chory wymaga dalszej obserwacji w tym kierunku

Diagnoza pielęgnasiaka 7: Niepokój rodziców spowodowany hospitalizacją dziecka

Cel opieki: zmniejszenie niepokoju rodziców dziecka

Działania pielęgniarские:

- jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych umożliwienie rodzicom stałego przebywania z dzieckiem
- udzielanie rodzicom odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące ich dziecka
- umożliwienie rodzicom kontaktu z lekarzem prowadzącym
- informowanie rodziców o czynnościach, jakie będą podejmowane u ich dziecka

Ocena: po rozmowie z lekarzem, niepokój rodziców ustąpił.

Diagnoza pielęgniariska 8: Niepokój dziecka spowodowany hospitalizacją

Cel opieki: zmniejszenie i/lub ustąpienie niepokoju dziecka

Działania pielęgniarские:

- uzyskanie zaufanie dziecka poprzez cierpliwe i życzliwe podejście
- komunikowanie się z pacjentem przez krótkie, zrozumiałe dziecku wyrazy
- informowanie dziecka o czynnościach, które będą wykonywane
- umożliwienie kontaktu dziecka z rodzicami
- umożliwienie dziecku posiadanie ulubionej zabawki
- wskazanie rodzicom i/lub dziecku możliwości spędzenia wolnego czasu (oglądanie telewizji, świetlica z zabawkami, czytanie książek itp.)

Ocena: w chwili obecnej chłopiec jest radosny, przyjaźnie nastawiony do personelu medycznego.

Diagnoza pielęgniariska 9: Deficyt wiedzy rodziców na temat anafilaksji

Cel opieki: poprawa świadomości rodziców dotyczącej reakcji anafilaktycznej

Działania pielęgniarские:

- edukacja rodziców na temat rozpoznania objawów reakcji anafilaktycznej
- edukacja rodziców w zakresie prewencji anafilaksji na skutek ukąszeń przez owady błonkoskrzydłe:
 - stosowanie na skórę środków odstraszających owady
 - unikanie picia i jedzenia słodkich potraw na wolnym powietrzu
 - unikanie chodzenia boso po trawie
 - nauczanie rodziców zasad i sposobu prawidłowego użycia ampułkostrzykawki z adrenaliną
- udostępnienie materiałów, broszur, ulotek na temat anafilaksji

Ocena: wiedza rodziców na temat anafilaksji znacznie się zwiększyła

Diagnoza pielęgnianska 10: Świąd skóry spowodowany wysypką skórą na skutek anafilaksji

Cel opieki: złagodzenie/ wyeliminowanie świądu

Działania pielęgnianskie:

- zastosowanie miejscowo maści przeciwhistaminowych
- odwrócenie uwagi dziecka od drapania swędzącego miejsca poprzez np. wspólną zabawę, włączenie bajki, czytanie książki
- zastosowanie leków przeciwhistaminowych na zlecenie lekarza
- utrzymanie czystości rąk i krótko obciętych paznokci u dziecka
- przygotowanie kojącej kąpieli z zastosowaniem np. zmielonych i ugotowanych płatków owsianych (250 mg płatków/2l wody, temp. wody 32-36° C, kąpiel nie powinna przekraczać 15 min)
- ubranie dziecka w lekkie, przewiewne, bawełniane ubranie
- utrzymanie odpowiedniej temperatury w sali, unikanie przegrzewania dziecka

Ocena: po zastosowaniu maści przeciwhistaminowej świąd ustąpił

Diagnoza pielęgnianska 11: Obrzęk i ból kończyny użądłonej przez pszczołę

Cel: złagodzenie bólu i minimalizacja obrzęku

Działania pielęgnianskie:

- zastosowanie zimnego okładu w miejscu użądlenia
- organizacja różnych form aktywności umysłowej w celu odwrócenia uwagi od bólu w miejscu użądlenia (np. poprzez dostarczenie gier interaktywnych dostosowanych do wieku dziecka, włączeniu bajki, czytaniu dziecku książki)
- ułożenie obrzękniętej kończyny nieco wyżej - pod kątem 30 stopni (np. na poduszce)

Ocena: po zastosowaniu zimnego okładu ból zmniejszył się, obrzęk nieznacznie ustąpił

Diagnoza pielęgnianska 12: Możliwość wystąpienia infekcji spowodowanej wkłuciem obwodowym

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka infekcji

Działania pielęgniarские:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania kaniuli
- stosowanie transparentnych opatrunków w celu możliwości obserwacji miejsca wkłucia
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, wysypki w okolicy kaniuli
- zmiana opatrunku mocującego kaniulę w przypadku zabrudzenia
- kontrola temperatury ciała
- stosowanie jałowych, jednorazowych korków na kaniulę
- zabezpieczenie kaniuli (poprzez suchy, jałowy gazik umocowany bandażem lub siatką opatrunkową) przed ewentualnym uszkodzeniem mechanicznym przez pacjenta
- kontrola drożności kaniuli, a w razie potrzeby wymiana na nową

Ocena: kaniula drożna, brak zmian w okolicy wkłucia.

PODSUMOWANIE

Praca dotyczy roli i zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem pediatrycznym z anafilaksją. Praca powstała w oparciu o fachową literaturę polską i zagraniczną. Na wstępie przedstawiono definicję oraz podział anafilaksji oraz wyszczególniono i omówiono najczęstsze przyczyny jej powstania. Przedstawiono obraz kliniczny anafilaksji oraz objawy obejmujące poszczególne układy. Następnie przedstawiono metody diagnostyki anafilaksji, zwrócono uwagę na istotę badania podmiotowego i przedmiotowego.

Kolejna część pracy zawiera zasady postępowania w przypadku anafilaksji. Przedstawiono zarówno postępowanie poza placówkami medycznymi obejmujące tzw. pierwszą pomoc oraz zaawansowane czynności i metody wykorzystywane przez wykwalifikowany personel medyczny. Następnie skupiono się na leczeniu dostosowanym do pacjentów pediatrycznych. Scharakteryzowano odmienności anatomiczne i fizjologiczne dzieci stosownie do wieku. Kolejna część pracy obejmuje profilaktykę i edukację dziecka oraz jego otoczenia.

W zredagowanej pracy dokonano opisu konkretnego przypadku klinicznego i w oparciu o zebrane dane sformułowano proces pielęgnowania. Na podstawie wywiadu pielęgniarского, obserwacji pacjenta oraz analizy dokumentacji medycznej zaplanowano opiekę pielęgniarскую dostosowaną do pacjenta pediatrycznego z anafilaksją. W oparciu o diagnozę pielęgniarскую ustalono problemy pielęgnacyjne, a na ich podstawie indywidualny plan opieki. Poddano ocenie skuteczność zaplanowanych działań oraz wyciągnięto wnioski.

Opisano przypadek 3-letniego chłopca z anafilaksją po użądleniu przez pszczołę. Pacjent do tej pory nie był hospitalizowany, epizod reakcji anafilaktycznej wystąpił po raz pierwszy. Kluczowym aspektem było zwrócenie uwagi na istotę edukacji rodziców oraz otoczenia chłopca. W pracy przedstawiono zasady minimalizujące ryzyko wystąpienia reakcji anafilaktycznej u dzieci oraz opisano zasady udzielania pierwszej pomocy.

Po opuszczeniu szpitala dziecko będzie wymagało szczególnej opieki. Konieczne będzie zaopatrzenie opiekunów pacjenta w ampułkostrzykawkę z adrenaliną oraz w plan postępowania w przypadku wystąpienia kolejnego epizodu anafilaksji u chłopca.

WNIOSKI

Szczegółowa analiza zebranych materiałów niezbędnych do realizacji założeń pracy pozwoliła uzyskać następujące wnioski:

1. Pacjent po epizodzie reakcji anafilaktycznej wymaga stałej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej.
2. Opieka nad dzieckiem z reakcją anafilaktyczną powinna przebiegać według określonych standardów i zasad, co pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia groźnych dla zdrowia i życia powikłań.
3. Właściwe postawienie diagnozy pielęgniarskiej, określenie realnych celów opieki oraz prawidłowe zaplanowanie działań, pozwala personelowi pielęgniarskiemu na realizację założonych celów w zakresie opieki nad dzieckiem z anafilaksją.
4. Indywidualne i holistyczne podejście w chwili planowania oraz realizacji opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z reakcją anafilaktyczną przyczynia się do polepszenia stanu zdrowia pacjenta.
5. Istotną rolę odgrywa edukacja rodziców dziecka i osób najbliższych z zakresu anafilaksji i udzielania pierwszej pomocy.

PIŚMIENNICTWO

1. Holgate T.S., Church K.M., Lichtenstein M.L.: Alergia. Wydawnictwo Czelej Sp.z.o.o., Lublin, 2003, 163-172.
2. Kruszewski J.: Anafilaksja. Stanowisko panelu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2009, 14-15, 31-37, 48.

3. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji, Kraków, 2016, 201, 199-203.
4. Tkaczyk M.: Stany nagłe. *Pediatrica. Medical Tribune*, Warszawa, 2015, 28.
5. Johnz-Różyk K., Raciborski F., Kłak A., Śliwczyński A.: Anafilaksja problem zdrowotny i społeczny „Przygotuj się na wstrząs. Uczulamy Alergików”. http://krakow.pl/partnerstwo_miasta/201797,183,komunikat,anafilaksja_-_pierwszy_w_polsce_raport_epidemiologiczny_2008-2015.html, dostęp: 07.01.2019.
6. Kleszczyński J.: Stany nagłe u dzieci. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa, 2018, 13-14, 41, 342-345, 349.
7. Mądrala W.: Podstawy alergologii. Górnickie Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2006, 455-456, 490, 496-497.
8. Kaczmarek M., Piskorz-Ogórek K.: *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne, wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo HELPMED, Kraków, 2014, 181-182.
9. Nadolny K.: Rekomendacje postępowania w ratownictwie medycznym. Wydawnictwo Elamed, Katowice, 2015, 13.
10. Kremis E., Stępińska J.: *Pierwsza Pomoc z Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń*. Wydawnictwo MULTICO Oficyna Wydawnicza, Warszawa, 2010, 68-71.

OBOWIĄZKOWE SZCZEPIENIA OCHRONNE W OPINII MATEK NOWORODKÓW

Sylwia Kamińska¹, Beata Kowalewska²

1. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Układ odpornościowy człowieka inaczej zwany układem immunologicznym, współdziała z układem endokrynnym oraz nerwowym. Ma na celu ochronę organizmu przed wieloma chorobami, poprzez identyfikację i likwidowanie obcych komórek w tym komórek nowotworowych i patogenów. Układ ten wykształcił mechanizmy rozpoznawania struktur obcych i własnych. Posiada unikalną zdolność zapamiętywania i uczenia się po wcześniejszym zetknięciu się z antygenem. Zdolny jest do rozpoznania obcych komórek i skierowania przeciwko nim odpowiedzi immunologicznej. Dzięki temu układowi nasz organizm może zwalczać infekcje, wywołane przez drobnoustroje (wirusy, pierwotniaki, bakterie), a także rozwijające się w jego obrębie pasożyty. Odpowiedzialny jest za ochronę całego organizmu [1].

Odporność dzielimy na nieswoistą czyli wrodzoną i swoistą czyli nabytą [6]. Odporność wrodzona (naturalna) jest pierwszą linią obrony przeciw patogenom. Eliminuje patogeny niezależnie od ich składu antygenowego. Pierwszą barierą odporności wrodzonej jest skóra, błony śluzowe oraz bakteriobójcze i bakteriostatyczne substancje przez nie wydzielane. Dodatkową ochroną jest również niskie pH żołądka i skóry, a także naturalna flora bakteryjna i wszystkie substancje przez nią wytwarzane. Oceniając układ odpornościowy noworodka trzeba zwrócić uwagę na wiele czynników, w tym: ogólny stan zdrowia matki i przebyte choroby matki. Noworodki posiadają szczególny typ ochrony w postaci przeciwciał, które trafiły do jego organizmu podczas ciąży matki [2,3]. Przeważa u nich odporność naturalna z góry zaprogramowana i istniejąca bez wcześniejszego kontaktu organizmu z czynnikami zakaźnymi [4].

Odporność nabytą (swoistą) organizm wykształca po kontakcie z antygenem /patogenem,

jako skuteczny mechanizm ochronny. Dodatkowo utrwała on informacje o patogenach (pamięć immunologiczna). Do czynników odporności swoistej zaliczamy limfocyty T i B oraz wytwarzane przez limfocyty B przeciwciała. Odporność nabytą nazywamy uodpornieniem [5].

Odporność nabytą (swoistą) dzielimy na :

1. Bierną:

- naturalna (przeciwciała matczyne)
- sztuczna (surowice ozdrowieńców)

2. Czynną:

- naturalna (przechorowanie)
- sztuczna (szczepienie) [5].

Odporność swoista bierna może być nabywana w sposób:

- naturalny – od matki w jako przeciwciała, które przechodzą do krwi płodu w czasie ciąży, jak także wraz z mlekiem, podczas karmienia noworodka;
- sztuczny – na wskutek podania przeciwciał w postaci surowic odpornościowych np. surowice przeciwko tężcowi [1].

Odporność swoista czynna może być nabywana:

- naturalnie – w wyniku kontaktu organizmu z antygenem, w skutek czego uzyskuje on na niego odporność np. przebyte zakażenia lub choroby;
- sztucznie – poprzez podanie organizmowi pozbawionych toksyczności antygenów w postaci szczepionki [1,6].

Pamięć immunologiczna jest to gotowość organizmu do szybszej i bardziej efektywnej odpowiedzi immunologicznej podczas kolejnego kontaktu z antygenem. Polega na zapamiętywaniu przebytych infekcji przez układ odpornościowy (wytworzenie odpowiednich przeciwciał), co skutkuje szybszym zwalczaniem następnych infekcji. Pierwszy kontakt organizmu z drobnoustrojem może doprowadzić do zachorowania. Po tym kontakcie nastąpi rozwój odpowiedzi immunologicznej. Ponowny kontakt z tym drobnoustrojem nawet po kilku latach doprowadzi do gwałtownej reakcji.

Szczepienia ochronne odgrywają bardzo ważną rolę w zapobieganiu groźnym chorobom zakaźnym, jest to ważny element polityki zdrowotnej praktycznie każdego państwa. Nic innego nie wpłynęło tak na obniżenie śmiertelności i wzrostu zdrowotności populacji jak szczepienia. W znacznym stopniu zmniejszyła się zachorowalność na choroby zakaźne, dzięki temu miliony osób uniknęły ciężkich powikłań czy nawet śmierci. Niektóre choroby zostały praktycznie

wyeliminowane, lub ich występowanie jest pod względną kontrolą np. ospa wietrzna, tężec, błonica, odra czy polio [7].

Szczepienia są niezbędne w utrzymaniu zdrowia niezależnie od płci czy wieku. Najbardziej narażone na zachorowanie są najmłodsze dzieci do 2 roku życia, gdyż są w grupie ryzyka zakażeń bakteryjnych i wirusowych, ze względu na niedojrzałość układu odpornościowego. Ważne jest aby zagwarantować im ochronę i jak najlepiej uchronić przed zarażeniem poprzez szczepienia ochronne. W Polsce odsetek zaszczepionych dzieci wynosi ok 94-95 % populacji, dzięki temu zarówno dzieci jak i osoby z ich otoczenia, które z różnych przyczyn nie były szczepione są chronione. Od kilku lat odsetek zaszczepionych dzieci niestety maleje a wszystkiemu winne są organizację antyszczepionkowe. Zwolennicy ruchów antyszczepionkowych uważają, że zawarte w szczepionkach substancje są bardziej szkodliwe niż same choroby, przed którymi chronią. Ruchy antyszczepionkowe chcą zniesienia obowiązkowych szczepień ochronnych [8,9,10].

Wskazania i przeciwwskazania do szczepień ochronnych

Wykonywanie szczepień ochronnych zależne jest od stanu zdrowia w momencie zaplanowanego szczepienia. Zanim dojdzie do szczepienia, osoba u której ma być ono wykonane musi przejść wywiad i badanie lekarskie. Zgodnie z wytycznymi WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) oraz rekomendowanymi przez tą organizację zaleceniami Komitetu Chorób Zakaźnych Amerykańskiej Akademii Pediatrii, szczepionek żywymi i zabitymi szczepionkami nie wykonuje się w przypadku:

- ostrych stanów chorobowych,
- podczas wysokiej gorączki przekraczającej 38,5 C,
- zaostrzonej fazy choroby przewlekłej,
- ciężkich zaburzeń krzepnięcia,
- po przetoczeniach immunoglobulin i preparatów krwi w okresie 3 miesięcy poprzedzających planowane szczepienie [11].

Bezwzględnie szczepić nie można, gdy wcześniej wystąpił poważny odczyn po podaniu szczepionki lub występuje nadwrażliwość na którykolwiek składnik szczepionki. Szczepienie trzeba odroczyć do chwili ustąpienia ostrych stanów chorobowych, w przypadku przewlekłych chorób poczekać do stabilizacji procesu chorobowego. Natomiast jeśli doszło do NOP (niepożądany odczyn poszczepienny) przy kolejnych szczepieniach należy zmienić rodzaj szczepionki i szczepić pod nadzorem poradni konsultacyjnej szczepień. Istotne jest żeby

kwalifikacja do szczepień była przeprowadzona dokładnie, bo dzięki temu można ograniczyć liczbę wystąpienia NOP. Wyjątkami są wskazania życiowe, gdzie przeciwwskazania schodzą na drugi plan, w takiej sytuacji pomija się je na rzecz ratowania życia np. szczepienie przeciwko wściekliźnie [1,12].

Z ostrożnością należy też podejść do szczepionek żywych. Osłabione szczepy drobnoustrojów w powyższych szczepionkach, w procesie atenuacji są pozbawione zjadliwości, ale nadal mogą się namnażać i stanowić zagrożenie po podaniu. Przeciwwskazaniem do podania szczepionek żywych są:

- głębokie zaburzenia odporności (wrodzone i nabyte),
- reakcje anafilaktyczne,
- zakażenie HIV (np. BCG),
- okres około 2 lat po przeszczepie szpiku,
- zaburzenia odporności,
- ciąża (przenikanie do płodu)

Wskazania do szczepień dotyczą w szczególności kilku grup ludzi, np.:

- osób chorych przewlekłe,
- małych dzieci oraz osób starszych,
- dzieci uczęszczających do żłobków, przedszkoli czy szkół, a także rodzin
- wielodzietnych i wychowanków domów dziecka,
- osób z zaburzeniami immunologicznymi,
- kobiet w wieku rozrodczym [13].

Zasadniczym wskazaniem do szczepień jest zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym występujących w populacji. Dzięki szczepieniom można ograniczyć lub wyeliminować zachorowania na ciężkie choroby zakaźne.

Prawidłowe podanie szczepionek jest bardzo ważne, ma istotny wpływ na ilość występowania reakcji poszczepiennych typu podrażnienia czy obrzęk. Żeby uniknąć podawania kilku szczepień jednocześnie ważne jest stosowanie się do wytycznych dotyczących miejsca, ilości i czasu podania szczepionek. Sztywne reguły odnoszące się do miejsca podania ułatwiają ocenę ewentualnych powikłań poszczepiennych.

Szczepionki w zależności od zaleceń producenta podawane są – śródskórną (tylko BCG), podskórną, domięśniową, doustnie i donosowo. Większość podawana jest drogą domięśniową i dlatego ważne jest dobranie odpowiedniej długości igły oraz miejsca podania w zależności od masy ciała i wieku dziecka.

Niepożądane odczyny poszczepienne (NOP)

NOP – niepożądany odczyn poszczepienny, jest to objaw medyczny, który wystąpił w okresie do 4 tygodni od podania szczepionki. Wyjątkiem jest odczyn po BCG, który utrzymuje się znacznie dłużej i wynika ze specyfikacji szczepionki. Ciężkie odczyny występują bardzo rzadko, szacuje się, że pojawiają się one u jednej zaszczepionej osoby na milion wykonanych szczepień. Niepożądane odczyny poszczepienne mogą wystąpić w wyniku:

- działania samej szczepionki,
- złego wykonania szczepionki,
- indywidualnych reakcji organizmu,
- w trakcie zaburzeń zdrowia podczas szczepienia [14,15].

Odczyny zależą również od rodzaju szczepionki, która została podana, jej składu, a także od indywidualnych predyspozycji i reakcji organizmu osoby zaszczepionej.

Rodzaje i kryteria NOP obejmują (Tab. I.):

- **odczyn miejscowy** – obrzęk, powiększone węzły chłonne, odczyn po szczepieniu BCG, ropień w miejscu wstrzyknięcia.
- **odczyny ze strony ośrodkowego układu nerwowego** – zespół Guillain – Bare, zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, porażenie wywołane wirusem szczepionkowym, drgawki gorączkowe i nie gorączkowe.
- **odczyny innego rodzaju** – gorączka powyżej 39 stopni C, zapalenie ślinianek, małopłytkowość, zapalenie jader, wstrząs septyczny i anafilaktyczny oraz bole stawowe. [9,16].

Tab. I. Podział NOP na stopień nasilenia [9,16].

Ciężki odczyn	Poważny odczyn	Łagodny odczyn
• wymaga hospitalizacji w celu ratowania życia • konsekwencja jest stały ubytek na zdrowiu • kończy się zgonem	• duże nasilenie objawów, • nie wymaga hospitalizacji, • nie pozostawia trwałych ubytków na zdrowiu	• małe nasilenie objawów

W Polsce prowadzi się monitoring występowania NOP. Został on wprowadzony w 1996 roku i opiera się na zaleceniach WHO. Lekarz podejrzewając lub rozpoznając niepożądany odczyn poszczepienny ma obowiązek zgłosić ten fakt do Państwowego

Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Jest to uregulowane prawnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów (Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) [17].

Rodzaje i skład szczepionek

Szczepionki to preparaty biologiczne, które zawierają antygeny stymulujące układ odpornościowy do wygenerowania uodpornienia. Służą do kontrolowanego przygotowania układu odpornościowego na zetknięcie z chorobami zakaźnymi. Zazwyczaj zawierają osłabione lub zabite drobnoustroje, które po podaniu szczepionki pobudzają organizm do wytwarzania swoistych przeciwciał skierowanych przeciw antygenom zawartym w szczepionce. Dzięki temu jeśli organizm zetknie się z drobnoustrojami chorobotwórczymi, które zawierają antygeny nasz układ odpornościowy skutecznie obroni się przed zakażeniem za nim dojdzie do choroby [18].

Istnieje kilka podziałów szczepionek. Ze względu na rodzaj drobnoustroju szczepionki można podzielić na szczepionki bakteryjne i szczepionki wirusowe.

Ze względu na postać antygeny wchodzącego w skład szczepionki, dzielimy je na:

- szczepionki żywe – szczepionki atenuowane, zawierające żywe atenuowane (osłabione) szczepy drobnoustrojów. Zawarte w szczepionce patogeny charakteryzują się mniejszą zjadliwością,
 - wirusowe – szczepionka przeciwko odrze, śwince, różyczce, przeciwko rotawirusom,
 - bakteryjne – BCG.
- szczepionki inaktywowane (zabite) – w swoim składzie zawierają zabite (za pomocą ciepła lub chemicznie) patogeny bakteryjne lub wirusowe, przez co są mniej immunogenne niż szczepionki żywe.
 - wirusowe - polio, przeciw wściekliznie czy odkleszczowemu zapaleniu mózgu,
 - bakteryjne – krztusiec, cholera, tyfus.
- toksoidy – inaczej nazywane anatoksynami, są pozbawione trującego działania toksyn bakteryjnych z zachowaniem immunogenności. Mają na celu pobudzenie organizmu do wytwarzania przeciwciał neutralizujących. Zaliczamy tu anatoksyny tężcową i błoniczą
- szczepionki polisacharydowe – zawierają jedynie fragmenty drobnoustrojów chorobotwórczych. Zastosowane są w nich wielocukry, otoczki niektórych bakterii. Wadą tych szczepionek jest słaba immunogenność, ponieważ nie pobudzają limfocytów T i przez

to są mało skuteczne u dzieci do 2 roku życia. Takie szczepionki nie dają pamięci immunologicznej, dlatego połączono je z nośnikiem białkowym. Dzięki temu otrzymuje się szczepionkę koniugowaną, która ma znacznie większą odpowiedź immunologiczną i może być stosowana już u niemowląt od 2 miesiąca życia [16,19].

– bakteryjna - Haemophilus influenzae typu b (Hib).

- szczepionki rekombinowane – są to szczepionki zawierające antygen lub jego fragment wytwarzany dzięki metodom inżynierii genetycznej. Produkowane są przez komórki organizmów takich jak drożdże czy E. coli. Metoda ta pozwala na wytwarzanie antygenu szczepionkowego.
- wirusowa – wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV).
- szczepionki podjednostkowe – zawierają pojedyncze i oczyszczone antygeny drobnoustrojów, które potrzebne są do odpowiedzi immunologicznej [20].

Ze względu na liczbę antygenów, wyróżnia się :

- szczepionki monowalentne – zawierają w swoim składzie antygeny jednego rodzaju drobnoustroju chorobotwórczego. Uodparniają przeciw tylko jednej chorobie np.: WZW B , tężcowi .
- szczepionki poliwalentne – w ich skład wchodzi szczepki kilku antygenów tych samych drobnoustrojów przeciw jednej chorobie zakaźnej wywołanej przez różne typy serotypu drobnoustrojów np. : szczepionka HPV, przeciwko grypie czy pneumokokom.
- szczepionki skojarzone – zawierają co najmniej 2 antygeny różnych drobnoustrojów. Uodparniają na kilka chorób zakaźnych jednocześnie, jest to mieszanka różnych szczepionek poliwalentnych i monowalentnych. Dzięki tego typu szczepionkom można ograniczyć ilość podawanych szczepionek np. szczepionka tężec – błonica – krztusiec [21,22].

Kolejny podział szczepionek, to podział ze względu na zakres działania uodpornienia, i są to:

- szczepionki swoiste – skierowane na zakażenia konkretnymi chorobami zakaźnymi,
- szczepionki nieswoiste –skierowane przeciw różnym zarazkom i podnoszą odporność ogólną organizmu.

Należy podkreślić, że szczepionki mogą też występować w różnej postaci:

- płynne – są preparatami gotowymi do wstrzyknięcia lub podania drogą doustną.
- wysuszone (liofilizowane) – występują w postaci proszku, który należy rozpuścić przed podaniem szczepionki.

Każda szczepionka składa się z antygenów a także substancji pomocniczych. Wyróżniamy w nich:

- antygen – który pobudza odpowiedź immunologiczną,
- środki konserwujące – wykorzystuje się je w celu zapobiegania namnażania się bakterii i grzybów w preparatach (np. fenol),
- adiuwenty – dodawane są by wzmocnić odpowiedź immunologiczną, ich inne zadanie to spowolnienie wchłaniania antygeny z miejsca podania (fosforan glinu, wodorotlenek glinu), - substancje stabilizujące i pomocnicze – dodawane są w celu ochrony przed wpływem czynników zewnętrznych niskich czy wysokich temperatur (albuminy, glutaminian sodu) [18,23].

Szczepienia obowiązkowe

Szczepienia są najskuteczniejszym sposobem zwalczania i ograniczenia chorób zakaźnych . W Polsce jest nałożony przez ustawodawcę obowiązek szczepień ochronnych, a odsetek osób zaszczepionych sięga ok 95 % populacji. Powszechne obowiązkowe szczepienia przeciw niektórym chorobom zakaźnym zmniejszyły skutki ich występowania wraz z ciężkimi powikłaniami tych chorób, a także zmniejszyły koszty ich leczenia. Obowiązkowe szczepienia są bezpłatne, a w skład tych szczepień wchodzi : szczepienia przeciwko WZW B, BCG, DTP, PCV, Hib, IPV i OPV, MMR [24,25].

- **WZW B** – Wirusowe Zapalenie Wątroby typu B – jest to jedna z pierwszych szczepionek podawana noworodkom tuż po urodzeniu w przeciągu 24 godzin. Noworodki szczepione są w 3 dawkach w 1 dobie życia – 1 miesiącu życia – 6 miesiącu życia.[22,24]. Szczepionki: Euwax B, ENGERIX B, Hepavax – Gene TF.
- **BCG** – szczepionka przeciwgruźlicza (Bacillus Calmette – Gurine) jest to żywa szczepionka. Szczepienie wykonuje się dzieciom przed wypisaniem z oddziału noworodkowego. Podawana jest o ile nie ma żadnych przeciwwskazań np. masa ciała mniejsza niż 2000g czy dziecko z wrodzoną chorobą. Po osiągnięciu odpowiedniej wagi dziecko jest zaszczepione o ile pozwala na to stan zdrowia. Jako jedyna szczepionka podawana jest wśród skórnie w lewe ramię [24,26,27]. Szczepionki: BCG 10.
- **DTP** – błonica, tężec i krztusiec – szczepionka zawiera toksoidy tężcowy i błonicy oraz jeden z 2 komponentów krztuścowych. Cykl podstawowy szczepionką DTP to 3 dawki w odstępach 6 - 8 tygodniowych w 2, 3-4 i 5-6 miesiącu życia, dawka uzupełniająca 16-18 miesiącu życia oraz dawkę przypominającą w 6 roku życia. Wcześniakom jak i

dzieciom z małą masą urodzeniową podawana jest szczepionka DTaP i cały cykl szczepień należałoby kontynuować tym typem. U dzieci z przeciwwskazaniami do zaszczepienia przeciwko krztuścowi podaje się szczepionkę DT [21,44]. Szczepionki: DTP, DT, Tetraxin.

- **PCV** - szczepionka przeciwko pneumokokom – jest to szczepionka skoniugowana i zawiera sacharydy bakterii. Została wprowadzona do kalendarza szczepień ochronnych dopiero w 2017 roku. Szczepienia podaje się w 2 dawkach w odstępach 8 tygodniowych (szczepienie podstawowe) w pierwszym roku życia, zaś trzecią dawkę uzupełniającą w drugim roku życia. Szczepionki: PCV-10 [21,26].
 - **Hib** - Haemophilus influenza typu b – występuje jako preparat monowalentny. Podawana jest w 3 dawkach, jako szczepienie podstawowe do 1 roku życia oraz jako dawka przypominająca w drugim roku życia [24,28]. Szczepionki: Act – HB, Hiberix, Pedvax HIB.
- **IPV** – poliomyelitis inaczej zwane nagminnym porażeniem dziecięcym czy choroba Heinego – Mediny – szczepionki zawierają zabite (inaktywowane) poliovirusy. Cykl podawania to 3 dawki szczepień podstawowych i obejmują dzieci od 7 tygodnia życia w odstępach 6-8 tygodni (3 – 4 , 5 – 6 oraz 16 – 18 miesiąc życia) oraz dawka przypominająca w 6 roku życia. Szczepionki: IMOVAX POLIO [24,27].
- **MMR** – odra, świnka i różyczka – jest to żywa szczepionka skojarzona. Obowiązkowym szczepieniem podlegają dzieci w 13 – 15 miesiącu życia a dawkę przypominającą podaje się, w 6 roku życia. Szczepionki: MMR II, PRIORIX [26,27].

Program szczepień ochronnych w Polsce

Program Szczepień Ochronnych (PSO) jest podstawą prawną odnoszącą się do terminów i zasad realizowania szczepień ochronnych. Główny Inspektor Sanitarny co roku do 31 października, publikuje tzw. Kalendarz szczepień obowiązkowych i zalecanych [29].

W Kalendarzu szczepień ochronnych wydawanym co roku pod koniec października w postaci Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego zawarte są zalecenia odnośnie szczepień obowiązkowych, przysługujące poszczególnym grupom osób, np.:

Obowiązkowe szczepienia osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie.

- **WZW B** - uczniowie szkół medycznych, studenci uczelni medycznych, osoby wykonujące zawody medyczne narażonych na zakażenie, osoby mające styczność z

osobą zakażoną WZW B, osoby zakażoną WZW C i osób w zaawansowanej fazie choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osób dializowanych.

- Tęžec - osoby zranione lub narażone na zakażenie tęžcem.
- Błonica - osoby narażone na zakażenie wskutek styczności z chorymi na błonicę.
- Wścieklizna - osoby narażone na zakażenie mające styczności ze zwierzęciem chorym lub podejrzanym o zakażenie wirusem wścieklizny.
- Ospa Wietrzna - dzieci do ukończenia 12 roku życia z upośledzeniem odporności, z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji, zakażone HIV, przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią (osoby do 12 roku życia z ich otoczenia), - osoby przed 12 rokiem życia przebywające w: zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, rodzinnych domach dziecka, domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, domach pomocy społecznej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych, interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych i w żłobkach lub klubach dziecięcych.
- Pneumokoki - dzieci do ukończenia 5 roku życia (tylko dzieci urodzone przed 1 stycznia 2017 r.) po urazach lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, z HIV, po przeszczepieniu szpiku, po lub przed przeszczepami narządów wewnętrznych, po wszczepieniu implantu ślimakowego, z przewlekłymi chorobami serca, ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, asplenię wrodzoną, dysfunkcje śledziony, po usunięciu śledziony, po leczeniu immunosupresyjnym, z przewlekłą niewydolnością nerek, z nawracającym zespołem nerczycowym, z pierwotnym zaburzeniem odporności, cukrzyca, astma.
- dzieciom od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia urodzonym przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzone z masą ciała poniżej 2500 g (wskazany jest 4-dawkowy schemat szczepienia podstawowego, tj. trzy dawki szczepieniami pierwotnego oraz jedna dawka uzupełniająca (3+1) [29,30].

Szczepienia obowiązkowe są wykonywane preparatami finansowanymi z budżetu państwa. Przeprowadzając szczepienia ochronne trzeba stosować następujące zasady:

- szczepienia według kalendarza szczepień do realizacji w danym miesiącu lub roku życia dziecka mogą zostać podane jednocześnie w podczas jednej wizyty szczepiennej – podawać należy w różne miejsca ciała z użyciem oddzielnych strzykawek i igieł,

- odstęp pomiędzy dwoma różnymi szczepionkami żywymi powinien być nie krótszy niż 4 tygodnie,
- odstęp między różnymi szczepionkami jest dowolny, z zachowaniem bezpiecznego odstępu aby uniknąć nałożenia się ewentualnego (NOP) na kolejne szczepienie, taki sam schemat obowiązuje przy szczepionce żywej i szczepionce nie zawierającej żywych drobnoustrojów,
- przy kolejnych dawkach tej samej szczepionki odstęp powinien być zgodny ze wskazaniami producenta szczepionki [30].

CEL PRACY

Celem pracy była analiza wiedzy matek dotycząca znaczenia obowiązkowych szczepień ochronnych

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiał do pracy został zebrany metodą sondażu diagnostycznego. Zbierając informacje o wiedzy matek nowonarodzonych dzieci na temat obowiązkowych szczepień ochronnych posłużono się anonimową ankietą. Narzędziem badawczym była autorska ankieta zawierająca 26 pytań.

W części ogólnej kwestionariusza ankiety zawarto sześć pytań charakteryzujących badaną grupę. Miedzy innymi pytania dotyczące wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, ilości posiadanych dzieci a także decyzji odnośnie wcześniejszych szczepień posiadanych dzieci.

W części szczegółowej kwestionariusza ankiety, pytania dotyczyły poziomu wiedzy matek na temat szczepień ochronnych.

Badanie przeprowadzono w 2018 roku na Oddziale Neonatologicznym w Mazowieckim Specjalistycznym Szpitalu w Ostrołęce. W ankiecie wzięło udział 100 kobiet. Po uzupełnieniu kwestionariusza pytań, wszystkie ankietę zostały zwrócone. Stosunek kobiet biorących udział w ankiecie był przychylny, pacjentki z chęcią i zrozumieniem podeszły do wypełniania ankiety. Zebrany materiał badawczy przedstawiono w formie opisowej i graficznej.

WYNIKI

Badaniem objęto 100 kobiet. Największą grupę stanowiły kobiety w wieku 33 – 39 lat (34%), niewiele mniejszą stanowiły matki w przedziale wiekowym 26 – 32 lata (32%). Mniej liczne grupy ankietowanych to kobiety między 19 – 25 rokiem życia (12%) oraz powyżej 40 lat (16%). Natomiast najmniej ankietowanych było w grupie kobiet poniżej 18 lat (6 %).

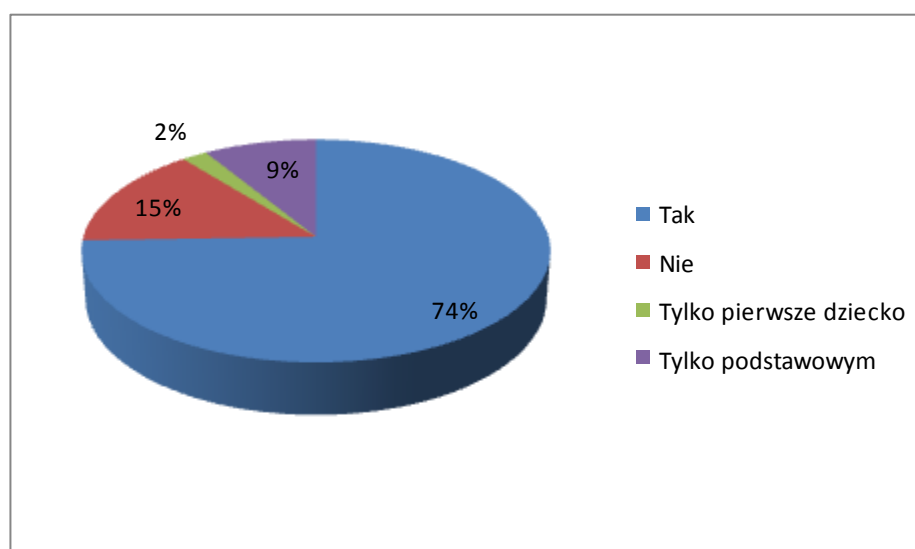
Ponad połowa kobiet objętych badaniem zamieszkiwała obszary miejskie 55%, niewiele mniej bo 45% obszary wiejskie.

Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety żyjące w związkach małżeńskich (76%), najmniej wśród respondentek było kobiet stanu wolnego (20%) i wdów (4%).

Z pośród ankietowanych 48% kobiet zadeklarowało wykształcenie średnie, niewiele mniej bo 47% posiadało wykształcenie wyższe. Mniejszość stanowiły ankietowane z wykształceniem podstawowym (5%).

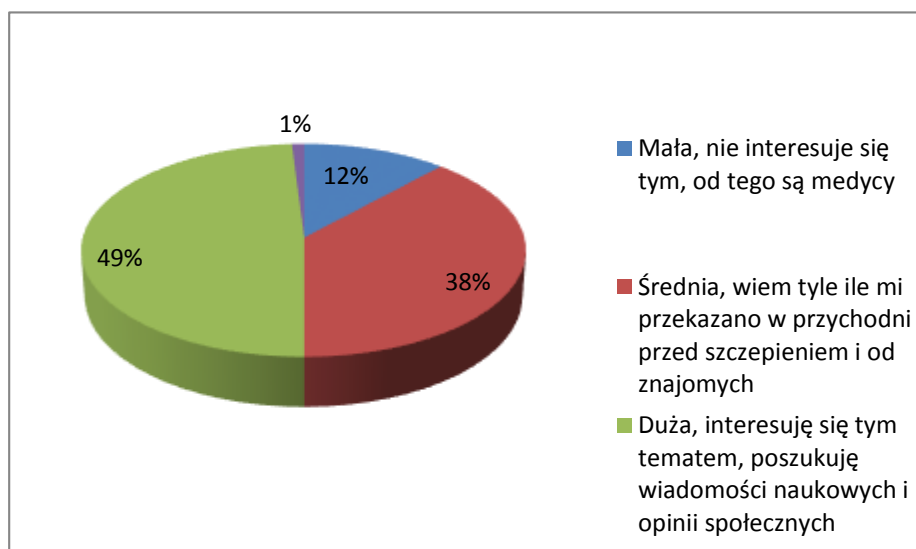
Kobiety biorące udział w ankiecie posiadały więcej niż jedno dziecko (46%), jedno dziecko (54%).

Zdecydowana większość kobiet posiadających dzieci poddała je szczepieniom ochronnym - 74%. Podstawowymi szczepieniami zostało zaszczepionych 9% dzieci. Natomiast odmówiło szczepienia swoich dzieci 2% kobiet (Ryc.1).

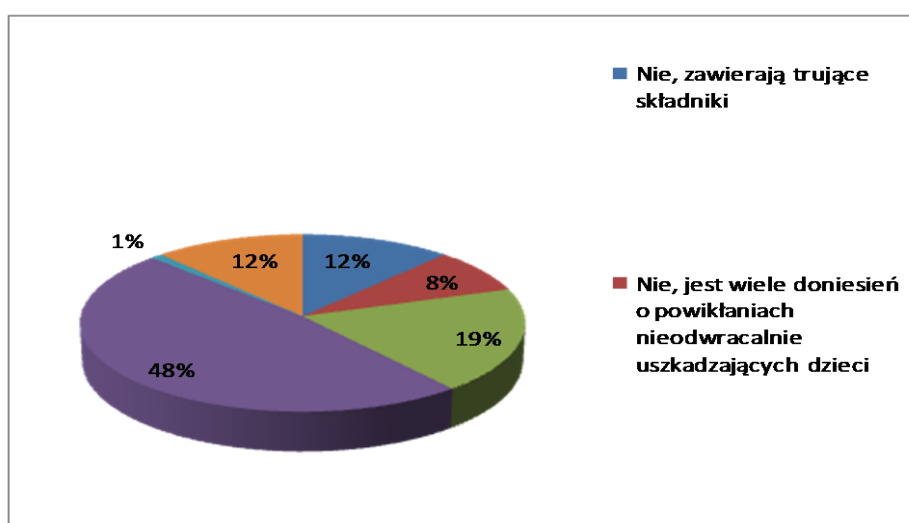


Ryc.1. Wynik odpowiedzi dotyczący zaszczepionych dzieci.

Zdecydowana większość respondentek (49%) uznała, że posiada dużą wiedzę i interesuje się tematem szczepień, poszukuje wiadomości naukowych i opinii. Jedynie 1% spośród ankietowanych kobiet odpowiedziało, że nie posiada żadnej wiedzy na ten temat. Spośród ankietowanych kobiet 38% deklarowało, że ma średnią wiedzę i wie tylko tyle ile przekazano w przychodni, natomiast aż 12% kobiet odpowiedziało, że nie interesowało się tematem szczepień (Ryc.2.).



Ryc.2. Samoocena poziomu wiedzy na temat szczepień ochronnych



Ryc.3. Bezpieczeństwo szczepień ochronnych

Kolejne pytanie dotyczyło wiedzy matek na temat szczepień ochronnych. Większość ankietowanych (48%) odpowiedziała że są one bezpieczne, ponieważ chronią przed powrotem śmiertelnych chorób, pozwalają uniknąć zachorowania lub pozwalają łatwiej przejść chorobę. Mieszane uczucia (12%) i niezdecydowanie (12%) co do szczepień deklarowało 24 % kobiet, natomiast 8% kobiet wyrażało sprzeciw wobec szczepień , gdyż słyszało o doniesieniach powikłaniach i nieodwracalnych uszkodzeniach dzieci. Spośród badanych 1% uznało szczepionki za trujące substancje. (Ryc.3).

Następne pytanie odnosiło się do ruchów społecznych przeciw szczepieniom. 65% respondentek znane były ideologie i ruchy antyszczepionkowe, 10% kobiet uważało, że są to nieodpowiedzialni ludzie. Natomiast 14% ankietowanych zgadzało się z opiniami głoszonymi przez te ruchy. Jedynie 12% kobiet nie słyszało nic na ten temat (Ryc.4).

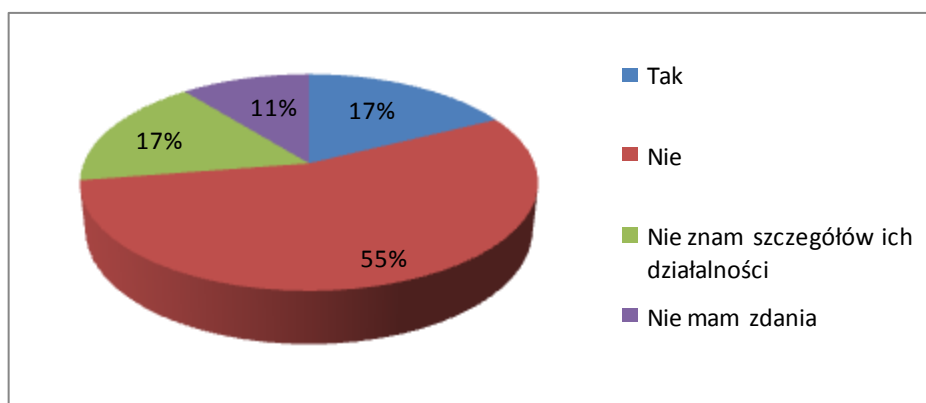


Ryc.4. Znajomość ideologii ruchów antyszczepionkowych

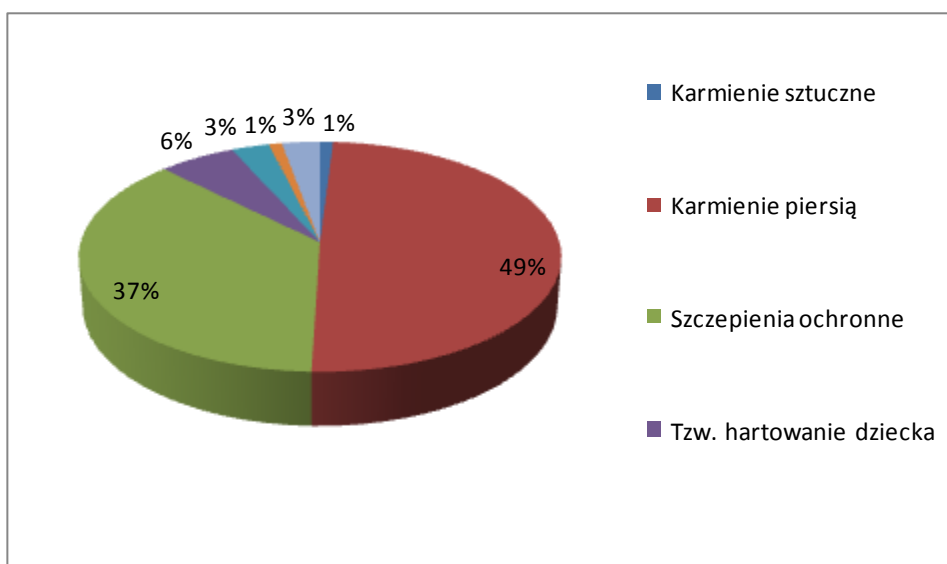
Spośród ankietowanych kobiet 55% deklarowało że nie zgadza się z poglądami antyszczepionkowców, a 17% nie miało zdania na ten temat. Kolejne 17% ankietowanych zgadzało się z ich poglądami na temat szczepionek, jedynie 11% nie miało zdania na ten temat (Ryc.5).

Kolejne pytanie tyczyło się wiedzy na temat tego co ma największy wpływ na układ odpornościowy dziecka. Ankietowane matki na pierwszym miejscu postawiły karmienie piersią (49%), w drugiej kolejności wybrały szczepienia ochronne (37%). Według 6% wpływ na układ odpornościowy ma także tzw. hartowanie dziecka. W dalszej kolejności zaznaczyły karmienie

sztuczne (3%), ograniczenie wizyt obcych w domu i wizyt u innych osób (3%), spacery na świeżym powietrzu (1%) oraz podawanie witamin i tranu (1%). (Ryc.6.)



Ryc.5. Poparcie dla ruchów antyszczepionkowych

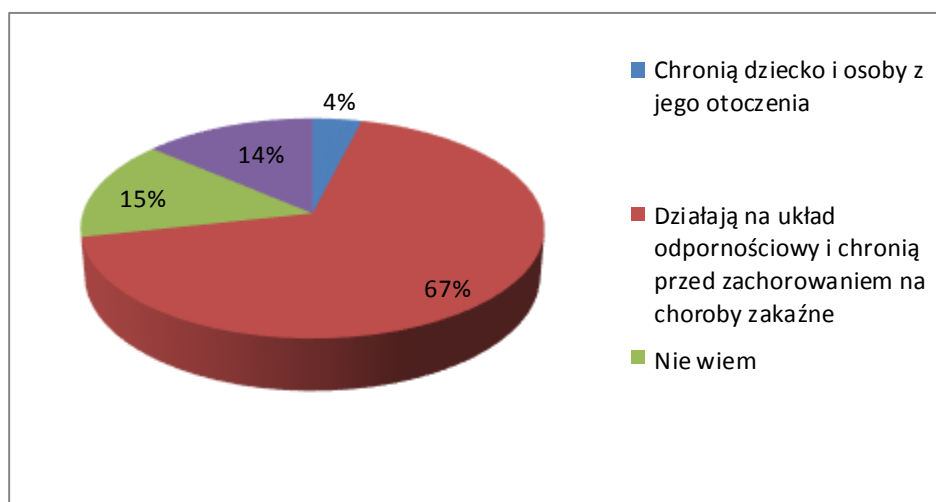


Ryc.6. Czynniki wpływające na funkcjonowanie układu odpornościowego dziecka

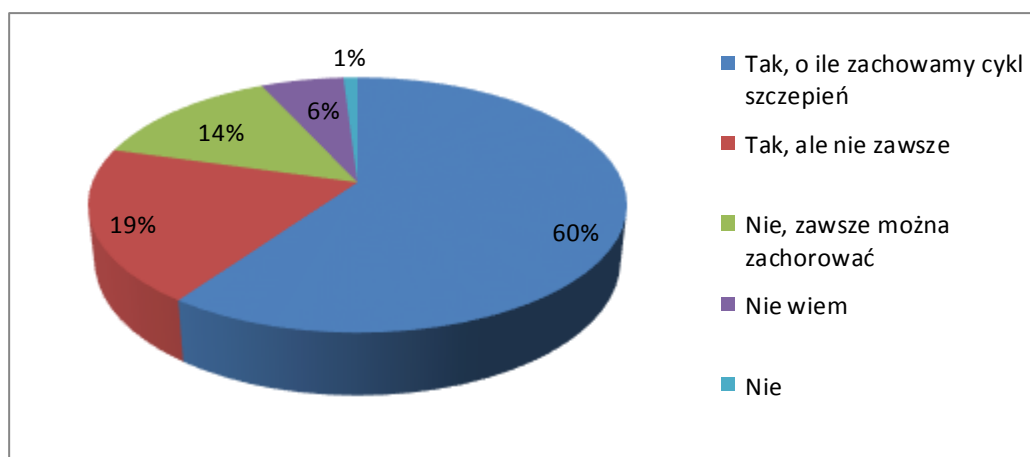
Wpływ szczepień ochronnych na dziecko, respondentki określiły następująco: większość (67%) kobiet znała prawidłową odpowiedź i zaznaczyło że, szczepienia działają na układ odpornościowy i chronią przed zachorowaniem na choroby zakaźne. Kolejne 14% uznało, że zmniejszają dolegliwości w czasie zachorowania, wg. 4% badanych chronią dziecko i osoby z jego otoczenia (Ryc.7).

60% objętych badaniem kobiet uznało, że szczepienia ochronne są skuteczną metodą zapobiegającą zachorowaniom na choroby zakaźne, o ile zachowany zostaje cykl szczepień.

Według 19% ankietowanych, szczepienia nie są profilaktyką bo zawsze można zachorować. Dla 1% respondentek nie są w ogóle profilaktyką zakażeń przed chorobami zakaźnymi (Ryc.8).

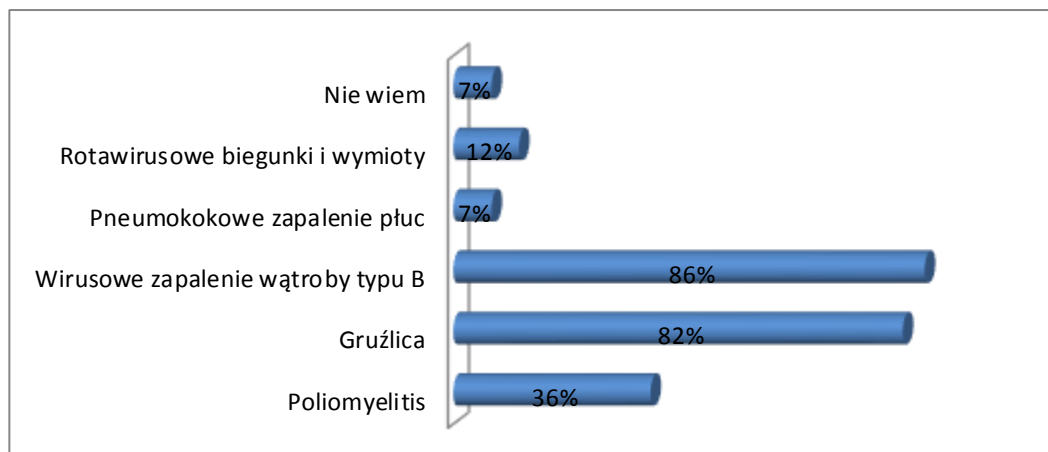


Ryc.7. Wpływ szczepień na dziecko



Ryc. 8. Opinia na temat wpływu szczepień na profilaktykę wystąpienia chorób zakaźnych

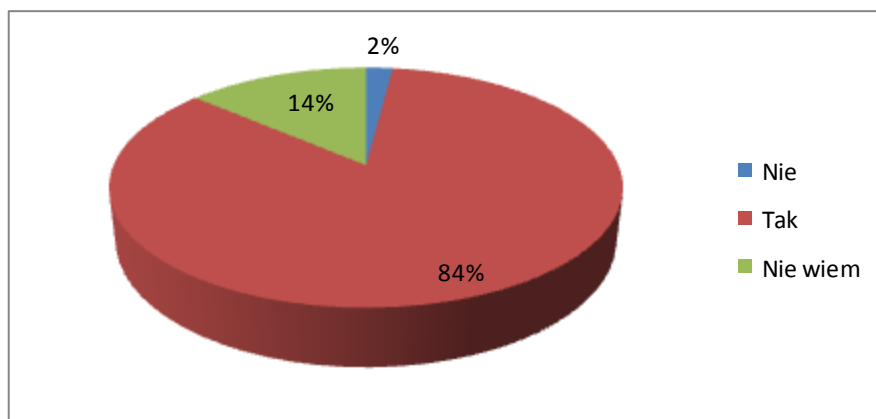
Spośród ankietowanych respondentek 86% kobiet zaznaczyło wirusowe zapalenie wątroby typu B. a 82% gruźlicę, jako choroby przeciwko, którym wykonuje się szczepienia u noworodków. Niektóre z kobiet zaznaczyły również poliomyelitis (36%), rotawirusowe biegunki i wymioty (12%), pneumokokowe zapalenie płuc (7%) Niestety aż 7% kobiet nie posiadało wiedzy na temat obowiązkowych szczepień wykonywanych nowonarodzonym dzieciom (Ryc.9).



- Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

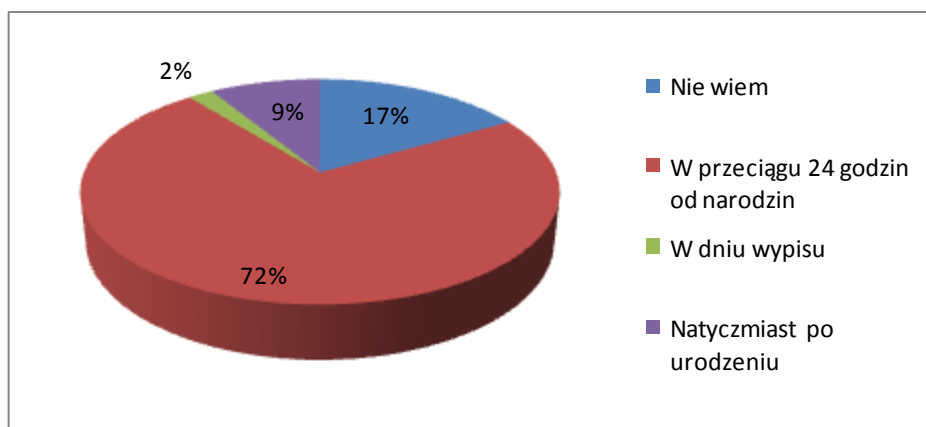
Ryc. 9. Wiedza matek na temat obowiązkowych szczepień u nowonarodzonych dzieci

Kolejne pytanie dotyczyło wiedzy na temat odczynów poszczepiennych. Aż 84% ankietowanych odpowiedziało, że zaczerwienienie, opuchlizna mogą być odczynem poszczepiennym, 14% nie wiedziało czy zawarte w pytaniu objawy wskazują na poszczepienny odczyn (Ryc.10).



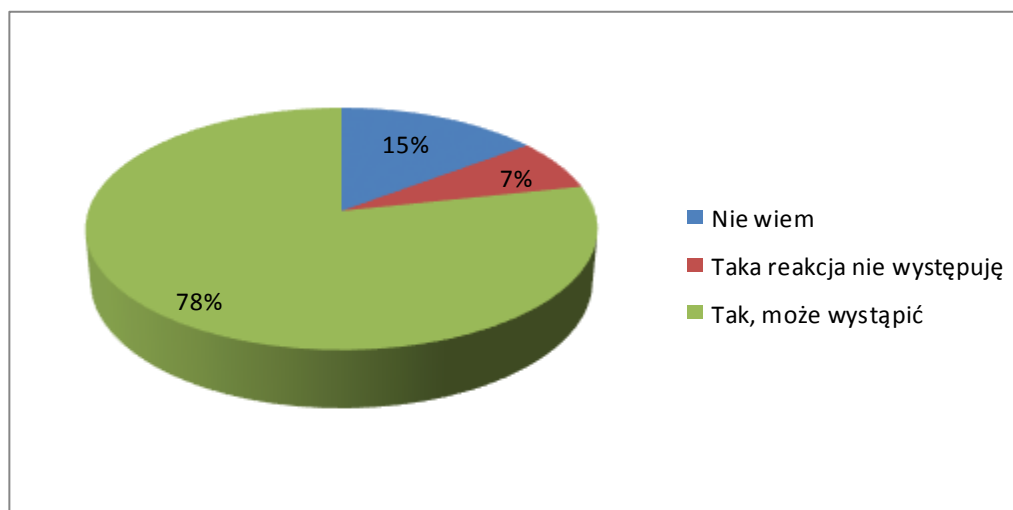
Ryc. 10. Objawy odczynu poszczepiennego

Na pytanie, w której dobie podawane są szczepionki na oddziale neonatologicznym donoszonym dzieciom 72% respondentek odpowiedziało, że w przeciągu 24 godzin od narodzin. Natomiast 17% przyznało, że nie wie kiedy są podawane szczepionki. Kolejne mamy wskazały, że ich zdaniem szczepienia są wykonywane natychmiast po urodzeniu (9%) lub w dniu wypisu (2%) (Ryc.11.).



Ryc.11. Schemat szczepień wykonywanych w oddziale neonatologicznym

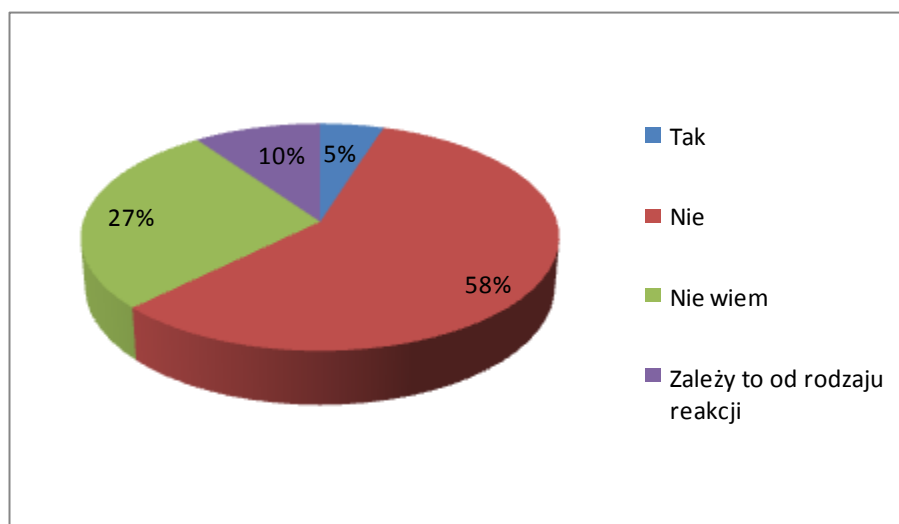
78% respondentek wskazało, że wykonanie szczepienia wiąże się z ryzykiem wystąpienia reakcji niepożądanych (Ryc.12).



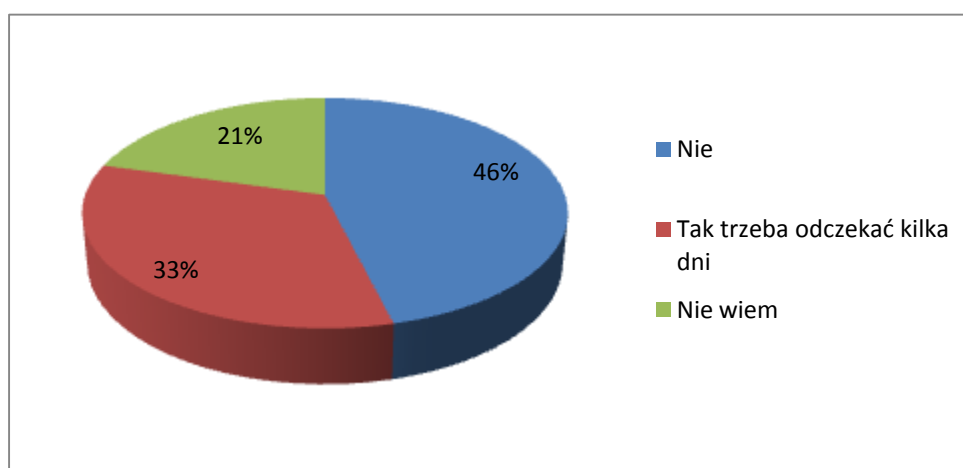
Ryc. 12. Możliwość wystąpienia reakcji niepożądanych po szczepieniu

W opinii 58% respondentek, wystąpienie niepożądanych reakcji poszczepiennych nie ma wpływu na skuteczność szczepienia. Natomiast 10% ankietowanych odpowiedziało, że jest to zależne od rodzaju reakcji jaka wystąpi po szczepieniu, a 5% że reakcje niepożądane mają wpływ na działanie szczepionek (Ryc.13).

Większość kobiet (46%) było zdania, że złe samopoczucie, bez gorączki u dziecka nie jest przeciwwskazaniem do zaszczepienia dziecka, kolejne 33% że powinno się odczekać w tym wypadku z zaszczepieniem dziecka kilka dni (Ryc.14).



Ryc. 13. Wpływ reakcji niepożądanych na skuteczność szczepionki

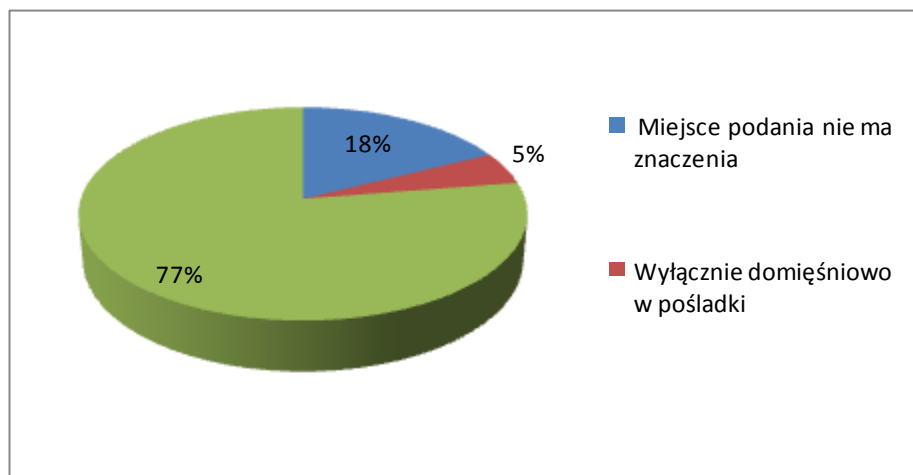


Ryc. 14. Przeciwwskazania do zaszczepienia dziecka

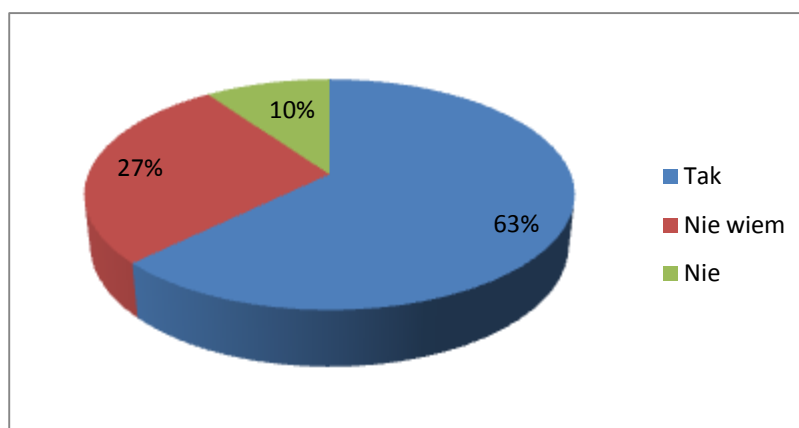
W zakresie miejsca podania szczepionki 77% ankietowanych uznało, że w zależności od rodzaju szczepionki i wieku dziecka zalecane jest podanie w udo lub ramię. 5% było zdania, że właściwym miejscem do wykonania szczepienia jest wyłącznie pośladek (Ryc.15).

Odnośnie pytania czy wg. Pani każda szczepionka jest skuteczna, aż 63% respondentek odpowiedziało „tak”, 27% - „nie wiem”, a 10% „nie każda jest skuteczna” (Ryc.16).

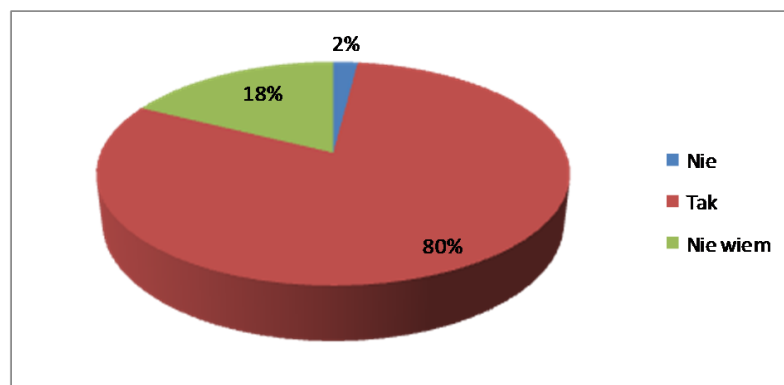
80% ankietowanych kobiet było zdania, że szczepienia przeciwko gruźlicy i WZW B są obowiązkowe. Wiedzy na ten temat nie miało 18% ankietowanych a 2% odpowiedziało, że nie są to szczepienia obowiązkowe (Ryc.17).



Ryc. 15. Wiedza matek na temat miejsca podania szczepionek

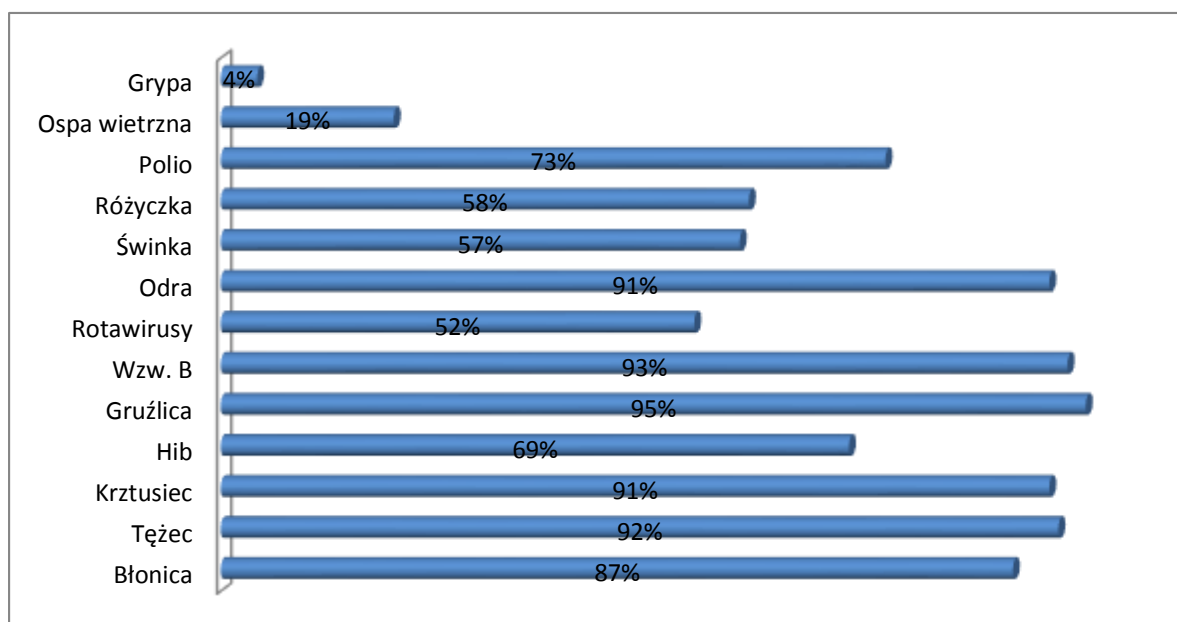


Ryc. 16. Ocena skuteczności szczepionek ochronnych



Ryc.17. Obowiązkowość szczepień przeciwko Gruźlicy i Wzw. B

Respondentki poproszono o wskazanie , które z zaproponowanych w odpowiedziach szczepień są obowiązkowe. Wg ankietowanych kobiet do obowiązkowych zaliczamy szczepienia przeciwko: polio (73%), różyczka (58%), świnka (57%), odra (91%), Wzw. B (93%), gruźlica (95%), Hib (69%), krztusiec (91%), tężec (92%) oraz błonica (87%). Szczegółowe dane przedstawia (Ryc.18).



Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

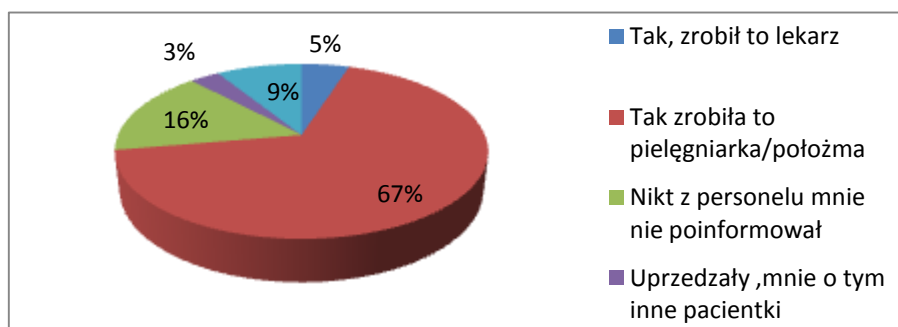
Ryc.18. Obowiązkowe szczepienia ochronne

Objętą badaniem grupę kobiet zapytano czy w czasie pobytu z dzieckiem po porodzie zostały poinformowane o odczynach poszczepiennych. 67% ankietowanych deklarowało, że uzyskało taką informację od pielęgniarki/położnej, 5% że zrobił to lekarz, 3% że uprzedziły ją inne pacjentki (Ryc.19).

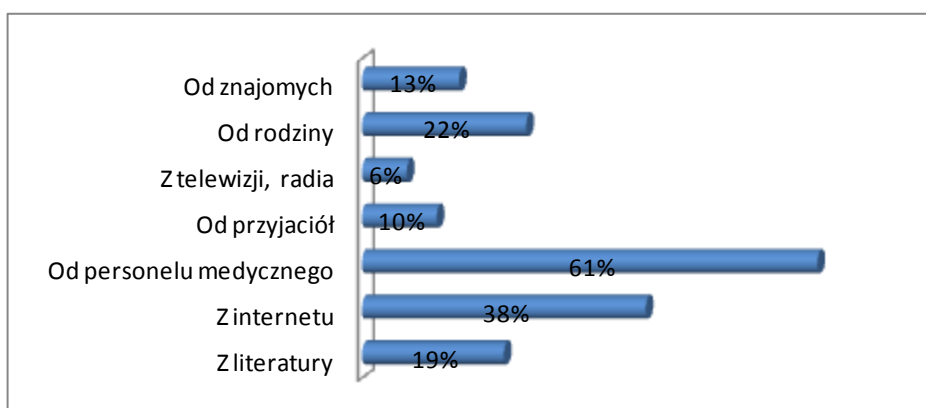
Spśród ankietowanych kobiet informacje na temat szczepień ochronnych 61% czerpało od personelu medycznego, 38% z Internetu, 22% od rodziny, 19% z literatury, 13% od znajomych (Ryc.20).

Kolejne pytanie dotyczyło sposobu przekazywania informacji na temat obowiązkowych szczepień ochronnych u noworodka w czasie pobytu matki z dzieckiem w oddziale neonatologicznym. Zdaniem 44% ankietowanych informacje są przekazywane w sposób dostępny i zrozumiały, według 14% informacje są pełne, wyczerpujące, można zadawać pytania od razu lub po przemyśleniu informacji, kiedy pojawią się wątpliwości. 17% ankietowanych kobiet uważało, że używa się zbyt dużo terminów medycznych, a 12% że

informacje są przekazywane, ale zbyt szybko, nie ma czasu na zastanowienie się i zadanie pytań. Szczegółowe dane ilustruje (Ryc. 21).

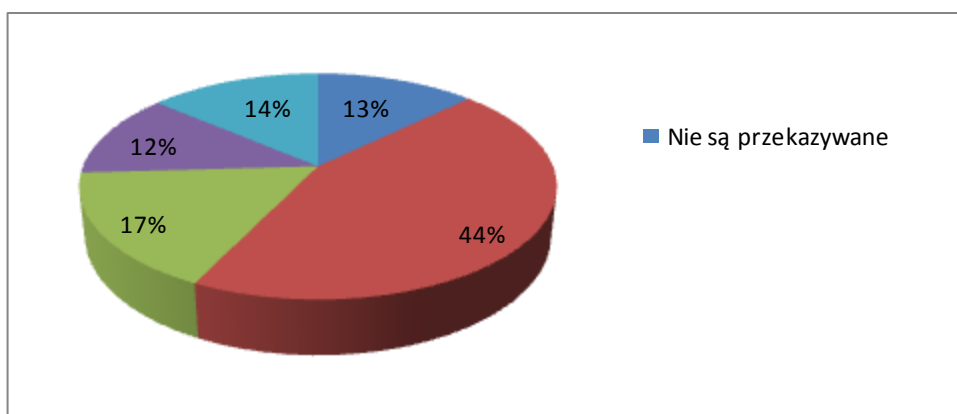


Ryc. 19. Przekazanie informacji w szpitalu odnośnie występowania odczynów poszczepiennych



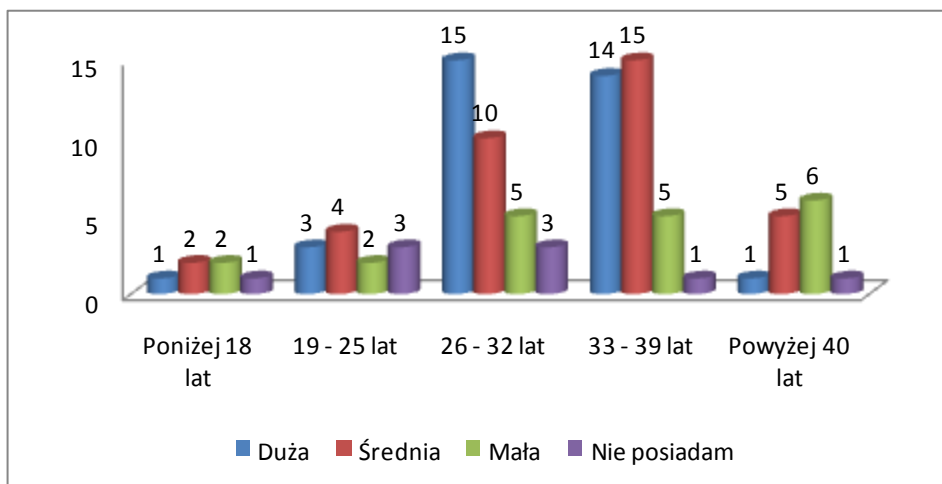
- Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Ryc.20. Źródła wiedzy matek na temat szczepień ochronnych



Ryc.21. Opinia badanej grupy kobiet na temat sposobu przekazywania informacji na temat szczepień ochronnym na oddziale neonatologicznym

Spośród 4 kobiet w wieku poniżej 18 lat ,1% oceniło swój poziom wiedzy jako duży, 2% jako średni, 2% jako mały , a 1% uznało, że nie posiada wiedzy. W grupie kobiet w wieku 19 – 25 lat, 3% określiło swoją wiedzę jako dużą, 4% jako średnią, 2% jako małą i aż 3% zaznaczyło że nie posiada takiej wiedzy. Jedną z liczniejszych grup stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 26 – 32 lata. Swoją wiedzę oceniły następująco: 15% - jako dużą ,10% jako średnią, 5% jako małą i 3% uznało, że nie posiada wiedzy (Ryc.23.).



Ryc. 23. Wiedza respondentek na temat szczepień ochronnych w zależności od wieku

DYSKUSJA

Szczepienia ochronne to najbardziej efektywna i jednocześnie pożądana forma działań immunoprofilaktycznych. Realizowanie tego rodzaju profilaktyki w sposób masowy przyczynia się do eradykacji i spadku zachorowań na niektóre choroby zakaźne. W chwili obecnej szczepienia ochronne wśród dzieci wzbudzają liczne kontrowersje oraz nasilają aktywność ruchów antyszczepionkowych, na skutek czego społeczeństwo podzielić można na zwolenników oraz przeciwników uodparniania w sposób sztuczny [31]. Z wielu przeprowadzonych dotychczas badań można wnioskować, iż coraz częściej obserwowana jest w społeczeństwie polskim tendencja spadkowa odnośnie realizacji ochronnych szczepień wśród najmłodszych dzieci. Zarówno zdrowotne jak i epidemiologiczne efekty realizowanych programów związanych ze szczepieniami ochronnymi można obserwować dopiero po dłuższym czasie. Z tego powodu już w tej chwili warto jest pochylić się nad zachodzącymi zmianami i podejmować skuteczne działania, które umożliwią zwiększanie odsetka szczepień wśród dzieci [22,32]. W tym świetle

bardzo ważne jest nieustanne aktualizowanie oraz podnoszenie poziomu wiedzy i świadomości rodziców z zakresu znaczenia szczepień stosowanych w profilaktyce chorób zakaźnych. Edukacja prowadzona w sposób prawidłowy przez personel medyczny może przyczynić się nie tylko do ukształtowania prawidłowych postaw wobec czynnej immunizacji ale również uzyskiwania społecznej akceptacji dla prowadzenia tego typu profilaktyki, a co z tego wynika - poprawy jakości życia całego społeczeństwa.

Badaniem własnym objęto 102 kobiety. Największą grupę stanowiły kobiety w wieku 33 – 39 lat (34%), niewiele mniejszą stanowiły matki w przedziale wiekowym 26 – 32 lata (32%). Mniej liczne grupy ankietowanych to kobiety między 19 – 25 rokiem życia (12%) oraz powyżej 40 lat (16%). Natomiast najmniej ankietowanych było w grupie kobiet poniżej 18 lat (6 %). Ponad połowa kobiet objętych badaniem zamieszkiwała obszary miejskie 55%, niewiele mniej bo 45% obszary wiejskie. Zdecydowana większość ankietowanych były to kobiety żyjące w związkach małżeńskich (76%), najmniej wśród respondentek było wdów (4%). Z pośród ankietowanych kobiet 48% kobiet zadeklarowało że posiada wykształcenie średnie, niewiele mniej bo 47% kobiet było z wyższym wykształceniem. Mniejszość stanowiły ankietowane z wykształceniem podstawowym.

Pomimo wielu wrogich opinii w dalszym ciągu w społeczeństwie polskim wszczepialność zalecanymi szczepionkami pozostaje na stałe wysokim poziomie. Odsetek osób zaszczepionych w naszym kraju wynosi około 95% populacji. Sytuacja ta w skuteczny sposób zapobiega szerzeniu się zachorowań na groźne choroby zakaźne. Ochronie podlegają nie tylko osoby, które zostały zaszczepione, ale również te, które na skutek przeciwwskazań zdrowotnych nie mogą poddawać się szczepieniom [33]. Sytuacja w całym kraju pokrywa się również w wynikach badań własnych, które wskazują, iż zdecydowana większość badanych kobiet poddała swoje dzieci szczepieniom ochronnym. Szczepienia swoich dzieci odmówiło tylko 2% ankietowanych. Pieszka i wsp.[34] badali postawy i działania w zakresie szczepień ochronnych wśród 125 rodziców dzieci, które nie ukończyły jeszcze drugiego roku życia będących pacjentami Centrum Medycznego w Cieszynie. Większość badanych przez nich rodziców podobnie jak to miało miejsce w badaniach własnych szczepiła swoje dzieci zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień (86%). Pozostałe dzieci - 14% nie zostały zaszczepione według kalendarza szczepień, co powodowane było najczęściej infekcją dziecka. Duży odsetek zaszczepionych dzieci odnotowali także Gawlik i wsp. [35], którzy prowadzili badania w Szpitalu Pediatrycznym w Bielsku-Białej wśród 123 respondentów sprawujących opiekę nad dzieckiem w trakcie hospitalizacji. 97,6% respondentów szczepiło swoje dzieci zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień ochronnych. Ankietowani w tym badaniu podawali

jednak inne przyczyny odmowy wykonania szczepień niż miało to miejsce w badaniach prowadzonych przez Pieszka i wsp. [34]. W badaniach Gawlik i wsp.[35] najczęstsza przyczyna nieszczepienia dzieci przez rodziców to niewiara w skuteczność szczepień oraz obawa przed przeciążeniem układu odpornościowego. W innych badaniach prowadzonych przez Gawlik i Woś wśród 600 rodziców dzieci do 6 roku życia autorzy dowodzą, iż mimo występowania pewnych wątpliwości większość rodziców (98,3%) szczepiło swoje dzieci według obowiązującego programu szczepień [36]. Jeszcze lepsze wyniki wyszczepialności otrzymała Komorowska-Szczepańska [37] badająca opinie na temat szczepień wśród stu rodziców dzieci do pierwszego roku życia zamieszkujących Gdańsk. Wszyscy badani przez nią rodzice wyrazili zgodę na wykonanie szczepień u swoich dzieci. Pomimo odnotowanej dużej wszczepialności zarówno w badaniach własnych jak i innych autorów, którzy prowadzili swoje badania na gruncie polskim należy pamiętać, że ilość osób, które szczepią swoje dzieci z roku na rok ulega zmniejszeniu więc nie można w żadnym wypadku zaprzestawać prowadzenia edukacji rodziców przez personel medyczny w tym zakresie.

Z danych Państwowego Zakładu Higieny wynika, iż liczba osób, które uchylają się od szczepień wzrosła z 4689 (2011 rok) do 12 681 (2014 rok). Natomiast w 2015 roku takich osób było już 16 689, a w 2016 roku – 23 147 [36]. W badaniach Grudzieckiej i wsp. przeprowadzonych w oddziale noworodkowym szpitala w Bielsku-Białej również stwierdzono wzrost liczby dzieci, które nie zostały zaszczepione z 0,8% ogółu noworodków w 2014 roku do 1,99% w 2016 roku [38]. Dane te obrazują z jak niebezpiecznym zjawiskiem spadku wszczepialności wśród noworodków mamy obecnie do czynienia.

Prawie połowa kobiet objęta badaniem własnym (49%) stwierdziła, że posiada dużą wiedzę i interesuje się omawianym w pracy tematem, poszukuje wiadomości naukowych i opinii. Jedynie 1% spośród ankietowanych kobiet odpowiedziała, że nie posiada żadnej wiedzy na temat szczepień. Spośród ankietowanych kobiet 38% deklaruje że ma średnią wiedzę i wie tylko tyle ile przekazano w przychodni, niestety aż 12% kobiet odpowiedziało, że nie interesuje się tematem szczepień. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Faleńczyki wsp.[7] wśród 104 rodziców, którzy zgłaszali się z dziećmi do 19 lat do Poradni Dziecięcej w jednej z przychodni lekarskich w Toruniu wykazano, że najliczniejszą grupą byli badani oceniający swoją wiedzę w omawianym zakresie jako średnią – 41,3% i bądź dużą – 34,6%. Znacznie mniejsza część badanych określiła swój zasób informacji jako bardzo duży – 3,8% bądź żaden – 1,9%. Nieco inne wyniki otrzymała Komorowska-Szczepańska [37]. Badani przez nią rodzice prawie w 100% uznali, że posiadają wiedzę na temat szczepień ochronnych.

Prawie połowa badanych kobiet (48%) objętych badaniem własnym uważała, że szczepienia są bezpieczne, ponieważ chronią przed powrotem śmiertelnych chorób, pozwalają uniknąć zachorowania lub pozwalają łatwiej przejść chorobę. Mieszane uczucia (12%) i niezdecydowanie (12%) co do szczepień miało 24 % kobiet, natomiast 8% kobiet wyrażało sprzeciw wobec szczepień, gdyż słyszało o doniesieniach o powikłaniach nieodwracalnych uszkodzeniach dzieci. Spośród badanych 1% uznało szczepionki za trujące substancje. Natomiast z badań prowadzonych przez Pieszka i wsp.[34] wynika, iż najczęściej w opinii rodziców szczepienia ochronne stanowią metodę zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych (98%) i są one bezpieczne dla zdrowia i życia (96%). U zdecydowanej większości ankietowanych przez Pieszka i wsp. [34] szczepienia nie budziły wątpliwości (58%), jednak 42% miały obawy związane z wystąpieniem powikłań po szczepieniu, czy też podania za dużej liczby szczepionek w krótkim okresie czasu oraz faktu, że szczepionki zawierają niebezpieczne związki. Gwawłki i Woś [36] badali opinie dotyczące szczepień wśród 600 grupie rodziców dzieci do 6 lat. Prawie połowa ankietowanych przez nich osób (45,0%) nie posiadała wyrobionej opinii dotyczącej bezpieczeństwa szczepień, nie wiele mniej (44,3%) uważało, że są one bezpieczne, a co dziesiąta ankietowana osoba zdecydowanie twierdziła, że szczepienia nie są bezpieczne dla ich dziecka, ale mimo to i tak je zaszczepili. Z kolei w badaniach prowadzonych przez Świątoniowską i Rozensztrauch [39], w których udział wzięło udział 102 rodziców, zdecydowana większość (98%) uważała, że szczepienia ochronne mają istotny wpływ na zdrowie ich dziecka, nie wiele mniej 71,6% uważało, że szczepienia nie są szkodliwe. Co ciekawe mieszkańcy miast częściej niż zamieszkujący obszary wiejskie zgadzali się z opinią, iż szczepienia mogą zaszkodzić. Bez wątpienia w celu rozwiania wątpliwości rodziców dotyczących szczepień należy wprowadzać skuteczne działania edukacyjne.

W wielu krajach na całym świecie obserwuje się obecnie zjawisko rozwoju ruchów antyszczepionkowych, co bez wątpienia powoduje wzrost liczby rodziców, którzy odmawiają wykonania szczepień ochronnych u swoich dzieci [32]. Z badań własnych wynika, że 65% ankietowanym znane były ideologie i ruchy antyszczepionkowe, 10% kobiet uważało, że są to nieodpowiedzialni ludzie. Natomiast 14% ankietowanych zgadza się z opiniami głoszonymi przez te ruchy. Jedynie 12% kobiet nie słyszało nic na ten temat. Nieco inne wyniki otrzymała Komorowska-Szczepańska [37]. Wszystkim ankietowanym przez nią rodzicom znane były ruchy antyszczepionkowe i jednocześnie wszyscy nie zgadzali się z ich teorią. Z kolei w badaniach prowadzonych przez Świątoniowską i Rozensztrauch [39] 85,3% badanych matek zadeklarowało, iż jest zwolennikiem szczepień, 11,8% stanowiły natomiast ich przeciwniczki.

Z badań własnych wynika, iż respondentki oceniły, iż najważniejsze dla odporności dziecka jest karmienie piersią (49%) dopiero w drugiej kolejności wybrały szczepienia ochronne (37%). Według 6% wpływ na układ odpornościowy ma także tzw. hartowanie dziecka. W dalszej kolejności zaznaczyły karmienie sztuczne (3%), ograniczenie wizyt obcych w domu i wizyt u innych osób (3%), spacerowanie na świeżym powietrzu (1%) oraz podawanie witamin i tranu (1%). W literaturze można znaleźć badania innych autorów, które wskazują na postrzeganie karmienia naturalnego jako sprzyjającego odporności dziecka. Cierpka i wsp. ankietowała 103 położnice hospitalizowane na Oddziale Położniczym Szpitala Morskiego Gdyni [40]. 96,04% badanych przez nią kobiet wskazała, że karmienie piersią przede wszystkim wpływa korzystnie na odporność dziecka. Nadmienić należy, że zarówno karmienie piersią jak i stosowanie szczepień ochronnych wpływa korzystnie na budowanie odporności noworodków, a później niemowlaków. Jednak w przeprowadzonych dotychczas badaniach wśród rodziców więcej deficytów wiedzy i wątpliwości obserwuje się w ocenie działania szczepionek niż karmienia naturalnego.

Biorąc pod uwagę, iż szczepienia to jak do tej pory jedyna skuteczna metoda zapobiegająca groźnym chorobom, zadawała opinia badanych kobiet, dotycząca korzyści jakie za sobą niosą szczepienia. Większość badanych kobiet (67%) wskazała, że szczepienia działają na układ odpornościowy i jednocześnie chronią przed zachorowaniem na choroby zakaźne. Kolejne 14% uznało, że zmniejszają dolegliwości w czasie zachorowania, natomiast według 4% badanych chronią dziecko i osoby z jego otoczenia. Inni badacze [7,41] również potwierdzali korzystne opinie respondentów dotyczące immunizacji.

Podawanie preparatów szczepionkowych może prowadzić do wystąpienia odczynów poszczepiennych, które ze uwagi na stopień nasilenia objawów podzielić można na odczyny: łagodne, poważne i ciężkie. Odczyny poszczepienne występują rzadko ale jeśli już taka sytuacja ma miejsce najczęściej przyjmują one łagodny charakter. Łagodnym odczynem poszczepiennym jest np.: miejscowe zaczerwienienie, ból, obrzęk. Poważne odczyn charakteryzują się silniejszymi objawami ale bez konieczności hospitalizacji, odczyn ciężki stanowi natomiast zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, który powinien bezwzględnie zostać poddany hospitalizacji [42]. Aż 84% ankietowanych kobiet odpowiedziało, że zaczerwienienie, opuchlizna mogą być odczynem poszczepiennym, 14% nie wiedziało czy zawarte w pytaniu objawy wskazują na poszczepienny odczyn. Natomiast z badań prowadzonych przez Pieszkę i wsp. [34] wynika, iż większość respondentów (70%) poinformowano o skutkach ubocznych jakie są związane z podaniem szczepionki, ale prawie co trzecia badana osoba (30%) zadeklarowała, iż nic takiego nie miało miejsca, tym samym osoby te nie miały wiedzy na temat odczynów poszczepiennych. Wcześniej już wspomniane badania Świątłowski i

Rozensztrauch [39] wykazały, iż prawie co czwarta badana przez nich matka miała obawy dotyczące szczepień ochronnych. Większość z tych obaw (56,5%) dotyczyła właśnie niepożądanych odczynów poszczepiennych. Na drugim miejscu pozostawał autyzm i powikłania występujące w kolejnych latach życia - po 17%. Rodzice powinni posiadać wiedzę na temat tego, że pomimo taka sytuacja jak odczyn poszczepienny zdarza się rzadko ale może wystąpić. Warto aby opiekunowie posiadali wiedzę jak sobie w takiej sytuacji poradzić i wiedzę na ten temat czerpali nie z internetu ale od profesjonalnego personelu medycznego. Należy uświadamiać rodzicom, iż mimo pojawiania się bardzo rzadkich przypadków odczynów poszczepiennych o ciężkim charakterze, szczepienia są jednak bezpieczne [34].

W badaniach własnych, 78% respondentek wskazało, że wykonanie szczepienia wiąże się z ryzykiem wystąpienia reakcji niepożądanych. W innych badaniach prowadzonych przez Malinowską i Włoszczak -Szubzda[43] w których udział wzięło 92 rodziców, przebywających wraz z dziećmi na dwóch oddziałach pediatrycznych w szpitalu w Lublinie, aż 73,91 % rodziców uważało, iż szczepienia mogą mieć bardzo negatywny wpływ na zdrowie ich dziecka. Kobiety, które brały udział w badaniach własnych twierdziły, że zostały poinformowane o odczynach poszczepiennych. 67% ankietowanych deklaroowało, że uzyskało taką informację od pielęgniarki/położnej, 5% że zrobił to lekarz, 3% że uprzedziły ją inne pacjentki.

W opinii 58% respondentek, wystąpienie niepożądanych reakcji poszczepiennych nie ma wpływu na skuteczność szczepienia. Natomiast 10% ankietowanych odpowiedziało, że jest to zależne od rodzaju reakcji jaka wystąpi po szczepieniu, a 5% że reakcje niepożądane mają wpływ na działanie szczepionek. Należy przyznać, że rozkład udzielonych przez ankietowane odpowiedzi na temat skuteczności szczepienia w odniesieniu do reakcji niepożądanych jest zadowalający. Wystąpienie nawet bardzo łagodnych zmian skórnych po szczepieniu u dziecka może powodować u rodziców strach i niepokój i jest to sytuacja jak najbardziej zrozumiała. Ale jak obrazują badania własne pomimo tego, iż ankietowane kobiety mają świadomość wystąpienia różnych niepożądanych reakcji organizmu na szczepienie u ich dziecka w dalszym ciągu wierzą w jego skuteczność. Należy podkreślić, iż korzyści jakie wynikają ze stosowania szczepień znacząco przewyższają czynniki ryzyka, na jakie narażone zostaje dziecko. Zadaniem pracowników opieki zdrowia, sprawujących opiekę nad rodzicami i dzieckiem, jest przekazywanie informacji, które pomagają rodzicom zrozumieć ich problemy i obawy związane ze szczepieniem w celu pomocy w podjęciu decyzji o szczepieniu. W badaniach prowadzonych przez Mrozek-Budzyn i Kiełtyka istotny czynnik, który poprawiał realizację szczepień to działania lekarzy, które zmierzają do lepszej współpracy z rodzicami [44].

Prawie połowa badanych kobiet (46%) była zdania, że złe samopoczucie, bez gorączki u dziecka nie jest przeciwwskazaniem do zaszczepienia dziecka, kolejne 33% że powinno się odczekać w tym wypadku z zaszczepieniem dziecka kilka dni. Natomiast w badaniach prowadzonych przez Trojanowską i wsp. wśród 130 kobiet, które były w ciąży, hospitalizowanych w oddziałach Perinatologii i Ginekologii Zachowawczej ponad połowa badanych (55,4%) potrafiła wymienić przeciwwskazania do szczepień. Z badań tych wynikało także, iż istotnie wyższą wiedzę w tym zakresie miały kobiety młodsze, lepiej wykształcone oraz będące w drugiej ciąży [45].

63% respondentek uczestniczących w badaniach własnych stwierdziło, że każda szczepionka jest bezpieczna, 27% przyznało, iż nie zna prawidłowej odpowiedzi na to pytanie, a 10% odpowiedziało: „nie każda jest skuteczna”. W innych badaniach prowadzonych przez Leszczyńską i wsp., aż 75% ankietowanych uważała, że szczepienie nie miało żadnego wpływu na rozwój ich dziecka ani dobrego ani złego. Tylko co czwarta osoba sądziła, że wpłynęło pozytywnie [46].

80% ankietowanych kobiet w badaniach własnych było zdania, że szczepienia przeciwko gruźlicy i WZW B są obowiązkowe. Wiedzy na ten temat nie miało 18% ankietowanych, a 2% odpowiedziało, że nie są to szczepienia obowiązkowe. Rozkład odpowiedzi na to pytanie niewątpliwie świadczy o konieczności edukacji kobiet na temat szczepień ochronnych wykonywanych w pierwszej dobie życia. Należałoby się zastanowić czy edukacje dotyczącą szczepień u dzieci można rozpocząć już u matek, które są w ciąży a nawet planują posiadanie potomstwa.

Spośród ankietowanych biorących udział w badaniach własnych informacje na temat szczepień ochronnych większość (61%) czerpało od personelu medycznego, 38% z Internetu, 22% od rodziny, 19% z literatury, 13% od znajomych. Również z badań prowadzonych przez Tarczon i wsp. wynika iż najbardziej wiarygodne źródło informacji na temat szczepień stanowił personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) [47]. Należy pamiętać, iż rodzice potrzebują nawiązania bliskich relacji opartych głównie na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. To właśnie na budowanie takiego klimatu istotnie wpływa uwzględnienie potrzeb rodziców czy opiekunów, wykazanie między innymi empatii wobec ich obaw i towarzyszących wątpliwości oraz wykorzystywanie umiejętności związanych z efektywną komunikacją. Wszystko to stwarza jednocześnie warunki do przekazywania rzetelnej wiedzy, jednocześnie ułatwiając rodzicom podjęcie świadomej decyzji odnośnie szczepień swoich dzieci [7,28]. Z badań Świątoniowskiej i Rozensztrauch Wynika, że ponad połowa badanych omówiła swoje wątpliwości na temat szczepień z lekarzem (69,3%) [39]. Również z badań prowadzonych przez Jaroszewską wynika,

że 47% badanych przez nich rodziców omówiło swoje wątpliwości dotyczące szczepień z personelem medycznym, w większości ankietowani wskazywali pediatrę i lekarza POZ [31]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Jose i wsp. [48]. Według niego informacje dotyczące szczepień ochronnych rodzice zazwyczaj otrzymują od pracowników służby zdrowia. Przytoczone badania potwierdzają fakt, iż pracownicy opieki zdrowia są najważniejszym źródłem wiedzy dotyczącym szczepień, a ich rola polega nie tylko i wyłącznie na samym informowaniu, ale również wskazywaniu właściwych źródeł informacji z tego zakresu. Rodzice, którzy chcą uzyskać jak najwięcej informacji na temat szczepień ochronnych, jeżeli nie otrzymają ich od personelu medycznego lub nie będą darzyć osób reprezentujących opiekę medyczną zaufaniem jako rzetelnego źródła informacji pozyskują w inny sposób często przy pomocy mało rzetelnych źródeł. Z badań przeprowadzonych przez Gawlik i Woś [36] wynika, iż konieczne jest obligowanie pracowników sektora ochrony zdrowia do większego zaangażowania się w edukowanie rodziców i opiekunów na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień ochronnych, a także informowaniu o możliwości wystąpienia niepożądanych reakcji po szczepieniu. Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań prowadzonych przez Faleńczyk i wsp. [7] tylko 5,6% rodziców wskazało osobę położnej jako wiarygodne źródło pozyskiwania informacji o szczepieniach.

Jedno z pytań zawartych w ankiecie dotyczyło przekazywania informacji na temat obowiązkowych szczepień ochronnych u noworodka w czasie pobytu matki z dzieckiem w oddziale neonatologicznym. Zdaniem 44% ankietowanych informacje są przekazywane w sposób dostępny i zrozumiały, według 14% informacje są pełne, wyczerpujące, można zadawać pytania od razu lub po przemyśleniu informacji, kiedy pojawią się wątpliwości. Według 17% ankietowanych kobiet uważa, że używa się zbyt dużo terminów medycznych, a 12% że informacje są przekazywane, ale zbyt szybko, nie ma czasu na zastanowienie się i zadanie pytań. Szczegółowe dane ilustruje. Wyniki badań wskazują na konieczność poprawnej komunikacji pacjentki z zespołem medycznym. Należy mieć na uwadze, iż zachowania prawidłowych zasad komunikacji nie można prowadzić skutecznej edukacji.

Kształtowanie wśród całego społeczeństwa, a szczególnie osób będących rodzicami postaw dotyczących zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom zakaźnym jest priorytetem wśród działań profilaktycznych. Jeden ze znaczących warunków skutecznego realizowania szczepień ochronnych to profesjonalna edukacja wakcynologiczna, polega ona m.in. na wykazaniu empatii wobec obaw i wątpliwości jakie towarzyszą rodzicom oraz merytorycznie uzasadnione podejmowanie rozmowy o korzyściach i ryzyku jakie za sobą niosą. Nadmienić należy, iż w dużej mierze zależne jest to od doświadczenia zawodowego oraz

uaktualniania wiedzy z zakresu wakcynologii w systematyczny sposób. Planowanie edukacji zgodnie z zasadami cyklu zorganizowanego działania wpływa istotnie na zmianę postaw rodziców oraz przełamywanie barier, które związane są z brakiem akceptacji szczepień ochronnych.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Matki nowonarodzonych dzieci posiadały wystraszającą wiedzę na temat obowiązkowych szczepień ochronnych.
2. Najlepszym źródłem wiedzy wśród matek na temat szczepień u nowonarodzonych dzieci był personel medyczny, który także informował o nieporządnym odczynie poszczepiennym.
3. Przebadane kobiety posiadają wiedzę na temat szczepionek jako profilaktyki chorób zakaźnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Jankowski A. (red.): Kompendium pediatrii praktyczne. Cornetis, Wrocław 2010.
2. Bałanda. A.: Opieka nad noworodkiem. PZWL, Warszawa 2009.
3. Kuchar E.: Zakażenia i układ odpornościowy u dzieci. Praktyka Lekarska, 2013, 91, 14.
4. Szenborn L., Czajka H., Wysocki J.: Kontrowersje wokół szczepień. Przegląd Lekarski, 2009, 1–2 (66), 65–71.
5. Jakóbsiak M.: Główne komponenty i zasadnicze cechy odpowiedzi immunologicznej. [w:] Immunologia, Gołąb J., Jakóbsiak M., Lasek W., Stokłosa T. (red.). PWN, Warszawa 2012, 1-5.
6. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii. PZWL, Warszawa 2009.
7. Faleńczyk K., Piekarska M., Pluta A., Basińska H.: Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. Postępy Nauk Medycznych, 2016, 29(6), 380-385.
8. Bedford H., Elliman D.: Współcześni przeciwnicy szczepień. Today's anti-vaccinationists – how do they act and how should we respond? Medycyna Praktyczna Szczepienia, 2013, 3, 15-18.
9. Bernatowska E., Pac M.: Fakty o mitach- czy szczepionki są bezpieczne. Standardy

- Medyczne. *Pediatrics*, 2011, 8, 711–718.
10. Bernatowska E.: Nieswoisty wpływ szczepień - czy szczepionki są szkodliwe dla dzieci? *Standardy Medyczne*, 2009, 6, 10-17.
 11. Ciepuch G., Zych B., Wyżga A., i wsp.: Wybrane czynniki wpływające na wykonywanie szczepień zalecanych u dzieci. *Family Medicine&PrimaryCareReview*, 2014, 16, 85-87.
 12. Czajka H., Sawiec P.: Od Program Szczepień Ochronnych do indywidualnych rozwiązań. *Medycyna Praktyczna/Szczepienia*, 2013, 3, 36-43.
 13. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A.: *Wakcynologis*. Wydawnictwo – medicapress, Bielsko-Biała 2009.
 14. Andrzejewska D.: Odmowa szczepień ochronnych. Aspekty zdrowotne, etyczne i prawne. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2013, 9, 9-10.
 15. Wróblewska I., Baran A., Sochacka L. i wsp.: Analiza świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci i młodzieży objętych Programem Szczepień Ochronnych. *Family Medicine&PrimaryCareReview*, 2011, 13, 530–535.
 16. Jak rozmawiać z rodzicami o szczepieniach dzieci. Praktyczny przewodnik dla lekarzy i pielęgniarek. *Medycyna Praktyczna/Szczepienia*, 2013, 3, 3-27.
 17. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20102541711> Dostęp 30.03. 2019 o godz. 12.30.
 18. Wright P.: Miniona dekada w wakcynologii. *Medycyna Praktyczna*, 2008, 4, 14-18.
 19. Gerber J., Offit P.: Szczepienia a autyzm: historia zmieniających się hipotez. *Medycyna Praktyczna, Pediatrics*, 2010, 2, 56-59.
 20. Ślusarczyk J.: Charakterystyka szczepionek [w:] *Wakcynologia*, Magdzik W. (red.) URL: http://www.szczepienia.pl/O_szczepionkach/Jaka_jest_rola_szczepien. Dostęp 14.03. 2019 o godz. 21.00 .
 21. Możek-Budzyn D.: *Wakcynologia praktyczna*. Alfa Medica Press, Bielsko Biała 2012.
 22. Klotško M., Walewska-Zielecka B., Olejniczak D. i wsp.: Wiedza i deklarowane postawy rodziców wobec szczepień ochronnych dla dzieci w Warszawie i Tallinie. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(12), 89-98.
 23. Ewa Bernatowska., Paweł Grzesiowski.: *Szczepienia ochronne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
 24. Bernatowska E., Grzesiowski P.: *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z*. PZWL, Warszawa 2012.
 25. Chybicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J. (red.): *Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.

26. Mamoń A.: Szczepienia ochronne dzieci i dorosłych. Wyd. ad vocem, Kraków 2009.
27. Łopata E., Biesiada P., Kałucka S. Opinie rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce. *Family Medicine&PrimaryCareReview*, 2014, 16, 252–254.
28. Leask J., Kinnersley P., Jackson C., i wsp.: Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *Pediatrics*, 2012, 12, 154-164.
29. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/kalendarz-szczepien>. Dostęp 12. 01. 2019 godz. 18.45.
30. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/akt.pdf> . Dostęp 27. 03.2019 o godz. 22.15.
31. Jaroszewska K., Marciniak A., Pawlak M., i wsp.: Postrzeganie aktywności ruchów antyszczepionkowych przez rodziców małych dzieci. *Postępy Nauk Medycznych*, 2014, 27(9), 617-621.
32. Słopiecka A., Kwiecień E.: Przyczyny negatywnych postaw ludności wobec szczepień. *Hygeia Public Health*, 2014, 49 (4), 685-689.
33. Marchewka A., Majewska A., Młynarczyk G.: Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych. *Postępy Mikrobiologii*, 2015, 54, 2, 95–102.
34. Pieszka M., Waksmańska W., Woś H.: Wiedza rodziców dzieci do drugiego roku życia na temat szczepień ochronnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22, (3), 221–226.
35. Gawlik K., Woś H., Waksymańska W., Łukasik R.: Opinie rodziców na temat szczepień ochronnych u dzieci. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(4), 360-364.
36. Gawlik., Woś H.: Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych dzieci na Górnym Śląsku. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2018, 14 (4), 416–420.
37. Komorowska-Szczepańska W.: Analiza pytań zadawanych przez rodziców na temat szczepień ochronnych u niemowląt. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9, (3), 221–222.
38. Grudziecka I., Pierlak A., Bartoszek-Walczak B. i wsp.: Częstość i przyczyny odmowy szczepień ochronnych na oddziale noworodkowym Beskidzkiego Centrum Onkologii Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej w latach 2014–2016. *Zakażenia*, 2017, 17 (6), 47–50.
39. Świątoniowska N., Rozensztrauch A.: Vaccination through the mother's eyes. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(8), 11-19.
40. Cierpka A.: Wiedza położnic na temat karmienia piersią. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15(3), 172-178.
41. Rogalska J., Augustynowicz E., Gryl A. i wsp.: Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64, 83–97.
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych

odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Dz. U. 2010 r. nr 254, poz. 1711.

43. Malinowska M., Włoszczak-Szubzda A.: Ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2017, 2 (1), 39–46.
44. Mrożek-Budzyn D., Kiełtyka A.: Czynniki wpływające na poprawę realizacji szczepień obowiązkowych dzieci na terenie województwa małopolskiego według opinii rodziców. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2007, 61, 143–151.
45. Trojanowska A., Emeryk A., Wilczek M.: Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych u dzieci. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18, (3) 186-188.
46. Leszczyńska K., Borkowska K., Irzyniec T. i wsp.: Postawa rodziców wobec szczepień ochronnych, Dobrostan a rozwój dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, Lublin 2016, 157-170.
47. Tarczoń I., Domaradzka E., Czajka H.: Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia? *Przewodnik Lekarza*, 2009, 66, 27-33.
48. Jose J., Roshni M., Nisha K.: Awareness on immunization among mothers of under-five children, *international journal of innovative research & development. Journal of Health Research*, 2013, 3(1), 8-12.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM METABOLICZNYM – STUDIUM PRZYPADKU

Katarzyna Łagoda¹, Dominika Reducha²

1. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Absolwentka I stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zespół metaboliczny (ZM) jest zbiorem powiązanych ze sobą wielu patogenetycznych czynników. Mają one charakter metaboliczny i stanowią ryzyko rozwoju: cukrzycy typu 2, miażdżycy oraz ich powikłań sercowo- naczyniowych. Nie jest to odrębna jednostka chorobowa i nie jest ujęta w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10. Rozpoznanie kliniczne stanowią składowe zespołu metabolicznego. Pierwsze badania nad zaburzeniami metabolicznymi były prowadzone już w XVII wieku. Od tego momentu pojawiały się nowe definicje oraz kryteria służące rozpoznaniu ZM. W XX wieku uczeni wielokrotnie dokonywali modyfikacji w terminologii i patogenezie MetS. Do chwili obecnej toczą się dyskusje nad wyborem definicji oraz kryteriów rozpoznawania zespołu metabolicznego. Dlatego nadrzędnym celem obecnie jest standaryzacja kryteriów diagnostycznych ZM, które mają służyć do jego wczesnej diagnostyki. Zespół metaboliczny stanowi główny czynnik rozwoju chorób sercowo- naczyniowych. Jest jednocześnie wiodącą przyczyną zgonów w społeczeństwach zachodnich [1,2].

Do chwili obecnej nie wybrano jednoznacznej definicji ZM. Od przełomu XX i XXI w. utworzono kilka definicji zespołu metabolicznego. Jednak nie są one efektem obserwacji klinicznych opartych na medycynie dowodów (EBM), a zostały ustalone przez ekspertów [2].

W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia(ang. WHO, World Health Organization) upowszechniła jako pierwszą definicję MetS (ang. Metabolic Syndrome). Za główne kryteria diagnostyczne eksperci WHO przyjęli: insulinooporność lub/i cukrzycę typu 2 lub upośledzoną tolerancję glukozy oraz wystąpienie min. 2 z 4 składowych: otyłość wisceralna, mikroalbuminuria, dyslipidemia oraz ciśnienie tętnicze powyżej 140/90 mmHg [2,3].

Rok później(1999) Europejska Grupa Badań Insulinooporności (ang. EGIR, European Group of the Study of Insulin Resistance) przedstawiła zmodyfikowane kryteria. Za główny czynnik patogeny uznano insulinooporność. Aby zidentyfikować ZM oprócz oporności na insulinę wymagana jest obecność co najmniej dwóch czynników - otyłości centralnej, dyslipidemii, podwyższonej wartości ciśnienia tętniczego lub hiperglikemii na czczo [2,3].

W 2001 roku kryteria MetS zostały ponownie ustalone w zaleceniach National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III). Zostały one nieco zmodyfikowane oraz uproszczone i bazowały na rozpoznaniu 3 z 5 patogeny czynników w tym: otyłość centralna, nieprawidłowa glikemia na czczo, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie TG w surowicy oraz obniżone stężenie frakcji cholesterolu HDL[3].

Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (ang. IDF, International Diabetes Federation) w 2005 roku opublikowała nowe wytyczne diagnostyczne służące identyfikacji zespołu metabolicznego. Były to zmodyfikowane kryteria podane wcześniej przez NCEP-ATP III. Według tej organizacji warunkiem koniecznym jest otyłość centralna (mierzona za pomocą obwodu talii, ustalonych dla określonych grup etnicznych). Oprócz tego należy uwzględnić 2 z 4 składowych, które są zawarte w definicji NCEP-ATP III [2,4].

W tym samym czasie (2005r.) zostały przedstawione zalecenia AHA- Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. American Heart Association) oraz NHLBI- Narodowy Instytut Kardiologii, Pulmonologii i Hematologii (ang. National Heart, Lung and Blood Institute). Były to nieznacznie zmienione kryteria NCEP- ATP III. Według nich nie trzeba było wskazywać jednego głównego czynnika patogenetycznego zespołu metabolicznego. Do rozpoznania należało uwzględnić 3 z 5 zaburzeń metabolicznych, które zostały ustalone w 2001 roku. Jedyne co odróżniało je od wytycznych NCEP- ATP III to poszczególne wartości progowe [4].

Kryteriów MetS jest bardzo dużo. Identyfikacja zespołu metabolicznego ma na celu rozpoznanie osób u których występuje ryzyko chorób z grupy sercowo- naczyniowych. Od wielu lat toczy się dyskusja, które z poznanych wytycznych mają największą wartość diagnostyczną oraz prognostyczną. Do porozumienia w tej kwestii doszło w 2009 roku. Wtedy IDF we współpracy z AHA/NHLBI jednomyślnie uznało, że do zweryfikowania ZM należy spełnić 3 z 5 czynników, w tym: otyłość wisceralna(zwiększony obwód talii, wartości są zależne od grupy populacyjnej), podwyższone stężenie triglicerydów ($\geq 150\text{mg/dl}$), spadek stężenia HDL ($<40\text{mg/dl}$ u mężczyzn oraz $<50\text{mg/dl}$ u kobiet), występowanie podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego($\geq 130/85\text{ mmHg}$) i nieprawidłowej glikemii na czczo(≥ 100

mg/dl). W tej definicji nie wskazano dominującego czynnika patogenetycznego. Jest to obecnie powszechna definicja używana do rozpoznania zespołu metabolicznego [5,6].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z ZM.
2. Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta.
3. Ocena wiedzy pacjenta na temat specyfiki choroby i zalecanego trybu życia.
4. Ocena nawyków żywieniowych i stylu życia pacjenta z ZM.
5. Opracowanie wskazówek do dalszej samoopieki.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiał do badań został zebrany na podstawie wywiadu pielęgniarzkiego zebranego za pomocą arkusza konstrukcji własnej do gromadzenia danych o pacjencie (Aneks 1). Przeanalizowano dokumentację medyczną, ze szczególnym uwzględnieniem: historii choroby, historii pielęgnowania, indywidualnej karty zleceń lekarskich, wyników badań laboratoryjnych, obrazowych i karty gorączkowej. Dokonano również pomiarów bezpośrednich: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, glikemii, zmierzono wzrost i masę ciała pacjenta, a także za pomocą centymetra krawieckiego zmierzono obwody części ciała takich jak talia oraz biodra. Na podstawie tych parametrów dokonano pomiarów pośrednich: BMI, WHR, WHtR. Wykonano analizę składu masy ciała za pomocą urządzenia InBody. Za jego pomocą zmierzono parametry takie jak: całkowita objętość wody, masa tkanki tłuszczowej, masa mięśni szkieletowych, BMI, procentowa zawartość tkanki tłuszczowej. Pozwala dokonać segmentalnej analizy tłuszczowej, a także mierzy zawartość wody wewnątrz- i zewnątrzkomórkowej i zawartość minerałów kostnych. Oblicza podstawową przemianę materii oraz stopień otyłości.

Dane żywieniowe zebrano metodą częstotliwości spożycia żywności za pomocą kwestionariusza KomPAN autorstwa Jeżewskiej-Zychowicz i in. (2014). Do gromadzenia danych użyto techniki wywiadu administrowanego przez ankietera-badacza. Ankieta składa się z 4 części: A, B, C, D i zawiera łącznie 109 szczegółowych pytań. Są one pogrupowane tematycznie: A- Zwyczaje żywieniowe, B- częstotliwość spożycia żywności, C- poglądy na temat żywności i żywienia, D- styl życia i dane osobowe. Zestaw pytań A i B pozwala na kompleksowe zebranie danych i ich scharakteryzowanie dotyczących zwyczajów

żywieniowym oraz częstotliwości spożycia pokarmów. Część C pozwala stwierdzić poziom wiedzy pacjenta na temat żywienia.

Wydolność czynnościową pacjenta oceniono za pomocą skali Barthel. Umożliwia ona ocenę sprawności w 10 podstawowych czynnościach dnia codziennego tj. spożywanie posiłków, przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie), utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie/ schodzenie po schodach, ubieranie/ rozbieranie, kontrolowanie stolca. W tej skali łącznie można zebrać 100 punktów. Na podstawie tej punktacji możemy przydzielić pacjenta do konkretnej grupy, określającej jego stan. Są to:

1. 86- 100 pkt- stan „lekki”,
2. 21- 86 pkt- stan „średnio ciężki”,
3. 0-20 pkt- stan „bardzo ciężki”.

Uzyskanie przez pacjenta 0- 40 punktów kwalifikuje go do uzyskania długoterminowej opieki domowej.

Ocenę wydolności fizycznej oraz stylu życia pacjenta oceniono na podstawie kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej zawierającego 16 pytań zamkniętych i jedno otwarte. Pytania dotyczyły m.in. rodzaju i częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej, wiedzy na temat przeciwwskazań do podejmowania aktywności fizycznej.

Ateńska Skala Bezsensowności jest krótką, ośmiopytaniową skalą służącą do identyfikacji objawów bezsensowności. Każda pozycja jest punktowana w skali 0-3, przy czym 0- brak objawu, a 3- znaczne nasilenie. Łącznie można uzyskać 0- 24 punktów. Im wyższy wynik tym gorsza jakość snu. Wynik równy, bądź większy od 8 punktów oznacza bezsensowność.

Stan emocjonalny chorego określono za pomocą Skali Depresji Becka. Służy ona do samodzielnej oceny samopoczucia. Jeśli wynik wskazuje na depresję to konieczna jest konsultacja z psychiatrą lub psychologiem. Składa się ona z 21 pytań, które są punktowane 0-3 w zależności od intensywności danego objawu. Wymienione są tutaj stwierdzenia m.in. o obniżony nastrój, troskę o przyszłość, brak satysfakcji, nerwowość, drażliwość i inne. Wyniki interpretujemy następująco:

1. 0-11 pkt- brak depresji,
2. 12-19 pkt- depresja łagodna,
3. 20-25 pkt depresja umiarkowana,
4. 26-63 pkt- depresja ciężka.

Ocenę stanu wiedzy pacjenta na temat specyfiki choroby oraz zalecanego trybu życia przeprowadzono za pomocą ankiety konstrukcji własnej. Ankieta składa się z 11 pytań

zamkniętych m. in. o zalecane wartości ciśnienia tętniczego, glukozy we krwi, poziom TG, dietę zalecaną przy zespole metabolicznym oraz przyczyny i kryteria jego rozpoznania.

W celu rozpoznania indywidualnych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z zespołem metabolicznym oraz ustalenia wobec nich postępowania pielęgniarstwa zastosowano metodę procesu pielęgnowania.

Proces pielęgnowania, nazywany inaczej planem zindywidualizowanej opieki pielęgniarstwa definiuje się jako propozycję opieki pielęgniarstwa. Jest to systematyczne rozpoznawanie przez pielęgniarkę stanu bio-psycho-społecznego pacjenta oraz podejmowanie planowych i celowych działań, a także poddawanie ich wyników ocenie [48,49].

WYNIKI

Badaniem objęto pacjenta J.W. w wieku 50 lat. Został on przyjęty do Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w trybie planowym 22.03.2019 roku, z zasadniczym rozpoznaniem otyłości spowodowanej nadmierną podażą energii, w celu pogłębienia diagnostyki hormonalnej otyłości.

Pacjent jest z zawodu elektrykiem. Mieszka z rodziną w domu w Mońkach. W 1992 roku przeszedł zabieg operacyjny przepukliny brzusznej prawostronnej. Dwukrotnie tj. 24.08.2018 r. oraz 6.02.2019 r. w Klinice Kardiologii z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku pacjent przeszedł zabieg kardiowersji elektrycznej w celu przywrócenia rytmu zatokowego. Pacjent ma stwierdzoną niewydolność serca z zachowaną funkcją skurczową lewej komory, napadowe trzepotanie przedsionków, nieprawidłową glikemię na czczo, czystą hipercholesterolemię oraz nadciśnienie tętnicze. Współistnienie wielu chorób sercowo-naczyniowych oraz zwiększony obwód talii chorego (149 cm) umożliwia rozpoznanie u pacjenta zespół metaboliczny. W lutym 2018 roku pacjent był hospitalizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych, a następnie w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym w Mońkach z powodu choroby uchyłkowej jelita grubego z przedziurawieniem i ropniem. Chory był leczony zachowawczo. Nie jest nosicielem żadnych chorób zakaźnych. Zgłasza złą tolerancję hydrokortyzonu. Alkohol pije okazjonalnie, najczęściej jest to piwo 1-2 razy w tygodniu. Chory nie pali papierosów od 3 lat, z czym wiąże wzrost masy ciała, gdyż od tamtego czasu przytył około 50 kg. Ponadto obserwował pojawienie się rozstępów na skórze brzucha- początkowo białych, następnie czerwonych.

Przy przyjęciu do Kliniki pacjent w stanie ogólnym dobrym. Badaniem przedmiotowym z odchyłen od stanu prawidłowego stwierdzono: otyłość olbrzymią (BMI- 48,4 kg/m²; wzrost- 180 cm; masa ciała- 156,8 kg; obwód talii- 149 cm; obwód bioder- 142 cm), czerwone rozstępy na skórze brzucha oraz ginekomastię. Przy przyjęciu RR: 136/81 mmHg; HR: 62 u./ min; temperatura ciała: 36,7 °C. Chory skarży się na zaparcia oraz zgagę polekową. Pacjent o optymistycznym usposobieniu, rozmowny, kontakt słowny logiczny.

W badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższone stężenie TSH przy prawidłowych stężeniach FT3, FT4 oraz przeciwciał anti- TPO, a także stężenie prolaktyny nieznacznie powyżej normy. W doustnym teście tolerancji glukozy stwierdzono nieprawidłową tolerancję glukozy. Na podstawie poziomu insuliny i glukozy na czczo obliczono wskaźnik HOMA- IR, który wyniósł 5,64, co wskazuje na insulinooporność. Ponadto obserwowano zachowany dobowy rytm wydzielania kortyzolu, prawidłowe wydalanie kortyzolu w dobowej zbiórce moczu oraz hamowanie wydzielania kortyzolu w teście z 1 mg deksametazonu. Z uwagi na podejrzenie hiperkortyzolemii wykonano TK jamy brzusznej, w której nie uwidoczniono zmian w nadnerczach: zaobserwowano cechy stłuszczenia wątroby, torbiel w segmencie VIII wątroby, uchyłki w obrębie zstępnicy i esicy oraz odcinkowe pogrubienie i podciągnięcie przednio- lewobocznej ściany pęcherza moczowego w kierunku esicy- najprawdopodobniej zmiany bliznowate pozapalne. Wykonano także USG tarczycy, w którym uwidoczniono gruczoł tarczowy, nieznacznie hipoechogeny, bez zmian ogniskowych.

Analiza składu masy ciała za pomocą InBody:

Masa ciała wynosi 156,8 kg przy wzroście 180 cm co daje podstawę do obliczenia BMI, którego wartość to: 48,4 kg/m². Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej wynosi 49,2 % (norma wynosi 10-20%). Zawartość wody wewnątrzkomórkowej wynosi 36,5 l (norma: 24,8-30,4 l), wody zewnątrzkomórkowej: 22,3l (norma: 15,2-18,6 l), masa mięśni szkieletowych: 45,5 kg (norma: 30,6-37,4 kg). Na podstawie analizy wyliczono podstawą przemianę materii, która wynosi 2091 kcal. Stopień otyłości wynosi 220 % (norma: 90-110 %). Wynik InBody wynosi 36/ 100 punktów. Obliczono, że docelowa masa ciała chorego powinna wynosić ok. 93,7 kg, czyli powinien schudnąć ok. 63 kg.

Wyniki badań laboratoryjnych:

- morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wynik: wzrost- monocytów 11,6%)
- czas protrombinowy, APTT, sód, potas, bilirubina całkowita, kreatynina, kwas moczowy, wapń, fosfor nieorganiczny, cholesterol całkowity, HDL cholesterol, LDL, AST, ALT, CRP (wynik: w normie)

- insulina, glukoza (krzywa obciążeniowa- nieprawidłowy poziom glukozy na czczo – 113 mg/dL oraz po 1 godzinie – 217 mg/Dl; pozostałe w normie)
- TSH, FT3, FT4, ATPO (wynik: wzrost- TSH 5,77 μ IU/ml; pozostałe w normie)
- FSH, LH, estradiol, prolaktyna, testosteron, kortyzol (wynik: wzrost- prolaktyna 25,34 ng/ml; pozostałe w normie)
- HCG- β , AFP, SHBG, proteinogram (wynik: w normie)
- mocz- badanie ogólne (wynik: w normie)
- badanie ogólne płynu z jamy ciała + współczynnik LDH (wynik: w normie)



Fot. 1. Sylwetka pacjenta (materiał własny)

Pacjent spożywa 4 posiłki dziennie. Stara się to robić o regularnych porach. Pomiędzy posiłkami podjada owoce, pestki, zdarzają się też słodkie przekąski takie jak np. cukierki czy batony. Pokarmy mięsne najczęściej spożywa gotowane lub pieczone. Nie słodzi gorących napoi. Pije dziennie ok. 1,5-2 l wody niegazowanej i gazowanej. Najczęściej wybiera pieczywo żytnie razowe. Na śniadanie zwykle spożywa owsiankę z owocami. Bardzo lubi różnego rodzaju kasze. Raczej nie pije mleka, zazwyczaj jako napój mleczny wybiera kefir. Pacjent nie stosuje specjalnej diety. Stara się odżywiać zdrowo, co jak sami mówi przynosi różny skutek. Wypija zazwyczaj jedną puszkę piwa dziennie. Rzadko spożywa pokarmy poza domem.

Wydolność czynnościowa pacjenta jest bardzo dobra. W skali Barthel pacjent otrzymał 100 punktów. Nie potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności dnia codziennego takich

jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel całego ciała, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się, kontrolowanie stolca oraz moczu.

Samopoczucie w ocenie pacjenta jest dobre. Jest on pogodnym i miłym człowiekiem. Wykazuje niepokój o swój stan zdrowia. Po przeprowadzeniu oceny stanu emocjonalnego chorego za pomocą skali depresji Becka stwierdzono brak depresji (11 pkt). Pacjent często martwi się o przyszłość, często ma wyrzuty sumienia, stał się bardziej nerwowy niż wcześniej, czuje, że wygląda coraz gorzej oraz męczy się szybciej niż wcześniej.

Na podstawie ankiety konstrukcji własnej oceniono wydolność fizyczną oraz styl życia pacjenta. Chory jest z zawodu elektrykiem, jego praca jest typowo fizyczna. Często w ciągu dnia wykonuje ponad 10 000 kroków. Najczęściej podejmowaną aktywnością fizyczną poza pracą jest pływanie. Pacjent chodzi na basen 4 razy w tygodniu. Jak twierdzi, robi to ze względu na syna, który uczęszcza w tym samym czasie na zajęcia zorganizowane. Mimo to, chętnie podejmuje aktywność fizyczną, gdyż wie, że jest do dla niego odpowiednie i zdrowe. Poza tym najczęściej spędza swój wolny czas biernie na oglądaniu telewizji. W okresie wiosenno-letnim wykonuje drobne prace porządkowe takiej jak np. koszenie trawy.

Pacjent nie ma problemów ze snem. Na podstawie Ateńskiej Skali Bezsenności, w której otrzymał 3 punkty, stwierdzono, że pacjent sporadycznie ma kłopoty z zaśnięciem oraz czasem budzi się w środku nocy. Śpi ok. 7,5-9 godzin dziennie i 1-2 razy w tygodniu robi sobie popołudniowe drzemki, które trwają zazwyczaj ok. 30-45 minut.

Orientacja mężczyzny w sprawach zdrowia jest dobra. Posiada dużą, ale nie wystarczającą wiedzę na temat swoich schorzeń. W ankiecie konstrukcji własnej oceniającej stan wiedzy pacjenta na temat zespołu metabolicznego odpowiedział prawidłowo na 7 z 11 pytań. Błędne odpowiedzi dotyczyły zalecanych wartości cholesterolu całkowitego, obwodu talii, jakie składniki należy wykluczyć z diety przy nadciśnieniu tętniczym oraz kiedy należy mierzyć poziom glikemii.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Na podstawie analizy danych z wywiadu, obserwacji oraz analizy dokumentacji medycznej sformułowano następujące problemy pielęgnacyjne:

Diagnoza pielęgniarska 1. Nadmierna masa ciała (otyłość).

Cel opieki: obniżenie masy ciała.

Działania pielęgniarские:

- Edukacja pacjenta w zakresie: prawidłowego odżywiania, metod obniżania kaloryczności posiłków, zalecanych technik przyrządzania posiłków niskokalorycznych, zasad stosowania systemu niskiego indeksu glikemicznego, zwiększenia aktywności fizycznej, wskazanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej w zespole metabolicznym, metod radzenia z wilczym głodem
- Zalecenie pacjentowi kontrolę masy ciała, pomiar obwodu brzucha na wysokości pępka i obliczanie wskaźnika BMI raz w tygodniu,
- nauczanie pacjenta obliczania wskaźnika BMI
- Zwiększenie świadomości chorego na temat powikłań otyłości
- Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem w celu ustalenia indywidualnej diety,
- Zalecenie choremu zwiększenia aktywności fizycznej.
- Przekazanie choremu materiałów edukacyjnych na temat diety, przykłady posiłków niskokalorycznych, przykładowy jadłospis o kaloryczności 2000 na 7 dni
- Motywacja chorego do systematycznego prowadzenia dzienniczka żywieniowego.

Ocena: Pacjent wyraził chęć zmiany nawyków żywieniowych oraz konsultacji z dietetykiem, problem wymaga dalszej obserwacji i kontynuacji działań edukacyjnych.

Diagnoza pielęgniariska 2. Ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym występujący podczas schylania się i dźwigania ciężarów spowodowany nadmierną masą ciała.

Cel opieki: zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarские:

- Nauczanie pacjenta przyjmowania fizjologicznej postawy ciała w pozycji leżącej, stojącej i siedzącej,
- Poinformowanie chorego o konieczności równomiernego obciążenia kończyn górnych podczas podnoszenia, przenoszenia ciężkich przedmiotów np. zakupów,
- Zachęcenie do konsultacji z fizjoterapeutą w celu opracowania spersonalizowanego programu ćwiczeń wzmacniających mięśnie przykręgosłupowe dostosowanych do stanu zdrowia i możliwości fizycznych pacjenta.
- Zapoznanie pacjenta z czynnikami wpływającymi negatywnie na stan kręgosłupa
- Zachęcenie pacjenta do zastosowania wkładek ortopedycznych w obuwiu w celu zmniejszenia bólu kręgosłupa w czasie chodzenia

Ocena: Pacjent przyjął zalecenia oraz wyraził chęć konsultacji z fizjoterapeutą.

Diagnoza pielęgniaska 3. Niepohamowane napady głodu w sytuacjach stresowych.

Cel opieki:

- Zmniejszenie napadów głodu w sytuacji stresu,
- Zmiana stosunku chorego do pożywienia.

Działania pielęgniarские:

- Wyjaśnienie pacjentowi związku między łaknieniem a reakcją stresową,
- Zaproponowanie i przedstawienie choremu sposobów radzenia sobie ze stresem takich jak np. spacer, ćwiczenia relaksacyjne, medytacje, rozwijanie zainteresowań itp.
- Zaproponowanie konsultacji z psychodietetykiem w celu rozpoznania źródeł stresu oraz zmiany emocjonalnego stosunku do jedzenia,
- Ustalenie z pacjentem programu żywienia i aktywności fizycznej w celu uniknięcia napadów głodu.
- Zachęcenie pacjenta do stosowania systemu indeksu glikemicznego posiłków, systematycznego spożywania niewielkich posiłków co 4 h

Ocena: Pacjent wyraził chęć wykorzystania metod radzenia sobie ze stresem oraz konsultacji z psychodietetykiem, problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniaska 4. Uogólnione obrzęki (na skutek gromadzenia się płynu, także w jamie brzusznej) w przebiegu niewydolności serca z zachowaną funkcją skurczową lewej komory.

Cel opieki: Eliminacja obrzęków

Działania pielęgniarские:

- Obserwacja i pomiar obrzęków (kontrola masy ciała oraz pomiar obwodu brzucha), codziennie rano na czczo,
- Prowadzenie bilansu płynów,
- Codzienny pomiar masy ciała oraz obwodów brzucha i kończyn dolnych,
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych: RR, tętno,
- Zalecenie diety lekkostrawnej z ograniczeniem sodu w diecie,
- Zalecenie starannej pielęgnacji skóry objętej obrzękiem - dokładne i delikatne mycie, osuszanie oraz natłuszczanie np. wazeliną; ochrona skóry przed urazami, otarciami; unikanie długich kąpieli w gorącej wodzie, zalecany prysznic,
- Udostępnienie broszur informacyjnych na temat diety DASH, produktów bogatych w sód, potas, magnez.

- Edukacja pacjenta w zakresie przestrzegania diety niskotłuszczowej i z niskim indeksem glikemicznym, ze szczególnym ograniczeniem soli do maksymalnie 5 g na dobę (1 łyżeczka),

Ocena: Pacjent wyraził chęć przestrzegania zaleceń.

Diagnoza pielęgniaska 5. Zaparcia spowodowane błędami w diecie i niewystarczającym nawodnieniem organizmu

Cel opieki: Zapobieganie zaparciom

Działania pielęgniarские:

- Motywowanie pacjenta do wypijania 1,5-2 l płynów dziennie,
- Przekazanie informacji nt. przeciwwskazań do stosowania silnych środków przeczyszczających,
- Wyjaśnienie pacjentowi znaczenia regularnego wypróżniania się oraz powikłań, jakie mogą wystąpić,
- Zachęcenie pacjenta do systematycznej aktywności fizycznej
- Nauczenie pacjenta stosowania masażu okrężnego brzucha w celu poprawy perystaltyki jelit
- Zachęcenie pacjenta do uwzględnienia w diecie większej ilości produktów bogatych w błonnik pokarmowy np. płatki owsiane z jogurtem, suszona śliwka, rodzynki, kefir, maślanka, jabłka ze skórą, owoce pestkowe np. kiwi
- Zachęcenie chorego do zastosowania leku regulującego pracę jelit, wyłącznie i zgodnie z zaleceniem lekarskim.

Ocena: Częstotliwość zaparć zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniaska 6. Ryzyko wystąpienia powikłań narządowych w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki:

- Zapobieganie stanom zagrożenia życia,
- Motywacja chorego do przestrzegania zaleceń lekarskich

Działania pielęgniarские:

- Przekazanie pacjentowi broszury na temat nadciśnienia tętniczego i powikłań narządowych choroby

- Zachęcenie pacjenta do wykonywania samodzielnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi za pomocą sprawdzonego i dobranego indywidualnie urządzenia (zalecenie używania ciśnieniomierza naramiennego z odpowiednim mankietem do pomiaru),
- Określenie wartości docelowych RR do utrzymania których chory powinien dążyć: co najmniej 130/90 mmHg,
- Zalecenie choremu prowadzenia dzienniczka samokontroli ciśnienia tętniczego, który należy przedstawiać lekarzowi w czasie wizyt kontrolnych

Ocena: Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnianska 7. Ograniczenie wydolności fizycznej z powodu współistnienia chorób układu krążenia i otyłości.

Cel opieki:

- Poprawa wydolności fizycznej pacjenta,
- Profilaktyka powikłań sercowo- naczyniowych,

Działania pielęgnianskie:

- Motywowanie pacjenta do regularnej, umiarkowanej i dostosowanej do stanu zdrowia aktywności fizycznej,
- Propagowanie zachowań prozdrowotnych w tym uświadomienie konieczności redukcji spożywanego alkoholu.
- Uświadomienie choremu ważności badań kontrolnych i systematycznych wizyt w poradniach specjalistycznych.

Ocena: Pacjent wyraził chęć przestrzegania zaleceń, problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnianska 8. Brak motywacji do zaprzestania spożywania alkoholu.

Cel opieki: Motywacja chorego do zaprzestania picia alkoholu

Działania pielęgnianskie:

- Edukacja pacjenta na temat szkodliwego działania alkoholu na poszczególne układy w organizmie człowieka, szczególnie na układ sercowo-naczyniowy, hormonalny, układ oddechowy, zespół metaboliczny
- Uświadomienie choremu ryzyka powikłań wynikających z łączenia leków np. przeciwcukrzycowych (metformina), hipotensyjnych z alkoholem.
- Zaproponowanie konsultacji z psychologiem, udziału w terapii uzależnień.

Ocena: Pacjent wyraził chęć zmiany nawyków.

Diagnoza pielęgnaska 9. Deficyt wiedzy na temat sposobów ograniczania wartości kalorycznej i energetycznej posiłków.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy chorego na temat ograniczenia wartości kalorycznej i energetycznej posiłków.

Działania pielęgnarskie:

- Edukacja pacjenta w zakresie możliwości zmniejszenia wartości energetycznych potraw przez użycie niskokalorycznych zamienników, produktów (używanie jogurtu zamiast śmietany, przyprawianie posiłków ziołami, zastosowanie słodziku zamiast cukru), usuwanie widocznej warstwy tłuszczowej (zdjęcie skóry z mięsa przed gotowaniem czy pieczeniem),
- Poinformowanie pacjenta o zalecanych formach przyrządzania posiłków takich jak: pieczenie, gotowanie na parze itp.,
- Wyjaśnienie wszelkich wątpliwości pacjenta nt. ograniczania wartości energetycznej posiłków

Ocena: Poziom wiedzy chorego został zwiększony, zalecane sprawdzenie wiedzy po kilku dniach na temat możliwości zmniejszenia wartości energetycznej potraw.

Diagnoza pielęgnaska 10. Deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie wykonywania wstrzyknień podskórnych liraglutynu (Victoza).

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie wykonywania wstrzyknień podskórnych.

Działania pielęgnarskie:

- Zapoznanie pacjenta z celem i zasadami wstrzyknień podskórnych:
- Przeprowadzenie z pacjentem pokazowej próby wykonania wstrzyknięcia Victozy
- Zaproponowanie wykonywania samodzielnych iniekcji podskórnych Victozy pod nadzorem pielęgniarek
- Przekazanie pacjentowi pisemnych instrukcji dotyczących: przechowywania leku, przygotowania pena, techniki wstrzykiwania, wyboru miejsca wkłucia, rotacji miejsc wkłucia, wymiany igieł, postępowania ze użytą igłą i penem, działaniem niepożądanym leku, przestrzeganiem zasad systematycznego zwiększania dawki leku.

Ocena: Wiedza i umiejętności pacjenta na temat wstrzyknień podskórnych zostały zwiększone. Pacjent samodzielnie wykonuje iniekcje Victozy.

Diagnoza pielęgniaska 11. Lęk spowodowany obawą o swoje zdrowie

Cel opieki:

- Obniżenie poziomu lęku,
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa chorego.

Działania pielęgniarские:

- Wyjaśnienie celu wykonywania czynności pielęgnacyjnych i terapeutycznych,
- Rozmowa z pacjentem na temat obaw i wątpliwości dotyczących jego stanu zdrowia,
- Zaprezentowanie choremu technik relaksacyjnych,
- Uświadomienie choremu konieczności pozostania pod stałą kontrolą poradni specjalistycznych tj. endokrynologicznej i kardiologicznej

Ocena: Poziom lęku pacjenta został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniaska 12. Obawa przed niepowodzeniem terapii odchudzającej

Cel opieki: Zmniejszenie obaw chorego, zwiększenie poczucia odpowiedzialności za swój stan zdrowia.

Działania pielęgniarские:

- Omówienie korzyści wynikających ze zmniejszeniem nadmiernej masy ciała,
- Ustalenie przyczyn niepowodzeń dotychczas podejmowanych prób leczenia otyłości,
- Uświadomienie konieczności trwałej zmiany nawyków żywieniowych i dostosowania aktywności fizycznej,
- Uzgodnienie z pacjentem metod wzmacniających motywację tj. wsparcie rodziny, terapia indywidualna, terapia grupowa,
- Ustalenie harmonogramu kontroli parametrów tj. pomiar masy ciała, obwodu talii i bioder, ocena BMI, WHR, WHtR, pomiar RR i HR oraz poziomu glukozy w surowicy krwi na czczo).

Ocena: Obawy pacjenta zostały zmniejszone.

Wskazówki do dalszej opieki dla pacjenta z zespołem metabolicznym.

1. W celu zwiększenia metabolizmu i poprawy perystaltyki jelit należy podjąć regularnie umiarkowaną, nieobciążającą pracy serca aktywność fizyczną, zalecane minimum 30 minut dziennie np. spacer, jazda na rowerze po równym terenie, rowerek stacjonarny, taniec, pływanie na basenie, ćwiczenia w wodzie, szybki marsz.

2. Rezygnacja z picia alkoholu. Alkoholu nie należy łączyć z przyjmowanymi lekami hipotensyjnymi, metforminą, luraglutydem itd. z powodu możliwych interakcji.
3. Przestrzeganie zasad diety redukcyjnej (2000 kcal), niskocholesterolowej, niskotłuszczowej o niskim indeksie glikemicznym (w razie trudności z zastosowaniem diety zalecana konsultacja z dietetykiem).
 - Spożywanie 4-5 posiłków dziennie o stałych porach, o stałej zawartości kcal w poszczególnych posiłkach i zachowaniem odpowiedniego rozkładu makroskładników w każdym posiłku,
 - Unikanie potraw smażonych oraz panierowanych, zalecane sporządzanie potraw poprzez gotowanie na parze lub w wodzie, duszenie bez dodatku tłuszczu i pieczenie w folii/ pergaminie,
 - Owoce spożywać z umiarem (maksymalnie 3 dziennie), najlepiej do głównych posiłków w ciągu dnia,
 - Owoce należy spożywać surowe, ze skórą i łączyć je z innymi składnikami odżywczymi np. z jogurtem, z sałatą, z kefirem, z maślanką, z makaronem, z ryżem, z serem białym,
 - Ograniczyć spożycie soli do jednej łyżeczki dziennie, nie dosalać potraw, warto zastąpić ją ziołami- bazylią, oregano, tymiankiem, majerankiem itp.
 - Spożywanie produktów o niskim indeksie glikemicznym takich jak: awokado, jabłka, truskawki owsianka, makaron razowy, jogurt naturalny, kefir, otręby, orzechy, nasiona i gorzka czekolada (70% kakao),
 - Spożywanie ok. 35 g na dobę błonnika. Najwyższa zawartość błonnika znajduje się: w ciemnym pieczywie, ziarnach, płatach owsianych nieprzetworzonych, warzywach i owocach.
 - Ostatni posiłek powinien być spożyty 3-4 godziny przed snem,
 - Wypijanie 1,5-2 l płynów dziennie np. woda mineralna, słaby napar herbaty, unikanie słodzonych napoi, kofeiny np. napoje energetyzujące, coca-cola.
4. Kontrola ciśnienia tętniczego krwi 2 razy na dobę, prowadzenie dzienniczka samokontroli.
 - Pomiary powinny być poprzedzone odpoczynkiem min. 10 minutowym, nie należy spożywać kawy do 30 minut przed pomiarem
 - Zalecany pomiar w pozycji siedzącej z użyciem dobranego, właściwego rozmiaru mankietu
 - Nie zaleca używania ciśnieniomierzy nadgarstkowych.

5. Kontrola poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru. Pomiar należy wykonać na czczo, 2 godziny po głównych posiłkach (około 3 razy w tygodniu) i w przypadku złego samopoczucia.
6. Raz w tygodniu kontrola masy ciała, obwodu talii i dokumentowanie otrzymanych wyników.
7. Obserwacja obręzków i pomiar ich obwodu raz dziennie na czczo
 - Prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydanych,
 - Konieczność natłuszczania i nawilżania skóry miejsc objętych obrzękiem
 - Zakładanie luźnych, nie uciskających ubrań,
8. Regularne przyjmowanie leków.
 - Tabletki popijać wyłącznie wodą niegazowaną
 - Przyjmować leki o stałych porach i przestrzegać zaleconych dawek, w przypadku pominięcia dawki nie uzupełniać jej przy kolejnym przyjęciu leku
9. Regularna kontrola w poradniach specjalistycznych: endokrynologicznej i kardiologicznej. Pierwsze wizyty powinny odbyć się ok. 1 miesiąc po hospitalizacji.
10. Unikanie sytuacji stresowych.
11. Należy pamiętać o dokładnej higienie osobistej, kąpieli całego ciała i dosuszaniu delikatnym ręcznikiem. Natłuszczanie (np. balsamem, kremem nawilżającym, oliwką) miejsc narażonych na odparzenia (miejsca między fałdami skóry, pachwiny, pachy, pośladki).

DYSKUSJA

Zespół metaboliczny na przestrzeni ostatnich lat stał się ogromnym i stale nasilającym się wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Zmiany cywilizacyjne zachodzące w ostatnim czasie są jedną z głównych przyczyn wzrostu częstości zaburzeń i chorób metabolicznych. ZM jest rozpoznawany na podstawie współwystępowania kryteriów takich jak: zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, występowanie stanu cukrzycowego lub cukrzycy typu 2 oraz zwiększony obwód talii u kobiet i mężczyzn, co często wiąże się z nadwagą i otyłością. Jest on obecnie rozpoznawany u osób w każdym wieku. Nad pacjentem należy roztoczyć opiekę medyczną w szerokim zakresie. Obejmuje to działania medyczne, dietetyczne, psychologiczne i edukacyjne. Opieka medyczna wiąże się z zaangażowaniem dużej grupy specjalistów oraz dużymi nakładami finansowymi [10,19,30].

W Polsce przeprowadzono m.in. badania populacyjne tj. Nadciśnienie Tętnicze w Polsce (NATPOL 2011) oraz Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ). Badanie NATPOL 2011 było obserwacją częstości występowania oraz kontrolą czynników ryzyka chorób sercowo- naczyniowych. Zostało one przeprowadzone na populacji ponad 2400 chorych dorosłych w wieku 18- 79 lat. W badanej grupie stwierdzono cukrzycę u 6,7% osób. Porównując NATPOL 2011 z wynikami sprzed 10 lat wzrosła częstość występowania nadciśnienia tętniczego z 30% do 32% [8]. Również w 2011 roku został opublikowany artykuł na podstawie badania WOBASZ. Częstość występowania zespołu metabolicznego wg kryteriów IDF została określona na 30,7% u mężczyzn i 26,8% u kobiet. Wyższe ryzyko rozpoznania ZM było w grupie starszych osób, palaczy tytoniu(byłych i obecnych) oraz u osób z wysokim wskaźnikiem BMI. U osób, które zakwalifikowały swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry oraz miały wysoki stopień aktywności fizycznej stwierdzono zmniejszenie ryzyka wystąpienia zespołu metabolicznego [8,9].

Innym dużym badaniem, które było przeprowadzone w Polsce jest badanie PONS (ang. The Polish Norwegian Study). Wybrano do niego losowo osoby w wieku 45-64 lat z terenów wielkomiejskich oraz wiejskich. Zastosowano w nim kryteria rozpoznania ZM z 2009 roku. Wśród 3862 osób MetS stwierdzono u 39,5% osób w tym 49,9% mężczyzn oraz 34,3% kobiet. Najmniejszy odsetek stwierdzono w grupie 45- 49 lat i wynosił łącznie 27% [10,11].

Badanie NHANES III(ang. The Third Health and Nutrition Examination Survey) określa problemy żywieniowe oraz zdrowotne dzieci i dorosłych w USA. W 2015 roku w czasopiśmie JAMA (ang. The Journal of the American Medical Association) został opublikowany raport dotyczący częstości występowania zespołu metabolicznego w latach 2003-2012. Użyto w nim danych z badania NHANES. Zastosowano w nim zmodyfikowane kryteria przyjęte przez NCEP- ATP III. W ciągu 9 lat częstość MetS wzrosła z 32,9% (2003-2004 rok) do 34,7%(2011-2012 rok). Częstość występowania tego zespołu rosła wraz z wiekiem badanych pacjentów. Analizując poszczególne lata można zauważyć, że częstotliwość ZM od 2007 roku miała względnie stały poziom u mężczyzn, a u kobiet zmniejszała się. Natomiast w latach 2011-2012 częstość ZM była nadal zauważalnie wyższa u kobiet aniżeli mężczyzn(36,6% vs 32,8%) [12,13].

Do zaplanowania właściwego toru leczenia zespołu metabolicznego, a także ustalenia działań prewencyjnych niezbędne jest poznanie przyczyn choroby. Głównym czynnikiem powstawania zespołu metabolicznego jest dodatni bilans kaloryczny oraz niski poziom aktywności fizycznej. Na skutek tego dochodzi do nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w okolicy brzucha, co prowadzi do otyłości. Jest to główna

komponenta tego zespołu. Bardzo często w parze z otyłością występują: zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze oraz zaburzenia gospodarki węglowodanowej [14].

W analizie przyczyn choroby należy uwzględnić wiele czynników, takich jak: czynniki genetyczne, środowiskowe, hormonalne, psychologiczne, dietetyczne. W około 25-40% przypadków uważa się, że za występowanie otyłości są odpowiedzialne czynniki genetyczne. Dziedziczenie tej choroby ma charakter poligenowy. U dzieci otyłych rodziców ryzyko wystąpienia otyłości jest kilkakrotnie wyższe, niż u dzieci rodziców z prawidłową masą ciała. Również ważną rolę odgrywają czynniki środowiskowe. Są to między innymi: dodatni bilans kaloryczny, stres, palenie tytoniu, alkohol, dieta bogata w wysokonasyczone kwasy tłuszczowe, niska aktywność fizyczna oraz bezsenność [14,15, 16].

Diagnozę otyłości stawiamy, jeśli wartości wskaźnika BMI wynoszą $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Aby postawić rozpoznanie otyłości należy także skorzystać z kryteriów diagnostycznych IDF wg których otyłość trzewną rozpoznaje się u dorosłych mieszkańców Europy przy obwodzie talii u mężczyzn $\geq 94 \text{ cm}$, a u kobiet $\geq 80 \text{ cm}$ [17]. Od wielu lat na całym świecie wzrasta częstość zachorowania na otyłość. Obecnie szacuje się, że na otyłość i nadwagę cierpi około 1,5 mld ludzi na całym świecie. W latach 2015-2016 przeprowadzono ogólnopolskie badanie LIPIDOGRAM 2015. Zostało ono przeprowadzone w populacji pacjentów lekarzy rodzinnych w wieku powyżej 18 lat. Otyłość stwierdzono u 34,5% badanych, zaś nadwagę u 39,5%. Częściej występowały one u mężczyzn [18].

Ze względu na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie możemy wyróżnić: tkankę tłuszczową podskórną, która stanowi ponad 60% tkanki tłuszczowej całego organizmu, oraz tkankę tłuszczową trzewną, zlokalizowaną w okolicy narządów wewnętrznych oraz zewnątrztrzewnowo. W wielu badaniach udowodniono niekorzystny wpływ tkanki tłuszczowej wisceralnej na występowanie powikłań metabolicznych, w tym zespołu metabolicznego. Tkanka tłuszczowa jest magazynem lipidów i producentem adipokin. Do krążenia wrotnego uwalniane są produkty lipolizy i adipokiny. Uwalniane w procesie lipolizy wolne kwasy tłuszczowe są odpowiedzialne za nasilenie glukoneogenezy wątrobowej oraz za uwolnienie wyprodukowanej w tym procesie glukozy do krwioobiegu, co doprowadza do hiperglikemii. Wolne kwasy tłuszczowe destabilizują wątrobowy metabolizm rozkładu insuliny, co prowadzi do wzrostu jej stężenia we krwi doprowadzając do hiperinsulinemii. Ponadto zwiększają wątrobową produkcję VLDL, co prowadzi do dyslipidemii. Hiperinsulinemia jest wynikiem oporności tkankowej na insulinę. Insulinooporność jest jedną z głównych przyczyn rozwoju ZM. Patomechanizm oporności na insulinę polega wzmacnianiu działania wolnych kwasów tłuszczowych w stosunku do glukozy w ich obwodowym

metabolizmie. Podstawowym substratem energetycznych dla większości narządów w organizmie jest glukoza. Kiedy w organizmie występuje nadmiar tkanki tłuszczowej wisceralnej, to wtedy stężenie wolnych kwasów tłuszczowych we krwi jest znacznie powyżej normy. Mięśnie szkieletowe, serce i wątroba i ich obwodowe komórki w obliczu podwyższonego stężenia wolnych kwasów tłuszczowych wybierają ich wychwyt i wykorzystanie jako źródło energii. Prowadzi to do **upośledzenia transportu glukozy** do komórek, za który odpowiada insulina. W wyniku tych procesów komórki gromadzą i utylizują chętniej wolne kwasy tłuszczowe, a glukoza pozostaje we krwi, prowadząc do hiperglikemii. Stężenie insuliny rośnie w związku z uniemożliwieniem aktywacji szlaków transportu glukozy insulinozależnych. W następstwie tych procesów wykształca się insulino- oporność [19,20].

W ostatnich latach powstało wiele prac badawczych nad aktywnością metaboliczną tkanki tłuszczowej. Obecnie jest ona uznawana za największy endokrynną gruczoł organizmu ludzkiego. Wśród jej licznych hormonów wymienia się m.in. adiponektynę, leptynę, rezystynę, fetuinę oraz iryzynę. Stężenie adiponektyny jest odwrotnie proporcjonalne do wartości BMI. Adiponektyna wykazuje korzystne działanie, gdyż obniża stężenie glikemii, uaktywnia lipolizę, co przyczynia się do zmniejszenia lipemii oraz komórkowego niszczenia triglicerydów. Przyczynia się do wydzielania insuliny w odpowiedzi na zapotrzebowanie metaboliczne organizmu. Prowadzi to do wzrostu wrażliwości komórek na insulinę, co daje poprawę profilu metabolicznego ustroju. Kiedy mamy nadmiar tkanki tłuszczowej trzewnej to wydzielanie adiponektyny zmniejsza się. Leptyna jest hormonem tkanki tłuszczowej. Jej wydzielanie przez adipocyty jest wprost proporcjonalnie do miary tkanki tłuszczowej. Głodzenie organizmu powoduje zmniejszenie wydzielania leptyny, zaś przyjmowanie większych ilości pokarmu daje efekt odwrotny. Leptynie jest przypisywana istotna rola w regulacji łaknienia [19,21].

Rezystyna jest wytwarzana głównie przez monocyty oraz makrofagi, w mniejszym stopniu przez adipocyty. Podnosi ona poziom glukozy we krwi oraz insulinę. Fetuina A jest to adipokina, której stężenie jest najwyższe u osób ze stwierdzoną otyłością i powikłaniami metabolicznymi, a najniższe u osób szczupłych. Występuje dość duża zależność pomiędzy stężeniem fetuiny, a wystąpieniem ZM, powikłań zatorowo- zakrzepowych, które mogą doprowadzić do udaru niedokrwiennego mózgu lub zawału serca. Wpływa ona dość istotnie na aktywację procesów prozapalnych w organizmie. Iryzyna jest wytwarzana głównie przez mięśnie szkieletowe, ale jej wydzielanie następuje też w tkance tłuszczowej. Hormon ten nasila termogenezę i likwidację lipidów ustrojowych [19,22].

Nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej w okolicy jamy brzusznej sprzyja powstawaniu zaburzeń lipidowych. W przypadku zespołu metabolicznego zaliczamy tutaj

hipercholesterolemie (podwyższone stężenie TC i LDL) oraz aterogenną dyslipdemię, zwaną też *aterogenną triadą lipidową*. Do triady tych zaburzeń zaliczamy: zwiększone stężenie TG, niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL, a także obecność nieprawidłowych (małych, gęstych) cząsteczek LDL [23]. Wyróżniamy dwa rodzaje hipercholesterolemii: pierwotną i wtórną. W przypadku ZM możemy najczęściej mówić o hipercholesterolemii pierwotnej. Jest ona uwarunkowana genetycznie. Występuje najczęściej w postaci wielogenowej. Jej częstotliwość szacuje się od 1:10 do 1:20 osób. Ryzyko występowania chorób układu sercowo-naczyniowego szacuje się na ok. 3-4 razy wyższe niż w ogólnej populacji [23].

Dyslipidemia aterogenna zwana jest też dyslipidemią cukrzycową. Jest to powiązanie nieprawidłowości lipidów oraz lipoprotein osocza. Charakter dyslipidemii aterogennej nie jest zazwyczaj ujawniany przez profil lipidowy, który jest wykorzystywany w praktyce klinicznej. Podwyższone stężenie TG lub małe stężenie HDL obserwuje się u ok. połowy osób z cukrzycą typu 2. Te cechy parametrów lipidowych poprzedzają zazwyczaj o kilka lat wystąpienie cukrzycy typu 2 i są częste u osób z otyłością centralną oraz zespołem metabolicznym. Patogeneza zaburzeń lipidowych została przedstawiona w Tabeli I. [24,25].

Tabela I. Patogeneza dyslipidemii aterogennej [25]

Hipertriglicerydemia	Intensywna synteza TG w wątrobie (wysokie stężenie VLDL)
	Obniżenie aktywności lipazy lipoproteinowej z powodu insulinooporności
	Uszkodzenie katabolizmu VLDL
	Spowolnienie usuwania remnantów chylomikronów i VLDL przez hepatocyty
↓ cholesterolu frakcji HDL	Skok aktywności enzymu CEPT
	Gwałtowna wymiana cholesterolu/TG w cząsteczkach HDL
	Wzmoczona aktywność lipazy wątrobowej usuwającej HDL
↑ liczby małych, gęstych cząsteczek LDL	Dołączenie cząsteczek LDL w TG w następstwie zwiększenia aktywności CEPT
	Hydroliza LDL do małych gęstych LDL (↑ aktywności lipazy wątrobowej)

Podwyższone stężenie TC oraz LDL prowadzi do zwiększonego ryzyka rozwoju miażdżycy i choroby wieńcowej, a także wystąpienia zaburzeń krążenia mózgowego, niedokrwienia kończyn dolnych czy choroby nerek. Hipertriglicerydemia wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia ostrego zapalenia trzustki [24].

Kolejnym zaburzeniem, które występuje u chorym z MetS są zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Wśród pacjentów, u których stwierdzono zespół metaboliczny można wyróżnić 3 grupy:

- pacjenci z rozpoznaną cukrzycą, zazwyczaj typu 2,
- pacjenci z nieprawidłową glikemią na czczo,
- pacjenci bez rozpoznanej cukrzycy [8].

Cukrzycę możemy scharakteryzować jako grupę chorób metabolicznych, charakteryzującą się hiperglikemią, która powstaje na skutek defektu wydzielania lub/i wytwarzania insuliny. Prawidłowe stężenie glukozy we krwi na czczo powinno wynosić 70-99 mg/dl. Cukrzycę możemy stwierdzić przy dwukrotnym pomiarze na czczo w momencie kiedy przekracza wartość 126 mg/dl. Bardzo często w społeczeństwie występują stany hiperglikemiczne. Zaliczamy tutaj IFG tzw. nieprawidłową glikemią na czczo i wartości wynoszą 100-125 mg/dl. Stanem hiperglikemicznym jest też IGT, czyli nieprawidłowa tolerancja glukozy i stwierdza się ją na podstawie doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT), kiedy w 120. minucie poziom glukozy we krwi żyłnej wynosi 140-199 mg/dl. Zarówno IFG, jak i IGT zaliczamy do stanu przedcukrzycowego i wymagane jest podjęcie działań profilaktycznych, aby zapobiec wystąpieniu cukrzycy [26].

Nieprawidłowy poziom glikemii wynika z zaburzonej pracy trzustki. Nie jest ona w stanie wydzielić wystarczającej ilości insuliny, która będzie w stanie przełamać insulinooporność. Komórki lekceważą działanie tego hormonu, którego zadaniem jest wprowadzanie glukozy z krwi do komórek. Prowadzi to do wzrostu poziomu glukozy we krwi, który jeśli utrzymuje się zbyt długo, a to może prowadzić do uszkodzenia naczyń krwionośnych, zwłaszcza w sercu, mózgu, nerkach, nerwach oraz oku [27, 28].

Bardzo często w przebiegu zespołu metabolicznego występuje nadciśnienie tętnicze. Jest ono najważniejszym czynnikiem ryzyka przedwczesnych zgonów na świecie. Według danych z ostatnich 20 lat rozpowszechnienie występowania nadciśnienia tętniczego jest wysokie i stale rośnie. Opierając się na badaniu NATPOL 2011 nadciśnienie tętnicze występuje u około 9 milionów ludzi w wieku 18- 79 lat. Do tej liczby należy dodać wyniki badania POLSENIOR, według którego na nadciśnienie tętnicze cierpi około 1 miliona osób po 80 roku życia [29].

Rozwojowi nadciśnienia tętniczego można zapobiegać. Głównie wpłyniemy na to przez modyfikację stylu życia, gdyż te czynniki możemy łatwo wyeliminować. Główne czynniki ryzyka to: płeć męska, starszy wiek, palenie tytoniu, cukrzyca, nadwaga/ otyłość, przedwczesna ChSN w wywiadzie rodzinnym (<55 r.ż. u mężczyzn i <65 r.ż. u kobiet); nadciśnienie tętnicze o wczesnym początku w wywiadzie rodzinnym; wczesna menopauza; HR > 80 u/min.; zespoły bezdechu sennego; nadużywanie alkoholu; siedzący tryb życia, a także czynniki psychospołeczne oraz społeczno- ekonomiczne [7,30].

Nadciśnienie tętnicze jest istotnie związane z otyłością oraz insulinoopornością. Mechanizm nie jest do końca poznany, ale podejrzewa się, że nadmiar insuliny może oddziaływać na zatrzymywanie sodu, zwiększyć objętość krwi, produkcję nadmiaru noradrenaliny i na proliferację mięśniówki gładkiej. Udowodniono, że zagrożenie rozwoju tej choroby u ludzi z dotychczas dobrym ciśnieniem rośnie wraz ze wzrostem masy ciała. Występowanie nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń metabolicznych jest ogromnym ryzykiem dla układu sercowo- naczyniowego [14, 29, 32].

Do rozpoznawania zespołu metabolicznego obecnie stosuje się kryteria wspólnie ustanowione przez IDF, AHA oraz NHLBI w 2009 roku. Aby oficjalnie potwierdzić wystąpienie MetS należy: zmierzyć obwód talii, zbadać stężenie triglicerydów na czczo, stężenie cholesterolu HDL na czczo, zmierzyć ciśnienie tętnicze oraz sprawdzić poziom glukozy na czczo z krwi żyłnej [33]. Aby zdiagnozować zespół metaboliczny niezbędne jest przeprowadzenie wszechstronnej diagnostyki. Powinno rozpocząć się od zmierzenia wzrostu pacjenta oraz sprawdzenie masy ciała. Na podstawie tych dwóch danych możemy obliczyć wskaźnik BMI. Niestety nie należy go stosować do oceny masy ciała u dzieci, u kobiet w ciąży, u osób bardzo intensywnie uprawiających sport oraz mocno umięśnionych.

W kryteriach z 2009 roku do stwierdzenia zespołu metabolicznego wykorzystuje się pomiar obwodu talii. U Europejczyków rasy białej nie powinny przekraczać: u mężczyzn 94cm, a u kobiet 80 cm. Jeśli stwierdza się wartości powyżej tych, to jest to przesłanka do szukania innych składowych ZM [1,34,35].

Do postawienia diagnozy jest wymagane również oznaczenie stężeń glukozy, triglicerydów i cholesterolu frakcji HDL. Te badania powinny zostać wykonane u pacjenta na czczo min. 8h od ostatniego posiłku i wypicia płynu innego niż woda. Jeśli glikemia na czczo wynosi ponad 100 mg/dl to jest to kolejna składowa MetS. U pacjenta stwierdza się ZM jeśli poziom triglicerydów wyniesie ponad 150 mg/dl, a stężenie cholesterolu HDL u mężczyzn będzie mniejsze niż 50 mg/dl, a u kobiet poniżej 40 mg/dl. Jeśli u chorego w wywiadzie odnotuje się leczenie dyslipidemii, to również jest to podstawa do zaliczenia tego

kryterium. Nieinwazyjnym badaniem jakie należy wykonać przy diagnostyce zespołu metabolicznego jest pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Składową MetS jest ciśnienie tętnicze powyżej 130/85 mmHg lub leczone nadciśnienie tętnicze [36].

Poza zbadaniem podstawowych parametrów potrzebnych do stwierdzenia ZM należy także przeprowadzić wszechstronną diagnostykę, aby zbadać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i innych. Badania, jakie należy wykonać zostały wymienione w Tabeli 2.

Tabela II. Diagnostyka zespołu metabolicznego

Diagnostyka laboratoryjna	Diagnostyka obrazowa	Inne badania i pomiary
Glukoza na czczo	Echokardiografia	Pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu talii, bioder, klatki piersiowej, ramion, ud, łydek
Insulina na czczo	Koronarografia	BMI, WHR, WHtR, pomiar fałdów skórnych
Morfologia krwi obwodowej z rozmazem	USG tętnic nerkowych	Holter RR, Holter EKG
Cholesterol całkowity, LDL, HDL	USG tętnic kończyn dolnych	Analiza składu masy ciała
Test doustnego obciążenia glukozą (OGTT)		Wywiad rodzinny (genetyka), żywieniowy, styl życia, stres

Jeśli u pacjenta stwierdzono chociaż jedną składową zespołu metabolicznego to zgodnie z konsensusem Grupy Roboczej Polskiego Forum Profilaktyki należy podjąć działania ukierunkowane na zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy powikłań sercowo- naczyniowych. ZM nie jest sklasyfikowany jako jednostka chorobowa, dlatego też leczy się jego składowe.

Należy rozpocząć od działań nefarmakologicznych i zmiany dotychczasowego stylu życia. Należy zalecić pacjentowi redukcję nadmiernej masy ciała poprzez zmniejszenie podaży kalorii oraz zwiększenie aktywności fizycznej (minimum 30 minut każdego dnia o umiarkowanej intensywności). Pacjent powinien dążyć do zmniejszenia masy ciała o ok. 10% w 12 miesięcy, co przyczynia się do istotnej redukcji ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-

naczyniowych otyłości. Jeśli chory pali papierosy to powinien zaprzestać palenia tytoniu lub istotnie zredukować ilość wypalanych papierosów dziennie. Należy zmodyfikować dietę. Pacjent powinien unikać spożycia tłuszczów nasyconych, nienasyconych tłuszczów nienasyconych w formie trans, cukrów prostych oraz zmniejszenie spożycia sodu. Należy zwiększyć spożycie owoców oraz warzyw [7,14].

U chorych z nadciśnieniem tętniczym należy włączyć farmakoterapię od wartości BP wynoszącej 140/90 mmHg lub mniej i obniżenie do wartości poniżej 140/90 mmHg. Równie ważne są działania nefarmakologiczne. Jest to podstawa leczenia i powinna nieodłącznie towarzyszyć farmakoterapii. Najnowsze wytyczne z 2018 roku ściśle formułują zalecenia dotyczące postępowania, kategoryzując je od najsilniejszych (A), przez mniej udowodnione (kategoria B), aż do takich, dla których nie ma kontrolowanych badań naukowych, ale przesłanki i zgodna opinia ekspertów wystarczają, aby umieścić je w rekomendacjach (C). Do kategorii A zaliczymy: redukcję soli w diecie do < 5 g na dzień; ograniczenie spożycie alkoholu do mniej niż 14 jednostek na tydzień u mężczyzn i 8 jednostek na tydzień u kobiet (1 jednostka= 125 ml wina lub 250 ml piwa); zwiększenie spożycia warzyw, owoców, ryb orzechów, NNKT i niskotłuszczowych produktów nabiałowych i zmniejszenie spożycia czerwonego mięsa; kontrola masy ciała; regularne ćwiczenia aerobowe (> 30 min umiarkowanego wysiłku fizycznego 5-7 dni w tygodniu). Do kategorii B zaliczymy rzucenie palenia. W kategorii C znalazło się zalecenie unikania upijania się (jednorazowego spożycia większej ilości alkoholu). Obecnie monoterapia NT praktycznie nie jest stosowana, z powodu obniżenia docelowych wartości BP u większości chorych Europejczyków od 2018 roku o co najmniej 10 mmHg (cel hipotensyjny: $< 130/80$ mmHg). Wg wytycznych ESC/ESH monoterapię można obecnie rozważyć u pacjentów po 80 roku życia z „*syndromem kruchości*” oraz u osób z niskim ryzykiem sercowo- naczyniowym, z nadciśnieniem tętniczym 1 stopnia. Pozostałe osoby z NT powinny być leczone od momentu rozpoznania dwoma lekami hipotensyjnymi. W praktyce zazwyczaj są to od początku preparaty złożone w jednej tabletkie – SPC. W zespole metabolicznym istnieje wysokie ryzyko rozwoju cukrzycy. Dlatego, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2015 roku, przy wyborze leków hipotensyjnych należy uwzględnić metabolizm glukozy. Farmakoterapię należy zacząć od leków blokujących układ RAA, które opóźniają wystąpienie cukrzycy. W razie potrzebypowinno się dołączyć do leczenia antagonistę wapnia [36, 37].

W leczeniu dyslipidemii lekami pierwszego rzutu są statyny i fibraty. Statyny są to środki, które należą do najlepiej zbadanych w prewencji CVD. W wielu badaniach klinicznych stwierdzono, że statyny zmniejszają chorobowość i umieralność z przyczyn sercowo-

naczyniowych. Stwierdzono również, że te leki spowalniają progresję oraz nawet sprzyjają regresji zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Statyny powodują obniżenie stężenia cholesterolu LDL we krwi, ponieważ w momencie częściowego zahamowania syntezy cholesterolu w hepatocytach dochodzi do spadku jego wewnątrzkomórkowej zawartości, co prowadzi do zwiększenia ekspresji receptora LDL i wzrostu liczby jego cząsteczek, co skutkuje zwiększonym usuwaniem LDL z krwi i spadek stężenia cholesterolu tej frakcji w obiegu. Głównym działaniem niepożądanym statyn są miopatie oraz uszkodzenie wątroby. Dlatego należy zwracać uwagę na wszystkie bóle mięśniowe, monitorować poziom kinazy kreatynowej oraz stężenie enzymów wątrobowych: AspAT i AlAT. W leczeniu dyslipidemii aterogennej lekiem pierwszego rzutu powinny być fibraty. Obniżają one stężenie cholesterolu całkowitego nawet do 50% oraz podnoszą stężenie cholesterolu HDL. Z badań FIELD wynika, że fenofibrat u osób z cukrzycą może zmniejszać ryzyko jej niektórych powikłań mikroangiopatycznych, takich jak retinopatia czy mikroangiopatia. Podsumowując: przy podwyższonym stężeniu triglicerydów należy stosować fibraty, zaś przy dominującym podwyższonym stężeniu głównie frakcji LDL- statyny [25, 38].

W leczeniu cukrzycy typu 2 kluczowe znaczenie ma farmakologiczne obniżenie hiperglikemii w celu zapobiegnięcia i zahamowania postępu przewlekłych powikłań cukrzycy. Leczenie osoby chorej na tę chorobę musi mieć charakter progresywny. Jeśli stosowana na danym etapie terapia nie przynosi efektu i nie jest osiągana docelowa wartość HbA1c to należy ją zmodyfikować. Największą wartość przy leczeniu cukrzycy ma modyfikacja stylu życia. Należy zaliczyć tutaj redukcję masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej do 30-45 minut dziennie, zmniejszenie kaloryczności posiłków w połączeniu z metforminą. Aby zmniejszyć niekorzystne skutki uboczne stosowania tego leku, powinno rozpocząć się leczenie najmniejszą dawką, a następnie stopniowo ją zwiększać do maksymalnie tolerowanej dawki [26].

W terapii otyłości swoje zastosowanie odnajdują metody zachowawcze i chirurgiczne. Leczenie zachowawcze polega na leczeniu żywieniowym, zwiększeniu aktywności fizycznej oraz czasami na włączeniu farmakoterapii. Leczenie chirurgiczne polega głównie na operacyjnym zmniejszeniu żołądka w sposób trwały lub przejściowy. Przy rozpoczęciu leczenia ważne jest wyznaczenie realnych celów. Zazwyczaj pierwszym celem powinna być redukcja 10 % masy ciała. Tempo chudnięcia nie powinno być większe niż 0,5-1 kg na tydzień. Dieta powinna dostarczać wszystkich składników odżywczych. Aby pacjent mógł schudnąć kaloryczność powinna być dostosowana do chorego. W niektórych przypadkach powinna zostać zastosowana farmakoterapia. Jeszcze do 2016 roku jednym lekiem w Polsce

stosowanym wspomagająco w leczeniu otyłości być orlistat- inhibitor lipazy przewodu pokarmowego. W listopadzie 2016 roku do leczenia otyłości zarejestrowano preparat złożony- połączenie chlorku bupropionu i chlorowodoru naltreksonu. Substancje te działają na ośrodkowy układ nerwowy, zwiększając uczucie sytości, hamując odczuwanie apetytu oraz zwiększają wydatkowanie energii przez nasilenie termogenezy. Jest to preparat stosowany jako uzupełnienie ubogokalorycznej diety oraz zwiększonej aktywności fizycznej u osób z BMI > 30 kg/m² lub u osób z BMI 27-30 kg/m², jeśli występuje dodatkowa choroba towarzysząca otyłości taka jak np. cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe czy wyrównane nadciśnienie tętnicze [39,40].

Kolejnym preparatem jest liraglutyd, czyli agonista glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1). Jest to lek przeciwcukrzycowy zaliczany do grupy leków inkretynowych. Nazwa handlowa tego leku to Victoza® oraz Saxenda® i Trulicity®. Liraglutyd znajduje swoje zastosowanie także w redukcji masy ciała, ale w Polsce nie jest zarejestrowany jako preparat do leczenia otyłości. Jego działanie polega na glukozależnym pobudzaniu wydzielania insuliny z komórek β trzustki, hamowaniu sekrecji glukagonu przez komórki α , opóźnieniu opróżniania żołądka, a także na ośrodkowym hamowaniu łaknienia. Lek ten podaje się w postaci podskórnym iniekcji. Liraglutyd wykazuje lepsze działanie w porównaniu z orlistatem czy też z naltreksonem/ bupropionem. Preparat ten jest szczególnie polecany u otyłych z cukrzycą typu 2. Liraglutyd powinien być brany pod uwagę zwłaszcza u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo- naczyniowym, albowiem według badania LEADER stosowanie tego leku istotnie zmniejsza liczbę zgonów z powodów sercowo- naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2 w porównaniu z chorymi, którzy stosowali preparat placebo. Zastosowanie tego leku u otyłych pacjentów zmniejsza ryzyko rozwoju jawnej cukrzycy typu 2 oraz wpływa pozytywnie na ciśnienie tętnicze krwi oraz na lipidogram [41].

U chorych z nadwagą lub otyłych, którzy mają stwierdzony stan przedcukrzycowy należy rozważyć zastosowanie metforminy. Jest to szczególnie ważne u pacjentów z nieprawidłową glikemią na czczo (IFG), nieprawidłową tolerancją glukozy (IGT) oraz u kobiet, które przeżyły cukrzycę ciążową i mają stwierdzony stan przedcukrzycowy. Zastosowanie tego leku z połączeniu z odpowiednią dietą oraz aktywnością fizyczną może przyczynić się u osób otyłych i z nadwagą do znacznej redukcji masy ciała, co jest szczególnie ważne w prewencji chorób sercowo- naczyniowych [40,42].

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych elementów leczenia chorych z zespołem metabolicznym. Według badań przeprowadzonych w 2013 roku przez CBOS wynika, że ok. 66% badanych podejmowało wysiłek fizyczny w ciągu ostatniego roku.. Należy

zaznaczyć, że 40% z nich ćwiczyło regularnie, a 26% sporadycznie [42]. Regularna aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na lipidogram, wartości ciśnienia tętniczego krwi, poprawia insulinowrażliwość oraz ogólną gospodarkę glukozy w organizmie. Pacjentom zaleca się regularny i o umiarkowanej intensywności wysiłek aerobowy. Formy aktywności fizycznej należy dobrać do wieku, trybu życia, możliwości organizmu pacjenta. Należy zwrócić uwagę na choroby współistniejące. Nie powinno zalecać się chorym wysiłku o dużej intensywności oraz statycznego. Bezwzględne przeciwwskazania do wysiłku to: gorączka, infekcja układu oddechowego, silna duszność w przebiegu astmy oskrzelowej, brak współpracy chorego, retinopatia cukrzycowa oraz niewydolność krążenia. Odpowiednia częstość ćwiczeń to min. 5 razy w tygodniu przez około 50-60 minut jednorazowo. Warto pamiętać o tym, aby stopniowo zwiększać intensywność treningu. Nie należy rozpoczynać swojej aktywności fizycznej od ciężkich i intensywnych ćwiczeń, gdyż może dojść do przeforsowania organizmu [7,43,44]. W zespole metabolicznym przeciwwskazany jest wysiłek statyczny, bardzo intensywny i długotrwały np. podnoszenie ciężarów, boks, zapasy. Natomiast zaleca się wysiłek umiarkowany, systematyczny, o niewielkim nasileniu, dynamiczny np. taniec, pływanie, spacer (powyżej 10 tysięcy kroków w ciągu dnia), szybki marsz, jazda na rowerze, czy też gra w tenisa.

Odpowiednia do wzrostu masa ciała jest czynnikiem, który ma duży wpływ na stan zdrowia, sprawność fizyczną oraz komfort psychiczny człowieka. Nadwaga oraz otyłość bardzo często przyczyniają się do rozwoju wielu chorób. Jedną z nich jest zespół metaboliczny. W przypadku zaburzeń wchodzących w jego skład (cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia) zaleca się dietę redukcyjną. Początkowy etap, w zależności od masy ciała chorego powinien zakładać redukcję wagi o 10% w przeciągu roku. Ma to na celu poprawę glikemii, obniżenie ciśnienia tętniczego, zmniejszenia stężenia TG we krwi oraz zwiększenie stężenie cholesterolu frakcji HDL. Pożądana utrata masy ciała o 0,5 kg tygodniowo jest uzyskiwana przeważnie przy deficycie ok.600 kcal/ dobę w stosunku do wartości Całkowitej Przemiany Materii (CPM) [45]. Deficyt kaloryczny powinien opierać się na pomiarze aktualnej masy ciała i powinien wynosić 400-600 kcal.

Przy ustalaniu diety choremu z cukrzycą typu 2 należy zwrócić uwagę na ograniczenie węglowodanów prostych, ze szczególnym uwzględnieniem indeksu glikemicznego posiłków. Albowiem, im wyższy IG, tym wyższy poziom glukozy we krwi po jego spożyciu. W tej chorobie zalecane są produkty o niskim indeksie glikemicznym, gdyż ułatwia to kontrolę poziomu glikemii oraz pozwala ograniczyć napady głodu. Posiłki należy spożywać w

regularnych odstępach czasowych. Chorym nie zaleca się spożywania alkoholu ze względu na ryzyko rozwoju hipoglikemii [26].

W hipercholesterolemii należy pamiętać o spożyciu odpowiedniej ilości wielonienasyconych kwasach tłuszczowych omega-6, omega-3 i jednonienasyconych kwasach tłuszczowych. Nie należy drastycznie obniżać spożycia tłuszczu, zwłaszcza roślinnego. Bogate źródła kwasów tłuszczowych to: ryby (np. śledź, makrela, sardynki, łosoś), oleje (np. lniany, rzepakowy, sojowy), oliwa z oliwek, orzechy włoskie, tran, pestki dyni i słonecznika. U pacjentów z współistnieniem nadciśnienia tętniczego należy ograniczyć spożycie soli (<5g/dobę). Prawidłowe wartości RR można uzyskać stosując dietę DASH (ang. *Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Ogólne jej zasady to:

- 4-5 porcji owoców i warzyw dziennie;
- Niska podaż tłuszczów nasyconych i cholesterolu;
- 5-6 porcji źródeł węglowodanów dziennie: przetwory zbożowe i kasze;
- 4-5 razy tygodniowo: orzechy, migdały, nasiona i rośliny strączkowe;
- 2-3 porcje niskotłuszczowych porcji nabiału;
- 2-4 razy w tygodniu spożycie ryb
- 2-3 porcji tłuszczów, olei roślinnych, margaryn miękkich;
- Sporadyczne spożycie słodczy [7,45,46].

PODSUMOWANIE

1. Pacjent objęty badaniem spełniał wszystkie kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego tj. obwód talii powyżej zalecanej normy, leczenie hipertriglicydemii, niskie stężenie HDL, leczenie hipotensyjne w przebiegu nadciśnienia tętniczego oraz nieprawidłowa glikemia na czczo.
2. U chorego objętego opieką stwierdzono deficyt wiedzy na temat zalecanego trybu życia tj. odżywiania, aktywności fizycznej, eliminacji alkoholu.
3. Istnieje ryzyko wystąpienia nieodżywienia jakościowego, mimo dodatniego bilansu kalorycznego, związane jest to z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz nadużywaniem alkoholu. Chory wyraził chęć zmiany diety oraz zaprzestania picia alkoholu.
4. Pacjenta należy objąć intensywną edukacją zdrowotną oraz dalszym leczeniem w poradniach specjalistycznych tj. endokrynologicznej, kardiologicznej oraz zaproponować

konsultację z dietetykiem, gdyż pacjent nie posiada dostatecznej wiedzy na temat zalecanej diety.

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P. (red.): Interna Szczeklika. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
2. Kramkowska M., Czyżewska K.: Zespół metaboliczny- historia, definicje, kontrowersje. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2014; 5(1): 6-15.
3. Walicka M., Bik W., Sawicka A., Marcinowska- Suchowierska E.: The metabolic syndrome- does it exist? Postępy Nauk Medycznych 2013; 26(5B): 4-8.
4. David C. W. Lau, MD, PhD, FRCPC.: Zespół Metaboliczny: mit czy rzeczywistość? Kardiologia po Dyplomie 2010; 9(1):30-44.
5. Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. i wsp. Harmonizing the metabolic syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung and Blood Institute; American Heart Association; World Health Organization; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation 2009; 120:1640-1645.
6. Kalinowski P., Mianowana M.: Metabolic Syndrome part I: overview of criteria of recognition of metabolic syndrome. Journal of Education, Health and Sport 2016; 6(3):211-226.
7. Jurkowska G., Łagoda K.: Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
8. Sobieraj P., Dęmba K., Krasnodębski P., Lewandowski J., Mrozikiewicz- Rakowska B., Czupryniak L.: Zespół Metaboliczny- koncepcja bezużyteczna klinicznie? Kardiologia w praktyce 2016; 2(36):7-15.
9. Sygnowska E., Piwońska A., Waśkiewicz A., Broda G.: Socioeconomic factors and the risk of metabolic syndrome in the adult Polish population: the WOBASZ study. Kardiologia Polska 2012; 70(7):718-727.
10. Płaczowska S., Pawlik- Sobiecka L., Kokot I., Piwowar A.: Zespół metaboliczny- nowe spojrzenie na znany problem. Wiadomości Lekarskie, 2017; 70(5):970-975.
11. Janszky I, Vatten L, Romundstad P et al.: Metabolic syndrome in Poland – the PONS Study. Ann Agric Environ Med 2011; 18(2):270–272.

12. Aguilar M., Bhuket T., Torres S., Liu B., Wong R. J.: Prevalence of the Metabolic Syndrome in the United States, 2003-2012. *JAMA* 2015; 313(19): 1973-1974.
13. Kalinowski P., Mianowana M.: Metabolic Syndrome part II: Epidemiology of metabolic syndrome in Poland and in the World. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6 (4):466-480.
14. Mamcarz A., Śliż D. (red.): *Medycyna stylu życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
15. Białkowska M.: Etiopatogeneza otyłości. *Postępy Nauk Medycznych* 2011;24(9):765-769.
16. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E.: Otyłość- definicja, epidemiologia, patogeneza. *Postępy Nauk Medycznych* 2013;26(4):301-306.
17. Tomiak E., Koziarska-Rościszewska M., Mizgała E., Józwiak J.: Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego.: Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością. Zalecane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej. *Medycyna Praktyczna, Lekarz Rodzinny* 2017;3 wydanie specjalne: 3-6.
18. Józwiak J, Mastej M, Windak A, Tomasik T, Lukas W, Skowron Ł. Rozpowszechnienie klasycznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w populacji 13 724 pacjentów POZ w Polsce. Wyniki badania LIPIDOGRAM2015 & LIPIDOGEN2015. In: *Kardiologia prewencyjna 2017: wytyczne, wątpliwości, gorące tematy. X Konferencja Naukowa Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK Kraków 17–18 listopada 2017, Kraków 2017*: 87.
19. Wylęzek L., Buczkowski K., Dyaczyński M., Kukła M., Waluga M.: Rola trzewnej tkanki tłuszczowej w rozwoju zespołu metabolicznego. *Medycyna po Dyplomie*, 2018;12:46-53.
20. Sultan A. Insulinorezistancy in Man: from mechanisms to nutritional interference. *Biol Aujourd'hui* 2017;211(2):96-189.
21. Górski J.(red.): *Fizjologia człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
22. Sujana C., Huth C, Ziezer A., et.al. Association of fetuin- a with incident type 2 diabetes. Results from the MONICA/KORA Augsburg study and a systematic meta- analysis. *Eur J Endocrinol* 2018; 178 (4): 98- 398.
23. Bachorski W., Mickiewicz A., Gruchała M., Fijałkowski M.: Diagnostyka zaburzeń przemiany lipidów w praktyce lekarskiej. *Choroby Serca i Naczyń* 2017;14 (5): 258-262.

24. Wytyczne ESC/ EAS dotyczące leczenia zaburzeń lipidowych w 2016 roku. Dostępne: https://www.ptkardio.pl/Wytyczne_ESC_EAS_dotyczace_leczenia_zaburzen_lipidowych_w_2016_roku-2688 Pobrano: 03.12.2018.
25. Filipiak J. K., Sokółski M.: Dyslipidemia aterogenna- rozpoznawanie, zasady postępowania. *Choroby Serca i Naczyń* 2017;14(5):275-296.
26. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna* 2018;4(1):5-92.
27. Drzycimska-Tatka B., Drab- Rybczyńska A., Kasprzak J.: Zespół metaboliczny- epidemia XXI wieku. *Hygeia Public Health* 2011;46(4):423-430.
28. Blaha J. M., Bansal B., Rouf R., Golden H. S., Blumenthal R. S., DeFillipis P. A.: ABCDE praktycznego podejścia do zespołu metabolicznego. *Medycyna po Dyplomie* 2010;19(3):36-49.
29. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym- 2015 rok https://nadcisnienietetnicze.pl/ptnt/wytyczne_ptnt Pobrano: 05.12.2018.
30. B. Williams, G. Mancia, W. Spiering, E. Agabiti Rosei, M. Azizi, M. Burnier, D.L. Clement, A. Coca, G. de Simone, A. Dominiczak, T. Kahan, F. Mahfoud, J. Redon, L. Ruilope, A. Zanchetti, M. Kerins, S.E. Kjeldsen, R. Kreutz, S. Laurent, G.Y.H. Lip, R. McManus, K. Narkiewicz, F. Ruschitzka, R.E. Schmieder, E. Shlyakhto, C. Tsoufis, V. Aboyans, I. Desormais; ESC Scientific Document Group: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 2018; 39: 3021–3104.
31. Polonis K., Hoffmann M., Narkiewicz K.: Wpływ wybranych czynników genetycznych na wczesne powikłania nadciśnienia tętniczego. *Arterial Hypertension* 2011; 15(2):125-142.
32. Pawłowska J., Witkowski J., Bryl E.: Zespół metaboliczny- rys historyczny i współczesność. *Forum Medycyny Rodzinnej*; 2009;3(3):222-228.
33. Komperda J., Żurkowska J., Czapka M., Szczepańska M., Pierzak-Sominka J.: Zespół metaboliczny- przegląd piśmiennictwa. *Problemy Nauk Stosowanych* 2014;2:149-156.
34. Klasyfikacja BMI wg WHO.: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Pobrano: 05.12.2018.
35. Krawczyk M., Żiółkowska A.: Zespół metaboliczny. Cz. 1. Rys historyczny i patomechanizmy. *Żywność człowieka i metabolizm*; 2011;38(5):364-371.
36. Moczulska B., Kubiak M., Bryczkowska A.: Wpływ zespołu metabolicznego na częstość późnych powikłań sercowo- naczyniowych u chorych z ostrym zespołem wieńcowym. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*; 2015;6(4):170-175.

37. Filipiak J. K.: Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2018 dotyczące terapii nadciśnienia tętniczego- jak zmieniają naszą praktykę? *Lekarz POZ*; 2018(5):349-355.
38. Korbut R., Olszanecki R, Wołkow P., Jawień J. *Farmakologia*. PZWL, Warszawa 2017:500-502.
39. Olszanecka-Glinianowicz M., Filipiak KJ., Narkiewicz K., Szelachowska M., Windak A., Czupryniak L., Pawłowski T.: Stanowisko Zespołu Ekspertów dotyczące stosowania produktu leczniczego Mysimba (chlorowoderek bupropionu i chlorowoderek naltreksonu) we wspomaganiu leczenia otyłości i nadwagi (BMI ≤ 27 kg/m²) z chorobami towarzyszącymi. *Choroby Serca i Naczyń* 2016; 13 (5): 333–346.
40. Respondek W.: Zasady leczenia otyłości. *Postępy Nauk Medycznych* 2011; 24(9):782-789.
41. Matyjaszek-Matuszek B., Szafraniec A., Porada D.: Pharmacotherapy of obesity - state of the art. *Endokrynol Pol* 2018; 69 (4): 448-457.
42. Barylski M., Banach M.: Implikacje kliniczne najnowszych oraz wcześniejszych wytycznych rozpoznawania zespołu metabolicznego. *Kardiologia Oparta na Faktach* 2010;2:131-136.
43. Konkluzje Rady i przedstawicieli rządów państw członkowskich zebranych w Radzie z dnia 27 listopada 2012 r. w sprawie propagowania aktywności fizycznej sprzyjającej zdrowiu. DzU UE C 393/07 z 19.12.2012: 22. Dostęp: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ>. Pobrano: 17.03.2019.
44. Włochal M., Nowak M., Kanikowska A., Grzymisławski M.: Potrzeba rehabilitacji w chorobach metabolicznych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2015; 6 (2): 64-73.
45. Matuszak M., Suliburska J.: Znaczenie redukcji masy ciała w leczeniu chorób metabolicznych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2012; 3 (3): 104-109.
46. Skrypnik D., Skrypnik K., Sulburska J., Bogdański P., Pupek- Musialik D.: Dietoterapia wybranych chorób metabolicznych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2013; 4 (2): 80-89

OCENA ZAPOTRZEBOWAŃ NA EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ PACJENTÓW Z ZWYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ

Sylvia Chludzińska¹, Patrycja Modzelewska¹, Jolanta Lewko²

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

WSTĘP

Najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii jest rak jelita grubego. Zachorowalność na niego w Polsce wynosi 30 na 100 tysięcy mieszkańców [1,2].

Stomia może utrudniać codzienne funkcjonowanie pacjenta. W związku z tym operacja i wyłonienie stomii może wywoływać silne reakcje emocjonalne u pacjentów i wpływać na ich dalsze życie. Dlatego już w trakcie hospitalizacji, przed operacją tak ważny jest proces ciągłej edukacji pacjentów i osiągnięcie przez nich niezależności w życiu codziennym. Proces edukacyjny prowadzi wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny [1,2].

ZAŁOŻENIA PRACY

Trudności w pogodzeniu się z sytuacją, którą powoduje operacja wyłonienia stomii oraz obawa przed wykluczeniem społecznym sprawiają, że pacjenci odczuwają lęk przed stomią i zmieniają swoje plany życiowe.

Aby sama operacja, jak i okres akceptacji stomii zakończyły się sukcesem, konieczna jest ścisła współpraca personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem i właściwy zakres edukacji przedoperacyjnej i pooperacyjnej.

Dużą rolę w okresie okołoperacyjnym odgrywa interdyscyplinarny zespół terapeutyczny oraz opieka pielęgniarska. To właśnie pielęgniarka jest często osobą, która przygotowuje pacjenta do samodzielnej pielęgnacji stomii.

CEL PRACY

1. Ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną wśród chorych ze stomią.
2. Ocena zakresu edukacji zdrowotnej pacjentów w okresie okołoperacyjnym.
3. Ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną chorych w okresie samopielęgnacji stomii w warunkach domowych.
4. Ocena stopnia aktywności życiowej pacjentów z wylonioną stomią.
5. Określenie rodzaju i zakresu działań edukacyjnych zgodnych z oczekiwaniami pacjentów.
6. Przygotowanie programu edukacji zdrowotnej dla pacjentów z wylonioną stomią.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie przeprowadzono w grupie 106 pacjentów ze stomią wybranych losowo, będących pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w okresie od 1.06.2016 roku do 1.03.2017 roku. Byli to pacjenci z wylonioną kolostomią, ileostomią i urostomią.

Materiał badawczy został zebrany w oparciu o ankietę konstrukcji własnej, która składała się z 40 pytań i zawierała zagadnienia związane z wiedzą i umiejętnościami pacjentów ze stomią, niezależnie od rodzaju zabiegu operacyjnego. Pierwsza część pytań dotyczyła wieku, płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia. Następna część dotyczyła zakresu edukacji zdrowotnej pacjentów w okresie okołoperacyjnym przez personel medyczny. Dalsze pytania dotyczyły występowania powikłań po wylonieniu stomii, trudności w pielęgnacji stomii i zapotrzebowania na edukację zdrowotną w warunkach domowych. Ostatnia część pytań dotyczyła aktywności życiowej pacjentów, powrotu do aktywności zawodowej i uczestnictwa w konferencjach i spotkaniach z osobami ze stomią. Badający posłużył się metodą wywiadu bezpośredniego. Uzupełnieniem była analiza dokumentacji medycznej (wypis ze szpitala, karta obserwacji stomii, wykonane procedury medyczne) pacjenta w Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Udział w badaniu miał charakter dobrowolny i anonimowy. Wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostały uogólnione i wykorzystane w opracowaniu zbiorowym do celów naukowych. Wypełnienie ankiety było jednoznaczne z wzięciem udziału w badaniach. Ankietowany mógł wycofać się z badania w każdym momencie jego trwania bez ponoszenia konsekwencji.

Zgodę na przeprowadzone badania uzyskano od Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Numer zgody: R-I-002/340/2016. Zebrane dane poddano analizie ilościowej, procentowej i statystycznej. Uzyskane wyniki zostały przedstawione w postaci tabel i wykresów oraz poddane analizie statystycznej z zastosowaniem Testu Kruskala – Wallisa, Testu Wilcozona oraz Testu niezależności Chi – 2. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p < 0,05$. Do opracowania danych wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 12.5 firmy Statsoft.

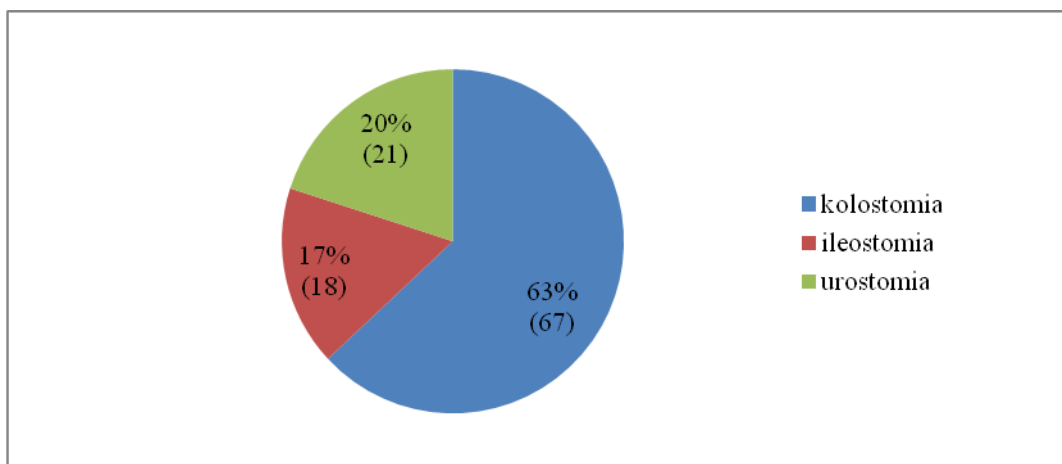
WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono w grupie 106 losowo wybranych pacjentów, będących pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Ankietowani to pacjenci z wylonioną kolostomią, ileostomią i urostomią.

Większość badanych stanowili mężczyźni 63% (67 chorych), a 37% (39 chorych) to kobiety. Pacjenci byli w wieku od 28 do 91 lat. Średnia wieku wszystkich badanych wynosiła ± 63 lata. Połowa badanych (53 osoby) mieszkała w mieście powyżej 300 tysięcy mieszkańców, 22% (23 osoby) pochodziła z miasta poniżej 300 tysięcy mieszkańców, a 28% (30 osób) to mieszkańcy wsi. Grupa 28% pacjentów posiadała wykształcenie zawodowe, 20% wykształcenie podstawowe, 37% wykształcenie średnie, a 15% wyższe.

Najczęstszym rodzajem wylonionej stomii wśród pacjentów objętych opieką Poradni Stomijnej była kolostomia – 63% (67). Grupa chorych z ileostomią stanowiła 17% (18), a z urostomią 20% (21). Dane przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Rodzaj wylonionej stomii wśród pacjentów

Najwcześniej wyłoniła stomia wśród pacjentów miała miejsce w 1990 roku, co oznacza, że w badanej grupie znajdują się pacjenci, którzy funkcjonują z wyłonią stomią 27 lat.

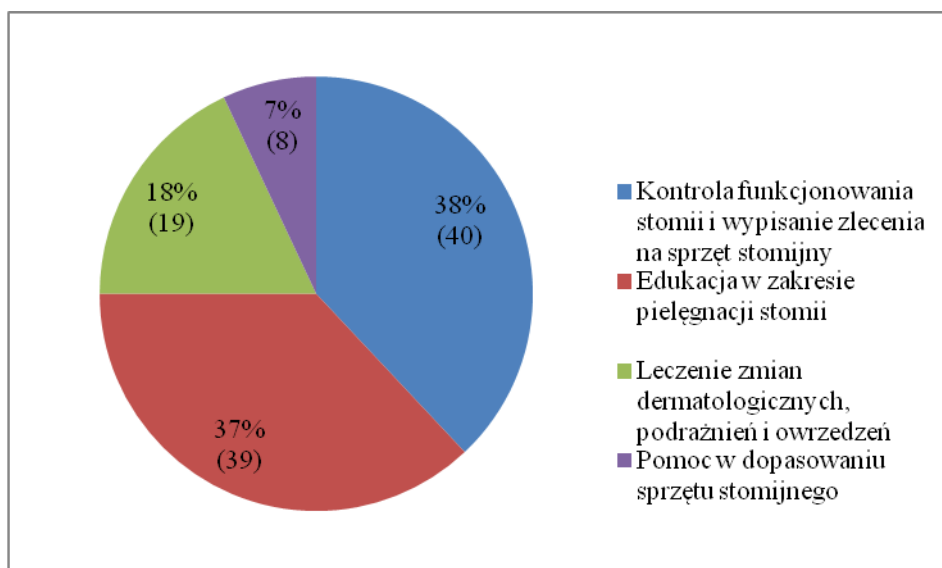
Najczęstszym powodem wyłonienia stomii był rak jelita grubego 53% (56 chorych), rak pęcherza moczowego stanowił 18% (19 chorych), choroby zapalne jelit – 9% (10 chorych), rak jajnika i powikłania po uzupełniającej radioterapii – 6% (7 chorych). Wyniki ilustruje tabela I.

Tabela I. Przyczyny wyłonienia stomii wśród pacjentów

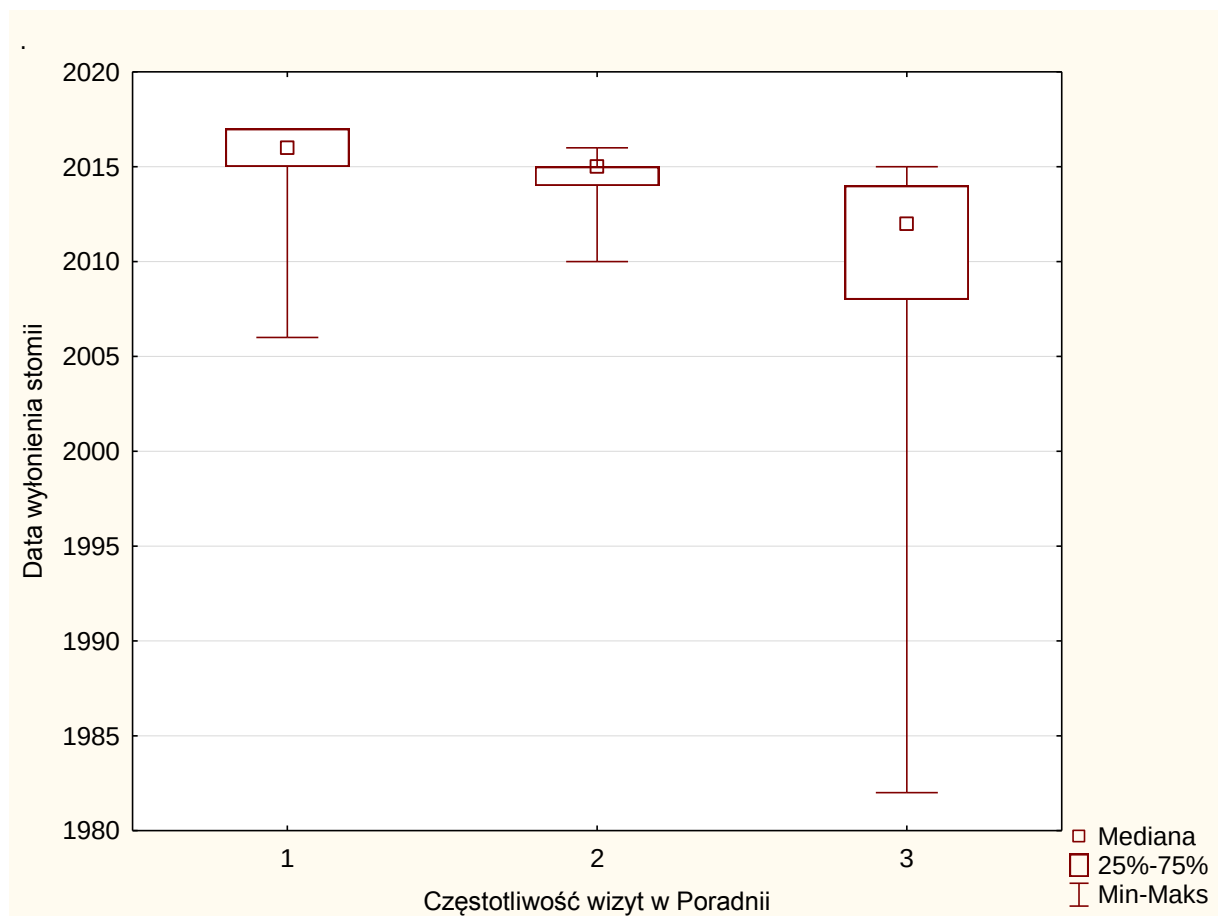
Kolostomia		Ileostomia		Urostomia	
Przyczyna	N(%)	Przyczyna	N(%)	Przyczyna	N(%)
Rak jelita grubego	56 (53%)	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	7 (6%)	Rak pęcherza moczowego	19 (18%)
Niedrożność jelita grubego	2 (2%)	Nowotwór odbytnicy	4 (4%)	Powikłania po operacji gruczołu krokowego	1 (1%)
Przepuklina jelitowa	2 (2%)	Choroba Leśniowskiego – Crohna	3 (3%)	Krwawiący pęcherz neurogeny	1 (1%)
Rak jajnika, powikłania po radioterapii uzupełniającej	7 (6%)	Polipowatość jelita grubego	2 (2%)		
		Perforacja jelita grubego	2 (2%)		
Ogółem	67 (63%)	Ogółem	18 (17%)	Ogółem	21 (20%)

Pacjenci najczęściej 38% (40 chorych) zgłaszali się do Poradni Stomijnej w celu kontroli funkcjonowania stomii i wypisania zlecenia na sprzęt stomijny. Grupa 37% (39 chorych) potrzebowała edukacji w zakresie pielęgnacji stomii, natomiast grupa 18% (19 chorych) wymagała leczenia zmian dermatologicznych, podrażnień wokół stomii

i owrzodzeń. Grupa tylko 7% (8 chorych) potrzebowała pomocy w dopasowaniu sprzętu stomijnego. Wyniki ilustruje rycina 2.



Rycina 2. Cel zgłaszania się pacjentów do Poradni Stomijnej



Rycina 3. Częstotliwość wizyt w Poradni Stomijnej, a data wyłonienia stomii

Grupa 36% (38 pacjentów) uczęszczała do Poradni Stomijnej częściej niż raz w miesiącu. 24% (26 pacjentów) wymagało konsultacji w poradni co 1-2 miesiące, a 40% (42 pacjentów) uznało, że wizyta co 3 miesiące lub rzadsza wystarczy do prawidłowego funkcjonowania ze stomią.

Wykazano różnice istotne statystycznie ($p=0,00001$) między datą wyłonienia stomii, a częstotliwością wizyt pacjentów w Poradni Stomijnej. Pacjenci częściej zgłaszali się do poradni, gdy mieli wyłonią stomię w przeciągu kilku ostatnich lat. Do analizy danych wykorzystano nieparametryczny Test Kruskala – Wallisa. Dane przedstawia rycina 3.

Ocena edukacji zdrowotnej pacjentów w okresie okołoperacyjnym

Pacjentom zadano pytanie, czy przed operacją wyłonienia stomii otrzymali informacje na temat przyczyny wyłonienia stomii i zasad jej pielęgnacji.

Większość ankietowanych 96% otrzymała informację o konieczności i przyczynie wyłonienia stomii od lekarza. Natomiast ponad połowie badanych wiedzę na temat postępowania ze stomią i jej pielęgnacji przekazała pielęgniarka. Wyniki ilustruje tabela II.

Tabela II. Zakres przekazanych informacji przed operacją wyłonienia stomii przez personel medyczny

Pytania na temat:	Lekarz N (%)	Pielęgniarka N (%)	Brak informacji N (%)
Konieczność wyłonienia stomii	96 (91)	0	10 (9)
Przyczyna wyłonienia stomii	96 (91)	0	10 (9)
Postępowanie ze stomią	25 (24)	52 (49)	29 (27)
Pielęgnacja stomii	11 (10)	65 (62)	30 (28)
Dobór sprzętu stomijnego	9 (8)	65 (62)	32 (30)

W przeprowadzonych badaniach analizowano zakres edukacji zdrowotnej realizowanej przez personel medyczny w okresie bezpośredniej opieki pooperacyjnej oraz

wskazówek udzielonych przed wypisem ze szpitala. Ogólne możliwe powikłania pooperacyjne zostały omówione w sposób wystarczający dla 64% (68 pacjentów).

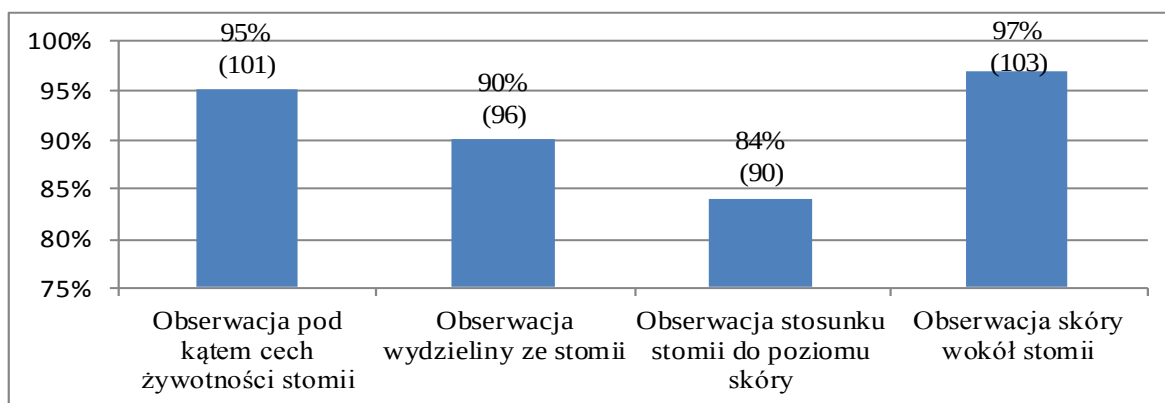
Większość badanych pacjentów stwierdziła, że w czasie pobytu w szpitalu otrzymała informacje jakiego sprzętu stomijnego powinna używać do zaopatrzenia stomii oraz pacjenci otrzymali informację o możliwości używania pasty uszczelniającej, zmywacza do kleju od płytki stomijnej i środków pielęgnacyjnych umożliwiających prawidłowe zaopatrzenie i pielęgnację stomii. Wyniki przedstawia tabela III.

Tabela III. Otrzymane informacje od personelu medycznego w okresie pooperacyjnym

Pytania na temat:	W pełni N (%)	Częściowo N (%)	Nie wystarczająco N (%)
Podtrzymanie powłok brzusznych podczas kaszlu	64 (60)	33 (31)	9 (9)
Obserwacja wyglądu i czynności stomii	70 (66)	28 (26)	8 (8)
Obserwacja wydzieliny ze stomii	65 (61)	31 (29)	10 (10)
Dobór sprzętu stomijnego	69 (65)	29 (27)	8 (8)
Wymiana worka stomijnego	73 (69)	25 (23)	8 (8)
Pielęgnacja skóry wokół stomii	71 (67)	26 (24)	9 (9)
Cechy żywotności stomii	62 (59)	33 (31)	11 (10)
Możliwe ogólne powikłania	68 (64)	28 (26)	10 (9)
Dozwolony wysilek fizyczny	67 (63)	29 (28)	10 (9)

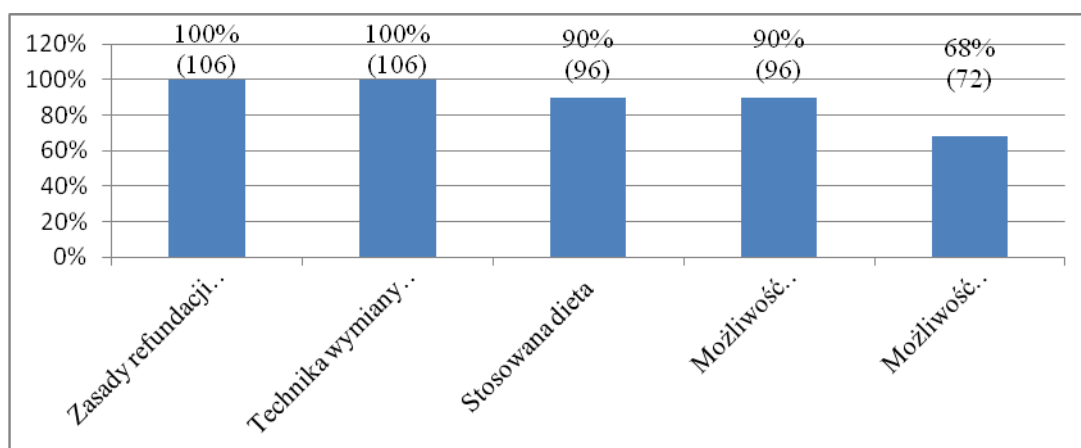
Ponad 95% badanych twierdziło, że personel medyczny w okresie okołopooperacyjnym nauczył ich obserwacji stomii pod kątem cech żywotności: koloru stomii, wielkości stomii, kształtu stomii i wyglądu skóry wokół stomii. Grupę 90% badanych nauczono obserwacji

wydzieliny ze stomii, a grupę 84% chorych stosunku stomii do poziomu skóry. Wyniki przedstawia rycina 4.



Rycina 4. Edukacja pacjentów w zakresie obserwacji czynności stomii w czasie pobytu w szpitalu

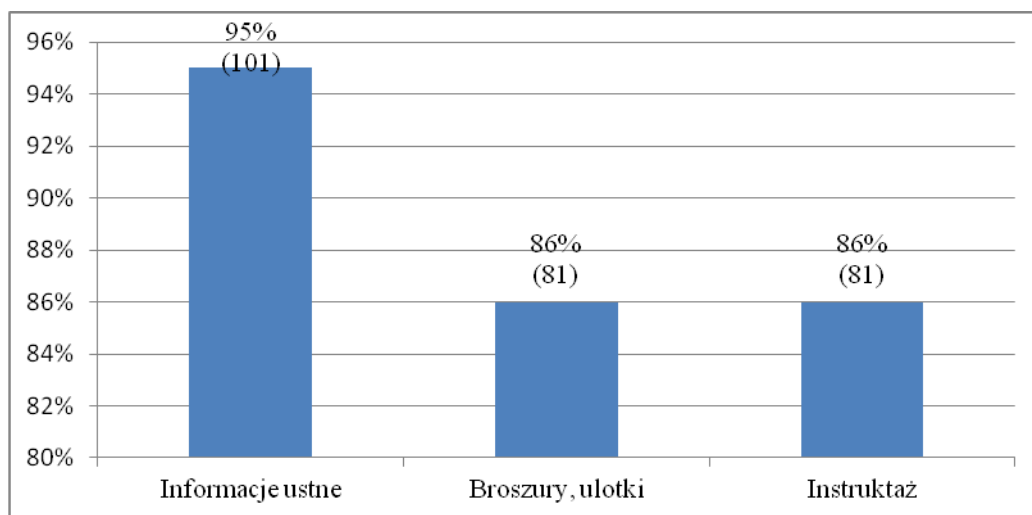
Na pytanie dotyczące otrzymanych informacji przed wypisem ze szpitala, wszyscy badani stwierdzili, że poinformowano ich na temat refundacji sprzętu stomijnego i techniki wymiany worka stomijnego. Grupa 90% badanych otrzymała informację na temat stosowanej diety i obserwacji stomii. Grupa 68% ankietowanych uzyskała informację o możliwości pomocy w problemach zdrowotnych związanych ze stomią. Wyniki przedstawia rycina 5.



Rycina 5. Edukacja pacjentów ze stomią przed wypisem ze szpitala

Na pytanie w jaki sposób ankietowani pacjenci otrzymali powyższe informacje, grupa 95% (101 chorych) odpowiedziała, że ustnie, a grupa 86% (81 chorych) otrzymała dodatkowo

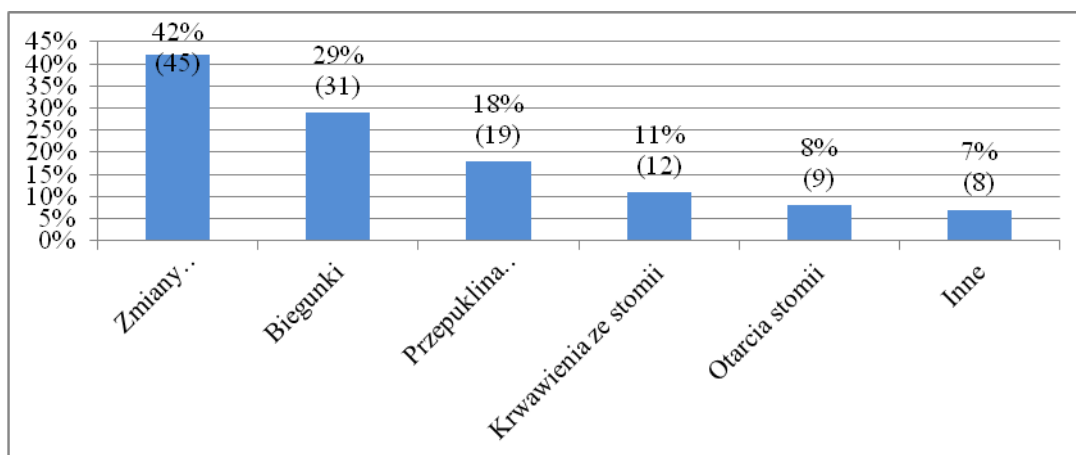
broszury i ulotki z niezbędnymi informacjami dotyczącymi stomii, a także udzielono im instruktażu w zakresie pielęgnacji stomii.



Rycina 6. Sposób otrzymania informacji na temat stomii wśród pacjentów

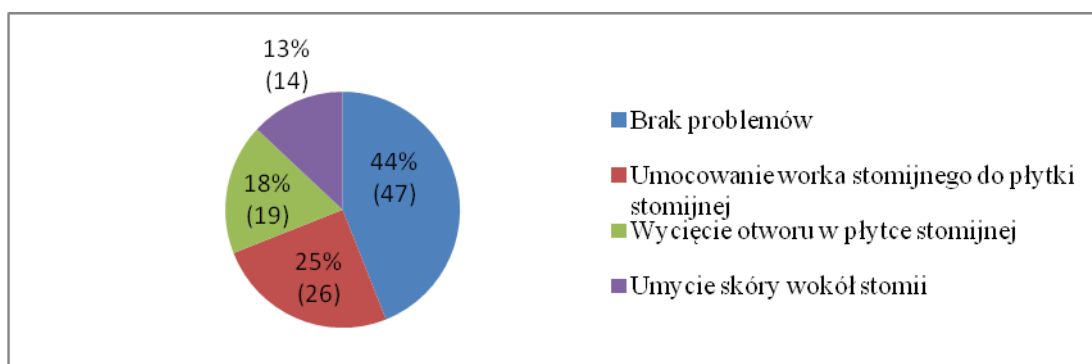
Ocena edukacji zdrowotnej pacjentów w okresie samopielęgnacji w warunkach domowych.

Badaną grupę zapytano o najczęstsze powikłania, które wystąpiły po wylonieniu stomii. Pacjenci Poradni Stomijnej najczęściej wyróżniali zmiany dermatologiczne, które występowały u 42% (45 chorych), u 29% (31 chorych) wystąpiły biegunki, natomiast problem przepukliny pojawił się u 18% (19 chorych). Krwawienia ze stomii występowały u 11% (12 chorych), a otarcia stomii – 8% (9 chorych). Dane przedstawia rycina 7.



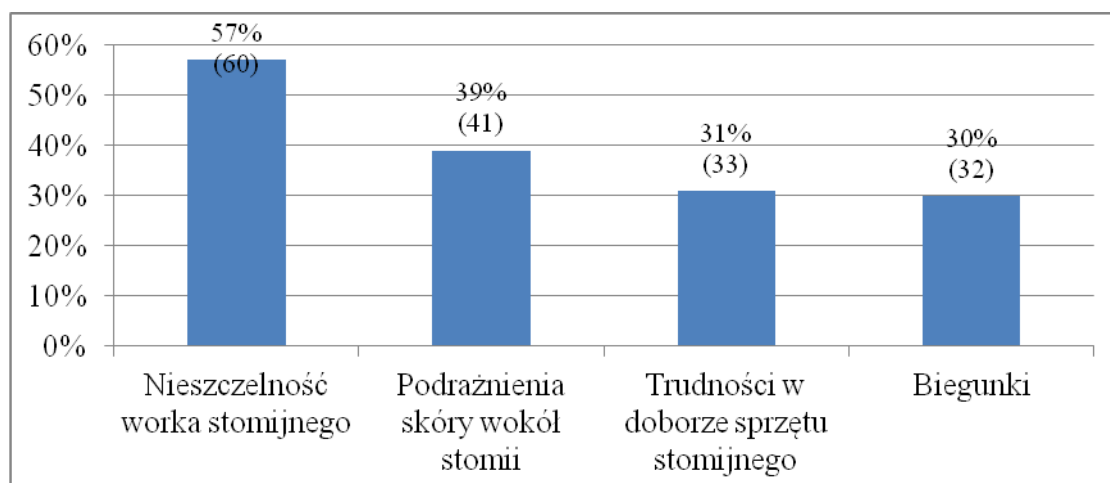
Rycina 7. Najczęściej występujące powikłania po wylonieniu stomii w badanej grupie

Na pytanie co w pielęgnacji stomii jest dla pacjentów najtrudniejsze grupa 44% (47 chorych) odpowiedziała, że nie ma żadnych problemów, grupa 25% (26 chorych) przyznała, że dużą trudność sprawia im umocowanie worka stomijnego do płytki stomijnej, 18% (19 chorych), że jest to wycięcie otworu w płytce stomijnej, a 13% (14 chorych) wskazało na umycie skóry wokół stomii. Wyniki ilustruje rycina 8.



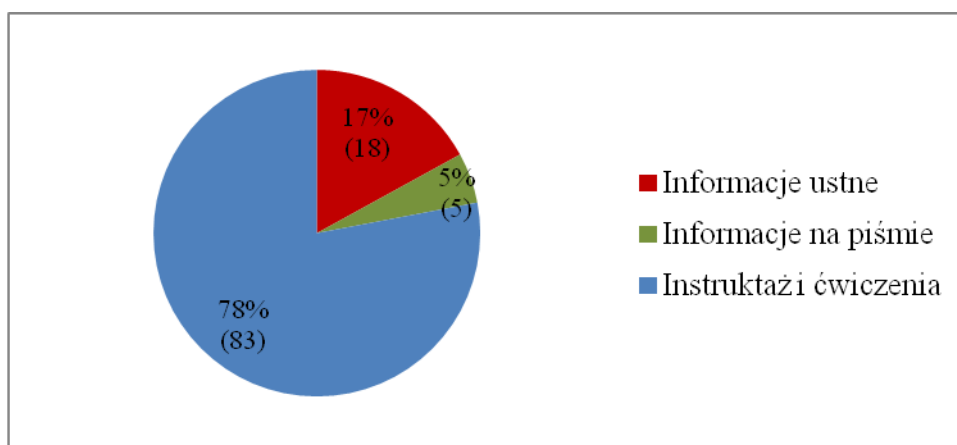
Rycina 8. Najczęstsze problemy w pielęgnacji stomii wśród badanej grupy

Badaną grupę zapytano o występowanie problemów w związku z wylonioną stomią. Ponad połowa badanych 57% (60 chorych) przyznała, że częstym problemem w pielęgnacji jest zdarzająca się nieszczelność worka stomijnego. Grupie 39% (41 chorych) pielęgnację utrudniały podrażnienia skóry wokół stomii. Podobna ilość 31% i 30% zgłaszała, że zdarzają się trudności w doborze sprzętu stomijnego i biegunki. Wyniki przedstawia rycina 9.



Rycina 9. Występowanie problemów w związku z wylonioną stomią

Zdecydowana większość badanych 76% (81 pacjentów) знаła zasady stosowanej diety po wyłonieniu stomii i stosowała ją w codziennie. Grupa 91% (96 pacjentów) otrzymała wyczerpującą informację o poradniach stomijnych znajdujących się w pobliżu miejsca zamieszkania do których należy zgłaszać się na wizyty kontrolne po operacji. Ankietowani wiedzieli też w jakim czasie po wypisaniu ze szpitala należy się zgłosić do poradni.



Rycina 10. Najlepszy sposób przekazywania wiedzy na temat postępowania z wylonioną stomią

Tabela IV. Płeć pacjentów a występowanie podrażnień skóry wokół stomii

Płeć	Płeć pacjentów a występowanie podrażnień skóry wokół stomii		
	Występowanie podrażnień skóry	Brak podrażnień	Wiersz Razem
Kobiety	22	17	39
%	20,75%	16,04%	36,79%
Mężczyźni	19	48	67
%	17,92%	45,28%	63,21%
Ogółem	41	65	106
%	38,68%	61,32%	100,00%

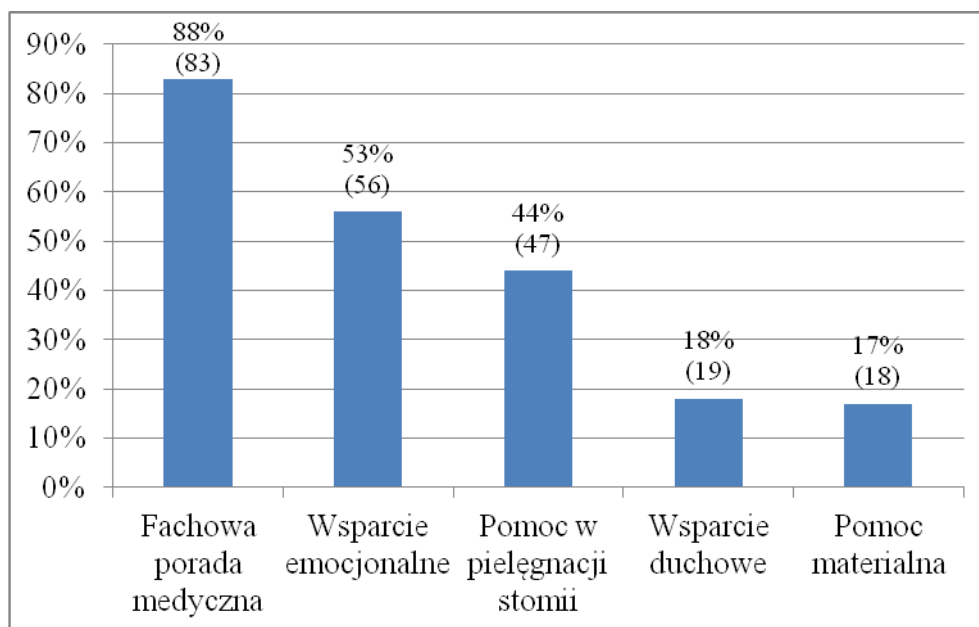
Badanym zadano pytanie o najlepszy sposób przekazywania wiedzy na temat postępowania z wylonioną stomią. Grupa 78% (83 chorych) uważa, że najlepszą metodą jest

instruktaż i ćwiczenia wykonywane przez pacjenta, 17% (18 chorych) uznaje ustne przekazanie wiadomości, a 5% (5 chorych) preferuje informacje na piśmie w postaci broszur, książek. Wyniki przedstawia rycina 12.

Wykazano różnice istotne statystycznie ($p=0,004$) między płcią pacjentów, a występowaniem podrażnień skóry wokół stomii. U kobiet częściej występowały podrażnienia skóry wokół stomii niż u mężczyzn. Wyniki przedstawia tabela IV.

Ocena zapotrzebowania pacjentów na edukację zdrowotną w związku z wylonioną stomią

Badaną grupę zapytano, czy w związku z wylonioną stomią odczuwają zapotrzebowanie na wsparcie i pomoc ze strony innych osób. Grupa 88% (83 chorych) chciałaby uzyskać fachową poradę medyczną, ponad połowa 53% (56 chorych) oczekiwała wsparcia emocjonalnego od rodziny, personelu medycznego, 44% (47 chorych) pomocy w pielęgnowaniu stomii, 18% (19 chorych) wsparcia duchowego od księdza, a 17% (18 chorych) pomocy materialnej. Wyniki ilustruje rycina 13.



Rycina 11. Zapotrzebowanie na wsparcie i pomoc ze strony innych osób

Stwierdzono różnice istotnie statystycznie ($p=0,02$) między rodzajem wylonionej stomii, a zapotrzebowaniem na informacje dotyczące działań zapobiegających powikłaniom dotyczącym stomii. Pacjenci z wylonioną ileostomią i urostomią bardziej oczekiwali na informacje dotyczące działań zapobiegających powikłaniom niż pacjenci z wylonioną kolostomią. Wyniki przedstawia tabela V.

Tabela V. Rodzaj wylonionej stomii a zapotrzebowanie na informacje dotyczące działań zapobiegających powikłaniom dotyczącym stomii

Rodzaj stomii	Rodzaj wylonionej stomii a zapotrzebowanie na informacje dotyczące działań zapobiegających powikłaniom dotyczącym stomii		
	Zapotrzebowanie na informacje	Brak zapotrzebowania	Razem
Kolostomia	47	20	67
%	44,34%	18,87%	63,21%
Ileostomia	18	0	18
%	16,98%	0,00%	16,98%
Urostomia	16	5	21
%	15,09%	4,72%	19,81%
Ogółem	81	25	106
%	76,42%	23,58%	100,00%

Tabela VI. Miejsce zamieszkania a wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, przyjaciół.

Miejsce zamieszkania	Miejsce zamieszkania a wsparcie emocjonalne ze strony rodziny, przyjaciół		
	Zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne	Brak zapotrzebowania	razem
Miasto > 300 tysięcy mieszkańców	20	33	53
%	18,87%	31,13%	50,00%
Miasto < 300 tysięcy mieszkańców	15	8	23
%	14,15%	7,55%	21,70%
Wieś	21	9	30
%	19,81%	8,49%	28,30%
Ogółem	56	50	106
%	52,83%	47,17%	100,00%

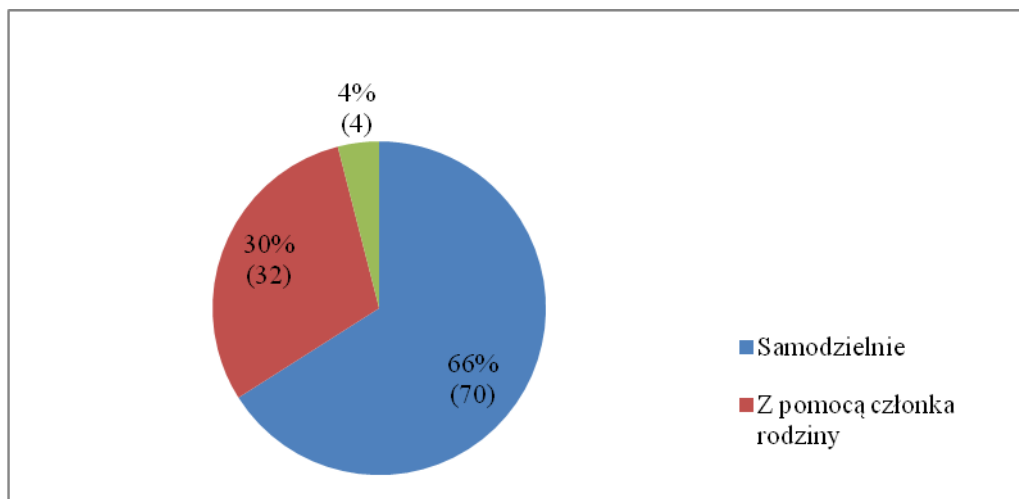
Wykazano istotną statystycznie zależność ($p=0,007$) między miejscem zamieszkania pacjentów, a oczekiwanym wsparciem emocjonalnym ze strony rodziny, przyjaciół i innych osób. Pacjenci, którzy pochodzili ze wsi lub z mniejszego miasta potrzebowali większego wsparcia emocjonalnego niż pacjenci mieszkający w większym mieście.

Stwierdzono różnice istotnie statystycznie ($p=0,001$) między poziomem wykształcenia, a zapotrzebowaniem na pomoc w pielęgnacji stomii. Pacjenci z wykształceniem podstawowym zawodowym odczuwali większe zapotrzebowanie na pomoc w pielęgnacji. Wyniki przedstawia tabela VII.

Tabela VII. Poziom wykształcenia a zapotrzebowanie na pomoc w pielęgnacji stomii

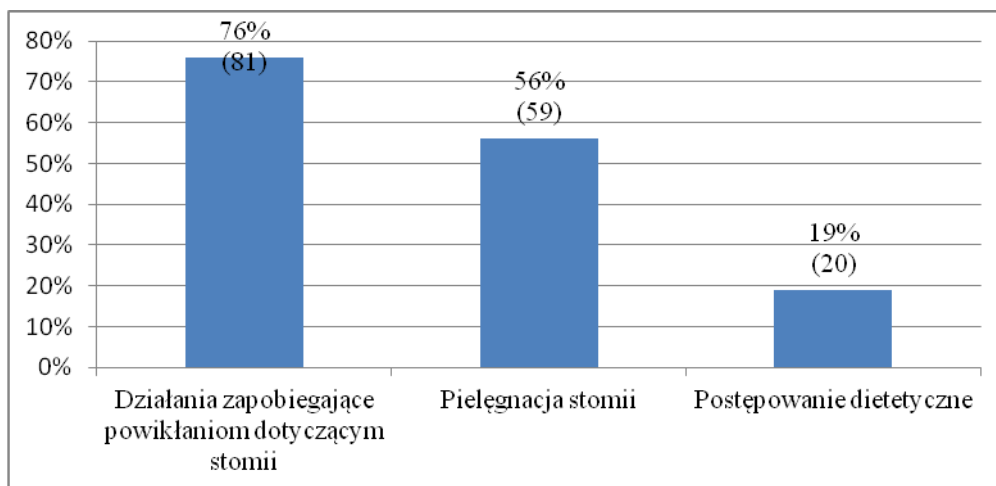
Wykształcenie	Poziom wykształcenia a zapotrzebowanie na pomoc w pielęgnacji stomii		
	Zapotrzebowanie na pomoc w pielęgnacji stomii	Brak zapotrzebowania	Razem
Podstawowe	14	7	21
%	13,21%	6,60%	19,81%
Zawodowe	17	13	30
%	16,04%	12,26%	28,30%
Średnie	15	24	39
%	14,15%	22,64%	36,79%
Wyższe	1	15	16
%	0,94%	14,15%	15,09%
%	44,34%	55,66%	100,00%

Wśród badanej grupy 66% (70 pacjentów) wykonuje pielęgnację stomii samodzielnie, 30% (32 pacjentów) potrzebuje pomocy członka rodziny, natomiast 4% (4 pacjentów) nie radzi sobie z pielęgnacją stomii. Wyniki ilustruje rycina 14.



Rycina 12. Samodzielność pacjentów w pielęgnacji stomii

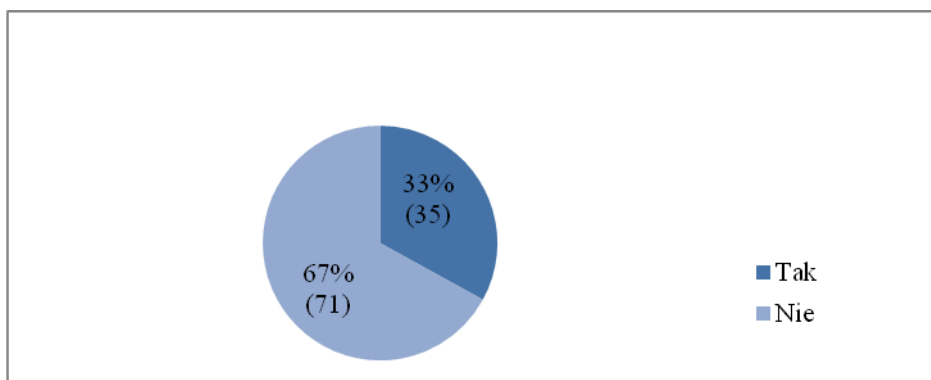
Ankietowani dodatkowo oczekują informacji na temat działań zapobiegających powikłaniom dotyczącym stomii – 76% (81 pacjentów), pielęgnacji stomii – 56% (59 pacjentów) i postępowania dietetycznego – 19% (20 pacjentów).



Rycina 13 . Zapotrzebowanie pacjentów na dodatkowe informacje na temat stomii

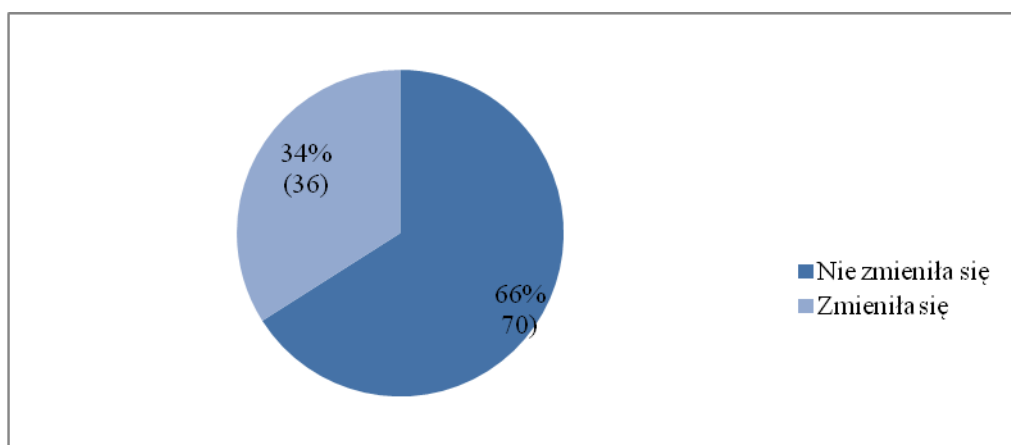
Wszyscy badani otrzymali informację na temat refundacji sprzętu stomijnego, znają limit finansowy i wiedzą jakie osoby są uprawnione do wypisania zlecenia na sprzęt stomijny.

Wśród ankietowanych 33% (35 chorych) powróciło do aktywności zawodowej po wyłonieniu stomii, z czego tylko 20% (7 chorych) potrzebuje w czasie pracy dodatkowych przerw. Wyniki ilustruje rycina 16.



Rycina 14. Powrót do aktywności zawodowej po wyłonieniu stomii

Ankietowani w większości twierdzili, że sytuacja materialna po wyłonieniu stomii nie zmieniła się – 66% (70 pacjentów), natomiast u 34% (36 pacjentów) duża część jest wykorzystywana na zaopatrzenie stomii. Wyniki przedstawia rycina 16.

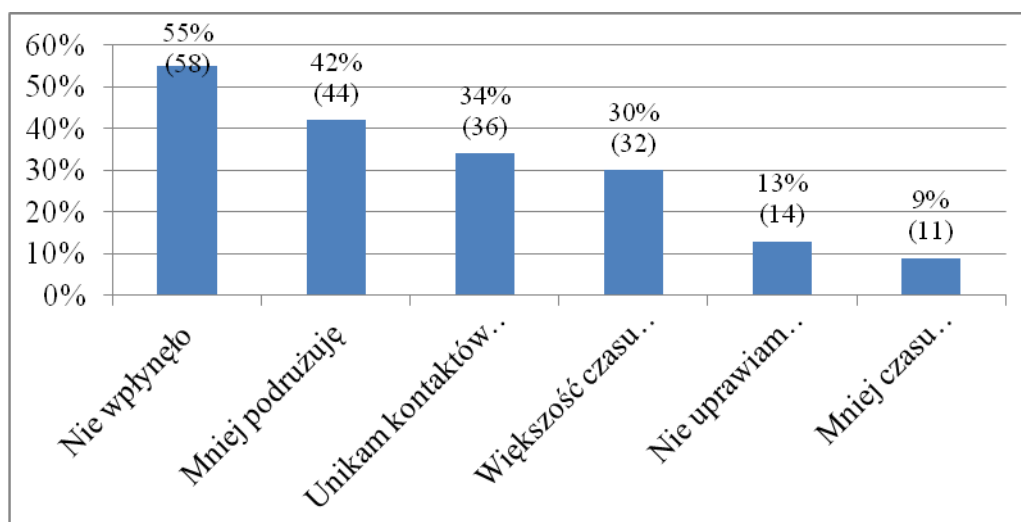


Rycina 15. Zmiana sytuacji materialnej po wyłonieniu stomii wśród badanej grupy

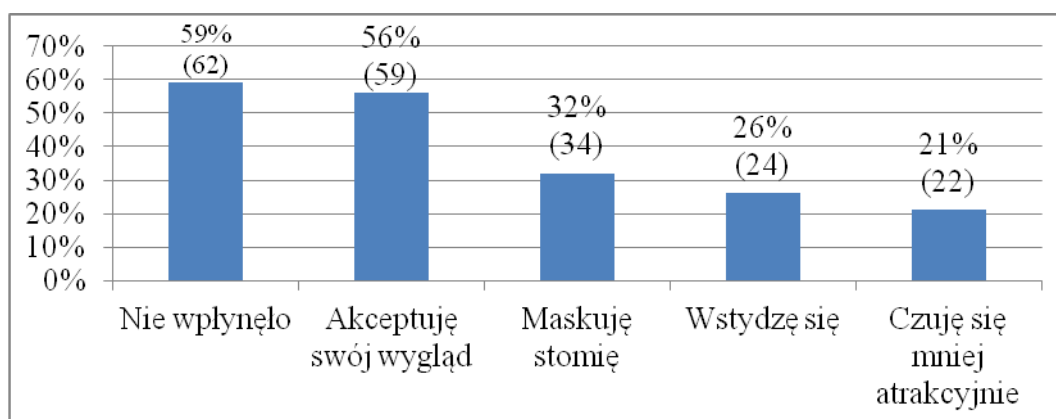
Ocena aktywności życiowej pacjentów z wylonioną stomią

Badaną grupę zapytano czy po wyłonieniu stomii zmieniła się ich aktywność życiowa i jak wyłonienie stomii wpłynęło na postrzeganie własnego ciała. U większości pacjentów 55% (58 chorych) wyłonienie stomii nie wpłynęło na zmianę aktywności życiowej. Grupa 42% (44 chorych) mniej podróżuje, a 34% (36 chorych) unika kontaktów towarzyskich. Dane przedstawia rycina 18.

Grupa 59% (62 chorych) stwierdziła, że wyłonienie stomii nie wpłynęło na postrzeganie swojego ciała. Ponad połowa 56% (59 chorych) zaakceptowała swój wygląd, natomiast 32% (34 chorych) starało się maskować stomię poprzez luźniejsze ubrania.



Rycina 16. Wpływ wyłonienia stomii na zmianę aktywności życiowej

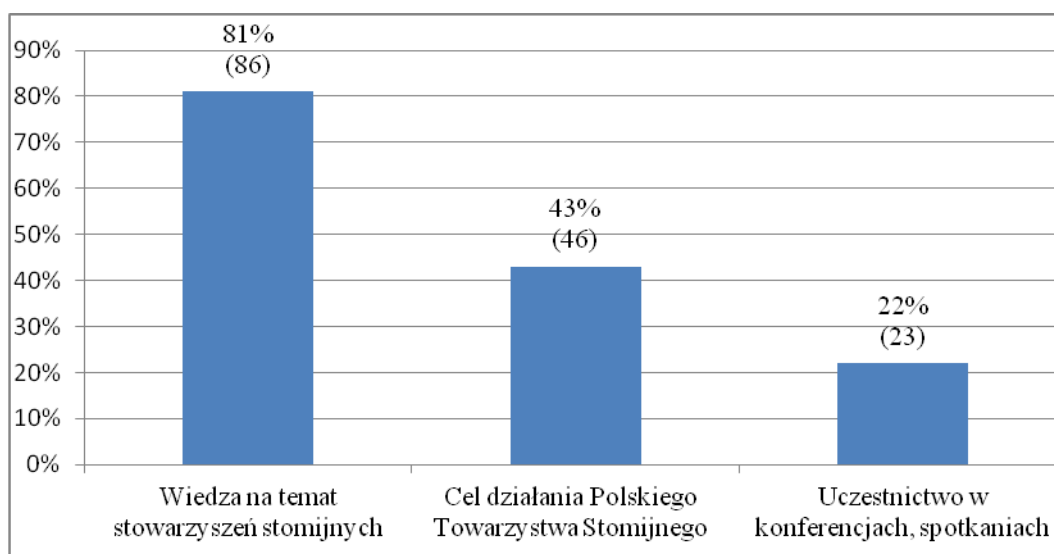


Rycina 17. Wpływ wyłonienia stomii na postrzeganie własnego ciała

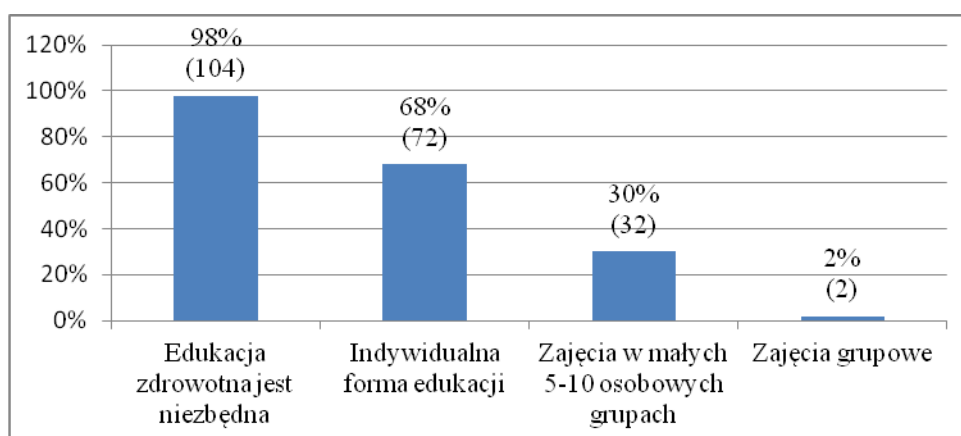
Grupa 81% (86 chorych) wiedziała, że istnieją stowarzyszenia dla chorych ze stomią, prawie połowa 43% (46 chorych) wiedziała czym zajmuje się Polskie Towarzystwo Stomijne, natomiast grupa 14% (15 chorych) była członkiem Polskiego Towarzystwa Stomijnego. Grupa 78% (83 chorych) nie uczęszczała na żadne spotkania dotyczące stomii.

Wśród badanej grupy prawie wszyscy 98% (104 chorych) stwierdzili, że edukacja dla chorych z wyłonią stomią jest niezbędna. Na indywidualną formę edukacji zdecydowałoby się 68% (72 osoby). Grupa 30% (32 chorych) chętnie uczestniczyłaby w zajęciach edukacyjnych w małych 5 – 10 osobowych grupach.

Wykazano różnice istotne statystycznie ($p=0,03$) między poziomem wykształcenia pacjentów a powrotem do aktywności zawodowej. Pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym częściej wracali do aktywności zawodowej niż pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Wyniki przedstawia tabela VIII.



Rycina 18. Wiedza pacjentów na temat stowarzyszeń stomijnych i uczestnictwo w nich



Rycina 19. Edukacja zdrowotna i jej forma dla chorych z wylonioną stomią

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,001$) między poziomem wykształcenia a byciem członkiem Polskiego Towarzystwa Stomijnego. Pacjenci z wyższym wykształceniem częściej byli członkami Polskiego Towarzystwa Stomijnego.

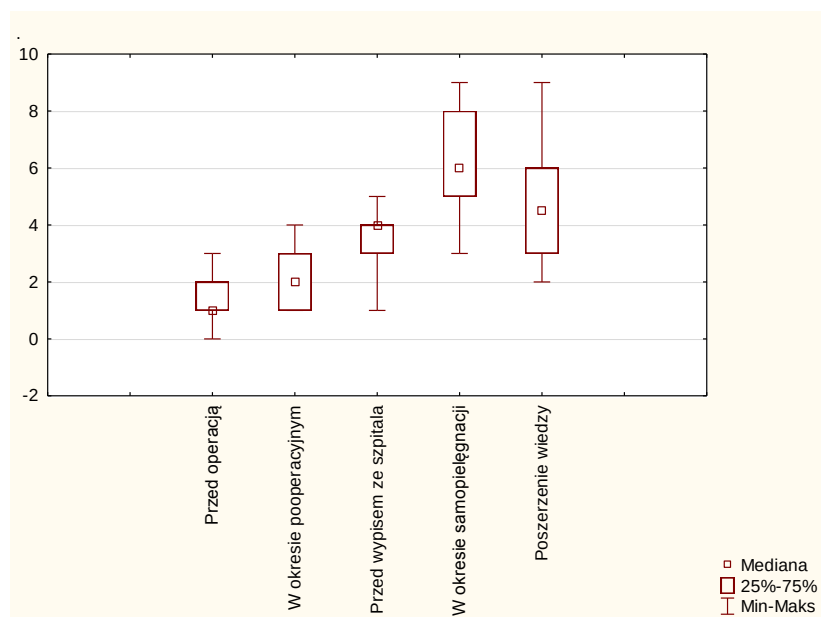
Stwierdzono też różnice istotne statystycznie ($p=0,002$) między poziomem wykształcenia a uczestniczeniem na spotkaniach dotyczących stomii. Pacjenci z wyższym wykształceniem częściej uczestniczyli w konferencjach czy spotkaniach z innymi stomikami niż pacjenci z wykształceniem podstawowym czy zawodowym.

Grupie badanej zadano pytanie jak oceniali swój poziom wiedzy na poszczególnych etapach edukacji zdrowotnej: przed operacją, w okresie pooperacyjnym, przed wypisem ze szpitala i w okresie samopielęgnacji, a także o poszerzenie swojej wiedzy na temat stomii.

Pacjenci zaznaczali poziom swojej wiedzy w skali od 1 do 10, gdzie 1 to najmniejszy, a 10 największy poziom edukacji zdrowotnej.

Tabela VIII. Poziom wykształcenia, a powrót do aktywności zawodowej

Wykształcenie	Powrót do pracy po wyłonieniu stomii	Brak aktywności zawodowej	Ogółem
Podstawowe	2	19	21
%	1,89%	17,92%	19,81%
Zawodowe	9	21	30
%	8,49%	19,81%	28,30%
Średnie	16	23	39
%	15,09%	21,70%	36,79%
Wyższe	8	8	16
%	7,55%	7,55%	15,09%
Liczba	35	71	106
%	33,02%	66,98%	



Rycina 22. Porównanie poziomu wiedzy pacjentów między poszczególnymi etapami edukacji

Wykazano istotną statystycznie ($p=0,00001$) zależność między poszczególnymi poziomami wiedzy pacjentów przed operacją, w okresie pooperacyjnym, przed wypisem ze szpitala i w okresie samopielęgnacji. Poziom wiedzy pacjentów z każdym etapem edukacji wzrastał.

Mediana poziomu wiedzy pacjentów przed operacją wynosiła 1, w okresie pooperacyjnym 2, przed wypisem ze szpitala 4, a w okresie samopielęgnacji 6.

Mediana poszerzenia wiedzy na temat stomii przez pacjentów wynosiła 5. Do analizy danych wykorzystano Test Wilcoxona. Wyniki przedstawia rycina 22.

DYSKUSJA

Najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii jest rak jelita grubego. Zachorowalność na tę chorobę w Polsce wynosi 30 na 100 tysięcy mieszkańców. Dzięki badaniom przesiewowym i coraz nowocześniejszej diagnostyce stwierdza się wzrost 5-letniego przeżycia wśród pacjentów, co powoduje wzrost liczby osób ze stomią [1,2]. Stomia może utrudniać codzienne funkcjonowanie pacjenta. W związku z tym operacja i wyłonienie stomii może wywoływać silne reakcje emocjonalne u pacjentów i wpływać na ich dalsze życie. Dlatego już w trakcie hospitalizacji, przed operacją tak ważny jest proces ciągłej edukacji pacjentów i osiągnięcie przez nich niezależności w życiu codziennym [1,2].

Celem mojej pracy była ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną pacjentów z wyłonią stomią. Badanie przeprowadzono w grupie 106 pacjentów z wyłonią kolostomią, ileostomią i urostomią, będących pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. W ankietowanej grupie było 63% mężczyzn i 37% kobiet. Średnia wieku wynosiła ± 63 lat.

Ocenę przystosowania się chorych do życia z kolostomią w zakresie samoopieki i przestrzegania zachowań zdrowotnych przeprowadzili Ponczek i wsp. [1]. Grupę badaną stanowiło 49 uczestników spotkań Oddziału Regionalnego POL-ILKO w Bydgoszczy i we Włocławku w okresie od marca do czerwca 2010 roku. W grupie tej 44,9% badanych stanowiły kobiety, a 55,1% mężczyźni. Na pytanie o najtrudniejsze czynności w pielęgnacji stomii zarówno mężczyźni – 18,5% jak i kobiety – 27,3% wskazali na wymianę worków stomijnych. Na pozostałe czynności takie jak umycie skóry wokół stomii wskazywały nieliczne osoby. Oznacza to, że około 73% wszystkich ankietowanych nie miało z tym większego problemu.

Natomiast w przeprowadzonych badaniach Rogowskiej J. i wsp. [3] w grupie 50 chorych ze stomią, których celem była ocena przystosowania się do życia pacjentów wykazano, że prawie wszyscy badani nie mieli żadnych problemów z pielęgnacją stomii i wymianą worków stomijnych.

W badaniach własnych wykazano, że ankietowani pacjenci jako najtrudniejszą czynność w pielęgnacji stomii wskazali także na umocowanie worka stomijnego do płytki stomijnej. Grupa 44% badanych nie miała żadnych problemów z pielęgnacją stomii.

W badaniach Kózki M. i wsp. [4] oceniających przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki, przeprowadzonych w grupie 160 chorych z wylonioną stomią wykazano, iż przeważająca większość ankietowanych 73% została zapoznana z zasadami pielęgnacji stomii, dietą i zasadami refundacji sprzętu przed wypisem ze szpitala.

Takie same wyniki w swoich badaniach uzyskała Rogowska i wsp. [3]. Prawie wszyscy badani pacjenci zostali wyedukowani w zakresie zasad pielęgnacji i funkcjonowania ze stomią w warunkach domowych.

W badaniach własnych również uzyskano podobne wyniki, ponieważ 71% respondentów zostało zapoznanych z zasadami pielęgnacji skóry wokół stomii, grupa 76% chorych znała zasady stosowanej diety po wylonieniu stomii, a wszystkim ankietowanym przekazano informację o zasadach refundacji sprzętu stomijnego.

W przeprowadzonych badaniach Rotter I. i wsp. [5] w 79-osobowej grupie pacjentów ze stomią z terenu miasta Szczecina i okolic, których celem było określenie oczekiwań wobec personelu medycznego dotyczących edukacji zdrowotnej pacjentów ze stomią, 87,34% badanych przed planowaną operacją wylonienia stomii odbyło rozmowę z personelem medycznym o możliwości wytworzenia sztucznego odbytu. Osobą informującą był lekarz. Tylko jeden chory wskazał pielęgniarkę jako osobę informującą o możliwości wylonienia stomii. Grupa 6,33% chorych z badanej grupy, którzy nie zostali poinformowani o możliwości wylonienia stomii, byli operowanych w trybie pilnym. Grupa 86,04% badanych przyznała, że w czasie hospitalizacji udzielono im informacji o rodzajach i zasadach zaopatrywania się w sprzęt stomijny. Grupa 84,81% pacjentów podała, że w szpitalu przynajmniej raz pod nadzorem pielęgniarki zakładała worek stomijny. Pozostali chorzy pierwsze samodzielne założenie worka wykonali dopiero w warunkach domowych. W badaniach Rogowskiej i wsp. [3] nieco ponad połowie badanych pracownicy ochrony zdrowia dokładnie wyjaśnili wszelkie wątpliwości związane z wylonieniem stomii i odpowiedzieli na nurtujące pytania. Grupa 28% pacjentów nie była zadowolona

z przeprowadzonej edukacji i twierdziła, że była ona niewystarczająca. Pozostałej grupie badanych nie wyjaśniono wszystkich wątpliwości związanych z wyłonieniem stomii.

W badaniach Szymańskiej – Pomorskiej G. i wsp. [6], gdzie grupa liczyła 106 pacjentów ze stomią, celem było poznanie opinii pacjentów o jakości życia po zabiegu wyłonienia kolostomii. Analiza zebranego materiału wykazała, że głównym źródłem informacji o pielęgnowaniu stomii była pielęgniarka – 34,9%, następnie lekarz pierwszego kontaktu – 27,3% i lekarz specjalista – 17%. Pacjenci zdobywali też informacje z broszur i poradników – 1,9% oraz z Internetu – 9,4%.

Badania własne wykazały, iż 96% pacjentów zostało poinformowanych przed operacją o konieczności i przyczynie wyłonienia stomii. Chorzy taką informację otrzymali od lekarza. Natomiast ponad połowa badanych informację o pielęgnacji postępowaniu ze stomią po operacji otrzymała od pielęgniarki. Grupa ponad 64% pacjentów w czasie pobytu w szpitalu otrzymała informację na temat pielęgnacji stomii, doboru sprzętu stomijnego, możliwych powikłań pooperacyjnych i dozwolonego wysiłku fizycznego.

W badaniach Kózki i wsp. [4] wśród pacjentów ponad połowa ankietowanych 61,9% w opiece nad stomią korzystała oraz nadal korzysta z porad i doświadczenia pielęgniarki stomijnej w Poradni Stomijnej. Najczęstszym powikłaniem dermatologicznym w grupie badanej były podrażnienia skóry wokół przetoki, które występowały u 60% chorych i zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową występujące u 23% pacjentów. Wśród badanej grupy najczęstszym powikłaniem chirurgicznym była przepuklina okołostomijna występująca u 28% chorych, wypadanie stomii było problemem u grupy 15% pacjentów, wciągnięcie stomii u 11% chorych, a niewłaściwe umiejscowienie stomii u 5% chorych. Rogowska J. i wsp. [3] wykazali w swoich badaniach, że najczęstszym powikłaniem dermatologicznym obecnym u 54% pacjentów było podrażnienie skóry wokół stomii. U 28% ankietowanych występowało zapalenie skóry spowodowane kontaktem z drażniącą treścią jelitową, a u 16% pacjentów jego przyczyną było uczulenie na przyklepic od worka stomijnego. Większość badanych 72% stale współpracowała z Poradnią Stomijną, natomiast 28% badanych nie uczęszczało do niej systematycznie.

W badaniach przeprowadzonych w naszym ośrodku wśród ankietowanych najczęstszym powikłaniem po wyłonieniu stomii były zmiany dermatologiczne wokół stomii, które występowały u 42% chorych. U 18% pacjentów występowała przepuklina okołostomijna, a 11% chorych miało problem z krwawieniami ze stomii. Inne powikłania takie jak wypadnięcie czy wciągnięcie stomii występowały u niewielkiej grupy 7% pacjentów. Wszyscy chorzy

w badanej grupie korzystali i nadal korzystają z pomocy lekarza i pielęgniarki w Poradni Stomijnej.

Badania Piaszczyk D. i wsp. [7], których celem było określenie problemów medycznych i społecznych osób z wylonioną stomią zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Opieki nad Chorymi ze Stomią objęto 400 chorych z wylonioną stomią należących do 17 wybranych oddziałów POL-ILKO z terenu kraju. Wykazano, że umiejętność samodzielnej pielęgnacji stomii posiadało 73,3% badanych, częściej byli to mężczyźni – 77,3%, niż kobiety – 68,8 %. Wśród badanej grupy 12,0% pacjentom w pielęgnacji stomii pomagali członkowie rodziny: współmałżonek – 6,5%, dzieci – 4,8%. Grupie 9,5% badanych w pielęgnacji stomii pomagała pielęgniarka stomijna.

Badania własne wskazały, że umiejętność samodzielnej pielęgnacji stomii posiadało 66% ankietowanych, 30% chorych potrzebowała pomocy członka rodziny, a 4% pacjentów nie radzili sobie z pielęgnacją stomii.

Informacje przekazywane przez pielęgniarkę na temat dalszego postępowania po zabiegu chirurgicznym powinny dotyczyć przede wszystkim zasad diety – 29,2% oraz sposobów radzenia sobie z przykrym zapachem i głośnym oddawaniem gazów – 25,5%. Takie wnioski uzyskano w badaniach Szymańskiej – Pomorskiej G. i wsp. [6]. Ankietowani chcieliby również, aby to pielęgniarka udzieliła im wskazówek dotyczących możliwości dalszej pracy zawodowej, podróżowania i omówiła zalecaną oraz niedozwoloną aktywność fizyczną. Biorąc pod uwagę formę przekazywania informacji, tylko 8,5% pacjentów preferuje edukację w mniejszej grupie, a dla 91,5% pacjentów stomia jest sprawą intymną i nie chcą mówić o niej przy obcych osobach, dlatego wybierają indywidualną formę edukacji.

W badaniach Rogowskiej J. i wsp. [3] największa część ankietowanych 56% miała chęć pogłębienia swojej wiedzy na temat pielęgnacji skóry wokół stomii, stosowania diety – 52% chorych i możliwych powikłań po wylonieniu stomii – 50% pacjentów. Pozostali byli zainteresowani wiedzą dotyczącą zasad refundacji sprzętu stomijnego – 36% chorych, wsparcia psychicznego – 34% chorych, technik zmiany worków stomijnych – 30% chorych i doboru sprzętu stomijnego – 26% pacjentów. Większości ankietowanych 56% nie zależało na konkretnej osobie, która przekaże wiadomości oraz rozwieje wszystkie wątpliwości związane z wylonieniem stomii. Dla pacjentów ważne było, aby ktoś poinformował ich, bez względu na to, czy będzie to lekarz, pielęgniarka, psycholog, rodzina chorego czy też inni chorzy.

W przeprowadzonych badaniach własnych 88% ankietowanych chciałoby uzyskać fachową poradę medyczną na temat stomii od lekarza lub pielęgniarki stomijnej. Ponad połowa

53% chorych oczekiwała wsparcia emocjonalnego od rodziny i personelu medycznego, a 44% pacjentów oczekiwało na pomoc w pielęgnowaniu stomii. Ankietowani dodatkowo oczekiwali na informacje na temat działań zapobiegających powikłaniom dotyczącym stomii – 76%, pielęgnacji stomii – 56% i postępowania dietetycznego – 19%. Wśród badanej grupy 98% stwierdziło, że edukacja dla osób ze stomią jest niezbędna. Na indywidualną formę edukacji zdecydowałoby się 68% chorych, a na uczestnictwo w zajęciach grupowych 32% badanych.

Michalak S. i wsp. [8] przeprowadzili w grupie 30 respondentów z wylonioną stomią, których celem była ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową, podjęto próbę analizy wpływu czasu, jaki upłynął od wylonienia stomii, na samodzielność w czynnościach pielęgnacyjnych pacjentów. Wykazano, iż na samodzielność wymiany worków stomijnych istotny wpływ ma czas jaki upłynął od wylonienia stomii ($p=0,0293$). Im okres ten był krótszy, tym częściej osoby ze stomią korzystały z fachowej porady medycznej czy pomocy ze strony rodziny.

W badaniach własnych uzyskano podobną zależność. Wykazano różnice istotne statystycznie ($p=0,00001$) między datą wylonienia stomii, a częstotliwością wizyt pacjentów w Poradni Stomijnej. Pacjenci częściej zgłaszali się do poradni, gdy mieli wylonioną stomię w przeciągu kilku ostatnich lat. Im był krótszy okres od wylonienia stomii, tym pacjenci częściej zgłaszali się do poradni aby uzyskać potrzebne informacje dotyczące pielęgnacji stomii i pozyskać fachową poradę medyczną od lekarza i pielęgniarki stomijnej.

Szybszy powrót do zdrowia po zabiegu operacyjnym wylonienia stomii jelitowej, program ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) został omówiony w badaniach prowadzonych przez Forsmo HM. i wsp. [9]. Grupa badana składała się z 122 chorych kwalifikujących się do laparoskopowej lub konwencjonalnej operacji wylonienia stomii. Grupa 61 pacjentów była poddana rozszerzonej edukacji programu ERAS, a grupa 61 chorych standardowej opiece i edukacji zdrowotnej. Celem badań było sprawdzenie wpływu procesu edukacji na redukcję długości pobytu pacjentów na oddziale chirurgicznym po wylonieniu stomii, występowanie komplikacji i powtórnych przyjęć pacjentów do szpitala oraz jakość życia. Wyniki badań wskazały, że całkowity pobyt w szpitalu znacząco zmniejszył się w grupie pacjentów edukowanych w ramach programu ERAS w porównaniu z chorymi otrzymującymi standardową opiekę. Komplikacje po operacji związane ze stomią, powtórne przyjęcie do szpitala, jakość życia i śmiertelność w obu badanych grupach były podobne.

WNIOSKI

Holistyczna edukacja pacjentów z wylonioną stomią ma pozytywny wpływ na jakość życia chorych i wykonywanie codziennych czynności życiowych. Wdrożenie procesu edukacji zdrowotnej w już okresie okołoperacyjnym pozwala na lepszą naukę pacjentów w zakresie obserwacji i pielęgnacji stomii z pomocą wielospecjalistycznego zespołu medycznego, zwiększenie wiedzy chorych na temat stomii, a także powoduje skrócenie pobytu w szpitalu po wylonieniu stomii. Dalsza kompleksowa edukacja jest prowadzona w Poradni Stomijnej przez ten sam zespół terapeutyczny. Pozwala to na zmniejszenie kosztów edukacji pacjenta, który ma zapewniony stały dostęp do specjalistów i całościową opiekę medyczną w Poradni Stomijnej. Wyniki wskazują, że w badanej grupie było mniej nieplanowanych ponownych przyjęć do szpitala związanych ze stomią, pacjenci rzadziej uczęszczali do lekarza rodzinnego, zwiększyła się jakość życia chorych, a przy tym nie wzrósł średni koszt na jednego pacjenta przy planowaniu programu edukacji. Stwierdzono zatem, że edukacja pacjentów ma pozytywny wpływ na jakość życia, a koszty opieki medycznej zostają zredukowane.

Pacjenci z wylonioną stomią jelitową należą do szczególnej grupy chorych. Niezależnie od wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, zajmowanego stanowiska czy przyczyny wykonanej operacji, wszyscy wymagają wyjątkowej troski i specjalistycznej opieki nie tylko ze strony chirurga, ale także ze strony pielęgniarki stomijnej. Ciągły i kompleksowy proces edukacji pacjentów z wylonioną stomią stanowi bardzo ważny element w codziennym funkcjonowaniu chorych i szybszym powrocie do zdrowia. Poradnia Stomijna jest ośrodkiem, gdzie pacjenci mogą otrzymać od wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego pełną wiedzę na temat stomii.

PIŚMIENNICTWO

1. Ponczek D., Rozwora A.: Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 3: 140-148.
2. George BD., Perrin A.: Stomas and related problems. *Anorectal and colonic diseases*. Berlin Heidelberg 2010.
3. Rogowska J., Krajewska-Kułak E., Kondzior D.: Przystosowanie się do życia pacjentów po wylonieniu stomii. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 2: 44-54.

4. Kózka M., Bazaliński D., Cipora E.: Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 57-62.
5. Rotter I., Niemir M., Karakiewicz B., Żółtak – Bączkowska K., Mroczek B.: Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną u pacjentów z wylonionym sztucznym odbytem. *Family Medicine and Primary Care Review* 2008; 10(3): 651–653.
6. Szymańska-Pomorska G., Felińczak A., Misiak K., Kuriata-Kowalska K., Śliwińska M., Pytel A.: Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wylonieniu kolostomią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015; 5(1): 25–31.
7. Piaszczyk D., Schabowski J.: Problemy medyczne i społeczne pacjentów ze stomią należących do POL-ILKO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(4): 384–389.
8. Michalak S., Cierzniańska K., Banaszkiewicz Z.: Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 3: 91-98.
9. Forsmo HM., Pfeffer F., Rasdal A., Sintonen H., Korner H., Erichsen C.: Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *International Journal of Surgery* 2016; 36: 121-126.
10. Danielsen AK.: Life after stoma creation. *Danish Medical Journal* 2013; 60(10): 1-12.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

Patrycja Modzelewska ¹, Sylwia Chludzińska ¹, Jolanta Lewko ²

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

WSTĘP

Stomia (z gr.στόμα- usta, otwór) jest to celowe połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią skóry lub błony śluzowej. Stomię określa się również jako “przetokę” czyli operacyjne połączenie wewnętrznych narządów ciała z powłokami skórnymi (tzw. przetoka zewnętrzna). Stomia jelitowa wykonywana jest poprzez wyłonienie zachowanego końca jelita, następnie wywiniecie śluzówki jelita oraz zszywanie ze skórą [1].

Pierwszą w historii celową stomię wytworzył francuski chirurg M. Pillore w 1776 roku w celu leczenia raka odbytnicy. W 1793 r. przeprowadzono pierwszą skuteczną operację wyłonienia przetoki na jelicie grubym u noworodka z zarośniętym odbytem- pacjent przeżył 43 lata.

W XVIII wieku ten rodzaj operacji stosowano w leczeniu niedrożności mechanicznej jelit, a także w raku jelita grubego. Ileostomię po raz pierwszy zastosował W. Baum w 1879 z powodu niedrożności okrężnicy. W 1952 Turnbull i Crile stworzyli pracę, która pozwoliła na zrozumienie podstaw fizjologii stomii oraz akceptację tej interwencji chirurgicznej przez środowisko naukowe. W 1961 roku stworzono pierwszą szkołę dla specjalistów w opiece nad pacjentami ze stomią. Modyfikacje dotyczące wskazań, technik i opieki nad wyłonią stomią ulegały zmianom przez wiele następnych lat [1, 2].

Operacje wyłonienia stomii są często zabiegiem ratującym zdrowie lub życie człowieka. Każdego roku w Polsce wykonuje się ok. od 5 do 6 tysięcy takich operacji. W 2012 roku wykonano 6726 takich zabiegów: 5705 kolostomii (85%) i 1021 ileostomii (15%). Obecnie na świecie żyje ok 1 miliona osób z wyłonią stomią natomiast w Polsce jest ok 35 tysięcy, a obserwuje się tendencję wzrostową. W Anglii i Walii ze stomią żyje ok. 100 tysięcy ludzi, natomiast w Stanach Zjednoczonych dane wskazują na 800 tysięcy pacjentów.

Przyczynami wyłonienia stomii są w szczególności nowotwory jelita grubego (głównie odbytnicy), także choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego- Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba uchyłkowa jelita grubego). Rzadszymi powodami wyłonienia stomii jelitowej są: przetoki okołoodbytnicze, urazy jelit, krwawienia z przewodu pokarmowego, a także patologie jelita cienkiego (niedrożność, niedokrwienie jelit, perforacje). Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że w 2012 roku refundacja sprzętu objęła 6270 osób z ileostomią, 35 377 z kolostomią. Całkowita ilość osób ze stomią jelitową wynosiła 41 647 osób. W 2013 roku liczba pacjentów z ileostomią wynosiła 6104 osoby, natomiast 33 276 osób miało wyłonią kolostomię, z czego wynika, że 39 380 chorych funkcjonuje ze stomią. W przypadku chorych z wyłonią urostomią w 2012 roku ich liczba wynosiła 7859 osób, a w 2013 roku- 7394. Główną przyczyną wykonywania urostomii są nowotwory pęcherza moczowego (ponad 90% przypadków) [1, 2].

Wskazania do wyłonienia stomii jelitowej

Stomię wyłania się w przypadku określonych wskazań, takich jak:

- choroby nowotworowe,
- choroby nienowotworowe np. stany zapalne jelit,
- urazy w obrębie miednicy
- wady wrodzone [1, 2].

Wyłonienie **kolostomii** wykonuje się w przypadku:

- nowotworów jelita grubego oraz odbytu, które są trzecim najczęściej występującym na świecie nowotworem u mężczyzn i drugim u kobiet. W Polsce to średnio 12% wszystkich nowotworów u mężczyzn i 10% u kobiet. Każdego roku rak jelita grubego jest rozpoznawany u około 13 500 osób w tym ok. 7500 u mężczyzn i 6000 u kobiet. Większość zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego dotyczy pacjentów po 50 roku życia (94%). Najistotniejszym czynnikiem prognostycznym jest stopień zaawansowania choroby. Długość przeżycia chorych poprawia się systematycznie w ciągu ostatnich lat. W krajach o wysokich dochodach (Stany Zjednoczone, Australia, Kanada) względne pięcioletnie przeżycie osiąga prawie 65 % chorych. W Polsce w ciągu pierwszej dekady XXI w przeżycia pięcioletnie wśród pacjentów z nowotworami jelita grubego wynosiły 47,6% u mężczyzn oraz 49,1% u kobiet [3].
- nieswoistych i swoistych chorób zapalnych przewodu pokarmowego,

- urazów jamy brzusznej (miednica, odbyt),
- powikłań radioterapii, takich jak przetoki odbytniczo pochwowe, odbytniczo pęcherzowe,
- choroba uchyłkowej jelita grubego i jej powikłań,
- zmian przerzutowych oraz nacieku nowotworowego w miednicy małej,
- zapalenia otrzewnej, niedrożności,
- powikłań pooperacyjnych (rozejście się zespolenia) [2, 3].

Wskazania do wyłonienia **ileostomii**:

- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- choroba Leśniowskiego Crohna,
- polipowatość jelita grubego,
- wieloogniskowy rak jelita grubego,
- rozległa endometrioza jelita grubego,
- zmiany nowotworowe w obrębie kanału rdzenia kręgowego z następstwem nietrzymania stolca i gazów lub braku aktu defekacji,
- choroba zrostowa po przebytych operacjach,
- ostre zmiany zatorowo zakrzepowe naczyń kręgowych [3].

Wskazania do wyłonienia **urostomii**:

- rak pęcherza, który jest jednym z najliczniej występujących nowotworów u osób w przedziale wiekowym 60 - 80 lat. W 2010 roku zdiagnozowano 6 296 nowych przypadków raka pęcherza moczowego oraz guzy nienowotworowe, które upośledzają drożność dróg moczowych. Pacjentów, u których zdiagnozowano raka pęcherza naciekającego błonę mięśniową poddano cystektomii radykalnej wraz z usunięciem regionalnych węzłów chłonnych [4].
- choroby zapalne pęcherza moczowego,
- wady wrodzone pęcherza i dróg moczowych,
- marskość pęcherza moczowego,
- urazy pęcherza moczowego i dróg moczowych [4].

Rodzaje stomii jelitowych

Stomie jelitowe różnią się między sobą wyglądem, funkcjonowaniem, zaopatrzeniem a także typem występujących powikłań. Przetoki można podzielić na dwie duże grupy. Jedną z

nich są stomie odbarczające, których istotą działania jest odprowadzenie treści pokarmowo-kałowej poza organizm [3,4].

Rodzaje stomii są uzależnione od czasu, na jaki zostały wyłonione. Wyróżnia się stomię **definitywną**- pozostającą do końca życia. Stomia definitywna nie daje możliwości odtworzenia normalnej drogi defekacji, gdyż zwieracze odbytu zostają usunięte łącznie ze zmianą chorobową lub są trwale uszkodzone [3]. W przypadku **urostomii** definitywnej, która wytwarzana jest w wypadku konieczności usunięcia pęcherza moczowego, tzw. cystektomii, z powodu naciekającego raka pęcherza moczowego. Przetoki definitywne konstruowane są z użyciem izolowanej pętli jelitowej, gdzie jeden koniec zespała się z otworem skórny przetoki a do drugiego wszczepia się moczowody [5]. Innym rodzajem wykonywanej stomii jest stomia **czasowa**, gdzie zwieracze pozostały nienaruszone i istnieje możliwość przywrócenia fizjologicznej drogi defekacji. Stomia może być pierwszym etapem operacji mającej na celu odprowadzenie kału, bez leczenia zasadniczej choroby. Taką stomię wytwarza się na jelicie cienkim jako zabezpieczenie zespolenia chirurgicznego bądź zbiornika jelitowego (stomia protekcyjna) [3].

Istnieje także podział stomii ze względu na ukształtowanie. W tym przypadku wyróżnia się stomię końcową (jednolufową), gdzie w trakcie preparowania jelito jest przecinane poprzecznie a jego koniec proksymalny wszywany w powłoki, odcinek dystalny zostaje usunięty (operacja Milesa) lub zamknięty, mający łączność z odbytem (operacja Hartmanna) oraz stomię boczną (dwulufową)- gdzie w trakcie preparowania jelito nie jest przecinane, a jego pętla wszywana w powłoki. W ten sposób uzyskuje się dwa otwory: proksymalny i drenaż odcinka dystalnego. Najczęściej są to stomie, służące do odbarczania treści w niedrożności spowodowanej nieoperacyjnym guzem odbytnicy lub ileostomie pętlowe zabezpieczające zespolenia i zbiorniki [3].

Stomie jelitowe dzieli się również ze względu na miejsce wyłonienia. Można wymienić trzy główne grupy:

- kolostomia- przetoka wyłaniana w obrębie jelita grubego. Kolostomię końcową jednolufową wytwarza się w przebiegu tzw. operacji Hartmanna, gdzie przyjmowane jest założenie odtworzenia przewodu pokarmowego w przyszłości. Kolostomia końcowa wykonana na stałe związana jest z dokonaniem brzuszno- kroczonego odjęcia odbytnicy. Kolostomie pętlowe wykonywane są w celu odbarczenia przednich niskich zespołów, w leczeniu przetok odbytniczo-pochwowych lub odbarczeniu operacji niewydolności zwieraczy odbytu, popromiennych zapaleniach odbytnicy, a także jako operacje paliatywne w leczeniu nieoperacyjnego raka odbytnicy.

Kolostomia wylaniana jest w obrębie esicy lub zstępnicy. Miejszem, gdzie istnieje łatwa możliwość wylonienia przetoki jest poprzecznicą. Szczególnym miejscem wylonienia kolostomii jest kątnica w celu odbarczenia okrężnicy u terminalnie chorych, ze względu na możliwość perforacji. Duży stopień trudności obejmuje się w przypadku niedrożności wywołanej nowotworem nieoperacyjnym w odcinku dystalnym jelita grubego oraz urazów kątnicy i wstępnicy [2, 5].

- ileostomia – to przetoka w obrębie jelita cienkiego, wykonywana w postaci końcowej lub pętlowej, formowana jest w zakresie jelita krętego. Przetoki końcowe wylaniane są na jelicie krętym, u pacjentów, u których zostało usunięte jelito grube wraz z odbytnicą. Przetoki pętlowe wykonywane są w odcinku końcowym jelita krętego. Celem przetok jest odbarczenie niskich zespoleń u pacjentów leczonych z powodu nowotworu odbytnicy. Przetoka wyloniona w tym odcinku przewodu pokarmowego ma za zadanie odbarczać zespolenia tzw. niskie i ultraniskie, które wykonuje się najczęściej u chorych po radiochemioterapii neoadiuwantowej oraz u chorych otyłych, szczególnie mężczyzn. Zaletą ileostomii jest możliwość uniknięcia często opisywanych zaburzeń metabolicznych [3].
- urostomia - wytworzenie przetoki moczowo-skrónej mającej na celu odprowadzenie moczu poprzez połączenie pęcherza moczowego, moczowodów bądź nerki ze skórą, często z użyciem wstawki jelitowej. Urostomia może być czasowa, wykonywana w stanach powodujących zastój moczu np. wykonanie nefrostomii lub cystostomii. Definitywna, np. przetoka-moczowodowo-jelitowo-skróna wytwarzana sposobem Brickera w wypadku usunięcia pęcherza moczowego, konstruowana z użyciem izolowanej pętli jelitowej, której jeden koniec zespała się z otworem skórnym przetoki a do drugiego wszczepione są moczowody [4].

Powikłania stomii jelitowej

Obecność stomii nierzadko wiąże się z wystąpieniem różnego rodzaju powikłań. Występowanie problemów zależy od wielu czynników, między innymi: płci, wieku, wskaźnika masy ciała pacjenta (BMI), chorób współistniejących, obecności choroby nowotworowej i prowadzonego leczenia (chemioterapia, radioterapia), rodzaju i lokalizacji stomii. Powikłania wczesne występują we wczesnym okresie pooperacyjnym do 30 dni po przeprowadzonym zabiegu, późne oraz powikłania metaboliczne takie jak niewydolność jelitowa i zespół krótkiego jelita, mogą być następstwem wytworzenia stomii [3, 6].

Powikłania wczesne:

- obrzęk stomii – pojawia się w bezpośrednim okresie po operacji wyłonienia stomii. Przyczyną powstania obrzęku jest wąski kanał stomijny w powłokach brzusznych, który może powodować ucisk naczyń żylnych, a w konsekwencji obrzęk błony podśluzowej. Najczęściej ustępuje samoistnie. Wycinanie odpowiedniej wielkości kanału stomijnego, która odpowiada szerokości jelita, jest najskuteczniejszym działaniem pozwalającym uniknąć powikłania.
- niedokrwienie stomii występuje często w przypadku kolostomii, gdzie przyczyną niedokrwienia może być zbyt duże napięcie lub ucisk tętnic zaopatrujących jelito, a także zbyt wąski kanał w powłokach brzusznych. Nowo wytworzona stomia przybiera kolor ciemnoczerwony. Testem sprawdzającym ukrwienie stomii jest nakłucie śluzówki igłą: pojawienie się punktowego krwawienia w miejscu nakłucia oznacza prawidłowe ukrwienie; wystąpienie czarnych ognisk lub całkowity brak krwawienia świadczy o martwicy.
- martwica stomii jest następstwem niedokrwienia stomii. W takim przypadku stomia początkowa przybiera czarny kolor, następnie oddzielają się martwicze tkanki. W zależności od rozległości zmian niedokrwiennych wykonuje się nekrektomię lub wyłania się stomię ponownie.
- wciągnięcie stomii – powikłanie związane jest ze zbyt dużym napięciem jelita spowodowanym niedostatecznym jego uwolnieniem. W przypadku niewielkiego wciągnięcia konieczne jest zaopatrzenie stomii prawidłowo dopasowanym sprzętem stomijnym natomiast gdy wciągnięcie stomii jest znaczące wymagana staje się korekcja chirurgiczna.
- krwawienie ze stomii - krwawienia w bezpośrednim okresie po operacji zdarzają się często i są zazwyczaj spowodowane niewielkim mechanicznym urazem lub podrażnieniem stomii np. potarciem śluzówki gazikiem. W celu zapobiegania krwawieniom zalecane jest natłuszczenie śluzówki stomii wazeliną lub parafiną.
- zakażenie rany stomijnej – powikłanie występuje rzadko i wiąże się z penetracją treści jelitowej w miejsce zespolenia skórno-jelitowego, powstałej w wyniku nieszczelności związanej z nieprawidłowym założeniem szwów wokół stomii. Ropień okołostomijny pojawiający się przy zakażeniu, może wymagać nacięcia i drenażu. Często występujące zakażenia tkanek wokół wyłonej stomii mogą prowadzić do powstania przetoki okołostomijnej.

- przetoka okołostomijna - głównymi przyczynami wytworzenia przetoki są: przewlekły, nawracający proces zapalny oraz uraz jelita w tej okolicy. W celu uniknięcia tego powikłania ważne jest ostrożne preparowanie tkanek wylanianego jelita, a także dokładna i delikatna pielęgnacja stomii we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym. Pojawienie się przetoki może wymagać korekty operacyjnej, polegającej na usunięciu przetoki i ponownym wyłonieniu prawidłowej stomii [2,3,6].

Do **powikłań późnych** związanych z wytworzeniem stomii zalicza się przepukliny stomijne. Składają się one na jedno z najczęstszych i najpoważniejszych późnych powikłań stomii, znacznie obniżających jakość życia pacjentów. Dość często występuje razem z przepukliną w bliźnie pooperacyjnej. W Polsce częstość występowania tego powikłania waha się od 5% do 50% i dotyczy stomii końcowych: ileostomii - 1,8-28,3%, kolostomii - 4-48,1%. Pojawienie się przepukliny obserwowane jest zazwyczaj w czasie dwóch lat od przeprowadzonej operacji (w literaturze znane są przypadki powstania przepukliny 20 lat po operacji). Czynniki ryzyka występowania tego powikłania są: znaczna otyłość, obwód talii powyżej 100 cm, zwiększenie masy ciała po wyłonieniu stomii, wiek powyżej 60 lat, a także współistnienie choroby Leśniowskiego-Crohna. Ryzyko powstania przepukliny okołostomijnej związane jest również z techniką samej operacji: wielkością otworu stomijnego, który powinien być możliwie jak najmniejszy, bez stwarzania niebezpieczeństwa niedokrwienia jelita. Inną przyczyną występowania tego powikłania jest zakażenie rany jelita stomijnego w okresie pooperacyjnym. Istnieje hipoteza mówiąca, o zjawisku nieuniknionego powstawania przepukliny okołostomijnej związana z długim czasem życia ze stomią, gdzie ryzyko zwiększa się z każdym rokiem życia pacjenta o 4% [19].

Przepuklina może przebiegać bezobjawowo, jednak istnieje szereg dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów takich jak bóle brzucha, uwypuklenie powłok brzusznych w okolicach stomii, problem w dopasowaniu sprzętu stomijnego, asymetria powłok przedniej ściany brzucha, objawy niedrożności przewodu pokarmowego oraz zmiany w ilości i jakości oddawanego stolca. Przepuklina okołostomijna poprzez ryzyko uwięźnięcia jelita stomijnego, może stanowić również bezpośrednie zagrożenie życia. Zbyt późne rozpoznanie przepukliny skutkuje bardzo groźnymi powikłaniami, takimi jak: martwica i przedziurawienie ściany jelita, stan septyczny, a nawet zgon chorego. Stanowi również dodatkowy problem natury psychologicznej pacjenta z wylonioną stomią, wynikający z zaburzeń funkcjonowania i zaopatrzenia stomii, co powoduje dyskomfort w prowadzeniu normalnego życia codziennego, trudnościami w funkcjonowaniu w społeczeństwie i towarzyszącym zaburzeniem postrzegania własnego ciała. Według klasyfikacji Szpitala Bielańskiego (BHC) wyróżnia się cztery typy

przepuklin: typ I- izolowana przepuklina okołostomijna (nie występują istotne deformacje powłok przedniej ściany brzucha), typ II- przepuklina okołostomijna ze współistniejącą przepukliną w bliźnie pooperacyjnej (również nie występują istotne deformacje powłok przedniej ściany brzucha), typ III - izolowana duża przepuklina okołostomijna (z deformacją przedniej ściany brzucha) oraz typ IV- duża przepuklina okołostomijna ze współistniejącą przepukliną pooperacyjną (znaczące deformacje przedniej ściany jamy brzusznej). Wskazaniami do operacji w typie I są więźnięcie i zakłócenia pasażu, typie II - zaburzenia miejscowe, a w typie IV przepukliny olbrzymich rozmiarów. Istnieje wiele metod leczenia operacyjnego przepuklin okołostomijnych. Można tu wymienić min.: metody z dostępu klasycznego - z zastosowaniem materiału syntetycznego lub biologicznego (użycie siatki), co stanowi złoty standard leczenia przepuklin okołostomijnych, metody minimalnie inwazyjne (metoda Sugarbakera, metoda key-hole, technika sandwich) oraz nową technikę hybrydową HyPer [4,7,8].

Innym powikłaniem późnym stomii, występującym najczęściej, u pacjentów stomijnych są **zmiany skórne wokół stomii**. Wśród powikłań dermatologicznych można wyróżnić: okołostomijne zmiany skórne (podrażnienie skóry w okolicy stomii wywołane urazem mechanicznym, kontaktem z drażniącą treścią jelitową, a także reakcją alergiczną na sprzęt), kontaktowe zapalenie skóry (kontakt z silnie żrącą treścią jelitową - szczególnie u osób z ileostomią), kontaktowe alergiczne zapalenie skóry (nietolerancja produktów używanych w celu ochrony i pielęgnacji skóry wokół stomii takich jak kleje), infekcje grzybicze, okołostomijne zgorzelinowe zapalenie skóry (występujące w wyniku procesu zapalnego towarzyszącego chorobie Leśniowskiego- Crohna bolesne owrzodzenia). Leczeniem opisanych dolegliwości związanych ze skórą jest dobranie odpowiednich worków stomijnych, środków ochrony skóry, wyeliminowanie substancji alergicznych, ewentualna terapia środkami przeciwwgrzybiczymi bądź miejscowymi lekami immunosupresyjnymi [7,8].

W przypadku **zaburzeń metabolicznych** niewydolności jelitowej i zespołu krótkiego jelita występuje zmniejszenie czynnej powierzchni jelitowej poniżej minimum potrzebnego do właściwego trawienia i wchłaniania składników odżywczych. W przypadku zespołu krótkiego jelita na skutek rozległej resekcji jelita cienkiego (pozostaje mniej niż 200cm).

Zaburzenia mogą prowadzić do wystąpienia biegunek tłuszczowych u pacjenta. Leczenie powikłań ma na celu utrzymanie stanu odżywienia chorego i poprawę adaptacji jelitowej, czyli przywrócenia wchłaniania jelitowego podstawowych składników pokarmowych, wody i elektrolitów [1,2].

Definicja jakości życia

Pojęciem jakości życia interesowano się już w starożytności. W życiu każdego człowieka od zawsze najważniejsze elementy egzystencji stanowiły: szczęście, samozadowolenie i poczucie spełnienia. Według myśli Hipokratesa szczęśliwe życie to stan wewnętrznej równowagi. Arystoteles definiował je jako czynienie dobra, a w filozofii chrześcijańskiej panowało przekonanie, że najistotniejszym celem ludzkiego życia jest poświęcenie przepełnione cierpieniem i ascezą, gdzie po śmierci czeka nagroda: życie wieczne, natomiast filozofia wschodu rozumiała je jako równowagę między pierwiastkami yin i yang [9]. Obecna definicja jakości życia swój początek miała w latach 70. XX wieku. Na początku jakość życia rozpatrywano poprzez pryzmat warunków ekonomicznych. Z czasem w latach 80 dodawano aspekty socjologiczne i psychologiczne, gdzie analizowano takie kategorie jak styl życia, poczucie podmiotowego dobrostanu czy również zadowolenie oraz możliwości zaspokojenia życiowych potrzeb. Z czasem zaczęto rozważać ten problem w aspekcie medycznym. Ocena jakości życia jest trudna i w dużej mierze zależy od kontekstu (dla osoby ze środowiska medycznego dobra jakość życia to stan braku choroby, dla myśliciela stan szczęśliwości, a dla osoby chorej stan, w którym może ona realizować swoje życiowe cele) [9, 10].

W naukach społecznych do tej pory nie opracowano uniwersalnej definicji- w celu uporządkowania podzielono poszczególne koncepcje na cztery grupy. Pierwsza z nich stanowi grupę definicji egzystencjalnych, druga - pojęcie jakości życia skupia na realizacji tzw. “życiowych zadań”, trzecia rozpatruje termin w kategoriach potrzeb oraz czwarta grupa definicji, rozpatrujących subiektywny i obiektywny nurt jakości życia z jednoczesnym uwzględnieniem koncepcji potrzeb [9].

Definicje z grupy pierwszej (propozycje B. Suchodolskiego, T. Tomaszewskiego, S. Kowalika) rozróżniają dwie życiowe orientacje “mieć” i “być”. Dla B. Suchodolskiego badania nad jakością życia powinny skupiać uwagę na pytaniu “jakim być?”. Zdaniem badacza w opozycyjnych dyspozycjach “mieć” czy “być” można zauważyć dwa odmienne odniesienia do siebie i do świata, gdzie poprzez analizę dwóch podmiotowych motywacji czyli “pragnienia życia” i “pragnienia posiadania” można określić wpływ na definicję wysokiej bądź niskiej jakości życia. Według T. Tomaszewskiego jakość życia określa się jako zespół elementów takich jak: poziom aktywności, bogactwo przeżyć, poziom świadomości, twórczość oraz współuczestnictwo w życiu społecznym. S. Kowalik uważa, że o poziomie jakości życia decyduje głównie jakość jednostkowych, codziennych przeżyć, które swoje źródło mają w podmiotowym systemie poznawczym. W tym przypadku im większe zdolności poznawcze,

tym wyższa jest zdolność przeżywania- po czym następuje kumulacja przeżyć i przekształcanie ich w doświadczenie życiowe, które stanowić może wysoką jakość życia i przeciwnie- jeśli zdolności poznawcze są mniejsze - niższa staje się jakość życia [25].

Druga grupa definicji oparta jest na realizacji tzw. zadań: życiowych i rozwojowych. Najbardziej istotnymi składnikami jakości życia są zadania rozwojowe (rozwój podmiotowy- pełnienie określonych ról społecznych) i zadania życiowe (realizacja w takich obszarach jak miłość, szkoła, praca). Zadania rozwojowe i życiowe mogą powodować w życiu człowieka wiele rozmaitych kryzysów, w trakcie których pojawia się doświadczenie jakości życia na zasadzie szczęścia lub nieszczęścia, sensu lub bezsensu życia itp. J.M. Raeburn i I. Rootman stwierdzają, iż im bardziej człowiek czuje się spełniony, tym większe prawdopodobieństwo oceny własnej jakości życia jako wysokiej. W trzeciej grupie definicji, jakość życia utożsamiana jest ze stopniem zaspokojenia potrzeb. Dla A. Kalety jakość życia obejmuje potrzeby, które dana osoba uważa za najważniejsze w swoim życiu oraz jej opinię na temat poziomu ich zaspokajania. W czwartej grupie definicji podkreśla się znaczenie subiektywnych i obiektywnych wskaźników. Obiektywnymi wyznacznikami jakości życia mogą być: zabezpieczenie finansowe, poziom materialny, bezpieczeństwo ekologiczne, warunki życia i mieszkania, relacje społeczne, aktywność społeczna, system wsparcia społecznego, warunki leczenia, edukacja, kultura, praca, rekreacja oraz wypoczynek. Pośród subiektywnych wyznaczników oceny jakości życia wskazać można takie jak: bezpieczeństwo, poczucie wewnętrznego spokoju, stopień samoakceptacji, realizacja życiowych celów, dobrostan psychiczny, a także akceptację i uznanie społeczne. W ostatnich latach to właśnie wyznacznikom subiektywnym przypisuje się większą rolę w ocenie jakości życia [9].

Badania nad jakością życia w medycynie rozpoczął w 1971 roku Campbell, który przeprowadzając badania ankietowe w populacji dorosłych Amerykanów dowiódł, że związek pomiędzy obiektywnymi warunkami życia, a zadowoleniem z życia jest niejednoznaczny: wraz z poprawą warunków nie musi wzrastać zadowolenie, ponieważ na odczuwanie zadowolenia wpływają również doświadczenia życiowe. Zdaniem A. Campbella pojęcie jakości życia należy definiować uwzględniając stopień satysfakcji z życia rodzinnego, relacji towarzyskich, stosunków międzysąsiedzkich, sposobów spędzania czasu wolnego, stanu zdrowia, zdobytego wykształcenia czy wykonywanej profesji. Czynniki, które wymienił Campbell można usytuować w kategorii potrzeb [9, 10]. Analizowanie jakości życia w odniesieniu do zdrowia i choroby zaowocowało wprowadzeniem w latach 90 XX wieku pojęcia “jakość życia uwarunkowana zdrowiem” (health-related quality of life, HRQoL) określając je jako funkcjonalny efekt choroby oraz jej leczenia odczuwany przez pacjenta. Definicja HRQoL

obejmuje 4 elementy funkcjonowania chorego takie jak: stan fizyczny i psychiczny pacjenta, sytuacja społeczna i ekonomiczna, a także doznania somatyczne. To tworzy całościowe podejście do problemów chorego zarówno w aspekcie: medycznym (objawy kliniczne, sprawność ruchowa, stan psychiczny) jak i pozamedycznym (funkcjonowanie w pracy, rodzinie, społeczeństwie). Wysoka wartość wskaźnika HRQoL oznacza, że osoba mimo choroby i odczuwanych dolegliwości postrzega samą siebie jak dobrze funkcjonującą natomiast niska wartość HRQoL świadczy o odczuwanych ograniczeniach. [9] Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość życia to indywidualny odbiór przez człowieka jego własnej pozycji życiowej w kontekście określonych zasad i systemu wartości oraz w odniesieniu do oczekiwań, osiągnięć i zainteresowań (1993). Na bazie tej definicji w 1994 opublikowano narzędzie do pomiaru jakości życia - kwestionariusz WHOQOL-100. W 1997 wyodrębniono czynniki, które wchodziły w skład jakości życia jednostki. Należą do nich: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, relacje z innymi ludźmi, stopień niezależności, a także środowisko, w jakim żyje dana osoba [9].

W 1995 roku Farquhar podała, jak do tej pory najbardziej znaną i wyczerpującą klasyfikację pojęcia jakości życia. Według jej koncepcji wszystkie definicje jakości życia można podzielić na dwie główne grupy: definicje sformułowane przez ekspertów- badaczy jakości życia oraz definicje sformułowane przez laików tzw. potoczne. W pierwszej grupie można wyróżnić terminy globalne (typ 1), złożone (typ 2), specyficzne (typ 3) i mieszane (typ 4). Definicje globalne związane są z poziomem satysfakcji życiowej, dobrostanu w różnych sferach życia i ogólnego poczucia szczęścia. Kolejny typ to definicje złożone obejmujące swym zakresem wiele różnych częściowych obszarów życia człowieka (aspekty zarówno obiektywne i subiektywne), a ich ocena rzutuje na globalną jakość życia człowieka. Trzeci typ definicji według Farquhar to definicje specyficzne, ograniczające się do konkretnych zmiennych - skupiające się na poszczególnych obszarach życia np. na zdrowiu. Do tej grupy należy definicja jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia, gdzie wyznacznik stanowi subiektywna ocena stanu zdrowia, a także objawów i następstw choroby. Tym samym z tak rozumianej definicji wynika, że subiektywne poczucie dobrego stanu zdrowia, brak choroby lub ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu można utożsamić z wysoką jakością życia. Czwartym i ostatnim typem definicji grupy pierwszej w klasyfikacji Farquhar są definicje mieszane. Łączą one ze sobą zarówno elementy definicji typu pierwszego, jak i drugiego. Uwzględniają ocenę globalnej jakości życia, czynniki zewnętrzne (warunki ekonomiczne, środowisko życia, udział w życiu społecznym). Do tej grupy należy definicja jakości życia stworzona przez WHO [9].

Mimo, że badania dotyczące zdefiniowania jakości życia trwają już od lat 70 XX w. można spostrzec, że nie sformułowano jednej, uniwersalnej definicji jakości życia. Pojęcie to jest terminem wieloznacznym, który można rozpatrywać na wielu poziomach i w odniesieniu do różnych kontekstów [9, 10].

ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTA Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ

Wyłonienie stomii jelitowej wpływa na wiele aspektów życia człowieka i nierozzerwalnie wiąże się z jego jakością życia. Pacjent ze stomią jest zmuszony stawić czoła zmianom w każdej sferze swojego funkcjonowania: fizycznej, psychicznej, społecznej i ekonomicznej oraz zaadaptować się do nich [11]. Proces ten zaczyna się już przed operacją, wymaga złożonych działań po operacji wyłonienia stomii i trwa nawet do końca życia pacjenta. W takiej sytuacji chory powinien mieć zapewnioną holistyczną opiekę interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w tym: lekarza, pielęgniarki stomijnej, psychologa oraz dietetyka, co wpływa na jego dalszą jakość życia ze stomią [12].

Problemy psychospołeczne osoby ze stomią pojawiają się już na etapie samej operacji wyłonienia stomii. Lęk przed zabiegiem chirurgicznym to pierwsze z doświadczeń emocjonalnych, z jakim spotyka się pacjent. Ból, okaleczenia ciała, a także zmiana funkcjonowania podstawowych, fizjologicznych mechanizmów organizmu oraz obawa przed porażeniem siebie z daną sytuacją w przyszłości niosą za sobą ogromny stres i traumę. Dodatkowo następują zaburzenia samooceny i samoakceptacji, co skutkuje naruszeniem poczucia własnej tożsamości i godności. Pacjent ma poczucie utraty kontroli nad własnym życiem i bezradności. Pobyt w obcym środowisku, jakim jest oddział chirurgiczny, kontrolowanym przez inne osoby odsuwa chorego od normalnego życia, stwarza wrażenie izolacji społecznej. Pacjenta ogarnia lęk przed odrzuceniem i byciem ciężarem dla otoczenia. Około 15-20% chorych leczonych chirurgicznie doznaje ograniczeń fizycznych, społecznych i emocjonalnych utrzymujących się rok i dłużej po zabiegu [8, 12, 13].

Rolą zespołu terapeutycznego jest fizyczne i psychologiczne przygotowanie chorego, jego rodziny przed zabiegiem operacyjnym wyłonienia stomii. Ważne jest wyjaśnienie przyczyny, procedury wytworzenia oraz istoty funkcjonowania stomii, w celu zmniejszenia lęku i wątpliwości pacjenta. Lekarz z pielęgniarką stomijną wyznaczają miejsce wyłonienia stomii. Istotna jest właściwa opieka w okresie bezpośrednio po operacji. Należy zabezpieczyć stomię sprzętem stomijnym już na sali operacyjnej by uniknąć strachu pacjenta z powodu wpływającej treści, a także w profilaktyce zakażenia rany pooperacyjnej. Pacjent powinien

być poinformowany o stosowaniu przezroczystych worków w celu oceny stomii pod kątem: kształtu, koloru, występowania krwawienia, rodzaju i ilości wydzieliny. Z upływem czasu worki są zmieniane na mniejsze, w kolorze skóry. W trakcie pobytu w szpitalu pielęgniarka prowadzi edukację pacjenta związaną z samodzielną pielęgnacją stomii. Ważnym aspektem jest relacja pielęgniarka- pacjent oparta na atmosferze zaufania, gdzie podczas codziennych wizyt pielęgniarka pokazuje choremu i uczy techniki wymiany worka stomijnego i utrzymania czystości skóry wokół stomii. Pacjent wypisany z oddziału chirurgicznego zostaje skierowany do poradni stomijnej, gdzie kontynuowana jest dalsza opieka [13, 14].

Inne czynniki wpływające na stan psychologiczny pacjenta z wyłonią stomią wynikają z samej choroby, która doprowadziła do operacji. Jeśli choroba ma charakter przewlekły lub nawracający np. rak jelita grubego, rak pęcherza moczowego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego itp. może powodować ciągły kryzys życiowy. W takim wypadku psychiczne zasoby odpornościowe pacjenta mogą ulec szybkiemu wyczerpaniu. Niekorzystne zmiany związane ze stałym postępem przewlekłej choroby dotyczą wszystkich obszarów życia chorego, a także jego rodziny. Wiążą się z ponoszeniem coraz większych obciążeń psychicznych, fizycznych oraz ekonomicznych, a także godzeniem się z występującymi ograniczeniami [37,38,39]. Wyróżniono sześć obszarów, w których występują najczęstsze problemy związane z jakością życia pacjenta ze stomią. Są to:

- pogorszenie stanu zdrowia,
- gorsze funkcjonowanie życiowe,
- pogorszenie sytuacji finansowej,
- aktywność społeczna,
- kontakty interpersonalne,
- życie seksualne [2, 11, 14, 15].

Operacja wyłonięcia stomii wymaga dość długiego okresu rekonwalescencji i przystosowania się. Osiągnięcie sprawności, pozwalającej na wznowienie aktywności zawodowej może trwać wiele tygodni, a czasem nawet wiele miesięcy. Największym problemem związanym z adaptacją stomii jest dobór właściwego sprzętu oraz nauka umiejętności jej obsługi. Najwięcej problemów ze sprzętem stomijnym (np. podciekanie, nieszczelność, odparzenia skóry) ma miejsce w pierwszym roku od operacji; później dotyczą one odległych powikłań (np. przepuklina okołostomijna). U ok. 10% pacjentów stomia i operacja całkowicie przekreślają powrót do wykonywanej wcześniej pracy. To wpływa na status ekonomiczny osoby ze stomią (w Polsce stałym i regularnym przychodem dla pacjentów

jest renta). Posiadanie stomii skutkuje (szczególnie w pierwszym okresie od operacji) dużymi ograniczeniami aktywności fizycznej, zmianami w sposobie spędzania wolnego czasu takimi jak: zmniejszenie częstotliwości podróżowania, rezygnację z uprawiania sportów, utrudnienia w sferze aktywności powiązanych z kontaktami interpersonalnymi. Te aspekty dają pacjentowi poczucie gorszego funkcjonowania i ograniczenia czynności dnia codziennego, a tym samym normalnego życia [16, 17, 18]. Ważną rolę w tym momencie pełni poradnia stomijna, gdzie pacjent ma możliwość dalszego kontynuowania leczenia i dostęp do całego zespołu terapeutycznego. Zadaniem pielęgniarki stomijnej jest dobór sprzętu stomijnego i środków pielęgnacyjnych skóry wokół stomii, pomoc dotycząca problemów z funkcjonowaniem stomii, występującymi powikłaniami, nauka obserwacji stomii i cech prawidłowego wyglądu. Istotna jest również edukacja na temat pierwszych objawów świadczących o wystąpieniu powikłań, zasad diety i dozwolonego wysiłku fizycznego. W poradni pacjent ma możliwość skorzystania z konsultacji chirurgicznej, dietetycznej, psychologicznej, a także uzyskania informacji o refundacji sprzętu stomijnego [19,20,21].

Bardzo ważny obszar warunkujący poziom jakości życia ze stomią stanowią problemy emocjonalne, takie jak: lęk, zaburzenia adaptacji oraz depresja, jakich doświadcza pacjent. Można wyróżnić szeroki wachlarz psychologicznych konsekwencji stomii. Są wśród nich: doświadczenie wstydu i wstrętu, poczucie obniżenia własnej wartości spowodowanej utratą dawnej sprawności, świadomość beznadziejności i bezradności w nowej sytuacji, utraty sensu życia, nadziei na coś lepszego, poczucie krzywdy z często towarzyszącą złością. Pacjent izoluje i wycofuje się z życia społecznego. Pewien procent osób doznaje wykluczenia przez najbliższą rodzinę. Stomia może spowodować faktyczne odrzucenie osoby przez otoczenie lub prowadzi do poczucia odrzucenia, które odczuwa pacjent, niezależnie od dobrego traktowania przez najbliższych. Człowiek doświadczając braku akceptacji ze strony rodziny staje się mniej aktywny w relacjach [22,23,24]. Wyłoniąca stomia jest często powodem stygmatyzacji takiego pacjenta na tle społecznym- może to rodzić uprzedzenia do danej osoby, a tym samym wywołuje u niej poczucie napiętnowania. Wypróżnianie i wszystko co się z tym wiąże jest powszechnie traktowane jako czynność intymna. Głośnie oddawanie gazów traktuje się jako zachowanie wyrażające brak kultury. Ponadto kultura masowa stwarza model charakteryzujący się młodym, czystym ładnym ciałem. Człowiek powinien mieć w pełni zadbane ciało, nad którego funkcjami posiada pełną kontrolę. Pod tym względem osoba ze stomią może mieć poczucie znaczącej utraty kulturowych i społecznych kompetencji. Doświadcza inności od innych, czuje się gorsza [4,14].

Pacjenci z wylonioną stomią doznają również dysfunkcji w życiu seksualnym. Osoby te mimo postępu leczenia i ciągłego doskonalenia jakości sprzętu doświadczają spadku napędu, poważnych zaburzeń nastroju. Wśród problemów seksualnych można wymienić impotencję, zaburzenia erekcji, a także zaburzenia ejakulacji u mężczyzn oraz ból przy współżyciu u kobiet. Prawdopodobieństwo zaburzeń w tym obszarze rośnie wraz z ilością problemów medycznych występujących w trakcie leczenia danej osoby, wychowania oraz wcześniejszych trudności występujących w relacji małżeńskiej [3,11].

W takiej sytuacji pacjent potrzebuje szczególnego wsparcia ze strony personelu medycznego (rozmowa z pacjentem, konsultacja psychologiczna). W Polsce istnieją towarzystwa stomijne skupiające osoby ze stomią takie jak: Polskie Towarzystwo Stomijne Pol-Ilko oraz mające na celu poszerzanie świadomości społecznej na temat stomii kampanie np. Kampania „STOMAlife. Odkryj stomię”. Oddział Podlaski Pol-Ilko w 2008 roku liczył 245 członków, działających na rzecz chorego ze stomią. Organizowane są spotkania edukacyjne pacjentów, ich rodzin, gdzie każdy ma możliwość rozmowy z innymi osobami z tym samym problemem, wymiany doświadczeń i uzyskania rady. Wszelkie informacje związane z pielęgnacją stomii są bardzo chętnie przekazywane szczególnie osobom, które dopiero zaczynają swoje „życie ze stomią”. Niejednokrotnie chorzy odzyskują wiarę w siebie, szybciej wdrażając samopielęgnację. Możliwość kontaktu między pacjentami z podobnym problemem zmniejsza poczucie osamotnienia i inności, pomaga w akceptacji stomii oraz daje motywację do prowadzenia aktywnego życia [24].

PODSUMOWANIE

Reasumując przystosowanie pacjenta do nowej sytuacji jaką jest wylonienie stomii jelitowej wiąże się z uruchomieniem całego potencjału przystosowawczego i wytworzeniem nowej tożsamości, gdzie pacjent lepiej funkcjonuje w sensie społecznym. Każda osoba i członek jej rodziny wybiera właściwą sobie drogę adaptacji. Przy konfrontacji z nowym położeniem, można przebić się od orientacji na przeszłość do orientacji ku przyszłości-dokonać tzw. reorientacji. Jest to proces, gdzie pacjent uświadamia sobie realność życia w nowych dla niego okolicznościach, ma możliwość wypracowania własnego stylu funkcjonowania ze stomią, który dostosowuje do indywidualnych potrzeb. Ważne jest w tym okresie zapewnienie stałej, holistycznej opieki przez personel medyczny, wskazanie możliwości uczestniczenia w organizacjach zrzeszających osoby ze stomią, by jakość życia pacjenta w każdej sferze była możliwie jak najwyższa [2, 23, 24, 25].

PIŚMIENNICTWO

1. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(3): 586-590.
2. Hendren S., Hammond K., Glasgow S.C., Perry W.B., Buie W.D., Steele S.R., Rafferty J.: Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Diseases of the Colon and Rectum* 2015; 58(4): 375-387.
3. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., Szymtkowski J.: Stomia jelitowa- podział i powikłania. *Problemy pielęgniarstwa* 2013; 21(2): 260-265.
4. Pikor K., Tereszkievicz J., Bar K.: Opieka przed- i pooperacyjna nad chorym z urostomią. *Przegląd Urologiczny* 2011; 6(70): 30-34.
5. Golicki D., Styczeń P., Szczepkowski M.: Jakość życia pacjentów ze stomią w Polsce: wielośrodkowe badanie przekrojowe w wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL-BREF. *Przegląd Epidemiologiczny* 2013; 67(3): 589-593.
6. Koc U., Karaman K., Gomceli I., Dalgic T., Ozer I., Ulas M., Ercan M., Bostanci E., Akoglu M.: A Rectrospective Analysis of Factors Affecting Early Stoma Complications. *Ostomy Wound Management* 2017; 63(1): 28-32.
7. Banaszkievicz Z., Cierzniakowska K., Jarmocik P., Jawień A.: Zmiany skórne wokół stomii. *Leczenie ran* 2013; 10(1): 1-6.
8. Boyles A., Hunt S.: Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *British Journal of Nursing* 2016; 25(17): 14-21.
9. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych- systematyzacja ujęć definitywnych. *Hygeia Public Helath* 2011; 46(1): 25-31.
10. Rogowska J., Krajewska-Kulak E., Dorota Kondzior D.: Przystosowanie się do życia pacjentów po wyłonieniu stomii. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 2: 44-54.
11. Burch J.: Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *British Journal of Community Nursing*, 2011; 16(8): 366-373.
12. Burch J.: Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 2011, 107(45), 12-14.
13. McKenna L.S., Taggart E., Stoelting J., Kirkbride G., Forbes G.B.: The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2016; 43(1): 57-61.

14. Vonk-Klaassen S.M., de Vocht H.M., den Ouden M.E., Eddes E.H., Schuurmans M.J.: Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research* 2016; 25(1): 125-133.
15. Jansen F., van Uden-Kraan C.F., Braakman J.A., van Keizerswaard P.M., Witte B.I., Verdonck-de Leeuw I.M.: A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Supportive Care in Cancer* 2015; 23(6): 1689- 1697.
16. Piaszczyk D.L., Janusz Schabowski J.: Problemy medyczne i społeczne pacjentów ze stomią należących do POL-ILKO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(4): 384–389.
17. Braumann C., Müller V., Knies M., Aufmesser B., Schwenk W., Koplin G.: Quality of life and need for care in patients with an ostomy: a survey of 2647 patients of the Berlin OStomy-Study (BOSS). *Langenbecks's archives of surgery* 2016; 401(8): 1191-1201.
18. Cheng F., Meng A.F., Yang L.F., Zhang Y.N.: The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study . *Ostomy Wound Management* 2013; 59(7): 35-38.
19. Danielsen A.K., Burcharth J., Rosenberg J.: Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Disease* 2013; 15(6): 276-283.
20. Cengiz B., Bahar Z.: Perceived Barriers and Home Care Needs When Adapting to a Fecal Ostomy: A Phenomenological Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2017; 44(1): 63-68.
21. Silva A.L., Monteiro P.S., Sousa J.B., Vianna A.L., Oliveira P.G.: Partners of patients having a permanent colostomy should also receive attention from the healthcare team. *Colorectal Disease* 2014; 16(12): 431- 434.
22. Trzeciński R., Biskup-Wróblewska A., Dziki A.: Życie emocjonalne pacjentów ze stomią. *Proktologia* 2005; 6(4): 299-306.
23. Simmons K.L.: A view from here: psychological issues in colostomy care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2014; 41(1): 55-59.
24. Santos V.L., Augusto F.S., Gomboski G.: Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies Managed in an Outpatient Care Setting. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2016; 43(2): 158- 164.

25. Coca C., Fernández de Larrinoa I., Serrano R., García-Llana H.: The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2015; 42(3): 157-263.

ZASADY EDUKACJI ZDROWOTNEJ PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ

Sylvia Chludzińska¹, Patrycja Modzelewska¹, Jolanta Lewko²

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

WSTĘP

Rozwój nauk medycznych daje możliwość skutecznego leczenia chorób nieuleczalnych. Wydłużył się czas trwania życia człowieka i jednocześnie wzrosła liczba osób wymagających specjalistycznej opieki medycznej. Wśród nich są osoby ze stomią jelitową. W Polsce w ciągu ostatnich trzydziestu lat obserwuje się stałą, wzrostową tendencję zachorowalności na schorzenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Mimo rozwoju technik chirurgicznych, wykonywania radioterapii przedoperacyjnej, liczba wykonywanych stomii nie ulega zmniejszeniu. Dane szacunkowe wskazują, że w Polsce każdego roku wykonuje się około 6 tysięcy stomii, przy czym ocenia się, że osób żyjących ze stomią jest około 20 tysięcy z czego większość stanowią kobiety [1,2].

Epidemiologia wyłaniania stomii w Polsce i na świecie

Obecnie w Polsce brakuje danych statystycznych dotyczących liczby chorych ze stomią. Instytucją gromadzącą informacje jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Z danych z 2012 roku wynika, że chorych ze stomią było 41 647. 85% pacjentów stanowiły osoby z wyłonioną kolostomią, a 15% z wyłonioną ileostomią. Mniejszy odsetek wyłanianych stomii stanowi urostomia. Rocznie w Polsce wykonuje się nieco ponad 1000 tego typu zabiegów [2].

W Wielkiej Brytanii żyje około 100 000 osób z wyłonioną stomią, a w Stanach Zjednoczonych szacunkowe dane wskazują na 800 000 pacjentów. Każdego roku w Wielkiej Brytanii przybywa około 20 000 nowych pacjentów ze stomią z czego 60% stanowią pacjenci z kolostomią, 30% z ileostomią, a około 10% to osoby z urostomią. Natomiast w Stanach Zjednoczonych oraz Kanadzie każdego roku odnotowuje się około 120 000 nowych pacjentów

z wylonioną stomią. Średni wiek pacjentów operowanych z koniecznością wylonienia stomii wynosił 65,4 roku [2,3].

Definicja, rodzaje stomii i ich funkcja

Stomia jest to „celowe i chirurgiczne połączenie narządów jamy brzusznej z powierzchnią powłok skórnych, a w przypadku układu pokarmowego i moczowego to połączenie światła tych układów z powierzchnią powłok brzusznych”. Do podstawowych zasad prawidłowego wykonania operacji wylonienia stomii według Turnbulla i Weakleya zalicza się odpowiednią lokalizację, brak napięcia mięśni jelit, dobrze wypreparowany kanał stomijny powłok brzusznych, prawidłowe ukrwienie jelit, przyszycie krezki jelita do ściany jamy brzusznej, wywinięcie śluzówki stomii oraz przyszycie jej do skóry pacjenta. Dokładne miejsce wylonienia stomii powinno być wyznaczone indywidualnie dla każdego pacjenta. Występuje kilka kryteriów podziału stomii. Do najważniejszych zalicza się kryterium czasowe, poziom jelita, na którym została wyloniona stomia oraz budowa stomii [2,3].

Biorąc pod uwagę poziom jelita, gdzie została wyloniona stomia, wyróżniamy przetokę na jelicie grubym – kolostomię, oraz rzadziej wytwarzaną przetokę na jelicie cienkim – ileostomię. Kolostomię wyłania się poprzez zszywanie ścian jelita grubego z powłokami jamy brzusznej. Umiejscowiona jest najczęściej na esicy około 1,5 cm nad powierzchnią skóry. Kolostomię wytworzoną po prawej stronie okrężnicy poprzecznej nazywamy transwersostomią – kolostomią pętlową (dwulufową) ze względu na dwa wejścia do dwóch części jelita. Jest ona stomią czasową, a jej wytworzenie jest spowodowane niedrożnością lewej części okrężnicy oraz odbytnicy [3,4,5].

Ileostomia to zewnętrzna przetoka na jelicie cienkim, wyprowadzana na około 3 cm nad powierzchnią skóry. Wylonienie ileostomii odbywa się poprzez zszywanie ścian jelita krętego z wewnętrznymi powłokami jamy brzusznej. Najczęściej umiejscowiona jest po prawej stronie jelita cienkiego. Ze względu na jej budowę wyróżnia się stomię końcową – jednolufową, oraz boczną – dwulufową, pętlową. Przetoki w obrębie jelita cienkiego wykonuje się u chorych u których dokonano całkowitego, razem z odbytnicą, wycięcia jelita grubego. Taka sytuacja dotyczy pacjentów u których rozpoznano nieswoiste zapalenie jelit i doszło do zniszczenia całego jelita grubego łącznie z odbytnicą. Wykonując przetokę końcową na jelicie krętym nie ma możliwości późniejszego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego.

O wskazaniach do przeprowadzenia operacji wylonienia stomii decydują choroby podstawowe, zastosowany rodzaj operacji, stopień zaawansowania zapalenia otrzewnej, stan

ogólny pacjenta, stopień przygotowania jelita oraz sprawność zespołu operacyjnego. Zabiegi wylonienia stomii wykonuje się ze wskazań nagłych lub planowych. Najczęstszymi wskazaniami do operacji w trybie nagłym są urazy mechaniczne brzucha, ostra niedrożność lub perforacja jelita oraz rozlane kałowe zapalenie otrzewnej [2,3,4].

Wskazania do wylonienia kolostomii w trybie planowym:

- nowotwory jelita grubego oraz odbytu i powikłania pooperacyjne,
- choroby zapalne swoiste i nieswoiste układu pokarmowego ze zmianami odcinkowymi,
- urazy jamy brzusznej, miednicy mniejszej oraz odbytu,
- choroba uchyłkowa jelita grubego i jej powikłania,
- powikłania radioterapii w przypadku nowotworu jelita grubego lub odbytu, popromienne zapalenia odbytnicy,
- zmiany przerzutowe, nacieki nowotworowe lub zapalne w miednicy mniejszej,
- wady wrodzone dolnego odcinka jelita grubego,
- odbarczenie poniżej wykonanego zespolenia jelitowego,
- powikłania pooperacyjne (rozejście się zespolenia, nieuszczelnienie zespolenia),
- zapalenie otrzewnej oraz niedrożność jelit [2,3,4].

Wskazania do wylonienia ileostomii w trybie planowym:

- polipowatość rodzinna jelita grubego,
- wieloogniskowy rak jelita grubego,
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- choroba Leśniowskiego-Crohna,
- rozległa endometrioza jelita grubego,
- zmiany nowotworowe w obrębie kanału rdzenia kręgowego z następstwem nietrzymania stolca i gazów lub brak aktu defekacji,
- ostre zmiany zatorowo-zakrzepowe naczyń kręgowych,
- odbarczenie poniżej wykonanego zespolenia,
- choroba zrostowa po przebytych operacjach.
- porażenna niedrożność jelita grubego (zespół Ogilviego) oraz zapalenie otrzewnej [3,4].

Stomia w dziedzinie urologii – **urostomia** – oznacza wytworzenie przetoki moczowo-skinnej, która ma na celu odprowadzenie moczu poprzez połączenie pęcherza moczowego, moczowodów czy nerki ze skórą z użyciem wstawki jelitowej. Urostomia może mieć charakter

definitywny lub być wytworzona tylko na pewien czas. Przetoka moczowodowo-jelitowo-skórna (ureteroileocutaneostomia) rozpowszechniona przez Bricker'a w 1950 roku jest obecnie jedną z najczęściej stosowanych metod operacyjnych nadpęcherzowego odprowadzania moczu. Polega na wyizolowaniu części jelita, wszczepienia do niego moczowodów i wyłonieniu przetoki na skórze powłok brzusznych. Wyłania się ją po prawej stronie brzucha, poniżej pępka. To rodzaj stomii podobny do przetok jelitowych, gdyż na skórze pacjenta znajduje się wywinięty odcinek jelita grubego lub cienkiego [3,4,5].

Wskazania do wylonienia urostomii:

- nowotwory pęcherza moczowego oraz guzy nienowotworowe upośledzające drożność dróg moczowych,
- choroby zapalne pęcherza moczowego,
- marskość pęcherza moczowego,
- wady wrodzone pęcherza moczowego i dróg moczowych,
- urazy pęcherza moczowego i dróg moczowych,
- nowotwory złośliwe pęcherza moczowego.

Wobec różnorodności przyczyn wylonienia stomii stanowi ona bardzo aktualne zagadnienie dla całego zespołu terapeutycznego, wymaga doskonalenia technik chirurgicznych, zasad opieki okołoperacyjnej oraz badań i dyskusji w zakresie dalszego życia osób ze stomią [4,5].

EDUKACJA PACJENTA W ZAKRESIE STOMII W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

Edukacja pacjenta w zakresie stomii w okresie okołoperacyjnym jest procesem złożonym. Obejmuje przygotowanie psychologiczne, chirurgiczne i pielęgniarstwo.

Okres przedoperacyjny

Przygotowanie przedoperacyjne chorego jest możliwe tylko w przypadku operacji przeprowadzanych w trybie planowym. W przypadku operacji ze wskazań nagłych, chirurg nie ma możliwości przygotować pacjenta psychicznie do obecności stomii po zabiegu. Jeżeli lekarz spodziewa się, że w trakcie operacji może zostać wyloniona stomia, zawsze przed zabiegiem powinien przeprowadzić z pacjentem rozmowę o stomii. Przygotowanie emocjonalne pacjenta

przed operacją ma decydujący wpływ na jego późniejszą akceptację sztucznego odbytu. Pacjent musi wiedzieć o możliwości wyłonienia stomii i wyrazić pisemną zgodę. Rozmowa powinna być przeprowadzona w sposób zrozumiały dla pacjenta. Chirurg powinien wyjaśnić wątpliwości dotyczące choroby oraz związanej z nią stomii. Obecnie wzrasta zapotrzebowanie chorych na pełną informację o swojej chorobie i rozpoznaniu. Sposób przeprowadzenia rozmowy z pacjentem może być różny. Należy ją prowadzić indywidualnie w zależności od osobowości każdego pacjenta. Najważniejszym elementem jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego. W wielu przypadkach nie wystarcza sama rozmowa lekarza z chorym. Trzeba poprosić o współpracę rodzinę oraz skorzystać z pomocy psychologa. Pozytywną rolę w akceptacji nowej sytuacji życiowej przez pacjenta mogą spełnić wolontariusze stomijni. Są to byli pacjenci, którzy tak jak nikt potrafią wczuć się w sytuację chorego oczekującego na operację [4,5,6].

Jednym z ważniejszych elementów przygotowania pacjenta do operacji jest wyznaczenie miejsca stomii. Brzuch ocenia lekarz w czasie ambulatoryjnej wizyty w Poradni Stomijnej. Wyznaczenie miejsca polega na właściwej ocenie brzucha pacjenta w pozycjach: leżącej, stojącej i siedzącej. Warunki, jakie muszą być spełnione to: gładka powierzchnia brzucha, miejsce widoczne dla pacjenta w linii poniżej lub powyżej pasa, w przebiegu mięśnia prostego brzucha. Niewłaściwe położenie stomii może uniemożliwić pacjentowi jej prawidłowe zabezpieczenie sprzętem stomijnym, prowadzić do stanów zapalnych skóry wokół stomii. Po wyznaczeniu optymalnego miejsca choremu proponuje się założenie worka stomijnego. Pielęgniarka stomijna powinna pokazać sprzęt stomijny i pomóc pacjentowi w jego wyborze. Wizyta przedoperacyjna w Poradni Stomijnej jest dobrym momentem na rozmowę o przyszłej stomii. Takie postępowanie jest możliwe tylko w przypadku operacji planowej. Wyznaczenie miejsca stomii odgrywa bardzo ważną rolę w późniejszej rehabilitacji pacjenta i ma wpływ na jego komfort życia, dlatego tak ważna jest ta procedura przedoperacyjna [5,6].

Przed operacją chirurg i anestezjolog oceniają ryzyko planowanej operacji z uwzględnieniem choroby podstawowej pacjenta i wszelkich innych chorób, które mogą mieć wpływ na przebieg okołoperacyjny. Jedną ze skal oceny przedoperacyjnej jest 5-stopniowa skala ASA (*American Society of Anaesthesiology*), która analizuje ryzyko anestezjologiczne. Należy zwrócić uwagę na choroby współistniejące układu sercowo – naczyniowego, oddechowego, nerek i wątroby oraz układu wewnętrzwydzielniczego. Ważna jest ocena stanu immunologicznego, wieku pacjenta oraz stanu odżywienia.

Przedoperacyjne przygotowanie przewodu pokarmowego do operacji od kilku lat jest tematem wielu dyskusji i analiz naukowych uwzględniających ryzyko nieuszczelności zespołów jelitowych i zaburzeń w gojeniu się miejsca operowanego (Surgical Site Infections – SSI). Do metod przygotowania jelit według MBP (*Mechanical Bowel Preparation*) należy podanie doustnego, obojętnego osmotycznie roztworu (PEG – glikol polietylenowy) w przeddzień planowanej operacji. Ważne jest aby pacjent wypił odpowiednią ilość płynu w zależności od masy ciała (2 – 4 litry) w odpowiednim czasie (250 ml co 15 minut). Inną metodą jest podanie doustnego preparatu fosforanu sodu, które jest lepiej tolerowane przez pacjenta i pozwala uzyskać lepsze oczyszczenie. Uzupełnieniem przygotowania doustnego są przedoperacyjne wlewy doodbytnicze. Ważnym zaleceniem jest antybiotykoprofilaktyka okołooperacyjna. Stosuje się ją w formie dożylniej, doustnej lub łączonej. Najczęściej są to antybiotyki z grupy cefalosporyn uzupełnionych metronidazolem: cefazolina (1 – 2g dożylnie) łącznie z metronidazolem (0,5g dożylnie) lub cefuroksym 1,5 – 3g z metronidazolem (0,5g dożylnie). Innymi stosowanymi antybiotykami są ampicyliny z sulbaktamem, amoksycyliny z klawulanianem czy ceftriakson. Podsumowaniem zasad postępowania w okresie okołooperacyjnym u pacjentów przed planowaną operacją w obrębie przewodu pokarmowego są rekomendacje z 2012 roku grupy ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), IASMEN (*International Association for Surgical Metabolism and Nutrition*) i ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*). Opierają się na systemie GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*). Najistotniejszymi zaleceniami związanymi bezpośrednio z przygotowaniem chirurgicznym są informacje przedoperacyjne dla pacjenta, przedoperacyjne przygotowanie przewodu pokarmowego, przedoperacyjne żywienie i płynoterapia, zaleca się płynną podaż węglowodanów (dieta doustna do 6 godzin przed operacją, płyny do 2 godzin), profilaktyka przeciwzakrzepowa, profilaktyka antybiotykowa i przygotowanie skóry (dawka antybiotyku musi być podana 30 – 60 minut przed zabiegiem). Kolejne elementy rekomendacji obejmują inne działania w okresie okołooperacyjnym, w tym czynności pielęgniarstwa i anestezjologiczne [6,7,8].

Okres pooperacyjny

Doniesienia z przeglądu piśmiennictwa jednoznacznie wskazują, że do najczęstszych przyczyn powikłań stomii należy niewłaściwa technika jej wykonania lub nieprawidłowe miejsce wyłonienia. Wczesna chirurgiczna opieka pooperacyjna wobec pacjenta ze stomią powinna oprócz czynności typowych takich jak: ocena stanu ogólnego, wydolności oddechowej, układu krążenia, diurezy, kontroli opatrunku, drenażu, profilaktyki

przeciwdleżynowej i przeciwwzkrzepowej oraz walki z bólem pooperacyjnym, skupiać się na zapobieganiu możliwym powikłaniom, obserwacji chorego pod kątem ich występowania oraz szybkim reagowaniu w przypadku ich wystąpienia.

Ważnym elementem w procesie opieki nad pacjentem z wylonioną stomią jest właściwe zbilansowanie gospodarki wodno – elektrolitowej. Powinno być indywidualnie dobrane do pacjenta i uwzględniać śródoperacyjną utratę płynów, chorobę podstawową, choroby współistniejące, obecność zapalenia otrzewnej, wiek chorego oraz miejsca wylonionej stomii. W przypadku kolostomii niewystarczająca podaż płynów, a w przypadku ileostomii lub jejunostomii niedobór traconych elektrolitów przyczyniają się do wystąpienia powikłań okresu pooperacyjnego – wystąpieniu podniedrożności czy dyselektroliemii. Problemem w opiece pooperacyjnej może być poliuria, która nasila zaburzenia elektrolitowe wynikające m. in. z wysoko wylonionej stomii na jelicie cienkim. Pomocna jest laboratoryjna ocena zdolności zagęszczania moczu przez nerki, ocena wydalanych elektrolitów (dobowa zbiórka moczu), pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego (*central venous pressure* – CVP), parametrów wydolności nerek czy wskaźników przeciążenia serca (NT-proBNT).

Istotnym aspektem jest uśmierzanie bólu pooperacyjnego. Należy pamiętać, że stosowanie silnych leków przeciwbólowych (opiodów) osłabia perystaltykę przewodu pokarmowego i konieczna jest podaż leków prokinetycznych. Najczęściej stosuje się schemat ciągłego wlewu anestetyków za pomocą pompy i cewnika zewnątrzoponowego (0,1% bupiwakaina + 1-5ml fentanylu) oraz godzinowa podaż niesteroidowych leków przeciwzapalnych we wczesnym okresie pooperacyjnym [7,8,9].

Poza monitorowaniem czynności życiowych pacjenta i nadzorem farmakologicznym, niezbędne jest jego badanie przez lekarza prowadzącego. Ocenia stan ogólny chorego, wskaźniki zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (czynność serca, temperatura ciała, częstość oddechów, liczba leukocytów, granulocytów obojętnochłonnych). Opisuując ranę pooperacyjną, zwraca uwagę na jej wygląd, ucieplenie, obecność wydzieliny oraz przebieg zrostu i gojenie. Tkliwość, obrzęk, wzmożone ucieplenie, zaczerwienienie sugerują zakażenie, natomiast utrzymujący się wysięk surowiczo – krwistej treści może nasuwać podejrzenie rozejścia się brzegów rany. Ropienie rany wymaga weryfikacji lekarza i oceny, czy nie ma połączenia w tkance podskórnej między raną brzuszną a raną stomijną.

Pacjent z wylonioną stomią powinien zostać zaopatrzony w sprzęt stomijny już w sali operacyjnej. Jest to ważne, by pacjent nie był przerażony z powodu wypływającej treści jelitowej oraz aby chronić ranę pooperacyjną przed zakażeniem. Worek powinien być przezroczysty, co umożliwia dokładne oglądanie stomii we wczesnym okresie pooperacyjnym.

W przebiegu pooperacyjnym ocenia się wygląd stomii, jej żywotność, wielkość, wysokość oraz umocowanie i funkcję. Wnikliwa obserwacja i szybka interwencja chirurgiczna może zapobiec rozwojowi następstw wczesnych powikłań: niedokrwienia, obrzęku, krwawienia, zapadnięcia się lub wypadnięcia stomii.

We wczesnym okresie pooperacyjnym wszelkie czynności przy pielęgnacji stomii wykonuje pielęgniarka opatrunkowa, pielęgniarka stomijna lub lekarz. Są to pierwsze osoby, które uczą chorego zasad pielęgnacji stomii oraz doboru odpowiedniego sprzętu stomijnego. Rola pielęgniarki stomijnej w przygotowaniu pacjenta do życia z odbytem brzuszny jest nie do przecenienia. Jest to osoba przygotowana fachowo do pracy z pacjentem ze stomią. Od jej wiedzy i cech osobowości w dużej mierze zależy, jak będzie przebiegał proces adaptacji pacjenta do nowej sytuacji w życiu ze stomią. We wczesnym okresie pooperacyjnym chory biernie obserwuje czynności pielęgniarki, by w późniejszym okresie móc aktywnie samemu wykonywać czynności pielęgnacyjne wokół stomii. Pielęgniarka uczy w jaki sposób pielęgnować skórę wokół stomii. Jednym z elementów edukacji pooperacyjnej jest też udostępnienie choremu materiałów informacyjnych w postaci ulotek czy broszur.

Okres pobytu chorego w szpitalu obecnie jest krótki. Jeżeli powikłania pooperacyjne nie występują, pacjent jest wypisywany do domu w 7 – 8 dobie. Personel medyczny – lekarz i pielęgniarka stomijna w tym czasie powinni przygotować go do samodzielnej pielęgnacji stomii. Ważna jest pomoc w adaptacji chorego do brzusznego odbytu, która obejmuje akceptację psychiczną, opanowanie umiejętności pielęgnacji oraz doboru i zmiany sprzętu stomijnego. Należy przekazać wiedzę w zakresie oceny i funkcjonowania stomii oraz możliwości uzyskania pomocy w Poradni Stomijnej [8,9].

Zadania edukacyjne wobec pacjenta w zakresie pielęgnacji stomii przed zakończeniem hospitalizacji:

1. Skóra wokół stomii powinna być delikatnie myta wodą z mydłem o pH zbliżonym do pH skóry oraz pozostawiona do wyschnięcia. Dostępne są specjalne gaziki do oczyszczania skóry: zmywacz w płynie oraz w postaci nasączonych chusteczek. Należy smarować skórę płynem ochraniającym lub kremem ochronnym.
2. Należy zwracać szczególną uwagę, aby skóra była sucha przed przyklejeniem przylepca, co warunkuje dobre przyleganie płytki do skóry, a tym samym jej dłuższe utrzymanie.
3. Jeżeli wokół stomii powierzchnia skóry nie jest gładka, należy stosować pastę uszczelniającą, która wypełni nierówności, ewentualnie wykorzystuje się pierścienie uszczelniające, zapobiegające wyciekowi kału czy moczu pod płytkę.

4. Średnica otworu w płytce stomijnej powinna pozostawiać 2 – 3 milimetrowe pasmo skóry wokół przetoki. Zbyt duży otwór to ryzyko podrażnienia skóry wokół stomii, a zbyt mały powoduje wyciekanie kału lub moczu poza sprzęt stomijny.
5. Płytkę stomijną powinna być zmieniana co 3 – 7 dni.
6. Worek stomijny należy wymieniać wtedy, gdy jego wypełnienie sięga $\frac{1}{3}$ jego objętości. Taka czynność chroni przed nadmiernym podrażnieniem skóry wokół stomii.
7. Worki stomijne wielokrotnego użycia należy myć, następnie pozostawić do wysuszenia.
8. Na noc zaleca się zakładanie worków stomijnych o większych objętościach w celu zapobiegania wyciekowi kału lub moczu.
9. Nieprzyjemny zapach wokół stomii można eliminować przez wypijanie większej ilości płynów (około 2-2,5 litra) oraz wymianę worków w razie potrzeby. Nieprzyjemną woń nasila spożywanie szparagów, natomiast ogranicza ją spożycie żurawin.
10. Pacjent powinien sam ocenić stomię pod kątem zmian w kolorze, kształcie i wielkości oraz rozpoznać u siebie ewentualne powikłania: zmiany skórne, wciągnięcie stomii, zwężenia stomii, przepukliny okołostomijne, wypadanie stomii [9,10].

Powikłania wczesne i późne wylonionej stomii.

Wczesne powikłania po wylonieniu stomii:

- **Obrzęk stomii.** Występuje często w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Jedną z przyczyn jego powstania jest zbyt wąski kanał stomijny w powłokach brzusznych i ucisk naczyń żylnych, co prowadzi do obrzęku błony podśluzowej. Obrzęk ustępuje najczęściej samoistnie. Jedną z metod leczenia są okłady z kwasu bornego lub 10 – procentowego roztworu glukozy wykonywane przez kilka dni.
- **Niedokrwienie stomii.** Przyczyną niedokrwienia stomii może być niezachowanie połączenia biegnącego wzdłuż lewej połowy okrężnicy i zbyt duże napięcie naczyń krezki lub ucisk tych naczyń. Śluzówka stomii przybiera kolor ciemnoczerwony, dlatego w celu dokładnego monitorowania i obserwacji stomii używa się przezroczystych worków stomijnych. W celu oceny zakresu zmian niedokrwiennych należy wprowadzić endoskop wewnątrz stomii, aby obejrzeć jej śluzówkę.
- **Martwica stomii.** Jest następstwem ostrego niedokrwienia stomii. Stomia najpierw przybiera kolor czarny i nie krwawi po nakłuciu igłą. Jeśli obszar martwicy dotyczy niewielkiego fragmentu, należy wykonać nekrektomię. Jeśli zmiana dotyczy większej części stomii, wykonuje się nekrektomię połączoną z jej plastyką. Gdy cała stomia jest zajęta martwicą, należy wykonać stomię od nowa po usunięciu tkanek martwiczych.

- **Wciągnięcie stomii.** Jeśli u pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym występuje wciągnięcie stomii, świadczy to o zbyt dużym napięciu jelita spowodowanym jego niedostatecznym uwolnieniem. Niewielkie wciągnięcie stomii wymaga zaopatrzenia sprzętem stomijnym. Wciągnięcie znacznego stopnia wymaga interwencji chirurgicznej.
- **Krwawienie ze stomii.** Zdarza się często we wczesnym okresie pooperacyjnym i jest spowodowane mechanicznym urazem stomii bądź w wyniku wysychania czy podrażnienia śluzówki wyłonionej stomii. Zaleca się chorym częste natłuszczanie śluzówki jelita wazeliną, aby zapobiec powikłaniom. Krwawienie najczęściej ustępuje samoistnie lub poprzez założenie opatrunku z adrenaliną.
- **Zakażenie rany stomijnej.** Objawami zakażenia rany stomijnej są: obrzęk, zaczerwienienie, bolesność tkanek wokół stomii i wzmożone ucieplenie. Rzadko występuje we wczesnym okresie pooperacyjnym. Jest związane z wyciekami treści jelitowej do zespolenia skórno – jelitowego w wyniku nieuszczelnienia szwów wokół stomii. W przypadku zapalenia tkanki podskórnej trzeba rozważyć zastosowanie antybiotykoterapii. Częste zakażenia wokół stomii mogą prowadzić do powstawania przetok okołostomijnych.
- **Przetoka okołostomijna.** Przyczyną jej powstania może być uraz jelita lub przewlekły proces zapalny, a w przypadku kolostomii wycięcie uchyłka jelita przebiegającego w kanale. Aby uniknąć powikłań należy pamiętać o delikatnym preparowaniu tkanek jelita i ostrożnej pielęgnacji stomii we wczesnym okresie pooperacyjnym. Obecność przetoki okołostomijnej to wskazanie do korekcji operacyjnej, która polega na usunięciu przetoki i prawidłowym wykonaniu stomii.
- **Powikłania metaboliczne.** Zakres powikłań metabolicznych zależy od rozległości resekcji jelita i rodzaju stomii. Postępowanie metaboliczne w bezpośrednim okresie pooperacyjnym obejmuje uzupełnienie elektrolitów i płynów oraz pokrywanie dziennego zapotrzebowania energetycznego. Należy stale monitorować poziom białka, stężenie jonów sodu, potasu, magnezu, wapnia, fosforu, żelaza, witamin A, D, E, B₁₂. Dzięki temu możliwa jest wczesna identyfikacja niedoborów i zapobieganie ich wystąpieniu [10,11,12].

Późne powikłania po wyłonieniu stomii:

- **Przepuklina okołostomijna.** Jest patologicznym uwypukleniem zawartości jamy brzusznej lub tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej przez defekt w powłokach skórnych do worka przepuklinowego u chorego z wyłonią stomią. Często przepuklina jest bezobjawowa, jeśli występują objawy są to: ból brzucha, uwypuklenie powłok brzusznych w okolicach stomii, asymetria powłok przedniej ściany powłok jamy brzusznej. Standardem w

diagnostyce przepukliny okołostomijnej jest kliniczne badanie chorego, tomografia komputerowa z próbą Valsavy lub rezonans magnetyczny. Wszyscy pacjenci u których stwierdzono przepuklinę wymagają leczenia operacyjnego.

- **Diversion colitis.** Jest niespecyficznym procesem zapalnym i zanikowym błony śluzowej jelita grubego, który powstał na skutek chirurgicznej zmiany kierunku pasażu. W konsekwencji zmniejsza się powierzchnia błony śluzowej jelita grubego i występują zaburzenia jego czynności. W większości przypadków przebieg choroby jest bezobjawowy. Cechami klinicznymi są: uczucie parcia, bóle w dolnej części jamy brzusznej, wyciek treści surowiczo – krwistej z odbytu.
- **Okołostomijne zmiany dermatologiczne.** Podrażnienia skóry wokół stomii są najczęściej wynikiem urazu mechanicznego, kontaktu z treścią jelitową i reakcją alergiczną na klej oraz same worki stomijne. Inną przyczyną są zakażenia grzybicze wywołane antybiotykoterapią i sterydoterapią.
- **Zaparcia.** Stanowią poważny problem pacjentów i prowadzą do objawów: bóle jamy brzusznej, nadmierne gromadzenie gazów, powstanie przetoki okołostomijnej, wypadanie stomii. Leczenie należy rozpocząć od stosowania zaleceń dietetycznych i spożywania dużej ilości wody [13,14,15].

Edukacja zdrowotna wobec pacjenta po wyłonieniu stomii

1. Pielęgnacja skóry wokół stomii

Najważniejsze jest, aby skóry nie przemywać spirytusem czy innymi środkami wysuszającymi. Najlepsza do przemywania jest woda z mydłem. Odczyn mydła powinien być kwaśny, podobny do odczynu skóry. Do pielęgnacji skóry wokół stomii stosuje się specjalne kosmetyki stomijne, które są w postaci m.in. kremów przeciwdparzeniowych. Ważne jest, aby proces edukacji odbywał się w warunkach intymności, bez udziału osób niespokrewnionych. Pacjent może być skrupowany pokazywaniem stomii innym osobom [16].

2. Dobór sprzętu stomijnego

We wczesnym okresie pooperacyjnym dobiera się sprzęt stomijny najwłaściwszy dla danego chorego. W Polsce obecnie działa kilka firm, które oferują sprzęt stomijny. Ważne jest zapoznanie ze wszystkimi rodzajami sprzętu stomijnego i pomoc w wyborze najlepszego. System jednocześnie stosowany jest przez chorych z uwagi na bardziej higieniczny oraz prostszy w użyciu. Worki mogą być zamknięte z filtrem pochłaniającym zapach w szerokiej gamie rozmiarów i wielkości worka oraz worki odpuszczane, które w dolnej części posiadają otwór zamykany zapinką. Jeśli przylepiec dobrze utrzymuje się na skórze pacjenta

może być przyklejony do skóry przez 2-3. Worki mogą być przezroczyste, wówczas widoczna jest stomia i wydzielina ze stomii, oraz worki beżowe (cieliste). System dwuczęściowy składa się z dwóch elementów: płytki stomijnej i woreczków doczepianych na zasadzie zatrzasku. System dwuczęściowy jest prostszy w obsłudze, ponieważ płytka pozostaje na skórze nawet kilka dni. Wymienia się tylko worki stomijne. Sprzęt synergiczny to sprzęt pośredni między jednoczęściowym i dwuczęściowym. Składa się z płytki stomijnej i worka stomijnego. Płytką jest cienka i giętka, a worek nie ma sztywnego pierścienia. Dlatego całość jest bardzo elastyczna. Mini Capy to małe nakładki do zabezpieczenia kolostomii. Mogą być stosowane, gdy opróżnianie jest uregulowane, np. kiedy wykonuje się irygacje. Zapinki lub klipsy służą do zamykania worków otwartych. Przed wypisem ze szpitala pacjent powinien otrzymać wszystkie elementy sprzętu stomijnego, które pozwolą na zaopatrzenie stomii oraz informację o refundacji sprzętu stomijnego [17,18].

3. Refundacja sprzętu stomijnego

Według Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia „w sprawie zasad zaopatrywania w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych osobom ze stomią przysługuje bezpłatny, w 100 procentach refundowany przez NFZ, sprzęt stomijny”. Od 1 stycznia 2004 roku obowiązują jednolite limity miesięczne na sprzęt stomijny w Polsce i wynoszą: kolostomią – 3000 złotych, ileostomią – 400 złotych, urostomią – 480 złotych. Wniosek na sprzęt stomijny wypisuje lekarz specjalista (chirurg, w przypadku urostomii urolog) lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Wniosek wydawany jest na okres trzech miesięcy, przy czym pacjent może zrealizować go na miesiące, które nie upłynęły od daty wystawienia. Musi być potwierdzony przez właściwą komórkę organizacyjną Narodowego Funduszu Zdrowia. Do 2012 roku refundowany był szeroki zestaw środków pomocnych w pielęgnacji, a więc nie tylko worki i płytki stomijne. W 2012 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził ograniczenia w refundacji sprzętu stomijnego i zawęził katalog do trzech produktów: pierścieni uszczelniających, pasty uszczelniająco – gojącej oraz zestawu do irygacji [18,19].

4. Informacja o wizycie kontrolnej Poradni Stomijnej

Należy wskazać pacjentowi Poradnię Stomijną, znajdującą się w pobliżu jego zamieszkania i zachęcić do jak najszybszej wizyty po wypisie ze szpitala w celu kontroli funkcjonowania stomii. Pierwsza wizyta chorego w Poradni Stomijnej powinna odbyć się w ciągu pierwszego tygodnia po opuszczeniu szpitala [19].

5. Zasady aktywności fizycznej

Rehabilitacja u pacjenta ze stomią ma na celu przywrócenie aktywności fizycznej, psychicznej czy też pomoc w powrocie do czynności zawodowych. We wczesnym okresie pooperacyjnym nie zaleca się ćwiczeń wymagających dużego napięcia mięśni brzucha. Należy unikać nadmiernych przeciążeń i napięć uruchamiających tłoczną jamy brzusznej. Wszystkie zmiany powinno wprowadzać się powoli. Na początku dobrą formą aktywności fizycznej są spacer. Bardzo dobrą formą ćwiczeń nie obciążających mięśni tłoczni brzusznej jest jazda na rowerze. Każdy rodzaj aktywności fizycznej pacjent powinien konsultować z fizjoterapeutą i lekarzem prowadzącym. Stopniowa odbudowa tkanki mięśniowej okolicy brzucha powinna zacząć się po upływie trzech miesięcy od operacji. Prawidłowo przygotowany i wykonywany zestaw ćwiczeń pozwoli utrzymać prawidłową postawę ciała i wzmocnić mięśnie okolicy jamy brzusznej. Aktywność fizyczna ma istotny wpływ na dobre samopoczucie i ogólny stan zdrowia, dlatego jest szczególnie ważny u osób z wylonioną stomią [18,20].

6. Zasady żywienia pacjenta z wylonioną stomią

Bezpośrednio po operacji wylonienia stomii zasady żywienia zależą od stanu zdrowia pacjenta oraz zakresu zabiegu. Dzięki modyfikacjom żywieniowym można skutecznie zapobiegać lub łagodzić dolegliwości i dyskomfort związany z wylonioną stomią. Najczęstszymi problemami z którymi zgłaszają się chorzy to: uporczywe biegunki, zaparcia, bóle brzucha, wzdęcia, nadmierna produkcja gazów, nieprzyjemny zapach wokół stomii, głośnie przelewanie się treści jelit. Czasem w początkowym okresie pooperacyjnym może dochodzić do zaburzeń w trawieniu tłuszczów. Związane jest to z okresowym ograniczeniem ich spożycia. Po operacji wylonienia stomii kolejne produkty i potrawy należy wprowadzać pojedynczo i w niewielkich ilościach. Trzeba prowadzić obserwacje ich indywidualnej nietolerancji (nudności, wymioty, wzdęcia). Należy zachowywać zasady prawidłowego żywienia i stosować dietę lekkostrawną. Odpowiednia dieta wpływa na regularne wypróżnienia, ich konsystencję i tym samym na samopoczucie chorego [10,11].

Opieka nad pacjentem ze stomią w warunkach ambulatoryjnych w Poradni Stomijnej

Pacjent z wylonioną stomią już w pierwszych dniach po wypisie ze szpitala powinien zostać objęty opieką przez lekarza rodzinnego i pielęgniarkę stomijną. Rodzaj pomocy, jakiej oczekuje chory i jego rodzina zależy od stanu fizycznego, psychicznego, wieku, przyczyny wylonienia stomii, stopnia jej akceptacji i poziomu wykształcenia pacjenta. Stomia to nie tylko problem zdrowotno – chorobowy, ale także psychologiczny, który może całkowicie

zdezorganizować życie. Chorzy bardzo często doświadczają uczucia bezradności i wstydu, mają obniżone poczucie własnej wartości, doznają poczucia utraty kontroli nad życiem i wycofują się z relacji społecznych i rodzinnych. Należy zbudować właściwą relację między lekarzem, pielęgniarką stomijną i pacjentem, która pozwoli na wcześniejsze przedstawienie możliwości wzmocnienia kontroli nad swoim stanem zdrowia i poprawę jakości życia. Wczesne rozpoznanie powikłań związanych ze stomią stanowi bardzo ważny aspekt w procesie opieki nad chorym ze stomią. W przypadku wystąpienia wątpliwości diagnostycznych lekarz rodzinny powinien kierować chorego do wyspecjalizowanych poradni celem oceny stanu zdrowotnego, dalszej diagnostyki oraz leczenia.

Pielęgniarka stomijna zapewnia bezpośrednią opiekę, wsparcie, edukację oraz pomaga chorym w rehabilitacji powrocie do zdrowia. Jest to proces ciągły, rozpoczyna się przed operacją i trwa do końca życia pacjenta [21,22].

Psychologiczne problemy pacjentów z wylonioną stomią

Lęk i uczucie bólu to podstawowe doświadczenie emocjonalne z którym borykają się pacjenci oddziałów chirurgicznych. Okaleczenie ciała i zmiana jego funkcjonowania wpływają na stan psychologiczny pacjentów. Badania pokazują, że około 15 – 20% osób leczonych chirurgicznie doświadcza długotrwałych, utrzymujących się ponad rok po operacji, ograniczeń fizycznych, społecznych oraz emocjonalnych. Z badań wynika, że im dłuższe jest leczenie pacjenta, im więcej jest stosowanych procedur i występują powikłania pooperacyjne, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD). Pierwsze badania, które uwzględniają problematykę psychologiczną związaną ze stomią sięgają lat 50. XX wieku. W świetle publikowanych prac można przedstawić wiele problemów psychospołecznych pacjentów związanych ze stomią. Problemy emocjonalne to lęk, depresja i zaburzenia adaptacyjne, poczucie utraty własnej wartości, wstyd, utrata sensu życia, poczucie krzywdy, brak samoakceptacji są psychologicznymi konsekwencjami stomii. Wyloniona stomia powoduje znaczne ograniczenie aktywności fizycznej, zmianę stylu życia i spędzania wolnego czasu (unikanie sportów, ograniczenia w podróżowaniu, ograniczenie kontaktów interpersonalnych i unikanie życia towarzyskiego). Pojawiają się problemy związane z izolacją społeczną, wycofaniem i wykluczeniem. Z badań wynika, że 65 – 90% osób ze stomią uzyskało po operacji potrzebne im wsparcie społeczne ze strony rodziny, przyjaciół i personelu medycznego. Jednocześnie aż 10 – 35% osób pytanym o wsparcie twierdzi, że nie uzyskało wsparcia na miarę potrzeb [5,23].

Pomoc POL – ILKO w problemach pacjenta ze stomią

Idea wzajemnej pomocy wśród chorych z określoną grupą schorzeń czy niepełnosprawnością jest najlepszym wzorem do naśladowania i stymulatorem do działania. Organizacją działającą na rzecz chorych ze stomią w Polsce jest Polskie Towarzystwo Stomijne POL – ILKO. Powstało w 1987 roku w Poznaniu. **Obecnie istnieje ponad 20 regionalnych oddziałów i klubów w całej Polsce.** Organizacja jest stowarzyszona w Europejskim oraz Światowym Stowarzyszeniu Stomijnym. Celami statutowymi **Polskiego Towarzystwa Stomijnego jest pomoc i wsparcie** w prawidłowej rehabilitacji i powrocie do pełnej aktywności życiowej dla osób ze stomią, działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane do stomików i całego społeczeństwa, działania na rzecz osób posiadających stomię, promocja oraz organizacja wolontariatu wzajemnego niesienia pomocy, niesienie wszechstronnej pomocy w szybkim powrocie do aktywności życiowej osób posiadających stomię oraz udzielanie wsparcia psychicznego pacjentom nowo operowanym i ich rodzinom. Rolą wolontariuszy stomijnych jest organizacja wzajemnych spotkań i niesienie pomocy ludziom, których łączy posiadanie stomii [23,24].

WNIOSKI

Holistyczna edukacja pacjentów z wylonioną stomią ma pozytywny wpływ na jakość życia chorych i wykonywanie codziennych czynności życiowych. Wdrożenie procesu edukacji zdrowotnej w już okresie okołoperacyjnym pozwala na lepszą naukę pacjentów w zakresie obserwacji i pielęgnacji stomii z pomocą wielospecjalistycznego zespołu medycznego, zwiększenie wiedzy chorych na temat stomii, a także powoduje skrócenie pobytu w szpitalu po wylonieniu stomii. Dalsza kompleksowa edukacja jest prowadzona w Poradnii Stomijnej przez ten sam zespół terapeutyczny. Pozwala to na zmniejszenie kosztów edukacji pacjenta, który ma zapewniony stały dostęp do specjalistów i całościową opiekę medyczną w Poradnii Stomijnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bazaliński D., Barańska B., Cipora E.: Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności. *Medycyna Rodzinna*; 2006: 9(3), 58-63.
2. George BD., Perrin A.: Stomas and related problems. *Anorectal and colonic diseases*. Berlin Heidelberg 2010.

3. Szczepkowski M.: Dobra stomia. *Postępy Nauk Medycznych* 2006; 5: 240-250.
4. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95: 586-590.
5. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M.: Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Termedia Wydawnictwo Medyczne. Poznań 2014.
6. Cao F., Li J., Li F.: Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: updated systemic review and meta – analysis. *International Journal of Colorectal Disease* 2012: 803-810.
7. Kózka M., Bazaliński D.: Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 337-341.
8. Kózka M., Bazaliński D., Cipora E.: Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 57-62.
9. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z., Skura – Madziała A., Furmanik F.: Opieka nad pacjentem ze stomią. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue* 2011; 2: 9-19.
10. Kołodziejczak M.: Opieka nad pacjentem ze stomią. *Medycyna Rodzinna* 2006; 2: 32-36.
11. Snarska J., Doroszkiewicz E.: Chorzy ze stomią. *Gastroenterologia Praktyczna* 2011; 6: 23-29.
12. Jędrasiak L., Skokowska B., Bączyk G.: Pacjent ze stomią – funkcja edukacyjna pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie* 2007; 2(24): 128-131.
13. Kózka M., Bazaliński D., Cipora E.: Wiedza pacjenta z przetoką jelitową elementem przygotowania do samoopieki. *Zdrowie Publiczne* 2006; 4: 591–595.
14. Chrobak A.: Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wylonioną stomią jelitową. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2009; 26: 155-579.
15. Montedori A., Cirocchi R., Farinella E.: Covering ileo – or colostomy in anterior resection for rectal carcinoma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 12: 4-7.
16. Tan W., Tang C., Shi.: Meta – analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. *British Journal of Surgery* 2009; 96: 462-472.
17. Gustafsson U., Scott M., Schwenk W.: Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *World Journal of Surgery* 2013; 37: 259-284.

18. Cao F., Li J., Li F.: Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: updated systemic review and meta – analysis. *International Journal of Colorectal Disease* 2012; 27: 803-810.
19. Szewczyk J., Bajon A.: Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wyłonią stomią jelitową. *Polski Merkurusz Lekarski* 2009; 26: 155-575.
20. Krouse R., Grant M., Ferrell B.: Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research* 2007; 138: 79-87.
21. Zheng MC., Zhang JE., Qin HY.: Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: views and experiences of patients and enterostomal nurses. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; 17: 184-189.
22. Lynch B. M., Hawkes A. L., Steginga S. K.: Stoma surgery for colorectal cancer: a population based study of patient concerns. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 2008; 35: 424-428.
23. Banasiewicz T., Drews M.: Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in Open Abdomen – an Animal Model for Surgeons Training. *Negative Pressure Wound Therapy* 2014; 1: 48-53.
24. Szadowska-Szlachetka Z., Janczaruk M., Kijewska J., Starosławska E., Łuczyk M.: Expected and received support as well as its providers at patients with emerged intestinal stoma. *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5: 91-102.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z WYŁONIONĄ STOMIĄ***Patrycja Modzelewska¹, Sylwia Chludzińska¹, Jolanta Lewko²***

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

WSTĘP

Stomia jest celowym połączeniem światła narządu ze skórą. Ze względu na miejsce wyłonienia wyróżnia się: kolostomię – przetokę wyłanianą w obrębie jelita grubego, ileostomię – w obrębie jelita cienkiego, a także urostomię – czyli połączenie pęcherza moczowego lub moczowodów ze skórą. Wyłonienie stomii wpływa na wiele aspektów życia człowieka, a przede wszystkim na jakość jego życia. Pacjent z wyłonią stomią doświadcza zmian w każdej sferze swojego funkcjonowania: fizycznej, psychicznej, społecznej i ekonomicznej. W zakresie funkcjonowania fizycznego chory mierzy się z ograniczeniami wykonywania aktywności życia codziennego. Te ograniczenia wpływają bezpośrednio na aktywność zawodową, a tym samym na sytuację ekonomiczną chorego ze stomią. W sferze psychospołecznej pacjenta ogarnia lęk przed odrzuceniem i brakiem akceptacji ze strony otoczenia. Osoba z wyłonią stomią często zmaga się z zaburzeniami samooceny i samoakceptacji [1,2].

Pacjent musi zaadaptować się do wszystkich zmian, jakie niesie ze sobą wyłonienie stomii. W tym celu niezbędna jest pomoc ze strony interdyscyplinarnego zespołu składającego się z lekarza, pielęgniarki stomijnej, psychologa oraz dietetyka. Ważną rolę pełni poradnia stomijna, gdzie pacjent ma możliwość dalszego kontynuowania leczenia i dostęp do całego zespołu terapeutycznego. W tym miejscu chory otrzymuje edukację na temat prawidłowej samopielęgnacji stomii, zaopatrzenie w przypadku powikłań, konsultację lekarską, psychologiczną oraz dietetyczną. Pacjent ma możliwość uczestnictwa w spotkaniach z innymi osobami ze stomią organizowanymi przed towarzystwa stomijne. Wszystkie te działania wpływają bezpośrednio na jakość życia chorego z wyłonią stomią i dążą do zapewnienia możliwie najwyższej jakości w każdej sferze życia [1,2].

CELE PRACY

1. Ocena jakości życia pacjentów ze stomią w poszczególnych sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i ekonomicznej.
2. Ocena ograniczeń funkcjonalnych związanych z wyłonieniem stomii.
3. Ocena funkcjonowania społecznego pacjentów z wyłonioną stomią.
4. Ocena ogólnego stanu emocjonalnego pacjentów z wyłonioną stomią.
5. Ocena zapotrzebowania na wsparcie ze strony personelu medycznego oraz na pomoc w zakresie pielęgnacji stomii.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie przeprowadzono w grupie 106 pacjentów ze stomią pozostających pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Nr zgody: R- I- 002/341/2016. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od września 2016 do marca 2017. Udział w badaniu był całkowicie dobrowolny i anonimowy. Pacjent mógł w każdym momencie zrezygnować z badania. Każda z osób badanych została poinformowana o celu przeprowadzenia ankiety. Zapewniono warunki ciszy i spokoju w trakcie wypełniania ankiety. Respondenci odpowiadający na pytania nie mieli wyznaczonego określonego czasu.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszych badań. **Autorski kwestionariusz** składał się z 28 pytań z zakresu: ogólnych danych personalnych: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, zamieszkania z rodziną, rodzaju wykonywanej pracy; rodzaju, przyczyny i daty wyłonionej stomii; poszczególnych sfer wpływających na jakość życia pacjenta: przygotowania i umiejętności samopielęgnacji stomii, stanu fizycznego pacjenta po operacji, czynności życia codziennego, stanu psycho-społecznego chorego: samooceny, postrzegania własnego ciała, kontaktów społecznych, oczekiwania na wsparcie, aktywności zawodowej, hobby; subiektywnej oceny zadowolenia z życia i jakości życia.

Zebrane dane poddano analizie ilościowej, procentowej i statystycznej. Analiza statystyczna wyników została przeprowadzona przy wykorzystaniu metod statystyki opisowej,

która wykorzystuje charakterystykę rozkładu zmiennych za pomocą miar położenia, zmienności oraz asymetrii i koncentracji. Uzyskane wyniki zostały przedstawione za pomocą tabel i wykresów oraz poddane analizie statystycznej z zastosowaniem testu Chi -2. Wyniki istotnie statystyczne uznano na poziomie $p < 0,05$. Wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 12.5 firmy Statsoft Polska.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział losowo wybranych 106 pacjentów ze stomią (kolostomią 63% (67), ileostomią 17% (18), urostomią 20% (21) pozostających pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

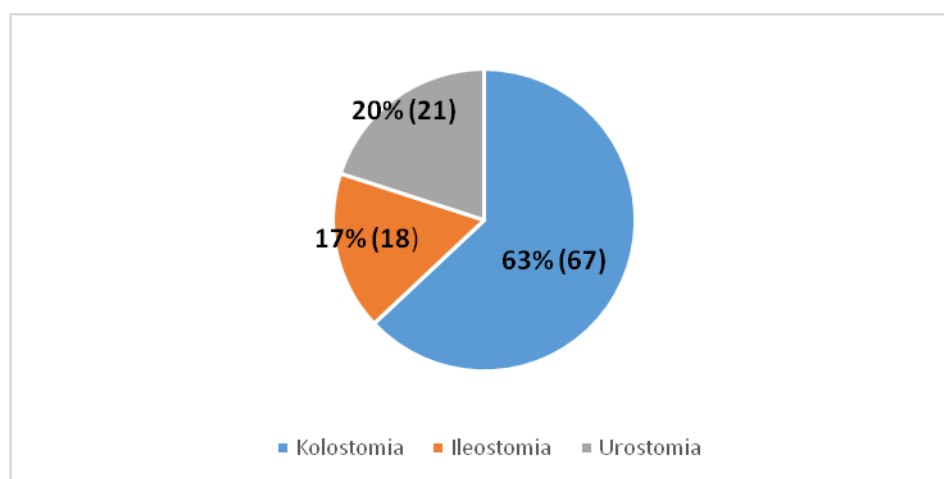
Tabela I. Charakterystyka demograficzna badanej grupy pacjentów ze stomią

Dane demograficzne		% pacjentów	N
Miejsce zamieszkania	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	51%	54
	miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	21%	22
	Wieś	28%	30
Zamieszkanie	z współmałżonkiem	47%	50
	z współmałżonkiem i dziećmi	35%	37
	Samotnie	18%	19
Wykształcenie	Podstawowe	21%	22
	Zawodowe	28%	30
	Średnie	37%	39
	Wyższe	14%	15
Rodzaj wykonywanej pracy	pracownik fizyczny	19%	20
	pracownik umysłowy	13%	14
	emeryt, rencista	68%	72

Mężczyźni stanowili 63% (67), a kobiety 37% (39). Średnia wieku wszystkich badanych wyniosła ± 63 lata, a mediana 65 lat. Najstarszy pacjent miał 91 lat, natomiast najmłodszy 28 lat. grupy badanej. Wśród badanej grupy zdecydowana większość 72% (76)

pacjentów mieszkała w dużym mieście powyżej 100 tys. mieszkańców lub małym mieście poniżej 100 tys. mieszkańców. Mieszkańcy wsi stanowili 28% (30) grupy badanej. Prawie połowa badanych 47% (50) mieszkała z współmałżonkiem, ze współmałżonkiem i dziećmi mieszkało 35% (37), natomiast 18% (19) pacjentów było samotnych. Wykształcenie podstawowe miało 21% (22) ankietowanych, zawodowe 28% (30), średnie- 37% (39), wyższe- 14% (15) pacjentów. Zdecydowana większość badanych 68% (72) otrzymywała świadczenia emerytalne lub rentę, natomiast 32% (34) pracowała: pracownicy fizyczni stanowili 19% (20), a umysłowi 13% (14) badanych (tabela I).

Ponad połowa pacjentów 63% (67) miała wyłonią kolostomię. Mniejsza grupa chorych 20% (21) funkcjonowała z ileostomią. Najmniej liczną grupę stanowili pacjenci z urostomią 17% (18). Wyniki ilustruje rycina 1.



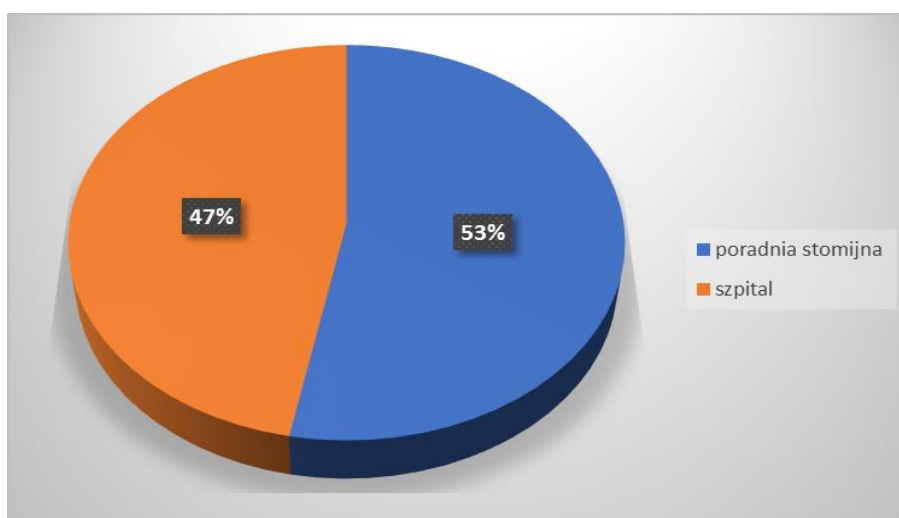
Rycina 1. Rodzaj stomii

Najczęstszą przyczyną wyłonięcia kolostomii w badanej grupie chorych był rak jelita grubego, który stanowił 47% (50). Wyłonienie ileostomii było najczęściej skutkiem chorób zapalnych jelit: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego- Crohna 10% (12) chorych. Natomiast najczęstszym powodem urostomii wykonania był rak pęcherza moczowego, który stanowił 18% (19) przypadków. Dane przedstawia tabela II.

Ponad połowa pacjentów- 53% (56) na miejsce przygotowania do samopielęgnacji stomii wskazało poradnię stomijną. Pozostali- 47% (50) zostało przygotowanych do pielęgnacji stomii na oddziale chirurgicznym w szpitalu. Wyniki przedstawia rycina 2.

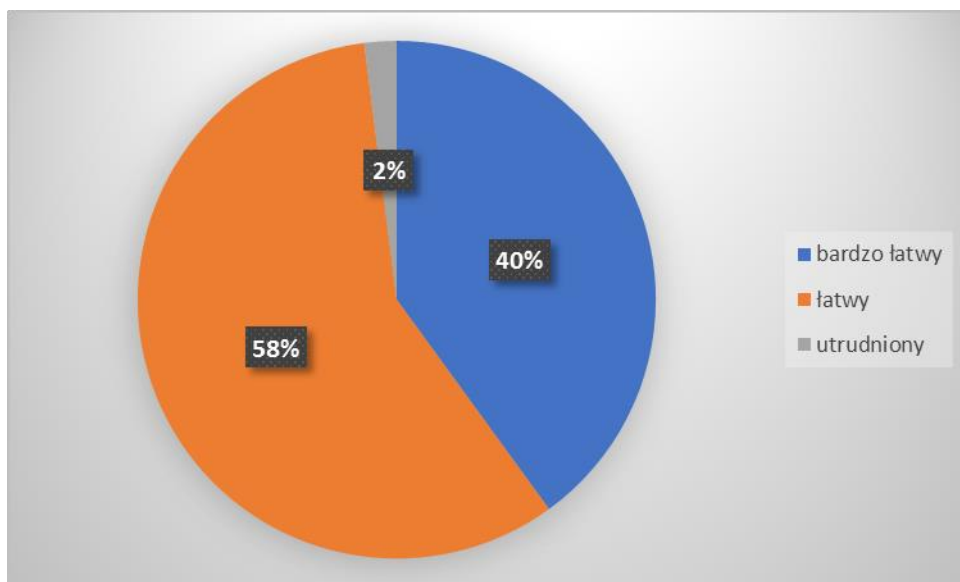
Tabela II. Przyczyny wylonienia stomii

Rodzaj stomii	Przyczyny	% pacjentów/ N
Kolostomia	rak jelita grubego	47% (50)
	rak odbytu	3% (4)
	rak jajnika i macicy	5% (5)
	powikłania po naświetlaniu	4% (4)
	inne	4% (4)
Ileostomia	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	7% (8)
	choroba Leśniowskiego- Crohna	3% (4)
	inne: rak jelita grubego, perforacja jelita, polipowatość jelita grubego, uszkodzenie mechaniczne jamy brzusznej	7% (6)
Urostomia	rak pęcherza moczowego	18% (19)
	inne: rak prostaty	2% (2)



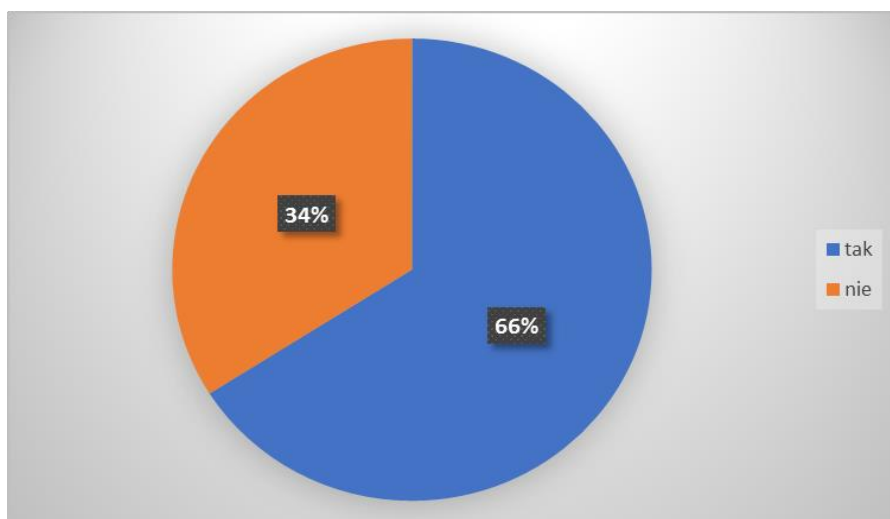
Rycina 2. Miejsce przygotowania pacjentów z wylonioną stomią do samopielęgnacji

Badani pacjenci ocenili, czy pomoc świadczona przez personel medyczny w zakresie pielęgnacji stomii była łatwodostępna. Zdecydowana większość chorych 58% (62) określiła, że „bardzo łatwo” uzyskali taką pomoc. Tylko 2% (2) uznała, że ten dostęp był utrudniony. Wyniki przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Możliwość pomocy od personelu ochrony zdrowia związanej z pielęgnacją stomii

Pacjenci odpowiadali na pytanie dotyczące obecności powikłań i utrudnień w funkcjonowaniu i pielęgnacji stomii. U 66% (70) badanych wystąpiły powikłania, a 34% chorych (36) nie zgłaszało żadnych utrudnień. Wyniki ilustruje rycina 4.



Rycina 4. Występowanie powikłań u pacjentów z wylonioną stomią

W badanej grupie pacjentów u ponad połowy 60% (42) wystąpiły zmiany dermatologiczne. Część chorych 44% (31) miała problemy z nieszczelnością worka stomijnego lub trudności w doborze sprzętu stomijnego. Przepuklina stomijna występowała u 21% (15) pacjentów. Dane przedstawia rycina 5.



Rycina 5. Najczęstsze powikłania pooperacyjne u pacjentów z wylonioną stomią.

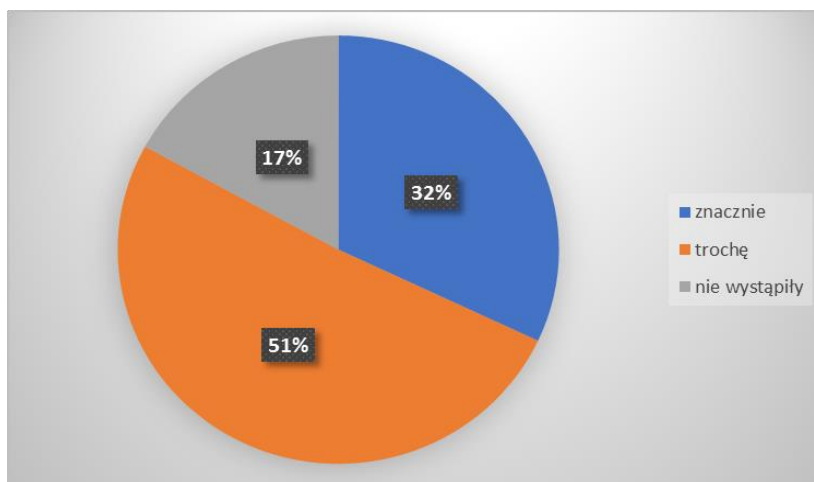
Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,025$) między płcią, a występowaniem powikłań. U kobiet powikłania występują statystycznie częściej niż u mężczyzn. Wyniki przedstawia tabela III.

Tabela III. Występowanie powikłań ze względu na płeć.

Płeć	Czy występują u Pana/Pani powikłania dotyczące funkcjonowania i skóry wokół stomii?		Ogółem
	Tak	nie	
Kobieta	31	8	39
mężczyzna	39	28	67
ogółem	70	36	106

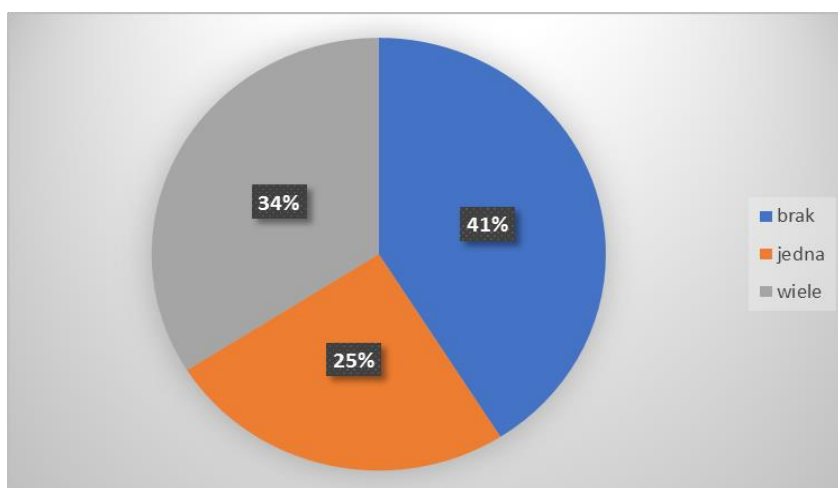
Stan fizyczny pacjentów z wylonioną stomią

Nieznacznie ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności po operacji wyłączenia stomii zgłaszała połowa badanych chorych 51% (54). Znaczne problemy podczas codziennych czynności miała grupa 32% (34). Wyniki przedstawia rycina 6.



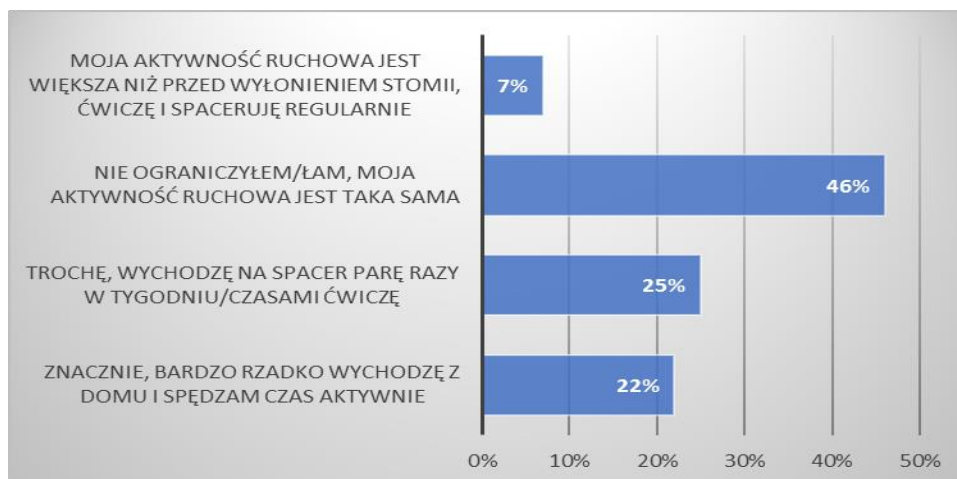
Rycina 6. Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności w okresie pooperacyjnym

Zapytano badanych, czy stomia była dla nich przyczyną ograniczenia lub zaprzestania wykonywania pewnych czynności dnia codziennego. Prawie połowa 41% (43) stwierdziła, że stomia nie była przyczyną zaprzestania żadnych czynności dnia codziennego. Dla 34% (36) osób stomia była przyczyną zaprzestania wykonywania wielu czynności dnia codziennego. Wyniki ilustruje rycina 7.



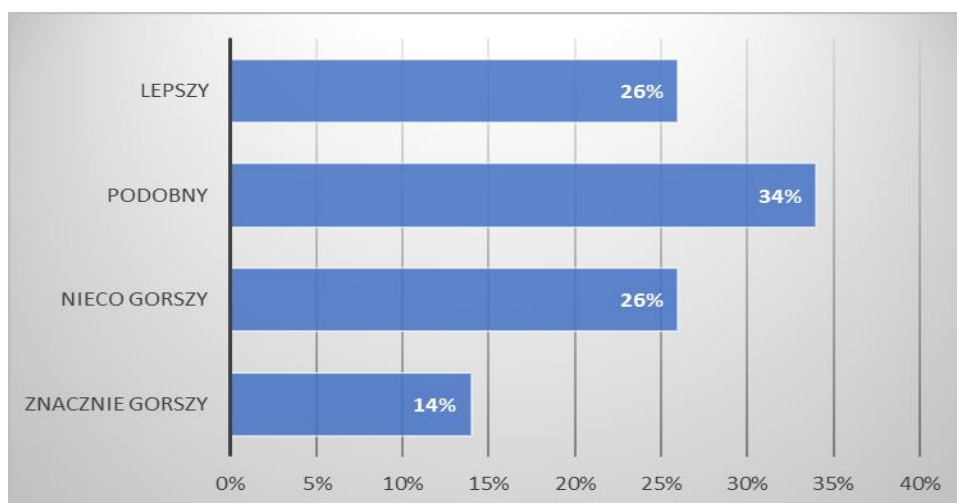
Rycina 7. Ilość czynności w życiu codziennym ograniczonych z powodu wylonienia stomii

Grupa pacjentów biorących udział w badaniu oceniła zakres swojej aktywności ruchowej po wyłonieniu stomii. Grupa 46% (49) chorych wskazała, że aktywność nie uległa zmianie, jest podobna do tej z okresu przed operacją, 22% (23) pacjentów przyznało, że aktywność znacznie się zmniejszyła i ograniczyła wychodzenie z domu. Szczegółowe dane przedstawia rycina 8.



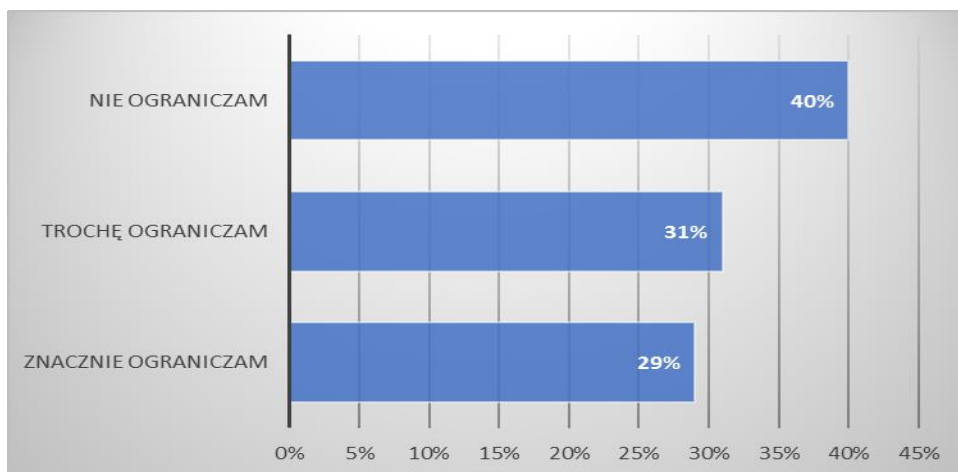
Rycina 8. Codzienna aktywność ruchowa pacjentów ze względu na stomię

W badanej grupie pacjentów 34% (36) określiło ogólny stan zdrowia jako podobny do okresu sprzed operacji. Grupa 40% (42) wskazała, że jest nieco lub znacznie gorszy. Dla 26% (28) ocena stanu zdrowia była lepsza. Wyniki ilustruje rycina 9.



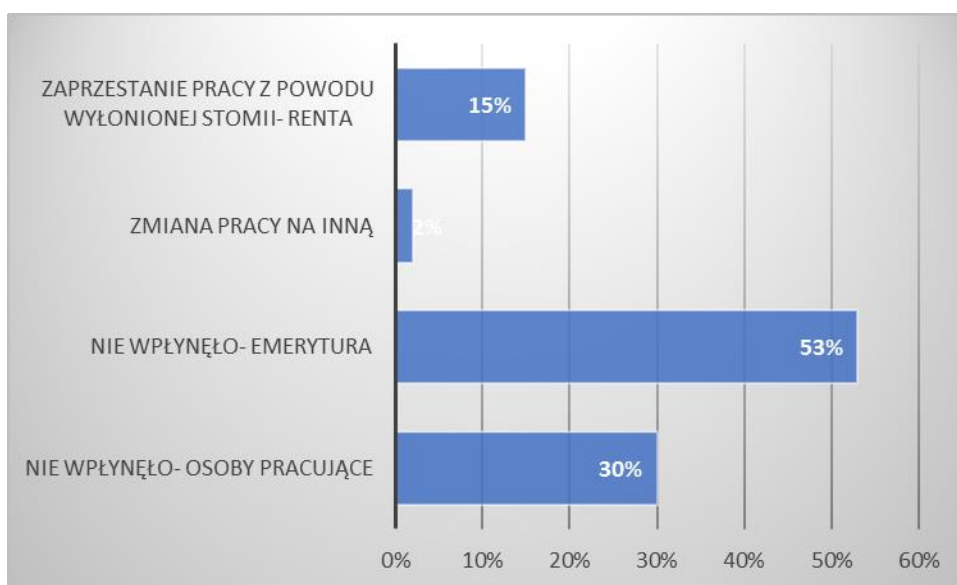
Rycina 9. Ocena różnicy stanu zdrowia przed i po operacji w badanej grupie chorych

Pacjenci ocenili ograniczenia podróżowania z powodu stomii. Znaczne ograniczenie podróży i obawy w związku z wylonioną stomią zadeklarowało 29% (31) badanych. Część pacjentów 31% (33) ogranicza podróżowanie do krótkich, kilkugodzinnych wyjazdów. Dla 40% (42) osób podróżowanie nie stanowi problemu. Dane przedstawia rycina 10.



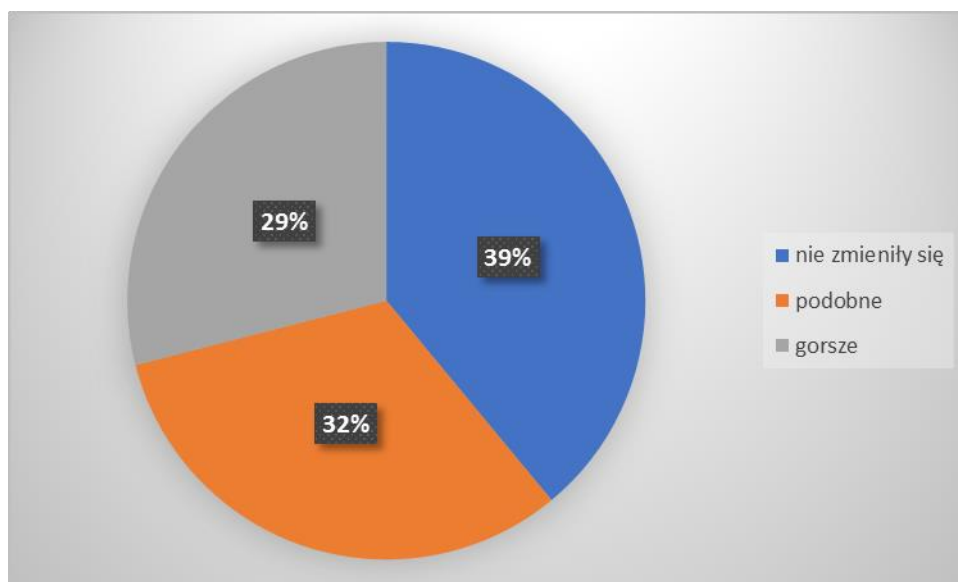
Rycina 10. Częstość podróży w badanej grupie chorych

W badanej grupie chorych oceniono wpływ obecności stomii na aktywność zawodową. Zdecydowana większość chorych 53 (56) to osoby przebywające na emeryturze. Grupa 30% (32) nadal jest aktywna zawodowo, aż 15% (16) zdecydowało się na świadczenia rentowe z powodu stomii. Dane przedstawia rycina 11.



Rycina 11. Wpływ obecności stomii na aktywność zawodową pacjentów

Badani ocenili zmianę warunków ekonomicznych po wyłonieniu stomii. Część pacjentów 39% (41) stwierdziła, że ich warunki ekonomiczne nie uległy żadnej zmianie, 32% (34) określa je jako „podobne”, wskazuje na dodatkowe koszty związane z zaopatrzeniem stomii. Natomiast 29% (31) badanych przyznaje, że warunki ekonomiczne są wyraźnie gorsze i znaczna część dochodów przeznaczona jest na pielęgnację stomii. Wyniki ilustruje rycina 12.



Rycina 12. Zmiana warunków ekonomicznych pacjentów z obecnością stomii

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,018$) między wykształceniem pacjentów, a zmianą warunków ekonomicznych po wyłonieniu stomii. Pacjenci z wykształceniem podstawowym rzadziej statystycznie określali swoje warunki ekonomiczne jako gorsze, natomiast pacjenci z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym częściej wskazywali na pogorszenie swojej sytuacji ekonomicznej w związku z wyłonioną stomią. Dane przedstawia tabela IV.

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,0009$) między aktywnością zawodową pacjentów po wyłonieniu stomii, a zamieszkaniem z rodziną. Osoby mieszkające ze współmałżonkiem i dziećmi statystycznie częściej utrzymywały swoją aktywność zawodową po wyłonieniu stomii. Wyniki ilustruje tabela V.

Tabela IV. Subiektywna ocena warunków ekonomicznych przez pacjentów ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	Jak zmieniły się Pana/Pani warunki ekonomiczne po wyłonieniu stomii?			Ogółem
	Gorsze	podobne	nie zmieniły się	
Podstawowe	5	4	13	22
Zawodowe	11	8	11	30
Średnie	15	13	11	39
Wyższe	0	9	6	15
ogółem	31	34	41	106

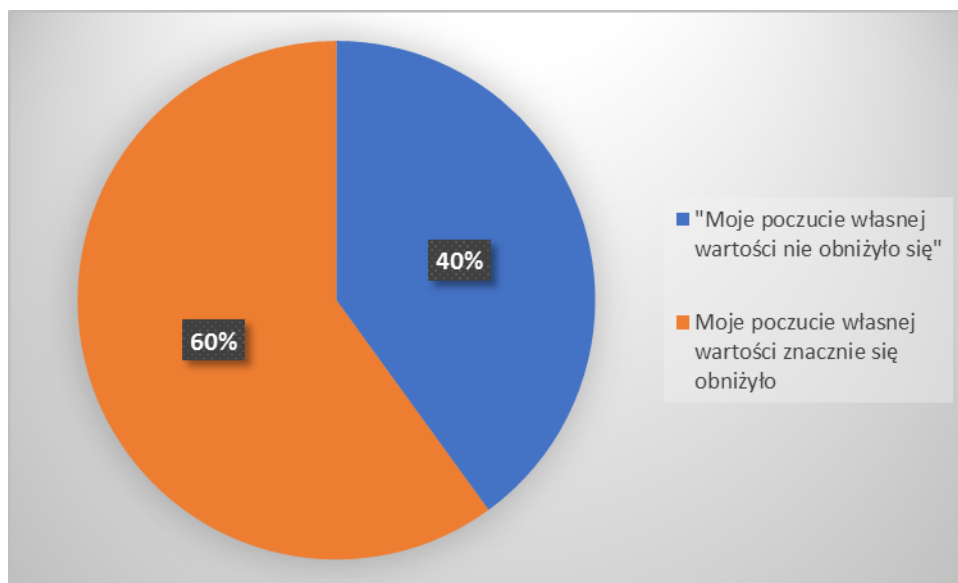
Tabela V. Ocena zmiany aktywności zawodowej pacjentów ze względu na zamieszkanie z rodziną

Zamieszkanie z rodziną	Czy wyłonienie stomii wpłynęło na Pana/Pani aktywność zawodową?				Ogółem
	nie (emerytura)	tak (nie pracuję)	trochę (zmieniłem pracę)	nie wpłynęło (pracuję)	
ze współmałżonkiem	30	6	1	13	50
ze współmałżonkiem i dziećmi	10	9	0	18	37
samotnie	16	1	1	1	19
ogółem	56	16	2	32	106

Stan emocjonalny pacjentów

Na pytanie: „Jak wyłonienie stomii wpłynęło na Pana/Pani samoocenę?” ponad połowa - 60% (64) pacjentów stwierdziło, że ich poczucie własnej wartości nie obniżyło się, a także w

pełni akceptują swoją sytuację. Jednak 40% (42) badanych zadeklarowało, że poziom ich samooceny znacznie się obniżył: mają poczucie niższości względem innych osób, izolują się i czują się niepotrzebni. Wyniki przedstawia rycina 13.



Rycina 13. Ocena własnej wartości w badanej grupie chorych

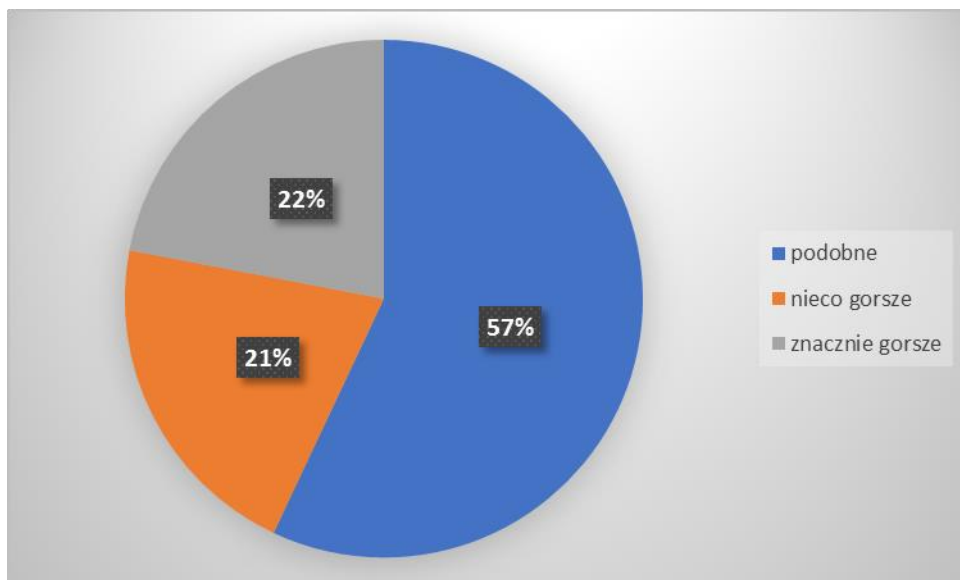
Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,022$) między samooceną po wyłonieniu stomii, a rodzajem wykonywanej pracy. U osób pracujących fizycznie lub umysłowo statystycznie samoocena nie obniżyła się.

Tabela VI. Zmiana samooceny pacjentów ze względu na rodzaj wykonywanej pracy

Rodzaj wykonywanej pracy	samoocena obniżyła się	samoocena nie obniżyła się	Ogółem
pracownik fizyczny	4	16	20
pracownik umysłowy	3	11	14
emeryt	35	37	72
ogółem	42	64	106

Pacjenci zostali poproszeni o ocenę, jak zmieniło się postrzeganie własnego ciała/ wyglądu po wyłonieniu stomii. Ponad połowa 57% (60) potwierdziła, pełną akceptację, a jako „nieco gorsze” oceniło 21% (22) chorych, natomiast 22% (24) pacjentów stwierdziło, że nie

akceptuje swojego ciała i postrzega swój wygląd jako „znacznie gorszy”. Dane przedstawia rycina 14.



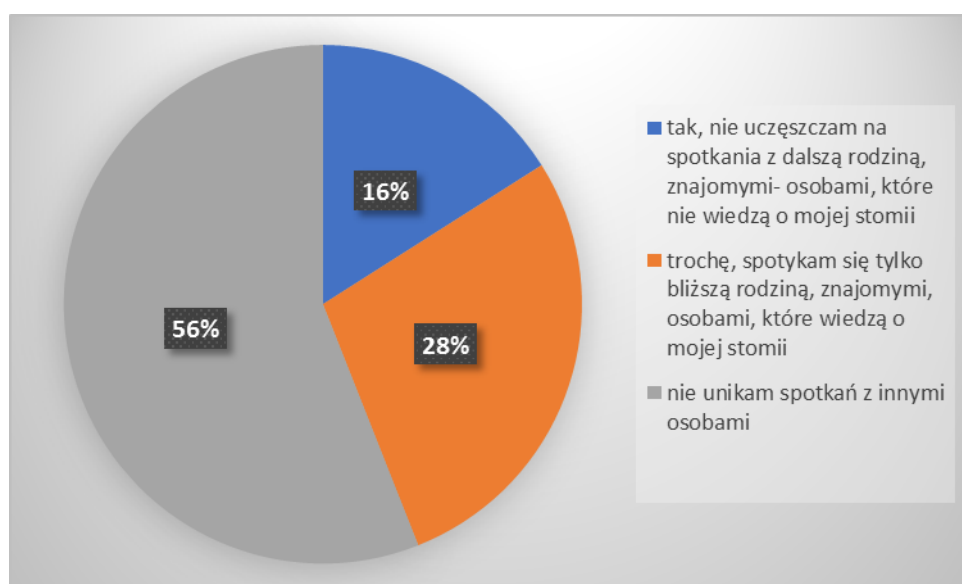
Rycina 14. Postrzeganie własnego ciała/ wyglądu po operacji wylonienia stomii

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,048$) między rodzajem wylonionej stomii, a zmianą postrzegania swojego ciała/ wyglądu przez pacjentów. Statystycznie najlepiej swoje ciało/ wygląd postrzegali pacjenci z urostomią i ileostomią.

Tabela VII. Zmiana postrzegania swojego ciała/ wyglądu ze względu na rodzaj wylonionej stomii

Rodzaj stomii	Jak zmieniło się Pana/Pani postrzeganie własnego ciała/ wyglądu?			Ogółem
	znacznie gorsze	nieco gorsze	podobne	
kolostomia	21	12	34	67
urostomia	2	3	13	18
ileostomia	1	7	13	21
ogółem	24	22	60	106

Pacjenci zostali zapytani o to, czy unikają spotkań z innymi osobami ze względu na wylonioną stomię. Ponad połowa 56% (59) chorych zaprzeczyła, natomiast 16% badanych nie uczęszcza na spotkania z innymi osobami i przebywa w gronie najbliższej rodziny. Część pacjentów 28% (30) spotyka się z rodziną i znajomymi, którzy wiedzą o ich stomii. Wyniki przedstawia rycina 15.



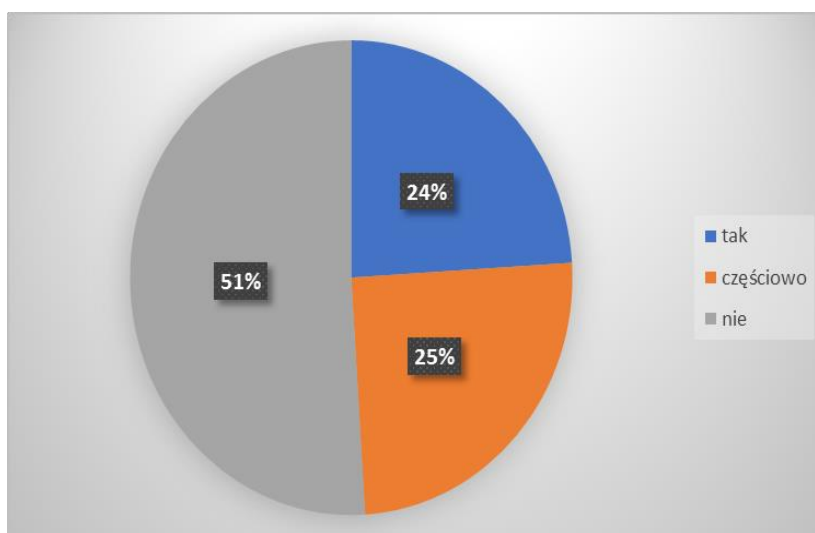
Rycina 15. Ocena częstości spotkań pacjentów stomijnych z innymi osobami.

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,0009$) między płcią, a częstotliwością spotkań z innymi osobami. Mężczyźni częściej spotykają z innymi osobami niż kobiety.

Tabela VIII. Ocena częstotliwości spotkań pacjentów z innymi osobami ze względu na płeć

Płeć	Czy unika Pan/Pani spotkań z innymi osobami?			Ogółem
	Znacznie	trochę	nie unikam	
kobieta	13	8	18	39
mężczyzna	4	22	41	67
ogółem	17	30	59	106

Na pytanie: „Czy czuje się Pan/Pani zależna od innych osób ze względu na wyłonioną stomię?” ponad połowa badanych 51% (55) odpowiedziało, że wszystkie czynności życia codziennego, w tym pielęgnacji stomii wykonuje samodzielnie. Część osób 25% (26) wskazało, że potrzebuje pomocy w kilku określonych czynnościach. Pozostali pacjenci 24% (25) stwierdzili, że są zależni od pomocy innych osób. Wyniki przedstawia rycina 16.



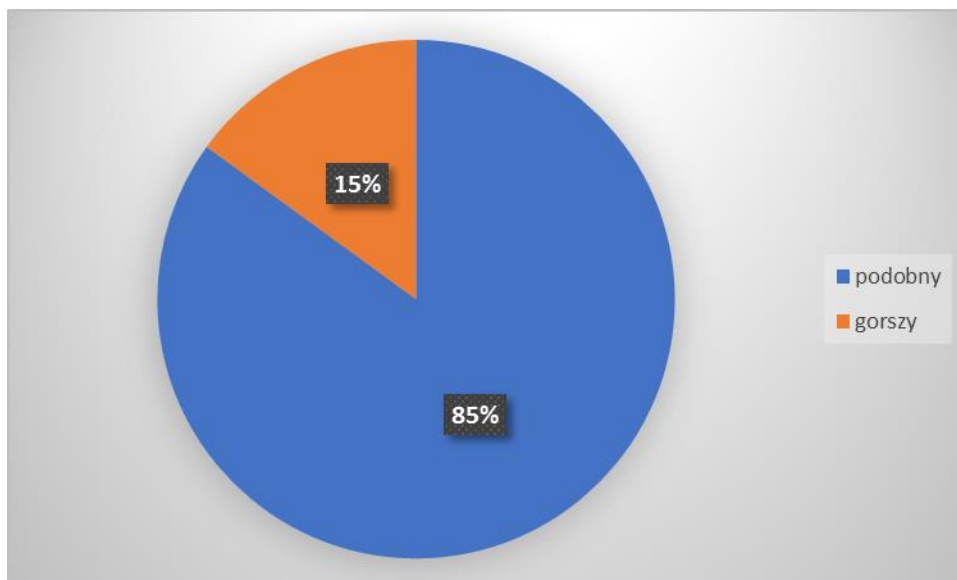
Rycina 16. Zależność pacjentów stomijnych od innych osób

Stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p=0,023$) między miejscem zamieszkania pacjenta, a poczuciem zależności od innych osób. Mieszkańcy miast istotnie częściej mają poczucie niezależności od innych osób, niż mieszkańcy wsi i mniejszych miast.

Tabela IX. Subiektywna ocena zależności pacjentów stomijnych od innych osób ze względu na miejsce zamieszkania.

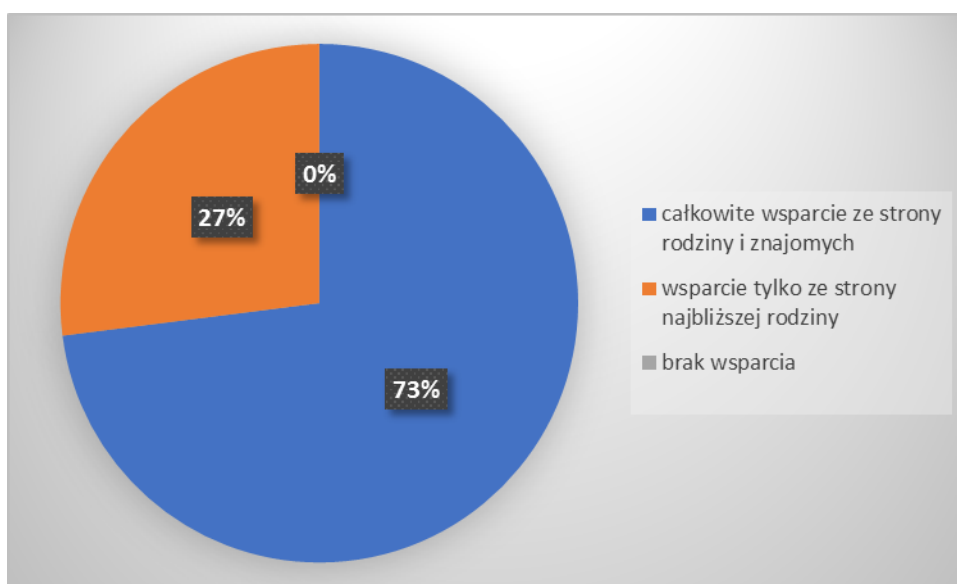
Miejsce zamieszkania	Czy czuje się Pan/Pani zależna od innych osób ze względu na wyłonioną stomię?			Ogółem
	tak	trochę	nie	
miasto >100 tys. mieszkańców	12	7	35	54
miasto < 100 tys. mieszkańców	6	8	8	22
wieś	7	11	12	30
ogółem	25	26	55	106

Pacjenci zostali poproszeni o ocenę jak zmienił się stosunek innych osób wobec nich po operacji wyłonienia stomii. Zdecydowana większość 85% (90) stwierdziła, że nie uległ zmianie, natomiast 15% (16) badanych wskazało, że jest gorszy. Wyniki ilustruje rycina 17.



Rycina 17. Stosunek innych osób do pacjentów po operacji wylonienia stomii

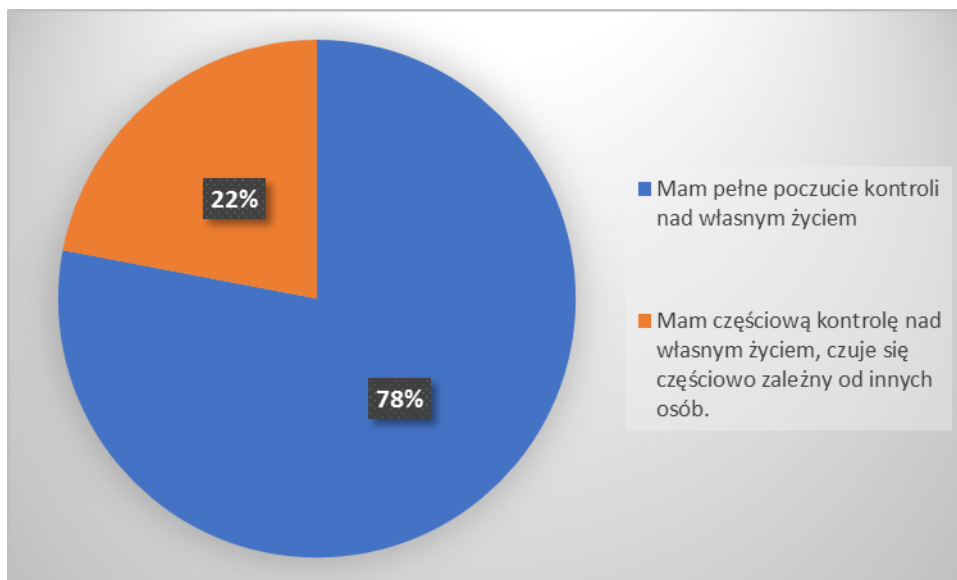
Pacjenci odpowiadali na pytanie dotyczące wsparcia udzielanego im ze strony innych osób. Zdecydowana większość - 73% (77) stwierdziło, że mogą liczyć na całkowite wsparcie ze strony rodziny i swoich znajomych. Grupa 27% (29) chorych wskazała, że może liczyć na częściowe wsparcie ze stronnych najbliższej rodziny. Dane przedstawia rycina 18.



Rycina 18. Wsparcie udzielane pacjentom ze strony innych osób

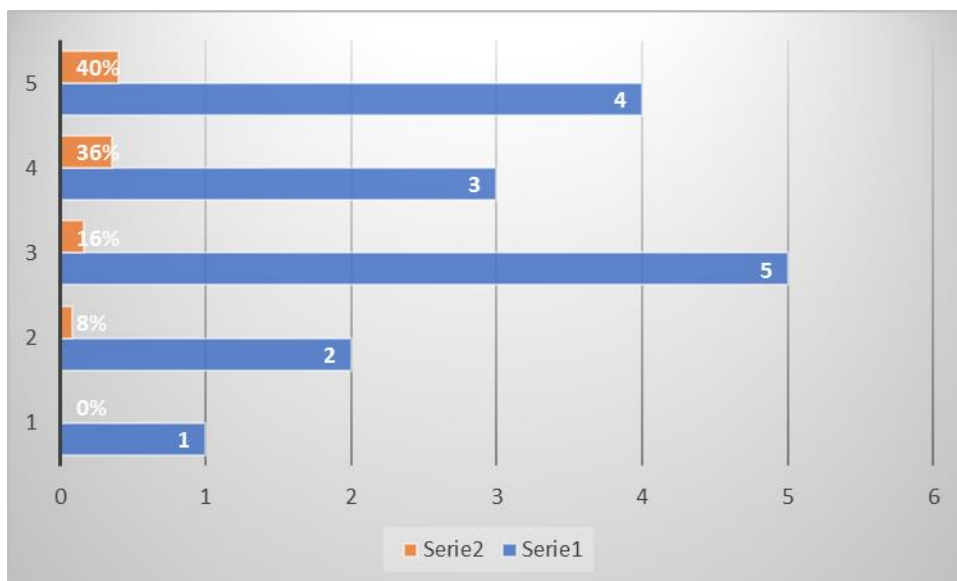
Zapytano badanych o poczucie kontroli nad własnym życiem. Zdecydowana większość pacjentów 78% (83) mimo wylonionej stomii ma poczucie pełnej kontroli nad swoim życiem.

Pozostała część chorych 22% (23) przyznała, że czuje się częściowo zależna od innych osób, stomia stanowi dla nich duży problem. Wyniki przedstawia rycina 19.



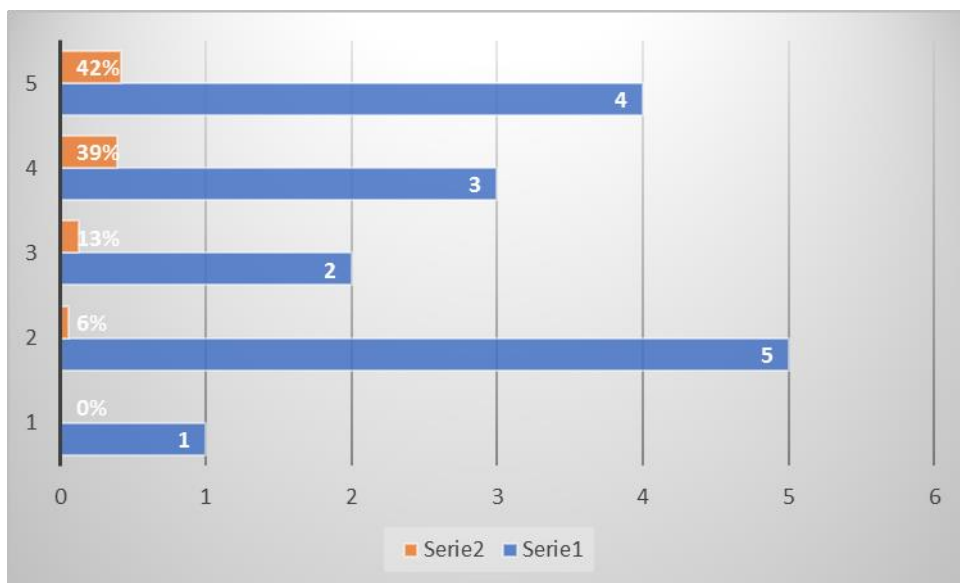
Rycina 19. Poczucie kontroli pacjentów ze stomią nad własnym życiem

Badana grupa pacjentów oceniła zadowolenie z życia w skali 1-5, gdzie 1- nie jestem zadowolony/a z życia, 5- jestem zadowolony/a z życia. Pacjenci najczęściej oceniali, że zadowolenie z życia jest na poziomie 3- 36% (39) i 4- 40% (42). Dane przedstawia rycina 20.



Rycina 20. Zadowolenie z życia w subiektywnej ocenie pacjentów ze stomią

Pacjenci ocenili subiektywną jakość życia w skali 1-5 (1- bardzo zła, 2- zła, 3- średnia, 4- dobra, 5- bardzo dobra). Badani najczęściej oceniali, że jakość życia jest średnia– 39% (41) i dobra 42% (45). Wyniki ilustruje rycina 21.



Rycina 21. Jakość życia w subiektywnej ocenie pacjentów ze stomią

Ogólna ocena zdrowia fizycznego

Na ogólną ocenę zdrowia fizycznego składają się 4 domeny: sprawność fizyczna, aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym, dolegliwości bólowe oraz ogólna percepcja zdrowia pacjenta.

Sprawność fizyczna

Pacjenci zostali zapytani o ograniczenia wykonywania różnych czynności dnia codziennego np. bieganie, przesuwanie stołu, dźwiganie zakupów, pokonywanie schodów, schylanie się, spacer, ubieranie się. Prawie wszyscy badani 99% (105) przyznali, że ograniczyli czynności wymagające energii takie jak bieganie lub podnoszenie ciężarów. Odpowiedź „trochę ogranicza” pacjenci najczęściej zaznaczali przy aktywnościach takich jak: czynności o umiarkowanej trudności (przesuwanie stołu, odkurzanie)- 51% (54), podnoszenie lub dźwiganie zakupów- 53% (56), schylanie się lub przyklęknięcie- 54% (57). Połowa chorych 50% (53) wskazała, że ma problem przy kąpielach lub ubieraniu się. Najmniejsze ograniczenia badani odczuwali przy wykonywaniu czynności: pokonywania jednego piętra schodów - 70% (74) i spaceru poniżej 1 km- 80% (85) osób. Poszczególne odpowiedzi przedstawia tabela X.

Tabela X. Ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Czynności	%/N		
	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
Czynności wymagające energii (bieganie, podnoszenie ciężarów)	99% (105)	1% (1)	0
Czynności o umiarkowanej trudności (odkurzanie)	34% (36)	51% (54)	15% (16)
Dźwiganie zakupów	25% (27)	53% (56)	22% (23)
Pokonywanie kilku pięter schodów	33% (35)	33% (35)	34% (36)
Pokonywanie jednego piętra schodów	0	30% (32)	70% (74)
Schylanie się lub przyklękanie	2% (2)	54% (57)	44% (47)
Spacer dłuższy niż 1 km	18% (19)	32% (34)	50% (53)
Spacer ok. 500 m	6% (6)	31% (33)	63% (67)
Spacer ok. 100 m	2% (2)	18% (19)	80% (85)
Kąpiel lub ubieranie się	0	50% (53)	50% (53)

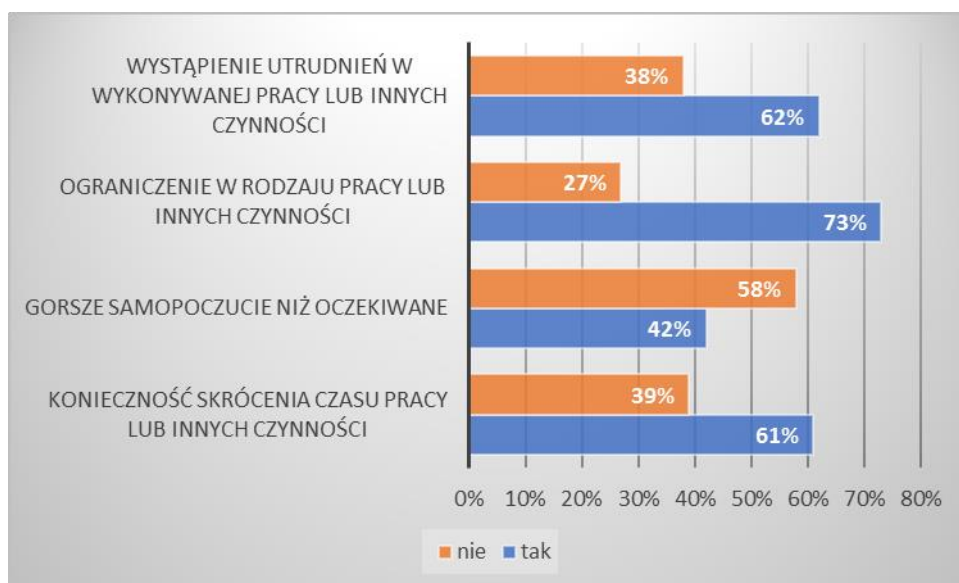
Aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym

Badani odpowiadali na pytanie dotyczące występowania problemów związanych z pracą lub codzienną aktywnością fizyczną, które wynikały ze stanu zdrowia.

Ponad połowa 73% (77) pacjentów wskazała na ograniczenia: wystąpienie utrudnień w wykonywanej pracy - 62% (66) oraz na konieczność skrócenia czasu wykonywania wymienionych aktywności - 61% (65).

Mniej niż połowa osób 42% (44) zadeklarowała gorsze samopoczucie związane problemami z pracą lub czynnościami dnia codziennego.

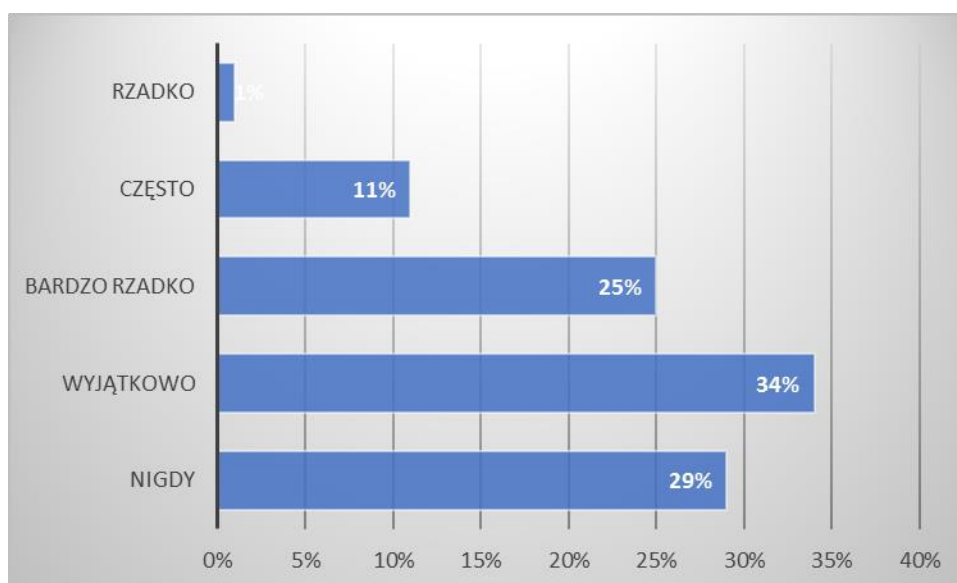
Dane przedstawia rycina 22.



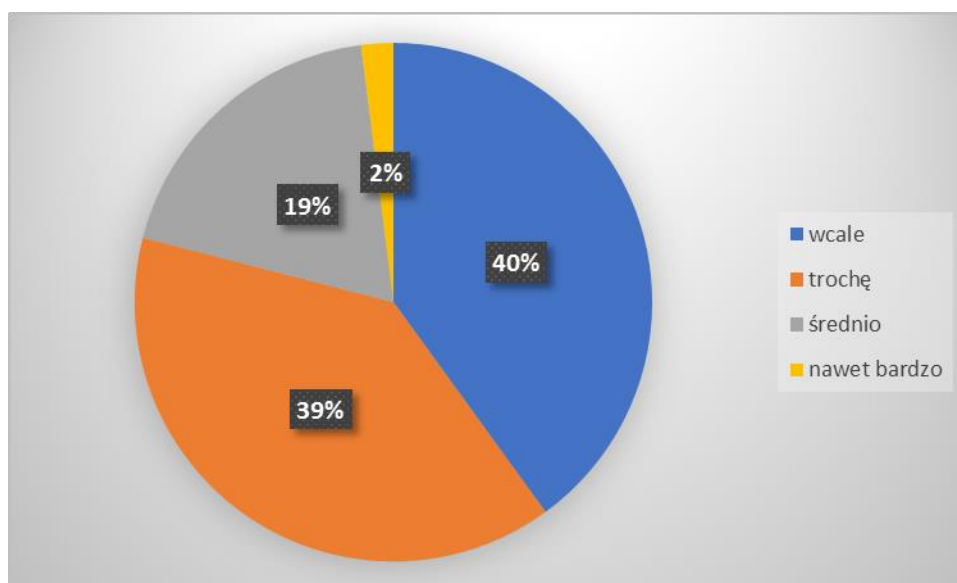
Rycina 22. Występowanie u pacjentów problemów związanych z pracą lub codzienną aktywnością, wynikających ze stanu zdrowia w badanej grupie chorych

Dolegliwości bólowe

Pacjenci oceniali częstość odczuwania bólu oraz spowodowane nim zakłócenia ich normalnej pracy domowej i zawodowej. Najczęściej udzielanymi odpowiedziami określającymi częstość odczuwania bólu były: „wyjątkowo” – 34% (35) i „bardzo rzadko” – 25% (27). Badani w większości wskazali, że ból nie przeszkadza im w wykonywaniu pracy zawodowej i domowej, odpowiedzi „wcale” udzieliło -40% (43), natomiast „trochę”- 39% (41) osób. Wyniki ilustrują ryciny 23 i 24.



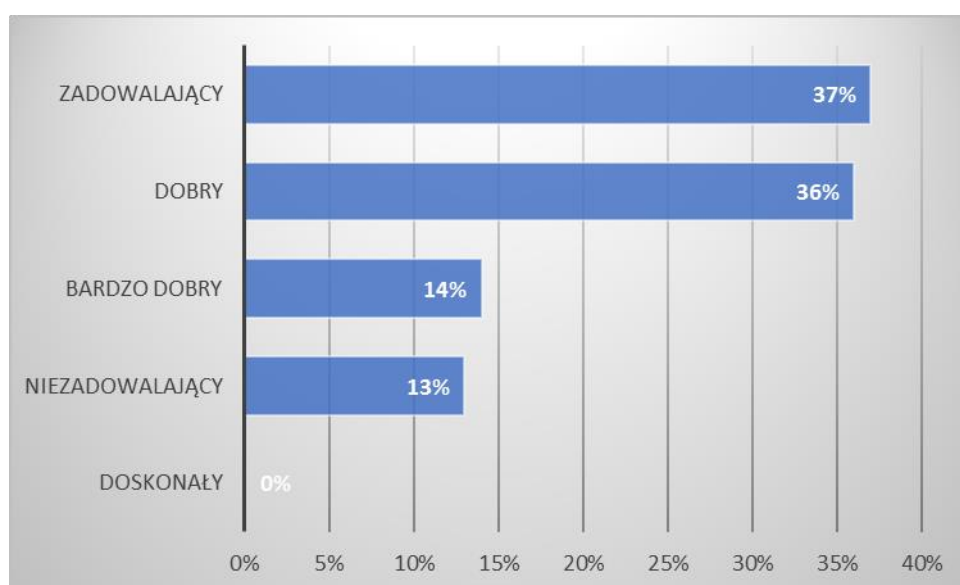
Rycina 23. Częstość odczuwania bólu przez pacjentów ze stomią



Rycina 24. Częstość występowania trudności w wykonywaniu pracy zawodowej lub domowej spowodowanych bólem

Ogólna percepcja zdrowia

Pacjenci mieli za zadanie ocenić stan swojego zdrowia wybierając jedną z 5 kategorii: doskonały, bardzo dobry, dobry, zadowalający, niezadowalający. Odpowiednio najwięcej badanych 37% (39) i 36% (38) oceniło swój stan zdrowia na zadowalający i dobry. Tylko 13% (14) pacjentów oceniło swoje zdrowie jako niezadowalające. Dane przedstawia rycina 25.



Rycina 25. Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów

Chorzy odpowiadali na pytania dotyczące opinii o własnym zdrowiu, a także porównywali swój stan zdrowia w odniesieniu stanu zdrowia do innych osób. Za fałszywe zdecydowana większość, odpowiednio 65% (70) i 71% (74) chorych uznała stwierdzenia, że ich stan zdrowia jest „lepszy niż innych osób” oraz że „czują się zdrowsi od innych osób”. Pacjenci 83% (88) stwierdzili, że ich stan zdrowia nie jest doskonały.

Tabela XI. Porównanie własnego stanu zdrowia do stanu zdrowia innych osób przez pacjentów z wylonioną stomią.

stwierdzenia	szczególnie prawdziwe	czasami prawdziwe	nie wiem	czasami fałszywe	szczególnie fałszywe
uwagam, że stan mojego zdrowia jest lepszy niż innych osób, które znam	1% (1)	30% (32)	2% (3)	42% (45)	23% (25)
jestem zdrowszy od innych osób, które znam	1% (1)	26% (28)	2% (3)	49% (51)	22% (23)
przypuszczam, że stan mojego zdrowia ulegnie pogorszeniu	1% (1)	26% (28)	40% (42)	33% (35)	0
stan mojego zdrowia jest doskonały	0	16% (17)	1% (1)	47% (50)	36% (38)

Ogólna ocena zdrowia psychicznego

Na ogólną ocenę zdrowia psychicznego składają się 4 domeny: witalność, funkcjonowanie społeczne, aktywność uwarunkowana stanem emocjonalnym oraz zdrowie psychiczne.

Witalność

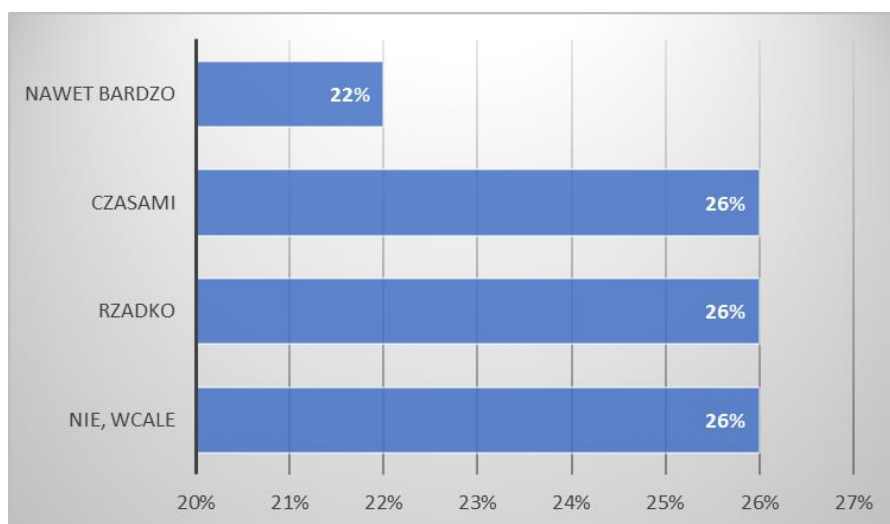
U pacjentów zbadano częstość pozytywnego i negatywnego samopoczucia. Część pacjentów czuła się pełna animuszu i gotowa do działania przez większość czasu- 23% (24) osób, jak i przez krótki okres czasu- 25% (27). Poczucie energii rozkładało się w większości na dwie grupy, gdzie jedna część badanych 36% (38) odczuwała energię „mało czasu”, a druga niewiele mniejsza grupa 31% (32) czuła się pełna energii przez większość czasu. Uczucie zmęczenia przez większość czasu towarzyszyło 36% (38) badanym, natomiast mniej odczuwała je większa grupa 39% (41) osób. Poszczególne odpowiedzi pacjentów przedstawia tabela XII.

Tabela XII. Częstotliwość odczuwania przez pacjentów lepszego i gorszego samopoczucia

samopoczucie pacjentów	częstotliwość, z jaką pacjenci odczuwają dane samopoczucie					
	cały czas	dużo czasu	mało czasu	większość czasu	jakiś czas	wcale
pełen animuszu	2% (2)	18% (19)	25% (27)	23% (24)	13% (14)	19% (20)
pełen energii	1% (1)	14% (15)	36% (38)	31% (32)	12% (13)	6% (7)
uczucie zmarnowania	0	13% (14)	35% (37)	21% (22)	23% (24)	8% (9)
uczucie zmęczenia	0	11% (12)	39% (41)	36% (38)	13% (14)	1% (1)

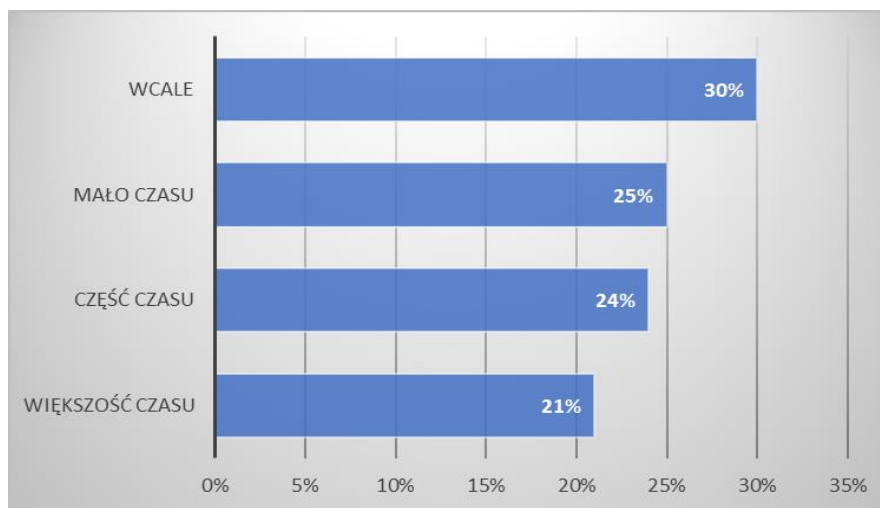
Funkcjonowanie społeczne

Zadano badanym pytanie dotyczące funkcjonowania społecznego. Oceniano wpływ zdrowia fizycznego lub problemów emocjonalnych na aktywność społeczną, a także ilość czasu, kiedy stan zdrowia fizycznego lub trudności emocjonalne przeszkadzają w aktywności społecznej (kontakty z rodziną, przyjaciółmi). Ponad połowa pacjentów 52% (55) przyznała, że ich stan zdrowia nie wpływa na aktywność społeczną. Natomiast grupa 48% (51) chorych stwierdziła, że ma to duże znaczenie w sferze funkcjonowania społecznego. Wyniki ilustruje rycina 26.



Rycina 26. Wpływ zdrowia fizycznego lub problemów emocjonalnych na aktywność społeczną pacjentów ze stomią

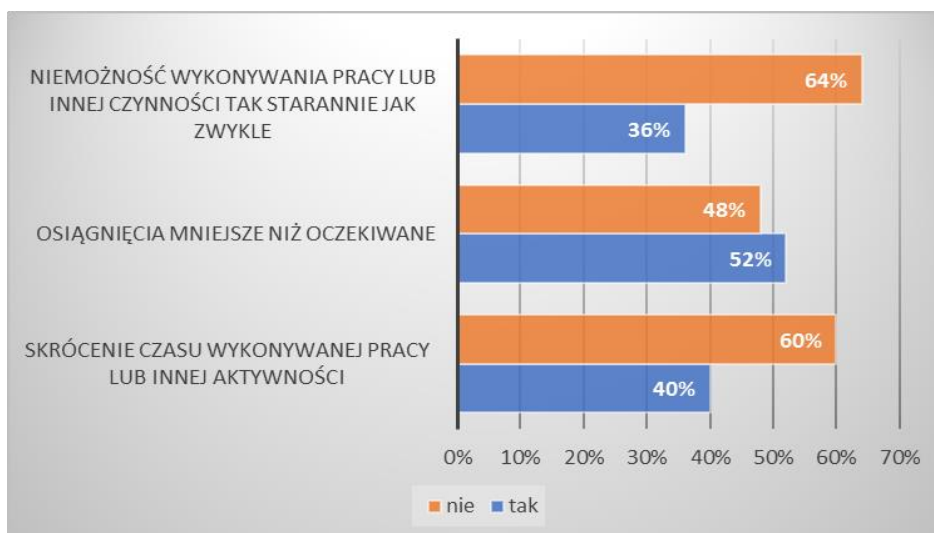
Zbadano jak często problemy zdrowotne lub emocjonalne wpływają na kontakty towarzyskie (spotkania z rodziną i przyjaciółmi). Prawie połowa 45% pacjentów odpowiedziało, że problemy zdrowotne wpływają „większość” lub „część” czasu na kontakty towarzyskie. Dla ponad połowy 55% chorych problemy zdrowotne lub emocjonalne nie wpływają na kontakty towarzyskie. Wyniki przedstawia rycina 27.



Rycina 27. Częstość występowania problemów zdrowotnych lub emocjonalnych wpływających na kontakty towarzyskie

Aktywność uwarunkowana stanem emocjonalnym

Pacjenci wskazywali trudności w wykonywaniu pracy lub codziennych czynności spowodowane problemami emocjonalnymi (poczucie depresji, zdenerwowanie).



Rycina 28. Trudności w wykonywaniu pracy lub codziennych czynności spowodowane problemami emocjonalnymi

Ponad połowa 52% (55) badanych miała odczucie zdobywania mniejszych osiągnięć w pracy. Natomiast większość chorych 60% (64) nie potrzebowała skrócenia czasu wykonywanej pracy lub innej aktywności oraz 64% (68) stwierdziło, że wykonują czynności tak starannie jak zwykle. Dane ilustruje rycina 28.

Zdrowie psychiczne

Pacjenci odpowiadali na pytania dotyczące ogólnego stanu zdrowia psychicznego. Większość pacjentów- 60% (64) zadeklarowała, że zdenerwowanie towarzyszyło im „mało czasu”. Przygnębienie i dotkliwy smutek, również nie były częstymi odczuciami u badanych. Poczucie szczęścia 36% (38) pacjentów miało przez „większość czasu”, natomiast 39% (41) stwierdziło, że czuło się szczęśliwie „mało czasu”. Wyniki przedstawia tabela XIII.

Tabela XIII. Subiektywna ocena ogólnego stanu zdrowia psychicznego

uczucia	częstotliwość, z jaką pacjenci odczuwają dane samopoczucie					
	cały czas	dużo czasu	mało czasu	większość czasu	jakiś czas	wcale
zdenerwowanie	0	4% (4)	60% (64)	18% (19)	13% (14)	5% (5)
przygnębienie	1% (1)	5% (6)	33% (35)	22% (23)	17% (18)	22% (23)
dotkliwy smutek	0	4% (4)	40% (43)	23% (24)	23% (24)	10% (11)
szczęście	0	11% (12)	39% (41)	36% (38)	13% (14)	1% (1)

DYSKUSJA

Według Światowej Organizacji Zdrowia WHO definicja jakości życia obejmuje poszczególne sfery życia człowieka takie jak: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, relacje z innymi ludźmi, stopień niezależności, a także środowisko, w jakim żyje dana osoba. Wyłonienie stomii wpływa na wszystkie wymienione czynniki i prowadzi do obniżenia jakości życia pacjenta. Może powodować poczucie inwalidztwa i odrzucenie chorego przez

społeczeństwo. Poprawa jakości życia pacjentów z wylonioną stomią powinna być głównym celem, jaki stawia przed sobą zespół wielodyscyplinarny sprawujący opiekę nad chorym [1-4].

Badania własne przeprowadzono na losowo dobranej grupie 106 pacjentów ze stomią (kolostomią 63% (67), ileostomią 17% (18), urostomią 20% (21) będących pod opieką Poradni Stomijnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Wykorzystano kwestionariusz konstrukcji własnej. Mężczyźni stanowili 63% (67), a kobiety 37% (39). Średnia wieku wszystkich badanych wyniosła ± 63 lata. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów z wylonioną stomią w poszczególnych sferach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i ekonomicznej.

W badaniach Golickiego i wsp. [5] przeprowadzonych w 2010 roku na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF w grupie 737 pacjentów ze stomią, w wieku od 17 do 93 lat najliczniej reprezentowaną grupą byli chorzy z kolostomią (70,7%) z przewagą płci męskiej. Pacjenci w większości określili swoją jakość życia jako dobrą lub bardzo dobrą (59%) lub ani dobrą, ani złą (34%). Poziom zadowolenia chorych ze stomią ze stanu swojego zdrowia był zróżnicowany: 27% badanych było niezadowolonych, 40% stanowili pacjenci zadowoleni. Chorzy charakteryzowali się niską oceną jakości życia w zakresie domeny somatycznej i psychologicznej. Natomiast wysoką jakość życia pacjenci określali w domenach socjalnej i środowiskowej. W badaniach własnych w grupie 106 pacjentów ze stomią również największą grupę badanych stanowili pacjenci z kolostomią 63% z przewagą mężczyzn. Pacjenci określali swoją jakość życia jako dobrą lub bardzo dobrą (48%), natomiast jako średnią lub złą określiła ponad połowa chorych (52%). Poziom zadowolenia pacjentów z życia był następujący: niezadowoleni –44%, zadowoleni- 45%. Chorzy mieli obniżoną jakość życia w domenach aktywności dnia codziennego uwarunkowanej zdrowiem fizycznym, a także w sferze psychologicznej i społecznej.

Näsval i wsp. [6] prowadzili badania, których celem było porównanie jakości życia pacjentów operowanych z powodu raka odbytu, u których wyloniono stomię z chorymi, którzy nie mieli wytworzonej przetoki. Badaniami objęto 366 pacjentów ze stomią i 117 bez stomii. Stwierdzono, że zdrowie psychiczne ($p=0,007$), wizerunek ciała ($p<0,001$) oraz sfera fizyczna ($p=0,016$) i emocjonalna ($p=0,003$) były gorsze u pacjentów ze stomią. Osoby z wylonioną stomią również częściej wskazywały na zmęczenie i brak apetytu. Moje badania również wykazały obniżone wartości poszczególnych sfer jakości życia. Uczucie zmęczenia przez większość czasu towarzyszyło 36% (38) badanym, natomiast mniej odczuwała je większa grupa 39% (41) osób.

Subiektywną jakość życia oceniano w badaniach Leyk [7] wśród 128 chorych z wylonioną kolostomią w latach 2008-2009. Średnia wieku badanych wynosiła 66 lat. Pacjenci najwyżej oceniali swój stan fizyczny (70%), natomiast niższą oceną charakteryzowały się stan emocjonalny (67%), życie rodzinne i towarzyskie (67%), a także funkcjonowanie w życiu codziennym (67%). W grupie badanych rodzimej Poradni Stomijnej pacjenci podobnie ocenili wysoko swoją sprawność fizyczną (60), natomiast niższe oceny dotyczyły zdrowia psychicznego (53) i aktywności w życiu codziennym (40).

Badania Glińskiej i wsp. [8] przeprowadzono w 2010 roku w Łodzi na podstawie kwestionariusza konstrukcji własnej wśród 100 pacjentów po zabiegu wylonienia stomii jelitowej. Celem pracy była ocena zależności między czynnikami demograficznymi, a poziomem samopielęgnacji pacjentów po wylonieniu stomii. Analiza wyników wykazała, że mieszkańcy wsi posiadają mniejszą umiejętność samodzielnej pielęgnacji stomii niż mieszkańcy miasta. Ponadto kobiety w grupie badanej wykazały wyższy poziom umiejętności samodzielnej pielęgnacji stomii- co 5. kobieta samodzielnie pielęgnuje stomię, natomiast tylko co 2. mężczyzna posiada taką umiejętność. W badaniach własnych stwierdzono podobną zależność stwierdzającą, że mieszkańcy wsi są bardziej zależni od innych osób pod względem umiejętności samodzielnej pielęgnacji stomii. Natomiast wykazano, że powikłania występują statystycznie częściej u kobiet ($p<0,05$).

W badaniach Stępień i wsp. [9] przeprowadzonych w 2011 w grupie 90 pacjentów porównywano możliwości funkcjonalne między grupą chorych z wylonioną stomią jelitową, a pacjentami z zachowaną ciągłością przewodu pokarmowego po chirurgicznym leczeniu raka jelita grubego. Chorzy z wylonioną stomią stanowili 51,1% (46) grupy badanej. Stwierdzono, że obniżenie jakości życia u pacjentów z wylonioną stomią spowodowane jest bólem w obrębie jamy brzusznej ($p<0,001$), funkcjonowaniem jelita grubego ($p<0,001$), trudnością w regulacji wydalania stolca ($p<0,001$) oraz podrażnieniami skóry ($p<0,001$). Analiza wyników wykazała, że pacjenci z wylonioną stomią odczuwali większe nasilenie lęku ($p<0,05$), wskazywali na poczucie gorszego obrazu własnego ciała ($p<0,05$) niż chorzy, u których nie przeprowadzono operacji wylonienia stomii. Ważnym czynnikiem wpływającym na ogólną jakość życia pacjentów były zasoby finansowe. Wyższy poziom finansów predysponował do wyższej oceny jakości życia. Moje badania wykazały, że najczęstszymi powikłaniami wpływającymi na jakość życia pacjentów ze stomią są zmiany dermatologiczne - 60% (42), problemy związane z funkcjonowaniem przewodu pokarmowego np. biegunki - 39% (27) oraz trudności w doborze i wymianie sprzętu stomijnego - 44% (31) pacjentów. Poczucie gorszego obrazu swojego ciała/ wyglądu stwierdziło jedynie 22% (24) chorych, natomiast ponad połowa 57% (60)

potwierdziła pełną akceptację. Część pacjentów 39% (41) oceniając zmianę warunków ekonomicznych po wyłonieniu stomii zadeklarowała, że ich zasoby finansowe nie uległy żadnej zmianie. Natomiast 29% (31) chorych wskazała, że warunki ekonomiczne są wyraźnie gorsze i znaczna część dochodów przeznaczona jest na pielęgnację stomii.

Rozpoznanie problemów i ograniczeń funkcjonalnych u pacjentów z wyłonią kolostomią było celem badań Wiraszki [10]. Badaniami objęto 164 pacjentów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach w latach 2002- 2003. W grupie badanych byli głównie chorzy powyżej 60 roku życia (54,9%) z przewagą mężczyzn (53%). Analiza wyników wykazała, że pacjenci w większości mieli dobrą kondycję fizyczną, natomiast najgorzej oceniano poziom energii. W sferze funkcjonowania społecznego nisko oceniane były relacje ze znajomymi i uzyskiwane od nich wsparcie. Chorzy wysoko ocenili wsparcie uzyskiwane ze strony rodziny. W ocenie zdrowia psychicznego pacjenci charakteryzowali się wysokim poziomem smutku. Chorzy wskazywali również na niskie oceny w skali funkcjonowania w życiu codziennym. W badaniach własnych wykazano, że poziom energii chorych rozkładał się w większości na dwie grupy, gdzie jedna część badanych 36% (38) odczuwała energię „mało czasu”, a druga niewiele mniejsza grupa 31% (32) czuła się pełna energii przez większość czasu. Zdecydowana większość pacjentów - 73% (77) stwierdziło, że mogą liczyć na całkowite wsparcie ze strony rodziny i swoich znajomych. Grupa 27% (29) chorych wskazała, że może liczyć na częściowe wsparcie ze strony najbliższej rodziny. W odróżnieniu od przedstawionych badań przygnębienie i dotkliwy smutek nie były częstymi odczuciami u badanych. Prawie połowa pacjentów 40% (43) deklarowała, że odczuwa smutek „mało czasu”, a 10% (11) nie odczuwa go wcale. W zakresie funkcjonowania fizycznego pacjenci podobnie wskazywali na niską ocenę wykonywania aktywności dnia codziennego. Ponad połowa 73% (77) badanych wskazała na ograniczenia w rodzaju pracy lub innych czynności, wystąpienie utrudnień w wykonywanej pracy - 62% (66) oraz na konieczność skrócenia czasu wykonywania aktywności dnia codziennego - 61% (65).

W badaniach Piaszczyk i Schabowskiego [11] określano rodzaje problemów medycznych i społecznych pacjentów z wyłonią stomią zrzeszonych w POL-ILKO. Badaniami objęto 400 chorych ze stomią, gdzie ponad połowę 53% stanowili mężczyźni a 47% kobiety. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 55-64 lata. Ponad połowa 68% chorych posiadała kolostomię. Wykazano, że aż 84,8% pacjentów po wyłonieniu stomii przestało być aktywnymi zawodowo, dla 12, 3% badanych wyłonienie stomii nie miało znaczenia pod względem aktywności zawodowej, a jedynie 2% chorych ze stomią zmieniło pracę. Powikłania wystąpiły u 66% pacjentów, częściej u mężczyzn- 68%. Na pierwszym

miejscu wśród powikłań znalazły się zmiany dermatologiczne skóry – 58% chorych. Tylko 9,5% badanych doświadczyło przepukliny stomijnej. Pacjenci wskazali, że ich relacje z rodziną (47%) nie zmieniły się, natomiast 9,8% respondentów przyznało, że kontakt ten pogorszył się. Chorzy 19,8% wskazali na smutek i depresję jako odczucia towarzyszące chorobie. W odróżnieniu do wyników Piaszczyk i Schabowskiego moje badania wykazały, że tylko 15% pacjentów zaprzestało pracować ze względu na posiadanie stomii, a aż 30% badanych utrzymało swoją aktywność zawodową. Dla ponad połowy 53% chorych wyłonienie stomii nie miało znaczenia, ponieważ były to osoby, u których wytworzono stomię w momencie gdy otrzymywały emeryturę. Podobnie jak w przedstawionych badaniach tylko 2% badanych zmieniło pracę. Taki sam odsetek 66% pacjentów zgłosił wystąpienie powikłań i za najczęstszy rodzaj problemów wskazał zmiany dermatologiczne- 60% chorych. Problem przepukliny stomijnej dotyczył aż 21% badanych. Zdecydowana większość pacjentów 73% wskazała na dobre relacje z rodziną i znajomymi. Odczuwanie smutku przez większość czasu potwierdziło 27% badanych.

Banaszkiewicz i wsp. [12] przeprowadzili badania wśród 60 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w Poradni dla Chorych ze Stomią w Bydgoszczy i Bełchatowie na przełomie lat 2002-2003, których celem była ocena jakości życia pacjentów ze stomią. Wykorzystano kwestionariusz konstrukcji własnej. Ważnym elementem decydującym o jakości życia jest możliwość dobrego kontaktu z fachowym personelem opieki medycznej. W badanej grupie łatwy kontakt z personelem ochrony zdrowia miało 43% (26) pacjentów, u których tylko 3% wskazało na złą jakość życia. Zdecydowana większość chorych z naszej jednostki 58% (62) określiła, że ma „bardzo łatwy” kontakt z personelem medycznym. Tylko 2% (2) uznała, że ten dostęp był utrudniony.

W Hiszpanii Coca ze wsp. [13] zrealizowała badania, których celem było porównanie jakości życia pacjentów ze stomią w ośrodkach, w których w okresie okołoperacyjnym otrzymali specjalistyczną opiekę pielęgniarki stomijnej z ośrodkami, gdzie chorzy nie mieli takiej opieki. Badaniami objęto 402 chorych ze stomią. Pacjenci, którzy otrzymali specjalistyczną opiekę pielęgniarek stomijnych lepiej przystosowali się do samopielęgnacji stomii. Wykazali mniejszą koncentrację nad swoim wyglądem, zmniejszenie poziomu i częstotliwości bólu, obniżone nasilenie lęku i przygnębienia. W badaniach własnych ponad połowa pacjentów- 53% (56) na miejsce przygotowania do samopielęgnacji stomii wskazało poradnię stomijną. Pozostali- 47% (50) zostało przygotowanych do pielęgnacji stomii na oddziale chirurgicznym w szpitalu. Ponad połowa badanych 51% (55) stwierdziła, że wszystkie czynności życia codziennego, w tym pielęgnacji stomii wykonuje samodzielnie. Pacjenci

ocenili częstość odczuwania bólu. Najczęściej udzielanymi odpowiedziami były: „wyjątkowo” – 34% (35) i „bardzo rzadko” – 25% (27). Grupa 55% pacjentów odczuwała przygnębienie rzadko lub wcale.

POSUMOWANIE

Podsumowując pacjenci z wylonioną stomią jelitową często charakteryzują się obniżoną jakością życia. Ważna jest identyfikacja poszczególnych sfer i czynników, które się na nią składają przez personel medyczny i ciągły wzrost poziomu opieki medycznej w kierunku poprawy jakości życia chorych.

WNIOSKI

1. Ocena jakości życia pacjentów z wylonioną stomią pozostających pod opieką Poradni Stomijnej jest średnia w sferach fizycznej i psychicznej.
2. Ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu w badanej grupie pacjentów ze stomią są niewielkie i polegają na wystąpieniu utrudnień w wykonywanej pracy oraz ograniczeniu przez chorych czynności wymagających dużej energii.
3. Funkcjonowanie społeczne pacjentów ze stomią jest na poziomie średnim.
4. Stan emocjonalny w badanej grupie pacjentów jest zadowalający.
5. Istnieje istotne zapotrzebowanie na wsparcie wśród pacjentów ze stomią ze strony personelu medycznego w zakresie zapobiegania powikłaniom.

PIŚMIENNICTWO

1. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014; 95(3): 586-590.
2. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem - znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Current Gynecology Oncology* 2015; 13(3): 172-179.
3. Cierzniałowska K., Szewczyk MT., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 35-39.
4. Burch J.: Essential care for patients with stomas. *Nursing Times*, 2011, 107(45), 12-14.

5. Golicki D., Styczeń P., Szczepkowski M.: Jakość życia pacjentów ze stomią w Polsce: wielośrodkowe badanie przekrojowe w wykorzystaniem kwestionariusza WHOQOL-BREF. *Przegląd Epidemiologiczny* 2013; 67(3): 589-593.
6. Näsval P., Dahlstrand U., Löwenmark T., Rutegård J., Gunnarsson U., Strigård K.: Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. *Quality of Life Research* 2017; 26(1): 55-64.
7. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terech S., Kruk A.: Jakość życia osób z wylonioną kolostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 3: 144-151.
8. Glińska J., Cerbin M., Lewandowska M., Brosowska B., Dziki Ł., Dziki A.: Czynniki demograficzne a poziom samopielęgnacji pacjentów po wyłonieniu stomii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2): 137-142.
9. Stępień R., Wiraszka G., Wrońska I., Nowak-Starz G., Nemcova J., Zdziebło K., Ratowska L.: Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22(2): 190-195.
10. Wiraszka G. R.: Problemy funkcjonowania chorych z kolostomią wytworzoną po operacyjnym leczeniu raka jelita grubego na podstawie HRQOL. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(1): 1- 6.
11. Piaszczyk D.L., Janusz Schabowski J.: Problemy medyczne i społeczne pacjentów ze stomią należących do POL-ILKO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(4): 384–389.
12. Banaszkiewicz Z., Szewczyk M. T., Cieźniakowska K., Jawień A.: Jakość życia pacjentów ze stomią jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 4: 142–147.
13. Coca C., Fernández de Larrinoa I., Serrano R., García-Llana H.: The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2015; 42(3): 157-263.

WYBRANE CZYNNIKI RYZYKA A STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA KLINICZNEGO U KOBIET Z RAKIEM SROMU – BADANIE RETROSPEKTYWNE

**Marta Tarasiewicz¹, Krystyna Piekut², Jolanta Lewko³, Dorota Milewska^{4,5},
Bianka Misiak^{4,5}, Sławomir Terlikowski²**

1. Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo–Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku
5. Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

WSTĘP

Rak sromu w Polsce stanowi ok. 5% wszystkich nowotworów żeńskich narządów płciowych i wykazuje tendencję wzrostową. Rocznie raka sromu diagnozuje się u około 400 kobiet. Schorzenie to dotyka najczęściej kobiety między 65 a 75 rokiem życia, jednakże badania prowadzone na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat demonstrują znaczne obniżenie granicy wiekowej. W krajach wysoko rozwiniętych schorzenie to dotyka coraz częściej pacjentki poniżej 40 roku życia. Następcza to wielu trudności w doborze optymalnej metody terapii gwarantującej najlepszy wynik terapeutyczny i jednocześnie kosmetyczny [1-4].

Wieloletnia obserwacja wykazała, że rak sromu współwystępuje niejednokrotnie z chorobami metabolicznymi takimi jak cukrzyca i schorzeniami układu krążenia – nadciśnieniem tętniczym oraz miażdżycą. Za czynnik ryzyka rozwoju raka sromu uznaje się wczesny wiek inicjacji seksualnej i dużą liczbę partnerów seksualnych – prowadzi to do zwielokrotnienia prawdopodobieństwa ekspozycji na infekcje HPV – humanpapillomavirus- jeden z głównych patogenów sprzyjających rozwojowi neoplazji sromu. Typ 16 i 18 wykazuje zdolność do złośliwej transformacji, szczególnie w grupie kobiet z

zaburzeniami immunologicznymi. Innymi czynnikami ryzyka zachorowania związanymi z wzmożoną aktywnością seksualną są choroby weneryczne głównie kiła, której związek z wystąpieniem raka sromu został udowodniony w szeregu obserwacji epidemiologicznych. Do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania zaliczono także pacjentki z nałogiem nikotynowym [5-9].

W 1987 roku Międzynarodowe Towarzystwo Patologów Ginekologicznych w porozumieniu z ISSVD (*The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*), wprowadziło nowy system klasyfikacji śródnabłonkowych schorzeń sromu VIN – vulvarintraepithelialneoplasma – traktowanych jako zmiany przednowotorowe i predysponujące do transformacji w raka sromu. Pozostałe zmiany nie zaliczane do VIN zdefiniowano jako rozrost płaskonabłonkowy oraz liszaj twardzinowy z rozrostem płaskonabłonkowym [10]. Diagnostyka raka sromu opiera się na wykonaniu biopsji obszarów zmienionych chorobowo. Badanie histopatologiczne materiału biopsyjnego ze zmienionych okolic sromu jest nieodzownym elementem trafnej diagnozy oraz rokowania dla pacjenta [11-14].

Postępowanie terapeutyczne w przypadku zdiagnozowania raka sromu opiera się na leczeniu chirurgicznym, niekiedy połączony z radioterapią i chemioterapią. Rozległość zabiegu chirurgicznego uzależniona jest od stopnia zaawansowania procesu chorobowego oraz od lokalizacji nacieku nowotworowego. Do najczęściej stosowanych zabiegów chirurgicznych w przypadku raka sromu należy radykalne wycięcie sromu często wraz z obustronnym lub jednostronnym usunięciem węzłów chłonnych pachwinowych. Proste wycięcie sromu stosowane jest rzadko, ze względu na zbyt późne postawienie diagnozy raka sromu, niejednokrotnie już w zaawansowanym stadium chorobowym. Resekcja guza wraz z marginesem tkanek zdrowych pozwala na minimalizowanie ryzyka wznowy procesu chorobowego do 15%.

Epidemiologia

Częstość występowania raka sromu szacuje się na 2,5-5% ogółu nowotworów złośliwych w obrębie żeńskich narządów płciowych na obszarze Europy. Stanowi to 1% wszystkich schorzeń onkologicznych o cechach złośliwych wśród populacji kobiet. Według danych statystycznych z roku 2010 opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów, nowotwory żeńskich narządów płciowych to 18 % wszystkich zachorowań onkologicznych w Polsce. Rak sromu jest czwartym co do częstości występowania nowotworem złośliwym kobiecego narządu rozrodczego po raku szyjki macicy, jajnika i endometrium. Wśród populacji polek ryzyko zapadalności na raka sromu oceniane jest jako średnie – współczynnik

zachorowalności 1,4/100 000. Corocznie diagnozuje się około 400 nowych przypadków zachorowań na raka sromu. W skali świata współczynnik zachorowalności na raka sromu wynosi 1,2 [15,16].

CEL PRACY

Celem badania było określenie występowania czynników ryzyka raka sromu u pacjentek z rozpoznanym rakiem sromu w odniesieniu do stopnia zaawansowania klinicznego według FIGO.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Obserwacją objęto dokumentację medyczną 50 pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem sromu, w wieku od 18 do 90 lat, hospitalizowanych w latach 2004-2014 w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie. Retrospektywnej, wnikliwej analizie poddano Wywiady, Karty Zleceń, Karty Obserwacji oraz Epikryzy. Badania prowadzono w okresie od stycznia 2015 do marca 2015 na podstawie zgody wydanej przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

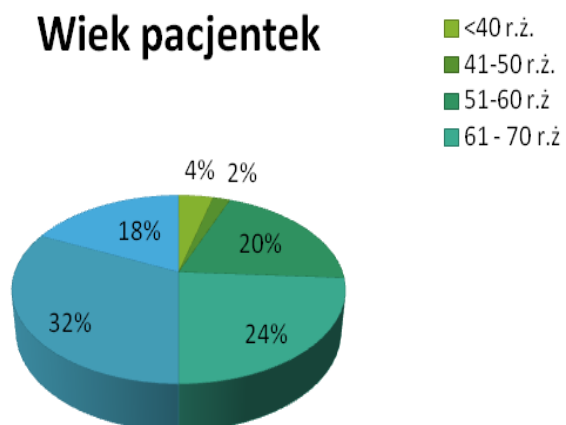
Dane zostały zebrane za pomocą autorskiego formularza. Pierwotna wersja formularza do zbierania danych uległa modyfikacji po analizie 5 przypadków. Definitywna wersja kwestionariusza zawierała 27 pytań.

Celem badania było określenie częstości występowania czynników ryzyka raka sromu wśród pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem sromu, w odniesieniu do stopnia zaawansowania raka według skali FIGO.

Badaniem objęto 50 pacjentek w przedziale wiekowym od 19 do 90 roku życia. Średnia wieku wynosiła 68,4 lata.

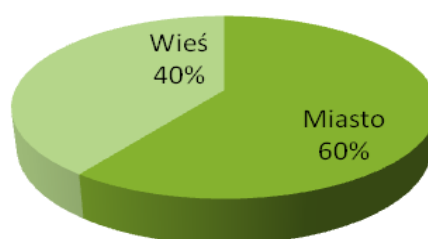
Największą grupę pacjentek stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 71-80 lat – 16 kobiet (32%), kolejno 12 kobiet (24%) w wieku 61-70 lat, 10 kobiet (20%) w grupie wiekowej 51-60 lat, 9 kobiet (18%) w wieku >81 lat oraz 2 kobiety (4%) w wieku poniżej 40 roku życia. Najmniej liczną grupę wiekową stanowił przedział 41-50 lat do którego należała jedna pacjentka (2%).

Wiek pacjentek



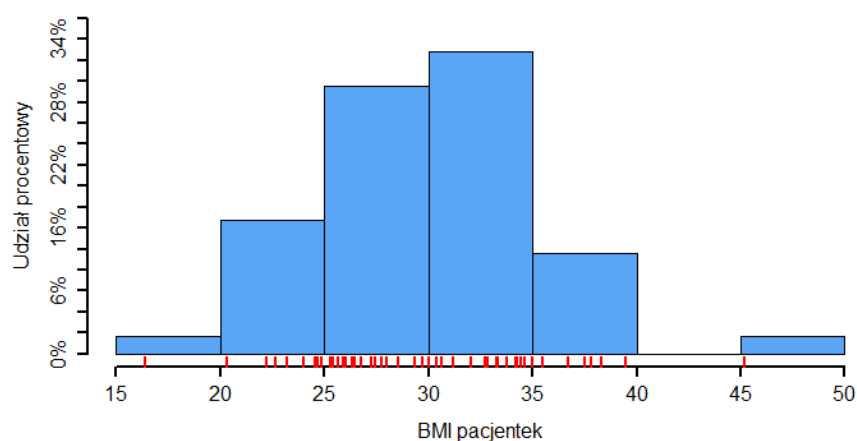
Ryc. 1. Podział pacjentek poddanych badaniu ze względu na wiek

Miejsce zamieszkania



Ryc. 2. Miejsce zamieszkania pacjentek

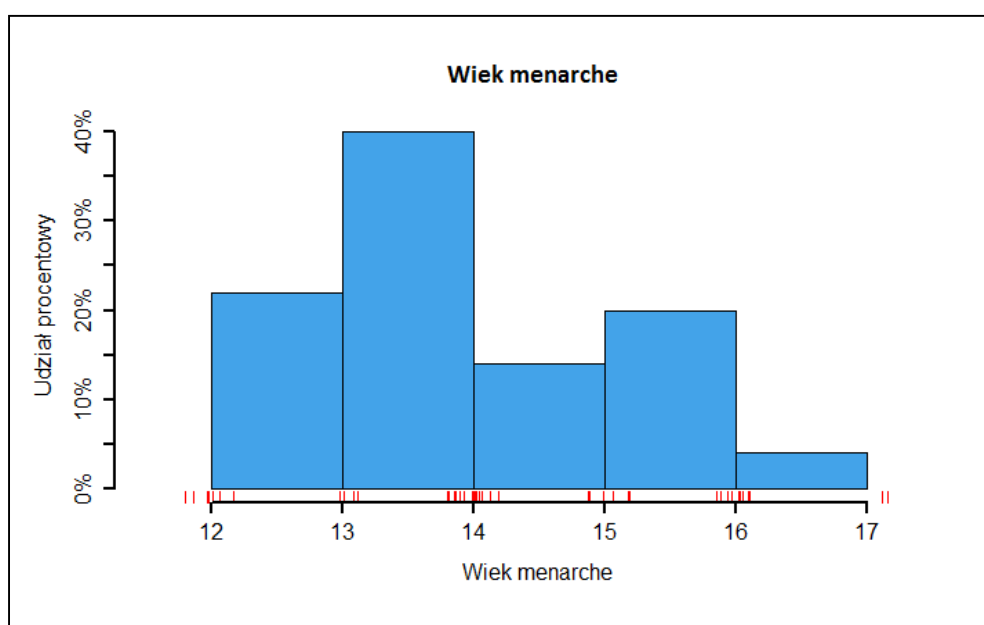
BMI pacjentek



Ryc. 3. BMI pacjentek

Największa część pacjentek objętych badaniem stanowiły kobiety mieszkające w mieście, 30 osób (60%). Mniej liczną grupę stanowiły pacjentki zamieszkujące tereny wiejskie – 20 osób (40%).

Średnia BMI pacjentek wynosiła 30,09, odchylenie standardowe 5,53. Najwyższy zbadany wskaźnik BMI wynosił 45,20 a najniższy 16,38. Najwięcej – 20 pacjentek (40%) cierpiało na I stopień otyłości. 15 kobiet (30%) miało nadwagę. Tylko 8 badanych (16%) miało prawidłową masę ciała. 5 pacjentek (10%) miało stwierdzony II stopień otyłości, jedna pacjentka cierpiała na III stopień otyłości. U 1 badanej (2%) stwierdzono wychudzenie.

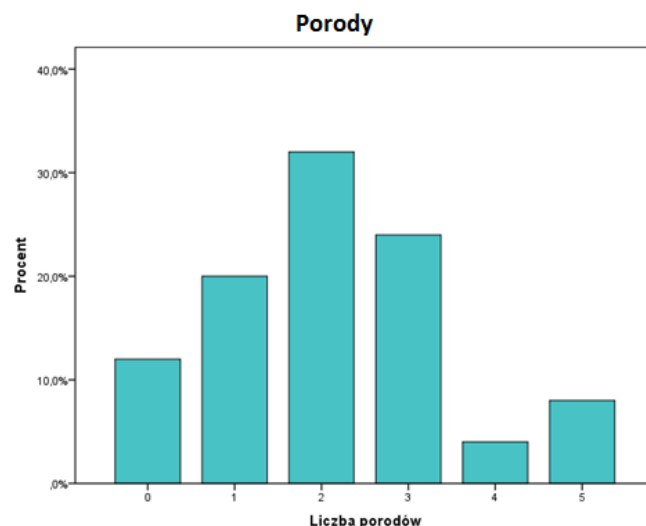


Ryc. 4. Wiek menarche

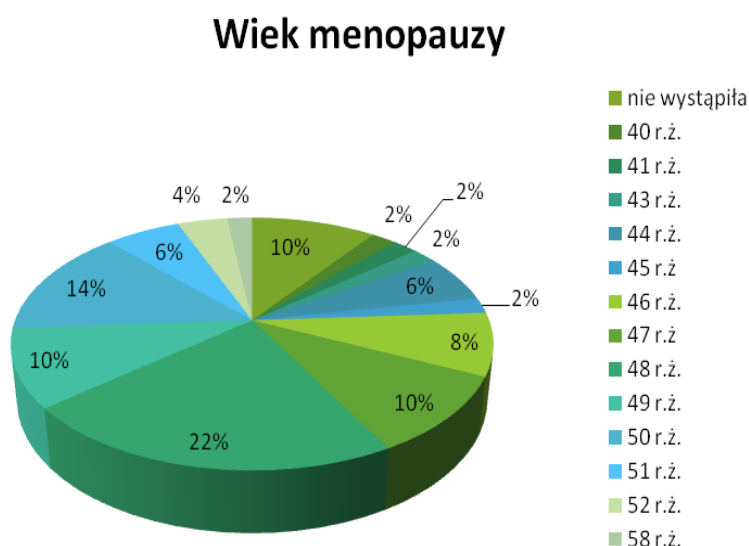
Najwięcej pacjentek – 20 kobiet (40%) zgłaszały wystąpienie pierwszej miesiączki w wieku 14 lat. Kolejno 10 pacjentek (20%) zadeklarowało wiek pierwszej miesiączki przypadający na 16 rok życia. Po 7 kobiet (14%) zgłosiło wiek menarche w 12 i 15 roku życia. 4 pacjentki wskazały wiek menarche przypadający na 13 rok życia. Najmniej liczną grupę stanowiły 2 pacjentki (4%) u których pierwsza miesiączka wystąpiła w wieku 17 lat.

Minimum przebytych porodów wynosi 0. Maksymalna liczba porodów to 5. Średnia przebytych porodów jest równa 2,08. Odchylenie standardowe wynosi 1,38. Największa liczba pacjentek – 17 (34%) rodziła dwa razy. 11 kobiet (22%) objętych badaniem rodziło trzykrotnie. 10 pacjentek (20%) posiada jedno dziecko. 6 kobiet (12%) nie rodziło ani razu.

4 pacjentki (8%) rodziły po pięć razy. Najmniej liczną grupę przebadanych kobiet stanowią 2 pacjentki (4%) które rodziły czterokrotnie.



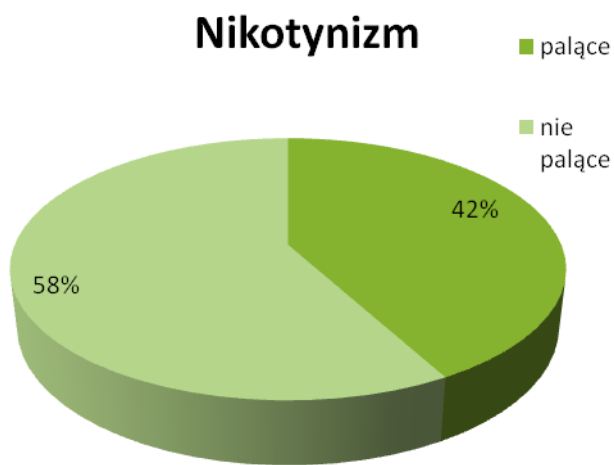
Ryc. 5. Przebyte porody



RRyc. 6. Wiek pacjentki w którym wystąpiła menopauza

Wśród badanych pacjentek, u 5 (10%) menopauza jeszcze nie wystąpiła. Średni wiek pacjentek w którym wystąpiła menopauza wynosi 48,24 lata. Maksymalny wiek menopauzy wśród badanych kobiet to 58 lat, natomiast minimalny to 40 lat. Odchylenie standardowe wynosi 2,99. Najliczniejszą grupę wiekową kobiet stanowiły pacjentki u których menopauza

wystąpiła w 48 roku życia – 11 osób (22%). U 7 pacjentek (14%) menarche przypadało na 50 rok życia. W jednakowym stopniu po 5 pacjentek (10%) odnotowało wystąpienie menopauzy w wieku 47 i 49 lat. 4 pacjentki (8%) zgłosiło wiek menarche przypadający na 46 rok życia. Po 3 kobiety (6%) wskazały 44 i 51 rok życia jako termin wystąpienia menopauza. U 2 pacjentek (4%) menopauza wystąpiła w wieku 52 lat. Po 1 badanej (2%) zadeklarowało wiek menopauzy przypadający na 40, 41, 45 i 58 rok życia.



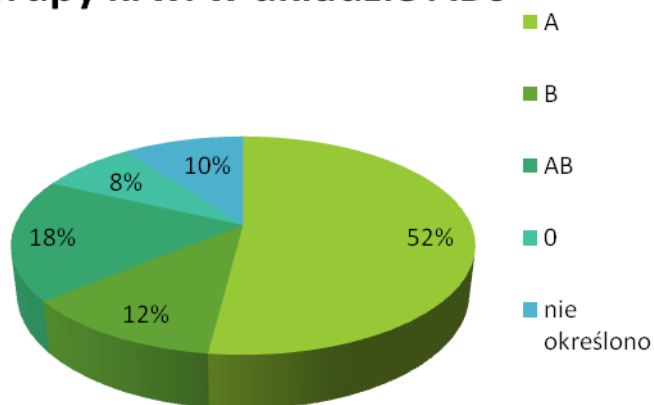
Ryc.7. Nikotynizm wśród pacjentek

Wśród badanych pacjentek 21 (42%) kobiet przyznało się do bycia uzależnionymi od nikotyny. Ponad połowa, 29 kobiet (58%) nie pali wyrobów tytoniowych.

Wśród puli pięćdziesięciu przebadanych pacjentek, pod względem grupy krwi oznaczonej w układzie AB0, najliczniejsze grono – 26 kobiet (52%) stanowiły pacjentki o grupie krwi A. Kolejno 9 kobiet (18%) miało stwierdzoną grupę krwi AB, a 6 (12%) grupę B. Najmniej – 4 pacjentki (8%) miało grupę krwi 0. U 5 pacjentek (10%) nie określono grupy krwi.

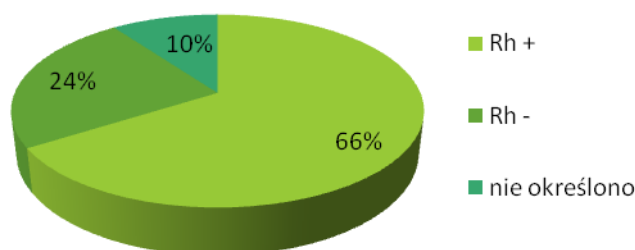
Wśród przebadanych pacjentek, 33 kobiety (66%) posiadały współczynnik krwi Rh dodatni. Mniejszą grupę stanowiło 12 pacjentek (24%) o współczynniku Rh krwi ujemnym. 5 kobiet (10%) nie miało określonego współczynnika Rh.

Grupy krwi w układzie AB0



Ryc. 8. Grupy krwi pacjentek w układzie AB0

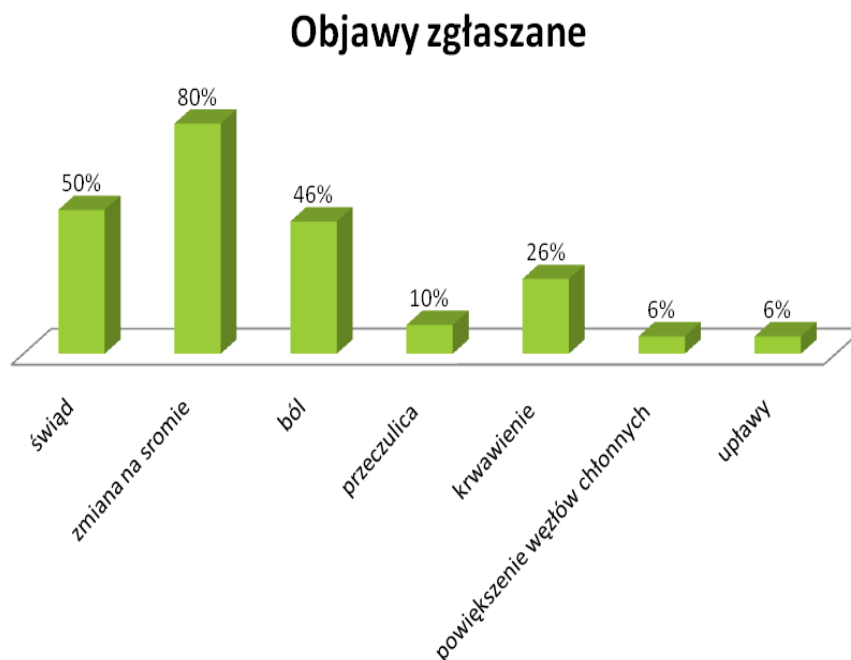
Układ Rh



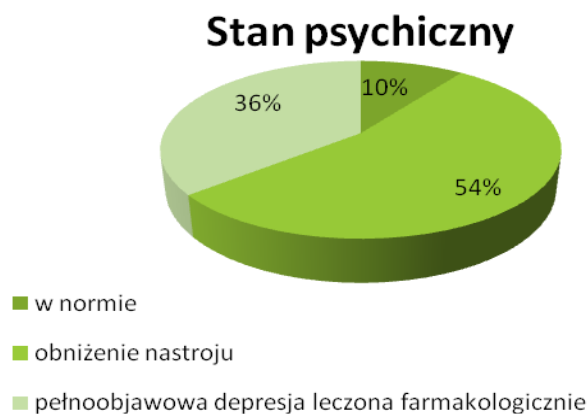
Ryc. 9. Układ Rh krwi

Najczęstszym objawem towarzyszącym wystąpieniu raka sromu, który został zgłoszony przez 40 pacjentek (80%) była zmiana na sromie. Powszechnym objawem obserwowanym przez 25 kobiet (50%) był świąd sromu. Nieznacznie mniej bo 23 kobiety (46%) obserwowały współtowarzyszący innym dolegliwościom ból. 13 (26%) pacjentek zadeklarowało również wystąpienie krwawień z narządów płciowych. 5 pacjentek (10%) zgłosiło przeczulicę okolic sromu, a po 3 (6%) zaobserwowały dodatkowo powiększenie węzłów chłonnych i upławy.

Najwięcej z przebadanych pacjentek – 27 (54%) obserwowało u siebie obniżenie nastroju w związku z postawioną diagnozą i prowadzoną terapią. 18 kobiet (36%) potwierdziło wystąpienie pełnoobjawowej depresji która leczona była farmakologicznie. Najmniejszą grupę stanowiło 5 pacjentek (10%), które określiły swój stan psychiczny jako nie odbiegający od normy.



Ryc. 10. Objawy zgłaszane przez pacjentki w trakcie pierwszego badania w kierunku diagnozowania raka sromu

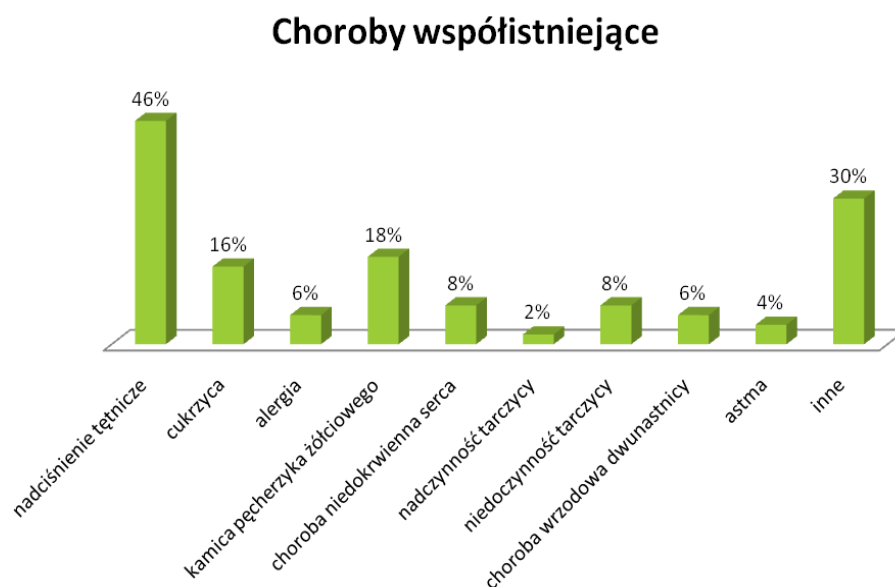


Ryc.11. Stan psychiczny pacjentek

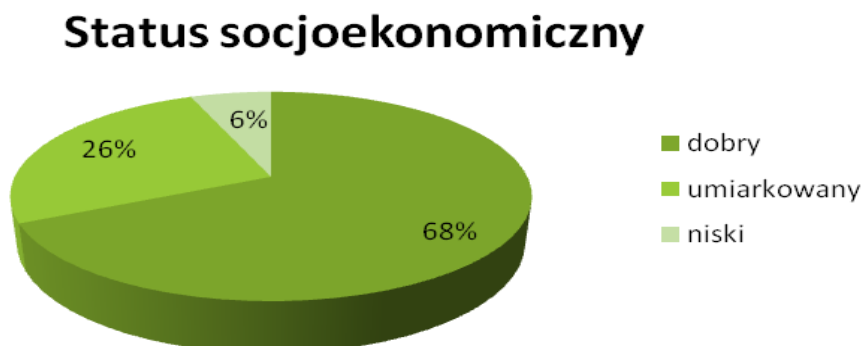
Najczęstszym schorzeniem współistniejącym z rakiem sromu było nadciśnienie tętnicze które dotyczyło 23 pacjentek (46%). 9 pacjentek (18%) cierpiało na kamicę pęcherzyka żółciowego. 8 kobiet (16%) miało zdiagnozowaną cukrzycę. Po 4 pacjentki (8%) dodatkowo miały zdiagnozowaną chorobę niedokrwinną serca oraz niedoczynność tarczycy, 3 (6%)

alergię oraz chorobę wrzodową dwunastnicy. 2 pacjentki (4%) cierpiały na astmę. Najrzadziej występującym schorzeniem była nadczynność tarczycy, którą zdiagnozowano u 1 pacjentki (2%). 15 pacjentek (30%) chorowało na inne schorzenia.

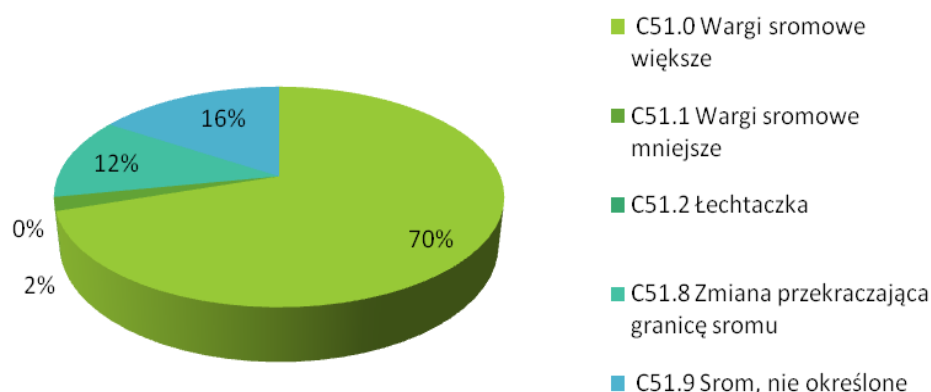
Najczęściej, badane pacjentki - w 34 przypadkach (68%) – swój status socjoekonomiczny określały jako dobry. 13 kobiet (26%) warunki bytowe oceniły na poziomie umiarkowanym. Niski poziom statusu socjoekonomicznego został zadeklarowany przez 3 badane (6%).



Ryc. 12. Choroby współistniejące z rakiem sromu

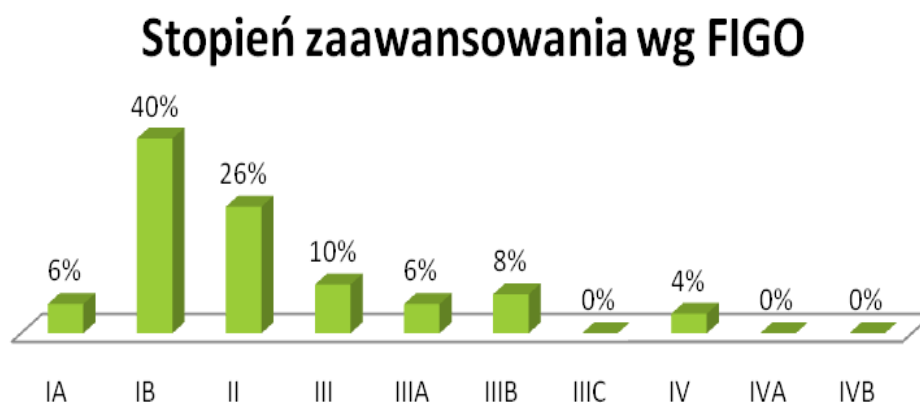


Ryc. 13. Subiektywna ocena statusu socjoekonomicznego pacjentek



Ryc. 14. Rozpoznanie raka sromu wg ICD-10

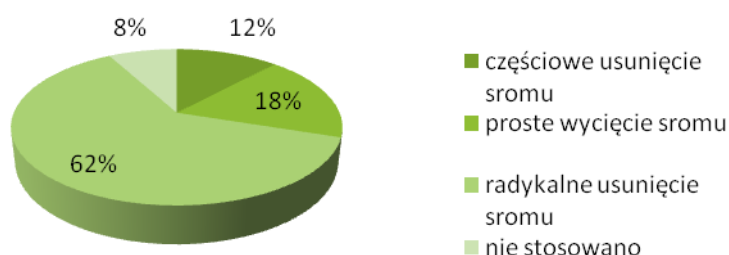
Najczęstszym obszarem nacieku nowotworowego w przypadku raka sromu według kryteriów oceny ICD-10 były wargi sromowe większe – u 35 pacjentek (70%) - kodowane jako C51.0. Drugim co do częstości występowania był kod C51.9 – srom, nie określone – sklasyfikowany w przypadku 8 pacjentek (16%). W przypadku 6 kobiet (12%) zdiagnozowano zmianę przekraczającą granicę sromu kodowaną jako C51.8. Najmniejszą grupę stanowił obszar warg sromowych mniejszych – C51.1 – rozpoznany u 1 pacjentki (2%). Schorzenie obejmujące obszar łechtaczki – C51.2 – nie zostało zdiagnozowane u żadnej z badanych pacjentek (0%).



Ryc. 15. Stopień zaawansowania według klasyfikacji FIGO, udział procentowy diagnoz

Najczęściej występującym stopniem zaawansowania według klasyfikacji FIGO była klasa IB, dotycząca 20 pacjentek (40%). Drugą co do częstości występowania była klasa II – zdiagnozowana u 13 kobiet (26%) objętych badaniem. 5 pacjentek (10%) z rakiem sromu zostało zaklasyfikowanych do III stopnia skali FIGO. 4 badane (8%) zakwalifikowano do rozpoznania w klasie IIIB. Po 3 pacjentki (6%) uwzględniono w klasie IA oraz IIIA. Najmniejszą grupę stanowiły 2 pacjentki (4%) w stopniu IV. Do klas IIIC, IVA, IVB nie zakwalifikowano żadnej z badanych pacjentek (0%).

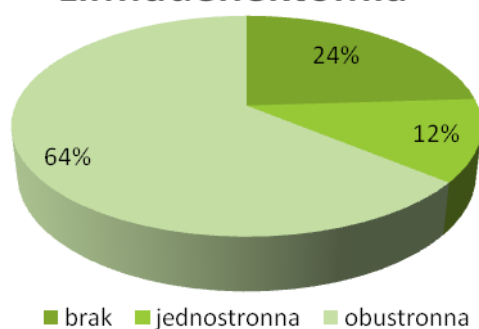
Typ leczenia chirurgicznego



Ryc. 16. Typ zastosowanego leczenia chirurgicznego

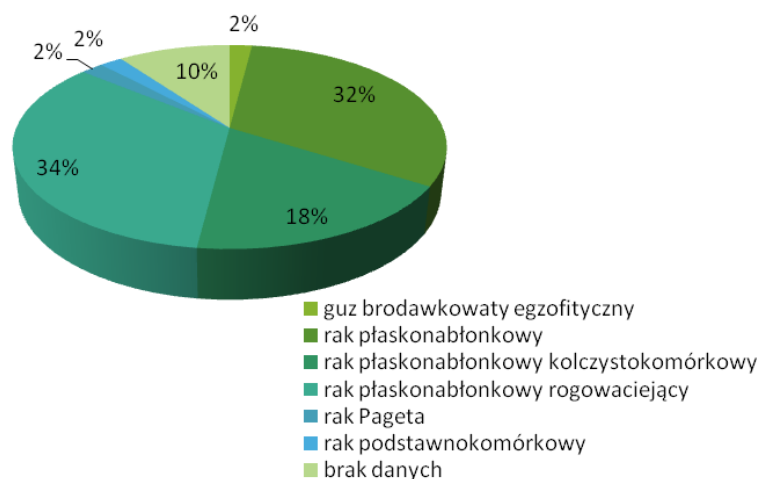
Najczęściej stosowanym sposobem terapii chirurgicznego było radykalne usunięcie sromu – zastosowane zostało u 31 pacjentek (62%). U 9 pacjentek (18%) wykonano zabieg prostego wycięcia sromu. Częściowe usunięcie sromu przeprowadzono u 6 badanych (12%). W przypadku 4 pacjentek (8%) nie zastosowano leczenia chirurgicznego.

Limfadenektomia



Ryc. 17. Zakres wykonanej limfadenektomii

Najczęściej przeprowadzanym typem limfadenektomii w trakcie zabiegu chirurgicznego było obustronne usunięcie węzłów chłonnych – zostało zastosowane u w przypadku 32 pacjentek (64%). Jednostronną limfadenektomie przeprowadzono u 6 pacjentek (12%). W 12 przypadkach (24%) odstąpiono od usunięcia węzłów chłonnych.



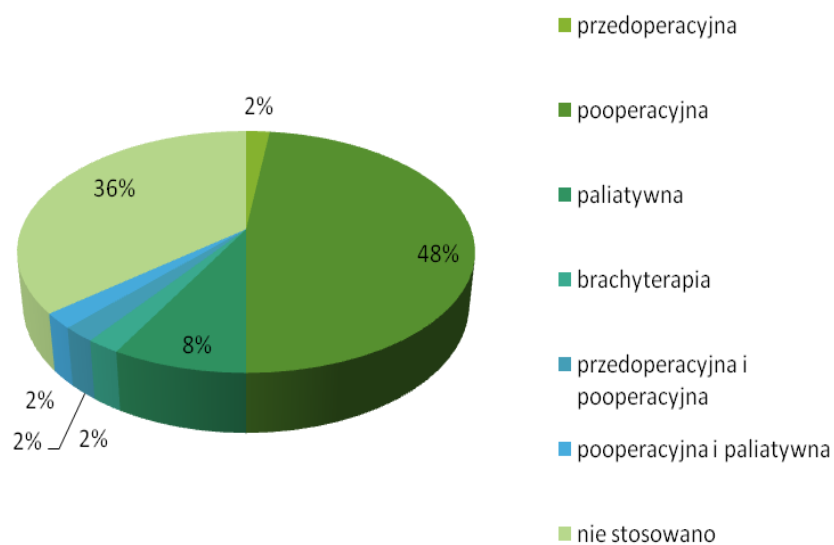
Ryc. 18. Typy histopatologiczne raka sromu

Najczęstszym typem histopatologicznym badanej próbki biopsyjnej guza był rak płaskonabłonkowy rogowaciejący – wykryty został w 17 przypadkach (34%). Drugim co do częstości występowania jest rak płaskonabłonkowy, zdiagnozowany w grupie 16 kobiet (32%). Rak płaskonabłonkowy kolczystokomórkowy rozpoznany został u 9 pacjentek (18%). Najrzadziej występował rak Pageta, podstawnkomórkowy oraz guz brodawkowy egzofityczny – tylko w pojedynczych przypadkach – 1 pacjentka w grupie badanej (2%). W przypadku 5 pacjentek (10%) nie uzyskano informacji o typie histologicznym pobranych tkanek nowotworowych.

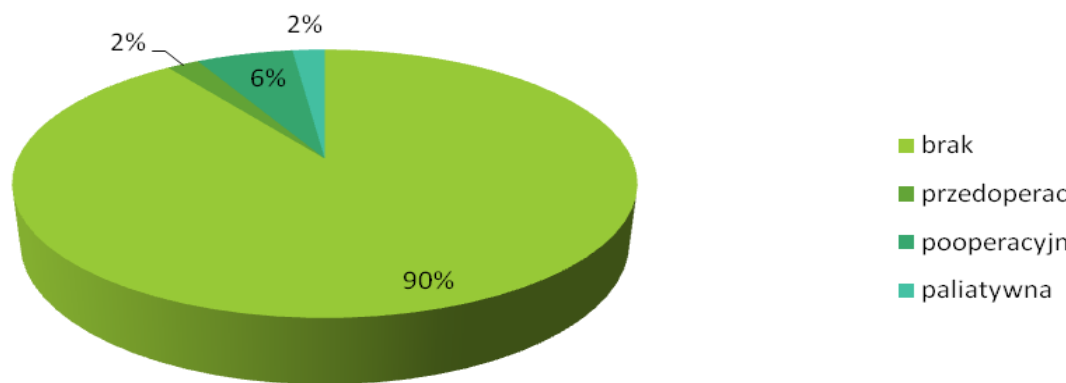
W trakcie terapii raka sromu najczęściej stosowano radioterapię pooperacyjną – w przypadku 24 kobiet (48%). U 4 pacjentek (8%) zastosowano terapię paliatywną. Pozostałe typy terapii łączonych i samodzielnych stosowano w pojedynczych przypadkach z których każdy stanowił 2% ogółu przebadanych kobiet. U 18 pacjentek (36%) odstąpiono od zastosowania radioterapii jako sposobu leczenia uzupełniającego.

U 3 pacjentek (6%) zastosowano chemioterapię pooperacyjną, jako metodę uzupełniającą terapię raka sromu. W przypadku 1 chorej (2%) wdrożono chemioterapię paliatywną. Chemioterapia przedoperacyjna zastosowana została u 1 pacjentki (2%). W 90%

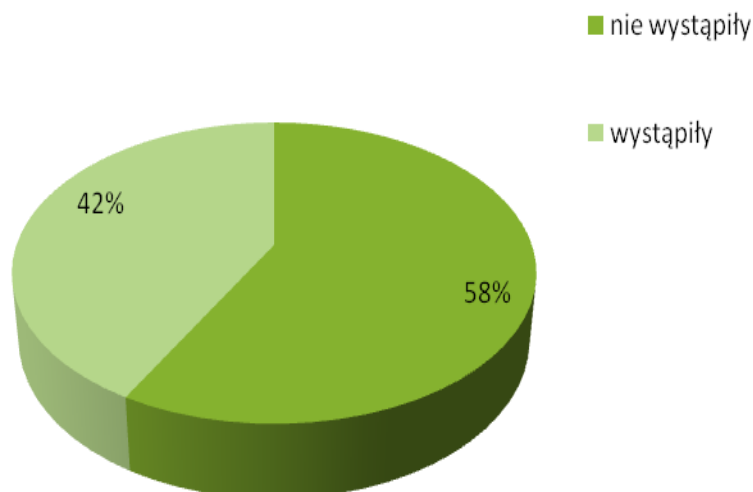
przypadków odstąpiono od stosowania chemioterapii jako elementu leczenia, ze względu na znikomą skuteczność powyższej terapii



Ryc. 19. Typ zastosowanej radioterapii w przebiegu terapii raka sromu



Ryc. 20. Typ zastosowanej chemioterapii



Ryc. 21. Stwierdzona obecność przerzutów po zakończonej terapii raka sutka

W przypadku 29 pacjentek (58%) nie stwierdzono przerzutów po zakończeniu leczenia raka sutka. U 21 kobiet (42%) objętych badaniem zdiagnozowano przerzuty odległe po zakończeniu leczenia raka sutka.

Analiza zależności pomiędzy wybranymi aspektami badań

Zależność pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wysokością wskaźnika BMI a stopniem zaawansowania raka sutka według FIGO. Pacjentki, u których BMI wskazywało na wagę wyższą niż prawidłowa, stanowiły najliczniejszą grupę pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem sutka.

Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania raka sutka według skali FIGO a miejscem zamieszkania pacjentek

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania pacjentek a częstością diagnozowania raka sutka. Pacjentki zamieszkujące tereny wiejskie w podobnym stopniu chorowały na raka sutka, co pacjentki mieszkające w mieście.

Tab. I. Zależność występująca pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Wskaźnik BMI	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
<20	1	0	0	0	1
%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	
20-25	5	1	1	1	8
%	62,50%	12,50%	12,50%	12,50%	
25,1-30	8	4			16
%	50,00%	25,0%	25,00%	0,00%	
>30	9	8	6	2	25
%	36%	32,00%	24,00%	8,00%	
Ogół	23	13	11	3	50

Tab. II. Wyliczenie statystyczne zależności pomiędzy poziomem wskaźnika BMI a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	10,7652	df=9	p=,03572
Chi² NW	10,63566	df=9	p=,04012

Tab. III. Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu według FIGO a miejscem zamieszkania pacjentek

Miejsce zamieszkania	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
miasto	11	9	7	3	30
%	36,67%	30,00%	23,33%	10,00%	
wieś	12	4	4	0	20
%	60,00%	20,00%	20,00%	0,00%	
Ogół	23	13	11	3	50

Tab. IV. Wyliczenia statystyczne zależności stopnia zaawansowania nowotworu a miejsca zamieszkania pacjentek

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	3,942432	df=3	p=,26775
Chi² NW	4,991004	df=3	p=,17246

Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania zdiagnozowanego raka sromu a paleniem wyrobów tytoniowych

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wystąpieniem poszczególnych stopni zaawansowania raka sromu według FIGO a paleniem wyrobów tytoniowych wśród pacjentek

Tab. V. Zależność stopnia zaawansowania nowotworu według skali FIGO a nikotynizmem

Nikotynizm	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
nie pali	14	7	5	3	29
%	48,28%	24,14%	17,24%	10,34%	
pali	9	6	6	0	21
%	42,86%	28,57%	28,57%	0,00%	
Ogół	23	13	11	3	50

Tab.VII. Zależność pomiędzy grupą krwi a częstością występowania raka sromu według skali FIGO

Grupa krwi układ AB0	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
A	11	9	5	1	26
%	42,31%	34,62%	19,23%	3,85%	
AB	3	2	2	2	9
%	33,33%	22,22%	22,22%	22,22%	
B	3	1	2	0	6
%	50,00%	16,67%	33,33%	0,00%	
brak	4	0	1	0	5
%	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%	
0	2	1	1	0	4
%	50,00%	25,00%	25,00%	0,00%	
Ogół	23	13	11	,3	50

Zależność pomiędzy grupą krwi w układzie AB0 a częstością występowania poszczególnych stopni zaawansowania raka według skali FIGO

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy grupą krwi oznaczoną w układzie AB0, a częstością występowania raka sromu według skali FIGO. Grupą najczęściej predysponującą do wystąpienia raka sromu była grupa krwi „A”.

Tab. VIII. Wyliczenie statystyczne zależności pomiędzy grupą krwi w układzie AB0 a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	10,49152	df=12	p=,00547
Chi² NW	12,81336	df=12	p=,00241

Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO a zastosowanym wyborem typu leczenia chirurgicznego

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy wyborem metody leczenia chirurgicznego a stopniem zaawansowania raka sromu. Najczęstszym sposobem leczenia z wyboru było radykalne wycięcie sromu. Tab. Wyliczenia statystyczne pomiędzy otrzymanym stopniem wymazu cytologicznego według Papanicolau a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Tab. IX. Zależność pomiędzy stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO a zastosowanym leczeniem chirurgicznym

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	9,624014	df=6	p=,14140
Chi² NW	12,15840	df=6	p=,05853

Tab. X. Wyliczenia statystyczne zależności pomiędzy zaawansowaniem nowotworu według skali FIGO a zastosowaniem leczenia chirurgicznego

Leczenie chirurgiczne	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	V
Częściowe usunięcie sromu	6	0	0	0	6
%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Proste wycięcie sromu	6	2	1	0	9
%	66,67%	22,22%	11,11%	0,00%	
Radykalne usunięcie sromu	10	11	9	1	31
%	32,26%	35,48%	29,03%	3,23%	
brak	1	0	1	2	4
%	25,00%	0,00%	25,00%	50,00%	
Ogół	23	13	11	3	50

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi^2 Pearsona	11,05236	df=6	p=,04677
Chi^2 NW	13,66065	df=6	p=,03367

Zależność pomiędzy wynikiem wymazu cytologicznego z szyjki macicy według Papanicolau, a stopniem zaawansowania raka sromu według skali FIGO

ponieważ nie wykazano związku między wynikiem cytologicznym z szyjki macicy, oznaczonego według Papanicolaou a stopniem zaawansowania raka sromu według FIGO. U każdej z badanych pacjentek otrzymany wynik cytologiczny znajdował się w granicach normy, dlatego nie można uznać go za czynnik rokowniczy w przebiegu diagnostyki raka sromu.

Tab. XI. Zależność pomiędzy stopniem wymazu cytologicznego według Papanicolau a stopniem zaawansowania nowotworu według skali FIGO

Stopień cytologii wg Papanicolau	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
brak	11	1	4	1	17
%	64,71%	5,88%	23,53%	5,88%	
I	0	2	2	0	4
%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	
II	12	10	5	2	29
%	41,38%	34,48%	17,24%	6,90%	
Ogół	23	13	11	3	50

Zależność pomiędzy stwierdzeniem przerzutów a stopniem zaawansowania raka sromu według skali FIGO

Wniosek w oparciu o dane statystyczne: Wykazano istotną statystycznie zależność zachodzącą między stopniem zaawansowania zdiagnozowanego nowotworu według skali FIGO a wykryciem przerzutów. Najrzadziej przerzuty występowały w grupie kobiet z rakiem sromu w stopniu I według skali FIGO. Stanowi to dobry czynnik rokowniczy.

Tab. XII. Zależność pomiędzy wystąpieniem przerzutów a stopniem zaawansowania według FIGO

Przerzuty	Stopień zaawansowania według FIGO				
	I	II	III	IV	Razem
nie wystąpiły	18	7	4	0	29
%	62,07%	24,14%	13,79	0,00%	
wystąpiły	5	6	7	3	21
%	23,81%	28,57%	33,33%	14,29%	
Ogół	23	13	11	3	50

Tab. XIII. Wyliczenia statystyczne zależności pomiędzy stopniem cytologii a stopniem zaawansowania raka według skali FIGO

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	9,624014	df=6	p=,14140
Chi² NW	12,15480	df=6	p=,05853

Tab. XIV. Wyliczenia statystyczne zależności pomiędzy stopniem zaawansowania nowooru według FIGO, a wystąpieniem przerzutów

Statystyka			
	Chi-kwadrat	df	p
Chi² Pearsona	10,22468	df=3	p=,01675
Chi² NW	11,57880	df=3	p=,00895

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

W Polsce współczynnik zachorowalności na raka sromu wynosi 1 na 100 000 kobiet. W ciągu każdego roku diagnozowanych jest 400 nowych przypadków zachorowań. Współczynnik śmiertelności pacjentek ze zdiagnozowanym złośliwym rakiem sromu wynosi 0,5/100 000. Obecnie obserwuje się niepokojącą tendencję wzrostową liczby zachorowań - 20% więcej w stosunku do wyników sprzed dwudziestu lat. Odnotowano również znaczne obniżenie granicy wiekowej pacjentek cierpiących na raka sromu. Wczesna diagnostyka oraz uzyskanie zadowalających efektów terapii jest znacznie utrudnione poprzez wzgląd na lokalizację zmian nowotworowych, trudne dojście chirurgiczne oraz aspekt psychoseksualny pacjentek, które niejednokrotnie zostają oszczędzone przez rozległe cięcia chirurgiczne co wpływa negatywnie na przebieg rekonwalescencji po zabiegu.

W celu zbadania czynników ryzyka wystąpienia raka sromu niniejszym badaniem objęto 50 pacjentek Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w latach 2004-2014. Przeważającą grupę stanowiły kobiety w wieku 71-80 lat (32%) oraz w przedziale wiekowym pomiędzy 61 a 70 rokiem życia (32%). 9 pacjentek miało powyżej 81 lat (18%). 10 kobiet miało od 51 do 60 lat (20%). Mniejszość stanowiły pacjentki w wieku

poniżej 40 roku życia (4%) oraz w przedziale 41-50 lat (2%). Średnia wieku wynosiła 68,4 lata. Badania przedstawione przez Ciszko [5] wykazały zbliżony wiek pacjentek dotkniętych rakiem sromu – mediana – 70 lat. W badaniach Urbana [17] dominującą grupą stanowiły pacjentki w wieku 60-69 lat, a w obserwacjach Matkowskiego [18] w przedziale wiekowym 60-70 lat. Najniższą średnią wiekową pacjentek w badaniu przestawił Bieńkiewicz [19], wynosiła 53,2 lata.

Ponad połowa badanych kobiet mieszkała w mieście (60%), a 20 pacjentek (40%) zamieszkiwało tereny wiejskie. 34 pacjentki (68%) swoją sytuację materialną określiły jako dobrą. 13 kobiet (26%) uważało swój status ekonomiczny za umiarkowany, a 3 (6%) opisały swoje warunki bytowe jako niskie. Nie można więc jednoznacznie określić czy miejsce zamieszkania i warunki bytowe wpływają istotnie na zwiększenie ryzyka zachorowania na raka sromu.

Większość pacjentek posiadała co najmniej jedno dziecko, 6 kobiet nie rodziło ani razu (12%).

21(42%) z przebadanych pacjentek potwierdziło palenie wyrobów tytoniowych. Ponad połowa, 29 kobiet (58%) nie paliła. Gottwald [7] w swoich obserwacjach palenie tytoniu określa jako istotny czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia raka sromu.

Wiek pierwszej miesiączki najczęściej przypadał na 14 rok życia – w przypadku 20 kobiet (40%). U 10 (20%) menarche wystąpiło w wieku lat 16. Mniej liczne grupy, 7 osobowe (14%) stanowiły kobiety u których miesiączka wystąpiła w wieku 12 i 15 lat. Najmniej liczna grupę stanowiły kobiety u których pierwsze krwawienie miesiączkowe wystąpiło w 17 roku życia (4%).

Średni wiek menopauzy wśród badanych kobiet wynosił 48 lat. Najliczniejszą grupę (22%) stanowiły kobiety u których ostatnie krwawienie miesiączkowe wystąpiło w 48 roku życia. 90% przebadanych kobiet było w okresie pomenopauzalnym. Bieńkiewicz [19] w swoich badaniach zaobserwował występowania raka inwazyjnego u przeważającej części pacjentek w wieku pomenopauzalnym co uznał za jeden z czynników ryzyka wystąpienia raka sromu.

Wśród badanych pacjentek dominującą grupą krwi w układzie AB0 była grupa A, oznaczona została u 26 kobiet (52%). W wynikach Ciszko [5] 56% pacjentek miało grupę krwi A, jednak uznanie tego za czynnik ryzyka zostało niejednoznacznie odrzucone ze względu na zwiększoną częstotliwość występowania tej grupy krwi w zamieszkiwanej szerokości geograficznej co uniemożliwiło wykazanie ścisłego związku z występowaniem raka sromu.

Z informacji uzyskanych na podstawie badań wynika, że tylko 8 pacjentek (16%) miało BMI na poziomie określającym zakres wagi prawidłowej. 15 badanych (30%) miało nadwagę, a aż 20 kobiet (40%) prezentowało I stopień otyłości. Świadczy to o istotności tego wskaźnika jako czynnika ryzyka raka sromu – co potwierdziły również badania Ciszko [3], gdzie tylko jedna z 25 przebadanych kobiet miała prawidłową masę ciała.

W badanej grupie 46% pacjentek chorowało na nadciśnienie tętnicze. Drugą co do częstości występowania chorobą współistniejącą była kamica pęcherzyka żółciowego dotycząca 18% kobiet. Równie często – w 16% przypadków pacjentki cierpiały na cukrzycę. Rzadziej, u 8% badanych występowała choroba niedokrwienna serca i niedoczynność tarczycy, a 6% uskarżało się na różnego typu alergię. Na astmę chorowały 4% badanych kobiet. 2% dolegliwości stanowiła nadczynność tarczycy. W badaniach Ciszko [3] najliczniejszą grupę – 40% chorób współistniejących z rakiem sromu stanowiła kamica żółciowa, na jednakowym poziomie wykazano występowanie nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca. Cukrzyca występowała u 16% badanych, a astma oskrzelowa u 8%.

Badania przedstawione przez Ciszko [3] wskazują że nadciśnienie tętnicze dotyka 40% pacjentek z rakiem sromu, natomiast cukrzyca stanowi 16% chorób współistniejących. Ponadto 40% kobiet cierpi na kamicę żółciową.

Wśród badanych kobiet najczęstszym niepokojącym objawem zgłaszanym podczas pierwszego badania poprzedzającego diagnozę raka sromu - była zmiana na sromie, zaobserwowana przez 80% pacjentek. Drugim co do częstości występowania, niepokojącym objawem był przewlekły świąd okolic genitalnych u 50% pacjentek. W 46 % toczącemu się procesowi nowotworowemu towarzyszył ból obszaru narządów płciowych. 26% kobiet zaobserwowało krwawienie z dróg rodnych, 10% uskarżało się na uporczywą przeczulicę w okolicy sromu. Po 6% badanych spostrzegło powiększenie węzłów chłonnych oraz upławy.

W wynikach Bieńkiewicza [19] subiektywne objawy zgłaszane przez pacjentki dotyczyły w największym odsetku dolegliwości bólowych (40%) okolicy sromu. Pacjentki skarżyły się także na świąd – 35,2% oraz uczucie pieczenia- 21% - w obszarze narządów płciowych. Objawy zgłaszane rzadziej dotyczyły krwawień, zaparć i zaburzeń mikcji.

W klasyfikacji raka sromu według FIGO najczęściej występującym stopniem zaawansowania była klasa IB która stanowiła 40% wszystkich przypadków zachorowań. Drugie miejsce co do częstości występowania stanowiła klasa II zdiagnozowana w 26% przypadków. 10% kobiet miało stwierdzony III stopień zaawansowania raka sromu. IV stopień zaawansowania rozwinął się u 4% badanych.

W badaniu przedstawionym przez Ciszko [3] rak sromu w stopniu zaawansowania IB stanowił około 15% przypadków. Na podobnym poziomie potwierdzono występowania klinicznego zaawansowania raka II i III stopnia – wynosił on około 25%. Najrzadziej występował stopień IVa – stanowił około 2% przypadków.

Badania opublikowane przez Bieńkiewicza [7] wykazały, że najczęstszym diagnozowanym stopniem zaawansowania raka sromu wg FIGO jest stopień II stanowiący 31,4% badanych przypadków. Drugim co do częstości występowania i stanowiącym 19,0% jest I stopień zaawansowania. 16,2% stanowi stopień III, a najmniejszy odsetek diagnoz stawianych jest w przypadku raka zaawansowanego na poziomie IV – 11,5%.

W badaniach Matkowskiego [18] 31% pacjentek zostało zdiagnozowanych w III stopniu zaawansowania nowotworu według FIGO, a 22% w stopniu II. Urban [17] w analizie przypadków pacjentek objętych badaniem stwierdził 14 % chorych w I stadium zaawansowania według FIGO, 32 % przypadków wykrycia w II stopniu zaawansowania, aż 44% występowania III stopnia oraz 10% pacjentek z rakiem w stopniu IV.

Wśród pacjentek objętych badaniem 62% kobiet zostało poddanych zabiegowi radykalnego usunięcia sromu. U 18% pacjentek wykonano zabieg prostego wycięcia sromu, a tylko 12% zakwalifikowano do zabiegu częściowego wycięcia sromu. Najczęściej stosowano również obustronne wycięcie węzłów chłonnych – 64% przypadków. Rzadziej – w 24% operowanych kobiet wykonano limfadenektomie jednostronną. W analizach Urbana [17] 75% badanych kobiet poddano radykalnemu wycięciu sromu. Wulwektomię prostą zastosowano u 9% chorych, a częściową resekcję guza u 16%.

W obserwacjach opublikowanych przez Bieńkiewicza [7] najczęstszym typem zabiegu operacyjnego było proste wycięcie sromu wraz z obustronną limfadenektomią, co stanowiło 46,7% przypadków.

W badaniach Ciszko [3] w 88% przypadków wykonano zabieg radykalnego usunięcia sromu z obustronną limfadenektomią, a tylko w 8% zabiegów chirurgicznych pacjentki poddano prostemu wycięciu sromu bez węzłów chłonnych.

W grupie badanej, podczas regularnych kontroli u 58% kobiet nie stwierdzono wznów miejscowych ani przerzutów. W 42% przypadków zaobserwowano przerzuty po zakończeniu terapii raka sromu.

W danych opublikowanych przez Ciszko [3] na podstawie piśmiennictwa ryzyko wznów ocenia się na 33% z czego 50% dotyczyć będzie wznów lokalnych. W oparciu o przeprowadzone badania wznowy wykryto u 16% pacjentek. Potwierdzono, iż zlokalizowanie przerzutów w obszarze węzłów chłonnych w chwili detekcji zmiany pierwotnej

jest jednym z głównych czynników wpływających na prognozowanie przebiegu terapii oraz znacząco pogarsza rokowania. W wynikach Wojcieszek [20] u 25% chorych zaobserwowano nawroty choroby.

WNIOSKI

Po przeanalizowaniu wyników badań, wysunięto następujące wnioski:

1. Wystąpienie raka sromu jest w istotny sposób skorelowane z wiekiem pacjentek.
2. Rak sromu najczęściej dotyka pacjentki z masą ciała powyżej normy określonej dla wzrostu.
3. Grupa krwi pacjentki może być istotnym czynnikiem predysponującym do zwiększenia prawdopodobieństwa wystąpienia raka sromu.
4. Wynik wymazu cytologicznego z szyjki macicy według skali Papanicolau nie może być uznawany za czynnik prognostyczny wystąpienia raka sromu.
5. Zmiana na sromie oraz przewlekły świąd są najczęstszymi objawami subiektywnymi pacjentek, które umożliwiają pogłębienie diagnostyki w kierunku raka sromu.
6. Najczęstszym stadium zaawansowania raka według skali FIGO jest stopień IB co świadczy o niedostatecznym poziomie wczesnej diagnostyki raka sromu.
7. Nikotynizm oraz status socjoekonomiczny nie są istotnymi czynnikami ryzyka zwiększającymi ryzyko raka sromu.
8. Stwierdzono częste współwystępowanie raka sromu z nadciśnieniem tętniczym, co może być czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu.

PIŚMIENNICTWO

1. Maździarz A., Zielińska A., Osuch B.: Obraz kliniczny chorób nabłonkowych sromu. *Ginekologia Praktyczna*, 2009, 17, 31-36.
2. Słabuszewska-Józwiak A., Dmoch-Gajzierska E.: Rak sromu. *Położna Nauka i Praktyka*, 2007, 7, 8-11.
3. Cendrowski K., Lewicka A.: Nowotwory narządów płciowych u kobiet. *Nowa Klinika*, 2009, 16, 13021- 13028.
4. Markowska J. (red.): Rak sromu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
5. Ciszko B., Gabryś M., Pochwałowski M.: Czy w XXI wieku rak sromu może być niebezpieczny? *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2005, 17: 336-338.

6. Sznurkowski J., Emerich J.: Postępowanie w stanach przedrakowych sromu: epidemiologia, etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie. *CurrentGynecologicOncology*, 2009, 7, 184-191.
7. Gottwald L., Mo Akoel K., Wójcik-Krowiranda K., Bieńkiewicz A.: Nowotwory złośliwe narządów płciowych u kobiet w okresie senu. *Ginekologia Polska*, 2003, 9, 714-717.
8. Adamek K., Szudrawa A., Basta A.: Współistnienie VIN I raka inwazyjnego sromu ze śródnabłonkowąneoplazją i rakiem inwazyjnym szyjki macicy i/lub pochwy, a infekcja HPV w obrębie dolnego odcinka narządu płciowego. *Ginekologia Polska*, 2003, 9, 657-661.
9. Nowakowski A., Kotarski J.: Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego jako czynniki etiologiczne nowotworów złośliwych. *Zakażenia*, 2008, 5, 40-49.
10. Wysocka J., Blecharz P.: Rak sromu. Nowa klasyfikacja TNM (2010r.). *MedycynaPraktyczna – Onkologia*, 2012, 1, 41-42.
11. Tantipalakorn C., Robertson G., Mardsen D. iwsp.: Outcome and patterns of recurrence for FIGO stages I and II squamous cell vulvar cancer. *ObstetGynecol.* 2009, 113, 895-901.
12. Zalewski K., Doniec J., Baranowski W., Bidziński M.: Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet- stan na 2009 rok. *Ginekologia Polska*, 2010, 10, 778-782.
13. Majewski S.: Zakażenia ludzkim wirusem brodawczaka okolic zewnętrznych narządów płciowych i odbytu u kobiet. *Medycyna Praktyczna- Ginekologia i Położnictwo*, 2006, 6, 44-5. 10Olejek A., Kozak-Darmas I., Kellas-Ślęczka S., Bodzek P.: Choroby sromu. *Lekarz* 2005, 7-8, 106-112.
14. Olejek A., Kozak-Darmas I., Gajewska A., Gabriel A., Zającki W.: Dermatofibrosarcomaprotuberans okolicy sromu. *Wiadomości Lekarskie*, 2008, LXI, 232-235.
15. Ciszko B., Pochwałowski M., Gabrys M.: Czynniki ryzyka i charakterystyka kliniczna chorych z rakiem sromu w materiale własnym. *Ginekologia Polska*, 2006,12, 914-920.
16. Markowska J., Mądry R. (red.): *Ginekologia onkologiczna- wydanie kieszonkowe*, MedPharm Polska, Wrocław 2008.
17. Urban A., Wala D., Miszczyk L., Suwiński R.: Ocena wyników leczenia złośliwych nowotworów sromu w materiale operacyjnym chorych Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Bytomiu. *Współczesna Onkologia*, 2002, 7, 458-463.
18. Matkowski R., Dryl J., Kornafel J.: Analiza wyników leczenia chorych na raka sromu. *Ginekologia Polska*, 2004, 9, 720-728.
19. Bieńkiewicz A., Gottwald L., Mo Akoel K., Lech W., Welfel J., Suzin J.: Analiza kliniczna 105 przypadków raka sromu. *Ginekologia Polska*, 2002, 11, 913-918.

20. Wojcieszek A., Gumiński S., Woźniakowa W. i wsp.: Ocena 5-letnich wyników leczenia chirurgicznego chorych na raka sromu. *Ginekologia Polska* 1995, 66, 46-50.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z ODLEŻYNAMI

Maciej Łuczaj¹, Krystyna Kowalczyk²

1. Absolwent I stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Rozwój medycyny przyczynia się do wydłużenia ludzkiego życia co wiąże się z tym, że coraz więcej osób korzysta z opieki długoterminowej. Wiele rodzin nie jest w stanie zapewnić opieki dla swoich podopiecznych w warunkach domowych. Podjęcie nieodpowiednich czynności lub ich zaniechanie może skutkować stanem zagrożenia życia bądź zdrowia pacjenta [1,2].

Na podstawie literatury odleżyna zaklasyfikowana została do trudno gojących się ran o charakterze owrzodzeń, które mogą rozwinąć się w różnym czasie w zależności od stanu skóry chorego, wyników morfologii, wydolności układu krążenia, stanu odżywienia, chorób towarzyszących, jakości opieki, mikroklimatu oraz wielu innych czynników [1,2].

Odleżyna charakteryzuje się uszkodzeniem skóry oraz tkanek pod nią się leżących spowodowanych niedokrwieniem czego przyczyną jest powtarzalny lub stały ucisk, siły ścinającej albo tarcia. W miejscu niedokrwienia następuje niedotlenienie, następnie obumieranie komórek a następnie martwica tkanek [1,2,3].

Przyczyny powstawania odleżyn

Z badań klinicznych wynika, że odleżyny tworzą się na skutek niedokrwienia tkanek, spowodowanych uciskiem przekraczającym ciśnienie włóśniczkowe wynoszące 2,1-4,4 kPa (16-33 mmHg) oddziałującym na skórę oraz tkankę podskórną zbyt długi czas. Ciśnienie przekraczające 5,3 kPa (40 mmHg) działające przez pewien czas może spowodować martwicę tkanek i pojawienie się odleżyny [4, 5,6]. Uszkodzenie tkanek także może być wynikiem

zaburzonego odpływu limfatycznego ulegającego zamknięciu jeśli ciśnienie przekroczy 8,0 kPa (60mmHg). Zastój erytrocytów oraz zlepianie się płytek krwi doprowadza do mikrozakrzepów oraz wynaczynienia w kapilarach [5,6].

Prawidłowo przebiegający metabolizm charakteryzuje się wydolnym krążeniem warunkującym przenoszenie substancji odżywczych i produktów powstałych na skutek metabolizmu. Następstwem pogorszenia mikrokrążenia jest zamknięcie światła naczyń krwionośnych prowadzące do zwolnienia i w końcu całkowitego zablokowania przemiany komórkowej. Nacisk, który przekracza ciśnienie włóśniczkowe zamyka naczynia włosowate, powoduje niedokrwienie, niedotlenienie czego następstwem jest spadek przemiany komórkowej co prowadzi do śmierci komórek, tkanek i powstania odleżyny. Obumarłe tkanki pod postacią skrzepów i martwicy rozplywnej oddzielają się z czasem od zdrowych tkanek tworząc ubytek. Jeśli skóra narażona jest na działanie wilgoci może nastąpić rozmiękanie rogowej warstwy naskórka, jego utraty przez siły tarcia i dalszego uszkodzania głębiej położonych tkanek [5,6].

Stan skóry chorego pełni decydującą rolę w powstawaniu odleżyn. Mechanizmami chroniącymi skórę przed wniknięciem drobnoustrojów chorobotwórczych jest rogowa warstwa skóry będąca barierą dla drobnoustrojów jak także niskie pH niesprzyjające rozwojowi bakterii. Podwyższone pH skóry wpływa na zmniejszenie odporności i szczelności skóry co daje szansę wniknięciu w naskórek niektórych bakterii. Z badań klinicznych wynika, że pH skóry zależy od wieku, płci a także okolicy ciała [5,6].

Odleżyny zazwyczaj są powikłaniem wielu różnych chorób ogólnych i nie współtowarzyszą choremu jako pojedyncza jednostka chorobowa. Czas jej powstawania i wystąpienia jest różny, zależny od ogólnego stanu chorego a także liczby współistniejących czynników sprzyjających powstaniu odleżyny. Problem ran przewlekłych dotyka 10-15% hospitalizowanych, 8-40% pacjentów OIT-ów i 80% pacjentów z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Z przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii badań wynika, że roczny koszt leczenia ran przewlekłych to 1,4-2,1 mld [5,6].

Etapy powstawania odleżyny:

- długotrwały nacisk na tkankę i skórę,
- niedokrwienie tkanek, spowolnienie przemiany komórkowej,
- obumarcie komórki,
- odleżyna [5].

Podział odleżyn

Na podstawie literatury można stwierdzić, że odleżyny różnią się głębokością, rozległością, rodzajem tkanek które obejmują, rodzajem wysięku, czasem rozwoju czy kształtem. Na podstawie literatury odleżyny można podzielić w następujący sposób:

- **Odeleżyny w stadium powstawania** – objawiają się zaczerwienieniem lub zblednięciem oraz niewielkim obrzękiem w określonym miejscu [7,8,9].
- **Odeleżyny powierzchowne** – powstają przy działaniu wilgoci oraz ucisku lub otarcie bielizną osobistą bądź pościelową [7,8,9].
- **Odeleżyny skórne** –charakteryzują się martwicą zajmującą całą skórę właściwą do tkanki podskórnej i tłuszczowej. Na początku objawiają się bladobrunatnym ogniskiem o łatwych do zauważenia szerokich polach skórnych, nieco zapadnięte, szybko przechodzą w czarną, suchą i twardą martwicę. Następnie w tkance podskórnej pojawia się odczyn o charakterze zapalnym, wysiękowym [7,8,9].
- **Odeleżyny skórno-podskórne** – podobne są do powyższych odleżyn, lecz różnią się zajęciem dodatkowo tkanki tłuszczowej podskórnej do powięzi. Odeleżyna ta jest widocznie bardziej zapadnięta oraz obejmuje większy obszar. Często dookoła pojawia się odczyn wysiękowy z czasem przechodzący w ropny [7,8,9].
- **Odeleżyny podskórne** –początkowo mogą być traktowane jako ropowica. Na zewnątrz charakteryzują się lekkim obrzękiem z niewielkimi objawami zapalnymi, często nawet bez zaczerwienienia. Jednym z pierwszych objawów jest wzrost temperatury ciała do 40°C lub powyżej. Podczas dokładnego badania można zauważyć głębokie chęłbotanie albo twardy opór występujący pod skórą właściwą. Ten rodzaj obejmuje szeroki obszar, posiada liczne zachyłki z możliwością penetracji do przestrzeni międzymięśniowych i pod powięziowych skutkiem czego może być wtórna martwica odseparowanej skóry [7,8,9].
- **Odeleżyny skórno-podskórne i podskórne**– pojawiają się w miejscach, gdzie pod odleżyną pojawia się tkanka mięśniowa tj. krętarze, guzy kulszowe. Jeśli leczenie zostanie wdrożone zbyt późno lub proces leczenia jest zaburzony zachodzi możliwość powstania martwicy mięśni włączając w to tkankę kostną przeobrażając się w odleżynę totalną [7, 8, 9]. Tkanka mięśniowa zostaje objęta martwicą rozplywną, czego następstwem może być jej wtórne zainfekowanie. Jeśli martwica dotyczyć będzie również kości, spowoduje jej niedokrwienie i powstanie przyściennych, płaskich martwic. Martwica rozplywna sięga zazwyczaj dalej niż martwica tkanek

powierzchnowych. Jeśli dojdzie do penetracji ropy w struktury gąbczaste kości powstanie w niej stan zapalny. Kość z czasem przesiąka ropą i podczas każdego ruchu wypływała na zewnątrz. Powyższy rodzaj odleżyny prowadzi zazwyczaj do skrajnego wyniszczenia i zgonu [7,8,9].

- **Odleżyny stare** – występują przeważnie od kilku lat otaczane przez grubą, mocną torebkę łącznotkankową. Zazwyczaj połączone są z kością znajdującą się poniżej odleżyny. Najczęściej występują ponad guzami kulszowymi, wyrostkami łokciowymi oraz krętarzami. Są skutkiem niedokładnego leczenia lub jego zaniechania często ulegając wtórnym zakażeniom [7, 8, 9].
- **Przetoki**– inaczej pozostałości po odleżynach, które istnieć mogą przez kilka lat, zazwyczaj w tkankach miękkich otaczane przez grube blizny z krętym i rozgałęzionym przebiegiem. Czasami swoją budową mogą sięgać aż do kości kończąc się przyścienną martwicą. Mogą się one same zamykać i otwierać [7,8 9].

Czynniki wpływające na powstawanie odleżyn

Na podstawie literatury można stwierdzić, że na powstawanie odleżyn ma wpływ wiele, czynników. Mogą to być np. czynniki związane z chorobami współistniejącymi z którymi pacjent zmagają się od dłuższego czasu jak i czynniki zewnętrzne. Czynnikiem sprzyjającym mogą być niewłaściwie dobrana farmakoterapia, toczący się proces zapalny, predyspozycje genetyczne czy dobór nieodpowiednich środków do toalety ciała [5,9,10,11,13,14].

Na podstawie literatury czynniki sprzyjające powstawaniu odleżyn dzieli się na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne:

Czynniki wewnętrzne sprzyjające tworzeniu się odleżyn i zależne od stanu zdrowia pacjenta to [5,9,10,12,14,16]:

- choroby układu oddechowego: astma, gruźlica, przewlekłe stany zapalne oskrzeli i płuc, zmniejszona elastyczność żeber, mniejsza wydolność mięśni oddechowych, duszność pośrednio powodująca niedotlenienie tkanek,
- choroby układu krążenia: niedokrwistość, która charakteryzuje się spadkiem poziomu hemoglobiny i erytrocytów, obniżone ciśnienie krwi, uszkodzenie naczyń obwodowych(współistniejące z cukrzycą czy miażdżycą), choroby serca, obniżona elastyczność naczyń krwionośnych,
- choroby układu nerwowego: uszkodzenia rdzenia kręgowego i udary mózgu,

stwardnienie rozsiane, demencja starcza, osłabienie percepcji czuciowej/zniesienie uczucia, zaburzenia świadomości,

- obrzęki uogólnione,
- choroby wymagające użycia leków z grupy sterydów,
- zmiana pH skóry,
- spadek odporności organizmu,
- infekcja bakteryjna,
- wyniszczenie organizmu,
- zaburzone przyswajanie składników pokarmowych: niedożywienie, ogólne wyniszczenie, otyłość, niedobór białka, potrzeba ciągłego żywienia przez zgłębnik, niemożność karmienia naturalnego,
- kondycja skóry: wraz z wiekiem spadek ilości tkanki podskórnej, spadek jej elastyczności i odczuwania bodźców bólowych, zaburzenia w mikrokrażeniu np. z powodu zmian miażdżycowych zmierzające do troficznych zmian skóry, spadek aktywności komórek naskórka do namnażania się,
- płeć: dwa razy bardziej na powstanie odleżyny podatne są kobiety niż mężczyźni,
- rodzaj skóry: szczególnie narażona na uszkodzenia jest skóra sucha, bibułkowata, występująca u ludzi w podeszłym wieku z powodu braku elastyczności,
- masa ciała: u pacjentów z niedowagą wzmożony nacisk powierzchniowy spowodowany jest brakiem należytej ilości tkanki podskórnej, u chorych z nadwagą odleżyny występować będą w miejscach, gdzie kość leży pod cienką warstwą skóry np. kość krzyżowa, pięta czy potylica,
- ograniczenie możliwości poruszania się, siły ruchu i jego zakresu nakazujące do długotrwałego bycia w pozycji siedzącej lub leżącej, choroby reumatyczne i ortopedyczne,
- zachwiana rola zwieraczy cewki moczowej i odbytu, prowadząca do maceracji skóry i spadku jej odporności. Do stanu tego doprowadzić także może nadmierna potliwość.

Czynniki zewnętrzne, które mają wpływ na powstawanie odleżyn uwarunkowane otoczeniem to [4,6,11,14,16]:

- przebywanie pacjenta w mokrej lub wilgotnej pościeli,
- leki (przeciwbólowe, sterydy, uspokajające),
- niewłaściwa bielizna osobista bądź pościelowa,
- temperatura otoczenia (za niska, za wysoka),

- zakażenie spowodowane otarciem lub skaleczeniem skóry stanowiące wejście dla bakterii.

Klasyfikacja odleżyn

Na podstawie licznych badań odleżynę sklasyfikować można za pomocą skali biorąc pod uwagę jej głębokość, wygląd czy nasilenie zmian. Za ich pomocą określić można stopień jej zaawansowania wykorzystując do tego skale np. Enisa i Saemiento, Guttmana oraz skalę Thorrance'a [12,13,15].

Podział według Enisa i Saemiento to pięciostopniowy podział w skali od 0 do IV.

Podział Guttmana dzieli odleżyny na cztery stopnie. Pierwsze dwa stopnie zazwyczaj wymagają jedynie leczenia zachowawczego, kolejne dwa kwalifikują się do chirurgicznego opracowania.

Podział według Thorrance'a to pięciostopniowy podział odleżyn. Brana pod uwagę jest wielkość, głębokość i wygląd odleżyny.

Farmakoterapia odleżyn

Na podstawie literatury można stwierdzić, że wprowadzone nowe sposoby oraz materiały opatrunkowe znacznie przyspieszające proces gojenia ran. :

Zalety nowoczesnych opatrunków [17,18,19,29]:

- przyspieszają rozpuszczanie martwiczych tkanek,
- przyspieszają proces tworzenia się nowych naczyń włosowatych oraz proces ziarninowania,
- na powierzchni rany utrzymują wysoką wilgotność, zalecaną dla świeżo gojących się ran,
- pochłaniają nadmiar wydobywającej się z rany treści,
- są wodoodporne więc tak łatwo je zanieczyścić podczas np. toalety,
- izolują cieplnie ranę, dzięki czemu zbliżona jest do temperatury ciała,
- zmniejszają odczucia bólowe, ponieważ wilgotne środowisko wycisza impulsy nerwowe,
- łatwo je założyć i usunąć, a dopasować je można do każdej rany.

Obecnie na rynku krajowym występują opatrunki nowej generacji. W Polsce działalność prowadzi kilkanaście firm produkujących lub rozprowadzających specjalistyczne

opatrunki tj. ConvaTec, Coloplast, Symphar, 3M, QuadraCare, Paul Hartmann, Matopat czy Systagenix. Na podstawie literatury można wyróżnić następujące typy opatrunków:

Hydrożele. Opatrunki hydrożelowe zbudowane powstały z trójwymiarowej siatki. W niewielkim stopniu pochłaniają wysięki, utrzymując jednocześnie wysoki stopień wilgotności rany.. zmiękczając tkankę martwiczą co umożliwia oczyszczenie się rany. Występują w postaciach płytek i żeli w aplikatorach oraz tubach [19,22,28,29].

Opatrunki alginianowe. Uzyskiwane są z głównie z glonów morskich - brunatnic. Silnie pochłaniają wysięk (osiemnastokrotnie względem swojej wagi)i przyspieszają proces krzepnięcia krwi wydobywającej się z odleżyny. Absorbują także fetor pochodzący z rany, stosowane są do ran niezainfekowanych, czystych, o umiarkowanej i dużej ilości wysięku [19,22,28,29].

Hydrokoloidy. Zastosowanie znajdują w ranach już oczyszczonych, ziarninujących, powierzchownych oraz głębokich. Są to opatrunki uniwersalne stosowane podczas każdej z fazy gojenia się rany. Ich warstwa zewnętrzna zapobiega wniknięciu bakterii i zabrudzeniu rany, a wewnętrzna tworzy wilgotne środowisko utrzymując odpowiednią wilgotność oraz temperaturę. Opatrunki te też mogą występować w wersji bardzo cienkich plastrów, żeli i past [19,22,28,29].

Opatrunki z jonami srebra. Stosowane są ze względu na działanie sterylizacyjne i bakteriobójcze. Po użyciu na ranę opatrunki należy aktywować 0,9% roztworem NaCl lub Octaniseptem, PWE czy płynem Ringera jeśli rana jest sucha bądź z niewielką ilością wydzieliny. Jeśli opatrunek posiada srebro nanokrystaliczne aktywujemy je wodą destylowaną. Nie należy łączyć opatrunków ze srebrem z preparatami zawierającymi jod [19,22,26,28,29].

Dekstranomery. Z powodu swojej budowy w momencie kontaktu z odleżyną tworzą żel pochłaniający wysięk. Stosowane w głębokich odleżynach, z dużym wysiękiem i martwicą (IV° i V°) oraz ranach zainfekowanych. Wymagają dodatkowego opatrunku pokrywającego [19,22,26,28,29].

Półprzepuszczalne błony poliuretanowe. Opatrunki o jednowarstwowej budowie, elastyczne, cienkie, półprzepuszczalne oraz przezroczyste opatrunki. Stosowane w odleżynach I° i II° profilaktycznie w miejscach narażonych na nacisk. Mają właściwość obniżania skutków sił tarcia, umożliwiają wymianę gazową i są barierą dla bakterii [19,22,26, 28,29].

Opatrunki hydrowłókiennne. Stosowane są w ranach z dużym wysiękiem. Podczas kontaktu z wysiękową treścią rany wytwarza miękkie, spójny, przezroczysty żel który szczelnie okrywa ranę zapewniając jej właściwy do gojenia się mikroklimat [19,22,26,28,29].

Gąbki poliuretanowe, poliuretanowo-piankowe. Miękkie, elastyczne przyciągają cząsteczki wody. Mają zastosowanie w oczyszczonych, zazwyczaj ziarninujących, z umiarkowanym wysiękiem ranach o różnym stopniu zaawansowania. Przeciwwskazaniem do zastosowania jest obecność tkanki martwiczej w odleżynie [19,22,28,29].

Leczenie odleżyn

Na podstawie literatury odleżyny sklasyfikowane zostały jako rany trudno gojące się, a proces samego leczenia jest długotrwały i trudny. Średni czas, który potrzebny jest do wyleczenia odleżyny II stopnia wynosi 8 tygodni, a stopnia IV nawet roku. Aby leczenie odleżyn odniosło pozytywny skutek wraz z leczeniem miejscowym zadbać należy o leczenie ogólne braków np. niedoboru białka, mikroelementów czy witamin, wyrównać niedokrwistość, czy w przypadku chorujących na cukrzycę, poziomu cukru we krwi. Wskazane jest prowadzenie ćwiczeń z uwzględnieniem układu krążenia, oddechowego, oraz ćwiczeń biernych i czynnych.

Leczenie ogólne obejmuje następujące działania [5,17,19,21,26,29]:

- prewencję przed zakażeniem i jego leczenie,
- zadbanie by ziarnina oraz tkanka nowo powstała nie ulegała uszkodzeniom,
- usunięcie tkanek martwiczych za pomocą specjalistycznych opatrunków,
- utrzymywanie zdrowego stanu skóry oraz tkanek sąsiednich,
- zapewnienie środowiska wilgotnego z wykorzystaniem opatrunków okluzyjnych,
- zmniejszenie ucisku na obszar zmiany skórnej,
- kontrolę poziomu glikemii (przy cukrzycy),
- wyrównanie braków mikroelementów oraz witamin,
- wyrównanie braków pokarmowych, szczególnie albumin,
- wyrównanie niedokrwistości.

W przyspieszeniu procesu gojenia się ran duże znaczenie odgrywają działania rehabilitacyjne poprzez [5,21,24,27]:

- podniesienie aktywności chorego,
- zastosowanie rehabilitacji ruchowej i drenażu limfatycznego,
- rehabilitacji kończyn –czynnej oraz biernej,
- a w przypadku niewydolności krążeniowo-oddechowej ćwiczeń.

Leczenie miejscowe

Na podstawie literatury leczenie odleżyn można przeprowadzać dwoma sposobami: tradycyjnie oraz nowoczesnie. Opatrunki aktywne nowej generacji umożliwiają leczenie odleżyn na każdym jej etapie. Nowoczesny sposób leczenia odleżyn świadczy, że otoczeniem najbardziej wspomagającym gojenie się rany jest wilgotne środowisko Wintera. Poprzez pokrycie rany półprzepuszczalnym absorbentem ograniczony zostaje nadmiar wysięku, co może przyspieszyć proces gojenia do 50% [5,17,20,21].

Leczenie chirurgiczne

Do włączenia leczenia operacyjnego odleżyn chory musi być w stabilnym stanie prawidłowo odżywiony, z właściwie rozbudowaną tkanką podskórną oraz powinien posiadać prawidłowe wyniki morfologii krwi, albumin oraz elektrolitów. Rana odleżynowa musi zostać oczyszczona za pomocą środków antyseptycznych z pozostałej flory bakteryjnej pacjenta [5,17,21,29].

Leczenie operacyjne ma na celu:

- usunięcie tkanek rozmiękłych i jamy torebkowej w całości,
- zrównanie wyniosłości kostnych na dnie odleżyny,
- pokrycie ubytku mięśniem, tkanką podskórną oraz tłuszczową jeśli tylko jest to możliwe,
- miejsca, w których później będzie blizna znajdować się muszą z dala od miejsc ucisku, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu odleżyny,
- płaty tkanek używane do przeszczepu należy ułożyć tak, by nie uniemożliwić późniejszej korekty w razie odnowienia odleżyny [5,17,21].

Istotną sprawą w operacyjnym leczeniu odleżyn jest pokrycie ubytku skórno-mięśniowego najgrubszą warstwą tkanek zdrowych. Preferowany jest do tego płat skórno-mięśniowy pochodzący z sąsiadujących tkanek. W niektórych przypadkach zachodzi konieczność zastosowania drenażu przepływowego z zastosowaniem antybiotyku celowanego oraz sączków. Takie sytuacje to między innymi resekcja tkanki kostnej czy planowe pozostawienie głębszej jamy [5].

Pierwsza zmiana opatrunku powinna nastąpić w trzecim dniu od zabiegu, natomiast szwy usuwane są poniżej 3 tygodni. Ranę zabezpieczyć należy przed wydaliniami, a w sytuacji zabrudzenia należy jak najszybciej zmienić opatrunek [5].

Żywienie pacjenta z odleżynami

Dbanie o prawidłowy stan odżywienia jest bardzo istotne w zapobieganiu jak i leczeniu odleżyn. Przy leczeniu odleżyn kluczową rolę odgrywa poziom białka i niedokrwistość. Dieta powinna być wysokokaloryczna i zawierać 1,25-1,5g/kg m.c na dobę białka zwierzęcego. Jeśli chory nie jest dodatkowo obciążony np. niewydolnością krążenia ilość przyjmowanych płynów powinna wynosić od 1,5 do 2l na dobę. W przypadku wystąpienia gorączki spożycie płynów należy zwiększyć o minimum 0.5l przypadające na każdy 1°C powyżej 37°C [12]. Z literatury wynika, że suplementowanie witaminy C w ilości 1g na dobę przyczynia się do gojenia się ranm. in. uszczelniając naczynia krwionośne. Jest ona niezbędna także do produkcji kolagenu i powinno się podawać więcej niż wynosi dzienne na nią zapotrzebowanie [12]. Dostarczany choremu pokarm powinien zawierać w sobie sprzyjające gojeniu się ran witaminy w grupy A, B, C oraz mikroelementy jak żelazo i cynk. Dietę dodatkowo wzbogacić można podając gotowych odżywek przemysłowych. Jeśli istnieją takie możliwości należy kontrolować stężenie albumin oraz morfologię i parametry koagulologii. W przypadku braku możliwości podawania pokarmu doustnie zadbać należy o pozajelitową suplementację dietą zawierającą duże dawki wspomnianych wcześniej witamin i mikroelementów [12,13,28,30].

CELE PRACY

1. Określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z odleżynami.
2. Rozpoznanie problemów pacjentki z odleżynami
3. Opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z odleżynami oraz zaplanowanie sposobu rozwiązania problemów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta pacjentka w wieku 85 lat z powodu rozległych odleżyn spowodowanych długotrwałym unieruchomieniem oraz chorobami współistniejącymi. Chora od 4 lat przebywa w Domu Opieki Kościoła Chrześcijan Baptystów w Białymstoku przy ulicy Kujawskiej.

Materiał do badań zebrany został na podstawie analizy dokumentacji medycznej, historii choroby, wyników badań krwi. Dokonano także pomiarów parametrów życiowych takich jak tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała oraz liczba oddechów. Wykonany został także bilans płynów chorej.

WYNIKI

Opis przypadku pacjentki z odleżynami

85-letnia pacjentka N.T., przebywa w Domu Opieki Kościoła Chrześcijan Baptystów w Białymstoku od 4 lat .

Z pacjentką kontakt słowny jest utrudniony w dużym stopniu. Z wywiadu przeprowadzonego z córką pacjentki wynika, że w maju 2009 roku u chorej zauważono pogorszenie jakości chodu, zmianę charakteru pisma, zaburzenia postawy i równowagi prowadzące do upadków. Pacjentka także cierpi na Chorobę Parkinsona, zespół otępienny i nadciśnienie tętnicze krwi. W czerwcu 2014 roku pacjentka N.T przebywała na Pododdziale Udarowym z powodu udaru niedokrwiennego mózgu z porażeniem prawostronnym, a następnie została umieszczona na Oddziale Rehabilitacji celem leczenia usprawniającego.

W dniu prowadzonej obserwacji pacjentka N.T. przebywa wyłącznie w łóżku i nie wykonuje samodzielnie żadnej aktywności fizycznej a z powodu przebytego udaru niedokrwiennego mózgu ma porażoną prawą stronę ciała. W stawach biodrowych, kolanowych i łokciowych występują znaczne przykurcze mięśni o podłożu Parkinsonowskim. Z powodu wyżej wymienionych dysfunkcji u chorej często występują zaparcia. Chora jest przytomna, bez logicznego kontaktu i w skali Glasgow otrzymała 11 punktów. Obecnie temperatura ciała chorej wynosi 37,5°C. Z powodu występowania nadciśnienia tętniczego N.T. boryka się z problemem bólu głowy. W jamie ustnej brak widocznych zmian grzybiczych, śluzówka jest sucha, chora posiada protezę zębową całkowitą z której nie korzysta. Chora z powodu zaburzenia połykania karmiona jest przez sondę żołądkową dietą miksowaną bogato białkową niskotłuszczową o obniżonej wartości sodu. BMI pacjentki określono na poziomie 21,52. N.T. Ma założony cewnik Foley’a o rozmiarze CH18.

Skóra jest czysta, sucha. W okolicy krętarza prawej kości udowej występuje odleżyna III° wg skali Torrance’a. Dno rany pokrywa czerwona ziarnina, a brzeg odleżyny jest dobrze odgraniczony. Ocena ryzyka rozwoju nowych odleżyn w skali NORTON jest wysokie i wynosi 7/20 punktów. Choroby współistniejące to nietrzymanie moczu oraz zaparcia.

Chora nie ma stwierdzonych alergii, przyjmuje regularnie leki takie jak: Acard, Madopar HBS, Madopar 125mg, Atoris, Aciprex, Amantix, Ketrel, Convival, APO D3, Mydocalm Forte i Vinpoton.

Parametry życiowe zmierzone w dniu obserwacji to:

- ciśnienie tętnicze krwi: 115/67mmHg
- tętno: 72ud/min

- temperatura: 37,5 °C
- oddechy: 13/min.

Plan indywidualnej opieki pielęgniarskiej pacjentki z odleżynami

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort spowodowany odleżyną III° w skali Torrance’a w okolicy krętarza większego prawej kości udowej oraz ryzyko powstania nowych odleżyn.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego obecnością odleżyny i niedopuszczenie do powstania nowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- ocena stopnia odleżyny w skali Torrance’a,
- ocenienie ryzyka powstania nowych odleżyn za pomocą skali Norton (obserwacja miejsc predysponowanych na powstanie odleżyny takie jak np. potylica, odcinek piersiowy kręgosłupa, okolica kości krzyżowej, biodra czy pięty),
- pielęgnacja obecnej odleżyny: dobór odpowiednich opatrunków, środków antyseptycznych do przemywania rany,
- kontrolowanie stanu odleżyny pod kątem gojenia się i pojawienia się cech stanu zapalnego,
- regularna zmiana pozycji ciała chorej co 2 godziny,
- założenie materaca przeciw-odleżynowego,
- użycie dostępnych w ośrodku udogodnień pod postacią wałków, podpórek i poduszek w celu odciążenia uciśniętych miejsc,
- wykonanie toalety ciała chorej wykorzystując środki natłuszczające (PC30V, krem Sudocrem) ze szczególnym uwzględnieniem miejsc predysponowanych,
- podaż preparatów białkowych, żelaza, elektrolitów zleconych przez lekarza celem wyrównania poziomu i pobranie krwi w celu określenia ich poziomu.

Realizacja:

- odleżyna oceniona została na III° w skali Torrance’a (brzegi rany otoczone niewielkim obrzękiem, na dnie rany obecna ziarnina, brak podskórnych tuneli),
- w skali Norton chora otrzymała 7/20 punktów, ryzyko rozwoju odleżyn jest wysokie,
- wykonano toaletę odleżyny Octaniseptem, dno rany przepłukano roztworem 0,9% soli fizjologicznej i założono nowy opatrunek –Granuflex,

- brzegi rany są wyraźnie odgraniczone, brak jest oznak stanu zapalnego, podjęto obserwację pod kątem pojawienia się nowych zmian,
- regularnie zmieniano pozycję chorej co 2 godziny,
- w łóżku został założony materac przeciwoleżynowy,
- stopy oraz łokcie podparte zostały poduszkami,
- po dokładnym umyciu i osuszeniu skóry chorej zabezpieczono ją środkiem PC30V,
- na zlecenie lekarza pobrano krew do oceny poziomu białka, podłączono PWE oraz 1 amp CosmoFer(50mg) w 250nl 0,9% NaCl w dożylnym wlewie kroplowym, do diety pacjentki włączono Protifar, zlecone preparaty podano zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- wykonane działania zostały udokumentowane,

Ocena podjętych działań:

- dyskomfort chorej został zmniejszony w minimalnym stopniu,
- nie dopuszczono do powstania nowych odleżyn.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowane obecnością cewnika Foley’a

Cel: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia układu moczowego.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- asystowanie lekarzowi zakładającemu cewnik przy zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki,
- prowadzenie bilansu płynów przyjmowanych i wydalanych oraz wyliczenie bilansu całkowitego,
- umieszczenie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego celem swobodnego spływania moczu,
- prawidłowe nawodnienie w ilości 1,5 do 2l płynów obojętnych na dobę,
- kontrolowanie czy dren od worka nie jest zagięty,
- codzienne dbanie o higienę krocza,
- obserwacja okolic ujścia cewki moczowej pod kątem zmian zapalnych,
- regularna wymiana cewnika Foley’a oraz worka na mocz,
- ocenienie prawidłowości uszczelnienia balonika cewnika.

Realizacja:

- asystowano lekarzowi podczas zakładania cewnika Foley’a przestrzegając zasad aseptyki i antyseptyki,

- po zsumowaniu płynów przyjętych i wydalonych w ciągu dyżuru bilans dodatni wynosi 500ml,
- worek na mocz umieszczono 15cm poniżej poziomu pęcherza moczowego chorej,
- w ciągu dyżuru podano 1,5 litra przegotowanej wody poprzez sondę żołądkową zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwowano, czy dren worka na mocz nie jest zagięty,
- rano i po każdorazowej defekacji wykonywano toaletę okolic krocza,
- kontrolowano okolicę ujścia cewki moczowej pod kątem pojawienia się zmian zapalnych,
- chorej wymieniono worek na mocz,
- wypełnienie balonika cewnika oceniono jako prawidłowe.

Ocena podjętych działań:

- zminimalizowano ryzyko zakażenia układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 3: Dyskomfort z powodu podwyższonej temperatury ciała (37,5° C).

Cel: Obniżenie podwyższonej temperatury ciała.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- wykonanie zimnego okładu na czoło,
- prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza w objętości do 2,5 litra na dobę poprzez sondę żołądkową,
- podanie zleconych przez lekarza farmakoterapeutyków.

Realizacja:

- wykonano zimny okład na czoło,
- w ciągu dyżuru podano 1,5 litra wody przegotowanej o temperaturze pokojowej,
- podano dożylnie 1g Paracetamolu w powolnym wlewie kroplowym.

Ocena podjętych działań:

- temperatura ciała mierzona pod pachą obniżyła się do 36,4 °C.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko powstania odleżyny w nosogardzieli i przelyku spowodowane obecnością sondy żołądkowej

Cel: Niedopuszczenie do powstania odleżyny spowodowanej obecnością sondy żołądkowej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- regularna wymiana sondy,
- regularna wymiana plastra stabilizującego pozycję sondy,
- kontrolowanie prawidłowego położenia sondy.

Realizacja:

- sonda ani plaster zabezpieczający nie zostały wymienione,
- za pomocą stetoskopu sprawdzono położenie sondy żołądkowej, sonda znajduje się w żołądku.

Ocena podjętych działań:

- niedopuszczenie do powstania odleżyny.

Diagnoza pielęgniarska 5: Niedowład połowiczny prawostronny spowodowany przebytym udarem niedokrwinnym.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego przebytym udarem.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- regularna gimnastyka bierna porażonej jak i sprawnej strony ciała pacjentki,
- uwzględnianie strony porażonej podczas zmian pozycji ciała,
- mobilizowanie chorej do zwiększonego wysiłku poprzez ustawienie stolika po stronie chorej,
- odwiedzenie niesprawnej ręki z wykorzystaniem wałka pod pachę,
- ułożenie wałka pod kolanem,
- zabezpieczenie stopy przed opadaniem,
- pomaganie, ale nie wyręczanie chorej w codziennych czynnościach.

Realizacja:

- podczas zmian pozycji chorej wykonywano gimnastykę bierną w stawach obręczy barkowej i miedniczej,
- strona porażona była odciążana podczas drenażu ułożeniowego,
- stolik przyłóżkowy postawiono po porażonej stronie ciała chorej,
- pod prawą rękę włożono wałek odwodząc ramię od ciała,
- stopę porażoną zabezpieczono przed samoistnym opadaniem,
- pacjentka otrzymywała pomoc w czynnościach codziennych, ale nie była w nich wyręczana.

Ocena podjętych działań:

- uczucie dyskomfortu zmniejszyło w minimalnym stopniu.

Diagnoza pielęgniarska 6: Częste bóle głowy spowodowane nadciśnieniem tętniczym.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- podanie leków hipotensyjnych i przeciwbólowych na zlecenie lekarza,
- ocena stopnia nasilenia bólu wg skali VAS
- obserwowanie reakcji organizmu na farmakoterapię,
- ograniczenie spożywania soli i produktów tłustych,
- kontrola parametrów życiowych takich jak ciśnienie krwi, tętno, temperatura ciała czy ilość oddechów/min,
- zapewnienie spokoju chorej.

Realizacja:

- na zlecenie lekarza prowadzącego podano 1g Paracetamolu w powolnym wlewie dożylnym oraz 150mg Mydocalm Forte w postaci tabletki do sondy żołądkowej,
- stopień nasilenia bólu oceniono na 5 w skali VAS,
- biorąc pod uwagę grymas twarzy stopień nasilenia bólu zmniejszył się,
- za pośrednictwem lekarza zmieniono dietę chorej na lekkostrawną niskosodową,
- ciśnienie tętnicze krwi obniżyło się do 109/65mmHg, tętno 58 ud/min, temperatury ciała wynosi 36,8 °C, ilość oddechów bez to 12/min, poziom glikemii 112mg/dl,
- zamknięto drzwi do sali chorej.

Ocena podjętych działań:

- zmniejszono dolegliwości bólowe.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort z powodu występujących zaparć.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu chorej poprzez przywrócenie regularnych wypróżnień.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- poinformowanie lekarza o zaistniałym problemie,
- podaż na zlecenie lekarza farmakoterapeutyków bądź wykonanie zabiegów dorektalnych,
- wdrożenie diety bogato resztkowej i regularna jej podaż,
- sprawdzanie obecności zalegającej treści pokarmowej podczas karmienia sondą,
- podanie do sondy odpowiedniej ilości wody przegotowanej,

- stosowanie ciepłych okładów na powłoki brzuszne,
- wykonanie toalety krocza po każdorazowym wypróżnieniu,
- kontrola wypróżnień i ich udokumentowanie.

Realizacja:

- poinformowanie lekarza prowadzącego o występującym problemie,
- wykonano lewatywę glicerynową w ilości 30ml gliceryny na 1 l wody o temperaturze 38°C na zlecenie lekarza,
- zmieniono dietę chorej na lekkostrawną bogato resztkową o obniżonej zawartości tłuszczu,
- w żołądku treści pokarmowej brak zalegającej treści pokarmowej, przez sondę żołądkową podano 250ml zleconej diety miksowanej,
- podczas dyżuru podano łącznie 1,5l płynów obojętnych,
- po wypróżnieniu pacjentki, wykonano dokładną toaletę krocza,
- stolec półpłynny, papkowaty, o prawidłowym zabarwieniu.

Ocena podjętych działań:

- po wykonaniu wlewki doodbytniczej z gliceryną chora wypróżniła się, a dyskomfort ustąpił.

Diagnoza pielęgniarska 8: Dyskomfort z powodu zaburzonego procesu polykania pokarmów spowodowany postępującym Parkinsonizmem

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- każdorazowe sprawdzanie zalegania treści pokarmowej w żołądku,
- układanie chorej w pozycji półsiedzącej przy każdym karmieniu i pozostawienie jej w danej pozycji przez pół godziny po jego skończeniu,
- regularne karmienie chorej.

Realizacja:

- brak zalegania treści pokarmowej w żołądku,
- po każdym karmieniu chora pozostawała przez 30min w pozycji półsiedzącej,
- chora była karmiona co 3,5 godziny zaleconą dietą miksowaną w ilości 250ml.

Ocena podjętych działań:

- dyskomfort chorej został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniarska 9: Dyskomfort spowodowany zwiększonym napięciem mięśni objawiający się przykurczami.

Cel: Zniwelowanie dolegliwości z powodu występujących przykurczów w obu stawach biodrowych, kolanowych i łokciowych.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- poinformowanie lekarza celem skierowania chorej do poradni neurologicznej,
- prowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza,
- umożliwienie konsultacji w poradni neurologicznej.

Realizacja:

- lekarz został zapoznany z problemem chorej,
- zlecone przez lekarza leki obniżające napięcie mięśni (Mydocalm Forte) zostały podane,
- chorej zapewniono konsultację w poradni neurologicznej.

Ocena podjętych działań:

- podczas dyżuru mięśnie uległy nieznacznemu rozluźnieniu.

Diagnoza pielęgniarska 10: Uczucie suchości w jamie ustnej.

Cel: Zlikwidowanie uczucia suchości w jamie ustnej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- codzienna kontrola stanu śluzówki ustnej,
- regularne wykonywanie toalety jamy ustnej wykorzystując przeznaczone do tego środki,
- utrzymanie na sali chorej odpowiedniego mikroklimatu,
- nawilżanie ust za pomocą zwilżonego gazika w razie potrzeby.

Realizacja:

- stan śluzówki jamy ustnej podczas dyżuru był kilkakrotnie kontrolowany, śluzówka prawidłowo nawilżona,
- rano wykonana została dokładna toaleta jamy ustnej, dodatkowo zabezpieczono preparatem Aftin,
- usta chorej były kilkakrotnie nawilżane mokrym gazikiem.

Ocena podjętych działań:

- zlikwidowanie uczucia suchości.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji z powodu porażenia prawostronnego po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu.

Cel: Zmniejszenie deficytu samoopieki i samopielęgnacji.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- wykonanie toalety ciała chorej z użyciem specjalistycznych środków pielęgnacyjnych,
- zabezpieczenie ciała poprzez natłuszczenie odpowiednimi preparatami,
- wykonanie toalety jamy ustnej z użyciem zalecanych do tego preparatów,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby,
- zadbanie o intymność podczas procesów pielęgnacyjnych i zabiegów,
- obserwacja, wymiana i udokumentowanie zmienionych opatrunków na odleżynie,
- prowadzenie oraz dokumentowanie bilansu płynów,
- zadbanie o prawidłowy stan odżywienia i nawodnienia chorej.

Realizacja:

- toaleta całego ciała została wykonana z użyciem pianki Seni-Care,,
- ciało chorej dokładnie osuszono i zabezpieczono oliwką kosmetyczną a miejsca szczególnie narażone na odleżyny zabezpieczono środkiem PC30V,
- wykonano toaletę jamy ustnej, zabezpieczając ją preparatem antyseptycznym Aftin,
- po zasłonięciu parawanem chorej zmieniono pampers,
- opatek na istniejącej odleżynie został wymieniony, a czynność udokumentowana,
- bilans płynów wyliczono na dodatni wynoszący 500ml,
- zleconą przez lekarza dietę oraz nawodnienie podano chorej

Ocena podjętych działań: problem wymaga dalszej obserwacji.

Edukacyjna rola pielęgniarki wobec pacjenta z odleżynami

Z licznych badań wynika, że zapobieganie powstawaniu odleżyn i stosowaniu różnorodnych działań profilaktycznych, należy dostosować indywidualnie do każdego pacjenta. Ważną rolę w opiece na pacjentem z odleżynami ogrywa edukacja pacjenta i jego rodziny na temat opieki. W edukacji pacjenta i jego rodziny należy szczególną uwagę zwrócić na [11,12,13,15,16,17,18,19,20, 23,24,25]:

- regularną zmianę pozycji ułożeniowej – co najmniej raz na 2 godziny. Dłuższe przerwy przyczyniają się do rozpadu tkanek i zmniejszenia możliwości pojawienia się odleżyny. Jeśli chory korzysta z wózka inwalidzkiego zastosować należy specjalną poduszkę odciażającą pośladki, a czas w których chory przebywa na wózku ograniczyć do 2-3

godzin w przypadku jeśli nie ma możliwości uniesienia pośladków chorego w 20 minutowych odstępach [11,12,13,16,23].

- zapewnienie właściwego mikroklimatu na sali pacjenta. Zalecane jest utrzymanie temperatury w granicach od 18 do 20°C oraz wilgotności pomiędzy 50 a 70%. Należy pamiętać także o wietrzeniu sali podczas nieobecności chorego [11,16,18,19,23].
- unikanie tarcia i naciągania skóry podczas zmiany pozycji ułożeniowej, obracanie oraz przenoszenie w odpowiedni sposób, pomagają zmniejszyć wywołane przez tarcie i naciąganie uszkodzenia skóry. Podczas zmiany bielizny pościelowej unikać należy powstawania fałd i zagnieceń. W łóżku zadbać należy o brak okrucich czy przedmiotów mogących powodować ucisk bądź otarcia skóry chorego. Na oddziale dostępne są udogodnienia w postaci błon ochronnych (przezroczyste opatrunki błonowe lub uszczelniacze skóry), opatrunki ochronne zmniejszające tarcie skóry o pościel lub eliminujące kontakt należy z nich korzystać, aby zredukować uszkodzenia skóry. W celu bezpiecznego przemieszczania chorego korzystać należy także ze sprzętu pomocniczego takiego jak podnośniki, pasy stabilizujące czy rolki minimalizujące ryzyko tarcia oraz mikrouszkodzeń naskórka pacjenta. Po odpowiednim ułożeniu chorego należy ustabilizować jego pozycję za pomocą klinów, wałków oraz poduszek stabilizujących. Zastosowanie tej czynności służy ustabilizowaniu ustalonej pozycji ciała i zniwelowanie powstania bocznych sił ścinających [11,15,16,24,25].
- odpowiednie ułożenie – najbardziej niekorzystną dla osoby leżącej są pozycje półleżąca oraz półsiedząca. Ciało pacjenta leżącego pod wpływem własnego ciężaru i niewłaściwie dobranej pozycji obsuwa się i dochodzi wówczas do rozciągania skóry i wytworzenia jej nadmiernego napięcia. Utrudnia to przepływ krwi, limfy i właściwe odżywienie tkanek. Czynniki te w połączeniu z powstałymi mikro urazami skóry dają początek zmianom odleżynowym. Aby zmniejszyć kontakt ciała z łóżkiem należy stosować różnego rodzaju dostępne na oddziale udogodnienia takie jak kliny, poduszki czy wałki (np. pod pięty chorego można zastosować wałek, aby nie miały one kontaktu z materacem). Wskazane jest unikanie poduszek typu ‘obwarzanek’, sprzyjających raczej odleżynom oraz pozycji na boku, kiedy to ciężar chorego przemieszczany jest w dużym stopniu na okolicę krętarza kości udowej. Wezgi łóżka pacjenta należy ustawić jak na najniższym poziomie, co spowoduje zmniejszenie sił napinających, które działają na ciało [11,12,13,16,20].
- odpowiednie przygotowanie łóżka – należy zadbać o możliwość dostępu do łóżka

pacjenta z każdej strony. Pościel powinna być napięta, bez załamań czy zagięć, aby zapobiegać podrażnieniom skóry. Uwagę należy zwrócić także na obecność szwów, guzików czy zamków błyskawicznych na których pacjent nie powinien być układany [12,16].

- zastosowanie urządzeń redukujących ucisk pozwala na zmniejszenie, ucisku np. pianka, materac pneumatyczny, materac zmiennociśnieniowy. Urządzenia te pozwalają personelowi na zwiększenie odstępów czasowych w schemacie opieki nad chorym oraz zmniejszają obciążenie fizyczne [11,12,13,16].

Błędem, często popełnianym podczas pielęgnacji skóry osób starszych jest nacieranie jej spirytusem, który ma działanie wysuszające co jest jedną z przyczyn świądu. Jeśli świąd skóry już wystąpił należy unikać gorących kąpiei czy natrysków. Uwagę zwrócić należy na używane substancje zapachowe i detergenty często wzmagające świąd. W celu złagodzenia swędzenia należy stosować letnie kąpiele dodatkiem krochmalu [25].

Opiekując się pacjentem ciężko chorym przebywającym przez długi okres w pozycji leżącej należy unikać przegrzania oraz przepocenia skóry. Do toalety skóry chorego należy wykorzystywać kremy z lanoliną czy oliwką kosmetyczną hipoalergiczną a po natłuszczeniu skóry nie należy talkować. Przynajmniej raz dziennie wskazane jest wykonanie toalety letnią wodą z zastosowaniem żeli lub emulsji myjących o pH 4,5-6. Błędem jest stosowanie tzw. szarego mydła, które wysusza skórę, a stosowanie środków zapachowych może stać się przyczyną uczulenia. Po wykonaniu kąpiei należy dokładnie osuszyć skórę, oklepać i delikatnie natłuścić np. oliwką kosmetyczną. Należy zwrócić uwagę, aby bielizna pościelowa była sucha i czysta. Podczas wykonywania kąpiei wskazane jest uważnie obserwowanie stanu skóry pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na każdą zmianę skórą. Zakładana bielizna osobista powinna być luźna, z naturalnych włókien [25].

W pielęgnacji codziennej skóry głowy i włosów wskazane jest masowanie i szczotkowanie szczotką z włosia naturalnego. Osoby w podeszłym wieku często borykają się z problemem nietrzymania moczu i/lub stolca. W takim przypadku należy dokonać zakupu podkładów chłonnych absorbujących kał i mocz. Jeśli pacjentowi podawany jest basen wskazane jest zabezpieczenie poliuretanową pianką, warstwą ligniny lub grubą flanelą. Wymianę jednorazowych materiałów należy każdorazowo poprzedzić skrupulatną toaletą okolic intymnych na koniec zabezpieczając je septycznym ochronnym kremem [25].

Rodzinie uświadomić należy, że wczesna diagnostyka oraz właściwa profilaktyka przeciwoleżynowa w znacznym stopniu zapobiegają powstawaniu odleżyn [11,16].

Podczas kąpieli czy zmiany bielizny osobistej lub pościelowej uwagę zwracać powinni na pojawiające się zaczerwienienia, obtarcia i uszkodzenia naskórka szczególnie w miejscach takich jak potylica, odcinek piersiowy i krzyżowy kręgosłupa oraz pięty czy uszy. Pielęgniarka opiekująca się chorym leżącym powinna ocenić temperaturę zmienionej chorobowo tkanki, opisać jej wygląd, i ukrwienie poprzez krótki ucisk, a następnie powiadomić np. pielęgniarkę opieki długoterminowej. Ważne jest także zadbanie o właściwe odżywienie skóry owłosionej a także stan paznokci [11,16,19].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem było edukowanie pacjentki i rodziny w zakresie pielęgnacji.
2. Najważniejszymi problemami pacjentki z odleżynami przebywającej w Domu Opieki Społecznej było: występowanie dyskomfortu z powody odleżyny III° w skali Torrance'a, ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego, dyskomfort w powodu podwyższonej temperatury ciała, ryzyko powstania odleżyny w noso- gardzieli oraz przełyku, niedowład połowiczy prawostronny, częste bóle głowy, dyskomfort spowodowany częstymi zaparciami, przykurcze mięśni, zaburzony proces połykania , uczucie suchości w jamie ustnej oraz deficyt samoopieki i samopielęgnacji.
3. Opracowany indywidualnie proces pielęgnacji dla pacjentki z odleżynami pozwolił na objęcie całościową opieką oraz pozwolił na rozwiązanie problemów.

PIŚMIENNICTWO

1. Krasowski G., Kruk M.: Leczenie odleżyn i ran przewlekłych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 2014; 14-44, 81-92.
2. Grey J. E., Harding K.G.: Leczenie ran w praktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010; 20-25, 42-70.
3. Martynus P., Jawień A., Sopata M.: Etiologia i patogeneza powstawania odleżyn. Właściwe zastosowanie nowoczesnych opatrunków ConvaTec. Aktualne metody leczenia odleżyn. Inforanek, 2009, 1.
4. Burgdorf W.H.C., Plewing G., Wolff Landthaler H.H.M.: Budowa skóry i wprowadzenie do dermatologii. BraunFalco Dermatologia TI. Czelej. 2010; 37.

5. Krutul R. : Odleżyna, profilaktyka i terapia, Revita, 2009.
6. Cierzniańska K., Łabuńska A., Szewczyk M.T., Popow A., Jawień A.: Analiza wybranych czynników wpływających na rozwój odleżyn, *Leczenie Ran* 2010; 7: 71-77.
7. Szewczyk M.T., Sopata M., Jawień A., Cierzniańska K., Cwajda-Białasik J., Kucharzewski M., Kózka M., Kielbasa L., Stafiej J.: Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. *Leczenie Ran* 2010; 7(3-4): 79-106.
8. Anthony D., Parboteeah S., Salch M., Papanikolaou P.: Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 646–653.
9. B. Delmore, S. Lebovits, P. Baldock, B. Suggs, E.A. Ayello : Pressure ulcer prevention program: a journey. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011, 38(5):505–513.
10. Włodarczyk B.: Profilaktyka i leczenie odleżyn u pacjentów z chorobami układu krwiotwórczego. *Hematologia* 2011; 2 (4): 349–362.
11. Malinowska K., Mikołajewska E.: Odleżyny – wspólna płaszczyzna działań pielęgniarskich i rehabilitacyjnych u pacjenta leżącego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2009; 2: 60–64.
12. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowska E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, PZWL Warszawa 2010: Odleżyny profilaktyka i leczenie 273-292.
13. Yarkony G.M.: Odleżyny. *Medycyna Praktyczna, Świat Wiedzy* 2009.
14. Rosińczuk J., Uchmanowicz I.: Odleżyny – profilaktyka i leczenie, Continuo, Wrocław, 2014.
15. Lankau A., Kondzior D., Krajewska-Kułak E. Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. Tom II. Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z odleżynami Białystok 2017; 429-430.
16. Kielbasa L.: Procedura profilaktyki odleżyn jako narzędzie do oceny opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 3: 85–89.
17. Sopata M., Głowacka A., Tomaszewska E.: Odleżyny-profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego (cz. 2) 2008; 82-90.
18. Łuczak J., Tomaszewska E., Sopata M.: Aktualne sposoby zachowawczego leczenia odleżyn. *Nowiny Lekarskie* 2008; 77, 36-40.
19. Szkiler E.: Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych, Evereth, wyd. II, Warszawa 2012: 12-14, 30.
20. Stafiej J. M., Szewczyk M. T.: Gdy zawiedzie profilaktyka. Odleżyny – problem nie tylko szpitalny. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 3: 171-174.
21. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel:

- Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
22. Kotlińska-Lemieszek A., Tomaszewska E., Sopata M.: Leczenie ran. Nowoczesne zasady zachowawczego leczenia odleżyn. 2012; 9: 25-32
 23. Groń A., Mrówczyńska E.: Medycyna paliatywna. Analiza czynników ryzyka występowania odleżyn u pacjentów oddziału opieki paliatywnej. 2012; 1: 24-32
 24. Bazaliński D., Fąfara A., Ząbek P., Kózka M.: Leczenie ran. Profilaktyka i leczenie odleżyn w praktyce personelu pielęgniarzkiego oddziałów neurologicznych w odniesieniu do wytycznych polskiego towarzystwa leczenia ran. Doniesienie wstępne. 2015; 12: 179-186
 25. Kazimierczyk G., Puchalski Z., Szwarc-Woźniak J.: Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. 2013; 6: 48-53
 26. Szewczyk M., Jawień A. Leczenie ran przewlekłych. PZWL wyd. I 2012: 97-99, 105-107
 27. Sopata M. Ocena skuteczności i przydatności kompleksowej terapii w leczeniu ran przewlekłych; aspekty kliniczne i mikrobiologiczne. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2011 13, 18
 28. Adamczyk A., Buczkowski K. Opieka paliatywna. PZWL wyd. I 2009: 61-64
 29. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL wyd. II 2017: 383-387, 394, 398-400
 30. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PWZL Warszawa wyd. I 2018: 245-249

POSTĘPOWANIE ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W OSTRYM ZESPOLE WIĘNCOWYM W WOJEWÓDZKIEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU ORAZ ZAKŁADZIE POMOCY DORAŻNEJ SOKÓŁKA

Beata Jaworowicz¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, Zakład Pomocy Dorażnej w Sokółce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Choroby układu sercowo - naczyniowego odgrywają ogromną rolę społeczną i medyczną ze względu na ich rozpowszechnienie: są przyczyną około połowy wszystkich zgonów w Polsce. Postęp społeczny, duże narażenie na stres, powszechny brak czasu lub niechęć do dbania o własne zdrowie, przyczyniają się do rozwoju chorób układu krążenia, nazywanych powszechnie chorobami cywilizacyjnymi. Tak niewiele trzeba, aby zadbać o własne serce. Właściwa dieta, aktywność fizyczna (przynajmniej 30 minut spaceru dziennie), zaprzestanie palenia tytoniu, umiarkowane spożycie alkoholu (50 mililitrów czerwonego wina dziennie), może zredukować o połowę ryzyko zapadalności na choroby układu krążenia. Z drugiej strony często współistnieją czynniki, na które nie mamy wpływu. Wiek predysponuje do większej zachorowalności, a w połączeniu z uwarunkowaniami genetycznymi, otyłością (ang. body mass index, BMI >25), nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą i zaburzoną gospodarką lipidową mogą znacznie przyspieszyć wystąpienie incydentu wieńcowego. Stabilna choroba wieńcowa może ulec gwałtownemu zaostrzeniu, powodując wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego (OZW). W ostatnich latach w Polsce dokonał się ogromny postęp w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych. Nie zmienia to jednak faktu, że choroby sercowo-naczyniowe stanowią blisko 50% zgonów wśród naszego społeczeństwa. Szacuje się, że co roku w Polsce występuje ponad 200 tysięcy takich incydentów. Pomimo nowoczesnej strategii, która oparta jest na skojarzeniu leczenia inwazyjnego z odpowiednią farmakoterapią, rokowanie u tych chorych pozostaje poważne. W dalszym ciągu nagły zgon sercowy w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego

występuje u 30% pacjentów, a u dużego odsetka chorych dochodzi do odległych powikłań, uniemożliwiających powrót do aktywności zawodowej [1].

Definicja Ostrego Zespołu Wieńcowego (*acute coronary syndrome, ACS*)

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego (*European Society of Cardiology, ESC*), Amerykańskich (*American Heart Association, AHA, American College of Cardiology, ACC*) Towarzystw Kardiologicznych ostre zespoły wieńcowe to określenie wspólne dla trzech jednostek chorobowych:

- niestabilnej dławicy piersiowej (*unstable angina, UA*),
- zawału serca bez uniesienia odcinka ST (*non-ST segment elevation myocardial infarction, NSTEMI*),
- zawału serca z uniesieniem odcinka ST (*ST segment elevation myocardial infarction, STEMI*) [2].

Według czwartej uniwersalnej definicji zawału serca rozpoznaje się go na podstawie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia miokardium – troponin sercowych (T lub I). Bez oznaczeń biochemicznych, zawał mięśnia sercowego można rozpoznać jedynie w przypadku nagłego nieoczekiwanego zgonu sercowego (*sudden cardiac death, SCD*). Ostry zespół wieńcowy jest więc pojęciem szerszym niż zawał mięśnia sercowego, w codziennej praktyce stosowany jest przede wszystkim jako rozpoznanie robocze i ma charakter ogólny w okresie przedszpitalnym i wczesnym szpitalnym, dopóki nieznane są wyniki oznaczeń biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego [2].

Patogeneza Ostrego Zespołu Wieńcowego

Do niestabilnej choroby wieńcowej dochodzi w wyniku ostrego, krytycznego zmniejszenia przepływu krwi w mięśniu sercowym. W większości przyczyną jest ciasne zwężenie lub zamknięcie (okluzja) dużego naczynia nasierdziowego. W pewnych przypadkach ostrego zespołu wieńcowego przyczyną może być również niedokrwistość lub stany zwiększonego zapotrzebowania metabolicznego takie jak posocznica czy wysoki poziom hormonów uwalnianych przez tarczycę. Czynnikiem wyzwalającym objawy niestabilnej choroby wieńcowej może być zwiększone obciążenie ściany naczynia - tak, jak na przykład w ciasnym zwężeniu zastawki aorty lub ciężkim, nieleczonym nadciśnieniu tętniczym.

Chorobę niedokrwinną serca można przedstawić jako kliniczny przekrój, gdzie na jednym krańcu znajduje się stabilna choroba wieńcowa postępująca w kierunku niestabilnej swojej postaci, a następnie zawału mięśnia sercowego. Niestabilna choroba wieńcowa w

większości przypadków jest konsekwencja upośledzonego przepływu krwi przez mięsień sercowy w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej i tworzącego się na jej powierzchni zakrzepu. Za upośledzenie przepływu odpowiada także nakładający się często kurcz tętnicy wieńcowej. Ten dynamiczny element powoduje dalsze zaburzenia w już upośledzonym przepływie krwi, a w najbardziej nasilonej postaci kurcz może wystąpić w tętnicach wieńcowych o prawidłowym obrazie w badaniu angiograficznym (dławica Prinzmetal), co w konsekwencji może doprowadzić do wystąpienia martwicy i rozpoznania zawału serca [3].

Kluczowym elementem powstania objawów ostrego zespołu wieńcowego jest niestabilność blaszki miażdżycowej. Temu procesowi towarzyszy przebudowa ściany naczynia i nasilające się zwężenie jego światła [3].

Do pęknięcia blaszki miażdżycowej i powstania jej niestabilności dochodzi w wyniku działania sił ścinających i uwolnienia przez makrofagi enzymów proteolitycznych, które osłabiają czapeczkę włóknistą, pokrywającą blaszkę i przyczyniają się do naruszenia ciągłości i integralności śródbłoka. Siły ścinające są największe w okolicy rozgałęzień i zwężeń tętnic wieńcowych. Towarzyszy im nieliniowy przepływ krwi ułatwiający adhezję i migrację neutrofili w głąb śródbłoka. W konsekwencji powoduje to dalszą destabilizację blaszki poprzez uwolnienie szeregu enzymów proteolitycznych i czynników hemotaktycznych dla innych komórek zapalnych. Pęknięcie blaszki zachodzi przeważnie w cienkim śródbłoku leżącym na rdzeniu lipidowym w zmienionym miażdżycowo naczyniu. Powoduje to bezpośredni kontakt jej zawartości z przepływającą krwią, a konsekwencja jest adhezja płytek do zrębu podśródbłonkowego i przyspieszenie tworzenia zakrzepu. Znaczenie tworzenia zakrzepu w procesie niedokrwionym przekłada się na kluczową rolę leków przeciwkrzepliwych i przeciwplatektywnych w leczeniu ostrego zawału mięśnia sercowego. Ponowne ustabilizowanie się blaszki po epizodzie niestabilności może trwać kilka tygodni lub miesięcy. Proces destabilizacji blaszki z tworzeniem się przylegającego do niej zakrzepu jest procesem postępującym w czasie, a jego ostateczny efekt zależy od stopnia zwężenia światła naczynia krwionośnego, od zdolności przystosowawczych mięśnia sercowego oraz od zmniejszonego przepływu wieńcowego [3].

Rozwijający się obraz kliniczny jest konsekwencją różnej grupy czynników: rozległości obszaru zawału, lokalizacji, zajęcia mięśnia brodawkowego oraz obecności i nasierdziowego krążenia obocznego. Ponadto ważnymi czynnikami są: zamrożenie (hibernacja) i hartowanie mięśnia sercowego. Do zamrożenia mięśnia sercowego dochodzi w wyniku przewlekłego zmniejszenia przepływu krwi przez zwężone naczynie (hipoperfuzja), a mięsień sercowy dostosowuje się do niskiego przepływu i całkowite zamknięcie naczynia często nie

doprowadza do powstania ostrego zespołu wieńcowego. W sytuacji hartowania niedokrwieniem powtarzające się krótkie momenty niedokrwienia przygotowują komórki mięśnia sercowego do dłuższego niedokrwienia. Kolejnym istotnym czynnikiem jest obecność krążenia obocznego. W badaniu angiograficznym tętnic wieńcowych (koronarografii) można uwidocznąć obecność krążenia obocznego, omijającego zamknięte lub krytycznie zwężone naczynia wieńcowe. Jeśli powrót przepływu krwi przez dany obszar w mięśniu sercowym nie następuje stosunkowo wcześnie w czasie rozwoju zmian niedokrwiennych (w ciągu 15-20 minut), dochodzi do powstania martwicy. Przekroczenie tego krótkiego okresu oznacza, że liczba uratowanych komórek mięśnia sercowego maleje, a obszar martwicy się poszerza. Zależy on ściśle od czasu całkowitego zamknięcia tętnicy, poziomu zużycia tlenu przez mięsień i przepływu przez mięsień i przepływ przez krążenie oboczne serca [3].

Kliniczna definicja zawału serca oznacza obecność ostrego uszkodzenia mięśnia sercowego wykrytego na podstawie nieprawidłowego stężenia biomarkerów w sytuacji klinicznej, w której stwierdza się cechy ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego. Uszkodzenie mięśnia sercowego definiuje się jako wykrycie zwiększonego stężenia troponiny sercowej (cTn) we krwi powyżej górnej granicy zakresu wartości referencyjnych (URL) wyznaczonej na poziomie 99. centyla w zdrowej populacji. Uszkodzenie uważa się za ostre, jeżeli stwierdzono wzrost i/lub spadek stężenia troponiny sercowej. Przedstawiono poszczególne typy oraz podział w tabeli I.

Zawały dzieli się według rozmiaru na:

- mikroskopowe (martwica ogniskowa),
- małe (poniżej 10% masy mięśnia lewej komory),
- średnie (10-30% mięśnia lewej komory)
- duże (powyżej 30% mięśnia lewej komory) [2].

Patomorfologicznie zawał serca klasyfikuje się jako zawał ostry, zawał w fazie gojenia i zawał zagojony. Zawał ostry cechuje obecność leukocytów o jądrach wielopłatowych. W fazie gojenia obecne są komórki jednojądrzaste i fibroblasty, brak jest natomiast leukocytów o jądrach wielopłatowych. Zawał zagojony to tkanka bliznowata bez nacieków komórkowych. Cały proces gojenia zawału może trwać 5-6 tygodni lub dłużej. Powrót krążenia w zmienionym na skutek przebudowy mięśniu sercowym zmienia makro- i mikroskopowy wygląd strefy martwiczej. Na podstawie obrazu klinicznego można wyróżnić: zawał dokonujący się - poniżej 6 godzin, zawał ostry — od 6 godzin do 7 dni, W fazie gojenia - od 7 do 28 dni i zagojony - od 29 dni lub więcej [2].

Tabela I. Podział zawałów

Typ zawału	Definicja	Oznaczenia biomarkerów
1	Spontaniczny zawał serca, w wyniku niedokrwienia. Spowodowany incydem wieńcowym, takim jak erozja blaszki miażdżycowej i/lub jej pęknięcie, rozszczepienie lub rozwarstwienie	Wzrost lub spadek stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny, z co najmniej 1 wartością przekraczającą 99 centyl zakresu referencyjnego oraz: - objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego lub; - świeże niedokrwienie w EKG – nowe zmiany ST-T lub nowy LBBB lub; - nowe patologiczne załamki Q w EKG lub; - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia ruchu serca w badaniach obrazowych;
2	Zawał serca wtórny do niedokrwienia będącego skutkiem zwiększonego zapotrzebowania tlenowego, albo ograniczonego zapotrzebowania w tlen, np. w wyniku skurczu tętnicy wieńcowej, zatorowości płucnej, niedokrwistości, zaburzeń rytmu, hipertonii oraz hipotonii	- świeże niedokrwienie w EKG – nowe zmiany ST-T lub nowy LBBB lub; - nowe patologiczne załamki Q w EKG lub; - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia ruchu serca w badaniach obrazowych;
3	Nagły, niespodziewany zgon sercowy	Zgon często poprzedzony objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego oraz: - prawdopodobne nowe STE lub LBBB i/lub - świeża skrzeplina w tętnicy wieńcowej (koronarografia lub badanie sekcyjne, gdy brak enzymów)
4a	Zawał w wyniku PCI	Zwiększenie stężeń biomarkerów przekraczające 3-krotnie 99 centyl zakresu referencyjnego
4b	Zawał serca związany z zakrzepicą w stencie, udokumentowaną angiograficznie lub w badaniu pośmiertnym	Zwiększenie stężeń biomarkerów przekraczające 3-krotnie 99 centyl zakresu referencyjnego oraz: - udokumentowana zakrzepica w stencie
5	Zawał serca w związku z CABG	Zwiększenie stężeń biomarkerów przekraczające 5-krotnie 99 centyl zakresu referencyjnego oraz: - nowe patologiczne załamki Q lub - świeży LBBB lub - udokumentowane angiograficznie zamknięcie nowego pomostu lub własnej tętnicy wieńcowej lub - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych

Rozpoznanie STE-ACS / NSTE-ACS w okresie przedszpitalnym

Wstępne rozpoznanie opiera się na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz zapisu EKG wykonanego w spoczynku, często już w domu chorego. Ostry zespół wieńcowy należy podejrzewać u wszystkich chorych z bólem lub dyskomfortem w klatce piersiowej, poprzedzony zazwyczaj wysiłkiem fizycznym, przy czym szczególne niebezpieczeństwo stwarza zimna i wietrzna pogoda. Ból poprzedzony może być także stresem emocjonalnym i porą dnia (nasilenie dolegliwości w godzinach porannych). Typowy ból wieńcowy zlokalizowany jest w okolicy zamostkowej i/lub przedsercowej, choć niekiedy lokalizacja jest nietypowa i może on obejmować nadbrzusze, łokcie, żuchwę, ramiona oraz szyję. Ból najczęściej ma charakter dławiący i piekący. Ból trwa zwykle przynajmniej 10-20 minut i nieznacznie lub wcale nie odpowiada na stosowanie leczenia krótkodziałającymi nitratami. Typowym dolegliwościom bólowym w klatce piersiowej często towarzyszy duszność, silne pocenie się, mdłości, kołatanie serca, niepokój lub silny strach. Dolegliwości nietypowe częściej występują u osób młodych (poniżej 40 roku życia) lub starszych (powyżej 70 roku życia), kobiet, chorych na cukrzycę z przewlekłą niewydolnością nerek lub otępieniem [2].

Czas między wystąpieniem bólu w klatce piersiowej a wezwaniem ratownictwa medycznego nie powinien przekraczać 5 minut. Jeśli pacjent posiada preparaty krótkodziałających nitratów powinien przyjąć jedną tabletkę pod język i odczekać 5 minut, po tym czasie, jeżeli ból narasta, powinien wezwać pogotowie. Decydujący wpływ na czas upływający od początku bólu wieńcowego do rozpoczęcia leczenia, zwłaszcza reperfuzyjnego, mają głównie dwa czynniki - opóźnienie związane z wezwaniem pomocy przez pacjenta oraz organizacja systemu Ratownictwa Medycznego. Chorzy czasem podejmują próbę samodzielnego leczenia przypuszczając, że objawy są niegroźne lub z obawy przed ośmieszeniem, często też wiążą dolegliwości z innymi współistniejącymi chorobami [4].

Pacjenci ze STE są często niespokojni, a znaczny dyskomfort wymusza poszukiwanie wygodnej pozycji ciała; nierzadkie jest cierpienie rysujące się na twarzy. Lokalizacje bólu chorzy opisują wskazując mostek zaciśniętą pięścią (objaw Levine'a). U chorych z niewydolnością lewokomorową serca silna duszność wymusza pozycję siedzącą (duszność typu orthopnoe). U tych pacjentów skóra jest biała, złana zimnym potem. Częsty jest również kaszel z odkrztuszaniem pianistej, różowej płwociny niekiedy z domieszką krwi. Częstość pracy serca może wahać się od bradykardii do miarowej lub niemiarowej tachykardii, w zależności od stopnia niewydolności lewej komory. Najczęściej tętno jest szybkie i początkowo miarowe (tachykardia zatokowa 100-110/min), zwalnia się po uśmierzeniu bólu i lęku pacjenta.

Większość chorych z niepowikłanym STE systemowe ciśnienie tętnicze ma początkowo w normie, z czasem, po upływie pierwszych godzin dochodzi do wzrostu ciśnienia tętniczego ponad normę, co wiąże się ze zwiększonym pobudzeniem w układzie adrenergicznym [2].

Natomiast u pacjentów z masywnym zawałem serca ciśnienie tętnicze gwałtownie spada (hipotonia). Jest to zależne od stopnia dysfunkcji lewej komory oraz zastoju w krążeniu żylnym. Przejściowa hipotonia, związana z zawałem ściany dolnej może objawiać się spadkiem ciśnienia skurczowego poniżej 90 mmHg. U pacjentów z początkowo nieznacznie obniżonym ciśnieniem może dojść do powolnego jego spadku i rozwoju objawów wstrząsu kardiogenego. Objawy pobudzenia układu autonomicznego wiążą się z lokalizacją zawału - u ponad połowy pacjentów z zawałem ściany dolnej nasila się hipotonia i/lub bradykardia.

Pacjenci z zawałem ściany przedniej mają objawy związane z nadmiernym pobudzeniem układu współczulnego, z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego i/lub tachykardią. U chorych z niewydolnością lewokomorową często współistnieje duszność manifestująca się przyspieszoną częstością oddechów (tachypnoe), ponad 40/min. Z kolei oddech typu Cheyne'a-Stokesa może wystąpić u osób starszych z dużą niewydolnością serca lub wstrząsem kardiogenym, szczególnie przy leczeniu opiatami i przy współistnieniu naczyniowych chorób mózgu[2].

Zawał serca może dotyczyć różnych obszarów mięśnia, dlatego lokalizacja zmian w EKG obejmuje wiele odprowadzeń:

- w odprowadzeniach znad ściany przedniej: V2 – V6
- w odprowadzeniach znad ściany dolnej: II, III, aVF,
- w odprowadzeniach znad ściany dolno – podstawnej (dawnej ściana tylna): V7 -V9 (uniesienie>0.5mm)
- w odprowadzeniach znad ściany bocznej i koniuszka: I, aVL, V6
- w odprowadzeniach znad wolnej ściany prawej komory: V3R i V4R [2].

Diagnozę rozległego zawału prawej komory potwierdza hipotonia dobrze reagująca na płynoterapię oraz objawy wysokiego ośrodkowego ciśnienia żylnego (nadmierne wypełnienie żył szyjnych bez zastoju nad polami płucnymi). Nagłe zmiany odcinka ST, ich ewolucja i obecność patologicznych załamków Q umożliwia określenie czasu zawału, daje wskazówkę co do lokalizacji tętnicy dozawałowej i pozwala szacować wielkość obszaru zagrożonego martwicą.

Istnieje szereg klasyfikacji istotnych w ocenie stanu klinicznego pacjenta oraz jego rokowania.

Klasyfikacja wg Killipa-Kimbala umożliwia ocenę niewydolności serca w świeżym zawale mięśnia sercowego [5].

- **Klasa 1:** bez cech zastoju w krążeniu płucnym, bez trzeciego tonu serca;
- **Klasa 2:** trzeszczenia wysłuchiwane nad polami płucnymi poniżej 50% powierzchni lub obecny trzeci ton serca;
- **Klasa 3:** trzeszczenia słyszalne nad ponad połową powierzchni płuc aż do obrzęku płuc
- **Klasa 4:** wstrząs kardiogeny.

Skala TIMI zaproponowana przez Morrow-Antmana określa ryzyko pacjenta w zawale serca, prognozując 30-dniową oraz roczną śmiertelność w zależności od czynników rokowniczych (w zakresie punktów od 0 do 14) przedstawionych w tabeli nr 2.

Tabela II: Skala oceny ryzyka: TIMI dla STEMI/ STE-ACS

Czynnik ryzyka	Punktacja
Wiek 64-74	2
Wiek ≥ 75	3
Skurczowe ciśnienie krwi przy badaniu < 100 mmHg	3
Czynność serca przy badaniu > 100 /min	2
Klasa wydolności serca przy badaniu (wg skali Killipa), klasy > 2	2
Uniesienie odcinka ST w odprowadzeniach znad ściany przedniej lub obecność bloku lewej odnogi pęczka Hisa w EKG	1
Współistnienie: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego lub wywiadu wcześniejszej dławicy	1
Waga < 67 kg	1
Czas od rozpoczęcia bólu do wdrożenia leczenia > 4 godziny	1
Suma punktów	
Ryzyko: niskie(0-5pkt.), średnie(6-9 pkt.), wysokie(10-14 pkt.).	

Wstępne badanie pacjenta z ostrym bólem w klatce piersiowej jest ukierunkowane na identyfikację przypuszczalnych przyczyn niedokrwienia serca (np. niedostatecznie kontrolowane i leczone nadciśnienie tętnicze), ważnych schorzeń współistniejących (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc) oraz objawów niestabilności hemodynamicznej (np. zastoinowa niewydolność serca, niedomykalność mitralna czy hipotonia). Wytyczne ACC/AHA zalecają u pacjentów diagnozowanych w kierunku ACS pomiar ciśnienia tętniczego na obu ramionach, ocenę tętna, pomiar temperatury oraz badanie klatki piersiowej i układu sercowo-naczyniowego, a ocena krążenia obwodowego powinna obejmować deficyty tętna. U pacjentów z nietypowymi dla niedokrwienia serca objawami poszukujemy pozawieńcowych

przyczyn bólu w klatce piersiowej, skupiając się na schorzeniach bezpośrednio zagrażających życiu (rozwarstwienie aorty, zator tętnicy płucnej). Rozwarstwienie aorty podejrzewamy przy stwierdzeniu deficytów tętna, jego asymetryczności lub pojawieniu się szmeru świadczącego o niedomykalności aortalnej, bólu w klatce piersiowej lub bólu pleców. Różnica w głośności szmerów oddechowych przy nasilonej duszności i bólu typu opłucnowego może sugerować odmę opłucnową, a przy jednoczesnym współistnieniu silnego tachykardii i tachypnoe mogą być objawami zatorowości płucnej. Wstępna ocena podmiotowa i przedmiotowa chorego oraz zapisy EKG wykonane i przesłane do wyznaczonego szpitala, umożliwiają wczesne zawiadomienie ośrodka przyjmującego pacjenta oraz przyspieszają decyzje terapeutyczne. W wielu przypadkach skraca to czas od przyjęcia do rozpoczęcia terapii przywracającej krążenie w zagrożonej martwicą strefie mięśnia sercowego (wdrożenie terapii reperfuzyjnej) do 10-60 minut. Wyszkolony personel medyczny Ratownictwa Medycznego (lekarze medycyny ratunkowej, specjalistki pielęgniarstwa i ratownicy medyczni) potrafią szybko rozpoznać świeży zawał mięśnia sercowego. W przypadku ACS STE badanie EKG może wykazać potrzebę wdrożenia pilnej terapii reperfuzyjnej (pierwotna przezskórna interwencja wieńcowa lub prowadzona przedszpitalna tromboliza) ograniczając strefę martwicy w zagrożonym obszarze mięśnia sercowego [4, 5].

Leczenie przeciwdławicowe, przeciwbólowe i przeciwkrzepliwe

Istotnym czynnikiem prowadzącym do ograniczenia strefy zawału jest zachowanie równowagi pomiędzy dostarczaniem tlenu do mięśnia serca a jego zapotrzebowaniem przez mięsień. W czasie, gdy nie nastąpiło jeszcze nieodwracalne uszkodzenie komórek mięśnia sercowego, potrzeba maksymalnie ograniczyć zużycie tlenu przez mięsień serca dzięki pełnemu komfortowi fizycznemu (pozycja leżąca) i psychicznemu (podawanie środków uspokajających). Ból w świeżym zawale serca zależy od nasilającego się niedokrwienia, dlatego też leki przeciwbólowe powodują wzrost dostarczania tlenu i zmniejszają zapotrzebowanie na tlen. W zwalczaniu bólu związanego ze STEMI używa się wielu środków przeciwbólowych, ale lekami z wyboru są opioidy (np. morfina) [2].

Nitraty są wskazane u większości pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, ponieważ poprawiają przepływ wieńcowy krwi dzięki rozszerzeniu naczyń i zmniejszeniu obciążenia wskutek poszerzenia łożyska żylnego. Pacjentom ze STEMI/STE-ACS z ciśnieniem skurczowym powyżej 120 mmHg można podać podjęzykowo tabletkę nitrogliceryny lub zastosować lek w aerozolu i prowadzić stałą obserwację pod kątem narastania ewentualnych

zaburzeń hemodynamicznych. Warto jednak pamiętać o tym, że u pacjentów we wczesnej fazie STEMI/STE-ACS u których obserwuje się częste zmiany stanu hemodynamicznego, należy unikać podawania doustnych preparatów nitratów. Nawet małe dawki mogą wywołać zagrażające życiu nagłe niedociśnienie i bradykardię (dobrze reagującą na dożylną podanie atropiny). Nitrogliceryny nie powinno się także podawać pacjentom z zawałem ściany dolnej i podejrzeniem zawału prawej komory i/lub hipotonią (ciśnienie skurczowe poniżej 90 mmHg).

Blokery receptora adrenergicznego (beta-blokery) to grupa leków, które ograniczają obszar zawału, natężenie bólu, a tym samym zmniejszają zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe. Beta-blokery są szczególnie polecane pacjentom z powikłaniami zawału, takimi jak tachyarytmie we wczesnej fazie. Jeśli nie ma przeciwwskazań pacjenci ze STEMI powinni otrzymać beta-blokery w ciągu 12 godzin od wystąpienia zawału, niezależnie od rodzaju planowanego leczenia reperfuzyjnego. W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub przeciwwskazań, takich jak niewydolność serca lub blok serca, należy przerwać podawanie leku [6].

Popularny względnie bezpieczny schemat stosowania jest następujący [6]:

- Beta-blokery są przeciwwskazane u pacjentów z objawami niewydolności serca (rzęzenia powyżej 10 cm nad przeponą, hipotonia- skurczowe ciśnienie tętnicze 90 mmHg, bradykardia- częstość akcji serca <60 uderzeń/min. lub blok serca)
- Metoprolol w postaci dożylnej należy podawać w bolusach dożylnych po 5 mg.
- Wszystkich chorych należy obserwować i monitorować przez co najmniej 2-5 min. po każdym bolusie i przerwać podawanie kolejnych dawek leku, jeśli częstość akcji serca zmniejszy się do poniżej 60 uderzeń/min. lub wartości skurczowego ciśnienia tętniczego obniżą się poniżej 100 mmHg. Zaleca się podanie w sumie trzech dawek dożylnych po 5 mg (max. 15 mg).

Występujące u pacjentów ze STEMI/STE-ACS niedotlenienie jest wynikiem niewydolności lewej komory serca. Panuje pogląd, że podwyższone stężenie tlenu w powietrzu wdechowym pacjenta działa ochronnie na niedokrwiony mięsień sercowy i dlatego przeważnie podaje się len. Jednak zwiększone stężenie tlenu w powietrzu wdechowym nie podwyższa dostawy tlenu u pacjentów, którzy nie są niedotlenieni, może natomiast zwiększyć układowy opór naczyniowy i ciśnienie tętnicze. W związku z tym u pacjentów ze STEMI należy oznaczać saturację tętniczą pomocą pulsoksymetrii i nie stosować tlenoterapii w przypadku, jeśli saturacja jest prawidłowa. Pacjentom ze STEMI tlen należy podawać tylko w przypadku jawnej hipoksemii i saturacji (SaO_2) poniżej 90%. U większości pacjentów z łagodną hipokseміą wystarcza dostarczenie 2-4 l/min. tlenu przez maskę Venturiego lub wazy tlenowe.

U pacjentów z obrzękiem płuc może być konieczna intubacja dotchawicza i za kontrolowana wentylacja z dodatnim ciśnieniem [Kokot F. 2003].

Metodą farmakologicznej blokady układu renina-angiotensyna-aldosteron jest zastosowanie inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ang. Angiotensin converting enzyme inhibitors, ACE-I). Podawanie inhibitorów ACE pacjentom ze STEMI/STE-ACS i towarzyszącym upośledzeniem kurczliwości lewej komory (frakcja wyrzutowa lewej komory $\leq 40\%$) poprawia rokowanie (zmniejsza śmiertelność). Korzystny efekt zauważono zwłaszcza u pacjentów z zawałem ściany przedniej mięśnia sercowego i towarzyszącym zastojem płucnym. Zaleca się doustną podaż inhibitorów ACE przez pierwsze 24 godziny od początku objawów AMI, niezależnie do planowanej terapii reperfuzyjnej. Nie należy podawać inhibitorów ACE, jeżeli ciśnienie skurczowe krwi jest poniżej 100 mmHg, w przypadku nadwrażliwości na lek oraz u kobiet w ciąży [7].

Blokery kanałów wapniowych stosowane są wyłącznie jako alternatywa dla beta-blokerów, w przypadku przeciwwskazań do ich stosowania oraz jako leczenie z wyboru u chorych z dławicą naczynioskurczową (angina Prinzmetal'a).

Według wytycznych *American College of Cardiology* (ACC) i *American Heart Association* (AHA) wszyscy pacjenci przy podejrzeniu STEMI/STE-ACS, przy braku przeciwwskazań, powinni otrzymać jak najszybciej nasycającą dawkę kwasu acetylosalicylowego (ang. acetylsalicylic acid, ASA) oraz kłopidogrelu. Odpowiednia terapia przeciwplatekowa (zmniejszenie aktywacji, adhezji i agregacji płytek) powinna rozpoczęta być już w fazie przedszpitalnej. Kwas acetylosalicylowy podajemy niezwłocznie wszystkim chorym, którzy do tej pory leku nie przyjmowali w dawce wstępnej 150-325mg, w tabletkach niepowlekanej (najlepiej w formie rozpuszczonej). Następnie kontynuuje się lek w dawce 75-160mg dziennie do końca życia [2]. Warto pamiętać o przeciwwskazaniach do podawania ASA - leku nie należy podawać:

- osobom uczulonym,
- w przypadku wystąpienia wrzodu trawiennego
- w przypadku ciężkiej niewydolności wątroby,
- u astmatyków z postacią choroby wrażliwą na podawanie leku.

Kłopidogrel, zalecany jest przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) jako lek bezpieczniejszy, działający szybciej (600 mg po 2 godzinach, 300 mg po 6 godzinach), podawany udokumentowaną alergią lub nietolerancją przewodu pokarmowego w zastępstwie ASA. Najnowsze wytyczne zalecają podanie kłopidogrelu wszystkim pacjentom z ostrym

pacjentom doustnie z zespołem wieńcowym, już po pierwszym kontakcie z personelem medycznym. Lek hamuje płytkowy receptor difosforanu adenozy (ADP), przez co powoduje zmniejszenie agregacji płytek. Podany, oprócz heparyny i ASA w ciągu 4 godzin od wystąpienia objawów poprawia wyniki leczenia pacjentów z grupy o wysokim ryzyku powikłań. Kłopidogrel w dawce nasycającej 600 mg należy podać wszystkim pacjentom ze STEMI/STE-ACS, u których planuje się wdrożenie leczenia inwazyjnego. Następnie kontynuuje się lek w dawce 75mg dziennie [6].

Heparyny drobnocząsteczkowe (ang. low-molecular-weight-heparin, LMWH) stosowane w STEMI charakteryzują się stabilnym działaniem przeciwzakrzepowym, dużą biodostępnością oraz możliwością stosowania przezskórnego. Leki te blokują kaskadę krzepnięcia i powodują zmniejszenie powstawania trombiny. Podaje się je podskórnie bez konieczności kontroli układu krzepnięcia. Heparyny drobnocząsteczkowe zmniejszają częstość występowania ponownych zwężeń (reokluzji) w obrębie tętnicy odpowiedzialnej za zawał, ponownego zawału serca lub nawracających przypadków niedokrwienia. Wykazano jednak zwiększoną liczbę krwawień wewnątrzczaszkowych w grupie pacjentów powyżej 75 roku życia, u których podawano heparyny drobnocząsteczkowe. Należy wziąć pod uwagę fakt braku wskazań do podawania LMWH u pacjentów poddawanych inwazyjnemu leczeniu STEMI (pierwotna PCI) [6].

Sytuacje szczególne

Świeży zawał powikłany zaburzeniami przewodnictwa i/lub groźnymi arytmiami

Arytmie oraz zaburzenia przewodnictwa są powikłaniami, które mogą często wystąpić w pierwszych godzinach zawału przed przyjęciem do szpitala. W niektórych przypadkach zaburzenia rytmu częstoskurcz komorowy (ang. ventricular tachykardia, VT), migotanie komór (ang. ventricularfibrillation, VF) oraz całkowity blok serca takie jak przedsionkowo-komorowy stanowią zagrożenie życia wymagają natychmiastowego podjęcia leczenia. Głównym mechanizmem powstania zaburzeń rytmu serca w ostrej fazie zamknięcia tętnicy wieńcowej jest zjawisko re-entry spowodowane niejednorodną właściwością elektryczną niedokrwionego mięśnia serca. U pacjentów z zawałem wszystkie rodzaje tachykardii i bradykardii (przyspieszenia i zwolnienia częstości rytmu serca) zmniejszają pojemność minutową serca i wpływają na wzrost serca) zużycia tlenu i energii przez niedokrwiony mięsień [2].

Rodzaje zaburzeń rytmu:

1. Przedwczesne pobudzenia komorowe występują u ponad 90% chorych ze STEMI. W terapii korygujemy zaburzenia elektrolitowe. W przypadku licznych, gromadnych zaburzeń można podać beta-bloker (metoprolol w dawce 2.5-5mg dożylnie co 2-5 min. do łącznej dawki 15mg w ciągu 10-15 min.) lub amiodaron (bolus 150 mg i.v. w ciągu 10 min, następnie wlew dożylny z szybkością 1 mg/min przez 6 godzin).
2. Częstoskurcz komorowy utrwalony występuje u około 10% chorych ze STEMI w późnej fazie zawału, jest częstszy u pacjentów z zawałem pełnościennym i dysfunkcją lewej komory. Jeżeli rytm komór jest wolniejszy niż 150/min częstoskurcz zwykle jest dobrze tolerowany; częstszy rytm powoduje istotne zaburzenia hemodynamiczne. Działanie lecznicze ma zapobiegać migotaniu komór i przywrócić stabilność hemodynamiczną. Amiodaron jest lekiem preferowanym w nawracającym częstoskurczu komorowym, a u chorych z niestabilnością wieńcowa oraz towarzyszącymi zaburzeniami hemodynamicznymi do przywrócenia rytmu zatokowego stosuje się kardiowersję elektryczną.
3. Migotanie komór jest przyczyną dużej śmiertelności przedszpitalnej (ok. 20-30%), często poprzedzone jest krótkotrwałym trzepotaniem komór o częstości 200-300/min. Wystąpienie pierwotnego migotania komór (400-600/min.) jest wyrazem dezorganizacji bioelektrycznej mięśniówki komór. Przyczyną jest ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, a objawem nagle zatrzymanie krążenia. Wszyscy pacjenci z tego typu arytmii wymagają defibrylacji, celem przywrócenia wydolnego hemodynamicznego rytmu zatokowego. Postępowanie w migotaniu komór polega na defibrylacji elektrycznej w seriach po trzy wyładowania, zaczynając od energii 200 J. W razie niepowodzenia zaleca się kolejne wyładowanie o energii 200-300 J, następne zaś 360 J. Po każdorazowym wyładowaniu należy ocenić zapis EKG na monitorze. W razie nieskuteczności chorego należy zaintubować, podłączyć tlen, rozpocząć sztuczną wentylację za pomocą worka Ambu oraz podać adrenalinę w dawce 1 mg dożylnie lub do rurki intubacyjnej w dawce 2-3 mg. Przed kolejną serią defibrylacji należy zastosować 10 serii masażu zewnętrznego serca i wentylacji płuc w proporcji 15:1, następnie wykonać 3 defibrylacje każdą o energii 360 J. Można rozważyć podanie leków antyarytmicznych: amiodaronu (150 mg w bolusie i.v.), lidokainy (1,5 mg/kg m.c. i.v.) lub beta-blokera (np. metoprololu i.v. 2.5-5 mg co 15 min — do łącznej dawki 15 mg). Po przywróceniu rytmu zatokowego należy podawać dożylnie amiodaron lub lidokainę przez 6-24 godziny.
4. Tachykardia zatokowa jest to rytm zatokowy przekraczający częstość 140/min. Jest ona spowodowana nadmierną aktywnością układu współczulnego w ostrej fazie zawału serca. Tachykardia zatokowa jest szczególnie częsta u pacjentów z zawałem serca ściany

przedniej, zwłaszcza gdy towarzyszy mu dysfunkcja lewej komory. Należy jak najszybciej znaleźć przyczynę tachykardii i zastosować odpowiednie leczenie, czyli leki przeciwbólowe, jeśli przyczyną jest ból, diuretyki w przypadku niewydolności serca, tlen, beta-blokery i nitrogliceryne, jeśli przyczyną jest niedokrwienie.

5. Migotanie i/lub trzepotanie przedsionków — to nieskoordynowane kurcze poszczególnych włókien mięśniowych przedsionków z ognisk mikro-re-entry. Podobnie, jak dodatkowe pobudzenia przedsionkowe trzepotanie przedsionków i migotanie przedsionków są zwykle arytmiami przemijającą i występuje najczęściej u pacjentów z dużym uszkodzeniem lewej komory. Zwiększona częstość skurczów komory i trata możliwości dopełnienia lewej komory krwią przez skurcz przedsionków powoduje istotne zmniejszenie pojemności minutowej. Migotanie przedsionków, zwłaszcza w przebiegu zawału ściany przedniej, zwiększa śmiertelność i częstość występowania udarów. Leczeniem z wyboru są beta-blokery oraz amiodaron.
6. Napadowy częstoskurcz nadkomorowy obrazuje częstość rytmu serca 180-250/min. Napad odczuwany jest przez chorego jako uczucie szybkiego kołatania serca, niepokój lub ból w okolicy serca, czasami zasłabnięcie. Celem leczenia jest przerwanie arytmii i przywrócenie rytmu zatokowego, lekiem z wyboru jest amiodaron oraz beta-blokery.
7. Bradykardia zatokowa (< 60/min.) często występuje we wczesnej fazie STEMI, najczęściej zaś u pacjentów z zawałem ściany dolnej. Zwiększone napięcie nerwu błędnego we wczesnej fazie zawału, które jest przyczyną bradykardii, działa ochronnie, ponieważ zmniejsza zapotrzebowanie mięśnia serca na tlen. Bradykardię zatokową, której nie towarzyszy hipotonia powinno się obserwować. Bradykardia 38 tętnicze (poniżej 60 mmHg) wymaga podania atropiny (dawce 0.5-1mg dożylnie, do maksymalnej dawki 2 mg).
8. Blok przedsionkowo-komorowy i śródkomorowy. Uszkodzenie niedokrwienne może powodować zaburzenia przewodzenia na każdym poziomie układu przewodzącego, zarówno na poziomie węzła przedsionkowo-komorowego lub pęczka Hisa (różnego stopnia blok przedsionkowo-komorowy) jak i w odnogach pęczka Hisa (blok lewej lub prawej odnogi) lub też na poziomie przedniej, lub tylnej wiązki jest przyczyną bloku odpowiednio przedniej lub tylnej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa. Blok przedsionkowo-komorowy III stopnia występuje u pacjentów z rozległym zawałem ściany przedniej lub dolnej. U pacjentów z zawałem ściany przedniej blok przedsionkowo-komorowy I stopnia często występuje nagle, w ciągu 12-24 godzin od początku zawału. W zapisie EKG mogą wystąpić niestabilne rytmy zastępcze z szerokimi zespołami QRS i częstością poniżej 40/min. U pacjentów z rozległym zawałem serca blok przedsionkowo-komorowy rozwija się w wyniku martwicy przegrody

międzykomorowej, która obejmuje odnogi pęczka Hisa. Duża śmiertelność wśród tych pacjentów jest skutkiem rozległego uszkodzenia miokardium, ciężkiej niewydolności lewokomorowej i wstrząsu kardiogenego. Ostre bloki odnóg i wiązek pęczka Hisa wiążą się z częstszym występowaniem groźnych zaburzeń rytmu (migotanie komór) oraz zaawansowanych zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, a tym samym nagłego zatrzymania krążenia. Stanowi to często wskazanie do czasowej, zewnętrznej stymulacji serca, która jest możliwa w warunkach przedszpitalnych (Zespoły Ratownictwa Medycznego, Pogotowie Lotnicze) [2].

Zatrzymanie krążenia w przebiegu świeżego zawału serca - rodzaje, postępowanie przedszpitalne

Przeżycie po zatrzymaniu krążenia waha się od 5% do 60% w zależności od okoliczności zdarzenia (etiologia, mechanizm zatrzymania krążenia, obecność świadków). Skuteczność czynności mających na celu powrót czynności życiowych (resuscytacja) oraz przywrócenia w pełni wszystkich funkcji życiowych, a tym funkcji ośrodkowego układu nerwowego (reanimacja) zależy nie tylko od jakości przeprowadzonych działań, ale również od stanu przed rozpoczęciem czynności przywracających pracę serca. To, jaki będzie efekt czynności resuscytacyjnych podejmowanych podczas zatrzymania krążenia zależy od wpływu tzw., czynników losowych” (na przykład wiek, choroba podstawowa) oraz, czynników programowych” (na przykład czas do rozpoczęcia resuscytacji i defibrylacji). Obecnie uważa się, że czas do i jest najważniejszym pojedynczym czynnikiem wpływającym na przeżycie po zatrzymaniu krążenia. Zatrzymanie krążenia występuje zwykle w domu, w 2/3 przypadków dotyczy mężczyzn powyżej 50 r.ż., najczęściej w ciągu dnia, pomiędzy 8.00 a 18.00. Przeżycie pozaszpitalnego zatrzymania krążenia jest tym bardziej prawdopodobne, im szybciej zostanie wdrożone podstawowe postępowanie resuscytacyjne, defibrylacja i opieka specjalistyczna. Najistotniejsza jest wczesna defibrylacja, a wprowadzenie automatycznego zewnętrznego defibrylatora (AED) i jego prawidłowe użycie zarówno przez personel karetki, jak i osoby przygodne, pozwala na wczesną akcję ratunkową.

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK) cechuje się nagłą utratą efektywnego przepływu krwi, na tyle poważną, że powoduje natychmiastową utratę przytomności i prowadzi w bardzo krótkim czasie do zgonu, o ile nie podejmie się odpowiednich działań leczniczych. Do najczęstszych elektrycznych mechanizmów zatrzymania serca zalicza się migotanie komór i częstoskurcz komorowy bez wyczuwalnego tętna. W dużej grupie chorych zatrzymanie

krążenia rozpoczyna się bradykardią lub rozkojarzeniem elektromechanicznym (aktywnością elektryczną bez odpowiedzi hemodynamicznej).

Stany kliniczne występujące u pacjenta w czasie NZK:

- stan przedomdleniowy - zawroty głowy, mroczki przed oczyma, uczucie omdlenia, częściowa utrata przytomności i/lub zaburzenia widzenia.
- omdlenie opisywane przez samego chorego lub świadka — nagła utrata przytomności z utratą napięcia mięśniowego odpowiedzialnego a postawę, często z niepamięcią wsteczna, z samoistnym odzyskaniem przytomności lub wymagające podjęcia czynności resuscytacyjnych.
- nagły zgon sercowy - śmierć spowodowana nieoczekiwanym zatrzymaniem krążenia, która następuje w ciągu godziny od rozpoczęcia objawów [2,5].

Postępowanie w przypadku pacjenta niestabilnego hemodynamicznie

Wstępna ocena stanu hemodynamicznego i czynności wykonywane przy pacjencie przez zespół ratowniczy obejmują:

- unieruchomienie i/lub ułożenie chorego w pozycji wygodnej dla pacjenta
- podłączenie ciągłego monitorowania EKG i pomiar saturacji (w poszukiwaniu hipoksji), w razie potrzeby podanie tlenu przez wąsy donosowe, aby nie dopuścić do narastania niedotlenienia (4-8 l/min. lub 2-4 l/min. u osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc);
- monitorowanie czynności oddechowej: hipowentylacji, hiperwentylacji, częstości i głębokości oddechów, wysiłku oddechowego, przymusowej pozycji ciała, zmian osłuchowych nad polami płucnymi;
- pomiar ilości i jakości tętna, obustronnie oraz porównawczo na tętnicach szyjnych lub promieniowych;
- pomiar ciśnienia tętniczego; ocena siły mięśniowej — hipotonii, hipertonii oraz różnic w sile mięśniowej pomiędzy symetrycznymi kończynami;
- zabezpieczenie dostępu do żyły (przynajmniej 2 wejścia, kaniule o dużej średnicy); niezalecane jest podawanie zleconych leków domięśniowo;
- ocena stanu świadomości — klasyfikacja stanu nieprzytomności wg Glasgow ComaScale (GCS) [6].

Szybka ocena parametrów życiowych pozwala na podjęcie prawidłowego postępowania. Celem leczenia jest zachowanie funkcji lewej komory, utrzymanie prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi i ochrona zagrożonego mięśnia sercowego.

Hipotonia z prawidłową lub przyspieszoną akcją serca występuje najczęściej w przebiegu hipowolemii u pacjentów, którzy przed wystąpieniem zawału otrzymywali przewlekłe leki moczopędne. Do rozwoju hipowolemii mogą przyczynić się również czynniki takie jak nasilone poty, ograniczenie przyjmowania płynów lub wymioty w okresie poprzedzającym i towarzyszącym STEMI. Nawet przy prawidłowej objętości przestrzeni wewnątrznaczyniowej może dochodzić do względnej hipowolemii z powodu zmniejszenia podatności lewej komory w przebiegu STEMI [7].

Postępowanie: w przypadku braku zastojów w krążeniu płucnym pacjenta układamy w pozycji Trendelenburga, a w przypadku bradykardii zatokowej i niedociśnienia należy podać atropinę (w dawce 0.5-1.0 mg i.v., powtarzanej w odstępach co 3-10 min. do maksymalnej dawki 2.0 mg). Jeśli nie przyniesie to efektu, należy podać dożylnie roztwór soli fizjologicznej w dawce początkowej 100 ml, a następnie zwiększać infuzję co 5 min o kolejne 50 ml, aż do osiągnięcia efektu. Należy przerwać podawanie dożylnych soli, jeśli skurczowe ciśnienie tętnicze osiągnie wartość 100 mmHg lub wystąpi duszność, wynikająca z zastojów w krążeniu płucnym. Szybko rozpoznana hipowolemia u pacjenta ze STEMI jest łatwa do wyrównania, a wypełnienie łóżyska naczyniowego powoduje szybką poprawę dynamiki krążenia.

Najważniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia zgonu w następstwie STEMI jest utrata funkcji lewej komory. Znaczne upośledzenie funkcji skurczowej lewej komory powoduje zmniejszenie pojemności minutowej serca i jej frakcji wyrzutowej. Niewydolność lewokomorowa przez pewien czas może pozostawać bezobjawowa, ujawniając się w momencie, gdy zwiększa się obszar uszkodzenia lewej komory. Innymi czynnikami ryzyka rozwoju objawowej niewydolności lewej komory, obok rozległości zawału, jest zaawansowany wiek pacjenta 56 (powyżej 70 roku życia) i cukrzyca [7].

Postępowanie z pacjentem uzależnione jest od stopnia nasilenia zaburzeń hemodynamicznych. Ocenę nasilenia niewydolności lewokomorowej ułatwia klasyfikacja wg Killipa-Kimbala. Przy niewielkiej niewydolności serca często wystarcza podanie diuretyku takiego jak furosemid w dawce 20-40 mg dożylnie, powtarzanej w razie potrzeby. W przypadku braku dobrej odpowiedzi pacjenta na leczenie diuretykami, przy braku przeciwwskazań można podać nitraty. Aby uniknąć hipotonii, dawkę nitratów należy zwiększać stopniowo co 5 minut, pod kontrolą ciśnienia tętniczego krwi w dawce początkowej 0.25 µg/kg/min., aż do wystąpienia spadku ciśnienia tętniczego 230 mmHg lub spadku

ciśnienia skurczowego <90 mmHg. Gdy dominują objawy zastoju w krążeniu małym preferowana jest dobutamina w dawce początkowej $2.5 \mu\text{g/kg/min.}$, zwiększana w razie potrzeby stopniowo co 5-10 minut, aż do $10 \mu\text{g/kg/min.}$ lub do momentu poprawy stanu hemodynamicznego. W przypadku upośledzonej diurezy (oliguria, anuria) zalecane jest podanie dopaminy dożylnie w dawce $< 3,0 \mu\text{g/kg/min.}$ do momentu poprawy stanu zaburzeń pacjenta [7].

Zawał prawej komory serca

Rozpoznanie zawału prawej komory serca jest istotne, ponieważ wstrząs kardiogeny jako powikłanie leczy się odmiennie, niż wstrząs kardiogeny wynikający z upośledzonej funkcji lewej komory. Zawał prawej komory można podejrzewać na podstawie wystąpienia objawów klinicznych takich jak hipotonia, przy jednoczesnym braku cech zastoju w krążeniu małym, przepełnienie żył szyjnych, wynikające ze wzrostu ciśnienia $=\text{żylnego}$. Bardzo sugestywne dla rozpoznania jest uniesienie odcinka ST w odprowadzeniu V4R w EKG. We wszystkich przypadkach zawału ściany dolnej należy dokonać zapisu z odprowadzeń znad prawej komory. Jeśli zawał powikłany jest hipotonią lub wstrząsem istotne jest utrzymanie prawidłowego ciśnienia napełniania prawej komory. Należy unikać leków rozszerzających naczynia takich jak: opioidy, nitraty, diuretyki, ACE inhibitory. Efektywne jest dożylnie podawanie płynów: początkowo wlew powinien być szybki, np. 200 ml w ciągu 10 minut niekiedy wymagane jest podanie 1-2 litrów soli fizjologicznej w ciągu pierwszych kilku godzin zawału. W czasie obciążania chorego płynami należy precyzyjnie monitorować jego stan hemodynamiczny. Częstym powikłaniem zawału prawej komory jest migotanie przedsionków, w którym dążymy do jak najszybszego przywrócenia rytmu zatokowego, ponieważ czynność prawego przedsionka jest istotna dla utrzymania prawidłowego napełniania prawej komory [2].

Leczenie reperfuzyjne – rodzaje, wskazania, czas wdrożenia leczenia

Celem leczenia chorego z ostrym zespołem wieńcowym z przetrwałym uniesieniem odcinka ST jest jak najszybsze przywrócenie i utrzymanie drożności tętnicy wieńcowej odpowiedzialnej za ostre niedokrwienie mięśnia sercowego na poziomie mikrokrażenia. Przywrócenie przepływu w obszarze tętnicy dozawałowej może nastąpić za pomocą leczenia trombolitycznego, zabiegu pierwotnej przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI), z użyciem stentu lub bez, lub też operacji pomstowania aortalno-wieńcowego (CABG).

Według zaleceń ESC dotyczących postępowania u pacjentów ze STEMI terapia reperfuzyjna wskazana jest u wszystkich chorych z bólem w klatce piersiowej do 12 godzin od

początku objawów z towarzyszącym uniesieniem odcinka ST lub świeżym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa w EKG [5].

Leczenie fibrynolityczne jest wybierane w okolicznościach, kiedy nie ma możliwości szybkiego dostępu do specjalistycznej pracowni hemodynamiki (przedłużony czas transportu, zajęta pracownia hemodynamiki). Lekarz podejmujący decyzję ocenia ryzyko rozpoczęcia leczenia fibrynolitycznego ryzyko opóźnienia PCI. Leczenie fibrynolityczne jest preferowane, jeżeli „czas od przyjęcia do szpitala do napełnienia balonu” wynosi ponad 90 min. i/lub różnica między „czasem od przyjęcia do szpitala do wypełnienia balonu” a natychmiastowym rozpoczęciem fibrynolizy wynosi ponad 1 godzinę. Fibrynoliza jest najskuteczniejsza, gdy podawana jest wcześnie - do 2 godziny od początku objawów klinicznych. Leczenie fibrynolityczne może być bezpiecznie wdrożone przez zespół ratunkowy lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, przy wykorzystaniu odpowiednich protokołów postępowania. Efektywnej bezpieczne stosowanie przedszpitalnej fibrynolizy wymaga, aby dostępne były odpowiednie środki do diagnostyki i leczenia STEMI i jego powikłań (sprzęt karetki oraz jego wyposażenie w aparaturę i leki przeznaczone do szybkiego reagowania spełniające wymogi bezpieczeństwa w stanach bezpośredniego zagrożenia życia) [5].

Podsumowując - wdrożenie terapii fibrynolitycznej w okresie przedszpitalnym jest wskazane i może być bezpiecznie zastosowane, jeżeli są zapewnione odpowiednie warunki bezpieczeństwa. Sama farmakologiczna terapia reperfuzyjna powinna być rozpoczęta jak najszybciej u chorych bez przeciwwskazań do tej terapii i jeżeli pierwotny zabieg wieńcowy (PCI) nie może być wykonany w ciągu 90 min przez doświadczony zespół.

Wspólnym mechanizmem działania leków fibrynolitycznych jest bardzo silny enzym przekształcenie plazminogenu w plazminę proteolityczną. Plazmina trawi włókienki zawarte w zakrzepie, doprowadzając do trombolizy i udrożnienia tętnicy wieńcowej odpowiedzialnej za zawał serca. Streptokinaza wywołuje uogólnioną fibrynolizę, dlatego też bardziej poprawna w stosunku do „leku fibrynolitycznego”. Leki trombolityczne (alteplaza, reteplaza, lanoteplaza, tenekteplaza) w przeciwieństwie do leków fibrynolitycznych (streptokinaza, anistreplaza, urokinaza) nie wykazują powinowactwa wobec krążącego plazminogenu, natomiast duże wobec fibryny wchodzącej w skład zakrzepu [5].

Wybór leku fibrynolitycznego zależy od indywidualnej oceny korzyści i ryzyka, dostępności u chorych z bólem zawałowym. Powyżej 4 godzin od początku objawów preferowane jest podanie leku bardziej swoistego dla fibryny takiego jak tenekteplaza lub alteplaza.

Spośród działań niepożądanych, związanych z fibrynolizą, do najgroźniejszych zaliczany jest krwotok śródczaszkowy.

Duże krwawienia (poza ośrodkowym układem mózgowym) wymagają przetoczenia krwi i/lub stanowią zagrożenie życia, a najczęstsze związane są z podeszłym wiekiem i niską masą ciała.

Ryzyko krwawienia wewnątrzczaszkowego zwiększa się w grupie pacjentów z wartościami skurczowego ciśnienia krwi powyżej 180 mmHg. Tak wysokie wartości ciśnienia tętniczego są względnym przeciwwskazaniem do stosowania fibrynolizy.

Uboczne działanie fibrynolizy w postaci krwawienia śródczaszkowego zależy od stosowanego leku i jest mniejsze przy zastosowaniu leków działających wybiórczo na fibrynę.

Jeżeli doszło do wystąpienia poważnego krwawienia, należy przede wszystkim odstawić lek fibrynolityczny i zaniechać podawania uzupełniającego leczenia przeciwkrzepliwego.

Przeciwwskazania do fibrynolizy [5]:

1. Przeciwwskazania bezwzględne

- udar krwotoczny lub udar o nieznanej etiologii,
- udar niedokrwienny przebyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy,
- przebyty nowotwór centralnego systemu nerwowego
- przebyty duży uraz (operacja) lub uraz głowy w ciągu ostatnich 3 tygodni,
- krwawienie z przewodu pokarmowego w ciągu ostatniego miesiąca,
- znane zaburzenia układu krzepnięcia,
- tętniak rozwarstwiający aorty.

2. Przeciwwskazania względne

- epizod przejściowego niedokrwienia mózgu (ang. Transientschemicattack, TIA) w ciągu ostatnich 6 miesięcy,
- doustna terapia przeciwzakrzepowa,
- pierwszy tydzień porodu,
- resuscytacja urazowa,
- nadciśnienie oporne na działania leków (ciśnienie skurczowe > 180 mmHg),
- infekcyjne zapalenie wsierdza,
- czynna choroba wrzodowa,
- zaawansowana choroba wątroby.

Przezkórne zabiegi wieńcowe stosowane w leczeniu STEMI możemy podzielić na zabiegi:

- pierwotne zabiegi PCI polegające na mechanicznym udrożnieniu naczynia za pomocą prowadnika do angioplastyki i balonu, często z użyciem stentu; preferowane, jeśli jest wykonywane przez doświadczony zespół poniżej 90 min. od pierwszego kontaktu z zespołem medycznym, wskazane u chorych we wstrząsie kardiogennym, a także z przeciwwskazaniami do leczenia fibrynolitycznego.
- ratunkowa PCI — interwencje wtórne po wcześniejszym zastosowaniu trombolizy (u chorych z dużym zawałem i nieskuteczną trombolizą).

Zgodnie z aktualnymi standardami postępowania w świeżym zawałe serca leczeniem z wyboru jest pierwotna angioplastyka wieńcowa (pierwotna PCI). Najważniejszym utrudnieniem w stosowaniu przezkórnej angioplastyki wieńcowej jako strategii reperfuzyjnej jest opóźnienie związane z transportem do specjalistycznego ośrodka wykonującego zabiegi. Podjęcie decyzji co do sposobu postępowania terapeutycznego w STEMI wymaga oceny czasu od wystąpienia objawów, czasu potrzebnego do przetransportowania pacjenta do ośrodka wykonującego zabieg angioplastyki, oceny ryzyka zawału i ryzyka krwawienia (szczególnie wewnątrzczaszkowego) [5].

Postępowanie inwazyjne preferuje się u pacjentów obciążonych wysokim ryzykiem, np. w przypadku zawału powikłanego wstrząsem kardiogennym lub w przypadku przeciwwskazań (np. krwotocznych do fibrynolizy). U pacjentów w podeszłym wieku, z cukrzycą ze względu na zwiększone ryzyko krwawienia wewnątrzczaszkowego związanego z fibrynolizą, większe korzyści daje leczenie metoda przezkórnej angioplastyki wieńcowej przy założeniu, że nie będzie nadmiernego opóźnienia w terapii reperfuzyjnej. Warto również pamiętać o tym, że wraz z upływem czasu skrzepliny wieńcowe stają się coraz bardziej odporne na fibrynolizę, dlatego PCI jest preferowaną strategią reperfuzyjną. W przypadku, kiedy od początku wystąpienia objawów upłynęło więcej niż 3 godziny. Pacjentów należy jak najszybciej przekazać do pracowni hemodynamiki [5, 6].

Podsumowując, zawsze, jeśli występują wątpliwości dotyczące rozpoznania, preferowana jest strategia inwazyjna, ponieważ nie tylko dostarcza ona istotnych danych diagnostycznych, ale również pozwala uniknąć ryzyka krwawienia wewnątrzczaszkowego związanego z fibrynolizą. Konieczność uzyskania powtórnego przepływu krwi w naczyniu wieńcowym, tak szybko, jak to możliwe pozostaje głównym priorytetem, a dla pacjentów, dla których pierwotny zabieg PCI nie jest natychmiastowo dostępny, wstępna terapia fibrynolityczna może być najlepszą szansą osiągnięcia reperfuzji.

Organizacja systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w powiecie sokólskim w 2017 r.

W 2017 r. w powiecie sokólskim zamieszkiwało 68188 tys. osób, gęstość zaludnienia na 1m² wyniósł 33 osoby na powierzchni 2055 km² w tym 18 331 osób w mieście Sokółka z tego 41% mieszkańców mieszka w mieście a 59% poza obszarem miejskim [8].

Podział gmin w powiecie sokólskim z ilością mieszkańców w poszczególnych gminach przedstawia rycina nr.6. Miejscowości o prawach miejskich w powiecie sokólskim to Sokółka, Krynki, Dąbrowa Białostocka i Suchowola.

Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w kodzie 1 – do 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i do 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu w kodzie 2 – do 15 minut w mieście powyżej 10. tysięcy mieszkańców i do 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu PRM dla województwa podlaskiego na 2017r. (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn.zm.) stacjonowały tam Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM):

- podstawowe (B0132) w Sokółce, (B0134) w Krynkach, (B0136) w Suchowoli,
- specjalistyczny (B0103) w Sokółce
- (B0123 przekształcona od 01.07.2017r z zespołu specjalistycznego na zespół podstawowy B0146) w Dąbrowie Białostockiej obejmując swoim działaniem ludność która w danym momencie potrzebują pomocy medycznej na właściwym sobie terenie działania.

Zakłady Opieki Zdrowotnej posiadające Oddziały Kardiologii Inwazyjnej w województwie podlaskim działające w systemie całodobowego dyżuru leczenia inwazyjnego OZW- 24/7 do których przewożeni pacjenci powiatu sokólskiego to:

- SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul.Marii Skłodowskiej-Curie 26, 15-278 Białystok,
- SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku w USK, ul. M.C. Skłodowskiej 24a, 15-276 Białystok.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROCARDIA" Szpital Specjalistyczny, Konopnickiej 11, 16-300 Augustów – w godzinach 8 – 16 po konsultacji telefonicznej kwalifikował pacjentów do zabiegu PCI w 2017r.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Rozwój medycyny interwencyjnej w województwie podlaskim pozwolił na szeroki dostęp do nowopowstałych ośrodków Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku i Augustowie. Czas to przecież miesięcy, i dlatego szybkość interwencji kardiochirurgicznej to późniejsze życie w komforcie zdrowotnym dla każdego z nas. Dzięki możliwości teletransmisji do ośrodków interwencyjnych pozwala na ominięcie długiej ścieżki, jaką jest transport do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w powiecie sokólskim tj. mieście Sokółka, i przekierowanie po akceptacji ośrodka interwencyjnego bezpośrednio do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej.

Celem pracy było:

1. Zbadanie dlaczego w fazie przedszpitalnej ważne jest badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta oraz wykonanie i interpretacja zapisu EKG.
2. Określenie jakie czynniki mogą opóźnić wczesne leczenie OZW w fazie przedszpitalnej.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone metodą retrospektywną na podstawie danych z dokumentacji medycznej – karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, pacjentów poddanych wstępnej diagnozie i terapii z powodu OZW w ramach przedszpitalnych działań ratunkowych w 2017 r. Są to zespoły wyjazdowe Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, Zakładu Pomocy Doraźnej w Sokółce, stacjonujące w bazach: Sokółce, Suchowoli, Dąbrowie Białostockiej, Krynkach. Obejmuje pięć zespołów wyjazdowych: cztery podstawowe [B0132, B0134, B0134, B0136, B0146] i jeden specjalistyczny [B0103].

Analiza dokumentacji medycznej pacjenta – karta zleceń wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego.

Pod uwagę brane były następujące dane dokumentacji medycznej:

- wiek,
- płeć,
- godzina wystąpienia bólu i czas do wezwania ZRM,
- czas dojazdu do miejsca wezwania,
- opis pacjenta: rodzaj bólu – umiejscowienie, charakter, promieniowanie, nasilenie,
- badanie podmiotowe – wywiad wg SAMPLE, choroby współistniejące (przebyte zawał m. sercowego/PCI/CABG/, udar niedokrwienno mózgu), wykonane zabiegi w

ciągu ostatnich sześciu miesięcy, wywiad w kierunku przebytego krwawienia i jaki, wywiad rodzinny w kierunku nagłego zgonu sercowego,

- badanie przedmiotowe:
 - Ocena przytomności przy pomocy: Glasgow coma scale, skali RTS,
 - Ocena częstości oddechów (duszność, sinica, bezdech), poziomu saturacji,
 - Pomiar ciśnienia tętniczego, ocena tętna,
 - Obserwacja objawów w kierunku: wstrząsu, NZK, zasłabnięcia, krwawienia, drgawek, afazji
 - Ocena tonów serca (czyste/głośnie, stłumione, inne),
 - Pomiar i ocena poziomu glikemii,
- zastosowane postępowanie z pacjentem – wykonane czynności przy pacjencie to jest zbadanie EKG 12 odprowadzeniowe, teletransmisja, tlenoterapia bierna, linia żylna obwodowa lub centralna, defibrylacja, stymulacja zewnętrzna, kardiowersja, masaż serca, intubacja, respiratoroterapia, ciągle monitorowanie, inne,
- zastosowane leczenie przez zespół RM takie jak morfina, kwas acetylosalicylowy, heparyna, Kłopidogrel, Tikagrelor i inne oraz w jakich dawkach zostały podane,
- czas odjazdu do docelowego oddziału,
- ile z wezwań do bólu w klatce piersiowej było zakwalifikowanych do leczenia inwazyjnego,
- ile z wezwań do bólu w klatce piersiowej zostało przekierowanych do najbliższego SOR.

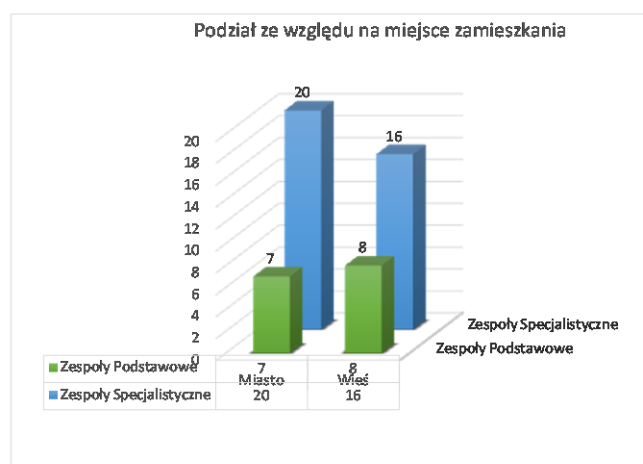
WYNIKI

Z liczby 4426 wezwań przekazanych do realizacji dla Zespołu Ratownictwa Medycznego w ZPD Sokółka z powodem wezwania „ból w klatce piersiowej” jakopowód główny, które wpłynęły z Dyspozytorni Medycznej w Białymstoku (DM 10), było 416 wezwań. Z tej ilości Zleceń Wyjazdów dla ZRM ZPD Sokółka kończących się postawieniem rozpoznania w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) z rozdziału „Choroby układu krążenia” z oznaczeniem:

- I20 -dusznicza bolesna w rozumieniu niestabilnej dławicy piersiowej(UA) było 14 osób spośród badanych,

- I21- ostry zawał serca zawiera grupę osób z podejrzeniem zawału serca: z uniesieniem odcinka ST(STEMI), bez uniesienia odcinka ST(NSTEMI) było 37 osób spośród badanych.

Wyłoniono łączną 51 osobową grupę badawczą mieszkającą na terenie zarówno miejskim jak i wiejskim-miasteczkach bez praw miejskich (Janów, Korycin, Sidra, Nowy Dwór, Kuźnica, Szudziałowo), wsiach i koloniach. W grupie tej wezwań w zrealizowanych na obszarze miejskim było 22 oraz 29 na obszarze wiejskim. Zespoły Specjalistyczne (B0103, do lipca B0123) zrealizowały 36 Zleceń Wjazdów na terenie powiatu sokólskiego kończących się rozpoznaniem ICD 10: I20, I21, co stanowi 70,5% wezwań w grupie badanej, pozostałe 15 zrealizowały z Zespoły Podstawowe: (B0132, B0134, B0134, B0136, od lipca B0146), co wyniosło 29,5% w grupie badanej. W pięciu przypadkach Zespół Specjalistyczny RM był wzywany do placówki przez lekarza rodzinnego Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub Nocnej Świątecznej Opieki Zdrowotnej do osoby tej w grupie jako miejsce realizacji wezwania. Dokładne dane przedstawia rycina 1.



Ryc. 1. Podział wyjazdów ZRM w ZPD Sokółka zrealizowanych przez Zespół Specjalistyczny i Zespoły Podstawowe ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta - miasto i wieś zrealizowanych w badanej grupie osób w 2017r.

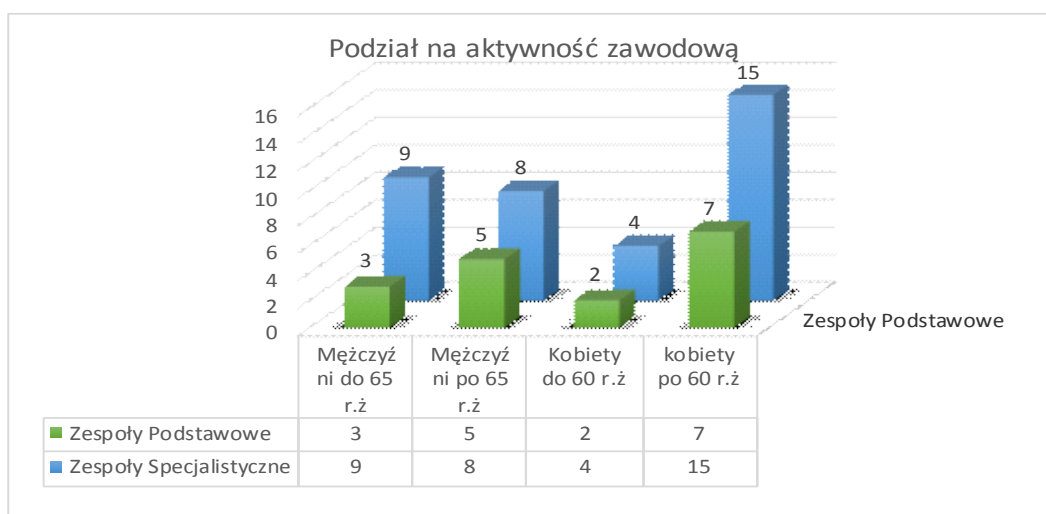
Podział ze względu na aktywność zawodową w grupie osób badanych w 2017r. w ZPD Sokółka.

W powiecie sokólskim w 2017r. zamieszkiwały 23865 osoby w wieku produkcyjnym, natomiast w wieku poprodukcyjnym około 17729 osoby, z czego mężczyźni stanowili ok. 60% przewagę liczebną nad kobietami między 20 – 60 r. życia, proporcje te wyrównywały się między 60- 65 r. życia, by w przedziale 65 - 85 r. życia osiągnąć ok. 70% przewagę liczebną kobiet nad mężczyznami (GUS 2017r.). Wśród badanej 51 grupy osób było 26 kobiet i 25 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła 69 lat, gdzie dwóch najmłodszych respondentów to mężczyźni po 48 lat i dwie najstarsze kobiety po 90 lat.

Wyjazdy do osób w wieku produkcyjnym w badanej grupie to jest dla kobiet do 60 r. życia i dla mężczyzn do 65 r. życia z rozpoznaniem w ICD 10: I20, I21 wyniosły 18 razy co stanowi 35,3% zdarzeń. Wyjazdy do osób w wieku poprodukcyjnym to jest dla kobiet po 60 r. życia i mężczyzn po 65 r. życia 33 razy i stanowi 64,7% zdarzeń.

Kobiet w wieku produkcyjnym w grupie badanej z rozpoznaniem ICD 10: I20, I21 jest 6 w stosunku do 13 mężczyzn w okresie aktywności zawodowej co stanowi blisko o połowę większą grupę. Natomiast w wieku poprodukcyjnym ten stosunek ulega zmianie, ilość rozpoznań u kobiet rośnie dając 20 kobiet w stosunku do rozpoznań mężczyzn, u których następuje spadek do 13 mężczyzn w tym okresie życia.

Zespoły Specjalistyczne (B0103i B0123 do lipca 2017r.) zrealizowały 34 Zlecenia



Ryc. 2. Podział grupy badanej mieszkującej na terenie powiatu sokólskiego ze względu na aktywność zawodową, a którym była udzielana pomoc przez Zespoły Podstawowe i Zespoły Specjalistyczne w Zakładzie Pomocy Doraźnej w Sokółce 2017r.

Wyjazdu w grupie badanej, co daje wynik 67% wyjazdów z rozpoznaniem OZW, ICD 10: I20, I21 natomiast Zespoły Podstawowe (B0132, B0134, B0134, B0136, B0146 od lipca 2017r.) zrealizowały 17 Zleceń Wyjazdów co daje wynik 33%. Powyższe dane przedstawia rycina 2.

Ból w klatce piersiowej – czas od wystąpienia pierwszych objawów oraz pacjenci bez objawów bólowych do momentu zgłoszenia wezwania alarmowego i wezwania Zespołu Ratownictwa Medycznego w grupie osób badanych w 2017r. w ZPD Sokółka

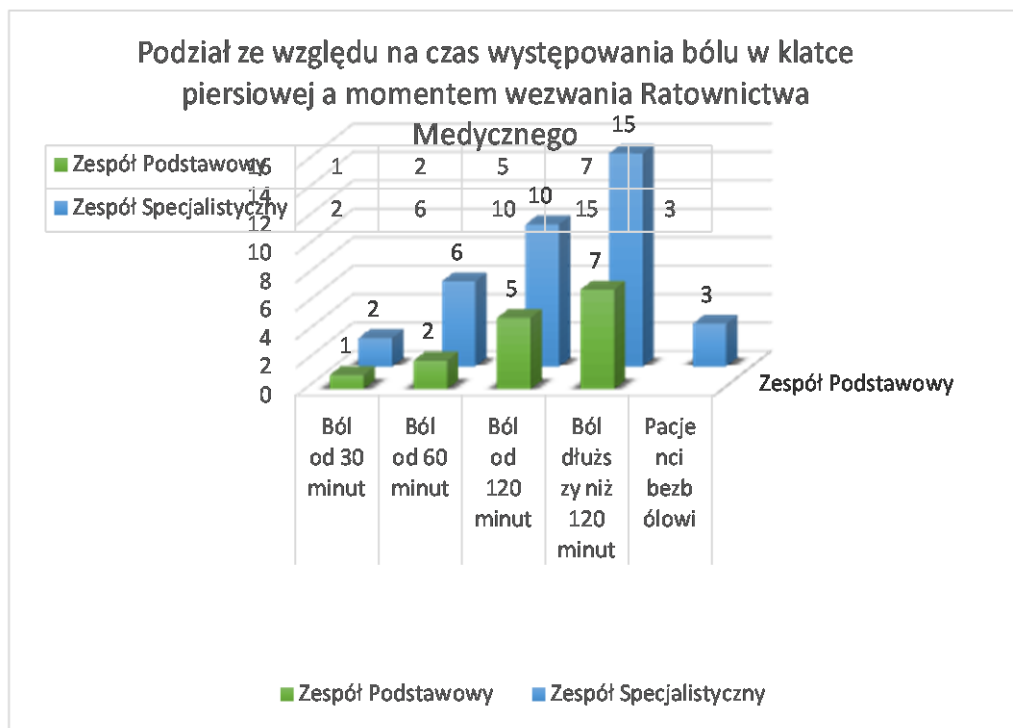
Ból w klatce piersiowej jest najczęstszą dolegliwością zgłaszaną przez pacjentów w badanej grupie i stanowi blisko 95% przypadków, często łącznie z dusznością i/lub bólem brzucha. Najczęściej pacjenci w badanej grupie opóźniali wezwanie pomocy ZRM zgłaszając ból w klatce piersiowej dopiero po 120 minutach od momentu jego powstania to 22 osoby co daje blisko 43% badanych przypadków. Ból w klatce piersiowej trwający do 120 minut zgłaszało 15 osób, to jest około 29,5% badanej grupy, około 60 minutowy ból w klatce piersiowej zgłaszało 8 osób to jest 15,7% badanej grupy, 30 minutowy ból w klatce piersiowej zgłaszały 3 osoby - to najmniej liczna grupa zgłaszających ból w klatce piersiowej około 5,9%. Sporadycznie u pacjentów z OZW z rozpoznaniem ICD 10: I20, I21 ból nie występował to 3 osoby. Zespoły Podstawowe realizowały 15 wezwań w grupie badanej to 29,5% ogółu w grupy, natomiast Zespół Specjalistyczny 36 razy realizował wezwania co stanowi 70,5% ogółu wyjazdów w badanej grupie. Powyższe dane zostały zestawione na rycinie 4.

Wywiad w kierunku bólu w klatce piersiowej był zbierany po raz pierwszy przy zgłoszeniu wezwania na numer alarmowy do Ratownictwa Medycznego przez Dyspozytora Medycznego (Dz.U.2014 Poz.66). Pacjent lub osoba zgłaszająca proszona była o lokalizację bólu i/lub jego charakteru: piekący, dławiący, duszący, promieniujący oraz czasu początku wystąpienia bólu podawana była też informacja o przebytych wcześniej incydencjach wieńcowym (o ile pacjent lub osoba zgłaszająca jest w stanie jej udzielić) na Karcie Zlecenia Wyjazdu (Rycina 4). W razie podejrzenia OZW na podstawie zebranego wywiadu określany był kod pilności wyjazdu - kod 1 z użyciem sygnałów świetlnych i dźwiękowych o najkrótszym z możliwych czasie wyjazdu i dotarcia do pacjenta ZRM.

Zapis elektrokardiograficzny (EKG) ze stwierdzonym uniesieniem załamka ST lub brak uniesienia załamka ST. w grupie badanej w 2017r w ZPD Sokółka.

W grupie badanej uniesienie odcinka ST w zapisach EKG diagnozowano łącznie w 37 przypadkach na 51 osób badanych, z diagnozą w ICD10: I21, w Zespole Specjalistycznym i Podstawowym łącznie co stanowiło ponad 72,5% wszystkich wykonanych zapisów EKG, osoby te przewieziono do oddziału Kardiologii Inwazyjnej o najkrótszym czasie dotarcia. Brak

uniesienia odcinka ST w zapisie EKG stwierdzono po wykonaniu u 14 osób badanych, z diagnozą ICD10: I20, stanowiło to blisko 27,5% grupę osób przewiezionych do najbliższego SOR w Sokółce lub IP w Dąbrowie Białostockiej. Zespoły Podstawowe zrealizowały 13 Zleceń Wyjazdu do pacjentów w grupie badanej, ponad trzykrotnie mniej niż Zespoły Specjalistyczne, to 38 Zleceń Wyjazdu.



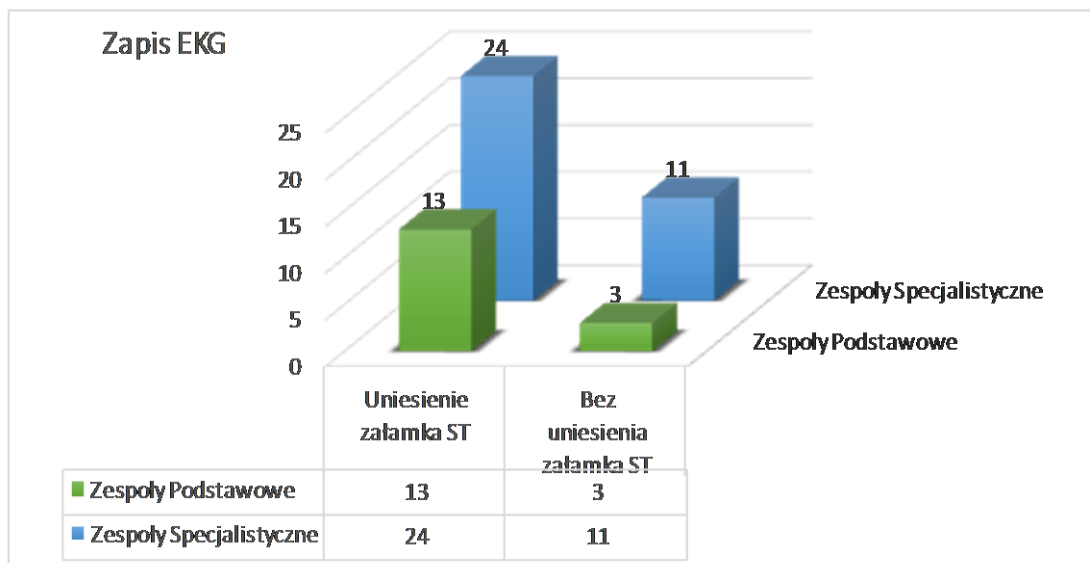
Ryc. 4. Podział grupy badanej ze względu na czas występowania bólu w klatce piersiowej a momentem wezwania Ratownictwa Medycznego, a którym była udzielana pomoc przez ZRM Podstawowe i Specjalistyczne w Zakładzie Pomocy Doraźnej w Sokółce 2017r.

Dyspozytor Medyczny przy dysponowaniu ZRM do bólu w klatce piersiowej z podejrzeniem OZW przy przyjęciu wezwania przekazywał do realizacji Zlecenie Wyjazdu (aneks nr.1) dla Zespołów Specjalistycznych w 68,6% w grupie badanej, dla Zespołów Podstawowych w 31,4% grupy. Dokładne wyniki badania przedstawia rycina 5.

W badaniu przedmiotowym i podmiotowym wszystkie Karty Medycznych Czynności Ratunkowych były uzupełnione dokładnie (wszystkie wymagane pola były zaznaczone – aneks nr 2), zgodnie wymogami Dyrektora WSPR w Białymstoku.

Kierownik ZRM (w przypadku Zespołu Specjalistycznego: kierownik- lekarz, pielęgniarka lub ratownik i ratownik/kierowca; Zespołu Podstawowego: kierownik-pielęgniarka lub ratownik

iratownik/kierowca Dz.U. 2006 Nr 191 poz.1410 tj. Dz.U. 2016 poz.1868)po przyjeździe na miejsce wezwaniau każdego z badanych dokonywał oceny stanu chorego podczas zbierania wywiadu przedmiotowego skalą przytomności Glasgow-Coma-Scale (GCS).



Ryc. 5. Zapis elektrokardiograficzny (EKG) ze stwierdzonym uniesieniem załamka ST lub brak uniesienia załamka ST w EKG w grupie badanej w 2017r. w ZPD Sokółka

Drugi (i trzeci w przypadku zespołu S) członek zespołu wykonywał zapis elektrokardiograficzny (EKG) zgodnie z wytycznymi w ciągu 10 minut u wszystkich pacjentów z bólem w klatce piersiowej łącznie z pomiarem saturacji, ciśnienia tętniczego z oceną tętna przy pomocy aparatury medycznej CORPULS (możliwość teletransmisji zapisu) będącej na wyposażeniu wszystkich ZRM Zakładu Pomocy Doraźnej w Sokółce także dokonywał oceny pacjenta w skali RTS (ciężkości urazu), osłuchiwał klatkę piersiową - ocena tonów serca, wystąpienie i stopień nasilenia duszności. Jednocześnie kierownik zespołu zbierał wywiad do pacjenta i/lub rodziny w kierunku przebytego zawału serca, nagłych zgonów w rodzinie, udaru, krwawienia – jeśli tak jakiego, afazji, przebytych chorób i ich dotychczasowego leczenia. Po wykonaniu zapisu 12-odprowadzeniowego EKG i wstępnej ocenie (szczególnie ewolucje odcinka ST w poszczególnych odprowadzeniach wykonywana co najmniej dwukrotnie w czasie) i podejrzeniu OZW z uniesieniem ST i wykonywano kontakt telefoniczny (telefon na wyposażeniu każdego zespołu RM) od dyżurnej Hemodynamiki w Białymstoku lub Augustowie oraz transmisję zapisu EKG dla lekarza specjalisty kardiologii odczytującego zapis EKG (brak możliwości transmisji do ProCardii w Augustowie). Wyrażał on zalecenie transportu do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej bądź zalecał transport do najbliższego

SOR/IP celem określenia poziomu troponin we krwi i dalszej obserwacji osoby badanej. Nazwisko lekarza specjalisty podejmującego decyzję była umieszczone na Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych. Zgodnie z wytycznymi pracowni Hemodynamiki w Białymstoku przy zgodzie na przyjęcie do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej była dołączana Karta Pacjenta OZW.

Rodzaje dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów w grupie badanej w ZPD Sokółka w 2017r.

W grupie badanej po przyjeździe na miejsce wezwania zespół RM w badaniu przedmiotowym była stwierdzana przewlekła niewydolność krążenia u 19 osób co daje ponad 37,2% osób. Choroby dodatkowe to jest nadczynność/niedoczynność tarczycy, niewydolność nerek, choroby nowotworowe i inne w wywiadzie były stwierdzane u 18 osób w grupie badanej co daje ponad 35,2% ogółu tej grupy. W badaniu przedmiotowym i podmiotowym nadciśnienie tętnicze stwierdzano u 33 osób w grupie badanej co daje 64,7% grupy, cukrzyca w wywiadzie występowała u 7 osób, czyli u 13,7% grupy. Ból w klatce piersiowej jako objaw pierwszorazowy wystąpił u 37 osób w grupie badanej, czyli u 72,5% ogółu grupy, tylko 14 osób nie zgłaszała bólu w klatce piersiowej jako dolegliwość pierwszorazowej. Dokładne wyniki badania przedstawia rycina 6.

W grupie badanej we wszystkie Karty Medycznych Czynności Ratunkowych miały wykonane 12-odprowadzeniowe EKG i pomiary zgodnie z procedurą oraz w wykonanych czynnościach każda z osób miała wykonany dostęp linii żyłnej obwodowej, monitorowane parametry życiowe, u 1 osoby (49-letniego mężczyzny) wykonano stymulację zewnętrzną serca, u 1 osoby (55-letniego mężczyzny) wykonano defibrylację, intubację, odsysanie, respiratoroterapię (skuteczna resuscytacja). Podczas przeprowadzanego badania pacjentom ZRM w badanej grupie podano:

- Polopirynę S -300 mg 1 tabletka doustnie 36 badanych,
- Plavix-75 mg 1 tabletka (Klopidogrel) w łącznej dawce 600mg. doustnie 15 badanych,
- Brylique- 90 mg 1 tabletka w łącznej dawce 180mg. doustnie 6 badanych,
- Heparynę 5000 jednostek dożylnie 30 badanych,
- Morfinę dożylnie w dawce po 2mg. w łącznej dawce do 10mg. 20 badanych,
- Nitromint 0,4mg/dawkę aerozol podjęzykowy 5 badanych,
- Metaclopramidum 10mg. dożylnie 6 badanych,

- Tlenoterapia była wykonana 11 badanym z dusznością z saturacją poniżej 90%



Ryc. 6. Rodzaje dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w grupie badanej w ZPD Sokółka w 2017r.

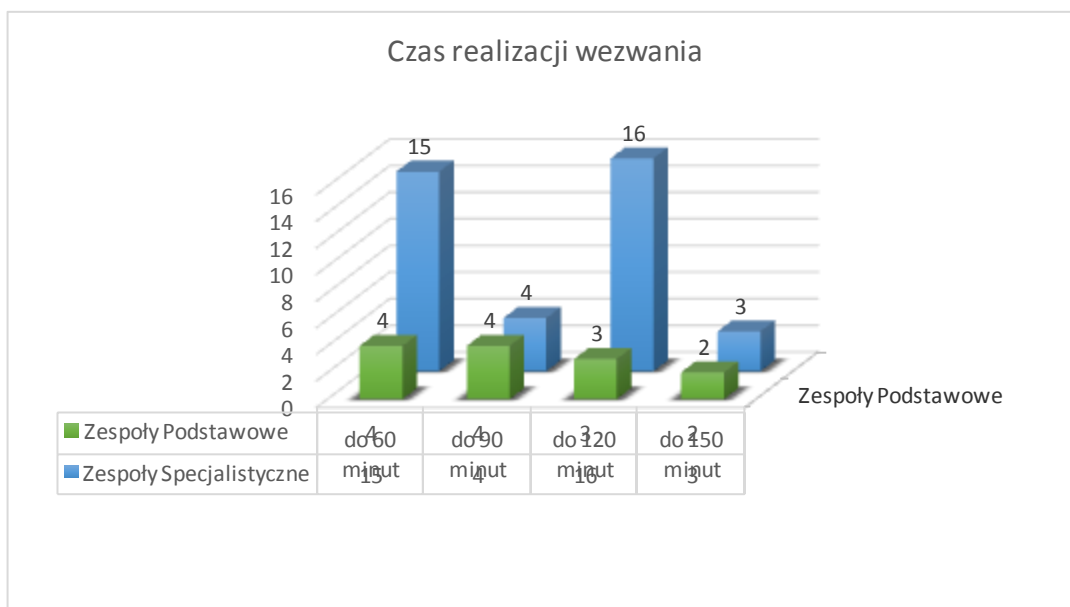
Czas realizacji wezwania od momentu przyjęcia wezwania przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego do przyjęcia pacjenta do szpitala w grupie badanej w ZPD Sokółka w 2017r.

Czas to mięsień sercowy, który obumiera w czasie i który można uratować dla życia, im krótszy czas dotarcia do oddziału dyżurnej hemodynamiki tym większy obszar powrotu krążenia w obszarze niedokrwienia mięśnia sercowego i krótszy okres rekonwalescencji i powrotu do zdrowia. Ma to konkretny wymiar społeczny i finansowy dla każdego z nas.

W grupie badanej czas dotarcia do placówki medycznej rozkłada się w zależności od wyboru środka transportu: kołowy lub powietrzny, odległości do domu pacjenta (czas dojazdu do miejsca zdarzenia) oraz z domu do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej lub najbliższego Oddziału SOR. Najkrótszy czas dotarcia do 60 minut osiągnięto u 19 osób w grupie badanej, co wiąże się z bliską odległością do miejsca dotarcia do osoby z przewiezieniem do najbliższego Oddziału SOR/IP lub przekazanego do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego Ratownika1 (RAT1) stacjonującego w Białymstoku oraz dalszy transport drogą powietrzną do wyznaczonej placówki. Grupa osób która dotarła do hemodynamiki dyżurnej w czasie do 90 minut to 8 osób, w czasie do 120 min to 19 osób. Najdłuższy czas dotarcia do szpitala do 150 min wśród grupy badanej to 5 osób co wiąże się daleką odległością do domu pacjenta i transportem po zabezpieczeniu funkcji życiowych do wyznaczonej placówki (Białystok lub Augustów) transportem naziemnym. Trzeba wziąć pod uwagę też odstępność ZRM zabezpieczającego

dany obszar i konieczność przekierowania zespołu z dalszego miejsca stacjonowania do pacjenta co zwiększa czas realizacji wezwania.

Czas realizacji wezwania od momentu przyjęcia wezwania przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego do przyjęcia pacjenta do szpitala w grupie badanej z uwzględnieniem rodzaju zespołu RM: specjalistyczne, podstawowe przedstawia rysunek 7:



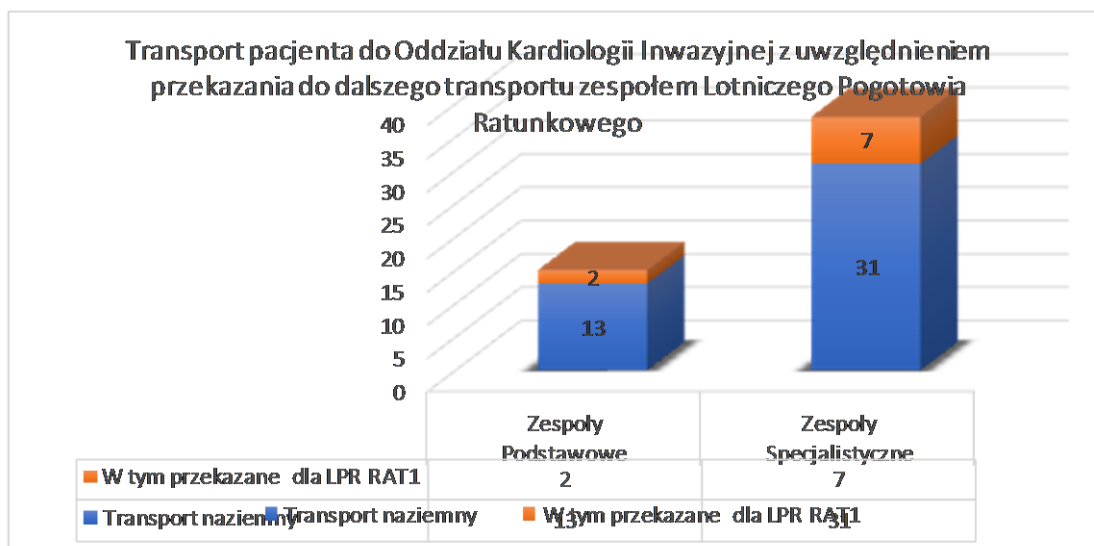
Ryc. 7. Czas realizacji wezwania od momentu przyjęcia wezwania przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego do przyjęcia pacjenta do szpitala w grupie badanej przez ZRM w ZPD Sokółka w 2017r.

Transport pacjenta w systemie Ratownictwa Medycznego naziemnego z uwzględnieniem przekazania do dalszego transportu zespołem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w grupie badanej na terenie powiatu sokólskiego w 2017r.

Transport Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) Ratownikiem 1 stacjonującym w Białymstoku odbył się w grupie badanej dziewięciokrotnie. Dotyczył pacjentów z podejrzeniem rozległej rozwijającej się martwicy w mięśniu sercowym opierają się na wstępnej diagnozie na podstawie 12-odprowadzeniowego badania EKG z współistniejącymi objawami podmiotowymi. Wezwanie RAT 1 wiąże się z powiadomieniem Dyspozytora Medycznego przez kierownika ZRM o potrzebie najkrótszego transportu, kontakcie z przyjmującym wezwanie członkiem zespołu LPR, który przyjmuje bądź odmawia przyjęcia zgłoszenia wezwania. Przy przyjęciu zgłoszenia określany jest czas dolotu i miejsce przejęcia

pacjenta przez zespół LPR. W przypadku osób badanych ośmiokrotnie osoba badana była przekazywana na lądowisku przy SP ZOZ Sokółka i jeden raz w okolicy domu pacjenta. Zespoły podstawowe przekazały badanego dwukrotnie dla RAT1, natomiast zespoły specjalistyczne siedmiokrotnie dla RAT1 w 2017r.

Ilość przekazanych osób dla RAT1 w grupie badanej przedstawia szczegółowo Ryc 8.



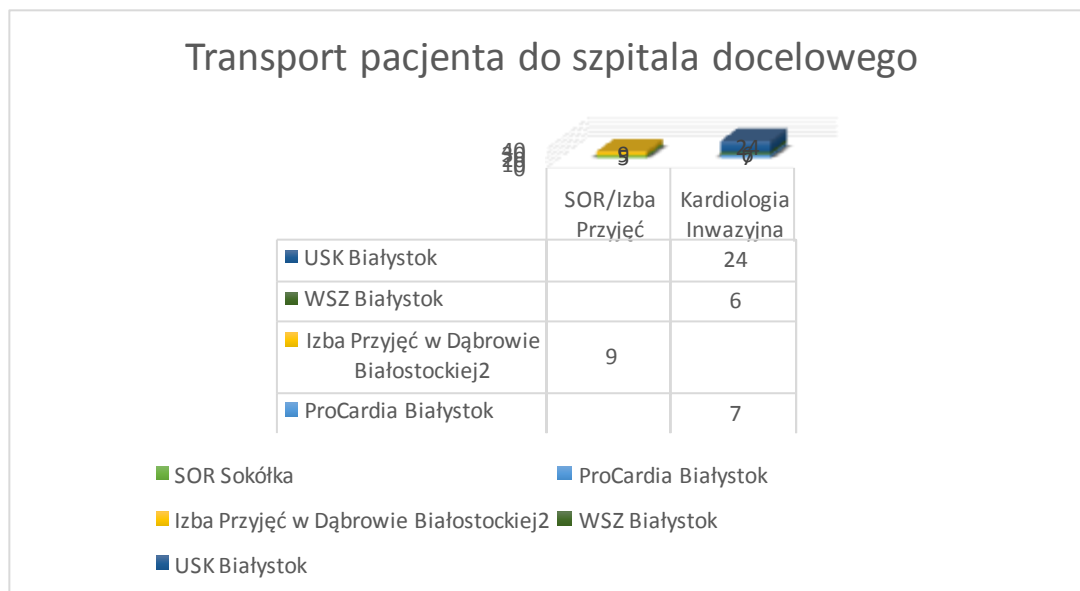
Ryc. 8. Transport pacjenta w systemie Ratownictwa Medycznego naziemnego z uwzględnieniem przekazania do dalszego transportu zespołem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w grupie badanej na terenie powiatu sokólskiego w 2017r

Pacjenci przetransportowani do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć lub Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w ZPD Sokółka spośród osób badanych w 2017r.

W grupie osób badanych osoby z rozpoznaniem ICD 10: I20 dusznica bolesna w rozumieniu niestabilnej dławicy piersiowej, przeworzono osobę badaną do najbliższego SOR w Sokółce- 5 osób przez zespół B0103 lub Izby Przyjęć w Dąbrowie Białostockiej przez zespół B0126- 9 osób celem określenia stężenia troponiny sercowej (cTn) i dalszej obserwacji w trakcie hospitalizacji.

W grupie osób badanych z rozpoznaniem ICD10:I21 zawał mięśnia sercowego zawiera grupę osób z podejrzeniem zawału serca z uniesieniem odcinka ST i zawału serca bez uniesienia odcinka ST. Osoby te były transportowane transportem kołowym lub LPR po kontakcie z dyżurnym lekarzem kardiologiem Oddziału Kardiologii Inwazyjnej do wyznaczonej placówki specjalistycznej z ominięciem najbliższego SOR.

W tej grupie osób w 2017 r do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym leczono 24 badanych, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym leczono 6 badanych, w ProCardii w Augustowie leczono 7 badanych. Powyższe dane przedstawia rycina 9.



Ryc. 9. Pacjenci przetransportowani do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć lub Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w ZPD Sokółka spośród osób badanych w 2017r.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Grupę badaną obejmował zbiór 51 osób którym w 2017r. na terenie powiatu sokólskiego Zespoły Ratownictwa Medycznego udzieliły świadczeń medycznych z powodu Ostrego Zespołu Wieńcowego ICD-10: I20, I21. Według polskich danych opublikowanych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych (PL-ACS) w okresie 10.2010 do 02.2013 w polskich szpitalach było leczonych ok. 150 000 osób z rozpoznaniem OZW, z czego ok. 62 000 z rozpoznaniem niestabilnej choroby wieńcowej (UA), ok. 42 000 z powodu NSTEMI i ok. 47 000 z rozpoznaniem STEMI. Rocznie OZW występuje w Polsce u ponad 160 tysięcy osób, przy czym wyraźnie rośnie grupa pacjentów z OZW bez uniesienia ST (NSTEMI, UA). Mimo ogromnego postępu w leczeniu, zawał serca jest przyczyną zgonu około 20 tys. Polaków rocznie (w ciągu sześciu miesięcy od wystąpienia zawału) a ryzyko zgonu w ciągu roku od wystąpienia zawału jest jednakowe dla STEMI i NSTEMI. Kobiety i mężczyźni odnoszą takie same korzyści ze strategii reperfuzji i leczenia związanego z zawałem

mięśnia sercowego, postępowanie jest podobne u pacjentów obu płci. Choroba niedokrwienna serca (CAD) rozwija się u kobiet średnio 7–10 lat później niż u mężczyzn, pomimo to zawał serca pozostaje wiodącą przyczyną zgonów kobiet. Poniżej 60 roku życia ostry zespół wieńcowy występuje 3–4 razy częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet, ale po osiągnięciu 75 roku życia to kobiety stanowią większość pacjentów. U kobiet częściej występują nietypowe objawy (ból pleców, ramion, brzucha), opisywane nawet u 30% pacjentek, trafiają one więc do szpitali później niż mężczyźni. Trzeba pamiętać o możliwości zawału serca u kobiet, z objawami które potencjalnie wskazują na niedokrwienie, wyższe jest również ryzyko powikłań krwotocznych w związku z zabiegiem PCI oraz gorsze wyniki leczenia które są związane ze starszym wiekiem i częstszym występowaniem chorób współistniejących [9].

W badaniach własnych wyjazd do osób w wieku produkcyjnym stanowiły 35,3% zdarzeń, z tego 2 najmłodszych mężczyzn po 48 lat z rozpoznaniem STEMI w stanie ciężkim przewieziono do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku zaś wiek poprodukcyjny to 64,7% zdarzeń z czego kobiety w wieku po 60 r.ż. to 60% przypadków badanych. Badane w grupie osoby wzywające pomoc RM zgłaszały ból w klatce piersiowej najczęściej, 15 osób jest to około 29,5% grupy, dopiero po upływie 120 min od początku jego wystąpienia, ból trwający 30 min zgłaszały 3 osoby byli to mężczyźni, osoby z zdiagnozowanym zawałem mięśnia sercowego bez objawów bólowych w klatce piersiowej – zasłabnięcie jako powód wezwania to 3 osoby. Wśród osób w grupie ból w klatce piersiowej jako objaw pierwszorazowy wystąpił u 37 osób, czyli u 72,5% grupy, u 14 osób były to bóle nawracające z różną częstotliwością w przeciągu kilku godzin lub dni.

W badaniu przedmiotowym istotne znaczenie ma wywiad w kierunku rodzaju bólu w klatce piersiowej, czasu jego trwania, częstości i pory występowania, jego charakteru [10] oraz choroby współistniejące jak miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, przebyty zawał serca, choroby nerek, cukrzyca, zatorowość płucna, przebyty udar mózgu, zaburzenia elektrolitowe, hipotermia oraz dotychczasowe leczenie. Mogą one wywoływać na nieprawidłowości ST-T i powinny być brane pod uwagę w rozpoznaniu różnicowym. W badaniu podmiotowym zebranie parametrów podstawowych parametrów życiowych (Karta Medycznych Czynności) oraz wykonanie zapisu EKG i jego właściwa interpretacja pozwala odróżnić pacjentów z ostrym bólem w klatce piersiowej trwającym powyżej 20 minut i przetrwałym uniesieniem odcinka ST w EKG świadczącym o ostrym, całkowitym zamknięciu tętnicy wieńcowej a w konsekwencji rozwoju zawału serca (STEMI), u których to podstawą leczenia jest pilna reperfuzja przy pomocy pierwotnej angioplastyki lub leczenia fibrynolitycznego, od pacjentów z ostrym bólem w klatce piersiowej lecz bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI), z utrzymującym

się lub przejściowym obniżeniem odcinka ST, odwróceniem załamków T lub u których zapis EKG może nie odbiegać od normy. Najczęściej występujące choroby współistniejące wpływające na stan zaistniały badanego i zgłaszanych przez niego dolegliwości to: nadciśnienie tętnicze 64,7%, przewlekła niewydolność krążenia 37,2%, cukrzyca 13,7%, u ponad co 3 osoby- 35,2% w grupie występowały choroby dodatkowe min. niewydolność nerek, choroby nowotworowe, nadczynność/niedoczynność tarczycy.

Zgodnie z czwartą rozszerzoną definicją zawału serca ESC/PTC z 2018r. kryteria EKG w odpowiedniej sytuacji klinicznej uważa się za wskazujące na trwające ostre zamknięcie tętnicy wieńcowej uniesienie odcinka ST mierzone w punkcie J, w następujących przypadkach: dwa lub więcej sąsiednie odprowadzenia z uniesieniem odcinka ST o 2,5 mm (0,25 mV) i powyżej- u mężczyzn w wieku poniżej 40 lat, 2 mm (0,2 mV) i powyżej- u mężczyzn w wieku 40 lat i powyżej lub 1,5 mm (0,15 mV) i powyżej- u kobiet w odprowadzeniach V2–V3 oraz i lub 1 mm (0,1 mV) i powyżej w pozostałych odprowadzeniach - jeżeli nie występuje przerost lewej komory ani blok lewej odnogi pęczka Hisa. U pacjentów z zawałem ściany dolnej zaleca się rejestrację zapisu z prawokomorowych odprowadzeń przedsercowych (V3R i V4R) w poszukiwaniu uniesienia ST w celu wykrycia towarzyszącego zawału prawej komory. Obniżenie odcinka ST w odprowadzeniach V1–V3 sugeruje niedokrwienie mięśnia sercowego, zwłaszcza jeżeli końcowy fragment załamka T jest dodatni (ekwiwalent uniesienia odcinka ST), i należy rozważyć potwierdzenie poprzez wykazanie towarzyszącego uniesienia odcinka ST o 0,5 mm (0,05 mV) lub powyżej w odprowadzeniach V7–V9 w celu wykrycia zawału ściany tylnej. Zmiana w wytycznych wykonywania i interpretacji zapisu EKG wprowadza obowiązek rejestracji zapisu dodatkowych odprowadzeń przedsercowych biorąc pod uwagę wiek pacjenta wspomagając się tym w poszukiwaniu umiejscowienia i rozległości miejsca martwicy mięśnia sercowego.

Uniesienie załamka ST w EKG w grupie badanej zdiagnozowano u 37 osób- 72,5% w badanej grupie, natomiast u 14 osób nie stwierdzono uniesienia ST w EKG.

Według obowiązujących wytycznych ESC 2017 czas do udrożnienia tętnicy do zawałowej nie powinien przekraczać 120 minut, licząc od pierwszego kontaktu z personelem medycznym (FMC), a nawet być poniżej 90 minut (przejście przewodnikiem przez zmianę podczas PCI), gdy FMC ma miejsce przed upływem 2 godzin od początku dolegliwości lub zapis EKG wskazuje najprawdopodobniej duży obszar zawału. Każde dodatkowe 30 minut opóźnienia w leczeniu inwazyjnym przekłada się bezpośrednio na zwiększenie względnej śmiertelności rocznej o 7,5%. Jeśli nie ma uniesienia odcinka ST to strategia pierwotnej PCI jest wskazana u pacjentów z podejrzeniem utrzymujących się objawów niedokrwienia sugerujących

zawał serca u których jest spełniony jeden lub więcej z następujących kryteriów: niestabilność hemodynamiczna lub wstrząs kardiogeny; nawracający lub utrzymujący się ból w klatce piersiowej oporny na leczenie zachowawcze; zagrażające życiu zaburzenia rytmu serca lub zatrzymanie krążenia; mechaniczne powikłania zawału serca; ostra niewydolność serca; nawracające dynamiczne zmiany odcinka ST lub załamka T, zwłaszcza z przemijającym uniesieniem odcinka ST. U pacjentów, u których czas od początku objawów wynosi powyżej 12 h, strategia pierwotnej PCI jest wskazana w przypadku utrzymujących się objawów sugerujących niedokrwienie, niestabilności hemodynamicznej lub zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca. Rutynową strategię pierwotnej PCI można rozważać u pacjentów ocenianych późno to jest po 12–48 godzin od początku objawów. Jeżeli powyższe wytyczne nie zostały spełnione wówczas badany był przewożony do najbliższego SOR/IP celem pogłębienia diagnostyki w kierunku oznaczenia troponiny w surowicy krwi. W zależności od czułości testów posiadanych przez SPZOZ oczekiwanie na wynik badania trwa od godziny do sześciu godzin [11].

W badaniach własnych, badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz wykonanie i interpretacja zapisu EKG w badanej grupie 51 osób pozwoliła postawić rozpoznanie ICD: I20 u 14 osób u których nie stwierdzono istotnego uniesienia w EKG świadczącego o procesie martwicy w mięśniu sercowym, natomiast rozpoznanie ICD 10: I21 u 37 osób to rozpoznany zawał mięśnia sercowego ze zmianami w EKG.

Lek fibrynolityczny po uwzględnieniu przeciwwskazań był podawany 21 badanym po kontakcie z lekarzem kardiologii inwazyjnej w przypadku Zespołów Podstawowych oraz na zlecenie lekarza Zespołu Specjalistycznego (ratunkowa PCI). Czas od rozpoznania STEMI w EKG do podania bolusa wlewu leku fibrynolitycznego u badanych, u których nie można było wykonać pierwotnej PCI, była wykonana w czasie do 10 minut i było to zgodne z wytycznymi ESC 2017. Terapia fibrynolityczna była zastosowana zgodnie z procedurą, Brylique (przeciwwskazany u pacjentów po wcześniejszym udarze mózgu i/lub incydencie przemijającego niedokrwienia OUN i zasadniczo nie zaleca się jego zastosowania u pacjentów w wieku powyżej 75 lat oraz u pacjentów z mniejszą masą ciała (< 60 kg) podano 6 razy, Plavix (klopidogrel) był podawany 15 badanym. Leczenie przeciwkrzepliwe heparyną niefrakcjonowaną było zastosowane u 30 badanych z 37 osobowej grupy badanej z rozpoznaniem ICD: I21. Tlenoterapia była wdrażana badanym z hipoksją z saturacją <90% jedenastu osobom, leki opioidowe przeciwbólowe były podane 20 osobom w dawkach frakcjonowanych najczęściej od 4 do 6 mg. dla badanego w razie bólu. Polopiryna S podawana

była 36 osobom badanym łącznie z lekami przeciwkrzepliwymi co jest zgodne z zaleceniami ESC 2017.

Według wytycznych ESC dotyczących postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku pacjenci jak najszybciej po podaniu bolusa leku fibrynolitycznego pacjenci powinni być transportowani do ośrodka wykonującego PCI. W ratunkowej PCI czas przejścia przewodnikiem przez zmianę jest określony od 2 do – 12 godzin od pierwszego postawienia rozpoznania STEMI a kwalifikacja do zabiegu PCI jest w przypadku niepowodzenia fibrynolizy(tj. normalizacja lub redukcja uniesienia odcinka ST poniżej 50% w ciągu 60–90 min od podania leku fibrynolitycznego) oraz niestabilności hemodynamicznej lub elektrycznej, nasilającego się niedokrwienia bądź utrzymującego się bólu w klatce piersiowej natomiast po skutecznej fibrynolizie wskazana jest strategia rutynowej wczesnej PCI (najlepiej po 2–24 h od fibrynolizy). Od momentu przyjęcia wezwania przez Centrum Powiadamiania Ratunkowego do przyjęcia pacjenta do szpitala w grupie badanej upływało od 60 minut do 150 minut. Największą grupę o czasie realizacji wezwania, bo u 19 osób, to 120 minut łącznie z przekazaniem badanego w oddziale docelowym, co przy odległości średniej 50 km do szpitala referencyjnego z 5 gmin powiatu sokólskiego (Sokółka, Szudziałowo, Krynki, Janów, Korycin) i dalej (gm. Suchowola, Dąbrowa Białostocka, Nowy Dwór, Sidra - docelowo szpital ProCardia w Augustowie od 8 do 16 po tym czasie szpitale dyżurne w Białymstoku) świadczy o szybkim tempie pracy i postępowania z badanym – dojazd, badanie podmiotowe i przedmiotowe z EKG, ocena stanu chorego - rozpoznanie i podanie leków, kontakt teleinformatyczny z dyżurną Kardiologią Inwazyjną, decyzja o miejscu docelowego transportu chorego oraz sam transport. Najszybszy czas postępowania zbadanym 60 minut u 19 z osób badanych, przy czym 14 przekazano z rozpoznaniem ICD: I20 NSTEMI/UA do najbliższego szpitala od miejsca wezwania w powiecie Sokółka: SOR w Sokółce 4 badanych, IP w Dąbrowie Białostockiej 10 badanych, a osób 5 z badanych z rozpoznaniem ICD10: I21 STEMI zostało zakwalifikowanych do zabiegu ratunkowej PCI i trafiło do szpitala w najbardziej optymalnym czasie.

Czynniki jakie mogą opóźnić leczenie można podzielić na czynniki zależne od pacjenta/ badanego i czynniki zależne od systemu opieki medycznej.

Do opóźnienia zależnego od osoby potrzebującej pomocy medycznej jest czas, w którym zostanie wykonany telefon na numer alarmowy i wezwany ZRM od momentu wystąpienia pierwszych objawów bólowych w klatce piersiowej.

Czynniki zależne od systemu opieki medycznej możemy podzielić na te na które możemy wpłynąć poprzez organizację systemową opieki nad pacjentem z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego i czynniki niezależne od organizacji.

Do czynników niezależnych możemy zaliczyć porę roku i wpływ pogody na szybkość dotarcia do miejsca wezwania oraz z miejsca wezwania do ośrodka specjalistycznego, natężenie ruchu uliczno-drogowego, w szczególności drogi o ruchu tranzytowym międzynarodowym tj. Droga Krajowa nr 19 oraz kulturę kierowców mijanych na drodze.

Do czynników zależnych od organizacji systemu opieki medycznej możemy wyróżnić opóźnienie związane z Systemem Ratownictwa Medycznego (EMC) w tym pierwszy kontakt z członkami ZRM oraz zależne od systemu opieki medycznej wysokospecjalistycznej. Do czynników zależnych od EMC jest sama organizacja systemu PRM w Polsce a w szczególności w województwie podlaskim oraz powiecie sokólskim poprzez wykonanie aktów prawnych będących w gestii Wojewody Podlaskiego [12] oraz jej wdrożenie w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku. Pierwszy kontakt z dyspozytorem medycznym przy zebraniu wywiadu medycznego i ustaleniu kodu pilności przy kodzie 1 to maksymalnie 1 minuta i przekazania do realizacji dla ZRM – 1 min [13].

Czas wyjazdu ZRM w kodzie 1 od momentu przekazania wezwania to 1 minuta, a mediana czasu dotarcia w skali miesiąca w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców nie większa niż 8 minut w mieście i 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców. W badaniach GUS 2014r. mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie podlaskim wynosiła w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców- 6,04 minuty a poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców - 14,09 minuty. Czasy dojazdu do pacjenta w grupie badanej nie przekroczyły wyznaczonych przez wymogi ustawowe i w taki sposób by wpłynąć na postępowanie z badanym.

W badaniach własnych w ZPD Sokółka w 2017r. opóźnienie związane z odczytaniem i interpretacją zapisu EKG w Zespołach Specjalistycznych przez lekarza systemu nie wystąpiło natomiast w Zespołach Podstawowych przez pielęgniarkę systemu lub/i ratownika było także zgodne z wymogami. Odnotowane pomiary uzyskane w badaniu podmiotowymi i przedmiotowym w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych uszczegółowione Kartą OZW (dane w kierunku przebytego krwawienia, udaru, zabiegu PCI, podjętego przez badanego leczenia) umożliwiało postawienie trafnego rozpoznania co do lokalizacji miejsca niedokrwienia/martwicy tętnicy do zawałowej, zatem jego rozległości także prawdopodobnych powikłań co daje możliwość wdrożenia właściwego postępowania i leczenia w zależności od indywidualnego stanu psychofizycznego osoby badanej. Badanym kontynuowano

monitorowanie funkcji życiowych do momentu przekazania do placówki specjalistycznej lub LPR zgodnie z zalecaniami dotyczącymi rozpoznania OZW przez ESC 2015. Wyposażenie ZRM w ZPD Sokółka w sprzęt CORPULS umożliwiało wykonanie EKG, monitorowanie funkcji życiowych wizualne i graficzne na żywo (lub w danym okresie czasu) oraz natychmiastowe użycie defibrylatora, wykonanie kardiowersji lub ciągłej stymulacji serca, do momentu przybycia do miejsca docelowego, przy użyciu elektrod COMBO zgodne z wymogami NFZ oraz wytycznymi PTK/ESC. Dodatkowym wsparciem dla ZPR była możliwość wdrożenia szybkiej ścieżki dla badanego i wykonanie teletransmisji EKG do dyżurnego Oddziału Kardiologii Inwazyjnej, kwalifikacja pacjenta do zabiegu PCI lub zalecenie przewiezienia do najbliższego SOR/IP przez lekarza specjalistę kardiologa.

Najdłuższy czas na miejscu wezwania, przy podjęciu decyzji o odcelowym miejscu przewiezienia chorego były próby kontaktu z lekarzem dyżurnym Kardiologii Inwazyjnej, po 2-krotnej nieudanej próbie wykonania transmisji (skrócenie czasu oczekiwania badanego na przewiezienie do placówki z możliwością wykonania PCI- wytyczne wewnętrzne WSPR) decyzja zapadała na podstawie cech ewolucji załamka ST oraz wywiadu chorobowego u osoby badanej za zgodą telefoniczną lekarza Kardiologii Inwazyjnej w przypadku Zespołów Podstawowych oraz w przypadku Zespołów Specjalistycznych powiadomienie telefoniczne Oddziału Kardiologii Inwazyjnej/SOR szpitala dyżurnego. Zatrudniony personel medyczny w ZPD Sokółka ma wieloletnie doświadczenie zawodowe - średnia 15 lat pracy w systemie PRM oraz wymagane szkolenia zgodne z wytycznymi Ustawy z 2016r. [14]. Miało to zdecydowany wpływ na postawienie trafnej diagnozy i określenie dalszego docelowego miejsca transportu osoby badanej oraz użycia środków do jego realizacji – kontakt z lekarzem hemodynamiki, kwalifikacja pacjenta do leczenia PCI, najszybszy i bezpieczny możliwy transport. Czas realizacji wezwania w ZPD Sokółka w badanej grupie osób był stosunkowo długi ze względu na pokonywane odległości z miejsca wezwania do momentu przekazania pacjenta do oddziału specjalistycznego. Ulegał on znacznemu skróceniu przy przekazaniu do transportu badanego dla LPR – średni czas dolotu do szpitala specjalistycznego z miejsca wezwania po starcie to ok. 20 minut – 24 osoby przekazane do USK w Białymstoku z lądowiskiem na budynku szpitala z czego 9 LPR. Średni czas transportu kołowego z odległych miejsc zamieszkania w powiecie sokólskim to 40 – 60 minut (i więcej).

Postępowanie na miejscu zdarzenia ZRM w ZPD Sokółka było zgodne z wyznaczonymi standardami przez ESC oraz ze strony narodowych towarzystw kardiologicznych wchodzących w skład ESC z 2015r., wszystkim badanym wykonano 12-odprowadzeniowy zapis EKG

w ciągu przewidzianego przez wytyczne czasu 10 minut od przybycia na miejsce zdarzenia. Możliwość kontaktu i teletransmisji zapisu EKG skraca czas oczekiwania na zabieg PCI i przejście przewodnikiem przez zmianę (reperfuzja) oraz eliminuje oczekiwanie na SOR, to bezpośredni transport do Oddziału Kardiologii przez EMS. Rozmieszczenie Oddziałów Kardiologii Inwazyjnej w Białymstoku (system 24/7) i Augustowie w 2017 r. (8 – 16) pozwalały na dotarcie badanego z powiatu sokólskiego, po postawieniu rozpoznania STEMI przez EMS z miejsca wezwania w czasie mniejszym niż 120 minut od pierwszego kontaktu z personelem medycznym u 46 osób, u 5 osób w grupie badanej wyniosło powyżej 150 minut biorąc pod uwagę warunki pogodowe, drogowe i sprawny sprzęt. Szybszy czas dotarcia do szpitala umożliwia współpraca między ZRM a LPR. Ratownikowi 1, LPR w Białymstoku, był wzywany na pomoc dla ZRM w ZPD Sokółka od osób z rozpoznaniem STEMI ICD10: I21 dziewięciokrotnie z czego Zespoły Specjalistyczne przekazywały pacjenta siedmiokrotnie a Zespoły Podstawowe dwukrotnie. Pozwala to na oszczędność czasu dla pacjenta i wcześniejsze wdrożenie leczenia PCI w zależności do odległości od miejsca wezwania do placówki medycznej. Czas pracy RAT1 w 2017r do chwili obecnej trwa od godziny 7 do 20 i skracał czas do PCI dla badanych z gmin Suchowola, Dąbrowa Białostocka, Nowy Dwór, Sidra z miejsca wezwania do szpitala do 20 minut od momentu startu powrotnego śmigłowca ratunkowego. W podobnym czasie trwało oczekiwanie na przyjazd RAT 1 i jest to czas na wdrożenie leczenia u badanego i wypełnienie dokumentacji koniecznej przy przekazaniu pacjenta załodze RAT. Po wyznaczonych godzinach pracy RAT 1 nie było możliwości dostępu do transportu badanego drogą powietrzną, tylko drogą naziemną.

Opóźnienie związane z współpracą personelu podległego placówce specjalistycznej oraz dostępnością sprawnego sprzętu specjalistycznego w 2017r. jako czynnik wystąpiło w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku czasowe ograniczenie dostępności zabiegów PCI, pacjenci byli przekazywani do USK w Białymstoku.

Czas realizacji wezwania od momentu przyjęcia wezwania przez Dyspozytora Medycznego do przyjęcia do szpitala wysokospecjalistycznego do 90 minut był zarejestrowany u 27 osób w grupie badanej, do 120 minut u 19 osób i powyżej u 5 osób. Jeżeli nałożyć się długi czas do momentu podjęcia decyzji o wezwaniu pomocy RM (ból w klatce piersiowej trwający do 120 min u 26 badanych, powyżej 120 minut u 22 badanych) to czas do wdrożenia leczenia PCI wydłuża się od 6 do 9 godzin. Czynnik długości czasu dojazdu jest poddawany korekcie poprzez wdrożenie zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego i globalnego systemu pozycjonowania GPS dającego dokładne położenie miejsca wezwania. Systematycznie średnio

co 5 do 8 lat wymieniane są pojazdy ZRM w Sokółce co daje lepszy komfort pracy oraz bezpieczeństwo pacjenta (eliminuje zawodność sprzętu). Poddawana jest też ocenie jakość organizacji w systemie ISO 9001:2015 w WSPR w Białymstoku. Od 2017 r. wdrażany jest System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) dający możliwość docelowo na teleinformatyczną transmisję bieżących parametrów fizjologicznych pacjenta np. EKG z ZRM do szpitala docelowego i odczytanie przez lekarza specjalistę. Wraz z rozwojem technik inwazyjnych w kardiologii oraz otwieraniem nowych Oddziałów Kardiologii Inwazyjnej np.: w szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku w 2018r. skraca się okres oczekiwania na zabieg PCI w oddziale szpitalnym.

Widoczny jest niski stosunkowo poziom zachorowalności w powiecie sokólskim w 2017r do zachorowalności w 3-letnim okresie badanym w województwie podlaskim. Pomimo trzykrotnie większej liczby mieszkańców woj. wielkopolskiego do podlaskiego oraz liczby zachorowalności kobiet wynosi 1,6, a mężczyzn 1,46 na niekorzyść woj. podlaskiego co może wskazywać na niewystarczający poziom świadomości mieszkańców co do potrzeby szukania szeroko rozumianej pomocy medycznej w przypadku bólu w klatce piersiowej oraz dalszej diagnostyki i leczenia.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Rozwój kardiologii interwencyjnej w okresie ostatnich 15 lat w województwie podlaskim przez stworzenie sieci szpitali z leczeniem przez całą dobę siedem dni w tygodniu pozwolił na powszechny dostęp do leczenia reperfuzyjnego metodą PCI bez opóźnień.
2. Zachowane zostały procedury czasu podjęcia decyzji o wdrożeniu szybkiej ścieżki leczenia reperfuzyjnego (badanie przedmiotowe i podmiotowe, wykonanie EKG- 10 min, rozpoznanie STEMI i kontakt z lekarzem Kardiologii Inwazyjnej, kwalifikacja pacjenta do zabiegu- 10 minut oraz najszybszy możliwy bezpośredni transport do wskazanego Oddziału Kardiologii Inwazyjnej)
3. Zespoły Ratownictwa Medycznego w powiecie sokólskim transportowały osoby w grupie badanej z rozpoznaniem zawału serca ICD 10: I21z pominięciem ośrodków nie wykonujących PCI bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej bez zbędnej zwłoki na Oddziale SOR/IP w szpitalu z Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej.

4. Zespoły Ratownictwa Medycznego w powiecie sokólskim były odpowiednio wyszkolone i wyposażone w celu wykrywania STEMI za pomocą rejestratorów EKG oraz telementrii stosowania początkowego leczenia, w tym fibrynolizy.
5. Preferowaną metodą leczenia zawału serca ICD 10: I21 w grupie badanej było stosowanie ratunkowej PCI (po podaniu leku fibrynolitycznego), w drugiej kolejności była stosowana pierwotna PCI.
6. Czas realizacji wezwania w grupie badanej nie wskazywał na zaistnienie opóźnień z przyczyn zależnych od wdrażanego postępowania przez ZRM w ZPD Sokółka.
7. Głównym czynnikiem wpływającym na czas realizacji wezwania a przez to dostępność do zabiegu pierwotnej PCI była odległość a przez to upływ czasu pomiędzy miejscem wezwania a odległością do szpitala z Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej.
8. Do ważnych czynników zależnych od organizacji PRM jest dostępność RAT 1 tylko w godzinach 7- 20 i przez ograniczenie możliwości szybkiego transportu z dalszych odległości w części gmin powiatu sokólskiego.
9. Najczęściej wybieranym szpitalem z możliwością ratunkowej PCI w systemie 24/7 był szpital USK w Białymstoku, szpital WSZ im. J Śniadeckiego był szpitalem czasowo wyłączonym z pracy Oddziałem Kardiologii Inwazyjnej. Godziny pracy ProCardii powodowały konieczność transportu badanych do szpitala w Białymstoku w dłuższym czasie tj. od godz. 16 do 8 rano następnego dnia.
10. Do czynników mogących wpłynąć na opóźnienie realizacji Zlecenia Wyjazdu, a przez to opóźnić wczesne leczenie OZW STEMI w fazie przedszpitalnej, niezależnych od RM, była dostępność najbliższego ZRM/LPR w momencie wpłynięcia wezwania i konieczność dysponowania ZRM o dłuższym czasie dojazdu do miejsca wezwania, warunki pogodowe panujące na drogach w powiecie sokólskim w danym czasie oraz stan nawierzchni dróg.
11. Osoby w grupie badanej z rozpoznaniem ICD 10: I20 były transportowane do najbliższego oddziału SOR/IP w powiecie sokólskim.
12. Opóźniony czas podjęcia decyzji o wezwaniu pomocy ZRM w grupie osób badanych przez bagatelizowanie dolegliwości i odraczanie czasu wezwania pomocy ZRM wskazuje na brak dostatecznej wiedzy na temat chorób układu sercowo-naczyniowych i ich najgroźniejszemu powikłaniu – zgonu z powodu zawału serca i konieczność organizowania szeroko zakrojonej kampanii informacyjnej wśród społeczności lokalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J.: GUS, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa 2015, 1-22
2. Płaczekiewicz D., Raczekiewicz S., Kleinrok A.: Postępowanie przedszpitalne w ostrych zespołach wieńcowych, Kardiologia po Dyplomie 2010, 9, 59-52
3. Gaszyński W.: Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008, 17 - 25.
4. Pietraszek N., Możeńska O., Bil J.: Inwazyjna ocena mikrokrazenia wieńcowego u pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST, Kardiologia Inwazyjna 2017, 4, 18-22
5. Budaj A.: Choroba niedokrwienności serca, Interna Szczeklika 2018, 168-224
6. Mielczarek - Babiak A.: Wiedza o ratowaniu ludzi, Magazyn Pielęgniarki Położnej, 2006, 7 - 8, 20.
7. Plantz S., Adler J.: Medycyna ratunkowa, Urban & Partner, Wrocław 2008.
8. Urząd Statystyczny w Białymstoku „Statystyczne Vademecum Samorządowca” Województwo Podlaskie, Powiat Sokółka, 2018
9. Madej T.: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne-algorytm postępowania w zatrzymaniu krążenia u dorosłych [w:] Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne pod red. Gucwa J., Madej T., Ostrowski M. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2017, 93-99.
10. Żurke M.: Opieka nad pacjentem w stanie zagrożenia życia na oddziale intensywnej terapii, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2015, 7/8, 11-12.
11. Kokot F. (red.): Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 75-146.
12. Ustawa z 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego. (DzU 2013 poz. 1635).
13. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU z 2013 poz. 757)
14. MAC, Ustawa o systemie powiadomienia ratunkowego przyjęta przez parlament, <https://mac.gov.pl>, dostęp online 03.2016 r.

MODYFIKACJA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTA ZE ZDIAGNOZOWANĄ CHOROBA WIEŃCOWĄ SERCA W OPARCIU O OPIS PRZYPADKU

Kludia Sikorska¹, 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

Jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Europie jest choroba wieńcowa. Zespół ekspertów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *European Society of Cardiology* -ESC)) definiuje stabilną chorobę wieńcową, jako zespół objawów klinicznych, który charakteryzuje się obecnością dyskomfortu w obrębie żuchwy, klatki piersiowej, pleców, barku lub kończyn górnych będących następstwem wysiłku fizycznego lub stresu emocjonalnego, ustępujących po zażyciu nitrogliceryny lub odpoczynku. Choroba wieńcowa w krajach wysoko uprzemysłowionych jest wiodącym czynnikiem ryzyka zgonu [1,2,3].

Chorobą wieńcową nazywamy zespół objawów klinicznych, które są spowodowane niewystarczającą podażą substratów energetycznych i tlenu w stosunku do zapotrzebowania mięśnia sercowego [4,5].

Choroba wieńcowa jest patologią zależną od miażdżycy, która prowadzi do zwężenia naczyń wieńcowych oraz upośledzenia przepływu wieńcowego, co prowadzi do zmniejszenia ilości tlenu docierającego do danego obszaru mięśnia sercowego. Manifestacją kliniczną niedokrwienia spowodowanego niedostateczną podażą tlenu w stosunku do zapotrzebowania miokardium jest ból dławicowy [6]. Miażdżycą tętnic wieńcowych, odpowiedzialna za ponad 80 % przypadków choroby wieńcowej, rozpoczyna się zazwyczaj w pierwszej dekadzie życia. Po okresie utajonym jest przyczyną występowania objawów klinicznych, które manifestują się w sposób przewlekły, – jako stabilna dławica piersiowa (ang. *angina pectoris*), lub ostry – tak zwany ostry zespół wieńcowy [4].

Epidemiologia choroby wieńcowej

Najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów w Polsce są choroby układu sercowo naczyniowego, odpowiadają one za około 45 % wszystkich zgonów. Jak wynika z danych epidemiologicznych umieralność z powodu choroby wieńcowej (ang. ischaemic heart disease, IHD) zmniejsza się na całym świecie, jak również w Polsce [10]. Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. *American Heart Association*, AHA) opisuje wyraźną tendencję spadkową śmiertelności, spowodowanej chorobą wieńcową u mężczyzn w ostatnich latach, natomiast wśród kobiet odnotowuje się gorsze wyniki leczenia, co skutkuje, że śmiertelność kobiet chorujących na chorobę wieńcową jest wyższa niż śmiertelność mężczyzn [7-10].

Częstość choroby wieńcowej narasta z wiekiem, występuje ona u około 15 % kobiet oraz u około 20 % mężczyzn powyżej 70. roku życia. Rocznie na 1000 mieszkańców zdiagnozowanych zostaje 5 nowych zachorowań, zaś wskaźnik umieralności w ciągu roku wynosi 0,9 – 1,0% [2].

Czynniki ryzyka zachorowania na chorobę wieńcową

Z licznych badań klinicznych wynika, że leczenie pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową powinno być rozpoczęte od modyfikacji czynników ryzyka [4,11].

Na podstawie literatury czynniki ryzyka można podzielić na czynniki ryzyka modyfikowalne, niemodyfikowalne, czynniki niekorzystnego trybu życia – Wśród czynników modyfikowalnych można wyróżnić tzw. choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, dyslipidemia, zespół metaboliczny, markery procesu zapalnego, homocysteina, czynniki prozakrzepowe. Z kolei drugą grupę stanowią czynniki niemodyfikowalne takie jak: płeć, wiek, obciążenie genetyczne. Trzecią grupę stanowią czynniki ryzyka związane z niekorzystnym stylem życia np. dieta, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu [8,12,13].

Palenie tytoniu można opisać, jako jeden z największych czynników ryzyka powstania choroby wieńcowej. Pacjenci powinni być edukowani o szkodliwości palenia tytoniu pod każdą postacią, w tym również palenia w sposób bierny. Literatura podaje, że najskuteczniejszym środkiem prewencyjnym, wiążącym się ze zmniejszeniem umieralności jest zaprzestanie palenia [14,15,16].

Choroby współistniejące mają bardzo duży wpływ na przebieg choroby wieńcowej. insulinooporność, upośledzona tolerancja glukozy, a także hiperinsulinomia związane z cukrzycą w dużym stopniu sprzyjają powstawaniu miażdżycy, która jest jedną z głównych

przyczyn powstawania choroby wieńcowej. Kobiety z cukrzycą wykazują o 50% większe ryzyko zgonu niż mężczyźni [8].

Etiologia choroby wieńcowej

Choroba wieńcowa to patologia układu krążenia zależna od miażdżycy, która prowadzi do zwężenia naczyń wieńcowych oraz upośledza przepływ wieńcowy. Skutkuje to zmniejszeniem ilości tlenu dostarczanego do określonego obszaru mięśnia sercowego [6]. Niedokrwienie, którego manifestacja kliniczna to ból dławicowy, jest spowodowane niewystarczającą podażą tlenu w stosunku do zapotrzebowania miokardium [4,6].

Przyczyną powstawania niedokrwienia może być zwężenie tętnicy wieńcowej spowodowane miażdżycą, zaburzeniem czynności tętnic, oraz zakłóceniem metabolizmu miokardium [4].

Miażdżycą, czyli przewlekły stan zapalny powodujący chorobę wieńcową jest spowodowana nieprawidłowością związaną ze ścianą naczynia, chemokinami oraz komórkami zapalnymi [1]. Pojawiające się niedotlenienie, homocysteina, wolne rodniki, lipoproteiny o małej gęstości (ang. low density lipoproteins, LDL), zwiększona siła tarcia i glikowane białka w nadciśnieniu tętniczym są powodem długotrwałego procesu zapalno – immunologicznego, który uszkadza komórki śródbłonna prowadząc do zmian miażdżycowych [6].

Istnieją dwa rodzaje zmian miażdżycowych – blaszka ekscentryczna, która uszkadza śródbłonek miejscowo oraz zwęża światło naczynia niesymetrycznie. A także drugi rodzaj zmian – blaszka koncentryczna – która zwęża światło naczynia ze wszystkich stron symetrycznie oraz powoduje rozlane uszkodzenia śródbłonna. Ekscentryczne zwężenie tętnic wieńcowych spotykane jest w naczyniach o dużym przekroju przy ich rozgałęzieniach, zaś koncentryczne zwężenie - w tętnicach, u pacjentów po zabiegach rewaskularyzacyjnych, u pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym [6].

Charakterystyka bólu dławicowego

Klasyczny opis dławicy piersiowej został opisany przez Williama Heberdena w 1772 r. Zdaniem autora ból w klatce piersiowej wywołany jest wysiłkiem fizycznym. Nasilenie bólu występuje w trakcie wysiłku - ustępuje po jego zaprzestaniu. Klasyfikacja bólów w klatce piersiowej obejmuje 3 kategorie, są to: bóle wieńcowe pewne, prawdopodobne oraz niespecyficzne dla choroby wieńcowej. Podobny podział bólu dławicowego został zaproponowany przez Diamonda i Forrestera i obejmuje - typowy ból dławicowy, nietypowy ból dławicowy oraz niewieńcowy ból w klatce piersiowej [6].

Na podstawie literatury można wyróżnić następujące cechy bólu dławicowego [6]:

- lokalizacja – ból zlokalizowany jest zazwyczaj za mostkiem, w przedniej ścianie klatki piersiowej, lub minimalnie przemieszczony w kierunku gardła, ku górze. Istnieje również możliwość, iż ból może być przesunięty odrobinę w lewo lub ku dołowi – w stronę nadbrzusza czy dołka podsercowego.
- związany jest z wysiłkiem – istnieje wyraźna zależność od wysiłku fizycznego, ból narasta podczas wysiłku, zazwyczaj ustępuje po zaprzestaniu aktywności, lecz może utrzymywać się na tym samym poziomie lub narastać.
- jeżeli ból utrzymuje się powyżej 1 min po wysiłku, należy podać jednorazowo azotan podjęzykowo. Jeśli po interwencyjnym podaniu azotanu ból ustąpił prawdopodobnie oznacza chorobę wieńcową [6].

Istnieje również klasyfikacja Canadian Cardiovascular Society (CCS), która służy do oceny ciężkości dławicy [2,14,17].

Diagnostyka choroby wieńcowej

Do oceny niedokrwienia mięśnia sercowego i anatomii tętnic wieńcowych można wykorzystać inwazyjne i nieinwazyjne metody diagnostyczne [18].

Najbardziej powszechnym nieinwazyjnym badaniem obciążeniowym, które wykorzystywane jest w diagnostyce choroby wieńcowej jest elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Charakteryzuje się niską czułością (ok. 50%) przy dużej swoistości (ok. 90%), dlatego w populacjach o wysokim ryzyku występowania choroby wieńcowej nie jest zalecane wykonywanie samego testu wysiłkowego w celach diagnostycznych. Jest badaniem powszechnie dostępnym, dlatego można je wykonywać w populacjach z niższym pośrednim ryzykiem oraz prawidłowym spoczynkowym zapisem EKG. Na podstawie czasu trwania wykonywanego wysiłku w minutach, stopnia nasilenia objawów oraz zmian odcinka ST możemy oszacować rokowanie, które mierzone jest tako roczna umieralność z przyczyn sercowo – naczyniowych [18,19].

Próba wysiłkowa może służyć do oceny efektów rewaskularyzacji, skuteczności leczenia zachowawczego oraz jako źródło informacji potrzebnych do zaplanowania treningu wysiłkowego [14,20].

Do inwazyjnych metod diagnostyki choroby wieńcowej należy koronarografia. Koronarografia, mimo rozwoju coraz nowszych nieinwazyjnych technik diagnostycznych takich jak np. komputerowa koronarografia odgrywa kluczową rolę w diagnozowaniu choroby niedokrwiennej serca. Na jej podstawie dokonywane jest ostateczne rozpoznanie choroby, czyli

stwierdzenie zwężenia w tętnicach wieńcowych, a także szacuje się ich wielkość, poprzez obrazowanie anatomicznego stanu tętnic wieńcowych. Koronarografia bezpośrednia, selektywna bazuje na wstrzyknięciu środka cieniującego za pomocą cewnika, bezpośrednio do światła prawej i lewej tętnicy wieńcowej. Co, pozwala na precyzyjną interpretację obraz naczyń badanego [6,21,22].

Dzięki koronarografii można dokładnie określić czy istnieją wskazania do wykonania rewaskularyzacji wieńcowej. Wskazaniem do wykonania koronarografii jest niepoddająca się farmakologicznemu leczeniu stabilna choroba wieńcowa, obecność świeżych bólów dławicowych oraz niewłaściwe wyniki próby wysiłkowej lub obciążeniowej [22].

Badania biochemiczne w chorobie wieńcowej

Aby określić czynniki ryzyka sercowo naczyniowego, obecność chorób współistniejących, ocenić można rokowanie pacjenta z wykorzystaniem badań laboratoryjnych [14].

Każdy pacjent, u którego podejrzewana jest choroba wieńcowa powinien mieć oznaczone stężenie hemoglobiny glikowanej – ze względu na niekorzystny wpływ cukrzycy na rokowanie pacjenta z chorobą wieńcową - oraz stężenie na czczo glukozy w osoczu. Dodatkowa cena lipidogramu na czczo umożliwia ocenę potrzeby leczenia, a także pozwala na określenie profilu ryzyka. Jeżeli istnieje podejrzenie niestabilności choroby wieńcowej, należy ocenić poziom troponiny, aby wykluczyć martwicę mięśnia sercowego. U każdego pacjenta zalecane jest oznaczenie stężenia kreatyniny oraz klirensu kreatyniny. Po rozpoczęciu przez pacjenta terapii statynami zalecane jest wykonanie badania czynności wątroby [14,23].

Leczenie choroby wieńcowej

Wprowadzenie nowoczesnych terapii oraz postęp technologiczny sprawiły, że choroba wieńcowa coraz bardziej staje się chorobą przewlekłą, która towarzyszy chorym w codziennym życiu. U większej części pacjentów z przewlekłą stabilną dławicą piersiową podstawą terapii jest leczenie zachowawcze. Bardzo ważne w opiece nad pacjentem z chorobą wieńcową jest wprowadzenie zmian stylu życia [7,19].

Ograniczenie czynników ryzyka oraz prewencja są podstawowymi metodami terapii stabilnej choroby wieńcowej, które powinny być zastosowane u wszystkich pacjentów w najkrótszym możliwym czasie [2].

Prewencję choroby wieńcowej według Benjamina i Smitcha można podzielić na prewencję podstawową, pierwotną i wtórną. Według autorów podziału najważniejszą

prewencją, która stanowi fundament prewencji choroby niedokrwiennej serca jest prewencja podstawowa, do której należy uprawianie aktywności fizycznej, utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz zdrowe odżywianie. Prewencja podstawowa zależna jest od czynników psychosocjalnych i predyspozycji genetycznych. Prewencja pierwotna polega na zaprzestaniu palenia tytoniu, zmniejszeniu stężenia lipidów, leczeniu chorób współistniejących takich jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Aby prewencja pierwotna była skuteczna powinna zawierać dodatkowo komponenty z prewencji podstawowej. Benjamin i Smitch opisują farmakoterapię aspiryną, β – blokerami, rehabilitację, jako prewencję wtórną, która wdrażana jest w zaawansowanej chorobie wieńcowej. Prewencja wtórna choroby wieńcowej zawiera dodatkowo prewencję podstawową i pierwotną [20].

Farmakoterapia choroby wieńcowej

Standardy leczenia stabilnej choroby wieńcowej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *European Society of Cardiology*, ESC) z 2013 roku wskazują na trzy grupy leków, które poprawiają rokowanie pacjentów. Do najważniejszych grup leków należą: statyny, leki antyagregacyjne, inhibitory konwertazy angiotensyny (ang. *angiotensin – converting enzyme*, ACE) [17,21].

Leki przeciwplatekcyjne obniżają ryzyko zakrzepicy naczyń wieńcowych, ich stosowanie zalecane jest pacjentom z CAD bezterminowo. Podstawą tego rodzaju farmakoterapii jest kwas acetylosalicylowy (ang. *acetylsalicylic acid*, ASA). Kwas acetylosalicylowy zalecany jest w dawce 75 – 150 mg / dobę [21, 24].

Jeśli pacjent wykazuje nietolerancję na ASA lub istnieją przeciwwskazania do jego stosowania takie jak: aktywne krwawienie w przebiegu choroby wrzodowej, astmy aspirynowej, skazy krwotocznej lub uczulenia na salicylany, przeciwplatekowym lekiem alternatywnym jest kłopidogrel, którego zalecana dawka to 75 mg/dobę. W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych związanych z przewodem pokarmowym po zażyciu ASA, choremu można zlecić przyjmowanie inhibitora pompy protonowej zamiast zastępować lek kłopidogrelem [21].

Lekami w pierwotnej i wtórnej prewencji choroby wieńcowej o udokumentowanej skuteczności są statyny. Obniżają one stężenie cholesterolu frakcji LDL, co skutkuje spowolnieniem i hamowaniem rozwoju miażdżycy. W przypadku, kiedy pacjent zażywa duże dawki, terapia statynami może nawet prowadzić do regresji istniejących zmian w tętnicach wieńcowych [21].

Osoby z udokumentowaną chorobą wieńcową powinny zmniejszyć stężenie cholesterolu frakcji LDL poniżej 100 mg / dl [10].

Podstawowe leki przeciw dławicowe to:

- β – adrenolityki i antagoniści wapnia (z pominięciem pochodnych dihydropirydyny)
- β – adrenolityki zmniejszają ilość incydentów sercowych oraz poprawiają tolerancję wysiłku.

W sytuacji, kiedy istnieją przeciwwskazania, aby pacjent zażywał β – adrenolityki istnieje możliwość stosowania leków z grupy antagonistów wapnia. Obniżają zużycie tlenu przez mięsień sercowy, a także są szczególnie skuteczne, gdy w patogenezie choroby niedokrwiennej serca duży udział bierze skurcz tętnicy wieńcowej [2,24].

Leczenie inwazyjne w chorobie wieńcowej

Jedną z metod leczenia inwazyjnego choroby wieńcowej jest rewaskularyzacja w przypadku niezadawalających efektów postępowania zachowawczego. Leczenie bólu wieńcowego, u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka, poprawiające ukrwienie mięśnia sercowego polega na zastosowaniu pomostowania aortalno – wieńcowego, (ang. coronary artery bypass grafting, CABG) oraz przezskórnej interwencji wieńcowej (ang. percutaneous coronary interventions, PCL. Rewaskularyzacja może być rozpatrywana w sytuacji [2]:

- braku wyników przy stosowaniu optymalnej farmakoterapii oraz modyfikacji czynników ryzyka, pacjent nie odczuwa poprawy stanu zdrowia oraz występuje ograniczenie jego aktywności życiowej,
- zagrożenia martwicą dużego obszaru miokardium z powodu lokalizacji zmian w tętnicach wieńcowych.

Zaletą PCL jest mniejsza inwazyjność, krótszy czas hospitalizacji, możliwość wykonania bez konieczności zastosowania znieczulenia ogólnego, krótszy czas hospitalizacji oraz mniejsza częstotliwość powikłań po zabiegu. Zaletą pomostowania aortalno – wieńcowego jest zaś możliwość uzyskania pełnej rewaskularyzacji z powodu ominięcia przewlekłych niedrożności oraz złożonych zmian miażdżycowych, które zwężają światło naczyń, a także przyszłych blaszek sprawczych, czyli zmian, które w przyszłości spowodują zwężenie. Sprawia to, że zmniejsza się ryzyko konieczności dodatkowych zabiegów rewaskularyzacyjnych w przyszłości. CABG jest jednak związane z większą częstotliwością powikłań w okresie pooperacyjnym, wolniejszym powrotem do aktywności oraz dłuższym czasem hospitalizacji [19].

Edukacja pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową

Z literatury wynika, że jednym z obowiązków pielęgniarki jest edukacja zdrowotna pacjenta. W edukacji pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową należy uwzględnić [25]: dostarczenie wiedzy o sposobach radzenia sobie ze stresem, poinformowanie pacjenta o konieczności regularnego stosowania leków kardiologicznych zgodnie ze zleceniem lekarza, dążenie do normalizacji wagi poprzez stosowanie aktywności fizycznej zgodnej z klasą wydolności krążeniowej, oraz stosowaniem odpowiedniej diety niskotłuszczowej i niskocholesterolowej [25].

Korzyścią z normalizacji masy ciała poprzez stosowanie odpowiedniej diety oraz aktywności fizycznej jest zmniejszenie śmiertelności spowodowanej chorobą wieńcową. Docelowe BMI chorego powinno wynosić 18,5 – 24,9 kg/m², zaś obwód w pasie u mężczyzn < 102 cm, a u kobiet < 89 cm [19].

Wsparcie psychiczne pacjenta z chorobą wieńcową

Pacjenci z chorobą wieńcową są specyficzną grupą chorych, posiadających cechy charakteru, które mają wpływ na przebieg choroby. W życiu codziennym chorzy na chorobę wieńcową przejawiają szkodliwe zachowania zdrowotne takie jak: palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej oraz nieodpowiednią dietę. Jedną z najważniejszych cech pacjenta wpływających na niską skuteczność terapii jest niskie poczucie własnej skuteczności. Cecha ta może wpływać na brak chęci do zmiany stylu życia oraz powodować, że pacjent nie będzie wykazywał zaangażowania w procesie zdrowienia. U pacjentów chorujących na chorobę wieńcową częściej występuje niepokój, stres, depresja [7,26].

Istnieją trzy czynniki ryzyka związane ze stresem, są to: wzmożone napięcie związane z koniecznością podejmowania decyzji, zmiana trybu życia oraz zagęszczenie populacji [27].

Czynniki stresogenne mają duży wpływ na rozwój choroby wieńcowej, dlatego bardzo ważne jest wsparcie psychiczne pacjenta, nauka funkcjonowania pacjenta w trudnych sytuacjach, pomoc w podwyższeniu kontroli nad własnym zdrowiem [27,28].

CELE PRACY

1. Modyfikacja zachowań zdrowotnych pacjenta z chorobą wieńcową.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową.
3. Opracowanie indywidualnego procesu pielęgnowania dla pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 56 – letniego pacjenta, który został przyjęty do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Szpitala Uniwersyteckiego w Białymstoku w trybie nagłym z powodu bólu w klatce piersiowej, duszności oraz ogólnego złego samopoczucia.

Materiał do badań został zebrany na podstawie wywiadu, analizy dokumentacji (historii choroby pacjenta, karty gorączkowej, indywidualnej karty zleceń lekarskich), wyników badań laboratoryjnych oraz pomiarów bezpośrednich i pośrednich.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent A. K., lat 56, mężczyzna został przyjęty do szpitala w dniu 12.04.2018 roku do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Szpitala Uniwersyteckiego w Białymstoku w trybie nagłym. Pacjent został skierowany z przychodni, przez lekarza rodzinnego, z powodu bólu w klatce piersiowej, duszności oraz ogólnego złego samopoczucia.

W dniu przyjęcia do szpitala pacjent przytomny, świadomy, z kontaktem słownym logicznym, wystraszony. Ciśnienie tętnicze wynosiło 135/85 mmHg, tętno 70/min. Temperatura 36, 8°C, ilość oddechów – 26/minutę, wzrost – 175 cm, waga 95 kg. BMI wynosiło 31 kg/m². W trakcie przyjęcia pacjent skarżył się na ból o charakterze uciskowym, umiejscowionym za mostkiem. Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem uzyskano informację, że ból dławicowy utrzymuje się od ok. 2 tygodni. Z tego powodu pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego.

Z wywiadu chorobowego uzyskano informacje, że pacjent od 20 lat choruje na chorobę wrzodową dwunastnicy. Hospitalizowany był w 2006 roku z powodu krwawienia z przewodu pokarmowego oraz w 2007 roku z powodu okresowej obecności świeżej krwi w stolcu, pojawiającej się po defekacji. Mężczyzna nie jest uczulony na żadne leki. Pali papierosy od 26 roku życia, alkohol pije sporadycznie. Odżywia się nieregularnie, spożywa produkty tłuste, smażone i słone. Ciężkość objawów niewydolności serca według skali NYHA (ang. New York Heart Association) wskazuje na III/IV klasę. Pacjent ma problem z pokonywaniem schodów, przy wchodzeniu na czwarte piętro musi robić przerwy, aby odpocząć.

Z przeprowadzonego wywiadu rodzinnego wynika, że pacjent mieszka z żoną i córką w bloku mieszkaniowym na czwartym piętrze. Warunki mieszkaniowe ocenił jako dobre. Pacjent

pracuje na stanowisku kierowniczym. Mężczyzna podaje, że w rodzinie występowały zachorowania na choroby sercowo – naczyniowe oraz zgony z powodu chorób nowotworowych.

Po przyjęciu na oddział zlecono wykonanie EKG – w zapisie rytm zatokowy, bez zmian niedokrwiennych.

Została pobrana krew do badań laboratoryjnych: morfologia, poziom kreatyniny, cholesterol z podziałem na frakcje, enzymy- kinaza kreatynowa (CK, CK – MB), troponiny, elektrolity w surowicy krwi – sód i potas.

Badania laboratoryjne wykazały obecność dodatnich markerów martwicy mięśnia sercowego oraz hipercholesterolemię.

Dodatkowo wykonano USG serca oraz koronarografię z dojścia przez tętnicę promieniową, w której stwierdzono istotne zwężenia GO i GM, które jednocześnie poszerzono z założeniem dwóch stentów metalowych.

W dniu przeprowadzonej obserwacji pielęgniarskiej pacjent jest w drugiej dobie pobytu na oddziale, po zabiegu koronarografii. Założony opatrunek na tętnicy promieniowej suchy, nieprześląknięty krwią.

W trakcie prowadzonej obserwacji pacjent był niespokojny, z powodu lęku o własne życie. Kontakt z mężczyzną jest logiczny.

W trakcie prowadzonego wywiadu stwierdzono występowanie duszności, która utrudniała pacjentowi wypowiedzi i wskazany był odpoczynek. Pacjent zgłaszał ból w klatce piersiowej o charakterze ucisku.

Ból został oceniony w Skali VAS (ang. Visual Analogue Scale) na poziomie 5 pkt. U pacjenta wystąpiły nudności oraz zawroty głowy.

Dodatkowo pacjent odczuwa problemy ze snem z powodu hospitalizacji. Mężczyzna potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego z powodu otyłości I stopnia. Waga 95 kg przy wzroście 175 cm; BMI równe 31 kg/m². Pacjent ma także założoną igłę Vigo na lewym przedramieniu.

Rodzina pacjenta odwiedza go w szpitalu, wykazuje zainteresowanie, co do stanu zdrowia mężczyzny, pomimo wsparcia rodziny pacjent nadal czuje się zaniepokojony własnym stanem zdrowia, martwi się o powrót do pracy. Z informacji uzyskanych od pacjenta wynika, że regularnie chodził na wizyty kontrolne do poradni gastrologicznej w związku z chorobą wrzodową dwunastnicy. Pacjent nie posiada wystarczającej wiedzy na temat diety oraz wysiłku fizycznego, który jest zalecany w chorobie wieńcowej.

Plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z rozpoznaniem choroby wieńcowej

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort spowodowany bólem w klatce piersiowej o charakterze ucisku.

Cel: Zminimalizowanie uczucia dyskomfortu

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjenta w dogodnej pozycji ułożeniowej, która zmniejszy dolegliwości bólowe.
- Ocena natężenia bólu w oparciu o skalę VAS.
- Określenie dokładnego umiejscowienia bólu i jego charakteru.
- Wyjaśnienie pacjentowi przyczyny bólu.
- Pomiar i obserwacja parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddechy, saturacja, temperatura) – zapis wyników pomiaru w dokumentacji medycznej.

Realizacja:

- Chorego ułożono w pozycji półwysokiej, podłożono poduszkę pod głowę.
- Pacjent określa nasilenie bólu według skali VAS na 5 pkt.
- Pacjent opisał charakter bólu, jako uciskowy, umiejscowiony za mostkiem.
- Choremu wyjaśniono etiologię bólu.
- Parametry życiowe były kontrolowane dwa razy dziennie (RR: 135/85 mmHg, HR: 70 u/min., oddechy: 25/min., saturacja: 92%, temperatura: 36,9°C)

Ocena podjętych działań: Zmniejszono uczucie dyskomfortu.

Diagnoza pielęgniarska 2: Uczucie lęku o własne zdrowie i życie.

Cel: Podwyższenie nastroju.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wzbudzenie zaufania pacjenta poprzez rozmowę z pielęgniarką.
- Poinformowanie chorego o możliwości kontaktu z psychologiem.
- Zachęcenie pacjenta do rozmowy i kontaktu z rodziną.
- Zapewnienie choremu intymnej, spokojnej atmosfery na sali chorych.
- Zaproponowanie mężczyźnie zaplanowania czasu wolnego (oglądanie telewizji, czytanie książek, kontakt z innymi pacjentami)

Realizacja:

- Podczas rozmowy zapewniono pacjenta o dobrej opiece w szpitalu, wyjaśniono wątpliwości związane z chorobą, uzasadniono konieczność hospitalizacji
- Chory został poinformowany o możliwości wsparcia emocjonalnego poprzez rozmowę z psychologiem.
- Podczas wizyty rodziny u pacjenta zapewniono intymność i swobodę rozmowy poprzez zasłonięcie kotar wokół łóżka pacjenta.
- Poproszono innych pacjentów znajdujących się na sali, aby nie oglądali głośno telewizji oraz w miarę możliwości zachowywali ciszę na sali.
- Podczas czasu wolnego pacjent modlił się, zachęcono go do kontaktu z innymi pacjentami.

Ocena podjętych działań: Nastroj pacjenta został minimalnie podwyższony.

Diagnoza pielęgniarska 3: Otyłość spowodowana brakiem aktywności fizycznej i niewłaściwą dietą.

Cel: Zmotywowanie pacjenta do redukcji masy ciała oraz zachęcenie do przestrzegania diety.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Wykonanie czynności diagnostycznych – zważenie pacjenta, pomiar wzrostu, wyliczenie wskaźnika BMI.
- Zebranie wywiadu dotyczącego preferencji smakowych chorego i nawyków żywieniowych.
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie zdrowego odżywiania, doboru odpowiedniej diety, omówienie najważniejszych zasad żywienia.
- Zachęcenie pacjenta do wykonywania aktywności fizycznej w miarę możliwości zdrowotnych chorego.
- Poinformowanie o możliwości rozmowy z dietetykiem w celu zwalczania otyłości.

Realizacja:

- Wykonano pomiary (waga – 95kg, wzrost – 175 cm), wskaźnik BMI wynosi 31 kg/m².
- Uzyskano informacje na temat preferencji żywnościowych pacjenta – chory spożywa posiłki nieregularnie, 2 – 3 posiłki dziennie, najczęściej są to dania typu fast food, bądź posiłki tłuste, smażone, ciężkostrawne.
- Pacjentowi przedstawiono zasady diety niskotłuszczowej oraz wyedukowano chorego o konieczności:

- przyjmowania posiłków 5 razy w ciągu dnia, o stałych porach;
- ograniczenia dziennej wartości kalorycznej spożywanych produktów do 1000 – 1500 kcal.;
- Spożywania:
 - białka w ilości 1,2 – 1,5 g /kg masy ciała/ dobę;
 - węglowodanów w ilości 100 – 150 g dziennie
 - tłuszczu w ilości 25 – 35 / dobę;
 - ryb 2 – 3 razy w ciągu tygodnia ;
- unikania potraw z dużą ilością tłuszczu, smażonych, tłustych serów, majonezu, czekolady;
- ograniczenia bądź całkowitej rezygnacji z potraw i produktów zawierających dużą ilość soli (kiszonki, paluszki); zastąpienie soli kuchennej ziołami, oregano, majeranek, bazylią, tymianek;
- spożywania 1,5 – 2 litrów wody dziennie
- zwiększenia ilości spożywania owoców i warzyw (co najmniej 5 porcji dziennie)
- spożywania błonnika w ilości 30 – 40 gram dziennie
- Chory został wyedukowany na temat złego wpływu dużej masy ciała na poszczególne układy w organizmie.
- Pacjent został umówiony na konsultację z dietetykiem.

Ocena podjętych działań: Zwiększono motywację pacjenta do zmiany nawyków żywieniowych oraz zwiększenia częstotliwości wykonywania aktywności fizycznej.

Diagnoza pielęgniarska 4: Deficyt wiedzy pacjenta na temat diety i wysiłku fizycznego w chorobie wieńcowej.

Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy na temat diety i wysiłku fizycznego w chorobie wieńcowej.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja chorego na temat:
 - Diety niskotłuszczowej
 - Wysiłku fizycznego (wykonywanie wysiłku fizycznego przez 30 minut, minimum trzy razy w tygodniu)

- Dostarczenie choremu materiałów edukacyjnych takich jak: poradniki, broszury, ulotki, książki o chorobie wieńcowej, tabeli produktów dozwolonych w chorobie wieńcowej oraz przeciwwskazanych

Realizacja:

- Pacjenta wyedukowano w zakresie:
 - Diety – wskazano nieprawidłowe nawyki żywieniowe – spożywanie zbyt dużej ilości soli, tłustych, smażonych potraw;
 - Wysiłku fizycznego – pacjenta zachęcono do regularnego wykonywania aktywności fizycznej.
- Dostarczono materiały edukacyjne – książki, ulotki, broszury

Ocena podjętych działań: Wiedza pacjenta na temat diety i wysiłku fizycznego w chorobie wieńcowej zwiększyła się.

Diagnoza pielęgniarska 5: Dyskomfort spowodowany nudnościami

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjenta w odpowiedniej pozycji, w celu zapobiegania zachłyśnięciu się wymiocinami.
- Zapewnienie choremu komfortu psychicznego poprzez podanie miski nerkowatej oraz ligniny.
- Zachęcenie pacjenta do stosowania diety lekkostrawnej, która zmniejszy nudności.

Realizacja:

- Chory został ułożony w pozycji półwysokiej z głową przechyloną na bok.
- Zapewniono ligninę oraz miskę nerkowatą obok pacjenta.
- Pacjentowi włączono dietę niskotłuszczową, lekkostrawną.

Ocena podjętych działań: Zmniejszono dyskomfort związany z nudnościami.

Diagnoza pielęgniarska 6: Zaburzenia snu spowodowane lękiem przed hospitalizacją

Cel: Poprawa jakości snu

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ustalenie czynników utrudniających zasypianie.
- Zapewnienie:

- Możliwości odpoczynku poprzez odpowiednie warunki (przygaszenie światła, prześcielenie łóżka, wywietrzenie sali, cisza, spokój);
- Wsparcia psychicznego – rozmowy z rodziną, personelem medycznym;
- Edukacja na temat efektywnego snu.

Realizacja:

- Ustalono, że pacjentowi przeszkadza zbyt wysoka temperatura na sali, światło i hałas.
- Chory otrzymał wsparcie psychiczne, pacjentowi zapewniono poczucie bezpieczeństwa.
- Na sali zapewniono:
 - Ciszę
 - Spokój
 - Zgaszone światła
 - Wywietrzono salę rano i wieczorem
 - Łóżko zostało prześcielone.
- Pacjent został poinformowany na temat efektywnego snu w nocy:
 - Unikania drzemek w ciągu dnia,
 - Spożywania kolacji 2 godziny przed snem
 - Układanie się do snu i wstawanie o stałych porach dnia

Ocena podjętych działań: Podwyższono jakość snu.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko niedotlenienia z powodu duszności

Cel: Niedopuszczenie do ryzyka wystąpienia niedotlenienia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Ułożenie pacjenta w dogodnej dla niego pozycji, która zmniejszy uczucie duszności
- Kontrola i ocena oddechów
- Zapewnienie choremu ciszy i spokoju na Sali
- Regularne wietrzenie pomieszczenia w celu zapewnienia świeżego powietrza
- Zapewnienie luźnej bielizny osobistej.
- Wprowadzenie tlenoterapii jeśli wartość saturacji obniży się.

Realizacja:

- Chorego ułożono w pozycji półwysokiej.
- Kontrolowano oddechy pacjenta – charakter oddechu: przyspieszony, płytki – ilość oddechów - 25 /min.

- Poproszono pozostałych pacjentów o zachowanie ciszy i spokoju na sali, zgaszono rażące lampy.
- Otworzono okno w celu zapewnienia odpowiedniego mikroklimatu – temperatura wynosiła 21 °C, wilgotność 60 %.
- Pacjent z pomocą pielęgniarki założył luźną bieliznę osobistą.
- Pacjentowi podłączono pulsokymetr, wartość saturacji wynosiła 90%, podłączono tlen o przepływie 4l / minutę.

Ocena podjętych działań: Zmniejszono ryzyko wystąpienia niedotlenienia.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zakażenia wkłucia obwodowego

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zakażenia.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Stała obserwacja miejsca wkłucia z uwzględnieniem objawów zakażenia (ból, zaczerwienienie, obrzęk, podwyższona temperatura, martwica tkanek). Ocena miejsca wkłucia według skali Baxter.
- Podczas wykonywanych czynności zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki.
- W czasie każdej manipulacji przy kaniuli kontrola drożności wkłucia poprzez udrażnianie do 2-5 ml 0,9 % NaCl.
- Zabezpieczenie kaniuli jałowym koreczkiem, zmiana plastra ochronnego co 24 godziny lub w razie zmoczenia lub zabrudzenia.
- Wymiana igły Vigo, co 48 – 72 godziny.
- W przypadku zakażenia, natychmiastowe usunięcie kaniuli. Zastosowanie okładu z altacetu.
- Prowadzenie karty obserwacji wkłuc obwodowych, dokumentowanie zabiegów.

Realizacja:

- Miejsce wkłucia było obserwowane według skali Baxter – 0 pkt. Nie stwierdzono cech zakażenia.
- Każda czynność wykonywana była zgodnie z zachowaniem zasad aseptyki o antyseptyki.
- Wkłucie było udrażnianie każdorazowo przed i po podaży leków.
- Wkłucie było zabezpieczane jałowym koreczkiem po każdej podaży leków.

Ocena podjętych działań: Objawy zakażenia nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia ponownego zawału serca

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia ponownego zawału.

Plan opieki pielęgniarskiej:

- Kontrola podstawowych czynności życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddechy, saturacja, temperatura)
- Edukacja pacjenta na temat czynników ryzyka. Rozpoznanie czynników ryzyka choroby wieńcowej u pacjenta.
- Edukacja pacjenta na temat konieczności zaprzestania palenia.
- Obserwacja pacjenta pod kątem stanu świadomości, zabarwienia skóry.

Realizacja:

- Parametry życiowe były kontrolowane dwa razy dziennie (RR: 135/85 mmHg, HR: 70 u/min., oddechy: 25/min., saturacja: 92%, temperatura: 36,9°C)
- Pacjent został wyedukowany na temat szkodliwego wpływu na zdrowie czynników ryzyka choroby wieńcowej (stosowania nieodpowiedniej diety, braku aktywności fizycznej, nadużywaniu alkoholu)
- Pacjent został wyedukowany na temat szkodliwych dla zdrowia skutków palenia papierosów takich jak: zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuc, miażdżycę, chorobę wieńcową, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze.
- Obserwowano pacjenta pod kątem stanu świadomości (pacjent w kontakcie słownym logicznym) i zabarwienia skóry (skóra bladoróżowa).

Ocena podjętych działań: W niewielkim stopniu zminimalizowano ryzyko wystąpienia zawału.

Zalecenia dietetyczne dla pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową

Z licznych badań epidemiologicznych wynika, że dietą zalecaną pacjentom z chorobą niedokrwienną serca jest dieta śródziemnomorska [29].

Dieta śródziemnomorska opiera się na zwiększeniu ilości spożywanych ryb, owoców morza i produktów roślinnych takich jak: owoce, jarzyny, orzechy, stosowanie oliwy z oliwek. A także uwzględnienie w codziennym żywieniu węglowodanów z niskim indeksem glikemicznym [29].

Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca [29]:

Utrzymywanie prawidłowej masy ciała poprzez kaloryczne bilansowanie diety i wysiłku fizycznego; Spożywanie posiłków na bazie warzyw i owoców z uwzględnieniem

pokarmów bogatych w błonnik; Spożywanie przynajmniej trzy razy w tygodniu ryb tłustych (preferowane są ryby morskie); Wybieranie produktów o niskiej zawartości tłuszczów, w tym chudego mięsa; Ograniczenie spożywania pokarmów i napojów z dodatkiem cukru; Ograniczenie spożywania soli kuchennej do 5g na dobę;

Dieta pacjentów z chorobą wieńcową powinna obfitować w pokarmy z dużą ilością witaminy C, E, B6, B12, kwas foliowy a także B – karoten [29].

Aktywność fizyczna w chorobie wieńcowej

Aktywność fizyczna pomaga w zwalczaniu czynników ryzyka choroby wieńcowej, poprawia wydolność wysiłkową i dobrostan psychiczny, zmniejsza częstość hospitalizacji, a także zmniejsza umieralność po przebytym zawale mięśnia sercowego [19].

Trening fizyczny wykonywany systematycznie korzystnie oddziałuje na układ krążenia, bezpośrednio – przez adaptacyjne zmiany wpływające na jego efektywność funkcjonowania, a także pośrednio – ograniczając i modyfikując wpływ innych czynników ryzyka pojawienia się choroby wieńcowej [20].

Na podstawie badań klinicznych, można stwierdzić, że brak optymalnie natężonej aktywności fizycznej jest niezależnym, ważnym czynnikiem ryzyka demonstracji miażdżycowej choroby sercowo – naczyniowej [20].

Aktywność fizyczna wykonywana regularnie ma korzystny wpływ na układ sercowo – naczyniowy. Aktualne wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego wskazują na wykonywanie co najmniej 30 – minutowej aktywności fizycznej 3 lub więcej razy w tygodniu [14].

U chorych z grupy wysokiego ryzyka, czyli u pacjentów z zastoinową niewydolnością serca lub po zawale mięśnia sercowego zalecana jest rehabilitacja kardiologiczna [19].

Opublikowane w latach 80. oraz 90. XX wieku liczne badania prospektywne wskazują, że stosowanie regularnej aktywności fizycznej powoduje wydatek energetyczny od 700 do 2000 kcal tygodniowo, przez co zmniejsza o 30 – 50 % ryzyko rozwoju choroby wieńcowej. Aby aktywność fizyczna działała kardioprotekcyjnie powinna być uprawiana regularnie przynajmniej trzy razy w tygodniu. Czas trwania pojedynczego treningu powinien wynosić od 20 do 60 minut. Jeśli jednak pacjent nie jest w stanie wykonać aktywności trwającej jednorazowo kilkadziesiąt minut, istnieje możliwość wykonania ćwiczeń trwających kilka minut (8 – 10 min.) kilka razy dziennie. Efektywność aktywności fizycznej oraz bezpieczeństwo pacjenta zależna jest od intensywności wysiłku, której optymalnym

wyznacznikiem jest częstość akcji serca. Podczas treningu zdrowotnego zalecane jest, aby częstość akcji serca wahała się w granicach od 40% do 90% maksymalnej częstości tętna [20].

Wskazówki dla pacjenta z chorobą wieńcową

Jednym z obowiązków pielęgniarki jest edukacja pacjenta, eliminacja lub modyfikacja czynników ryzyka, a także udział w leczeniu oraz profilaktyce pacjenta [8]. W edukacji pacjenta z chorobą wieńcową należy uwzględnić [19,25,30]:

- utrzymanie prawidłowej masy ciała;
- przestrzeganie diety śródziemnomorskiej, niskotłuszczowej, zwiększenie ilości spożywania ryb, warzyw, owoców, zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych, napojów z dodatkiem cukru, ograniczenie spożycia soli kuchennej;
- wyeliminowanie palenia papierosów, ograniczenie spożywania alkoholu;
- systematyczne, dostosowane do wieku i możliwości pacjenta wykonywanie aktywności fizycznej;
- unikanie sytuacji stresowych;
- wykorzystywanie wolnego czasu na aktywny wypoczynek i relaks;
- nauka efektywnego snu;
- korzystanie z leczenia uzdrowiskowego, jeśli istnieje taka możliwość;
- zażywanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza;
- ścisła kontrola lekarza kardiologa.

WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Zmodyfikowano zachowania zdrowotne pacjenta z chorobą wieńcową w zakresie stylu życia – aktywności fizycznej oraz sposobie odżywiania się.
2. Najważniejszymi problemami pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową były:
 - Dyskomfort spowodowany bólem w klatce piersiowej o charakterze ucisku.
 - Uczucie lęku o własne zdrowie i życie.
 - Otyłość spowodowana brakiem aktywności fizycznej i niewłaściwą dietą.
 - Deficyt wiedzy pacjenta na temat diety i wysiłku fizycznego w chorobie wieńcowej.
 - Dyskomfort spowodowany nudnościami
 - Zaburzenia snu spowodowane lękiem przed hospitalizacją

- Ryzyko niedotlenienia z powodu duszności
 - Ryzyko wystąpienia zakażenia wklucia obwodowego
 - Ryzyko wystąpienia ponownego zawału serca
3. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej dla pacjenta z rozpoznaną chorobą wieńcową, który pozwolił na objęcie pacjenta kompleksową opieką.

PIŚMIENNICTWO

1. Kaźmierczak E., Jabłecka A.: Zapalne czynniki predykcyjne choroby wieńcowej. *Nadciśnienie tętnicze* 2009, 13(4): 286 – 289.
2. Myrda K., Poloński L.: Stabilna choroba wieńcowa – jak optymalizować terapię? *Choroby Serca i Naczyń* 2010, 7(4): 175 – 179.
3. 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 – 284.
4. Kośmicki M., A.: Zastosowanie kwasu acetylosalicylowego u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Kardiologia Oparta na Faktach* 2011, 1: 52 – 66.
5. Szalast A., Pudelko S.: Edukacja i jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Medycyna Rodzinna* 2014, 2: 74 – 80.
6. Kośmicki M., A.: Stabilna i niestabilna dławica piersiowa – budowa blaszki miażdżycowej i jej konsekwencje kliniczne. *Kardiologia Oparta na Faktach* 2010, 2: 137 – 151.
7. Mościcka S., Wójcik D., L., Mamcarz A.: Jakość życia w chorobie niedokrwiennej serca. *Choroby Serca i Naczyń* 2015; 2(5) 282 – 288.
8. Modrzejewski W., Musiał W., J.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo – naczyniowego - jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, 1(2): 106 – 114.
9. Miśkowiec D., Kwarta P., Witusik A., Pietras T.: Wzór zachowania typu A jako predyktor choroby niedokrwiennej serca – czy wciąż aktualny problem? *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013, 22(2): 129 – 136.
10. Ziolkowski M., Kubica A., Sinkiewicz W., Maciejewski J.: Zmniejszanie umieralności na chorobę niedokrwinną serca w Polsce – sukces terapii czy prozdrowotnego stylu życia? *Folia Cardiologica Excerpta* 2009, 4(5): 265 – 272.

11. Ślusarska B., Nowicki G.: Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy higieny i epidemiologii* 2010, 91(1): 34 – 40.
12. Bogółowska – Stiebllich A., Tałałaj M.: Otyłość a choroby układu sercowo – naczyniowego. *Postępy Nauk Medycznych* 2013, 5: 19 – 25.
13. Zatoński W., Jankowski P., Banasiak W., Kawecka – Jaszcz K., Musiał J., Narkiewicz K., Opolski G., Podolec P., Torbicki A., embala M. : Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo – naczyniowego. *Kardiologia Polska* 2011, 69(1): 96 – 100.
14. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S., Andreotti F., i współ.: Wytyczne ECS dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. *Kardiologia Polska* 2013, 10 243 – 318.
15. Ambroziak M., Budaj A.: Choroba wieńcowa w młodym wieku. Strategie wczesnej prewencji pierwotnej. *Postępy Nauk Medycznych* 2015, 28(11): 47 – 50.
16. Kornacewicz – Jach Z., Czechowska M., Stachowiak P.: Zawał mięśnia sercowego u osób młodych. *Kardiologia po dyplomie* 2012, 11(12): 7 – 16.
17. Kokot F., (red.): *Interna w 5 dni*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
18. Parol G., Kobylecka M., Bakoń L.: Nieinwazyjna diagnostyka choroby niedokrwiennej serca – którą opcję diagnostyczną wybrać? *Folia Cardiologica* 2014. 9(2): 197 – 204.
19. Cassar A., MD, MRCP, David R. Holmes Jr., MD, Charanjit S. Rihal, MD, Gersh B.J., DPhil: *Chronic Coronary Artery Disease Diagnosis and Management*. Tłum. Jabłońska – Som A. *Mayo Clin Proc* 2009, 84(12): 1130 – 1146.
20. Sobieszkańska M., Kałka D., Pilecki W., Adamus J.: Aktywność fizyczna w podstawowej i pierwotnej prewencji choroby sercowo – naczyniowej. *Pol. Merk. Lek.*, 2009, 26, 156, 659.
21. Galas M.: Farmakologiczne leczenie poprawiające rokowanie w stabilnej chorobie wieńcowej. *Choroby serca i naczyń* 2017, 14(3): 173 – 175.
22. Kośmicki M., A.: Inwazyjna i nieinwazyjna diagnostyka tętnic wieńcowych – koronarografia klasyczna i komputerowa oraz rezonans magnetyczny. *Kardiologia Oparta na Faktach* 2011: 33 – 48.
23. Piechota W.: Wysoce czuła troponiny T w diagnostyce ostrych zespołów wieńcowych. *Choroby serca i naczyń* 2012, 10(1): 33 – 39.
24. Puchalska – Krotki H., Marcinowska – Suchowierska E.: Leczenie farmakologiczne choroby wieńcowej. *Postępy Nauk Medycznych* 2009, 5: 334 – 339.

25. Jurkowska G., Łągoda K., (red): Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
26. Zarzycka D., Słusarska B., (red): Podstawy Pielęgniarstwa Tom 1. Założenia koncepcyjno – empiryczne opieki pielęgniarskiej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
27. Opuchlik K., Wrześcińska M., Kocur J.: Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska* 2009, 43(2): 235 – 245.
28. Kubica A., Magielski P., Olejarczyk E., Jurek A., i współ.: Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca. *Folia Cardiologica Excerpta* 2009, 14(5): 285 – 289.
29. Grzymisławski M., Gawęcki J. (red.): Żywnienie człowieka zdrowego i chorego 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
30. Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., i współ.: Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. *Kardiologia Polska* 2012; 70, supl. I: 1 – 100.

AKCEPTACJA CHOROBY WŚRÓD PACJENTÓW Z NADCISNIENIEM TĘTNICZYM

Joanna Kiryluk¹, Katarzyna Krystyna Snarska²

1. Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Aktualne definicje nadciśnienia tętniczego przedstawiane w międzynarodowych lub krajowych wytycznych ulegały wielokrotnym zmianom. Stwierdza się, że nadciśnienie jest to wartość, powyżej której następuje wzrost ryzyka powikłań naczyniowo-sercowych dla danego pacjenta [1]. Inna definicja stwierdza, że nadciśnieniem tętniczym określa się zespół zmian prowadzących do utrzymywania się wyższych niż uznane za prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego [2].

Tabela I. Identyfikacja nadciśnienia tętniczego na podstawie wyniku pomiarów w gabinecie lekarskim i poza nim [4].

Kategoria	Skurczowe BP [mm Hg]		Rozkurczowe BP [mm Hg]
BP w gabinecie lub w przychodni	≥ 140	i/lub	≥ 90
BP w pomiarze ambulatoryjnym			
-w ciągu dnia (lub czuwania)	≥ 135	i/lub	≥ 85
-w nocy (lub w czasie snu)	≥ 120	i/lub	≥ 70
- średnia w ciągu doby	≥ 130	i/lub	≥ 80
BP w pomiarach domowych	≥ 135	i/lub	≥ 85

BP (bloodpressure) — ciśnienie tętnicze

Nowe europejskie wytyczne dotyczące postępowania u chorego z nadciśnieniem tętniczym definiuje nadciśnienie tętnicze jako skurczowe ciśnienie tętnicze (SBP,

systolicbloodpressure) przekraczające 140 mm Hg i/lub rozkurczowe ciśnienie tętnicze (DBP, diastolicbloodpressure) większe lub równe 90 mm Hg stwierdzone w pomiarach gabinetowych [3]. Identyfikacja nadciśnienia tętniczego na podstawie wyniku pomiarów w gabinecie lekarskim i poza nim przedstawia tabela nr. I [4].

Wyodrębnia się dwa zasadnicze typy nadciśnienia tętniczego:

- **pierwotne** – mówimy, gdy nie można wykazać przyczyny jego powstania za pomocą dostępnych metod diagnostycznych,
- **wtórne** - powstaje w następstwie wielu różnych schorzeń [5].

Tabela II. Kategoryzacja nadciśnienia tętniczego [4].

Kategoryzacja nadciśnienia tętniczego			
Kategoria	Ciśnienie	Ciśnienie	
		skurczowe [mm Hg]	rozkurczowe [mm Hg]
< 80	Optymalne	<120	i/lub
	Prawidłowe	120–129	i/lub
80–84	Wysokie prawidłowe	130–139	i/lub
85–89	Nadciśnienie tętnicze 1. stopnia	140–159	i/lub
90–99	Nadciśnienie tętnicze 2. Stopnia	160–179	i/lub
100–109	Nadciśnienie tętnicze 3. Stopnia	≥ 180	i/lub
≥ 110	Izolowane nadciśnienie tętnicze skurczowe (1., 2., 3.stopnie w zal. od wartości SBP)	≥ 140	i/lub
< 90			

SBP (systolicbloodpressure) — skurczowe ciśnienie krwi

Jednomyślne rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH, *European Society of Hypertension*) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) z 2007 roku [5] i Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego Polskiego (PTNT) z 2011 roku [6] w zależności od wartości ciśnienia tętniczego wyodrębniono kilka kategorii nadciśnienia tętniczego (tabela nr II) [5], z niewielkimi zmianami z poprzednich zaleceń ESH/ESC z 2003 roku:

- o ile wartości skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego mieszczą się w różnych kategoriach to przy ocenie całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego, podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu leczenia oraz ocenie jego skuteczności należy kierować się wartościami należącymi do wyższej kategorii;
- należy uważać za zmienne wartości graniczne NT w zależności od poziomu i profilu całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego;
- nadciśnienie izolowane skurczowe dzieli się na stopnie według takich samych wartości jak skurczowo-rozkurczowe NT, natomiast w połączeniu z niskim ciśnieniem rozkurczowym (60-70 mmHg) należy uważać za dodatkowy czynnik ryzyka [4].

Czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze jako jeden z głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia działa progresywnie poprzez stopniowe zwiększanie ryzyka. Dlatego ustala się punkty odcięcia, poniżej których wartości danego czynnika ryzyka przyjmuje się za normę, a także w miarę postępu wiedzy modyfikuje się te wartości [3].

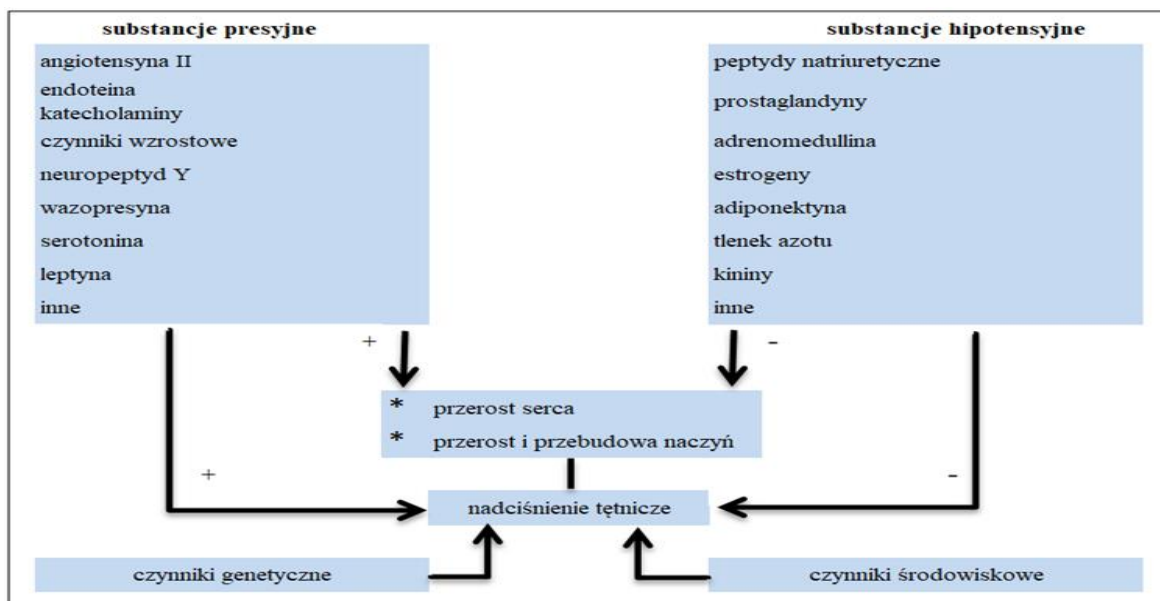
Do rozwoju nadciśnienia tętniczego przyczyniają się czynniki, takie jak: uwarunkowania genetyczne, czynniki związane ze środowiskiem, nieprawidłowości dotyczące układu renina-angiotensyna. Wśród najważniejszych czynników środowiskowych, które mają istotny wpływ na występowanie nadciśnienia, zalicza się: stres, nadwagę, dietę bogatą w sól, zbyt niską aktywność ruchową, używki, poziom zdobytego wykształcenia, obciążenie zawodowe, złe warunki bytowe bądź radykalną zmianę otaczającego środowiska [6].

Nadciśnienie tętnicze należy do chorób cywilizacyjnych, poprzez racjonalne żywienie możemy zapobiegać, opóźnić wystąpienie bądź łagodzić przebieg choroby. Fakt zwiększonej masy ciała ma istotny wpływ na wartości ciśnienia tętniczego [7]. Niejednokrotnie obserwuje się liczne błędy w zakresie sposobu żywienia, wynikające z niewiedzy i niewłaściwych nawyków żywieniowych, co prowadzi do nadwagi i otyłości, która jest szóstym co do ważności czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za liczbę zgonów na świecie [8]. Zwłaszcza typ androidalny (trzewny) w otyłości zwiększa częstość występowania nadciśnienia tętniczego. Natomiast przekroczenie o 20% należnej masy ciała, zwiększa ośmiokrotnie ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego.

Za współwystępowanie otyłości i nadciśnienia odpowiedzialnymi jest insulinooporność z hiperinsulinizmem [9]. Do wystąpienia nadciśnienia tętniczego najważniejszym czynnikiem predysponującym jest otyłość, aż 80% przypadków NT w Polsce wiąże się ze wzrostem masy ciała, szczególnie u osób młodych, zwłaszcza kobiet [10].

Jednym z powszechnie występujących czynników ryzyka sercowo-naczyniowego jest nadmierna masa ciała, która przyczynia się nie tylko do rozwoju nadciśnienia tętniczego, ale też do zaburzeń metabolicznych, do których zaliczamy: insulinooporność, hiperinsulinemia, zaburzenia lipidowe oraz cukrzyca. U 37% osób wykazano nadwagę, a u 34% otyłość. Dowiedziono, że u osób narażonych na stres ma miejsce wzrost zaburzeń glikemicznych, częściej występowała hiperglikemia na czczo. Obecnie na świecie w/g WHO jest 220 mln chorych na cukrzycę, a w roku 2025 będzie ich 360 mln [11].

Pomimo znacznego postępu analiz patogeneza NT nie została ostatecznie wyjaśniona, uwarunkowania przyczyniające się do rozwoju nadciśnienia tętniczego prezentuje rycina 1.



Ryc.1. Uwarunkowania przyczyniające się do rozwoju nadciśnienia tętniczego[5].

Epidemiologia nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze stanowi jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji wśród chorób układu sercowo-naczyniowego. Występuje u 35% populacji dorosłej mieszkającej na terenie Polski, przy czym co trzeci Polak choruje na tę chorobę nie zdając sobie sprawy z jej obecności (3,1mln), a skutecznie leczonych jest tylko 2,6 mln. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko wystąpienia NT [12], przed ukończeniem 60 lat w nieznacznie większym stopniu występuje u mężczyzn, zaś po 60 r.ż. częściej rozpoznawane jest u kobiet. Natomiast według doniesień ogólnopolskiego badania NATPOL PLUS projekt (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce Plus Zaburzenia Lipidowe i Cukrzyca), który został przeprowadzony w 2002 roku (n = 3,051, przedział wiekowy: 18-94) aż 29% ludzi po 18 roku życia, tj. 8,6 mln ma ciśnienie wysokie

prawidłowe i są oni w grupie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego [13]. Zrealizowany w 2002 roku program NATPOL III PLUS w grupie osób w wieku 18–93 lat pokazał, że rozpowszechnienie choroby wynosi 29%, odsetek rozpoznanych przypadków 67%, oraz na skuteczne leczenie może liczyć zaledwie 12,5% chorych [14]. Według prognoz szeroko zakrojonych badań dotyczących epidemiologii NT w roku 2025 dotknie 1/3 populacji światowej [5]. Kompatybilnie z dostępną i aktualną wiedzą medyczną u osób tych w przyszłości wystąpi nadciśnienie tętnicze, a w konsekwencji jego powikłania [15]. Istotnie ważnym projektem badawczym, który przyczynił się do naszej wiedzy o epidemiologii nadciśnienia tętniczego było badanie POLSENIOR (Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce), przeprowadzonej w latach 2007–2011 na populacji polskich mieszkańców w wieku powyżej 64 lat ($n = 4949$) [16]. Zaś z badania POLSENIORopublikowanego w 2015 roku dotyczącego częstości występowania NT wśród osób w wieku 65 lat i powyżej wykazano, że częściej nadciśnienie tętnicze występuje u kobiet w wieku 70–84 lat (80–83% badanych), u mężczyzn < 70 lat (powyżej 70% badanych), zaś u badanych w wieku 90 lat i powyżej występowanie nadciśnienia tętniczego to 67%u kobiet, natomiast u mężczyzn 60% badanych [17].

Według wyników badania epidemiologicznego NATPOL 2011 z NT zmagają się 32% polskiej populacji. Zanotowano wzrost rozpowszechnienia tej choroby o 2% w porównaniu z wynikami NATPOL PLUS z 2002 roku oraz duże zwiększenie się odsetka chorych leczonych skutecznie z tego powodu (z 12% do 26%). Alarmujące dane epidemiologiczne w Polsce wskazują, że w ciągu 25 lat jego rozpowszechnienie zwiększy się do 50% [18]. Tabela III przedstawia popularyzację nadciśnienia tętniczego w Polsce w badaniach epidemiologicznych z uwzględnieniem płci prowadzonych przez wiele ośrodków, które oceniały rozpowszechnienie czynników ryzyka i monitorowały tendencje w odniesieniu do zmian [19].

Badania naukowe prowadzone na świecie w coraz większym stopniu określają rolę, jaką czynniki psychospołeczne pełnią w powstawaniu i rozwoju choroby. U dorosłych Polaków niski poziom wsparcia społecznego stwierdza się u 30% mężczyzn i prawie 40% kobiet, zaś objawy depresji stwierdzono u 24% mężczyzn i 34% kobiet [20]. Na podstawie szeroko zakrojonego badania INTERHEART ustalono, że stres psychospołeczny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zawału serca [13], natomiast NT stanowi jeden z głównych, niezależnych czynników ryzyka choroby wieńcowej, udaru mózgu, niewydolności serca, miażdżycy tętnic obwodowych i niewydolności nerek, przy czym terapia NT istotnie zmniejsza ryzyko tych powikłań [11].

Tabela III. Popularyzacja nadciśnienia tętniczego w Polsce w badaniach epidemiologicznych z uwzględnieniem płci [21].

Badania	Lata	Kryteria rozpoznania nadciśnienia	Wiek badanych (lata)	NT u mężczyzn (%)	NT u kobiet (%)
Populacja Sochaczewa i Płocka	60. XX w.	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	> 20	12–16	18–30
Populacja Krakowa	70. XX w.	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	20–70	25	24
Pol-MONICA* Kraków	1987–1988	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	45–64	51	52
Pol-MONICA Warszawa*	1993	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	35–64	46	36
NATPOL II*	1997	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	>18	48	41
NATPOL II	1997	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	> 65	66	81
WISHE*	2001	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	>65	56	60
NATPOL III PLUS*	2002	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	> 18	29	29
PENT*	2002	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	> 18	45	44
„Psychospołeczne wyznaczniki chorób układu krążenia” Kraków*	2005	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	45–64	66	56
WOBASZ	2003–2005	$\geq 140/90$ mm Hg lub leki hipotensyjne	20–74	42	33

*Standaryzacja do wieku

Jak wynika z badań przeprowadzonych w ostatnich latach wiedza na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej i udarów mózgu, a także sposobów ich eliminacji jest niedostateczna wśród dorosłych Polaków [21].

Patogeneza nadciśnienia tętniczego

Patogeneza nadciśnienia tętniczego jest wieloczynnikowa, zaś przyczyną rozwoju choroby mogą być zaburzenia jednego bądź kilku układów wpływających na regulację ciśnienia tętniczego. Zasadniczą rolę w rozwoju NT odgrywają układ renina-angiotensyna-aldosteron, układ nerwowy, a także substancje presyjne i hipotensyjne produkowane przez komórki śródbłonna naczyń. W patogenezie NT układem hormonalnym odgrywającym istotną rolę jest układ renina-angiotensyna, przez działanie angiotensyny II wpływa na układ sercowo-naczyniowy oraz gospodarkę wodno-elektrolitową. Niezmiernie ważną rolę w patogenezie nadciśnienia tętniczego odgrywają nerki. Udział ich w regulacji wysokości ciśnienia krwi polega między innymi na regulacji wydalania sodu i zmianach wolemii. Istotną rolę odgrywa także zaburzony nerkowy układ dopaminergiczny. Według doniesień biologiczne różnice w procesie starzenia przyczyniają się do różnic w rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz innych chorób układu sercowo-naczyniowego [9]. Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. W Polsce średnia częstość występowania wynosi ok. 36% [19]. Zaś nadciśnienie tętnicze i choroba wieńcowa są najczęstszymi przyczynami niewydolności serca [14].

Aktualnie coraz większe znaczenie w etiopatogenezie chorób serca i naczyń przypisuje się czynnikom psychospołecznym. Najczęściej wymienia się przewlekły stres, frustrację, depresję, bezsenność, niski poziom wsparcia społecznego, oraz określone cechy osobowości [16]. Według doniesień zaburzenia snu występują u ok. 24% osób dorosłych, natomiast gorsza jakość snu i bezsenność częściej dotyczą osób powyżej 55 roku życia. Potwierdzono w wielu pracach związek pomiędzy częstszym występowaniem nadciśnienia tętniczego czy choroby niedokrwiennej serca a zaburzeniami snu. Niestety niedobory snu mogą powodować nadmierną aktywację współczulnego układu wegetatywnego, zaś deprywacja snu jest związana ze wzrostem stężenia norepinefiry w moczu [12]. Udział stresu psychicznego w patogenezie NT był elementem szeregu badań doświadczalnych, klinicznych i epidemiologicznych. Debata rozwiązała wątpliwości, iż bodziec stresowy powoduje wzrost ciśnienia krwi [9]. Do głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych związanych ze stresem wyróżniamy wzmożone napięcie wywołane podejmowaniem decyzji, zagęszczenie populacji, a także zmiana trybu życia. Przy czym czynniki stresogenne mogą wpływać pośrednio na rozwój tych

chorób, najczęściej w przypadku podejmowania zachowań ryzykownych, tj. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie się, bądź bezpośrednio poprzez mechanizmy fizjologiczne [10]. Liczne spostrzeżenia wskazują, iż populacje o niskim statusie ekonomicznym, niższym wykształceniu oraz osoby pozbawione pracy, będące bez wsparcia społecznego cechują się wyższym ciśnieniem tętniczym. Przedłużający się stres niestety może powodować długotrwałą aktywację osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej i układu autonomicznego [9]. Długotrwałe narażenie nerwową sytuacją, na skutek wyczerpania zasobów energii organizm traci zdolności obronne, przez co zaburza jego funkcje fizjologiczne i w efekcie wpływa na powstawanie wielu schorzeń [10].

Diagnostyka nadciśnienia tętniczego

Działania diagnostyczne u chorych na nadciśnienie tętnicze powinny zmierzać do sprecyzowania wysokości ciśnienia tętniczego na podstawie kilkakrotnych pomiarów, określenia charakteru i ustalenia przyczyn NT, monitorowania innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, zaobserwowanie powikłań narządowych oraz ocena stopnia ich zaawansowania, a także do scharakteryzowania całkowitego ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych [13].

Diagnostyka NT zawiera dokładnie przeprowadzone: powtarzane pomiary ciśnienia tętniczego, badanie przedmiotowe i podmiotowe i badania laboratoryjne oraz badania pomocnicze, które ułatwiają ustalenie jej etiologii [17].

Ważnym jest, oprócz pomiaru ciśnienia krwi w diagnostyce nadciśnienia tętniczego przeprowadzenie u pacjenta badań przedmiotowych uwzględniających: pomiar masy ciała, wzrostu z oznaczeniem wskaźnika BMI, obwodu pasa u pacjenta, ocenę stanu tętnic szyjnych, czyli obecność szmeru naczyniowego, ocenę stanu wypełnienia żył, ocenę szmeru oraz uderzenia koniuszkowego, a także rytmu serca, szmerów i obecność tonu trzeciego i czwartego, ocenę gruczołu tarczowego, ocenę nerek, obecność w płucach trzeszczeń, rzężeń, czy też objawów bronchospastycznych, obecność w jamie brzusznej szmerów naczyniowych oraz nieprawidłowych tętnień aorty, ocenę stanu neurologicznego [7].

Diagnostyka nadciśnienia tętniczego obejmuje badania, które dzielimy na inwazyjne i nieinwazyjne. Badania nieinwazyjne:

- **elektrokardiogram (EKG)** – umożliwia w sposób nieinwazyjny ocenę czynności elektrycznej serca, tj. zaburzenia rytmu serca, niedokrwienia mięśnia sercowego, a także pracę rozrusznika;

- **EKG metodą Holtera** – 24 godzinna rejestracja EKG, umożliwia zapis nieprawidłowej pracy serca podczas codziennej aktywności pacjenta;
- **24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego krwi** – automatyczny zapis wartości ciśnienia tętniczego podczas codziennej aktywności pacjenta;
- **echokardiografia (USG serca)** – badanie obrazowe ukazujące struktury serca i dużych naczyń [15].

Do badań inwazyjnych zaliczamy arteriografię wieńcową (koronarografia) [6]. W pracowni hemodynamicznej dokonuje się obrazowania tętnic wieńcowych bądź pomostów aortalno-wieńcowych za pomocą promieniowania rentgenowskiego po podaniu środka cieniującego przez cewnik wprowadzony do ujścia naczyń wieńcowych [9].

Istotną rolę w działaniu diagnostycznym odgrywają badania laboratoryjne i obrazowe, które umożliwiają lekarzowi ocenę występowania czynników ryzyka sercowo-naczyniowych oraz powikłań narządowych. Niejednokrotnie ułatwiają rozpoznanie wtórnych postaci NT. Według zaleceń ESH/ESC z 2007 roku do badań laboratoryjnych u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze są: ocena klirensu kreatyniny bądź GFR, stężenie glukozy na czczo; stężenie potasu i kwasu moczowego; stężenie cholesterolu całkowitego, frakcji LDL i HDL; hemoglobina i hematokryt; badanie ogólne moczu oraz wykonanie EKG [9].

Leczenie nadciśnienia tętniczego

Kluczem do osiągnięcia wspólnego sukcesu u osób z chorobami przewlekłymi, szczególnie w nadciśnieniu tętniczym jest przede wszystkim dobra współpraca lekarza z chorym [11]. Według przeprowadzonych badań obserwuje się 30-50% przypadków niewłaściwego współdziałania [9].

Czynnikami wpływającymi na niewłaściwą współpracę lekarza z pacjentem jest skomplikowany system przyjmowania leków, bezobjawowy przebieg choroby, ryzyko działań niepożądanych, zapominanie przyjmowania leków, obowiązek włączenia leczenia nefarmakologicznego, brak akceptacji zachorowania na chorobę przewlekłą i związanej z tym potrzeby długotrwałego stosowania farmakoterapii, która trwa przez całe życie.

Istotną poprawę współpracy pacjenta z lekarzem będą nowsze preparaty o łatwym dawkowaniu [11].

Także wymóg systematycznych wizyt u lekarza oraz koszty leczenia przekraczające możliwości finansowe chorego sprawiają trudności prawidłowej współpracy [9].

Leczenie farmakologiczne

Decydującym celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest obniżenie chorobowości i śmiertelności sercowo-naczyniowej oraz poprawa jakości życia osób, także w wieku podeszłym i wskutek tego przedłużenie życia. Przytoczony cel można osiągnąć poprzez obniżenie ciśnienia oraz oddziaływanie na inne modyfikowalne czynniki ryzyka [12].

Niestety aż 40–50% pacjentów nie przyjmuje swoich leków zgodnie z zaleceniami lekarza, w następstwie czego nie osiągają oni spodziewanych efektów leczniczych i ich stan zdrowia nie ulega poprawie. Systematycznie poszukuje się czynników motywujących pacjentów do lepszego przestrzegania tych zaleceń i w konsekwencji uzyskania lepszych efektów zastosowanej terapii [13]. Istotną poprawę przestrzegania terapii nadciśnienia tętniczego wskazuje się na stosowanie preparatów złożonych, ponieważ wytrwałość w przyjmowaniu połączonych leków hipotensyjnych połączonych w 1 tabletkę jest większa niż w przypadku stosowania tych środków w postaci 2 oddzielnych tabletek [11].

Leczenie nefarmakologiczne

Nierozłącznym elementem terapii nadciśnienia tętniczego, bez względu na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe, stanowi leczenie nefarmakologiczne, które powinno być wdrożone u wszystkich chorych. Modyfikacja stylu życia u osób z nadciśnieniem tętniczym jest wstępną metodą leczenia, rekomendowaną przed wprowadzeniem leku, albo stosowaną łącznie z farmakoterapią [5,14]. Przy odpowiedniej diecie w połączeniu z aktywnością fizyczną przyczynia się do znacznego obniżenia wartości ciśnienia tętniczego krwi, co skutkuje zmniejszonym prawdopodobieństwem wystąpienia epizodu sercowo-naczyniowego w przyszłości [16].

Intensywne, długofalowe próby wieloczynnikowych zmian stylu życia u osób z NT mają ograniczoną skuteczność i dotyczą tylko niektórych spośród modyfikowalnych czynników ryzyka [8]. Zwraca istotną uwagę znaczenie konsekwentnego prowadzenia prozdrowotnego stylu życia na każdym etapie leczenia, równoległe z farmakologicznym postępowaniem hipotensyjnym, ponieważ wpływ prozdrowotnego stylu życia na stan zdrowia pacjentów z NT przejawia się nie tylko obniżeniem wartości ciśnienia tętniczego krwi, ale rozszerza swój wpływ na kontrolę współwystępujących czynników ryzyka, oraz na zmniejszenie liczby stosowanych leków i ich dawek [3,7]. Modyfikacje stylu życia w leczeniu NT wraz z przybliżonymi wartościami obniżenia ciśnienia skurczowego w oparciu o raport JNS przedstawia tabela IV.

Według obowiązujących zaleceń Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i ESC/ESH z 2007 roku w skład leczenia niefarmakologicznego wchodzi przede wszystkim: zaprzestanie palenia tytoniu i ograniczenie spożycia alkoholu, zmniejszenie masy ciała, ograniczenie spożycia soli, zwiększenie aktywności fizycznej, zwiększenie spożycia owoców i warzyw oraz zmniejszenie spożycia tłuszczów nasyconych i całkowitego spożycia tłuszczów [15].

Tabela IV. Modyfikacje stylu życia w leczeniu NT wraz z przybliżonymi wartościami obniżenia ciśnienia skurczowego w oparciu o raport JNS [9].

Modyfikacja	Wskazówki	Orientacyjne obniżenie wartości ciśnienia
Obniżenie masy ciała	Zachowywać prawidłową masę ciała (BMI 18,5-24,9 kg/m ²);	5-20 mmHg/10 kg redukcji masy ciała
Aplikowanie diety DASH	Wzrost konsumpcji warzyw, owoców, produktów mlecznych ze zmniejszoną zawartością tłuszczów nasyconych i tłuszczu ogółem;	8-14 mmHg
Redukcja spożycia sodu	Zredukowanie spożycia sodu do ilości nieprzekraczającej 100 mmol/d (2,4g sodu lub 6g chlorku sodu);	2-8 mmHg
Wzrost aktywności fizycznej	Wdrażać regularne ćwiczenia aerobowe tj. szybkie chodzenie-30 min. dziennie przez większość dni tygodnia;	4-9 mmHg
Zredukowanie spożycia alkoholu	Zredukowanie spożycia do ≤ 2porcji alkoholu (28g lub 30 ml etanolu np. 680 g piwa, 283 g wina bądź 85 g whisky 40%) dziennie u mężczyzn i 1 porcji dziennie u kobiet/osób o małej masie ciała;	2-4 mmHg

Nieodzownym elementem modyfikacji stylu życia jest zaangażowanie ze strony pacjenta, współuczestnictwo w procesie leczenia, zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń i

nawyków [14]. Adekwatnym sposobem będzie objęcie chorych i członków rodziny kompleksową opieką medyczną, edukacyjną, pielęgniarczą, rehabilitacyjną i psychologiczną, a także stworzenie systemu poradnictwa [4].

Powikłania nadciśnienia tętniczego

Istotne znaczenie przypisuje się zapobieganiu i wczesnemu leczeniu powikłań nadciśnienia tętniczego oraz chorób współistniejących, które może zapobiec dalszemu pogarszaniu się jakości życia u chorych na nadciśnienie tętnicze [16]. Ważnym jest, że zarówno leczenie, jak i profilaktyka nadciśnienia tętniczego mają duże znaczenie, gdyż może mieć wpływ na jego skuteczność [17].

Nadciśnienie tętnicze przebiega często skąpoobjawowo lub nawet bez jakichkolwiek objawów klinicznych, ale niesie ze sobą ryzyko wystąpienia groźnych powikłań, do których należą m.in. przerost i zawał mięśnia sercowego, udary mózgowe, niewydolność krążenia, uszkodzenie nerek, migotanie przedsionków oraz retinopatia, sprzyja pojawieniu się zmian miażdżycowych, może stać się przyczyną występowania zaburzeń gospodarki lipidowej oraz węglowodanowej, a także cukrzycy [6]. Często nieleczone nadciśnienie tętnicze może prowadzić do udaru mózgu, zarówno krwotocznego jak i niedokrwienne, choroby niedokrwiennej serca, niewydolności nerek i przedwczesnej śmierci [3].

Zwiększona śmiertelność z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego związana z nadciśnieniem tętniczym jest czynnikiem wpływającym na powstawanie dodatkowych kosztów, stanowiących obciążenie ekonomiczne zarówno dla systemu ochrony zdrowia i dla całego społeczeństwa. Dlatego istotne jest przywrócenie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego za pomocą skutecznego leczenia, dobrze tolerowanych leków o prostym schemacie dawkowania [10], konieczność wykonywania okresowych badań kontrolnych oceniających efekty leczenia [2], które mogą zapobiec zwiększaniu ekonomicznych obciążeń systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa [3,6].

Akceptacja choroby w nadciśnieniu tętniczym a jakość życia

Choroba przewlekła jaką jest nadciśnienie tętnicze oraz powikłania z nim związane ingerują w dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, wpływając tym samym na jakość życia (QoL, Quality of Life) [9,14]. Kwestia jakości życia w sytuacji choroby pozwala na całościowe spojrzenie na sytuację osoby chorej, który umożliwia ocenę stanu zdrowia przez chorego [Rolka i in., 2009]. Natomiast akceptacja choroby oznacza przyjęcie pozytywnej postawy wobec danej sytuacji czy poglądu, sprzyja mobilizacji sił pacjenta, oraz umożliwia

zapobieganiu obniżenia jakości życia w konsekwencji choroby przewlekłej [12]. Pozycja chorego wobec nadciśnienia tętniczego jest uzależniona od wielu czynników: jego osobowości, indywidualnych skłonności do zachowań zdrowotnych, przebiegu choroby, samoakceptacji choroby, sposobów radzenia ze stresem, radzenie z emocjami, a także od otrzymywanego wsparcia społecznego [15].

Uwarunkowany stanem zdrowia pojęcie jakości życia wprowadził Schipper w 1990, który definiował je jako „czynnościowy efekt choroby i jej leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez chorego” [3].

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, World Health Organization) opisuje jakość życia jako „osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości w jakim żyje oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw” [2,14].

Często u pacjentów powyżej 60 roku życia współwystępująca depresja pogarsza rokowanie odnośnie akceptacji choroby, efektywności samoopieki oraz istotnie wpływa na obniżenie jakości życia [10,22]. Poczucie kontroli w sytuacjach trudnych jest istotną cechą regulującą funkcjonowanie jednostki, który warunkuje przebieg procesu stresowego poprzez ocenę stopnia zagrożenia i podejmowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem. Determinuje przekonanie, że własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób [19].

Polepszenie samopoczucia powoduje lepszą subiektywną ocenę stanu zdrowia i poprawę aktywności życiowej, a także stosowanie się chorego do zaleceń dotyczących zmian stylu życia i farmakoterapii [11]. Szczególnie ważna jest ta ocena w chorobach przewlekłych, między innymi w NT, w których powrót do zdrowia może być jedynie częściowy, zaś leczenie trwa latami lub do końca życia. W NT ocena jakości życia może być przydatna w wyborze i modyfikacji sposobu leczenia, a także w stratyfikacji ryzyka zgonu czy też podczas kolejnych hospitalizacji [8,13]. Należałoby zastosować takie metody terapeutyczne, które dawałyby szansę na dalsze życie, które byłoby zbliżone bądź podobne do życia osób zdrowych [11].

CELE PRACY

Głównym celem pracy było określenie akceptacji choroby wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Cel ten osiągnięto poprzez cele szczegółowe jak:

1. Ocena akceptacji choroby wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym
2. Określenie czynników wpływających na akceptację choroby.

3. Ocena występowania zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w grupie 100 osób losowo wybranych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Wewnętrznym w SPZOZ w Bielsku Podlaskim. Badaniem objęto pacjentów podczas pobytu w szpitalu, w którym korzystali ze świadczeń zdrowotnych w III i IV kwartale 2018 roku.

Badania miały charakter prospektywny i anonimowy, każdy z respondentów wyraził zgodę na ich przeprowadzenie. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz konstrukcji własnej oraz standaryzowane skale badawcze jak: skalę Akceptacji Choroby (AIS) i skalę depresji Becka.

- **kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej** który zawierał pytania z zakresu danych społeczno-demograficznych tj.: płeć, wiek, parametry antropometryczne - BMI, miejsce zamieszkania, wykształcenie, źródło utrzymania, stan cywilny, oraz pytania dotyczące choroby, jej czasu trwania, czynników i chorób współistniejących jak metod leczenia nadciśnienia tętniczego.
- **Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale - AIS)**- pozwala na ocenę stopnia akceptacji choroby przez pacjenta [14]. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i stosowaną terapią. Czym większa akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Zawiera ona 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Pacjent określa swój obecny stan zdrowia, wskazując odpowiednią cyfrę: 1 - zgadzam się, 2 - raczej zgadzam się, 3 - ani się zgadzam ani nie zgadzam, 4 - raczej nie zgadzam się, 5 - nie zgadzam się. Złe przystosowanie do choroby oznacza zakreślenie odpowiedzi numer 1, zaś pełną akceptację choroby oznacza odpowiedź numer 5. Ogół akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Skala AIS, zdaniem autorów, może mieć zastosowanie do oceny akceptacji w każdej chorobie [16].
- **Kwestionariusz depresji Becka** (Beck Depression Inventory, BDI) to skala / test autorstwa Aarona Becka który służy rozpoznawaniu objawów depresji. Skala składa się z 21 pytań, na które pacjent samodzielnie udziela odpowiedzi [16]. Zastosowanie skali ma jedynie charakter pomocniczy, zaś diagnoza depresji wymaga konsultacji u lekarza psychiatry

lub psychologa, gdy otrzymany wynik wskazuje na możliwość chorowania na depresję. W diagnozie psychiatra lub psycholog opiera się na zebraniu fachowego wywiadu z pacjentem oraz obserwacji jego stanu psychicznego [13].

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego EXCEL. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności (n) i odsetka (%). Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO - DEMOGRAFICZNA BADANYCH

Grupę badanych stanowiło 100 osób losowo wybranych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, w tym 62,0% kobiet i 38,0% mężczyzn hospitalizowanych w Oddziale Wewnętrznym w SPZOZ w Bielsku Podlaskim, w którym korzystali ze świadczeń zdrowotnych w III i IV kwartale 2018 roku. W wyżej wymienionym okresie hospitalizowano 894 osób. Rycina 2.



Rycina 2. Płeć ankietowanych.

Ogółem średni wiek całej grupy badawczej wyniósł 57,8 lat. Respondentów podzielono na trzy grupy wiekowe.

W grupie wiekowej ≥ 49 lat średnia wieku wynosiła 43,96 lat. W grupie wiekowej 50-64 lat średni wiek wyniósł 56 lat. W grupie wiekowej 65 lat i więcej średni wiek wyniósł 72,16 lat. Tabela V.

Tabela V. Średni wiek ankietowanych.

	Średni wiek ankietowanych
Razem n=100	57,8
≥ 49 lat	43,96
50-64 lat	56
65 lat i więcej	72,16

Dokonano charakterystyki społeczno – demograficznej badanych. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 50-64 lat (40,0%, w tym 42,11% mężczyzn i 38,71% kobiet). 32,0% osób było w wieku wczesnej i późnej starości, tj. mające 65 i więcej lat. Poniżej 49 roku życia było 28,0% osób (32,26% vs. 21,05% mężczyźni). Rozkład wieku obu płci kształtował się podobnie.

Analiza miejsca zamieszkania pozwoliła ustalić, że znaczna część respondentów mieszkała w małym mieście (47,0%), na wsi zamieszkiwało 43,0% osób, zaś osoby mieszkające w dużym mieście stanowiły 10,0% respondentów.

Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem średnim (37,0% osób, w tym 47,37% kobiet i 30,64% mężczyzn). 24,0% osób deklarowało wykształcenie zasadnicze zawodowe, 17,0% osób zadeklarowało wykształcenie podstawowe, 14,0% ankietowanych legitymowało się wykształceniem wyższym. Tylko nieliczna grupa posiadała wykształcenie średnie niepełne (8,0%).

Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między źródłem utrzymania a płcią (*p = 0,016). Większość ankietowanych 59,0% osób (67,74% vs. 44,74% mężczyzn) pracowało zawodowo, zaś 33,0% osób ze względu na stan zdrowia przebywało na rencie. 5,0% respondentów podało emeryturę jako główne źródło utrzymania, tylko 3,0% ankietowanych (7,89% mężczyzn) było bezrobotnymi.

Osób, którzy są „żonatymi/mężatkami” było 32,0% osób (37,10% vs. 23,69% mężczyzn). 22,0% ankietowanych było osobami stanu wolnego bądź rozwiedzionymi. Wykazano, iż 20,0% ankietowanych są osobami owdowiałymi. Żyjących w separacji było 4,0% respondentów (7,89% vs. 1,61% kobiety).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między wiekiem, miejscem zamieszkania, wykształceniem i stanem cywilnym. Tabela VI.

Tabela VI. Charakterystyka społeczno – demograficzna badanych, a płeć.

Płeć	Kobiety		Mężczyźni		Razem=100 (100%)
	=62	%	n=38	%	
Wiek [lata] (n.z. - p = 0,455)					
≥ 49lat	0	32,26	8	21,05	28 (28,0)
50-64lat	4	38,71	16	42,11	40 (40,0)
65lat i więcej	8	29,03	14	36,84	32 (32,0)
Miejsce zamieszkania (n.z. – p = 0,740)					
miasto duże		9,68	4	10,52	10 (10,0)
miasto małe	1	50,00	16	42,11	47 (47,0)
wieś	5	40,32	18	47,37	43 (43,0)
Wykształcenie (n.z. – p = 0,072)					
podstawowe		14,52	8	21,05	17 (17,0)
zasadnicze zawodowe	5	24,19	9	23,69	24 (24,0)
średnie	9	30,64	18	47,37	37 (37,0)
średnie niepełne		9,68	2	5,26	8 (8,0)
wyższe	3	20,97	1	2,63	14 (14,0)
Źródło utrzymania (* p = 0,016)					
praca zawodowa	2	67,74	17	44,74	59 (59,0)
renta	6	25,81	17	44,74	33 (33,0)
bezrobotny		0,00	3	7,89	3 (3,0)
Inne (emerytura)		6,45	1	2,63	5 (5,0)
Stan cywilny (n.z. – p = 0,364)					
kawaler/panna	3	20,97	9	23,69	22 (22,0)
żonaty/mężatka	3	37,10	9	23,69	32 (32,0)
rozwódziona/rozwódziona	2	19,35	10	26,31	22 (22,0)
wdowiec/wdowa	3	20,97	7	18,42	20 (20,0)
żyjący w separacji		1,61	3	7,89	4 (4,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

*- różnica istotna statystycznie

OCENA WSKAŹNIKA BMI RESPONDENTÓW

Poproszono respondentów, aby na podstawie swojego wzrostu i wagi ciała obliczyli wskaźnik BMI. Wśród respondentów u 38,0% osób stwierdzono nadwagę (39,47% vs. 37,1% kobiety). Normę stwierdzono u 34,0% ankietowanych, u 22,0% osób ustalono I^ootyłości. Po 3,0% osób ankietowanych stwierdzono niedowagę i II^ootyłości, były to kobiety (4,84%). Nikogo z ankietowanych nie zakwalifikowano do III^ootyłości. Różnic istotnych statystycznie między BMI, a płcią nie zaobserwowano. Tabela VII.

Tabela VII. Ocena BMI respondentów, a płeć.

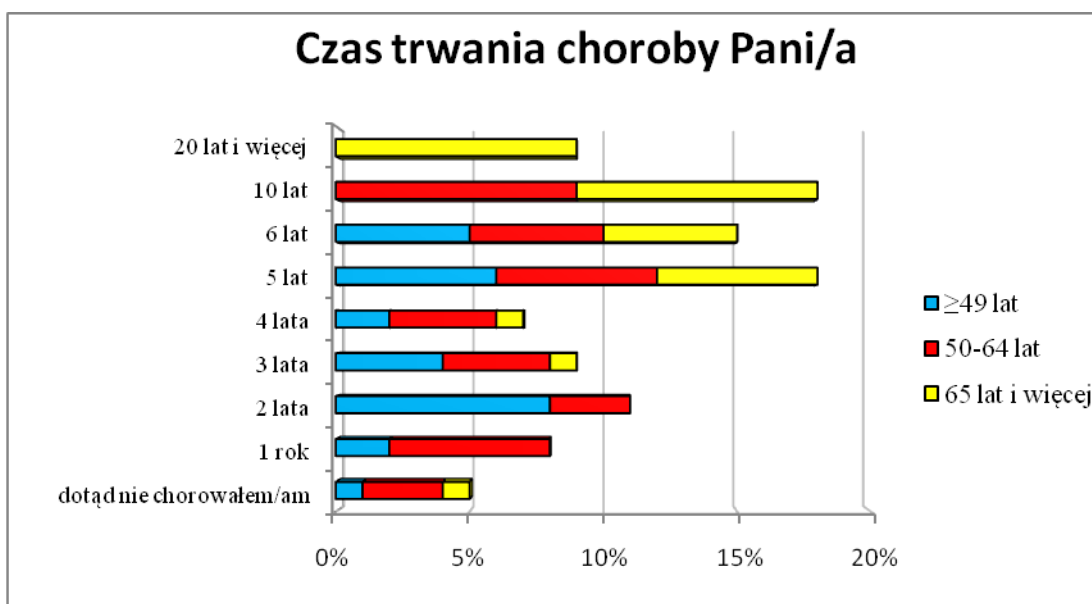
	BMI(kg/m ²)	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
		=62	%	=38	%	
Ocena BMI respondentów (n.z. – p = 0,375)						
Niedowaga	<18,5		4,84		0,00	3 (3,0)
Norma	18,5 - 24,9	1	33,87	3	34,21	34 (34,0)
Nadwaga	25 – 29,9	3	37,10	5	39,47	38 (38,0)
I ^o otyłości	30,0 – 34,9	2	19,35	0	26,32	22 (22,0)
II ^o otyłości	35,0 – 39,9		4,84		0,00	3 (3,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

OCENA CZASU TRWANIA CHOROBY A WIEK RESPONDENTÓW

Zestawiono czas trwania choroby z wiekiem respondentów na podstawie którego wykazano, iż 18,0% osób chorowało na NT 5 lat i 10 lat. 5 lat trwania choroby deklarowało 21,43% osób w wieku ≥49 lat, 18,75% osób w wieku 65 lat i więcej i 15,0% osób w wieku 50-64 lat. 10 lat trwania choroby deklarowało 28,13% osób w wieku 65 lat i więcej i 22,5% osób w wieku 50-64 lat. 15,0% respondentów podało 6 lat trwania choroby, w tym 17,86% osób w wieku ≥49 lat, 15,63% osób w wieku 65 lat i więcej i 12,5% osób w wieku 50-64 lat. 2 lata trwania choroby zadeklarowało 11,0% osób, w tym 28,58% osób w wieku ≥49 lat i 7,5%

ankietowanych w wieku 50-64 lat. Wykazano 9,0% osób chorujących na NT 3 lata i 20 lat i więcej. 3 lata deklarowało 14,28% osób w wieku ≥ 49 lat, 10,0% ankietowanych w wieku 50-64 lat i 3,12% osób w wieku 65 lat i więcej. Natomiast 20 lat i więcej deklarowało 28,13% osób w wieku 65 lat i więcej. Stwierdzono 8,0% osób chorujących 1 rok, w tym 15,0% osób w wieku 50-64 lat i 7,14% osób w wieku ≥ 49 lat. 4 lata chorowało 7,0% ankietowanych, w tym 10,0% osób w wieku 50-64 lat, 7,14% osób w wieku ≥ 49 lat i 3,12% osób w wieku 65 lat i więcej. Dotąd na NT nie chorowało 5,0% osób, w tym 7,5% osób w wieku 50-64 lat, 3,57% osób w wieku ≥ 49 lat i 3,12% osób w wieku 65 lat i więcej. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem, a czasem trwania choroby (*p = 0,00004). Rycina 3.



Rycina 3. Czas trwania choroby Pani/a.

OCENA KORZYSTANIA Z PORADY BĄDŹ WIZYTY LEKARSKIEJ

Zapytano ankietowanych o częstość korzystania z porady, bądź wizyty lekarskiej. Odsetek osób, które korzystały systematycznie z porady, bądź wizyty lekarskiej utrzymywał się na równomiernym poziomie z osobami korzystającymi często/3 razy w miesiącu. Osób deklarujących poradę bądź wizytę lekarską 1-2 razy w roku było 33,0% (34,21% vs. 32,26% kobiet), 29,0% ankietowanych korzystało z porady, bądź wizyty lekarskiej często/3 razy w miesiącu, 28,0% osób podało 3-4 razy w roku. Natomiast 10,0% respondentów (15,79% vs. 6,45% kobiet) w ogóle nie korzysta z porady/wizyty lekarskiej. Różnic istotnych statystycznie

między częstością korzystania z porady, wizyty lekarskiej, a płcią nie zaobserwowano. Tabela VIII.

Tabela VIII. Ocena częstości korzystania z porady, wizyty lekarskiej, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	=62	%	n=38	%	
Częstość korzystania z porady, wizyty lekarskiej (n.z. – p = 0,371)					
1-2 razy w roku	0	32,26	13	34,21	33 (33,0)
3-4 razy w roku	0	32,26	8	21,05	28 (28,0)
często/3 razy w miesiącu	8	29,03	11	28,95	29 (29,0)
nie korzystam z porady/wizyty		6,45	6	15,79	10 (10,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

OCENA ILOŚCI HOSPITALIZACJI Z POWODU NT

Z powodu nadciśnienia tętniczego, aż 54,0% respondentów (56,45% vs. 50,0% mężczyzn) nie było hospitalizowanych wcześniej. 18,0% ankietowanych zadeklarowało 5 i więcej hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego, zaś 17,0% osób było hospitalizowanymi 2-3 razy w ciągu trwania choroby.

Tabela IX. Ilość hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego, a płeć.

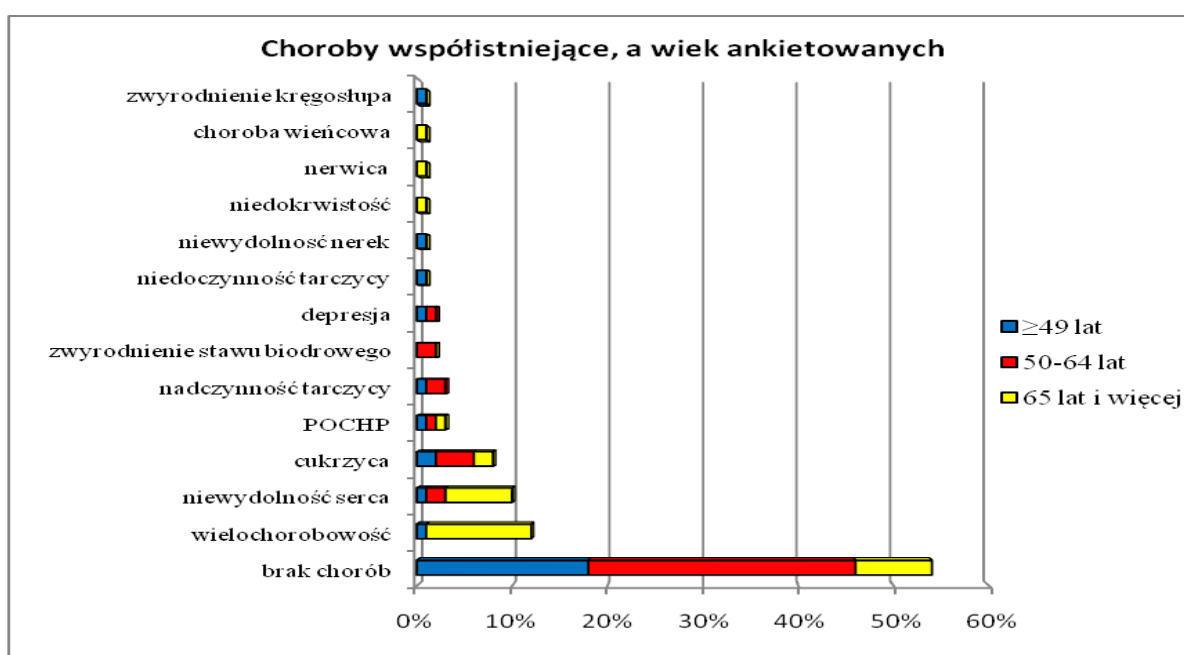
	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	n=62	%	n=38	%	
Ilość hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego (n.z. – p = 0,595)					
nie było hospitalizacji	35	56,45	19	50,00	54 (54,0)
1x hospitalizowani	8	12,90	3	7,90	11 (11,0)
2-3x hospitalizowani	10	16,13	7	18,42	17 (17,0)
5 i więcej hospitalizacji	9	14,52	9	23,68	18 (18,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Jeden raz hospitalizowanymi było tylko 11,0% respondentów, w tym 12,90% kobiet i 7,90% mężczyzn. Różnic istotnych statystycznie między ilością hospitalizacji z powodu nadciśnienia tętniczego, a płcią nie zaobserwowano. Tabela IX.

OCENA CHOROÓB WSPÓLISTNIEJĄCYCH WYSTĘPUJĄCYCH WŚRÓD ANKIETOWANYCH

Zapytano respondentów o występowanie chorób współistniejących. Aż 54,0% ankietowanych nie ma chorób współistniejących.



Rycina 4. Choroby współistniejące, a wiek ankietowanych.

OCENA WIEDZY I PRZESTRZEGANIA ZASAD LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Wśród ankietowanych 56,0% osób (66,13% vs. 39,47% mężczyzn) zna i przestrzega zasady leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego. 33,0% respondentów „czasami przestrzega”, zaś 11,0% osób (21,06% vs. 4,84% kobiety) zadeklarowało, że „nie” zna i „nie” przestrzega zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między płcią, a oceną wiedzy i przestrzegania zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego (* $p = 0,0091$). Tabela X.

Tabela X. Ocena wiedzy przestrzegania zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	n=62	%	=38	%	
Ocena wiedzy przestrzegania zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego(* p = 0,0091)					
tak	41	66,13	5	39,47	56 (56,0)
nie	3	4,84		21,06	11 (11,0)
czasami przestrzegam	18	29,03	5	39,4	33 (33,0)

*- różnica istotna statystycznie

OCENA WIEDZY I PRZESTRZEGANIA ZASAD LECZENIA NIEFARMAKOLOGICZNEGO NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Znajomość zasad leczenia nefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego deklarowało 41,0% osób (48,39% vs. 28,95% mężczyzn).

Tabela XI. Ocena wiedzy na temat zasad leczenia nefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	n=62	%	n=38	%	
Ocena wiedzy na temat zasad leczenia nefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego (n.z. – p = 0,089)					
tak	30	48,39	11	28,95	41 (41,0)
nie	10	16,13	12	31,58	22 (22,0)
czasamistosuję	22	35,48	15	39,47	37 (37,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

37,0% ankietowanych stwierdziło, że „czasami stosuje” leczenie niefarmakologiczne, natomiast 22,0% osób (31,58% vs. 16,13% kobiety) stwierdziło, że „nie” zna zasad leczenia niefarmakologicznego. Różnic istotnych statystycznie między oceną wiedzy na temat zasad leczenia niefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego, a płcią nie zaobserwowano. Tabela XI.

OCENA OBECNOŚCI NAŁOGÓW WŚRÓD ANKIETOWANYCH

Aż 44,0% osób (57,89% vs. 35,49% kobiety) pali papierosy. Brak nałogów deklarowało 39,0% respondentów, 14,0% osób zadeklarowało picie alkoholu. Tylko 3,0% osób (5,26% vs. 1,61% kobiety) stwierdziło przyjmowanie nadmierne ilości leków. Nikt z respondentów nie nadużywa narkotyków. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między płcią, a obecnością nałogów wśród ankietowanych, $p = 0,00011$. Tabela XII.

Tabela XII. Ocena obecności nałogów wśród ankietowanych, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	n=62	%	n=38	%	
Ocena obecności nałogów wśród ankietowanych (* p = 0,00011)					
papierosy	22	35,49	2	5,26	44 (44,0)
nadużywanie leków	1	1,61		5,26	3 (3,0)
nadużywanie narkotyków	0	0,00		0,00	0 (0,0)
alkohol	4	6,45	0	26,32	14 (14,0)
nie mam	35	56,45		10,53	39 (39,0)

* różnica istotna statystycznie

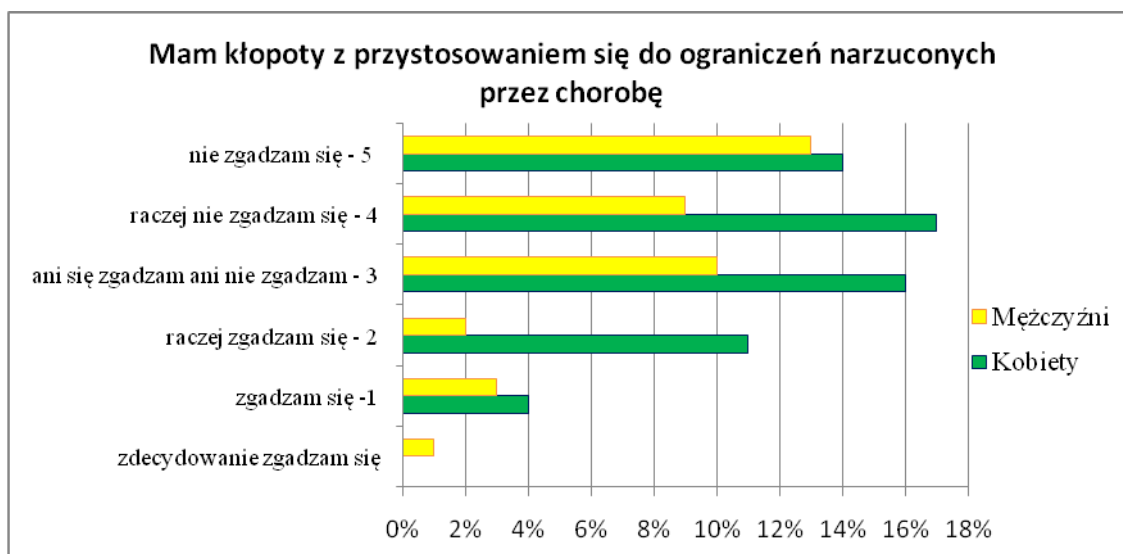
SKALA AKCEPTACJI CHOROBY (AIS)

Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowani w Oddziale Wewnętrznym w SPZOZ w Bielsku Podlaskim określili stopień akceptacji choroby za pomocą skali akceptacji choroby AIS. Czym większa akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie

negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Ankieta zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Pacjent określa swój obecny stan zdrowia, wskazując odpowiednią cyfrę: 1 - zgadzam się, 2 - raczej zgadzam się, 3 - ani się zgadzam ani nie zgadzam, 4 - raczej nie zgadzam się, 5 - nie zgadzam się. Złe przystosowanie do choroby oznacza zakreślenie odpowiedzi numer 1, zaś pełną akceptację choroby oznacza odpowiedź numer 5. Ogół akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów.

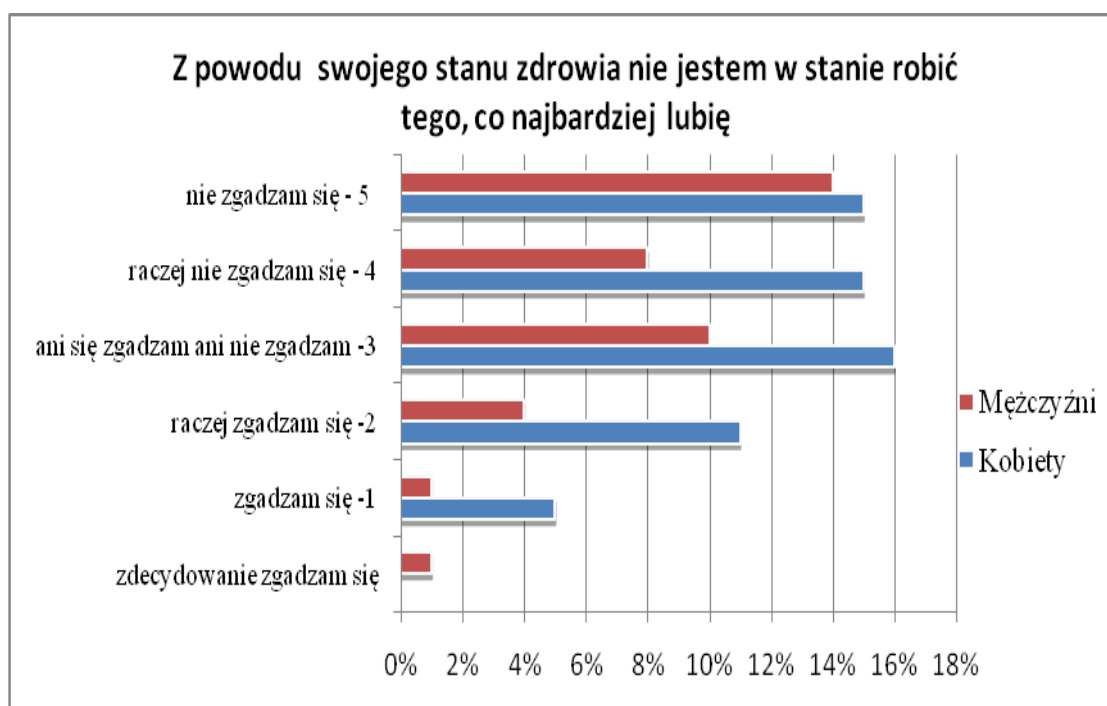
Analizowano skalę akceptacji choroby AIS z uwzględnieniem płci. Odpowiedzi badanych były zróżnicowane. Nikt z ankietowanych nie udzielił odpowiedzi: zdecydowanie nie zgadzam się ze stwierdzeniami skali akceptacji choroby AIS. Natomiast 1,0% osób ankietowanych wybierał odpowiedź: zdecydowanie zgadzam się ze stwierdzeniami skali akceptacji choroby AIS.

Zestawiono z płcią pierwsze stwierdzenie skali akceptacji choroby AIS: Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Na to stwierdzenie 27,0% osób (34,21% vs. 22,54% kobiety) wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” i „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” udzieliło 26,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się na tym samym poziomie. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 13,0% ankietowanych, odpowiedzi „1- zgadzam się” udzieliło 7,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 5.



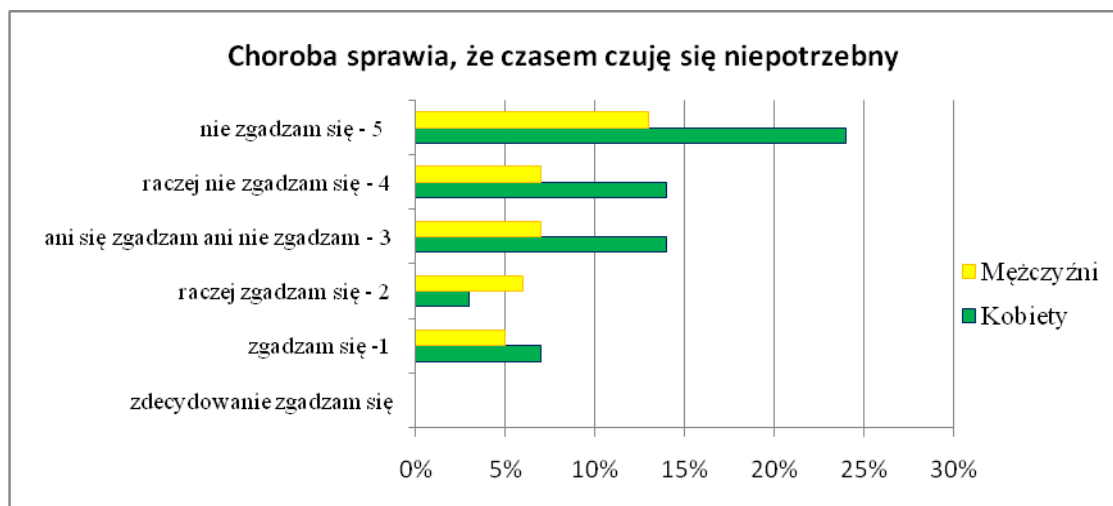
Rycina 5. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, a płeć.

Następne polecenie skali AIS dotyczyło chęci wykonywania czynności z powodu stanu zdrowia. Odpowiedzi były zróżnicowane. 29,0% osób (36,84% vs. 24,19% kobiety) wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, 26,0% osób wskazało „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” oraz 23,0% ankietowanych wybrało odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się”. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 15,0% osób, zaś odpowiedź „1- zgadzam się” wskazało 6,0% osób, zaś 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 6.



Rycina 6. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię, a płęć.

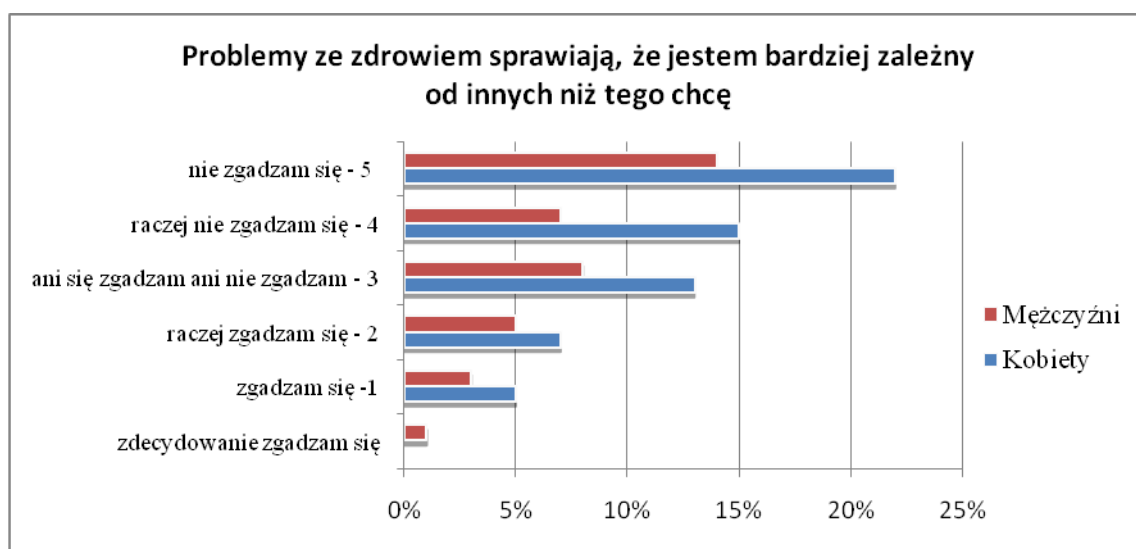
W dalszej kolejności analizowano trzecie stwierdzenie skali AIS, choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny. Większa część 37,0% osób ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, w tym 38,71% kobiet i 34,21% mężczyzn. Odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” i „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” utrzymywały się na tym samym poziomie, wskazało po 21,0% osób, odpowiedź „1- zgadzam się” wskazało 12,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 9,0% osób (15,79% vs. 4,84% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 7.



Rycina 7. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny, a płeć

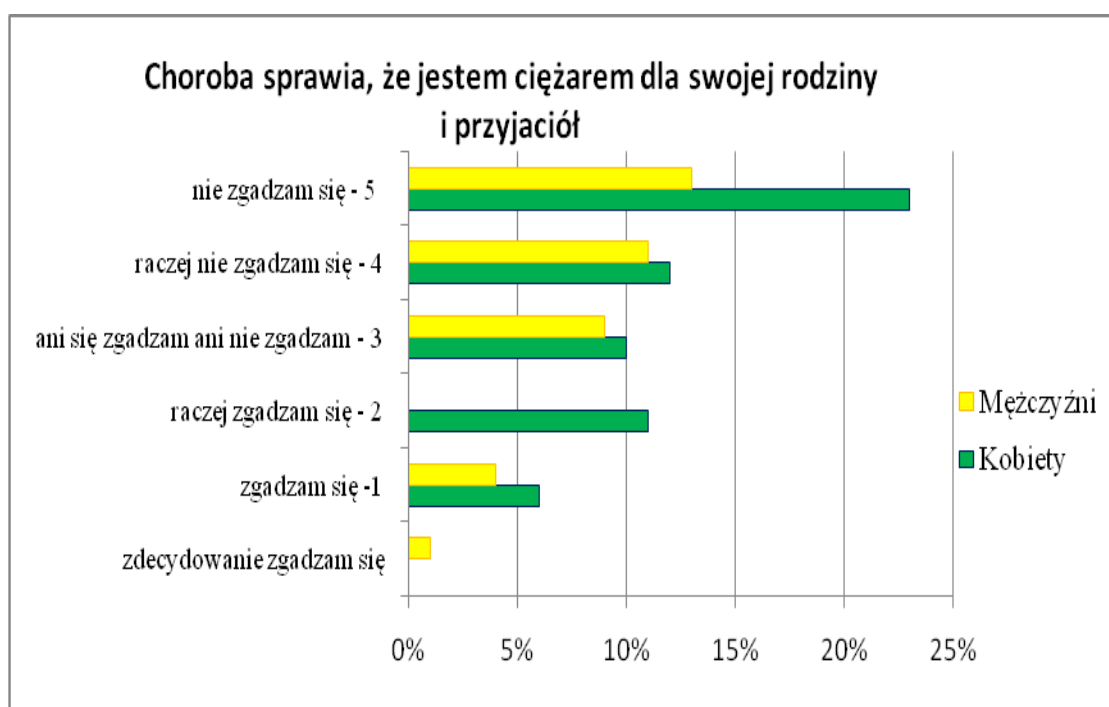
Kolejnym zagadnieniem w skali AIS było: „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Prawie jedna trzecia (36,0%) ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, w tym 36,84% mężczyzn i 35,48% kobiet. Odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” zadeklarowało 22,0% osób, zaś „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” udzieliło 21,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 12,0% ankietowanych, odpowiedzi „1- zgadzam się” udzieliło 8,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

Rycina 8.



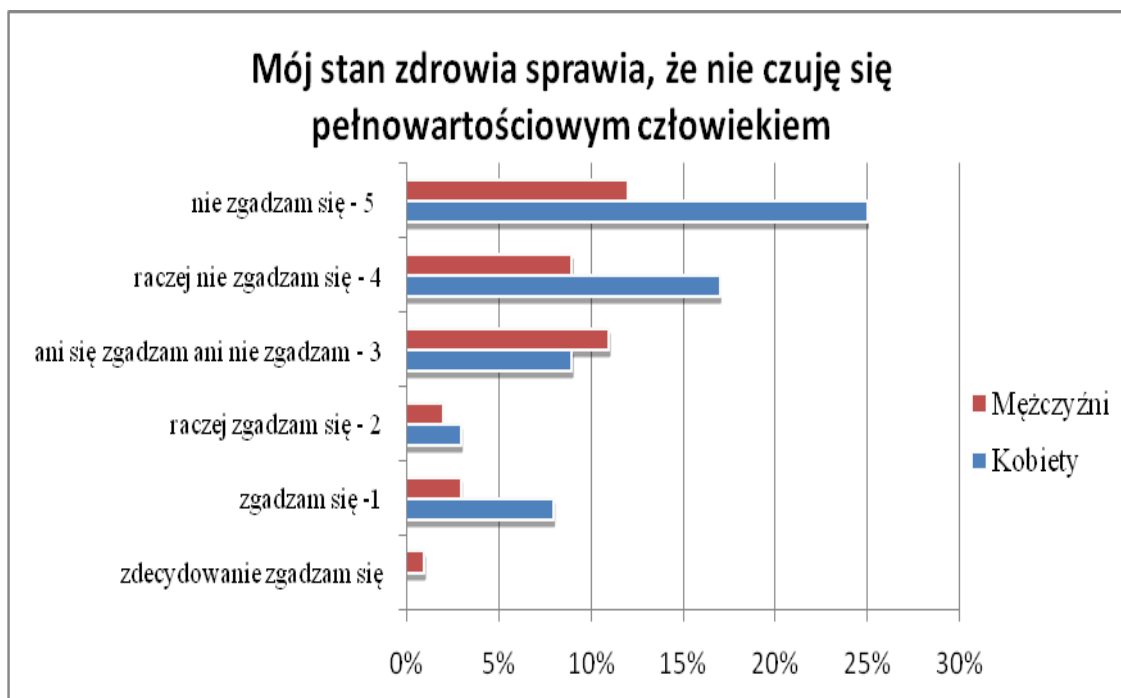
Rycina 8. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę, a płeć.

Na pytanie: „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” odpowiedzi nieco różniły się od poprzedniego stwierdzenia. Prawie jedna trzecia (36,0%) ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, w tym 34,21% mężczyzn i 37,10% kobiet. 23,0% osób zadeklarowało odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się”, 19,0% osób wybrało odpowiedź „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam”. Odpowiedź „2- raczej zgadzam się” udzieliło 11,0% osób, zaś „1- zgadzam się” deklarowało 10,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 9.



Rycina 9. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół, a płeć.

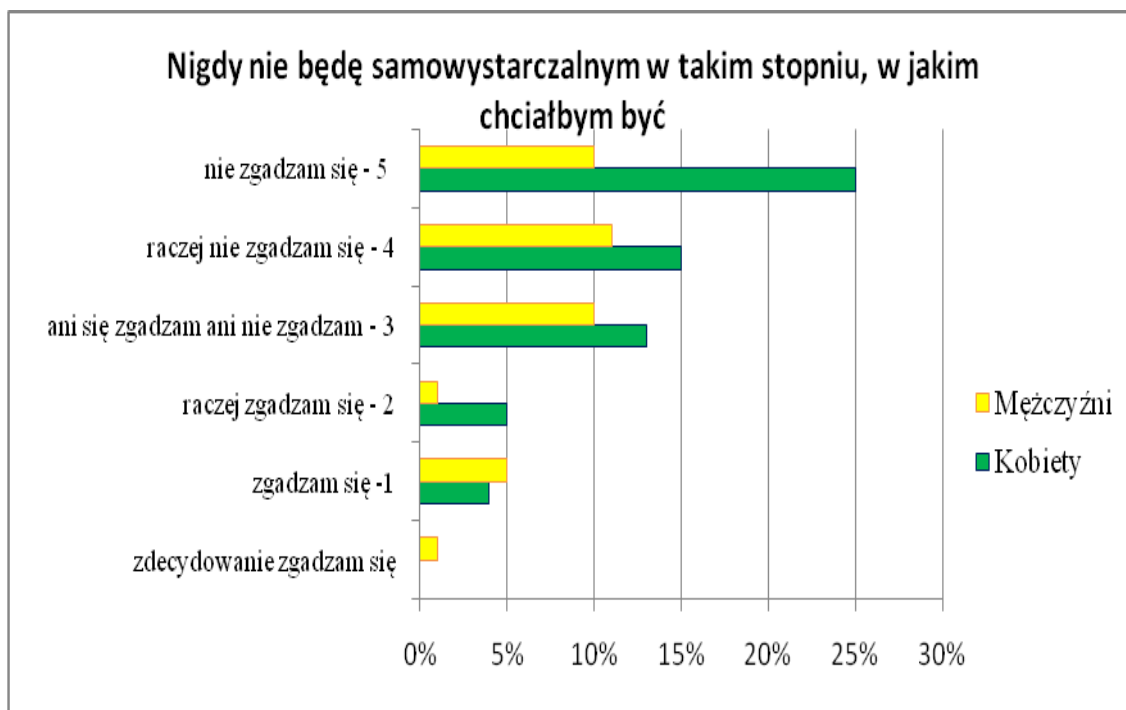
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem, na to stwierdzenie skali AIS 37,0% osób (40,32% vs. 31,58% mężczyzn) udzieliło odpowiedzi „5- nie zgadzam się”. Odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” zadeklarowało 26,0% osób, zaś „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” udzieliło 20,0% osób. Tylko 5,0% osób zadeklarowało odpowiedź „2- raczej zgadzam się”, zaś 11,0% osób udzieliło odpowiedzi „1- zgadzam się”. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 10.



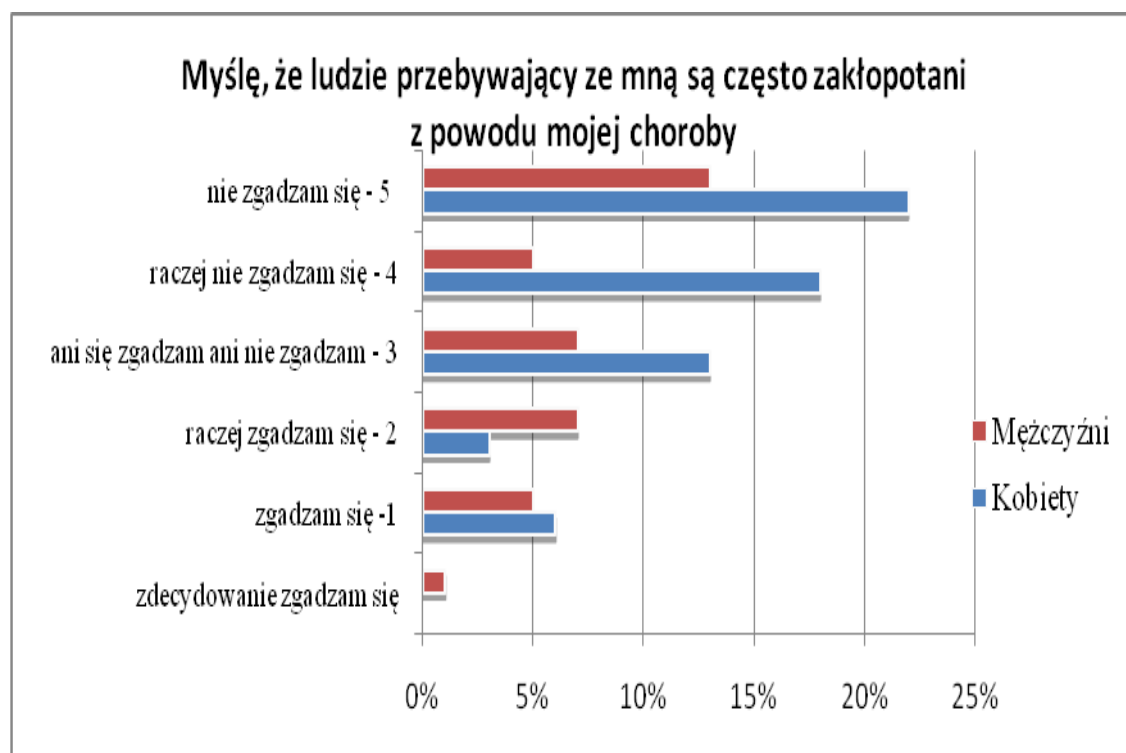
Rycina 10. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem, a płeć.

Kolejnym stwierdzeniem skali AIS było: „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Prawie jedna trzecia (35,0%) ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, w tym 40,32% kobiet i 26,32% mężczyzn. Odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” zadeklarowało 26,0% osób, zaś „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam” udzieliło 23,0% osób. Odpowiedź „1- zgadzam się” udzieliło 9,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 6,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 11.

Ostatnie ze stwierdzeń skali AIS brzmiało: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”. Jedna trzecia (35,0%) ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, 23,0% osób wskazało odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” i 20,0% osób zadeklarowało „3- ani się zgadzam ani nie zgadzam”. Odpowiedź „1- zgadzam się” udzieliło 11,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 10,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Rycina 12.



Rycina 11. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być, a płeć.



Rycina 12. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby, a płeć.

OGÓLNA OCENA POZIOMU AKCEPTACJI CHOROBY ZA POMOCĄ SKALI AKCEPTACJI CHOROBY Z UWZGLĘDNIENIEM PŁCI BADANYCH

Dokonano analizy ogólnej oceny poziomu akceptacji choroby za pomocą Skali Akceptacji Choroby z uwzględnieniem płci. Stwierdzono akceptację własnego stanu chorobowego przejawiającego się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą u 53,0% osób, w tym 53,23% kobiet i 52,63% mężczyzn ankietowanych. Średni poziom akceptacji choroby występował u 34,0% ankietowanych (35,48% vs. 31,58% mężczyzn). Brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego stwierdzono u 13,0% osób (15,79% vs. 11,29% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Tabela XIII.

Tabela XIII. Ocena poziomu akceptacji choroby, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem n=100 (100 %)
	=62	%	=38	%	
Ocena poziomu akceptacji choroby (n.z. – p = 0,789)					
8-18 punktów świadczy o braku akceptacji choroby		11,29		15,79	13 (13,0)
19-29 punktów oznacza średni poziom akceptacji choroby	2	35,48	2	31,58	34 (34,0)
30-40 punktów to akceptacja sytuacji zdrowotnej na dobrym poziomie	3	53,23	0	52,63	53 (53,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

OGÓLNA OCENA POZIOMU AKCEPTACJI CHOROBY ZA POMOCĄ SKALI AKCEPTACJI CHOROBY Z UWZGLĘDNIENIEM WIEKU BADANYCH

Analizowano ogólną ocenę poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku ankietowanych. Stwierdzono akceptację własnego stanu chorobowego przejawiającego się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą u 53,0% osób ankietowanych, w tym

67,50% osób w wieku 50-64 lat, 53,57% osób w wieku ≥ 49 lat oraz 34,37% osób w wieku 65 lat i więcej. Średni poziom akceptacji choroby występował u 34,0% ankietowanych, 50,00% osób w wieku 65 lat i więcej, 30,0% osób w wieku 50-64 lat i 21,43% osób w wieku ≥ 49 lat. Natomiast brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego stwierdzono u 13,0% osób, najwięcej, aż 25,0% u osób w wieku ≥ 49 lat, 15,63% u osób w wieku 65 lat i więcej oraz 2,50% u osób w wieku 50-64 lat. Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych, stwierdzono, że osoby w wieku ≥ 49 lat nie akceptują swojego stanu chorobowego, zaś u osób w wieku 65 lat i więcej poziom akceptacji choroby jest większy. Zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem, a oceną poziomu akceptacji choroby na podstawie Skali Akceptacji Choroby (* $p = 0,0065$).

Wyniki obrazuje Tabela XIV.

Tabela XIV. Ocena poziomu akceptacji choroby, a wiek.

	≥49 lat		50-64 lat		65 lat i więcej		Razem n=100 (100 %)
	=28		=40		=32		
Ocena poziomu akceptacji choroby (* p = 0,0065)							
8-18 punktów świadczy o braku akceptacji choroby		5,00		,50		5,63	13 (13,0)
19-29 punktów oznacza średni poziom akceptacji choroby		1,43	2	0,00	6	0,00	34 (34,0)
30-40 punktów to akceptacja sytuacji zdrowotnej na dobrym poziomie	5	3,57	7	7,50	1	4,37	53 (53,0)

*różnica istotna statystycznie

OCENA WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH ZA POMOCĄ KWESTIONARIUSZA DR BECKA

Za pomocą interpretacji wyników Kwestionariusza dr Becka stwierdzono wysoki odsetek osób deklarujących brak depresji (0-11 punktów) u 65,0% osób (67,74% vs. 60,53% mężczyzn). U 28,0% osób zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu (12-26 punktów). Tylko u 7,0% osób (7,89% vs. 6,45% kobiet) występowały zaburzenia depresyjne o umiarkowanym nasileniu (27-49 punktów). Zaburzeń depresyjnych o głębokim nasileniu nie stwierdzono. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Tabela XV

Tabela XV. Ocena odzwierciedlająca Pani/a występowanie zaburzeń depresyjnych za pomocą Kwestionariusza dr Becka, a płeć.

	Kobiety		Mężczyźni		Razem
	n	%		%	n=100 (100 %)
	=62		=38		
Ocena odzwierciedlająca Pani/a występowanie zaburzeń depresyjnych za pomocą Kwestionariusza dr Becka (n.z. – p = 0,910)					
0–11 punktów - brak depresji	42	67,74	3	60,53	65 (65,0)
12–26 punktów - epizod depresyjny o łagodnym nasileniu	16	25,81	2	31,58	28 (28,0)
27–49 punktów - epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu	4	6,45		7,89	7 (7,0)
50–63 punktów – epizod depresyjny o głębokim nasileniu	0	0,00		0,00	0 (0,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Dokonano analizy wieku ankietowanych w odniesieniu do wyników zaburzeń depresyjnych wg Kwestionariusza dr Becka. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono wysoki odsetek (65,0%) osób deklarujących brak depresji, w tym 85,72%osób w wieku ≥ 49 lat, 67,50% osób w wieku 50-64 lat i 43,75% osób ankietowanych w wieku 65 lat i więcej.U

28,0% osób ustalono epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, w tym 46,88% osób ankietowanych w wieku 65 lat i więcej, 25,0% osób w wieku 50-64 lat i 10,71% osób w wieku ≥ 49 lat. Zinterpretowano u 7,0% osób epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu: 9,37% osób ankietowanych w wieku 65 lat i więcej, 7,50% osób w wieku 50-64 lat i 3,57% osób w wieku ≥ 49 lat. W żadnej grupie wiekowej epizodu depresyjnego o głębokim nasileniu nie stwierdzono. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Tabela XVI.

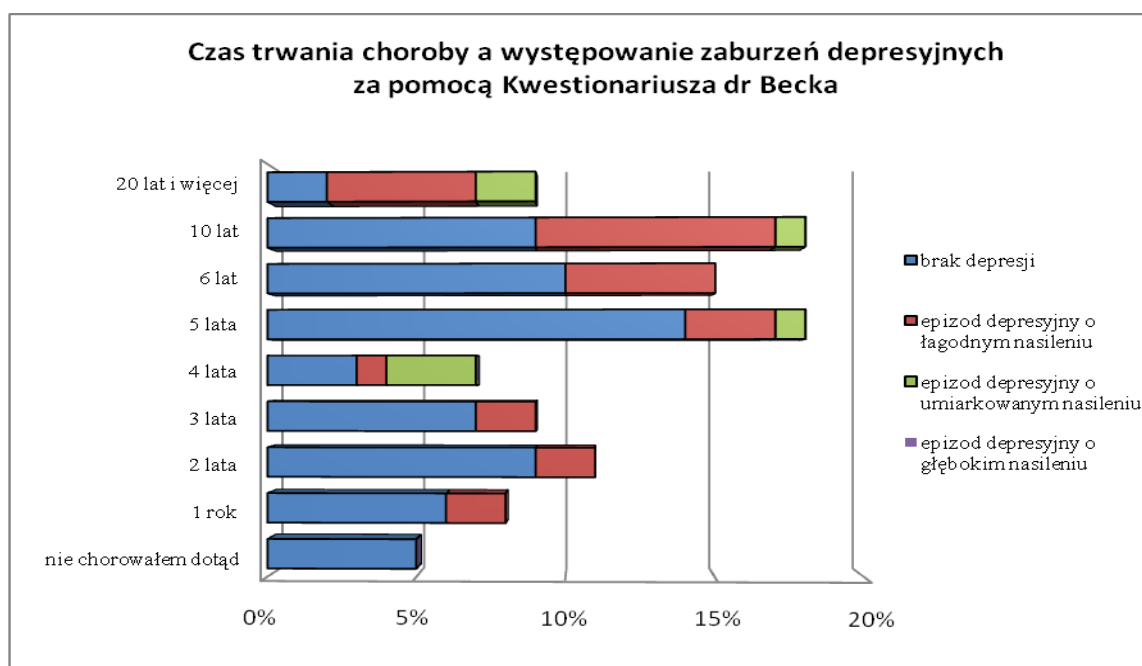
Tabela XVI. Występowanie zaburzeń depresyjnych wg Kwestionariusza dr Becka a wiek ankietowanych

	≥49 lat		50-64 lat		65 lat i więcej		Razem =100 (100 %)
	=28		=40		n	%	
Ocena odzwierciedlająca Pani/a występowanie zaburzeń depresyjnych za pomocą Kwestionariusza dr Becka (n.z. – p =0,061)							
0–11 punktów - brak depresji	4	5,72	7	7,50	14	43,75	65 (65,0)
12–26 punktów- epizod depresyjny o łagodnym nasileniu		0,71	0	5,00	15	46,88	28 (28,0)
27–49 punktów – epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu		3,57		7,50	3	9,37	7 (7,0)
50–63 punktów – epizod depresyjny o głębokim nasileniu		0,00		0,00	0	0,00	0 (0,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

Zestawiono czas trwania choroby z występowaniem zaburzeń depresyjnych. Po 18,0% osób chorowało na NT 5 lat i 10 lat. U osób chorujących 5 lat wykazano brak depresji (21,54% osób), epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu (14,29% osób)

i epizod depresyjny o łagodnym nasileniu (10,71% osób). Natomiast u osób chorujących 10 lat stwierdzono epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 28,58% osób, epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu u 14,29% osób i brak depresji u 13,85% osób. U respondentów chorujących 6 lat (15,0%) wykazano epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 17,86% osób i brak depresji u 15,38% osób. U osób chorujących na NT 2 lata (11,0%) stwierdzono brak depresji u 13,85% osób i epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 7,14% osób. Po 9,0% osób chorowało na NT 3 lata i 20 lat i więcej. U osób chorujących 3 lata wykazano brak depresji (10,77% osób) i epizod depresyjny o łagodnym nasileniu (7,14% osób). Wśród chorujących na NT 20 lat i więcej stwierdzono epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu u 28,57% osób, epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 17,86% osób i brak depresji tylko u 3,07% osób. U chorujących na NT 1 rok (8,0% osób) brak depresji stwierdzono u 9,23% osób i epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 7,14% osób. Wśród chorujących na NT 4 lata (7,0% osób) stwierdzono: epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu u 42,85% osób, brak depresji u 4,61% osób, epizod depresyjny o łagodnym nasileniu u 3,57% osób. U 5,0% osób, którzy dotąd nie chorowali na NT stwierdzono brak depresji. Epizodu depresyjnego o głębokim nasileniu nie stwierdzono. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano między czasem trwania choroby, awystępowaniem zaburzeń depresyjnych. Rycina 13.



Rycina 13. Czas trwania choroby a występowanie zaburzeń depresyjnych wg. Kwestionariusza dr Becka.

Analizowano obecność nałogów wśród ankietowanych, a nasilenie zaburzeń depresyjnych. Wśród osób palących papierosy (44,0%) stwierdzono występowanie zaburzeń depresyjnych o umiarkowanym nasileniu u 57,14% osób, brak depresji u 43,08% osób i zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu u 42,86% osób. U osób deklaruujących brak nałogów (39,0%) wykazano zaburzenia depresyjne o umiarkowanym nasileniu u 42,86% osób i zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu także u 42,86% osób oraz brak depresji u 36,92% osób. W grupie osób spożywających alkohol (14,0% osób) wykazano brak depresji u 16,92% i zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu u 10,71% osób. U osób przyjmujących nadmierne ilości leków (3,0%) stwierdzono zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu u 3,57% osób i brak depresji u 3,08% osób. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano. Tabela XVII.

Tabela XVII. Ocena obecności nałogów wśród ankietowanych, a nasilenie zaburzeń depresyjnych za pomocą Kwestionariusza dr Becka.

	brak depresji		epizod depresyjny o łagodnym nasileniu		epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu		epizod depresyjny o głębokim nasileniu		Razem n=100 (100 %)
	=65		=28		=7		=0		
Ocena obecności nałogów wśród ankietowanych (p = 0,998)									
papierosy	8	3,08	2	2,86		7,14		,00	44 (44,0)
nadużywani e leków		,08		,57		,00		,00	3 (3,0)
nadużywani e narkotyków		,00		,00		,00		,00	0 (0,0)
alkohol	1	6,92		0,71		,00		,00	14 (14,0)
nie mam	4	6,92	2	2,86		2,86		,00	39 (39,0)

n.z. – brak różnic istotnych statystycznie

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Według prac wielu autorów wraz z wiekiem rośnie ryzyko wystąpienia NT [3,8,17], przed ukończeniem 60. lat w nieznacznie większym stopniu występuje u mężczyzn, zaś po 60 r.ż. częściej rozpoznawane jest u kobiet. Natomiast według doniesień ogólnopolskiego badania NATPOL PLUS projekt aż 29% ludzi po 18 roku życia ma ciśnienie wysokie prawidłowe i są oni w grupie ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego [13]. Januszewicz w swojej pracy wskazuje, iż populacje o niskim statusie ekonomicznym, niższym wykształceniu oraz osoby pozbawione pracy, będące bez wsparcia społecznego cechują się wyższym ciśnieniem tętniczym [9]. W badaniu własnym uczestniczyło 100 losowo wybranych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, w tym 62,0% kobiet i 38,0% mężczyzn hospitalizowanych w Oddziale Wewnętrznym w SPZOZ w Bielsku Podlaskim. Ogółem średni wiek całej grupy badawczej wyniósł 57,8 lat. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 50-64 lat (40,0%, w tym 42,11% mężczyzn i 38,71% kobiet). 32,0% osób było w wieku wczesnej i późnej starości, tj. mające 65 i więcej lat. Poniżej 49 roku życia było 28,0% osób (32,26% vs. 21,05% mężczyzn). Rozkład wieku obu płci kształtował się podobnie.

Z badań wielu autorów wynika, że wyższy poziom zachowań zdrowotnych prezentują osoby mieszkające w mieście, posiadające wyższy poziom wykształcenia oraz kobiety [11]. W niniejszym badaniu analiza miejsca zamieszkania pozwoliła ustalić, że znaczna część respondentów mieszkała w małym mieście (47,0%), na wsi zamieszkiwało 43,0% osób, zaś osoby mieszkające w dużym mieście stanowiły 10,0% respondentów. Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem średnim (37,0% osób, w tym 47,37% kobiet i 30,64% mężczyzn). 24,0% osób deklarowało wykształcenie zasadnicze zawodowe, 17,0% osób zadeklarowało wykształcenie podstawowe, 14,0% ankietowanych legitymowało się wykształceniem wyższym. Tylko nieliczna grupa posiadała wykształcenie średnie niepełne (8,0%).

W badaniu Kropornickiej i wsp. na styl życia respondentów miał wpływ wiek i źródło dochodów [23]. W niniejszym badaniu zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między źródłem utrzymania a płcią ($p = 0,016$). Większość ankietowanych 59,0% osób (67,74% vs. 44,74% mężczyzn) pracowało zawodowo, zaś 33,0% osób ze względu na stan zdrowia przebywało na rencie. 5,0% respondentów podało emeryturę, jako główne źródło utrzymania, tylko 3,0% ankietowanych (7,89% mężczyzn) było bezrobotnymi. Osób, którzy są „żonatymi/mężatkami” było 32,0% osób (37,10% vs. 23,69% mężczyzn). 22,0% osób było

osobami stanu wolnego bądź rozwiedzionymi. Wykazano, iż 20,0% ankietowanych są osobami owdowiałymi. Żyjących w separacji było 4,0% respondentów (7,89% vs. 1,61% kobiety).

Z prac wielu autorów wynika, że polepszenie samopoczucia powoduje lepszą subiektywną ocenę stanu zdrowia i poprawę aktywności życiowej, a także stosowanie się chorego do zaleceń dotyczących zmian stylu życia i farmakoterapii [11]. Szczególnie ważna jest ta ocena w chorobach przewlekłych, między innymi w NT, w których powrót do zdrowia może być jedynie częściowy, zaś leczenie trwa latami lub do końca życia. W NT ocena jakości życia może być przydatna w wyborze i modyfikacji sposobu leczenia, a także w stratyfikacji ryzyka zgonu czy też podczas kolejnych hospitalizacji [19]. Zaś z badania POLSENIOR opublikowanego w 2015 roku dotyczącego częstości występowania NT wśród osób w wieku 65 lat i powyżej wykazano, że częściej nadciśnienie tętnicze występuje u kobiet w wieku 70-84 lat (80-83% badanych), u mężczyzn < 70 lat (powyżej 70% badanych) zaś u badanych w wieku 90 lat i powyżej występowanie nadciśnienia tętniczego to 67% u kobiet, u mężczyzn 60% [16]. W badaniu własnym zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem, a czasem trwania choroby ($p = 0,00004$).

Zdaniem wielu autorów kluczem do osiągnięcia wspólnego sukcesu u osób z chorobami przewlekłymi, szczególnie w nadciśnieniu tętniczym jest przede wszystkim dobra współpraca lekarza z chorym [24]. Według przeprowadzonych badań wielu autorów obserwuje się 30-50% przypadków niewłaściwego współdziałania [21], a także wymóg systematycznych wizyt u lekarza oraz koszty leczenia przekraczające możliwości finansowe chorego sprawiają trudności prawidłowej współpracy [6].

Zdaniem wielu autorów powikłania wieloletniego, niekontrolowanego i nieleczzonego nadciśnienia tętniczego w liczbie i rodzaju są bardzo duże [14]. Dzięki prawidłowej kontroli czynników ryzyka znacznego odsetka chorób można by uniknąć [16]. Z analizy Zielińskiej-Więczkowskiej i wsp., wynika, że wśród osób w wieku geriatrycznym z nadciśnieniem tętniczym na kontrolę zgłaszało się 58,8% chorych, 36,5% pacjentów jedynie sporadycznie, zaś 4,7% ankietowanych wcale nie kontrolowało swojej choroby w gabinecie lekarskim [24], natomiast zaobserwowano w badaniu Kropornickiej i in., że wraz z wiekiem badanych wzrastał ich poziom zachowań dotyczących profilaktyki, regularniej zgłaszali się na badania lekarskie [23]. W badaniu innych autorów grupą najgorzej współpracującą były kobiety [13]. W badaniu własnym odsetek osób, które korzystały systematycznie z porady, bądź wizyty lekarskiej utrzymywał się na równomiernym poziomie z osobami korzystającymi często/3 razy w miesiącu.

Bardzo ważne jest zdaniem wielu badaczy szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia farmakologicznego, zmiana stylu życia i nawyków, który przyczynia się do zmniejszenia rozwoju choroby oraz zapobiega wystąpieniu groźnych powikłań [6]. W zakresie wykrywania czynników ryzyka rozwoju schorzeń układu krążenia, chorzy z nadciśnieniem tętniczym wymagają szczególnej troski [1,10].

Ziemska i Marcinkowski uważają, że długotrwałe narażenie nerwową sytuacją, na skutek wyczerpania zasobów energii organizm traci zdolności obronne, przez co zaburza jego funkcje fizjologiczne i w efekcie wpływa na powstawanie wielu schorzeń [28].

Według doniesień wielu autorów należy uświadamiać chorym o konieczności wykonywania badań kontrolnych i wizyt u lekarza, uświadamiać też, że konsekwencją niedostatecznej kontroli i rezygnacji z leczenia nadciśnienia tętniczego są powikłania narządowe w postaci chorób serca, nerek, udarów mózgu, gdyż świadomość jest niedostateczna wśród dorosłych Polaków [4,12]. W badaniu własnym zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między występowaniem chorób współistniejących, a wiekiem ankietowanych ($p=0,00029$). Aż 54,0% ankietowanych nie ma chorób współistniejących.

Zdaniem autorów dzięki prawidłowej kontroli czynników ryzyka znacznego odsetka chorób można by uniknąć [16]. Z wielu doniesień naukowych wynika jednoznacznie, iż wdrożenie farmakoterapii oraz zmiana stylu życia powinno być wsparte dobrze zaplanowanymi i przeprowadzonymi działaniami edukacyjnymi, które prowadzą do poprawy skuteczności i wpływają na poprawę jakości życia pacjentów [3]. Doniesienia wielu autorów dowodzą, iż istotnym priorytetem poprawy sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju w obliczu problemu w najbliższych latach powinny stanowić edukacja i prewencja pierwotna oraz poprawa wykrywania nadciśnienia tętniczego, a także uświadomienie o następstwach wynikających z nieleczenia NT [14], ponieważ zarówno leczenie, profilaktyka i skuteczna kontrola nadciśnienia tętniczego mają duże znaczenie [17].

Kawalec, i wsp. systematycznie poszukują czynników motywujących pacjentów do lepszego przestrzegania tych zaleceń i w konsekwencji uzyskania lepszych efektów zastosowanej terapii [25]. W badaniu własnym zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między płcią, a oceną wiedzy i przestrzegania zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego ($p=0,0091$). Wśród ankietowanych 56,0% osób (66,13% vs. 39,47% mężczyzn) zna i przestrzega zasady leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego, 33,0% respondentów „czasami przestrzega”, zaś 11,0% osób (21,06% vs. 4,84% kobiety) zadeklarowało, że „nie” zna i „nie” przestrzega zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego.

Jednomyślnym zdaniem wielu autorów nierozłącznym elementem terapii nadciśnienia tętniczego, bez względu na globalne ryzyko sercowo-naczyniowe, stanowi leczenie niefarmakologiczne, które powinno być wdrożone u wszystkich chorych. Modyfikacja stylu życia u osób z nadciśnieniem tętniczym jest wstępną metodą leczenia, rekomendowaną przed wprowadzeniem leku, albo stosowaną łącznie z farmakoterapią [2,14].

Doniesienia wielu autorów dowodzą, iż intensywne, długofalowe próby wieloczynnikowych zmian stylu życia u osób z NT mają ograniczoną skuteczność i dotyczą tylko niektórych spośród modyfikowalnych czynników ryzyka [5,13]. Zdaniem wielu autorów, według obowiązujących zaleceń Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i ESC/ESH z 2007 roku w skład leczenia niefarmakologicznego wchodzi przede wszystkim: zaprzestanie palenia tytoniu i ograniczenie spożycia alkoholu, zmniejszenie masy ciała, ograniczenie spożycia soli, zwiększenie aktywności fizycznej, zwiększenie spożycia owoców i warzyw oraz zmniejszenie spożycia tłuszczów nasyconych i całkowitego spożycia tłuszczów [15,26].

Nieodzownym elementem modyfikacji stylu życia zdaniem wielu autorów jest zaangażowanie ze strony pacjenta, współuczestnictwo w procesie leczenia, zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń i nawyków [14]. Z badań własnych wynika, że znajomość zasad leczenia niefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego deklarowało 41,0% osób (48,39% vs. 28,95% mężczyzn). 37,0% ankietowanych stwierdziło, że „czasami stosuje” leczenie niefarmakologiczne, natomiast 22,0% osób (31,58% vs. 16,13% kobiety) stwierdziło, że „nie” zna zasad leczenia niefarmakologicznego.

Stopień świadomości ludzi zdaniem autorów w zakresie zagrożenia stanu podwyższonego ciśnienia tętniczego jest na niewystarczającym poziomie, zaś nadciśnienie to choroba, która wymaga podjęcia leczenia, także modyfikacji sposobu żywienia, porzucenia używek, zwiększenia aktywności fizycznej, unikania stresu, oraz kontrolowania wartości ciśnienia tętniczego [9,17].

W opinii wielu autorów czynniki stresogenne mogą wpływać pośrednio na rozwój tych chorób, najczęściej w przypadku podejmowania zachowań ryzykownych, tj. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie się, bądź bezpośrednio poprzez mechanizmy fizjologiczne [10]. Według doniesień GUS taką deklarację złożyła ponad 51% dorosłych Polaków, zaś według rezultatów programu WOBASZ osoby niepalące to 67% kobiet oraz 46% mężczyzn w Polsce [27].

Według autorów prozdrowotny styl życia zajmuje istotne miejsce, oprócz leczenia farmakologicznego w terapii nadciśnienia tętniczego [13]. Z badań innych autorów wynika, że

chorzy niechętnie rezygnują ze swoich wcześniejszych przyzwyczajeń (nadal palą papierosy, spożywają alkohol, nie przestrzegają diety), a niekiedy stosowanie samego leczenia farmakologicznego nie zapewnia dostatecznej kontroli nadciśnienia tętniczego [3]. Autorzy innych prac zwracają uwagę, iż przekroczenie o 20% należnej masy ciała, zwiększa ośmiokrotnie ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego. Do wystąpienia nadciśnienia tętniczego najważniejszym czynnikiem predysponującym jest otyłość, aż 80% przypadków NT w Polsce wiąże się ze wzrostem masy ciała, szczególnie u osób młodych, zwłaszcza kobiet [15]. W badaniu własnym zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między płcią, a obecnością nałogów wśród ankietowanych, $p = 0,00011$. Aż 44,0% osób (57,89% vs. 35,49% kobiety) pali papierosy. Brak nałogów deklarowało 39,0% respondentów. Tylko 3,0% osób (5,26% vs. 1,61% kobiety) stwierdziło przyjmowanie nadmierne ilości leków. Nikt z respondentów nie nadużywa narkotyków.

Mastalerz-Migas i in. podkreślają, iż fakt zwiększonej masy ciała ma istotny wpływ na wartości ciśnienia tętniczego [28], zaś występowanie skutków zaburzeń odżywiania w okresie dorosłości na skutek błędów dietetycznych popełnianych we wczesnych latach życia, przejawiających się wysokim wskaźnika BMI oraz powikłaniami sercowo-naczyniowymi potwierdzają wyniki badań Zygmuntowicz i wsp. [29]. W niniejszym badaniu wśród respondentów u 38,0% osób stwierdzono nadwagę (39,47% vs. 37,1% kobiety). Normę stwierdzono u 34,0% ankietowanych, u 22,0% osób ustalono I^o otyłości. Po 3,0% osób ankietowanych stwierdzono niedowagę i II^o otyłości, były to kobiety (4,84%). Nikogo z ankietowanych nie zakwalifikowano do III^o otyłości. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

Zdaniem wielu autorów choroba przewlekła jaką jest nadciśnienie tętnicze oraz powikłania z nim związane ingerują w dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka, wpływając tym samym na jakość życia (QoL, *Quality of Life*) [14]. Kwestia jakości życia w sytuacji choroby pozwala na całościowe spojrzenie na sytuację osoby chorej, który umożliwia ocenę stanu zdrowia przez chorego [9].

W badaniu własnym pacjenci z nadciśnieniem tętniczym określili stopień akceptacji choroby za pomocą skali akceptacji choroby AIS. Stwierdzono akceptację własnego stanu chorobowego przejawiającego się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą u 53,0% osób, w tym 53,23% kobiet i 52,63% mężczyzn ankietowanych. Średni poziom akceptacji choroby występował u 34,0% ankietowanych (35,48% vs. 31,58% mężczyzn). Brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego stwierdzono u 13,0% osób (15,79% vs. 11,29% kobiety). Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

Według doniesień wielu autorów nastawienie chorego wobec nadciśnienia tętniczego jest uzależniona od wielu czynników: jego osobowości, indywidualnych skłonności do zachowań zdrowotnych, przebiegu choroby, samoakceptacji choroby, sposobów radzenia ze stresem, radzenie z emocjami, a także od otrzymywanego wsparcia społecznego [12,15], często też u pacjentów powyżej 60 roku życia współwystępująca depresja pogarsza rokowanie odnośnie akceptacji choroby, efektywności samoopieki oraz istotnie wpływa na obniżenie jakości życia [8,30].

Według autorów na przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób oraz poczucie własnej wartości istotny wpływ ma poziom akceptacji choroby. Wraz z wiekiem wzrasta zachorowalność na choroby przewlekłe, które wpływają na subiektywne poczucie jakości życia i wyznaczają poziom aktywności własnej [3,15]. W badaniu własnym również zaobserwowano różnicę istotną statystycznie między wiekiem, a oceną poziomu akceptacji choroby na podstawie Skali Akceptacji Choroby ($p=0,0065$). Stwierdzono akceptację własnego stanu chorobowego przejawiającego się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą u 53,0% osób ankietowanych, w tym 67,50% osób w wieku 50-64 lat, 53,57% osób w wieku ≥ 49 lat oraz 34,37% osób w wieku 65 lat i więcej. Jednak nieczęsto zdaniem Uchmanowicz zwraca się uwagę na problem akceptacji choroby w chorobach przewlekłych, które wywołują negatywne emocje i problemy w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym oraz społecznym [15]. Efektywne radzenie jest oparte na dopasowaniu wymaga możliwości konkretnej osoby [10].

Zestawiono z płcią pierwsze stwierdzenie skali akceptacji choroby AIS: Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 13,0% ankietowanych, odpowiedzi „1- zgadzam się” udzieliło 7,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Następne polecenie skali AIS dotyczyło chęci wykonywania czynności z powodu stanu zdrowia. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 15,0% osób, zaś odpowiedź „1- zgadzam się” wskazało 6,0% osób, zaś 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. W dalszej kolejności analizowano trzecie stwierdzenie skali AIS, choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny. Odpowiedź „1- zgadzam się” wskazało 12,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 9,0% osób (15,79% vs. 4,84% kobiety). Kolejnym zagadnieniem w skali AIS było: „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Prawie jedna trzecia (36,0%) ankietowanych wybrało odpowiedź „5- nie zgadzam się”, w tym 36,84% mężczyzn i 35,48% kobiet. Odpowiedź „4- raczej nie zgadzam się” zadeklarowało 22,0% osób, zaś „3- ani

się zgadzam ani nie zgadzam” udzieliło 21,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. „2- raczej zgadzam się” deklarowało 12,0% ankietowanych, odpowiedzi „1- zgadzam się” udzieliło 8,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Na pytanie: „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” Odpowiedź „2- raczej zgadzam się” udzieliło 11,0% osób, zaś „1- zgadzam się” deklarowało 10,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem, na to stwierdzenie skali AIS 5,0% osób zadeklarowało odpowiedź „2- raczej zgadzam się”, zaś 11,0% osób udzieliło odpowiedzi „1- zgadzam się”. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Kolejnym stwierdzeniem skali AIS było: „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Odpowiedź „1- zgadzam się” udzieliło 9,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 6,0% osób. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Ostatnie ze stwierdzeń skali AIS brzmiało: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”. Odpowiedź „1- zgadzam się” udzieliło 11,0% osób, zaś „2- raczej zgadzam się” deklarowało 10,0% osób, obie odpowiedzi utrzymywały się prawie na tym samym poziomie. Natomiast 1,0% osób (2,63% mężczyzn) deklarował odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się”. Różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

Zdaniem wielu autorów wysoka rzetelność oraz dobra trafność teoretyczna Kwestionariusza depresji Becka kwalifikuje ją jako wiarygodne narzędzie zarówno w badaniach naukowych, jak i w diagnostyce indywidualnej, obejmujące szerokie spektrum zaburzeń emocji i kompetencji społecznych [16].

Autorzy prac podają, że u dorosłych Polaków niski poziom wsparcia społecznego stwierdza się u 30% mężczyzn i prawie 40% kobiet, objawy depresji stwierdzono u 24% mężczyzn i 34% kobiet [12], zaś na podstawie szeroko zakrojonego badania INTERHEART ustalono, iż stres psychospołeczny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zawału serca [9,13]. Według autorów u pacjentów z utrwalonym nadciśnieniem tętniczym obserwuje się wyższy poziom depresji, gorszy nastrój oraz niższy poziom dobrego samopoczucia, a także wyższy poziom odczuwania bólu, spadek energii, silniejsze reakcje emocjonalne i wyższy poziom izolacji społecznej w porównaniu z osobami z tak zwanym nadciśnieniem „białego fartucha” [11]. Prusik i in. wykazał istnienie różnic istotnych statystycznie ($p=0,0001$) między grupami eksperymentalną i kontrolną w zakresie odczucia satysfakcji z życia, poziomu

dyspozycyjnego optymizmu i poziomu depresji [31]. W badaniu własnym za pomocą interpretacji wyników Kwestionariusza dr Becka stwierdzono wysoki odsetek osób deklarujących brak depresji u 65,0% osób (67,74% vs. 60,53% mężczyzn). U 28,0% osób zaburzenia depresyjne o łagodnym nasileniu. Tylko u 7,0% osób (7,89% vs. 6,45% kobiet) występowały zaburzenia depresyjne o umiarkowanym nasileniu. Zaburzeń depresyjnych o głębokim nasileniu nie stwierdzono. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Jak donoszą autorzy z Raportu Kalifornijskiej Fundacji Opieki Zdrowotnej wynika, aby efektywność leczenia była zadowalająca to w 90% opieka nad pacjentem przewlekle chorym, w tym w NT, powinna należeć do niego samego. Natężenie trudności i ich ilość na ogół wzrasta wraz z wiekiem i coraz silniejszy staje się lęk, poczucie bezsilności przed utratą niezależności [15]. Zaś zdaniem Jankowskiej choroby przewlekle niekorzystnie wpływają na psychikę pacjentów, istotnie nasilając objawy depresyjne [12]. W badaniu własnym dokonano analizy wieku ankietowanych w odniesieniu do wyników zaburzeń depresyjnych wg Kwestionariusza dr Becka. Na podstawie uzyskanych danych stwierdzono wysoki odsetek (65,0%) osób deklarujących brak depresji. U 28,0% osób ustalono epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, w tym 46,88% osób ankietowanych w wieku 65 lat i więcej, 25,0% osób w wieku 50-64 lat i 10,71% osób w wieku ≥ 49 lat. W żadnej grupie wiekowej epizodu depresyjnego o głębokim nasileniu nie stwierdzono.

Determinanty według autorów prac, choćby jak przebieg choroby, warunki i możliwości leczenia, rokowanie, ale także indywidualne predyspozycje (emocje, samoakceptacja choroby, sposoby radzenia ze stresem, depresja, otrzymywane wsparcie społeczne) bezpośrednio wpływają na postawę pacjenta wobec choroby, wiążąc się przez to z procesem akceptacji choroby (AI, acceptance of illness) wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym [27]. W badaniu własnym zestawiono czas trwania choroby z występowaniem zaburzeń depresyjnych, różnic istotnych statystycznie nie zaobserwowano.

WNIOSKI

1. Wiek ankietowanych istotnie wpływa na ocenę poziomu akceptacji choroby i istotnie wpływa na występowanie chorób współistniejących a brak akceptacji stanu chorobowego tylko pogarsza sytuację zdrowia.
2. Płeć istotnie wpływa na ocenę wiedzy i przestrzegania zasad leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego. Stanowi także istotny determinant występowania nałogów wśród ankietowanych.

3. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych na NT jest niezadowalająca zwłaszcza w przypadku metod farmakologicznego leczenia NT oraz obecności nałogów wśród ankietowanych.
4. Występowanie zaburzeń depresyjnych w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym jest minimalne.

PIŚMIENNICTWO

1. Grabowska H., Grabowski W., Grzegorzczak M., Gaworska-Krzemińska A., Narkiewicz K.: Zastosowanie minimalnej interwencji w prewencji pierwotnej nadciśnienia tętniczego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 234-247.
2. Cieślak B.: Wpływ chorób serca na jakość życia – opracowanie na podstawie przeglądu piśmiennictwa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna* 2014; 20(2): 101-118.
3. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A.: Skala akceptacji choroby AIS. [w:] *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Adaptacja Z. Juczyński. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009; 162-166.
4. Hajduk A., Kaszuba D.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu krążenia [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*. Pod redakcją D. Talarska, D. Zozulińska-Ziółkiewicz. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 98-121.
5. Grodzicki T., Gryglewska B., Tomasik T., Windak A.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym w wieku podeszłym. *Gerontologia Polska* 2012; 20(4): 119-147.
6. Grodzicki T., Gryglewska B., Tomasik T., Windak A.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym w wieku podeszłym zalecane przez Konsultantów Krajowych w dziedzinach Geriatrii, Kardiologii, Hipertensjologii i Medycyny Rodzinnej. *Medycyna Wieku Podeszłego* 2013; 3(1): 1–27.
7. Huber L.: Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010; 91(2): 268–275.
8. Gryglewska B.: Jak zapewnić pomyślną starość, lecząc nadciśnienie tętnicze u osób po 60. roku życia? *Medycyna i Pasje*, 2010, 4(9), 34-36.
9. Jankowska-Polańska B., Wijacka K., Lomper K., Uchmanowicz I.: Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego w profilaktyce nadciśnienia tętniczego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2014; 3(3): 67-70.

10. Hilger M., Nowak I., Rohde M., Czerwionka-Szaflarska M.: Ocena częstości występowania nadciśnienia tętniczego mierzonego z zastosowaniem całodobowego ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego (ABPM) u czternastolatków i piętnastolatków – obserwacje wstępne. *Pediatrics Polska* 2011; 86(5): 468-473.
11. Hu FB.: Diet and lifestyle influences on risk of coronary heart disease. *CurrAtheroscler Rep* 2009; 11(4): 257-63.
12. Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklik M.: Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *ArterialHypertension* 2014; 18(3): 143–150.
13. Rolka H., Pilecka E., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E.: Ocena akceptacji choroby i jakości życia pacjentów ze wszczepionym rozrusznikiem serca. *Pielęgniarstwo Zdrowie Publiczne* 2012; 2(3): 183–192.
14. Kłosiewicz-Latoszek L.: Zalecenia żywieniowe w prewencji chorób przewlekłych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009; 90(4): 447-450.
15. Koziół P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J.: Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2016; 10(1): 28–36.
16. Kupas D., Czech T., Mroczek B.: Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine&PrimaryCareReview* 2012; 14(3): 383–388.
17. Opuchlik K., Wrzesińska M., Kocur J.: Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwinną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska* 2009; 43(2): 235–245.
18. Kurowska K., Kasprzyk A.: Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2013; 13 (2): 99–107.
19. Kurpas D., Kusz J., Jedynak T., Mroczek B.: Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine&PrimaryCareReview* 2012; 14(3): 396–398.
20. Zdrojewski T.: Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej [w:] *Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego*. Pod redakcją A. Więcka i wsp. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2015;1-5.
21. Łuczyk R., Juśko A., Łuczyk M., Krzyżanowska E., Plottke A.: Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusznicą bolesną niestabilną. *Journalof Education, Health and Sport* 2016; 6(7): 453-470.
22. Macia G., Fagart R.: Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kardiologia Polska* 2013; 71(3): 37-70.

23. Kropornicka B., Baczeńska B., Szalast E., Krzyżanowska E., Łuczyk R., Nowicka E., Olszak C., Muraczyńska B., Lorencowicz R.: Styl życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 338-352.
24. Zielińska-Więczkowska H., Paweńska K., Muszałik M.: Zachowania zdrowotne pacjentów geriatrycznych z chorobą nadciśnieniową w świetle badań empirycznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 4(37): 23-26.
25. Kawalec E.: Opisy przypadków i modele pielęgnowania pacjentów ze schorzeniami układu krążenia [w:] *Modele opieki pielęgniarstwa nad chorym dorosłym*. Pod redakcją M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 105.
26. Matschay A., Turostowska R.: Ocena jakości współpracy lekarza i pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród populacji kobiet i mężczyzn. *Nowiny Lekarskie* 2013; 82(4): 294–302.
27. Sawicka K., Szczepańska J., Łuczyk R., Wawryniuk A., Prasał M.: Ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i powikłań nadciśnienia tętniczego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 296-321.
28. Mastalerz-Migas A., Pokorna-Kaławak D., Steciwko A., Januszewicz A., Opolski G.: Częstość występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonych w praktykach lekarzy rodzinnych i POZ – wyniki badania POZ-NA D. *Family Medicine&PrimaryCareReview* 2011; 13(2): 181–184.
29. Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J.: Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii* 2011; 7(3): 179-185.
30. Uchmanowicz I., Pieniacka M., Kuśnierz M., Jankowska-Polańska B.: Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (1): 69–74.
31. Paczkowska A., Nowakowska E., Bryl W., Hoffmann K.: Ocena jakości życia dzieci i młodzieży chorujących na nadciśnienie tętnicze — metody pomiaru, zastosowania, problemy i bariery. *Arterial Hypertension* 2011; 15(1): 21–28.

PROBLEMY PSYCHOFIZYCZNE PACJENTA Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Elżbieta Sawicka¹, Krystyna Kowalczuk²

1. Absolwentka I stopnia Studia kierunku Pielęgniarstwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Reumatoidalne Zapalenie Stawów (RZS, gościec przewlekłe postępujący) to choroba układowa o podłożu autoimmunologicznym [1]. Na podstawie literatury można stwierdzić, że jest to przewlekły stan zapalny błon maziowych, charakteryzujący się także zmianami pozastawowymi oraz dolegliwościami ze strony innych narządów. Stwierdzono, że w wyniku tego schorzenia, dochodzi do całkowitego zniszczenia chrząstek stawowych oraz powstania nadżerek kostnych. Do chwili obecnej nie została określona jednoznacznie etiologia RZS [2].

Na podstawie licznych badań można stwierdzić, że do typowych objawów RZS należy naprzemiennie występowanie po sobie okresów zaostrzeń i remisji [1]. Niezależnie od wieku pacjenta, u którego zostanie zdiagnozowana choroba, może charakteryzować się ona łagodnym lub ostrym przebiegiem [1]. Reumatoidalne Zapalenie Stawów prowadzi do wielu nieodwracalnych zmian w narządach, obniżenia sprawności pacjenta w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego, a także przedwczesnego zgonu [1].

Częstość występowania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów wśród grupy ludzi dorosłych (od 15 roku życia i powyżej) na świecie wynosi około 0,8% [1], w Europie ok. 1 % [3], w Polsce ok. 0,9% . Szczyt zachorowań przypada między 30 a 50 r.ż. [3]. Częstość zachorowania zmniejsza się w przedziale wiekowym 65-75 lat [1].

Pierwsze objawy najczęściej obserwowane są u kobiet pomiędzy 50 a 60 rokiem życia; u mężczyzn dolegliwości zauważane są później [3].

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że RZS rozpoznane po 60 roku życia, określane jest jako LORA (*Late-onsetrheumatoidarthritis*). Natomiast RZS rozpoznane u pacjentów młodszych, jako YORA (*younger-onsetrheumatoidarthritis*) [2,3]. Na podstawie

przeprowadzonych badań około 30% zdiagnozowanych przypadków Reumatoidalnego Zapalenia Stawów to LORA [3].

Etiologia Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

Na podstawie badań klinicznych nie można jednoznacznie określić przyczyn zachorowania na Reumatoidalne Zapalenie Stawów [2].

Na podstawie licznych danych epidemiologicznych stwierdzono, że czynniki genetyczne mogą być jedną z przyczyn zachorowania na Reumatoidalne Zapalenie Stawów [4].

Z badań klinicznych przeprowadzonych na bliźniętach wynika, że Reumatoidalne Zapalenie Stawów w 50-60% to choroba dziedziczna. Za dziedziczenie czynnika genetycznego odpowiada gen kodujący antygen HLA – DRB1[5]. U osób będących w pierwszym stopniu pokrewieństwa z osobami chorymi, stwierdza się trzykrotnie większą zachorowalność na Reumatoidalne Zapalenie Stawów. U osób z wykrytym genotypem HLA-DR1 zaobserwowano sześciokrotnie zwiększone ryzyko rozwoju choroby [6].

Do chwili obecnej nie wyjaśniono, czy urbanizacja ma wpływ na częstość zachorowania na RZS [4].

Reumatoidalne Zapalenie Stawów dotyczy ludzi na całym świecie, rzadziej dotyka Azjatów (0,3%), częściej mieszkańców terenów zachodnich (ok.2%). W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono zależność między częstością występowania i stopniem zaawansowania choroby, a regionem geograficznym [2].

Zaobserwowano, kobiety chorują 3, 4 razy częściej niż mężczyźni [4].

Istnieje kilka czynników powodujących częściowe ustąpienie objawów RZS. Na podstawie przeprowadzonych badań klinicznych wynika, że może nastąpić częściowa remisja schorzenia np. u kobiet ciężarnych, karmiących piersią, lub też stosujących doustne środki antykoncepcyjne [2]. Natomiast zaostrzenie RZS może wystąpić w okresie połogowym i u kobiet bezdziennych [3].

Z badań epidemiologicznych wynika, że do czynników ryzyka zachorowania nie należy zaliczać współistniejącej schizofrenii, chorób przebytych w dzieciństwie, liczby posiadanego rodzeństwa [4].

Objawy kliniczne Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

Na podstawie literatury można stwierdzić, że RZS może mieć zróżnicowany charakter [1]. W większości przypadków zachorowania, schorzenie rozwija się wolno i w ukryciu. U

części pacjentów objawy mają charakter ostry - rozwijają się w przeciągu kilku dni. Występuje także pośredni i nietypowy przebieg RZS [1].

Na podstawie literatury, do objawów ogólnych RZS można zaliczyć: uczucie rozbicia, osłabienia, zmęczenia, obniżenia nastroju, nerwowość, bóle mięśniowe, stan podgorączkowy, zmniejszone łaknienie, utrata masy ciała. Zwykle objawy ogólne pojawiają się wcześniej, niż dolegliwości ze strony układu ruchu [1].

Do charakterystycznych objawów ze strony układu ruchu można zaliczyć symetryczne bóle i obrzęk drobnych stawów w obrębie kończyny górnej i dolnej: śródręczno – palczkowych, śródstopno-palczkowych oraz międzypalczkowych [2].

Kolejnym objawem jest sztywność poranna, trwająca zwykle około godziny. Jedną z przyczyn powyższej dolegliwości jest obecność wysięku w jamach stawowych, spowodowanych między innymi z dłuższym bezruchem [1].

W początkowej fazie RZS występuje zapalenie tylko w kilku stawach, jednak z biegiem czasu procesem zapalnym jest obejmowana coraz większa ilość stawów [4].

Zmiany w obrębie odcinka szyjnego dotyczą około 30% chorych. Mogą doprowadzić do przemieszczenia się stawu szczytowo-obrotowego. Charakterystycznym objawem jest ból promieniujący do potylicy oraz ból szyi [2].

Ból w okolicy barkowej może zwiastować początek RZS. W ostrym przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia obrąbku stawowego stawu barkowego, a w następstwie podwichnięcia głowy kości ramiennej [4].

U ponad 50% chorych z długą historią RZS można zaobserwować ograniczenie ruchomości w stawach łokciowych (ruch zgięcie-wyprost, nawracanie-odwracanie), spowodowane przez toczące się w nich zapalenie [5].

U około 70% osób z długoletnim przebiegiem choroby zauważa się osłabienie siły i sprawności części dystalnej kończyny górnej. U części pacjentów występuje zespół cieśni nadgarstka. Może powstawać zapalenie pochewek ścięgnistych zginaczy, wytworzenie się guzków oraz pogrubienie pochewek, prowadzących ostatecznie do znacznego upośledzenia funkcji kończyn górnych i zmienionego wyglądu dłoni. Z badań diagnostycznych wynika, że za zmiany te odpowiada proces zapalny rozwijający się w stawach nadgarstkowych, śródręczno-palczkowych, międzypalczkowych bliższych i w stawie międzypalczkowym kciuka [6].

U ponad 50% pacjentów z długoletnim wywiadem chorobowym występuje uszkodzenie stawów kolanowych. Podczas trwania RZS obserwowana jest niestabilność kolan, spowodowana przez osłabienie mięśnia czworobocznego uda. Może nastąpić uszkodzenie

torebki stawowej, w wyniku którego zgromadzi się wysięk. W przypadku pęknięcia, wysięk gromadzi się w dole podkolanowym, tworząc tzw. torbiel Bakera [1,6].

W okolicy stopy zapalenie najczęściej obejmuje staw stępu i staw skokowy. U pacjenta, u którego zdiagnozowano zapalenie stawu skokowo - piętowego, można zaobserwować tzw. stopę płasko – koślawą. Często jest zgłaszana też nadwrażliwość na dotyk i ból w przedniej części stopy, szczególnie w stawach śródstopno – palczkowych [4].

Objawy pozastawowe występujące w Reumatoidalnym Zapaleniu Stawów

Reumatoidalne Zapalenie Stawów to choroba wielonarządowa - może objąć zapaleniem narządy całego ciała. Większość pozastawowych objawów RZS to następstwo tworzenia się guzków reumatoidalnych, których występowanie może być spowodowane wysokim poziomem czynnika reumatoidalnego. Zlokalizowane są najczęściej w miejscach narażonych na ucisk, m.in. na powierzchniach wyprostnych ramion. Z badań epidemiologicznych wynika, że predyspozycją do wystąpienia guzków jest rasa kaukaska [7].

Kolejny objaw, występujący poza narządem ruchu, to zmiany naczyniowe. W ścianach naczyń są odkładane tzw. kompleksy immunologiczne, które uznawane są za przyczynę owrzodzeń skórnych, drętwień palców i polineuropatii obwodowych [6].

Kolejnym objawem pozastawowym są powikłania oczne np. tzw. zespół Sjogrena. Cechami charakterystycznymi tego zespołu jest zmniejszenie wydzielanie łez, zaczerwienienie oczu, oraz uczucie drobnego ciała obcego w oku. Inne objawy ze strony narządu wzroku to zapalenie nadtwardówki i twardówki [4].

Kolejny objaw pozastawowy to niedokrwistość stanowiąca powikłanie Reumatoidalnego Zapalenia Stawów [3].

Z danych literaturowych wynika, że schorzenie powyższe występuje u ponad 50% chorych na RZS, szczególnie w okresie zaostrzenia. U pacjentów z niedokrwistością może także występować obniżona odporność na infekcje oraz zapalenie naczyń objawiające się owrzodzeniem kończyn dolnych [5].

Reumatoidalne Zapalenie Stawów stopniowo prowadzi do zmniejszania się gęstości składników mineralnych w kościach - osteoporozy. To bezpośrednia przyczyna złamań kości. Z badań epidemiologicznych wynika, że dwukrotnie wyższa ilość złamań kończyn występuje u chorych na RZS (wynikającym ze zwiększonej kruchości kości), niż w populacji ogólnej [8]. Do pośrednich przyczyn przerwania ciągłości kości wśród pacjentów z gościeniem przewlekłym postępującym, można zaliczyć zmniejszoną wydolność fizyczną oraz wynik działania niepożądanego glikokortykosteroidów [8,9].

Kolejne zmiany reumatologiczne mogą występować w mięśniach i można je podzielić na pierwotne i wtórne [6].

Zmiany pierwotne to bezpośrednie następstwo RZS, natomiast zmiany wtórne to zmiany wynikające ze zmniejszonej możliwości ruchu, zmiany kształtu stawów oraz z działań niepożądanych przyjmowanych leków [9].

Do zmian wtórnych można zaliczyć sarkopenię - anormalnie niską masę mięśniową, oraz małą wydolność mięśnia [10]. Przyczyną tych objawów może być zmniejszona aktywność fizyczna i ograniczona ruchomość stawów [11].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że pojawienie się stanu zapalnego w drogach oddechowych, spowodowane jest powstaniem ogniska zapalnego w tkance łącznej płuc np. zapalenie opłucnej, guzki reumatoidalne w płucach (stwierdzone u około 1% pacjentów), włóknienie płuc, śródmiąższowe zapalenie płuc (rozwijające się u ok.1-5% chorych) oraz nadciśnienie płucne[12].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że u pacjentów z RZS występuje większe prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca – na skutek zapalenia naczyń wieńcowych.

U chorych cierpiących na Reumatoidalne Zapalenie Stawów zauważono zwiększoną zachorowalność i umieralność spowodowaną przyczynami sercowo naczyniowymi [13].

Diagnostyka Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

Na podstawie literatury można stwierdzić, że Reumatoidalne Zapalenie Stawów może być diagnozowane w oparciu o wywiad oraz badania: fizykalne, radiologiczne, laboratoryjne [14].

Badanie pacjenta z rozpoznaniem RZS należy rozpocząć od przeprowadzenia szczegółowego wywiadu, dotyczącego dolegliwości bólowych, oceny obrzęków w okolicach stawów, sztywności porannej, ogólnego samopoczucia oraz stanu psychicznego. Ważne jest też uzyskanie informacji na temat sytuacji ekonomicznej i społecznej chorego [15].

Kolejnym etapem badania lekarskiego jest badanie fizykalne, które pozwala określić możliwy zakres ruchu wykonywanego w stawie, wielkość i charakter obrzęków, obecność bólu pojawiającego się przy dotyku oraz zwiększoną ciepłotę ciała. W obrębie stawów objętych zapaleniem można zaobserwować wrażliwość na dotyk, zmianę koloru – skóry np. zaczerwienienie lub zaniki mięśni okołostawowych. W wyniku badania przedmiotowego stawów obwodowych często obserwuje się niestabilność stawów, mogącą prowadzić do zwichnięć oraz innych zaburzeń toru ruchu [11].

Kolejnym objawem jest utrata pełnego zakresu ruchomości w stawie. Na podstawie literatury można stwierdzić, że przyczyną tego jest obrzęk błony maziowej, wysięk stawowy, przemieszczenie się kości w stawie lub przykurczenie się torebki stawowej. Do zauważalnego objawu RZS można zaliczyć ulnaryzację palców, czyli odchylenie paliczków w stronę łokcia [4].

Nie istnieje pojedynczy test, który umożliwiłby stuprocentową diagnozę RZS. Aby potwierdzić rozpoznanie kliniczne można wykorzystać kryterium ACR i EULAR z 2010 roku. Według niego rozpoznanie RZS można uważać za pewne, w momencie stwierdzenia zapalenia minimum jednego stawu, w przypadku braku innego wytłumaczenia dla toczącego się stanu zapalnego oraz uzyskaniu 6 lub więcej punktów w 10 punktowej skali [5].

W celu potwierdzenia RZS wykorzystywane są badania laboratoryjne: OB, CRP, stężenie kwasu moczowego, stężenie kreatyniny w surowicy, czynnik reumatoidalny. Wykonywane są także specjalistyczne badania wykrywające obecność przeciwciał przeciwjądrowych, a także przeciwciał przeciwko cyklicznemu peptydowi cytrulinowanemu [2].

Kolejne badania pozwalające ocenić stopień rozwoju RZS to Rezonans Magnetyczny, badanie Rentgenowskie (RTG), tomografia komputerowa oraz badanie ultrasonograficzne (USG) stawów [14].

Badanie Rentgenowskie (RTG) pozwala obserwować objawy w przebiegu RZS, będących wynikiem współoddziaływania tkanki kostnej i układu odpornościowego [6]. To typowe badanie umożliwiające zobrazowanie nadżerek kostnych [4].

We wczesnych stadiach choroby obserwuje się nadżerki występujące w stawach śródrečno – palczkowych rąk i stóp, oraz w nadgarstkach [1].

Rezonans magnetyczny to badanie pozwalające na dokładne zobrazowanie struktur kostnych oraz tkanek miękkich. Wykorzystywany jest najczęściej do oceny zmian kostnych i stawowych kręgosłupa. Z kolei do oceny zmian w stawach mostkowo – obojczykowych i w stawie skroniowo – żuchwowym używana jest tomografia komputerowa [16].

Badanie Ultrasonograficzne Stawów (USG) pozwala na zdiagnozowanie zmian powierzchniowych zlokalizowanych w tkankach miękkich oraz zniekształcenia chrząstek i kości np. zapalenie pochewek ścięgnistych, zapalenie kałek maziowych [17].

We wczesnych stadiach RZS, w badaniu USG można stwierdzić obecność zgrubiałej błony maziowej w okolicy pochewek ścięgnistych, jam stawowych oraz kałek [18].

Farmakoterapia Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

American College of Rheumatology w 2015 roku opracowało wytyczne leczenia RZS [9]. Wynika z nich, że terapię należy rozpocząć od monoterapii metotreksatem, lub – w przypadku jego nietolerancji – sulfalazyną, bądź leflunomidem [19]. Minimalny czas trwania leczenia powinien trwać 8 tygodni. W przypadku braku poprawy, zalecane jest wprowadzenie leczenia skojarzonego [20]. Podczas remisji choroby powinny być stosowane NLPZ- niesteroidowe leki przeciwzapalne. W większości przypadków podawane są na początku leczenia, ponieważ wykazują działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe. Jeśli u pacjenta stwierdzono nietolerancję leków z grupy NLPZ, należy rozważyć podanie pacjentowi paracetamolu lub słabych opioidów, wykazujących tylko działanie zmniejszające dolegliwości bólowe. W okresach zaostrzeń leki przeciwbólowe powinny być podawane codziennie [20, 21].

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że w przypadku długoterminowej terapii przeciwbólowej lekami z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, w pierwszej kolejności powinny być stosowane naumeton, meloksykam, nimesulid – w wyniku ich przyjmowania zaobserwowano mniej działań niepożądanych niż u pozostałych preparatów z tej grupy. U pacjentów mających podwyższone ryzyko sercowo-naczyniowe ból leczy się przede wszystkim ketoprofenem oraz naproksenem [9].

Do środków wspomagających leczenie można zaliczyć glikokortykosteroidy. Zaobserwowano ich działanie immunosupresyjne i przeciwzapalne. Powinny być stosowane możliwie jak najkrócej, w najmniejszych, skutecznych dawkach [9, 20].

Za istotne uważa się zapewnienie pacjentowi odpowiedniej dawki witaminy D wspomagającej przedłużenie trwania okresu remisji [22].

Leczenie dietetyczne pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów

Dieta może w znacznym stopniu wpłynąć na rozwój i przebieg Reumatoidalnego Zapalenia Stawów [23]. Nie zauważono jednoznacznych wytycznych odnośnie zalecanej diety. Na podstawie badań stwierdzono, że pozytywne rezultaty zaobserwowano podczas spożywania dużej liczby produktów pochodzenia roślinnego, ryb, produktów mlecznych oraz fermentowanych, a także błonnika [24]. Należy unikać konsumpcji mięsa, a także części produktów zbożowych – powinno się je zastąpić bezglutenowymi odpowiednikami.

Wskazane jest wykluczenie podaży tłuszczów, a zwiększenie w diecie udziału kwasów tłuszczowych jednonasyconych i wielonasyconych [24]. Zaleca się zrezygnowanie ze spożywania napojów słodzonych, szczególnie tych dosładzanych syropami glukozowymi i fruktozowymi, a także spożywania alkoholu, kawy oraz palenia tytoniu [23].

Rehabilitacja pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów

Na podstawie literatury można stwierdzić, że podczas rehabilitacji pacjenta z RZS wykorzystywanych jest wiele metod umożliwiających choremu jego usprawnienie [25]. Za podstawową rolę rehabilitacji uważa się takie wyćwiczenie pacjenta będącego w okresie remisji, by wykazywał największą możliwą wydolność, podczas zaostrzenia objawów choroby [25].

Za istotny element umożliwiający prawidłowe ćwiczenia jest nauczanie chorego rozluźniania mięśni. Wszystkie wykonywane ćwiczenia powinny być dobierane indywidualnie do możliwości pacjentów. Zawsze powinny być prowadzone ostrożnie, aby uniknąć przeciążenia narządu ruchu. Za istotne uznaje się dążenie do sprawności mięśni, która umożliwi wykonywanie pracy fizycznej o lekkim stopniu natężenia [26].

Rodzaj ćwiczeń należy dostosować do stanu, w którym obecnie znajduje się pacjent. Na podstawie dostępnej literatury, za najczęstszą pozycję przyjmowaną przez chorego jest pozycja leżąca, ze względu na silne dolegliwości bólowe. Pacjent powinien być ułożony na twardym materacu, w pozycji zapobiegającej przykurczom [24]. Aby przeciwdziałać odleżynom należy pamiętać o częstej zmianie pozycji. W stanie podostrym rehabilitację należy rozpocząć od ruchów biernych, lub - jeśli stan pacjenta na to pozwala, wskazane jest wykonywanie ćwiczeń wspomaganych, pamiętając o rozluźnianiu mięśni [26]. Należy wykonywać kilka powtórzeń każdego ćwiczenia dla każdej kończyny oddzielnie, w wolnym tempie, nie przekraczając granicy bólu. Powinny być także stosowane ćwiczenia izometryczne, oddechowe, rozluźniające, samowspomagane, w odciążeniu z oporem [24]. Należy unikać ćwiczeń w pozycji stojącej. Kolejnymi polecanymi zabiegami są okłady ciepłe i naświetlanie lampą Sollux. W okresie remisji powinny być stosowane ćwiczenia wszystkich stawów: w odciążeniu z oporem, samowspomagane, ćwiczenia oddechowe oraz izometryczne [26].

W przypadku wystąpienia uporczywego bólu utrudniającego lub uniemożliwiającego wykonywanie ćwiczeń, 0,5 - 3 godzin przed ich rozpoczęciem, należy wprowadzić terapię przeciwbólową [9].

Do zmniejszenia odczuwanego poziomu bólu używane są różnorodne zabiegi fizykalne np.: głęboka stymulacja elektromagnetyczna, krioterapia, laser, ultradźwięki oraz prądy [26]. Aby odniosły pożądaný skutek, istotne jest by były wykonywane seriami, regularnie. Dzięki głębokiej stymulacji elektromagnetycznej odnotowano skrócenie długości trwania sztywności porannej. W zabiegu tym wykorzystywane jest pole elektromagnetyczne o zmiennej częstotliwości od 1 – 50 Hz oraz indukcję magnetyczną. W wyniku jej działania zmniejszono

ilość przyjmowanych leków przeciwbólowych i zmniejszono ograniczoną ruchomość stawów [27].

Zadowalające efekty terapeutyczne zaobserwowano w wyniku stosowania krioterapii [28]. Dzięki niej skrócono czas porannych sztywności oraz złagodzone objawy bólowe [26].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że pozytywne rezultaty odnotowano w rehabilitacji fizjoterapeutycznej stawów dłoni [29]. Zauważono, że po regularnych ćwiczeniach czynnych i biernych u pacjenta z RZS, znacznie poprawił się zakres ruchu wykonywanego z udziałem stawów dotkniętych zapaleniem, oraz zmniejszono stopień bólu, podczas wykonywania ruchów kończyną górną [29,30].

Terapia zajęciowa to kolejna forma fizykoterapii umożliwiająca ustalenie określonych celów i sposobów ich realizacji w perspektywie krótko oraz długoterminowej. Jej głównym celem jest ułatwienie pacjentowi samoobsługi i polepszenie sprawności manualnej. Pomoc można zapewnić także poprzez rozmowę oraz wsparcie psychiczne [25].

Edukacja rodziny pełni bardzo ważną funkcję, dzięki niej możliwe jest zrozumienie, z jakimi konkretnie problemami boryka się pacjent. Pomaga dostosować otoczenie chorego do jego potrzeb [29]. Istotne jest poinformowanie rodziny, aby pomoc udzielana choremu cechowała się charakterem asystującym i motywującym, a nie wyręczającym [30,31].

Problemy psychologiczne pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów

Ze względu na charakter RZS warto zwrócić szczególną uwagę na problemy psychiczne pacjentów. U dużego odsetka chorych, po otrzymaniu informacji o chorobie zauważono załamanie psychiczne, u części nawet depresję [32].

Skuteczność leczenia jest uzależniona w ogromnym stopniu od pogodzenia się i akceptacji schorzenia, oraz życzliwego przyjęcia osoby chorej przez najbliższe środowisko [31].

Ważnym elementem leczenia chorych z RZS jest psychoterapia oraz edukacja chorego i jego rodziny [33]. Główna funkcja psychoterapii to wsparcie, zmotywowanie pacjenta do podejmowania trudu codziennych ćwiczeń, pomimo licznych ograniczeń i niedomagań, oraz pomoc w realnym postrzeganiu rzeczywistości i ustalenie celów [28].

Wyczerpanie, niechęć do podjęcia aktywności fizycznej, pracy umysłowej oraz przygnębienie to objawy, które często są zgłaszane przez chorych na RZS, jest to wynik subiektywnego przeżywania objawów choroby [32].

Podwyższenie samopoczucia pacjenta w sferze psychicznej i zmotywowanie chorego do podjęcia walki z chorobą jest jednym z elementów leczenia [32].

Zalecenia dla pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów w warunkach domowych

Reumatoidalne Zapalenie Stawów to choroba przewlekłe postępująca, znacznie ograniczająca wydolność fizyczną chorego [1].

W celu zachowania samodzielności w zakresie samoopieki i samoobsługi, zachodzi konieczność wprowadzenia zmian w mieszkaniu pacjenta. Mają one na celu usprawnienie podstawowych czynności życia codziennego i wyeliminowanie potencjalnych problemów [31].

Należy pamiętać, że za podstawową dolegliwość, stanowiącą największą przeszkodę dla pacjenta, jest ból zniechęcający do podjęcia jakiegokolwiek wysiłku [30].

Na podstawie badań można stwierdzić, że jest to najczęstszy powód całkowitego zrezygnowania z podjęcia trudu wykonywania czynności samoobsługowych. Należy zmotywować i nauczyć pacjenta modyfikacji chwytów, jednocześnie nie wyręczając go w wykonywaniu czynności życia codziennego [32].

Aby umożliwić choremu większą samodzielność, warto dostosować do jego potrzeb niektóre podstawowe przedmioty użytku codziennego [31]:

- na słoikach i butelkach zamontować otwieracz na stałe – zlikwiduje to problem otwierania i zamykania tych pojemników,
- zamontować na sztućcach np. nożach, obieraczkach do warzyw z pogrubione trzonki,
- udostępnić długopisy i ołówki z pogrubionymi uchwytami,
- do otwierania zamka, odkręcania kranu, wskazane jest wprowadzenie rozwiązań technicznych wykorzystujących zasadę dźwigni – wymagającej użycia mniejszej siły,
- ustawić blat roboczy i siedzisko na dostosowanej do wzrostu chorego wysokości,
- jako pomocy do chodzenia używać laski z wygodnym, anatomicznym uchwytem,
- używać garnków, misek z dwoma uchwytami,
- wybierać sprzęt użytku domowego z łatwo otwieranymi drzwiczkami,
- zamontować kółeczka do szuflad – umożliwi to ich łatwiejsze wysuwanie i zamykanie,
- zamontować barierki zapobiegające utracie równowagi pod prysznicem, przy wannie, schodach, uchwyty mające na celu wstawanie – np. przy toalecie, ławki do wanny lub krzeselka pod prysznic,
- aby wyeliminować trudności z korzystaniem z telefonu, używać tylko modeli z dużymi przyciskami, z opcją szybkiego wybierania do osób najbliższych, a podczas rozmów - włączyć tryb głośnomówiący.
- do wchodzenia po schodach używać półstopnia, przymocowanego do długiego, pionowego uchwytu.

- wskazane jest wybieranie ubrań z suwakami i rzepami zamiast guzików,

Dodatkowo, należy uprzedzić pacjenta i jego Rodzinę, aby pamiętali o częstych przerwach na odpoczynek i właściwej organizacji planu dnia [32].

Należy unikać długotrwałych, monotonnych czynności oraz pamiętać o zachowaniu odpowiednich zasad podczas przyjmowania pozycji leżącej – nie używaniu podkładek pod kolana (zapobieganie powstawaniu przykurczów, zmniejszenie sztywności) i umieszczaniu poduszki między kolanami podczas leżenia na boku

Zadaniem zespołu terapeutycznego w opiece domowej nad pacjentem z RZS jest nauczanie i zmotywowanie chorego do systematycznego wykonywania ćwiczeń w celu zachowania sprawności fizycznej [30].

Pacjentowi należy przekazać informacje o najbliższych sklepach ze sprzętem rehabilitacyjnym. Działania mające na celu usprawnienie pacjenta, należy dostosować do jego wieku oraz stopnia zaawansowania choroby [31].

CELE PRACY

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów.
2. Opracowanie indywidualnego procesu opieki dla pacjenta.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta 65-letnia pacjentka hospitalizowana na oddziale Reumatologii i Chorób Wewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, od 09.01.2017 do 17.01.2017 roku z rozpoznaniem Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów, w celu pogłębienia diagnostyki.

Materiał do badań został zebrany na podstawie:

- wywiadu,
- obserwacji pacjentki,
- pomiarów pośrednich oraz bezpośrednich,
- analizy dokumentacji lekarskiej i pielęgniarstwa,
- historii choroby,
- indywidualnej karty zleceń lekarskich,
- karty gorączkowej

- karty obserwacji pacjenta.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka F.D, lat 65 została przyjęta na oddział Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w dn. 09.01.2017 w trybie planowym, z rozpoznaniem Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w celu pogłębienia diagnostyki.

Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką uzyskano informacje, że Reumatoidalne Zapalenie Stawów zostało zdiagnozowane 30 lat temu. Choroby współistniejące to choroba wrzodowa żołądka, osteoporoza, niedokrwistość, nadciśnienie tętnicze, podejrzenie choroby Crohna. Pacjentka odczuwa także dyskomfort z powodu nawracającej choroby wrzodowej żołądka, bólów brzucha, nudności, wymiotów i biegunki.

Z przeprowadzonego wywiadu środowiskowego wynika, że pacjentka mieszka na wsi w domu jednorodzinnym, z bratem, chorą matką, nad którą stara się sprawować opiekę. Mieszkanie jest nieprzystosowane do niepełnosprawności: płytkie i wysokie stopnie schodów, wąskie przejścia między pokojami, niska temperatura w domu (ok.16 st.C), spowodowaną brakiem ogrzewania, wysoką wilgotność, i nieszczelnym dachem.

Pacjentka wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego i jest ona w niewielkim stopniu zapewniana przez córkę. Dodatkowo, opieka społeczna wyznaczyła opiekunkę, która przychodzi trzy razy w tygodniu. Pacjentka utrzymuje się z renty.

W przeprowadzonym badaniu fizykalnym stwierdzono oddech fizjologiczny, nad polami płucnymi szmer pęcherzyków prawidłowy, słyszalny symetrycznie. W badaniu palpacyjnym stwierdzono brzuch miękki, umiarkowanie bolesny w śródbrzuszu.

W dniu przyjęcia HR 81 uderzeń/minutę, RR 138/80 mmHg.

W dniu prowadzonej obserwacji pielęgniarskiej pacjentka jest w trzeciej dobie pobytu w Klinice Reumatologii. Podczas prowadzonego wywiadu stwierdzono kontakt słowny logiczny - chora zorientowana co do miejsca, czasu i pobytu w szpitalu. Odpowiada na zadawane pytania chętnie, zrozumiale formułując wypowiedzi.

W godzinach porannych pacjentka zgłosiła wystąpienie sztywności trwającej około godziny, dolegliwość opisała jako „uczucie zeszywnienia”. Kolejne dolegliwości dotyczyły bólu drobnych stawów stóp i dłoni, stawów nadgarstkowych, łokciowych i kolanowych. Jako miejsca najbardziej bolesne zostały wskazane stawy kolanowe (obu kończyn dolnych) i stawy międzypaliczkowe bliższe prawej kończyny górnej. Zaobserwowano niepełny ruch w stawach

kolanowych, skokowych, ramiennych, sztywność w odcinku szyjnym kręgosłupa oraz niestabilność kolan. W trakcie prowadzonej obserwacji stwierdzono obrzęki w obrębie drobnych stawów stóp i rąk, stawów nadgarstkowych, łokciowych i kolanowych, oraz na podudziach i stopach obu kończyn.

Stwierdzono utrudnione poruszanie się i wykonywanie czynności życia codziennego – porannej toalety, ubierania się, spożywania śniadania. Pacjentka ma trudność w podnoszeniu umiarkowanie lekkich przedmiotów – np. butelki o pojemności 1.5 l. W trakcie krótkiego spaceru - ok.50m zaobserwowano wystąpienie duszności wysiłkowej i przyspieszenie oddechu. Pacjentka zgłosiła zawroty głowy, uczucie osłabienia i braku powietrza.

Pacjentka wymaga pomocy w czynnościach samoobsługowych: mycia się, czesania, ubierania, zrobienia kanapki.

Pacjentka zgłosiła także obniżone łaknienie i nudności, oraz możliwość wystąpienia wymiotów po spożyciu posiłku w godzinach rannych, prawdopodobnie spowodowane wrzodami żołądka. Pozostałe posiłki były spożywane niechętnie, w małych ilościach. W jamie ustnej zauważono obecność ran, spowodowanych nie dopasowaną protezą zębową.

Po przeprowadzeniu rozmowy z pacjentką zauważono obniżony nastrój spowodowany złym stanem zdrowia, ciągle towarzyszące uczucie zmęczenia i wyczerpania.

Pacjentka często budzi się w nocy i ma problemy z zasypianiem.

Występuje brak akceptacji wyglądu własnego ciała (w szczególności dłoni, stóp i twarzy) i stopnia niepełnosprawności.

Pacjentka odczuwa lęk i brak siły do sprawowania opieki nad chorą matką. Niepokój spowodowany jest brakiem umiejętności i nieprzystosowaniem warunków domowych do samodzielnego funkcjonowania.

Podczas wywiadu stwierdzono brak wiedzy pacjentki na temat choroby nadciśnieniowej, regularnego przyjmowania leków oraz konieczności stosowania diety łatwostrawnej.

Pacjentka jest objęta opieką w poradni chirurgicznej, reumatologicznej i gastrologicznej.

Przyjmowane leki: Sulfasalazin EN 500 mg, Encorton 10 mg, Imuran 50 mg, TizouidynaArov 4 mg, Metocard 50 mg, Tromopar, Prazol 20 mg, Ferrum 100 mg, Cyklosporynę, Solu-Medrol 500 mg, Metotrexat 10 mg, AcidumFolicum.

Uczestniczy w eksperymentalnym programie leczenia RZS - przyjmuje : enkorton TRT-MECK o powolnym uwalnianiu.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból w okolicach stawów, spowodowany stanem zapalnym

Cel opieki: Zmniejszenie bólu

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Pomoc pacjentce w przyjęciu wygodnej pozycji.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie i tętno).
- Ocena nasilenia bólu za pomocą skali VAS.
- Obserwacja lokalizacji, charakteru i czasu trwania bólu, jego nasilenia.
- Uspokojenie pacjentki, wyjaśnienie działań.
- Prowadzenie farmakoterapii.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Pacjentkę ułożono w pozycji płaskiej.
- Monitorowano podstawowe parametry życiowe: RR 135/75mmHg, HR: 84 uderzenia/minutę.
- Pacjentka ocenia ból na poziomie 6 wg skali VAS.
- Obserwowano ból w stawach kolanowych i w środkowych kostkach paliczków dłoni, był dokuczliwy w takim samym stopniu.
- Zapewniono spokój poprzez wyłączenie światła, zamknięcie drzwi na korytarz.
- Prowadzono farmakoterapię, podano i.v. 1000 mg paracetamolu. Wyjaśniono pacjentce, że lek zacznie działać w ciągu ok.10 minut od podania.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Nastąpiło nieznaczne zmniejszenie bólu - wg skali VAS na 5.

Diagnoza pielęgniarska 2: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji, wynikający z ograniczonej ruchomości stawów, problemów z chodzeniem

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu samoopieki i samopielęgnacji

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Ocena możliwości wykonywania ruchów kończyną górną w trakcie spożywania posiłku, czynności higienicznych, ubierania, chodzenia, itp.
- Pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
- Edukacja pacjentki w zakresie usprawniania i kinezyterapii oraz RZS - czynników pogarszających samopoczucie i zwiększających nasilenie dolegliwości bólowych.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Oceniono możliwości wykonywania ruchów: podczas spożywania śniadania zauważono wystąpienie dużej trudności w uchwyceniu noża, kubka, zdjęcia pokrywki z kubka z herbatą.
- Udzielono pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego: posłaniu łóżka, przygotowaniu kanapki – posmarowano chleb masłem. Zdjęto pokrywkę z kubka z herbatą. Podczas wykonywania toalety i ubierania się - umyto stopy i założono pacjentce skarpety, biustonosz, zapięto guziki bluzki (pacjentka samodzielnie umyła twarz, dłonie, pachy)
- Przeprowadzono edukację pacjentki na temat :
 - wykorzystania pomocy fizjoterapeutycznych, np. miękkiej piłeczki rehabilitacyjnej, laski potrójnie rozgałęzionej na końcu –w celu zyskania większej stabilności i zmniejszenia ryzyka upadku,
 - zaprezentowano proste ćwiczenia usprawniające wykonywane w pozycji leżącej i siedzącej (ruchy obrotowe, zginanie, odginanie głowy, odwodzenie, przywodzenie, pronacja, supinacja oraz ruchy okrężne kończynami górnymi, odwodzenie, przywodzenie, ruchy okrężne kończynami dolnymi),
 - zaproponowano zakup ubrań zapinanych na zamek (a nie na guziki),
 - zaprezentowano kubki i sztućce z szerokim uchwytem ułatwiające samodzielne spożywanie posiłku.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Zmniejszono deficyt samoopieki samopielęgnacji w niewielkim stopniu

Diagnoza pielęgniarska 3: Sztywność poranna spowodowana toczącym się procesem zapalnym i gromadzeniem się płynu w torebkach stawowych

Cel opieki: Zminimalizowanie czasu długości trwania sztywności porannej

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja czasu trwania sztywności porannej.
- Pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
- Edukacja pacjentki w zakresie czynników skracających czas trwania sztywności porannej, prawidłowej diety.
- Prowadzenie farmakoterapii.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Obserwowano czas trwania sztywności porannej (trwała ok. 70 minut).
- Udzielono pomocy w zakresie wykonania porannej toalety i spożywania śniadania.
- Wyedukowano pacjentkę w zakresie:
 - o konieczności unikania przebywania w miejscach podwyższonej wilgotności i obniżonej temperaturze,
 - dorocznym wpływem spożywania naturalnej chondroityny zawartej w chrząstkach drobiowych i wołowych,
 - wykonaniu delikatnego rozciągania, np. sięganie ramionami do boków, do podłogi, do przodu,
 - stosowaniu opasek stabilizujących stawy.
- Prowadzono farmakoterapię: podano 10mg metotrexatu p.o., 500mg Solu-Medrolui.v., 10mg Encortonu p.o.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Nie zminimalizowano czasu trwania sztywności porannej.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dyskomfort wywołany obrzękiem stawów

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Ocena obrzęków pod kątem toczącego się w stawach stanu zapalnego - zmierzenie obwodów kolan i łokci, obserwacja obrzękniętych stawów
- Edukacja pacjentki w zakresie
 - powstawania obrzęków
 - dobierania odpowiednich ubrań i obuwia do obrzękniętych stawów.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Obserwowano lokalizację i wielkość obrzęków (okolice stawów kolanowych i łokciowych, następnie na kostkach paliczków dłoni i stóp). Zmierzono obwody kończyn z największymi obrzękami:
 - łokieć prawy: 33cm
 - łokieć lewy: 30cm
 - kolano prawe: 46cm
 - kolano lewe: 42cm
- Wyedukowano pacjentkę:

- w zakresie przyczyn powstawania obrzęków: obrzęki i ból w stawach są wynikiem reumatoidalnego zapalenia stawów. Obrzęk jest spowodowany gromadzeniem się w jamach stawowych płynu, który dodatkowo uciska na zakończenia nerwowe i wywołuje ból.
- Zaproponowano zakup większych ubrań, które będą umożliwiały łatwiejsze nakładanie i zdejmowanie, oraz nie będą uciskały obrzękniętych stawów - luźne spodnie, bluzy nakładane przez głowę (bez guzików).
- Zasugerowano wybieranie butów z szerszymi "noskami", nie uciskające palców stóp oraz łatwo nakładanych, niewymagających sznurowania.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Lokalizacja i wielkość obrzęków nie uległa zmianie. Nie zmniejszono dyskomfortu.

Diagnoza pielęgniarska 5: Obniżone łaknienie, nudności oraz możliwość wystąpienia wymiotów w godzinach porannych

Cel opieki: Podwyższenie łaknienia, zminimalizowanie nudności

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia nudności i wymiotów.
- Zapewnienie na szafce pacjentki miski nerkowatej, ligniny i kubka wody.
- Zapewnienie odpowiedniego nawodnienia pacjentki.
- Współudział w przygotowywaniu i podawaniu estetycznie wyglądających i zachęcających do zjedzenia posiłków.
- Edukacja w zakresie częstotliwości i ilości przyjmowanych posiłków.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Obserwowano pacjentkę pod kątem wystąpienia odruchów wymiotnych, odbijania.
- Zapewniono na szafce miskę nerkowatą, ligninę oraz wodę do przepłukania ust
- Zachęcono pacjentkę do spożywania ok.2l wody w ciągu dnia.
- Podawano posiłki przygotowane przez kuchnię szpitalną.
- Pacjentka spożywała posiłki 5 razy dziennie, dokładnie rozdrobnione, w małych ilościach.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Podwyższono łaknienie w niewielkim stopniu, zminimalizowano nudności

Diagnoza pielęgniarska 6: Dyskomfort z powodu ran w jamie ustnej spowodowany nie dopasowanymi protezami zębowymi

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja lokalizacji i wielkości ran w jamie ustnej.
- Edukacja na temat prawidłowej higieny jamy ustnej. Podanie pacjentce do przepłukania jamy ustnej przygotowanej mieszanki.
- Motywowanie pacjentki do ustalenia wizyty u lekarza stomatologa

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Obserwowano rany- znajdują się w żuchwowej, tylnej części jamy ustnej. na całej długości dziąseł. Widoczne jest zaczerwienienie i obrzęki, blizny i świeże rany, lekko podkrwawiające.
- Wyedukowano pacjentkę: odnośnie częstości i czasu trwania płukania jamy ustnej,
- Wykonano płukanie jamy ustnej przygotowaną mieszanką: 5 ml 3% wody utlenionej w 50ml wody. przez ok.30s, rano i wieczorem,
- zaproponowanie mycia jamy ustnej i masażu dziąseł, za pomocą specjalnej myjki zakończonej gąbką, nasączonej w preparacie do pielęgnacji jamy ustnej (płyn do płukania jamy ustnej Alfa Med),
- polecenie umycia protezy zębowej po każdym posiłku,
- zachęcenie do dokładnego rozdrobnienia pokarmu przed jedzeniem, aby podczas przeżuwania uniknąć zbyt silnego ucisku protez na bolące dziąsła.
- Wy tłumaczono konieczność wizyty u stomatologa w celu lepszego dopasowania protez zębowych. Ustalono termin wizyty u stomatologa.

Ocena opieki pielęgniarskiej: W niewielkim stopniu dyskomfort został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniarska 7: Trudnościami z zasypianiem i wczesne wybudzanie się spowodowane hospitalizacją

Cel opieki: Podwyższenie jakości snu

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie optymalnych warunków do snu w szpitalu: odpowiednie zaciemnienie (lub rozjaśnienie) sali, wyeliminowanie obecnych hałasów, zapewnienie optymalnej temperatury.

- Edukacja na temat prawidłowej jakości i ilości snu fizjologicznego.
- Zaproponowanie wypicia przed snem uspokajającej herbaty ziołowej, np. melisy czy mięty

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Zapewniono odpowiednie warunki:
 - temperatura na sali: 22st.C, wilgotność: 45%
 - przewietrzono salę
 - pacjentkę położono na sali jednoosobowej
 - Przeprowadzono edukację na temat:
 - ograniczenia podsypiania podczas dnia,
 - zaproponowanie dodatkowych aktywności podczas dnia: zapewnienie czasopism, motywowanie do nawiązywania kontaktów z innymi pacjentami.
- Pacjentce podano do wypicia przed snem herbatę z melisą.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Nie podwyższono jakości snu.

Diagnoza pielęgniarska 8: Uczucie zmęczenia i wyczerpania spowodowane złym stanem zdrowia

Cel opieki: Podwyższenie samopoczucia pacjentki

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Pomoc w wykonywaniu czynności wymagających wysiłku, unikanie forsowania pacjenta
- Komasowanie czynności pielęgniarskich, zapewnienie warunków do odpoczynku i regeneracji; ciszy, spokoju.
- Pobranie pacjentce krwi do badań, na zlecenie lekarza.
- Prowadzenie farmakoterapii.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Pomagano w wykonywaniu czynności dnia codziennego: toaleta ciała, czesanie, ubieranie, spożywanie posiłków.
- Zapewniono spokój i miejsce do odpoczynku: wygaszono światło, zamknięto drzwi na korytarz.
- Zachęcono pacjentkę do spożywania podanych posiłków, aby nie doprowadziła do zbyt dużej utraty wagi i niedożywienia organizmu.

- Na zlecenie lekarza pobrano krew do badań laboratoryjnych: kreatynina, eGFR, białko całkowite, kwas moczowy, sód, potas, czas protrombinowy, aktywność PT, INR, fibrynogen.
- Prowadzono farmakoterapię: podano i.v. Ferrum 150mg, w 100ml 0,9% NaCl.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Pacjentka w dalszym ciągu odczuwa zmęczenie.

Diagnoza pielęgniarska 9: Niski poziom wiedzy na temat prowadzenia kontroli RR i żywienia w chorobie nadciśnieniowej

Cel opieki: Podwyższenie poziomu wiedzy

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Edukacja pacjentki na temat:
 - regularnego przyjmowania leków zleconych przez lekarza w domu,
 - codziennego pomiaru ciśnienia i prowadzenia dzienniczka samokontroli,
 - konieczności unikania sytuacji, które mogą wyzwoić dolegliwości związane z gwałtownym wzrostem ciśnienia,
 - diety niskosodowej,
 - konieczności pozostania pod stałą opieką lekarza i wykonywania okresowych badań kontrolnych.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Edukowano pacjentkę na temat:
 - celu regularnego przyjmowania leku Metocard, w dawce 50mg, doustnie.
 - Prowadzenie dzienniczka samokontroli RR w celu okazania pomiarów na wizycie lekarskiej,
 - unikania znacznego wysiłku fizycznego, silnych emocji, nadużywania alkoholu, przebywania w wysokich temperaturach.
 - w zakresie diety niskosodowej niewskazane jest spożywanie słonego mięsa, w szczególności kabanosów, kiełbasy, naturalnie wędzonych wędlin, przyprawy do zup, ketchupu, musztardy, sera żółtego, serów topionych, majonezu, żywności wysokoprzetworzonej, kapusty i ogórków kiszonych),
 - obowiązku pozostania pod opieką lekarza i wykonywania okresowych badań kontrolnych.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Podwyższono poziom wiedzy pacjentki w zakresie wykonywanych pomiarów i żywienia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Duszność wysiłkowa spowodowana obniżoną tolerancją wysiłku fizycznego

Cel opieki: Zminimalizowanie duszności

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja pacjentki pod kątem: prawidłowego przebiegu wymiany gazowej: zabarwienia powłok skórnych - koloru twarzy i szyi, zabarwienia paznokci, liczby i jakości oddechów.
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR, tętno, saturacja).
- Edukacja pacjentki odnośnie samodzielnego radzenia sobie w codzienności.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

- Obserwowano pacjentkę i stwierdzono bladość twarzy i szyi, kolor paznokci prawidłowy, oddechów 18/minutę, spłycone.
- Zmierzono RR - wynosi 135/75mmHg, HR 84 ud./min., sat.96% .
- Przeprowadzono edukację pacjentki: zaproponowanie modyfikacji wysiłku fizycznego - spaceru w obecności osoby towarzyszącej, korzystanie z pomocy ortopedycznych - laski.
- Zwrócono uwagę na konieczność trzymania się poręczy podczas schodzenia i wchodzenia na schody.
- Uświadomiono konieczność zrobienia krótkiej przerwy w celu unormowania oddechu.

Ocena opieki pielęgniarskiej: Nie zminimalizowano duszności.

Diagnoza pielęgniarska 11: Brak akceptacji wyglądu własnego ciała

Cel opieki: Podwyższenie samooceny

Planowanie opieki pielęgniarskiej:

- Zapewnienie wsparcia psychicznego poprzez
 - rozmowę z rodziną pacjenta, poinformowanie o potrzebie bycia i wspierania pacjenta w trudnych chwilach
 - umówienie pacjenta z psychologiem, psychiatrą,
 - częstszy kontakt z osobami chorymi na tą samą jednostkę chorobową, zaproponowanie np. udziału w spotkaniach grupy wsparcia.

- Rozmowa z pacjentką, w celu podwyższenia samooceny.

Realizacja opieki pielęgniarstwiej:

- Podjęto próbę nawiązania kontaktu z rodziną pacjentki. Zapewniono konsultację pacjenta z psychologiem. Zaproponowano udział w spotkaniach grupy wsparcia osób chorych na RZS.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentką. Obniżony nastrój wynika z choroby, która uniemożliwia jej samodzielne wykonywanie podstawowych czynności, tworzy poczucie uzależnienia od drugiej osoby. Stwierdzono, że pacjentka nie akceptuje wyglądu swoich dłoni i kolan.

Ocena opieki pielęgniarstwiej: Nie podwyższono samooceny pacjentki.

Diagnoza pielęgniarstwiej 12: Lęk pacjentki spowodowany niedostosowaniem warunków mieszkaniowych do jej potrzeb

Cel opieki: Obniżenie lęku

Planowanie opieki pielęgniarstwiej:

- Edukacja pacjentki na temat udoskonalenia warunków mieszkaniowych.

Realizacja opieki pielęgniarstwiej:

- Wyedukowano pacjentkę w zakresie udoskonalenia warunków mieszkaniowych:
 - zaproponowano kontakt z przedstawicielem zarządu mienia komunalnego w celu otrzymania mieszkania socjalnego odpowiadającego potrzebom chorej, lub otrzymania zarządu mienia komunalnego pieniędzy na remont własnego mieszkania,
 - zaproponowano kontakt z opieką społeczną, w celu zwiększenia częstotliwości wizyt przydzielonego przez nich opiekuna, w celu wprowadzenia przez niego tymczasowych zmian domu ułatwiających chorej funkcjonowanie w dniu codziennym.

Ocena opieki pielęgniarstwiej: Lęk w niewielkim stopniu został obniżony.

WNIOSKI

1. Najważniejszymi problemami pacjentki z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów były:

- ból w okolicach stawów, spowodowane stanem zapalnym,
- deficyt samoopieki i samopielęgnacji, wynikający z ograniczonej ruchomości stawów, problemów z chodzeniem,

- sztywność poranna spowodowana toczącym się procesem zapalnym i gromadzeniem się płynu w torebkach stawowych,
 - dyskomfort wywołany obrzękiem stawów, obniżone łaknienie, nudności oraz możliwość wystąpienia wymiotów w godzinach porannych,
 - rany w jamie ustnej spowodowane nie dopasowanymi protezami zębowymi,
 - trudności z zasypianiem i wczesne wybudzanie się spowodowane hospitalizacją,
 - uczucie zmęczenia i wyczerpania spowodowane złym stanem zdrowia,
 - niski poziom wiedzy na temat choroby nadciśnieniowej,
 - duszność wysiłkowa spowodowana obniżoną tolerancją na wysiłek fizyczny,
 - brak akceptacji wyglądu własnego ciała,
 - lęk pacjentki spowodowany niedostosowaniem warunków mieszkaniowych do jej potrzeb.
2. Opracowany proces pielęgnowania pozwolił na objęcie pacjentki holistyczną opieką.

PIŚMIENNICTWO

1. Fauci A.S.: Harrison, Reumatologia. Redakcja naukowa II wydania polskiego: Pazdur J. Wyd. Czelej, Lublin 2012.
2. Puszczewicz M. (red.): Reumatologia. Wydanie II. Wyd. Medical Tribune Polska. Warszawa.
3. Królik W.P.: Reumatoidalne zapalenie stawów u osób starszych: rozpoznanie, przebieg i możliwości leczenia. Geriatria. Akademia Medycyny. 2016, 1, 52-58.
4. Snaith M. L. Abc Reumatologii; wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 154-158.
5. Kłak A., Paradowska-Gorycka A., Kwiatkowska ., Raciborski F.: Personalized medicine In rheumatology. Reumatologia 2016; 54(4): 177-186.
6. Sudoł-Szopińska I., Hycaj P., Prohoniec-Sobieszek M.: Rola czynników zapalnych i tkanki tłuszczowej w patogenezie reumatoidalnego zapalenia stawów i choroby zwyrodnieniowej stawów. Journal of ultrasonography 2013, 13(54): 319-327.
7. Maślińska M., Jakubaszek M., Dmowska-Chalaba J., Bielski A.: Ból i obrzęk stawów cz.I., Medycyna po Dyplomie 2016;25(1): 62-74.
8. Węgierska M., Dura M., Blumfield E., Żuchowski P., Waszczak M., Jeka S.: Osteoporosis diagnostics In patients with rheumatoid arthritis. Reumatologia, 2016, 54(1), 29-34.

9. Grochowski C., Grochowska B., Kot-Bakiera K., Kulesza B.: Zarys terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Lek w Polsce* 2016, 26(6/7), 41-44.
10. Targowski T.: Sarcopaenia and rheumatoidarthritis. *Reumatologia* 2017., 55(2), 84-87.
11. Krajewska-Włodarczyk M.: Sarkopenia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Wiadomości lekarskie* 2016, 69(3), 542-547.
12. Morawska J., Domysławska I., Bagrowiska M., Sierakowski S.: Manifestacje płucne w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Przegląd lekarski* 2015, 72(2), 78-82.
13. Cal-Kocikowska J., Szulińska M., Bogdański P.: Reumatoidalne zapalenie stawów – czynnik ryzyka sercowo- naczyniowego. *Forum zaburzeń metabolicznych* 2014, 5(1), 26-33.
14. Korkosz M.: Rozpoznawanie i monitorowanie RZS i spondyloartropatii zapalnej z uwzględnieniem znaczenia rezonansu magnetycznego – perspektywa reumatologa. *Wiadomości lekarskie*. 2015, 68(3), 288.
15. Tatara T., Snakowska P.: Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów – przegląd systematyczny badań. *Medycyna rodzinna* 2015, 2, 70-78.
16. Sudoł-Szopińska I., Jans L, Teh J.: Rheumatoidarthritis: what do MRI and ultrasound show. *J Ultrason* 2017; 17;5-16.
17. Ponikowska M., Wiland P.: The initialultrasonographicexamination of handsandfeetjoints in patients with earlyrheumatoidarthritis. *Reumatologia* 2015.53/4, 179-185.
18. Targońska- Stępiak B., Piotrowski M., Wolak R. Majdan M.: Ocena aktywności reumatoidalnego zapalenia stawów badaniem klinicznym i ultrasonograficznym. *Wiadomości Lekarskie* 2016, 69(4), 616-620.
19. Elert-Kopeć S., Tłustochowicz M., Załucka L., Kopeć G., Tłustochowicz G.: Stężenie metotreksatu w erytrocycie a aktywność procesu chorobowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2013, 51(5), 370-374.
20. Głuszko P.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne w zwalczniu bólu u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – czy różnią się pod względem skuteczności i bezpieczeństwa? *Medycyna praktyczna*, 2016,1; 111-113.
21. Buczek E., Mitosek-Szewczyk K., Szajnoga B., Wierzchowska-Cioch E., Szewczyk A. : Bóle głowy w chorobach autoimmunologicznych. *Wiadomości lekarskie* 2016. 69(5), 773-777.
22. Povoroznyuk V., Synenky O. Balatska N., Płudowski P. :Witamina D i aktywność choroby u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Postępy nauk medycznych*, 2016, 29(10), 705-708.

23. Tatara T., Snakowska P.: Rola diety w reumatoidalnym zapaleniu stawów – przegląd systematyczny badań. *Medycyna rodzinna* 2015, 2, 70-78.
24. Hajduk M., Dominik A.: Wpływ odpowiedniej diety na efektywność postępowania fizjoterapeutycznego u chorych na RZS. *Rehabilitacja w praktyce* 2016, 5, 84-89.
25. Bac A., Chrabota U., Aleksander-Szymanowicz P.: Terapia Zajęciowa w oparciu o model kanadyjski w rehabilitacji pacjentki z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Postępy rehabilitacji*, Warszawa 2015, 29(4), 41-46.
26. Krawczyk-Wasilewska A., Kuncewicz E., Sobieska M.: Ocena skuteczności fizjoterapii w uśmierzaniu bólu towarzyszącego reumatoidalnemu zapaleniu stawów. *Nowa Medycyna* 2007; 4: 74-45.
27. Przedborska A., Misztal M., Raczkowski J. W.: Wpływ głębokiej stymulacji elektromagnetycznej na poziom odczuwanego bólu u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Fizjoterapia Polska* 2016, 16(1), 74-81.
28. Księżpolska-Pietrzak K.: Krioterapia w leczeniu chorób reumatycznych. *Ortopedia, traumatologia i Rehabilitacja* 2000; 2: 66-69.
29. Księżpolska-Orłowska K., Sadura-Sieklucka T., Kasprzak K., Gaszewska E., Rodkiewicz-Bogusławska A., Sokołowska B.: The beneficial effects of reailitation on handfunction in patients with rheumatoidarthritis. *Reumatologia* 2016, 54(6), 285-290.
30. Cieślińska Świder J.: Przegląd metod fizykoterapeutycznych stosowanych w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Rehabilitacja w praktyce* 2014, 4, 64-67.
31. Staszkiwicz M., Nawalana A., Wróbel A., Majda A.: Ocena skuteczności opieki otrzymywanej od pielęgniarek i nieprofesjonalnych opiekunów dokonana przez chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, 63(1), 28-33.
32. Mojs E., Warchulska C., Samborski W.: Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* 2010, 48(2), 121-127.
33. Sierakowska M., Sierakowski S., Sierakowska J. Krajewska-Kułak E.: Comparative analysis of educational needs of patent with rheumatic diseases selected asem on the Polish version of the Educational Needs Assessment Tool (Pol-ENAT). *Reumatologia* 2016, 54(4): 153-160.

POZIOM WIEDZY OSÓB MŁODYCH NA TEMAT WPLYWU ALKOHOLU NA STAN ZDROWIA

Agnieszka Ojdanowska¹, Barbara Jankowiak²

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. St. Wyszyńskiego w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

W naszym społeczeństwie uzależnienie od alkoholu określane jest powszechnie alkoholizmem bądź nałogiem alkoholowym. Uzależnienie alkoholowe jest następstwem nadużywania alkoholu oraz oznacza spożywanie tej substancji w sposób powodujący negatywne, a na dalszym etapie destrukcyjne skutki dla pijącego oraz dla jego rodziny. Jest to jedna z najbardziej destrukcyjnych chorób, jak też jedna z niewielu, których istnienie neguje chory. Uzależnienie od alkoholu jest chorobą niszczącą człowieka we wszystkich jego aspektach. Prowadzi do degradacji życia psychicznego, duchownego oraz religijnego [1].

Osoby używające alkoholu, dla których picie jest źródłem jakichkolwiek strat, podzielić można na ludzi pijących ryzykownie, szkodliwie, a także na uzależnionych od alkoholu, przy czym [2]:

1. Ryzykowne używanie alkoholu, to wypijanie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), niosące za sobą ogrom negatywnych skutków, przy czym można oczekiwać, iż konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony.
2. Picie szkodliwe jest to taki wzorzec picia, który już powoduje konsekwencje zdrowotne, fizyczne lub psychiczne; ale także psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu.
3. Uzależnienie od alkoholu według Światowej Organizacji Zdrowia to „zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami” [2].

Metabolizm etanolu w organizmie

Etanol występujący we wszystkich napojach alkoholowych, jest traktowany jako coś naturalnego i zazwyczaj nie uznaje się go za coś groźnego. Po wypiciu alkoholu, niewielkie ilości etanolu wchłaniają się już w jamie ustnej i przełyku. Około 20% etanolu wchłania się w żołądku, jednakże większość dostaje się do organizmu przez jelito cienkie i przedostaje się do krwioobiegu w ciągu kilku minut. U ludzi pijących alkohol sporadycznie, maksymalne stężenie w krwi wynosi około 16 mg/100 ml. Jest to zależne od kilku czynników, jak szybkość rozkładu alkoholu w organizmie i opóźnienie jego wchłaniania. Obecność pożywienia w żołądku i jelitach opóźnia wchłanianie, jak też nie bez znaczenia jest rodzaj alkoholu [3].

Alkohol znajdujący się we krwi podlega kilku procesom. Zasadniczym miejscem metabolizmu alkoholu etylowego jest wątroba, w której etanol jest utleniony przez dehydrogenazę alkoholową do aldehydu octowego, a następnie przez dehydrogenazę aldehydową do kwasu octowego [4].

Nierozłożona część alkoholu przemieszcza się do płuc i nerek, w tym niewielka ilość jest przez te organy wydalana. Dlatego też alkohol można wykryć w oddechu bądź w jego moczu. Podczas przepływu alkoholu przez mózg, niewielka ilość dostaje się do komórek nerwowych, gdzie działa na kilka sposobów. Alkohol powoduje skurczenie komórek i zniekształca receptory w błonach komórkowych, czego konsekwencją jest uszkodzenie nerwów oraz obniżenie ich aktywności. Wypicie już jednego kieliszka alkoholu jest zauważalne i przyjemne. Spada nieco ciśnienie krwi. Alkohol zmniejsza także zahamowania seksualne i zwiększa odwagę, a zarazem zmniejsza potencję [3].

Rozkład alkoholu następuje etapami i prowadzi do powstania dwóch produktów. Pierwszy z nich powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, przez co odczuwa się ciepło, skóra jest lekko zaróżowiona. Objawy ewaluują. Alkohol oddziałuje na mózg, ale też nerki, zmniejszając produkcję pewnego hormonu (antydiuretycznego), przez co zmniejsza się ilość wody zatrzymywanej przez organizm oraz wytwarzana jest większa ilość moczu. Jest to przyczyna, której po spożyciu alkoholu dochodzi do odwodnienia organizmu, zwłaszcza jeśli spożywa się go znaczącą ilość. Alkohol działa na uszy, zwłaszcza na błędnik wypełniony płynem, zawierający receptory zmysłu równowagi. Na ten płyn wpływa alkohol zawarty w krwi. W miarę spożywania alkoholu, równowaga osoby pijącej jest coraz bardziej zaburzona, w związku z tym, osoba pod wpływem alkoholu potyka i się przewraca [3].

Wpływ alkoholu na organizm ulega zmianie w zależności od odkładania się go we krwi. Ilość alkoholu we krwi to zawartość alkoholu we krwi (Blood Alcohol Content) [5]:

- Euforia (BAC = 0,3 do 1,2 promila) – dobry nastrój, pewność siebie, lecz krótszy czas koncentracji, osłabiona ocena sytuacji i sprawność ruchowa;
- Letarg (BAC = 0,9 do 2,5 promila) - senność, trudności ze zrozumieniem i zapamiętywaniem, trudności z chodzeniem, niewyraźne widzenie;
- Dezorientacja (BAC = 1,8 do 3,0 promila) - poczucie dezorientacji, zawroty głowy, niewyraźna mowa, słabe widzenie, nadpobudliwość emocjonalna oraz wymioty;
- Zamroczenie (BAC = 2,5 do 4,0 promila) -niezdolność do poruszania się, chwilowa bądź trwała utrata świadomości, śmierć z powodu zadławienia się własnymi wymiocinami;
- Śpiączka (BAC = 3,5 do 5,0 promila) - organizm przestaje funkcjonować poprawnie, spada tętno, wzrasta prawdopodobieństwo śpiączki albo śmierć;
- Zgon (BAC = powyżej 5,0 promila) - taki poziom alkoholu we krwi, prowadzi do zatrzymania funkcjonowania centralnego układu nerwowego, co prowadzi do śmierci.

Etiologia uzależnienia od alkoholu

Przyjmując biologiczne uwarunkowania uzależnień, sięga się do genetycznego dziedziczenia określonych właściwości metabolicznych, jak też biologicznych właściwości sprzyjających szybkiemu uzależnianiu się od alkoholu. Badania prowadzone m.in. na bliźniętach jedno- i dwujajowych, w przypadku uzależnienia jednego z bliźniąt, wykazały, że u bliźniąt jednojajowych częstotliwość wystąpienia choroby alkoholowej jest większa niż u bliźniąt dwujajowych. Następnie inne badania dowiodły wielokrotnie częstszego występowania alkoholizmu u synów ojców uzależnionych. Dziedziczeniu podlegają pewne właściwości organizmu mające związek z metabolizmem alkoholu. Utlenianie alkoholu w 90% dokonuje się w wątrobie, za pomocą enzymów, które wykazują różnice indywidualne w zakresie odmiany czy działania. To właśnie ta odmienność może sprzyjać spożywaniu alkoholu w dużych ilościach, bez odczuwania przykrych następstw, co może prowadzić do szybszego uzależnienia się od tego środka psychoaktywnego [6].

Do koncepcji poszukujących psychicznych uwarunkowań uzależnień zalicza się wszystkie teorie nurtów: poznawczego, behawioralnego, analitycznego i teorii osobowości [6].

Istotnym czynnikiem decydującym o sięganiu po m.in. alkohol, jest czynnik psychologiczny. W rozwoju uzależnienia ważną rolę przypisuje się poszukiwaniu nowych, subiektywnych odczuć czy doświadczeń (ciekawość) oraz brak akceptacji negatywnych odczuć (smutek, lęk, depresja) z powodu trudnej sytuacji życiowej, czy też chęć obniżania napięcia psychicznego. Jak również stres związany jest z podatnością na nawroty do nałogu, albowiem

odgrywa niebagatelną rolę w negatywnych stanach emocjonalnych (lęk, efekty awersyjne) w czasie odstawienia. Czynniki środowiskowe to także ważny element w inicjacji nadużywania substancji psychoaktywnych. W tym kontekście naukowcy zwrócili uwagę na znaczenie tzw. hierarchii społecznej, jak również stresu z niedostosowania społecznego [7].

Etiologii uzależnienia należy także upatrywać właśnie w funkcjonowaniu układu nagrody. Aktywność tego układu nasilana, jest nie tylko przez alkohol, lecz również naturalne nagrody (np. pokarm, seks) czy pewne zachowania (poszukiwanie nowości, ryzykowne przeżycia, łagodne formy agresji). Neuroanatomicznym podłożem układu nagrody, jest dopaminowy układ mezo limbiczny, zaś neuroprzekaźnik – dopamina – sygnalizuje przyjemność konsumpcji nagrody i intensywność odczuwania euforii, ale też przyjemność oczekiwania na nagrodę związaną z jej wspomnieniem, a indukowaną m.in. poprzez bodźce warunkowe asocjowane z nagrodą. Ponadto w badaniach z wykorzystaniem technik neuroobrazowania dowiedziono, iż w efekcie długotrwałego nadużywania alkoholu dochodzi do osłabienia funkcji układu nagrody oraz spadku odpowiedzi metabolicznych pod wpływem innych wzmocnień, w tym naturalnych nagród (pokarm, seks) [7].

Alkohol zmienia również układ pobudzenia, zaś obserwowany w badaniach funkcjonalnych deficyt metaboliczny w obrębie struktur płata czołowego (kora przedczołowa, kora zakrętu obręczy), prowadzi m.in. do zmiany oceny wartości nagrody oraz szansy na sukces po podjęciu starań w kierunku jej zdobycia. Osoby uzależnione mają ponadto problem z uczeniem się, czy zapamiętywaniem. Jak dowiedziono naukowo, wielokrotnie stosowanie alkoholu generuje plastyczność synaptyczną oraz zjawisko długotrwałego wzmocnienia synaptycznego (ang. long-term potentiation; LTP), tworząc mechanizm będący fundamentem uczenia się i zapamiętywania informacji. Zjawisko utrwalania śladów pamięciowych – występujące w obrębie struktur mózgu takich jak hipokamp, prążkowie, pole brzuszne nakrywki, kora przedczołowa – związane jest z sensytyzacją (uwrażliwieniem) neuronów dopaminowych, jak również z nasileniem transmisji glutaminianergicznej w efekcie częstszego pobudzania synapsy.

Osoby uzależnione cechują się takimi cechami osobowymi, jak: niski poziom uspołecznienia, małe opanowanie czy brak konsekwencji. Mimo, iż osoby uzależnione posiadają takie cechy, to nie wiadomo, czy są one przyczyną, czy konsekwencją uzależnień. Wśród czynników osobowych sprzyjających powstawaniu uzależnień można wskazać: brak sensu życia, poczucie obniżonej wartości siebie, jak też sprzyjający zachowaniom nałogowym kontekst społeczny [1].

Jakkolwiek różne mogą być przyczyny rozwoju choroby alkoholowej, bardzo ważną rolę zdają się w całym procesie choroby alkoholowej odgrywać właśnie czynniki społeczne, spośród których najważniejsze, bo pozostające w bezpośrednim związku z osobą, u której rozwinąć się może uzależnienie, jest środowisko rodzinne [8].

Jak dowodzą liczne badania, istotnym wskaźnikiem w rozwoju uzależnień jest wpływ środowiska rodzinnego. Według tej koncepcji, z powodu negatywnego oraz długotrwałego oddziaływania tego najbliższego otoczenia, dochodzi do ukształtowania tzw. osobowości przednałogowej. W rodzinie dysfunkcyjnej, zaniedbywane są potrzeby dziecka. Wszystkie zachowania, oceny oraz słowa kierowane do dziecka przez najbliższych są bezkrytycznie internalizowane. W ten sposób tworzy się obraz młodego człowieka bez poczucia bezpieczeństwa, o niskiej samoocenie, a także słabym wglądzie w swoje uczucia, wśród których dominuje poczucie krzywdy, żal i złość. Stwierdza się też deficyt wykształconych odpowiednich metod radzenia sobie ze stresem. Wszystko to wchodzi w skład modelu osobowości sprzyjającemu sięganiu po alkohol. Sięganie po substancje uzależniające poprzedza niska samoocena, ukształtowana w konsekwencji doświadczania różnych typów przemocy, nadużyć, zaniedbań, trudności, lęków społecznych oraz poczucia winy, wywołanego niemożnością sprostania stawianym wymaganiom. Tak więc sięganiu po alkohol znacznie sprzyjać mogą cechy osobowości, które wykształciły się w konsekwencji przeżytych w dzieciństwie traum, stresu czy zaniedbań, które trwale zarysowały się w osobowości uzależnionej osoby. Poza niskim poczuciem własnej wartości i wspomnianych wyżej cechach, powinno się jeszcze dodać nieśmiałość, lęk społeczny, wynikające z braku odpowiednich umiejętności interpersonalnych, kompetencji w nawiązywaniu oraz podtrzymywaniu bliskich związków. Albowiem alkohol oddziałując chemicznie na organizm, dodaje odwagi i pewności siebie pijącemu, powoduje, iż postrzega on siebie o wiele korzystniej niż w stanie trzeźwości. Tak więc rodzina jest środowiskiem decydującym w znacznym stopniu o tym, jak będzie kształtować się osobowość człowieka. Staje się zatem naturalnym środowiskiem, które może mieć znaczenie w powstawaniu uzależnienia. Z reguły są to rodziny patologiczne, w których wystąpił problem uzależnienia oraz współuzależnienia. W rodzinach tych dzieci są zaniedbane, często też doświadczają przemocy różnego rodzaju, czy chronicznego stresu. Wskazuje się też typy rodzin, które sprzyjają rozwojowi uzależnienia. Są to rodziny prowadzące mocno konsumpcyjny styl życia, nieprzekazujące dojrzałej, prawidłowej hierarchii wartości, rodziny w których praca zawodowa uniemożliwia odpowiednio częste kontakty między jej członkami, a także zaspokajanie potrzeb jej członków. Wymienia się też rodziny, w której rodzice

reprezentują postawynadopiekuńcze,a także charakteryzują się brakiem równowagi i nasilonymi zaburzeniamiemocjonalnymi [6].

Do sięgania po alkohol może popychać brak poczucia celu i sensu życia, jak również brak spełnionych potrzeb duchowych. Mówi się tu o swoistej tęsknocie za celami wyższymi i tym, co nieosiągalne oraz niedostępne. Substancja psychoaktywna ogranicza ten niedosyt, dając tymczasowe poczucie wyższości i wszechmocy. Neutralizuje także albo minimalizuje tak znamienne w życiu każdego człowieka lęk przed śmiercią. Podkreśla się w tej koncepcji rolę kryzysu w życiu człowieka i braku odpowiedzi na pytania kim jesteśmy, dokąd zmierzamy, jakie są nadrzędne cele naszej egzystencji.

Podkreśla się tu również kryzys systemu wartości oraz brak dojrzałej postawy wobec siebie i swojego życia. Alkohol ma na celu tylko zneutralizować świadomość braku celów, cierpienie, a także wypełnić poczucie pustki i znieczulić [9].

Objawy uzależnienia od alkoholu

Objawy uzależnienia od alkoholu mogą być różne w zależności od osoby, która go doświadcza. Mogą pojawiać się w różnej kolejności oraz w różnym nasileniu. Do najpowszechniej występujących należą [10]:

- zaprzeczanie - jako miałoby się problem z alkoholem, przy jednoczesnych dowodach na jego występowanie (problemy w życiu zawodowym i osobistym);
- zmiana tolerancji na alkohol - z czasem ilość wypijanego alkoholu (aby wywołać takie same rezultaty jak na początku) musi ulec zwiększeniu, może pojawić się obniżenie tolerancji na alkohol, czyli takie same dawki zaczynają wywoływać uczucie większego upojenia;
- objawy abstynencyjne - jeśli dojdzie do przerywania picia, pojawiają się objawy: niepokój, lęk, zaburzenia snu, bóle głowy, uczucie rozbicia, dreszcze, drżenie kończyn, skurcze mięśni, szybkie bicie serca, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, wzmożona potliwość, nudności, biegunki, rozszerzone źrenice, podniecenie;
- objawy psychoruchowe - jest to tak zwany niepowikłany alkoholowy zespół abstynencyjny;
- drgawki abstynencyjne - mają charakter napadu padaczkowego
- majaczenie alkoholowe - chory ma zaburzenia świadomości, nie wie gdzie jest, jaka jest aktualna data, może mieć złudzenia oraz omamy wzrokowe (widzieć rzeczy, których nie ma, na przykład białe myszy) - są to formy tak zwanego powikłanego alkoholowego zespołu abstynencyjnego;

- koncentracja aktywności życiowej wokół picia - dużo uwagi i działań związanych z sytuacją picia, a także szukaniem okazji do wypicia alkoholu (spotkania towarzyskie, samotny spacer, praca - stają się pretekstem do picia);
- chwilowe abstynencje kończące się powrotem do picia - próby udowodnienia sobie, bliskim i innym ludziom, często skutkują chwilową abstynencją, która daje złudne poczucie kontroli nałogu, po czym następuje powrót do picia;
- łaknienie alkoholu - chory uzależniony od alkoholu ma wewnętrzny przymus picia, ma poczucie, że nie wytrzyma bez alkoholu, często doświadcza z tego powodu uczucia paniki;
- utrata kontroli nad piciem - pojawia się przymus kontynuowania picia, jeśli wypilo się nawet niewielką ilość alkoholu;
- zaburzenia pamięci i świadomości - mogą pojawić się tzw. dziury, urwane filmy, będące lukami pamięciowymi z czasu upojenia alkoholowego.

Patologiczne picie alkoholu prowadzi do zaawansowanych zaburzeń emocjonalnych.

Sfera emocjonalna zostaje zdominowana przez cierpienie oraz alkoholowe próby jego łagodzenia. Picie alkoholu przestaje pełnić funkcję utrzymywania kontaktu między rzeczywistością, a reakcjami emocjonalnymi. Zaczynają kierować nałogowe stereotypy. W miarę picia coraz więcej jest symptomów, iż to, co się robi bądź to, co się mówi, jest złe. Osoba uzależniona próbuje się odseparować od kłopotliwej teraźniejszości, czyli nie dostrzega faktów (np. sińców na twarzy żony, potłuczonych mebli), nie słyszy (przede wszystkim bolesnych rzeczy, np. za dużo piłeś itp.), nie pełno jest nastrojów lękowo-depresyjnych (depresja alkoholowa), często z gniewem i drażliwością.

W cięższych stanach pojawiają się omamy, przywidzenia, majaczenie alkoholowe, drgawkowe, czy napady abstynencyjne. Ostry zespół abstynencyjny trwa około (początkowo) 1-2 dni, a następnie wydłuża się do kilku dni czy nawet tygodni. Czasami zdarza się, iż u osób uzależnionych w czasie utrzymania abstynencji pojawiają się objawy przypominające zespół abstynencyjny. Generalnie samopoczucie może być bardzo podobne albo identyczne, jak w zespole abstynencyjnym podczas ciągów picia. Zdarza się, iż pacjenci odczuwają smak wódki w ustach. Towarzyszy temu głód alkoholu, czasami bardzo silny. Jest to tzw. „suchy kac” – rzekomy albo wtórny zespół abstynencyjny. Stan taki pojawia się tylko u osób uzależnionych. Może występować wtedy, gdy są one wystawione na działanie bodźców kojarzących się ze spożywaniem alkoholu – jak wizyta w sklepie monopolowym, a nawet sen, w którym pije się alkohol [11].

Zaburzenia somatyczne związane z używaniem alkoholu

Degradacja wyższych czynności nerwowych. Nawet nieduże dawki alkoholu, które nie wywołują widocznych zmian w zachowaniu człowieka, mogą spowodować zaburzenia reakcji wzrokowej, słuchowej, pogarszają również precyzję ruchów. Wraz z ilością wypitych ilości alkoholu obniża się zdolność oceny sytuacji, zanika krytycyzm oraz możliwości precyzyjnego myślenia. Upośledzona zostaje tzw. uczuciowość wyższa, moralność, poczucie więzi rodzinnych, międzyludzkich czy narodowych. Zaburzone zostają również inne funkcje ośrodków kory mózgowej, ich współpraca z ośrodkami w strukturach podkorowych, znajdujących się dotychczas pod kontrolą oraz hamującym wpływem kory mózgowej. Dochodzą do głosu instynkty i popędy, prymitywne zachowania. W miarę dłuższego picia narasta szkodliwy jego wpływ na ośrodki podkorowe. Zniszczeniu ulega możliwość wykonywania celowych oraz dowolnych czynności ruchowych. Występuje ośpienie i senność. Człowiek traci przytomność. Degradacyjny wpływ alkoholu dochodzi do najstarszej części układu nerwowego, do rdzenia mózgowego oraz części pnia mózgowego, zanikają odruchy. Wówczas może dojść nawet do zahamowania pracy istotnych dla życia ośrodków mózgowych, a w konsekwencji do zaburzenia układu oddechowego, układu krążenia, a w skrajnych przypadkach - nawet śmierci [11].

Szkodliwy wpływ alkoholu na nerwy obwodowe obejmuje toksyczne działanie alkoholu, ale też ma istotny wpływ na niedobór witamin z grupy B. Osoby używające alkohol przez dłuższy czas tracą apetyt, co z kolei prowadzi do niedoboru witamin. Zaburzone jest też wchłanianie witaminy z grupy B w przewodzie pokarmowym osób pijących. Uszkodzenie nerwów obwodowych daje objawy zapalenia wielonerwowego – polineuropatii alkoholowej. Stwierdza się czasami zaburzenia czucia w kończynach, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne: zimno, ciepło, ciasne obuwie. Nogi szybko się męczą przy chodzeniu, pojawiają się bolesne skurcze łydek, drętwienie i mrowienie palców stóp, które stopniowo obejmują dolne części kończyn. W miarę postępowania choroba prowadzi do owrzodzeń troficznych, zaników mięśniowych, a także niedowładu kończyn [11].

Jak wynika z licznych badań, alkohol zwiększa ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego, powoduje wzrost stężenia trójglicerydów w osoczu, a także może być przyczyną przebudowy mięśnia sercowego o charakterze kardiomiopatii. Intoksykacja alkoholem może być przyczyną rozszerzenia naczyń obwodowych (zaczerwienie skóry twarzy), jak też kompensacyjną tachykardię. W związku z tym, przy dużej intoksykacji rośnie ryzyko zaburzeń rytmu serca oraz zawału mięśnia sercowego. Z kolei kwestią dyskusyjną jest wpływ niewielkich dawek alkoholu na ryzyko zawału mięśnia sercowego. Według WHO spożywanie niewielkich dawek

alkoholu działa profilaktycznie w chorobach niedokrwienych serca. Jednak należy dodać, iż liczne badania tego nie potwierdziły. Należy zatem stwierdzić, iż kwestia wpływu niewielkich dawek alkoholu na układ krążenia wymaga dalszych badań [12].

Spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach może powodować liczne zaburzenia hormonalne. Szkodliwy wpływ alkoholu prowadzi u mężczyzn do uszkodzenia jąder, impotencji oraz utraty libido. U kobiet uzależnionych pojawić się mogą zaburzenia miesiączkowania oraz owulacji [13].

Alkohol, poza tym, że obniża płodność, to zwiększa ryzyko poronienia, powoduje u płodu uszkodzenia mózgu i wady wrodzone. Picie alkoholu przez kobietę będącą w ciąży, może spowodować u dziecka osłabienie funkcji poznawczych, trudności w nauce, czy nawet upośledzenie umysłowe. Jak też może być przyczyną ADHD czy autyzmu, jak też może mieć negatywnie wpłynąć na rozwój motoryczny oraz powodować zaburzenia koordynacji. Poza tym może osłabić zdolność do prawidłowej, oceny oraz zrozumienia sytuacji społecznych, co będzie rzutować na funkcjonowanie w dorosłym życiu, tj. bezrobocie, choroby psychiczne, czy konflikty z prawem. Nawet incydentalne bądź jednorazowe nadużycie alkoholu podczas ciąży może doprowadzić do trwałego uszkodzenia płodu. Ich rozmiar jest zależny od dawki, częstotliwości ekspozycji, etapu rozwoju płodu, a także odżywiania się matki [13].

U osób uzależnionych stwierdza się też (częściej niżeli w populacji ogólnej) zaburzenia w funkcjonowaniu tarczycy. Dochodzi do niedoczynności, co objawia się spowolnieniem psychoruchowym, wzrostem masy ciała, nietolerancją zimna, zaparciami oraz zwolnieniem pracy serca. Nadczynność tarczycy jest szczególnie niebezpieczna w czasie ciąży. Alkohol zwiększa wydzielanie m.in. hormonów stresu, głównie kortyzolu. Następstwem czego może być nadciśnienie tętnicze, otyłość, trudności w gojeniu się ran, a także sprzyja występowaniu kamicy nerkowej [14].

Z pewnością alkohol jest najczęstszą przyczyną przewlekłego zapalenia trzustki i drugim (po kamicy żółciowej) najczęstszym powodem ostrego zapalenia trzustki [12].

Stężone roztwory w konsekwencji drażnienia mechanicznego, powodują przekrwienie śluzówki jamy ustnej oraz stan nieżytowy. Powoduje to spadek odporności tkanek i ułatwia wtargnięcie zakażeń bakteryjnych. Do czynników działających niekorzystnie zalicza się też: nieprzestrzeganie higieny osobistej, źle utrzymane próchnicze zęby i palenie papierosów. Istniejące w chorobie alkoholowej niedobory białkowe, mineralne i witaminowe, będące rezultatem źle zbilansowanego odżywiania, pogłębiają ten stan i doprowadzają do pęknięcia oraz zapalenia kąćków ust, czy do nadżerek na śluzówce jamy ustnej. Poza tym pojawiają się również takie dolegliwości jak: uczucie suchości, pieczenie języka, zaczerwienienie gardła oraz

uczucie niesmaku. Etanol działa na przełyk drażniaco, zaś nudności i wymioty nim spowodowane powodują zarzucanie do przełyku soku żołądkowego, który podrażnia tkanki, czy nawet powoduje nadżerki. Alkohol mocno pobudza w żołądku wydzielanie kwasu solnego. W połączeniu z nieregularnym, niepełnowartościowym odżywianiem się, jak również różnymi sytuacjami stresowymi, w które obfituje życie każdego pijącego bez umiaru, prowadzi to do zapalenia błony śluzowej żołądka i choroby wrzodowej [11].

Alkohol jest szybko absorbowany w przewodzie pokarmowym oraz w około 10% jest eliminowany przez płuca i nerki, a pozostały jest utlenialny przede wszystkim w wątrobie trzema drogami: alkoholowej dehydrogenazy, cytochromu P-450 oraz katalazy. Powoduje to zmiany metabolizmu hepatocytów charakteryzujące się zwiększeniem ilości tłuszczów w komórce oraz wzrostem aktywności cytochromu P-450, co przy okazji ułatwia przyspiesza metabolizm innych związków chemicznych do toksycznych metabolitów. Poza tym dochodzi do powstawania wolnych rodników uszkadzających błony komórkowe oraz białka, uszkodzenia mikrotubul i zaburzenia funkcji mitochondriów, uszkodzenia cytoszkieletu i funkcji błon komórkowych, a także pojawienia się nowych antygenów hepatocytów będących wynikiem modyfikacji ich białek. Nawet umiarkowane spożywanie alkoholu może prowadzić do drobnokropelkowego stłuszczenia hepatocytów (odwracalnego).

Z kolei długotrwałe spożywanie dużych ilości alkoholu, często wywołuje postępujące uszkodzenie miększu mogące kończyć się przebudową marską [15].

W pierwszej fazie uszkodzenia wątroby jest ostre, alkoholowe zapalenie wątroby po jednorazowym zatruciu alkoholem, w kolejnym etapie – nadmiernego picia – dochodzi do przewlekłego zapalenia wątroby. Organizm próbuje sobie radzić z zapaleniem oraz obumieraniem komórek wątroby i nieustannie przebudowuje ją, niestety w sposób nieprawidłowy, doprowadzający do marskości wątroby. Uszkodzenie miększu wątroby, a także zbyt mała liczba czynnych komórek, doprowadzają do zaburzenia następujących funkcji [11]:

- detoksykacyjne – w schyłkowej fazie prowadząc do żółtaczki, encefalopatii oraz śpiączki wątrobowej;
- produkcji białek odpornościowych – chorzy na marskość wątroby łatwo ulegają różnego rodzaju infekcjom;
- produkcji białek układu krzepnięcia krwi – co prowadzi może do samoistnych krwotoków;
- przemian glukozy – może powodować początkowo hiperglikemię, a w końcowej fazie hipoglikemię,

- przemian hormonalnych – rozwijający się hipogonadyzm u kobiet powoduje zaburzenia miesiączkowania i niepłodność, zaś u mężczyzn feminizację;
- przepływu krwi żyłą wrotną z jelit – wytwarza się krążenie omijające wątrobę, m.in. żylaki przełyku, mogące spowodować śmiertelne krwawienie.

Ostre zapalenie trzustki w około 50% przypadków rozwija się w konsekwencji ostrego nadużycia alkoholu, który krążąc we krwi prowadzi do uszkodzenia oraz samotrawienia się komórek trzustki z uwolnieniem enzymów trzustkowych, a także rozwojem nasilonego stanu zapalnego w obrębie trzustki, jak też całej jamy brzusznej. W sytuacjach najcięższych dochodzi do martwicy trzustki, a potem do ogólnoustrojowej reakcji zapalnej przebiegającej często na kształt sepsy i do śmierci [11].

Konsekwencją nadużywania alkoholu jest zwiększone ryzyko urazów i wypadków. Zagrożenie złamaniami kości jest ponadto zwiększone z powodu częściej występującej osteopenii. Jest to choroba kości, której istotą jest zmniejszenie jej gęstości oraz mineralizacji [14].

Picie alkoholu znacząco wpływa na ryzyko:

- nowotworów przewodu pokarmowego;
- raka piersi u kobiet, a także raka prostaty u mężczyzn;
- nowotworów wątroby (na podłożu marskości) oraz pęcherzyka żółciowego;
- raka trzustki;
- nowotworu płuc;
- nowotworu narządów rodnych u kobiety.

Szacuje się, iż 6% zgonów osób poniżej 75-go roku życia, jak również 20% wszystkich nagłych przyjęć do szpitali, stanowią skutki nadużywania alkoholu. U osób uzależnionych od alkoholu częściej niżeli w populacji ogólnej występuje ryzyko podjęcia próby samobójczej [16].

Osoby uzależnione od alkoholu są obciążeni samobójstwem od 60 do 120 razy bardziej niż osoby bez tego rodzaju zaburzeń. Niektórzy uważają, iż u osób tych istnieje większe ryzyko samobójstwa niż u chorych z depresją. Można doszukać się danych, z których wynika, iż 24% uzależnionych od alkoholu chociaż raz w życiu próbowało odebrać sobie życie [17].

Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu

Do najczęściej spotykanych zaburzeń, które zgłaszają osoby uzależnione od alkoholu, są zaburzenia pamięci. Jednocześnie u tych ludzi stwierdza się zaburzenia zainteresowań,

myślenia, szybkie męczenie się pracą umysłową, czy trudności z utrzymaniem koncentracji uwagi. Poza tym znamienne są takie objawy jak: zwiększona drażliwość, trudności w opanowywaniu agresji oraz zmienność nastroju. Wśród osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się też zmiany charakterologiczne. Objawy zaburzeń psychicznych nie mają zazwyczaj charakteru stałego i nie muszą występować u każdego alkoholika. Jednak ich wspólną cechą jest to, iż jeżeli już występują, to mają tendencję do nasilania się. Ich postępowanie można wyeliminować tylko poprzez abstynencję. Encefalopatia alkoholowa, otępienie alkoholowe, paranoja alkoholowa, majaczenie alkoholowe, halucynoza alkoholowa to bogate w objawy schorzenia prowadzące do degradacji psychicznej i fizycznej osoby uzależnionej. Nie można tu też wspomnieć o padaczce alkoholowej, czyli drgawkowe napady abstynencyjne. Jest to choroba rozpoznawana, gdy zostaną wykluczone wszystkie inne – poza alkoholem – przyczyny jej powstania. Objawy występują w jakiś czas po zaprzestaniu picia lub z chwilą spadku stężenia alkoholu we krwi [11].

Zespół amnestyczny – encefalopatia Wernicke – Korsakowa, jest skrajnie nasiloną postacią zaburzeń pamięci u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu. Jest to typowe neurologiczno-psychiatryczne powikłanie uzależnienia od alkoholu. Przyczyną zespołu Korsakowa są niedobory pokarmowe, wynikające z intensywnego picia alkoholu, prowadzące do krytycznego niedoboru w organizmie witaminy B[17].

Chorobliwe używanie alkoholu prowadzi do rozwoju zaburzeń w zakresie wielu funkcji intelektualnych. Otępienie alkoholowe jest częstą konsekwencją uzależnienia od alkoholu i źle rokujący. Otępienie jest to znaczne i upośledzające funkcjonowanie pogorszenie funkcji poznawczych. Cechą charakterystyczną otępienia jest zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, które zaburzają codzienne funkcjonowanie chorego. Tego rodzaju schorzenie stwierdza się, jeżeli objawy trwają przez okres co najmniej sześciu miesięcy oraz obejmują upośledzenie wyższych funkcji korowych. W otępieniu zachodzi do zaburzeń: pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, oceny, języka i uwagi. Osoby z powyższymi zaburzeniami coraz mniej stają się sprawni samodzielni. Prędzej czy później wymagają pomocy od strony bliskich [17].

Paranoja alkoholowa (alkoholowy zespół Otella), czyli obłąd zazdrości, chory jest np. przekonany o niewierności żony, podając okoliczności groteskowe i nierealne, dotyczące rzekomej jej zdrady [18].

Przebieg psychozy jest przewlekły, zaś leczenie powoduje zazwyczaj jedynie złagodzenie coraz bardziej absurdalnych urojeń oraz zmniejszenie uciążliwych zachowań z nich wynikających[19].

Majaczenie alkoholowe jest powikłanym zespołem abstynencyjnym. Występuje ono u co najmniej 5% uzależnionych od alkoholu. Jest to krótkotrwała, trwająca od kilku godzin do kilku dni, ostra psychoza przejawiająca się zaburzeniami świadomości oraz spostrzegania, pobudzeniem ruchowym i lękiem. Stwierdza się też tu iluzje i omamy wzrokowe, słuchowe i dotykowe. Towarzyszą też im ciężkie zaburzenia somatyczne. W patogenezie tego schorzenia, największe znaczenia ma nagłe zaprzestanie albo znaczne ograniczenie zazwyczaj długotrwałego i intensywnego picia. Nie bez znaczenia są również czynniki somatogenne, czyli infekcje, urazy i uszkodzenia OUN [19].

Przewlekła halucynozja alkoholowa, którą obrazują omamy słuchowe o przykrych treściach trwające nawet kilka lat. Skłaniają one chorego do agresji w stosunku do otoczenia [20].

W tych omamach zazwyczaj głosy rozmawiają o pacjencie w trzeciej osobie, osądzając go, stawiając zarzuty oraz broniąc go. Konsekwencją halucynowania są urojenia prześladowcze. Choroba ta charakteryzuje się także małą dynamiką i częstymi nawrotami. Po intensywnym leczeniu omamy ustępują bądź zmniejsza się ich nasilenie. Według niektórych badaczy, istnieje związek niektórych form przewlekłej halucynacji alkoholowej ze schizofrenią [19].

Osoby uzależnione od alkoholu zdecydowanie częściej cierpią z powodu depresji niż obserwuje się to w populacji ogólnej. Depresja może być zarówno skutkiem nadmiernego picia alkoholu, jak i jego powodem. Bywa, iż spożywanie alkoholu jest metodą samoleczenia objawów depresyjnych, zaś stan upojenia przynosi chwilową ulgę, zmniejszając lęk i napięcie, a także krótkotrwale poprawiając nastrój [18].

Zaburzenia społeczne

Picie alkoholu ma też swoje reperkusje społeczne, gdyż najczęściej odbywa się w przestrzeni społecznej (w określonych miejscach, czasie i w otoczeniu innych ludzi, zaś negatywne konsekwencje działania alkoholu (agresja, przemoc, zachowania ryzykowne, zachowania przestępcze, wypadki) dotyczą pijącego, ale też otaczające go osoby: bliskie mu oraz zupełnie przypadkowe. Do najważniejszych szkód wynikających z picia alkoholu zalicza się:

- zaburzenia życia rodzinnego związane z alkoholem, w tym zjawisko przemocy w rodzinie;
- wypadki;

- nietrzeźwość w miejscach publicznych (zakłócania porządku i namawianie, przestępstwa, wykroczenia, nietrzeźwość w miejscu pracy).

Uzależnienie od alkoholu członka rodziny i związane z tym zaburzenia w jego funkcjonowaniu ma też negatywne konsekwencje na pozostałych członków rodziny - dzieci i dorosłych, powodując problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i materialne. Następstwem życia z osobą uzależnioną jest współuzależnienie, które określa się jako szkodliwy sposób przystosowania się, utrudniający funkcjonowanie oraz znacząco ograniczający realistyczną ocenę sytuacji, a co za tym idzie możliwości rozwiązania problemów, zarówno osobistych, jak i całej rodziny. Osoby współuzależnione borykają się z szeregiem chorób o podłożu psychosomatycznym i emocjonalnym, a także zaburzenia lękowe i depresyjne. Częstym zjawiskiem wśród tych osób jest nadużywanie substancji psychoaktywnych – leków uspokajających, nasennych czy alkoholu jako „sposobu” radzenia sobie z tego typu dolegliwościami [21].

Kolejną konsekwencją ściśle powiązaną z używaniem alkoholu, jest przemoc w rodzinie. Wedle przepisów prawa, stosowanie przemocy jest przestępstwem ściganym w naszym kraju na podstawie art. 207 k.k. Większość definicji przemocy kładzie nacisk na intencjonalność wyrządzenia krzywdy, która jest dla tegoż zjawiska charakterystyczna.

W rodzinach z problemem alkoholowym, przemoc jest wyjątkowo skrzętnie ukrywana, gdyż obowiązują w nich „chroniące” rodzinę przed ujawnieniem jej problemów na zewnątrz trzy naczelne zasady związane ze współuzależnieniem – „nie mów”, „nie ufaj” oraz „nie odczuwaj”. Powszechnie uważa się, iż picie alkoholu zwalnia od odpowiedzialności za zachowanie. Takie postrzeganie daje bliskim sprawcy argument do trwania w krzywdzącym ich związku oraz nadzieję, że w przypadku zaprzestania picia sprawca przestanie być agresywny. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, iż do aktów przemocy w około 2/3 przypadków dochodzi pod wpływem alkoholu. Liczba ofiar stwierdzonej przemocy domowej w Polsce jest ogromna i nie w pełni znana [21].

Ponadto można stwierdzić, iż alkohol towarzyszy: wypadkom drogowym, napadom czy kradzieżom. Odrębną sprawą są tragedie na polskich drogach, na których coraz więcej osób prowadzi pojazdy po spożyciu alkoholu. Każdego roku policja zatrzymuje w Polsce blisko 160 tys. osób kierujących po spożyciu alkoholu. Straty moralne i psychiczne ponoszone przez społeczeństwo w konsekwencji nadużywania alkoholu, mają również stronę wymierną finansowo. Śmierć w wypadku drogowym w Polsce powoduje stratę dla budżetu państwa rządu 860 tys. zł, zaś leczenie ранego kosztuje około 130 tys. zł. Składają się na to działania podejmowane przez szpitale, policję i sądy, a także późniejsze renty, odszkodowania i innego

rodzaju świadczenia. Poza tym, wypadki drogowe są zasadniczą przyczyną śmierci ludzi młodych, między 18 i 25 rokiem życia, zatem giną głównie osoby w wieku produkcyjnym, na których kształcenie państwo i rodziny łożyły przez wiele lat [22].

Z badań przeprowadzanych regularnie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, iż nadmierne picie alkoholu i uzależnienie to, w opinii Polaków, jeden z najważniejszych problemów społecznych w Polsce. Społeczne skutki spożywania alkoholu, mogą mieć charakter doraźny bądź długofalowy. Dla pijącego i jego całej rodziny, ale też dla całego systemu społecznego spożywanie alkoholu rodzi ogromne koszty. Są to wydatki na opiekę zdrowotną, leczenie i prewencję, przestępczość, wypadki drogowe, nieobecność w pracy, obniżona wydajność, bezrobocie i przedwczesna umieralność.

Szkodliwe używanie alkoholu prowadzi często do: biedy, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, chorób (w tym przewlekłych), przemocy w rodzinie, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych oraz prowadzenia gospodarstwa domowego, przestępczości, uzależnienia od alkoholu, wypadków i zdarzeń losowych.

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Ocena stanu funkcjonowania bio-psycho-społecznego osób uzależnionych.
2. Analiza czynników wpływających na stan funkcjonowania bio-psycho-społecznego.
3. Określenie zależności pomiędzy substancją uzależniającą a funkcjonowaniem bio-psycho-społecznym.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Grupę badaną stanowiło 160 osób, w wieku do 30 roku życia.

Metodą badawczą wykorzystaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny. Technika wybranej metody była ankieta. Wybór ankiety jako techniki badawczej był powodowany łatwością dotarcia do dużej liczby odbiorców, w krótkim czasie oraz anonimowością respondentów. W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety opracowanym specjalnie dla potrzeb badania. Kwestionariusz składał się z 2 części:

- części metryczkowej, zawierającej niezbędne dane o pacjencie - płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i stan cywilny.
- części zasadniczej, która złożona była z 26 zamkniętych pytań.

Poziom wiedzy z uwzględnieniem cech społeczno-demograficznych, został zmierzony przy pomocy wybranych pytań ankiety. Poziom wiedzy, to suma poprawnych odpowiedzi w wymienionych pytaniach. Każda poprawna odpowiedź=1 pkt/.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży.

WYNIKI

W badaniu udział wzięło 160 osób. Większość ankietowanych stanowiły kobiety (63,1%), mężczyźni stanowili 36,1% badanych.

Ponad połowa badanych pochodziła z miast (52,5%), a 47,5% ze wsi.

Osób z wykształceniem zawodowym lub niższym było 10,7%. Badani, którzy zdobyli wykształcenie średnie stanowili 45,3% próby. Natomiast osoby, którzy zadeklarowali posiadanie wykształcenie wyższego stanowili 43,4% respondentów. Tylko jedna osoba podała, że posiada wykształcenie podstawowe.

Pracę fizyczną wykonywało 35% badanych. Ankietowani, którzy pracowali umysłowo stanowili 40,6% badanej próby. Osób uczących się było 18%. Na rencie/emeryturze była jedna osoba, a respondentów nie pracujących było 6,3%.

Osoby stanu wolnego stanowiły 61,3% badanych. Ankietowanych w związku małżeńskim było 36,9%. Po rozwodzie było 1,9% badanych.

Szczegółowe wyniki badań

Zdaniem większości badanych alkoholizm to bardzo silne pragnienie oraz niekontrolowanie się w piciu alkoholu (88,1%). Według 7% respondentów alkoholizm to picie weekendowe alkoholu. Natomiast 4,4% ankietowanych odpowiedziało, że jest to okazjonalne wypicie alkoholu.

21,3% badanych najczęściej spożywała niskoprocentowy alkohol np. piwo lub wino. Alkohole wysokoprocentowe np. wódka, whisky, koniak najczęściej spożywało 18,1% ankietowanych. Różnie, w zależności od okazji typ alkoholu wybierało 48,1% badanych. W ogóle alkoholu nie spożywało 12,5% respondentów.

Ponad połowa badanych przyznała, że alkohol pije okazjonalnie (53,1%). Weekendowo upijało się 27,5% respondentów. Codziennie kilka piw albo wódkę wypijało 4,4% ankietowanych, a codziennie lampkę wina lub piwo piło 3,1% respondentów, a 11,9% podało, że nie pije alkoholu w ogóle.

Według 46,9% ankietowanych ludzie sięgają po alkohol z powodu problemów rodzinnych. Kontakt z osobami nadużywającymi alkohol jest z jednym z powodów, dla którego ludzie sięgają po alkohol zdaniem 42,5% badanych. Zdaniem 38,1% są to problemy w pracy/szkole, łatwa dostępność do alkoholu (37,5%), chęć zaimponowania towarzystwu (31,3%), a 16,9% osób wskazało na obciążenia genetyczne.

Na pytanie o śmiertelną dawkę alkoholu dla organizmu 44,4% badanych odpowiedziało, że jest to 4,5 promila. Na 7 promili wskazało 26,9% respondentów, na 3 promile wskazało 15,0% badanych. Natomiast 13,8% ankietowanych nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Na pytanie o to jak alkohol wpływa na sprawność umysłową 88,7% badanych odpowiedziało, że spowalnia myślenie. Prawie dwie trzecie badanych odpowiedziało, że alkohol wywołuje agresję (64,8%). Niemal sześciu na dziesięciu badanych wskazało na zaburzenia widzenia (58,5%). Alkohol prowadzi do rozkojarzenia według 37,7% badanych. Jedna piąta badanych odpowiedziała, że alkohol poprawia nastrój (8,2%).

Na pytanie o to, jak alkohol wpływa na sprawność fizyczną 77,5% respondentów odpowiedziało, że pogarsza koordynację ruchową. Czterech na dziesięciu badanych odpowiedziało, że alkohol zaburza popęd seksualny (40,0%). Według 33,8% ankietowanych alkohol powoduje nadpobudliwość.

Dwie trzecie badanych odpowiedziało, że zespół abstynencyjny to stan zaburzeń psychicznych i somatycznych spowodowanych nagłym odstawieniem alkoholu (65,6%). Według 8,1% zespół abstynencyjny to kac. Zaburzenia wodno-elektrolitowe w wyniku nadużycia alkoholu oznaczyło 13,8% badanych. Jedna na dziesięć osób badanych nie знаła odpowiedzi na to pytanie (10,0%), a 2,5% odpowiedziało, że jest to utrata pamięci po spożyciu dużej ilości alkoholu.

W pytaniu o wskazanie objawów zespołu abstynencyjnego 70,6% ankietowanych oznaczyło, że jest to wzmożona potliwość, 69,4% wymieniło majaczenie alkoholowe, a na nudności i wymioty 66,9%. Ponad połowa badanych wskazała na przyspieszoną akcję serca (56,3%). Jeden na dziesięciu ankietowanych jako objaw zespołu abstynencyjnego wymienił zmniejszone źrenice (10,0%).

Większość badanych na pytanie o to, czy można pić alkohol i przyjmować leki odpowiedziało, że „nie”, ponieważ alkohol wchodzi w interakcję z lekami (61,3%). 26,3% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „to zależy od typu alkoholu i rodzaju leków”. Zdaniem 8,1% respondentów alkohol nie ma wpływu na działanie leków. Tylko 4,4% nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Według 69,4% badanych jednym ze skutków nadużywania alkoholu na organizm jest marskość wątroby. Na nadciśnienie wskazało 58,8% respondentów. Alkohol powoduje zaburzenia rytmu serca według 44,4% ankietowanych. Zdaniem 28,8% badanych alkohol powoduje niedokrwistość, euforię (13,1%), zmniejsza zachorowanie na choroby układu krążenia (6,9%).

Na pytanie o skutki nadużywania alkoholu na układ nerwowy 57,5% badanych odpowiedziało, że zaburza pamięć. 56,3% respondentów wskazało na odpowiedź, że alkohol powoduje psychozę alkoholową. Depresję alkoholową wskazało 51,3% badanych, zmniejszenie napięcia nerwowego (19,4%), poprawienie koncentracji (3,1%).

Padaczka alkoholowa może wystąpić u osoby, która odstawiła alkohol według 30,6% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Udział odpowiedzi na pytanie Kiedy może wystąpić padaczka alkoholowa?

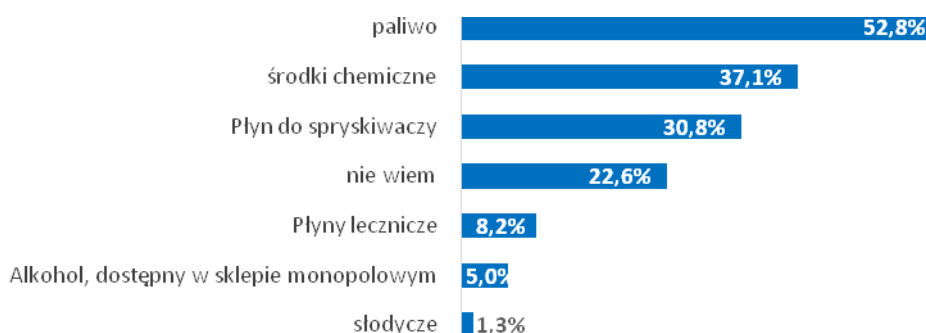
Kiedy może wystąpić padaczka alkoholowa?	N	%
U osoby, która odstawiła alkohol	49	30,6
U osoby, która wypila dużą ilość alkoholu	9	5,6
Odpowiedz a i b prawidłowa	92	57,5
Nie wiem	10	6,3
Razem	160	100

Tabela II. Udział odpowiedzi na pytanie Pana/Pani zdaniem groźniejszy dla zdrowia jest alkohol etylowy czy metylowy?

Pana/Pani zdaniem groźniejszy dla zdrowia jest alkohol etylowy czy metylowy?	N	%
Etylowy	8	5,0
Metylowy	4	2,5
Oba alkohole są niegroźne dla organizmu	9	5,6
Oba alkohole są groźne dla organizmu	53	33,1
Nie wiem	6	3,8
Razem	160	100

Ponad połowa badanych odpowiedziała, że groźniejszy dla zdrowia jest alkohol metylowy (52,5%). Zdaniem 5% respondentów alkohol metylowy jest groźniejszy dla zdrowia. Według jednej trzeciej badanych oba alkohole są groźne dla zdrowia, a według 5,6% oba alkohole są niegroźne. Szczegóły przedstawiono w Tabeli II.

Na pytanie o to w jakich substancjach znajduje się alkohol metylowy 52,8% badanych odpowiedziało, że w paliwie. 37,1% ankietowanych wskazało na środki chemiczne, 30,8% na płyn do spryskiwaczy. Szczegóły przedstawiono na Ryc. 1.



* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ryc. 1. Udział odpowiedzi na pytanie o substancje w jakich znajduje się alkohol metylowy

Sześciu na dziesięciu badanych odpowiedziało, że wypicie alkoholu metylowego uszkadza wątrobę. Na uszkodzenie nerek wskazało 53,5% ankietowanych. Utratę wzroku oznaczyło 50,9% respondentów. Nie znało odpowiedzi na pytanie o skutki wypicia alkoholu metylowego 22% badanych. Szczegóły przedstawiono na Ryc. 2.



Ryc. 2. Udział odpowiedzi na pytanie do czego może doprowadzić wypicie alkoholu metylowego

Najczęściej wymienianymi przez badanych objawami zatrucia się alkoholem, były uporczywe wymioty (87,5%) oraz dreszcze (83,1%). Ponad połowa badanych wskazała na zwiększoną potliwość (52,5%). Trudności w oddychaniu wymieniło 39,4% badanych. Szczegóły przedstawiono na Ryc. 3.



* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Ryc. 3. Udział odpowiedzi na pytanie o objawy zatrucia alkoholem

Na pytanie o to, do czego może prowadzić zatrucie alkoholem 78,1% badanych odpowiedziało, że do śmierci. 65% ankietowanych odpowiedziało, że zatrucie alkoholem może doprowadzić do uszkodzenia wątroby. Szczegóły przedstawiono na Ryc. 4.



Ryc. 4. Udział odpowiedzi na pytanie do czego może prowadzić zatrucie alkoholem

Na pytanie o to, do jakich problemów zdrowotnych może doprowadzić picie alkoholu podczas ciąży 48,1% badanych odpowiedziało, że do przedwczesnego porodu, a 23,8%, że do poronienia. Na zaburzenia neurologiczne u dziecka wskazało 13,1% ankietowanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Udział odpowiedzi na pytanie *Do jakich problemów zdrowotnych może doprowadzić picie alkoholu podczas ciąży?*

Do jakich problemów zdrowotnych może doprowadzić picie alkoholu podczas ciąży?	N	%
Przedwczesny poród	77	48,1
Dystrofia płodu	7	4,4
Zespół odstawienny	6	3,8
Poronienie	38	23,8
Zaburzenia neurologiczne u dziecka	21	13,1
Nie powoduje żadnych zmian niepożądanych u dziecka	2	1,3
Razem	160	100

* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Jeden na czerech ankietowanych przyznał, że nadmierne spożywanie alkoholu wpływa na pogorszenie relacji w rodzinie. 38,1% respondentów przyznało, że alkohol rozluźnia atmosferę i ułatwia kontakty międzyludzkie. Szczegóły przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Udział odpowiedzi na pytanie *W jaki sposób według Pana/Pani wpływa alkohol na relacje społeczne?*

W jaki sposób według Pana/Pani wpływa alkohol na relacje społeczne?	N	%
Alkohol nie wpływa na relacje społeczne	6	3,8
Rozluźnia atmosferę i ułatwia kontakty międzyludzkie	61	38,1
Osoby pijące są bardziej akceptowane przez towarzystwo	8	5,0
Nadmierne spożywanie alkoholu wpływa na pogorszenie relacji w rodzinie	64	40,0
Ukojenie nerwów	8	5,0
Nie mam zdania	8	5,0
Nie wiem	5	3,1
Razem	160	100

Analiza wyników badań w zależności od cech społeczno-demograficznych

Średni wynik w teście wiedzy w grupie kobiet wyniósł 27,42 pkt ($SD=7,93$), a wśród mężczyzn $M=21,15$ ($SD=7,25$). Różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($U=2909$, $p>0,05$). Szczegóły przedstawiono na w Tabeli V.

Tabela V. Porównanie wyników w teście wiedzy w podziale na płeć

Płeć	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
kobieta	101	27,42	7,93	2909	0,803
mężczyzna	59	27,15	7,49		
Razem	160				

Osoby mieszkające w miastach uzyskały średnio 28 pkt ($SD=8,11$) w teście wiedzy, a osoby mieszkające na wsi 26,41 pkt ($SD=7,28$). Różnica między grupami nie jest istotna statystycznie ($U=2785$, $p>0,05$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli VI.

Tabela VI. Porównanie wyników w teście wiedzy w podziale na miejsce zamieszkania

miejsce zamieszkania	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Miasto	84	28,14	8,11	2785	0,164
Wieś	76	26,41	7,28		
Razem	160				

Osoby z wykształceniem wyższym uzyskały istotnie wyższy wynik w teście wiedzy ($M=31,09$) niż badani z wykształceniem średnim ($M=24,71$); $U=1255$; $p<0,01$ oraz niż osoby z wykształceniem zawodowym ($M=23,47$); $U=258,5$; $p<0,01$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. Porównanie wyników w teście wiedzy w podziale wykształcenie

Wykształcenie		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Zawodowe	7	23,47	7,09	30,095	0,000
Średnie	2	24,71	6,52		
Wyższe	9	31,09	7,63		
Razem	160				

Osoby będące w związkach małżeńskich cechowały się wyższym poziomem wiedzy niż osoby stanu wolnego (odpowiednio $M=29,44$ i $M=25,87$). Różnica między grupami jest istotna statystycznie ($U=2122,5$; $p<0,01$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Porównanie wyników w teście wiedzy w podziale na stan cywilny

stan cywilny		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Kawaler/ Panna	8	25,87	7,69	2122,5	0,005
Żonaty/Mężatka		29,44	7,43		
Razem	160				

W grupie kobiet alkohole niskoprocentowe zażywało 29,7% badanych, a w grupie mężczyzn odsetek ten wyniósł 6,8%. Alkohole wysokoprocentowe zażywało 33,9% mężczyzn i 8,9% kobiet. Ponad połowa mężczyzn przyznała, że rodzaj spożywanego alkoholu zależy od okazji (52,5%), w grupie kobiet takich, które dobierają alkohol do okazji było 45,5%. Do niespożywania alkoholu przyznało się 15,8% kobiet i 6,8% mężczyzn.

Spożywanie alkoholu i jego rodzaj istotnie zależy od płci badanych ($\chi^2_{(3)}=24,865$; $p<0,01$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli IX.

Tabela IX. Spożywanie alkoholu a płeć

Jaki alkohol spożywa najczęściej?	Pan/Pani	Płeć	
		kobiet	
		a	mężczyzna
Niskoprocentowy np. piwo lub wino	30 29,7%	4 6,8%	
Alkohole wysokoprocentowe np. wódka, whisky, koniak	9 8,9%	20 33,9%	
Różne, w zależności od okazji	46 45,5%	31 52,5%	
Nie piję alkoholu	16 15,8%	4 6,8%	

Ponad połowa kobiet przyznała, że alkohol spożywa okazjonalnie (58,4%), w grupie mężczyzn takich którzy piją okazjonalnie było 44,1%. Weekendowo upijało się 19,8% kobiet i

40,7% mężczyzn. Wśród kobiet takich które pijąc codzienne kilka piw lub wódkę było 2%, a w grupie mężczyzn odsetek ten wyniósł 8,5%. Co codziennego picia piwa lub lampki wina przyznało się 4% kobiet i 1,7% mężczyzn.

Częstotliwość picia alkoholu istotnie zależała od płci badanych ($\chi^2_{(4)}=15,177$; $p<0,01$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli X.

Tabela X. Częstość spożywania alkoholu a płeć

Jak często pije Pan/Pani alkohol?	Płeć	
	kobiet	
	a	mężczyzna
Codziennie wypiję piwo albo lampkę wina	4 4,0%	1 1,7%
Codziennie wypiję kilka piw albo wódkę	2 2,0%	5 8,5%
Upijam się weekendowo	20 19,8%	24 40,7%
Okazjonalnie	59 58,4%	26 44,1%
Nie piję w ogóle alkoholu	16 15,8%	3 5,1%

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Alkoholizm odnosi się do choroby określanej również zespołem uzależnienia od alkoholu. Jest to najcięższe stadium grupy problemów alkoholowych, do której należą także pijaństwo i nadużywanie alkoholu. Uzależnienie od alkoholu jest następstwem długotrwałego picia, a jego istotnymi objawami jest dążenie do zażywania alkoholu odczuwane jako wewnętrzny przymus i picie pomimo szkód z tym związanych [23].

Alkohol jest jednym z najczęściej używanych środków uzależniających na świecie. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w Polsce 2-2,5 miliona Polaków nadużywa alkoholu, zaś około 800 tysięcy jest uzależnionych [24].

Na pytanie dotyczące czym jest alkoholizm, aż 88% badanych uznało go za bardzo silne pragnienie oraz niekontrolowanie się w piciu alkoholu. Co jest poprawną definicją tego zjawiska.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, blisko połowa badanych deklaruje spożywanie różnego rodzaju alkohol w zależności od okazji. Alkohole wysokoprocentowe np. wódka, whisky, koniak najczęściej spożywało 18% ankietowanych. Natomiast tylko 15% respondentów w ogóle nie spożywało alkoholu.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS z 2010 r., dotyczących postawy dorosłych Polaków wobec alkoholu wynika, iż od alkoholu nie stroni ponad 3/4 dorosłych Polaków (76%), przy czym 2/3 (65%) twierdzi, że pije czasami, a co dziewiąty (11%) – że często. Ponad 1/5 badanych (22%) deklaruje abstynencję. Na sięganie po alkohol silnie wpływa płeć ankietowanych – pije go przeważająca większość mężczyzn (84%), natomiast wśród kobiet prawie jedną trzecią (30%) stanowią abstynentki [25].

Ponad połowa badanych w niniejszej pracy przyznała, że alkohol pije okazjonalnie (53%). Weekendowo upijało się 28% respondentów.

Jak zatem wynika z przeprowadzonych badań, alkohol jest częstym „towarzyszem” życia młodych ludzi.

Na pytanie, dlaczego ludzie sięgają po alkohol, najwięcej wskazań (blisko połowa) odnotowano na problemy rodzinne, a także problemy w pracy czy szkole (prawie 40%). Nie bez znaczenia jest także łatwość w dostępie do alkoholu.

Według Szczepańskiego, ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremonialnych, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo [cyt. za 26]. Z kolei inni badacze motywów picia wyróżniają trzy, najczęściej spotykane, grupy powodów picia zaznaczając, że niektóre z nich mogą występować: „ucieczkowe”, np. w celu zapomnienia o kłopotach, zredukowania napięcia, poprawy nastroju i odprężenia się; „społeczne”, np. dla towarzystwa, z uprzejmości, z okazji: „w poszukiwaniu przyjemności” np. dla smaku alkoholu, czy też wierząc w jego zdrowotne działanie [26].

Ocenia się, iż dawki powyżej 4 promili mogą być już śmiertelne. Znane są, jednak przypadki znacznego przekroczenia tej granicy [26].

Na pytanie dotyczące śmiertelnej dawki alkoholu dla organizmu, ponad 40% badanych odpowiedziało poprawnie, iż jest to 4,5 promila.

Picie alkoholu, degradując kontrolę osobistą, niszczy zdolność do sprawowania kontroli zewnętrznej. Sam alkohol nie powoduje agresji (jest usypiaczem), ale hamując ośrodki kontroli, wywołuje działania, na jakie trzeźwi ludzie sobie nie pozwalają [10].

Zdaniem ankietowanych, alkohol wpływa na sprawność umysłową – prawie 90% badanych dokonało takiego wskazania. Prawie dwie trzecie badanych odpowiedziało, że alkohol wywołuje agresję. Niemal sześciu na dziesięciu badanych wskazało na zaburzenia widzenia.

Według badanych, alkohol wpływa też na sprawność fizyczną - prawie 80% respondentów wskazało na pogorszenie koordynacji ruchowej. Czterech na dziesięciu badanych odpowiedziało, że alkohol zaburza popęd seksualny. Według 1/3 ankietowanych alkohol powoduje nadpobudliwość.

Zespół abstynencyjny jest zespołem objawów występującym u osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnej do ujawnienia, którego dochodzi w sytuacji zaprzestania przyjmowania np. alkoholu lub zmniejszenia jego dawek [27].

Dwie trzecie badanych dokonało prawidłowego wskazania, uznając zespół abstynencyjny za stan zaburzeń psychicznych i somatycznych spowodowanych nagłym odstawieniem alkoholu.

Wśród objawów tego stanu wymienia się: wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie czynności serca i przyspieszenie oddechu, wzrost temperatury ciała, rozszerzenie źrenic, a także wymioty i drżenie. A przede wszystkim charakterystyczna jest tu potliwość [4].

W pytaniu o wskazanie objawów zespołu abstynencyjnego, 2/3 ankietowanych wskazało na wzmożoną potliwość, prawie 70% wskazań odnotowano na majaczenie alkoholowe, nudności i wymioty. Jak też ponad połowa badanych wskazała na przyspieszoną akcję serca.

Wpływ alkoholu na interakcję z lekiem może być bardzo różny w zależności od spożycia.

Większość badanych (61,3%) uznała, że nie można pić alkoholu i przyjmować leków.

Wiadomo, iż picie alkoholu może powodować bardzo negatywne konsekwencje psychologiczne, z czasem uzależnienie, a w ostateczności nawet śmierć. Spożywanie alkoholu zwiększa ryzyko arytmii, kardiomiopatii oraz nowotworów sutka, jamy ustnej i przewodu pokarmowego. Wpływa też toksycznie na wątrobę i układ nerwowy. W przypadku spożywania dużych dawek, podwyższa ryzyko choroby wieńcowej, cukrzycy, nadciśnienia, zastoinowej choroby serca, wylewu, demencji, zespołu Raynauda oraz innych przyczyn śmierci [28].

Wątroba jako podstawowy narząd biorący udział w procesie metabolizowania alkoholu reaguje na jego nadmierną ilość stłuszczenia (u 90% osób pijących nadmiernie), zapaleniem (u 10-15%, a nawet 40%), zwłóknieniem oraz marskością (około 8% bądź według innych doniesień 15-30%). Ryzyko uszkodzenia wątroby pojawia się przy spożyciu 6-8 standardowych porcji alkoholu przez mężczyzn oraz już przy 2 dawkach u kobiet [23].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 2/3 badanych jednym ze skutków nadużywania alkoholu na organizm wskazało właśnie marskość wątroby. Na nadciśnienie wskazało około 60% respondentów. Alkohol powoduje zaburzenia rytmu serca według 44,4% ankietowanych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim, a w Europie na drugim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 różnego typu chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem [23].

Do skutków nadużywania alkoholu na układ nerwowy według blisko 60% badanych należą zaburzenia pamięci. Ponad połowa respondentów wskazała na odpowiedź, że alkohol powoduje psychozę alkoholową, zaś połowa na depresję alkoholową.

Padaczka alkoholowa pojawia się u około 5-15% uzależnionych od alkoholu, najczęściej 6-48 godzin od odstawienia alkoholu [23].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż zdaniem 30% badanych padaczka alkoholowa może wystąpić u osoby, która odstawiła alkohol.

Z przeprowadzonych badań przez Żołnierczuk-Kieliszki wsp., wśród uczniów klas trzecich gimnazjów w województwie lubelskim wynika, iż informacje na temat konsekwencji nadużywania alkoholu uczniowie najczęściej pozyskiwali z Internetu [29].

Podobny wynik osiągnięto w badaniach własnych, gdyż nieco ponad 1/3 badanych uznała, że najwięcej informacji na temat alkoholizmu można uzyskać w środkach masowego przekazu.

Leczenie osób uzależnionych odbywa się zazwyczaj w Ośrodkach Terapii Uzależnień, gdzie chory może poddać się detoksykacji, leczeniu farmakologicznemu, a także przejść terapię psychologiczną.

Z badań własnych ponadto wynika, iż Ośrodkiem Terapii i Uzależnień są zdaniem nieco ponad 60% respondentów miejscem pomocy dla osoby uzależnionej.

Okazjonalne sięganie po substancje psychoaktywne jest charakterystyczne dla wieku dorastania i służy zaspokajaniu istotnych potrzeb rozwojowych młodzieży: pokazaniu się otoczeniu w roli osoby dorosłej, czy też niezależnej od autorytetu dorosłych i integracji z rówieśnikami. Zmiany hormonalne w okresie dojrzewania mogą powodować skłanianie się młodzieży do ryzykownych zachowań, takich jak eksperymentowanie z alkoholem. Większość nastolatków pije w sposób umiarkowany i jest to uznawane za tzw. zachowanie normatywne, jednakże część młodych ludzi pije alkohol zbyt często oraz w zbyt dużych ilościach. Z kolei takie zachowanie może być przyczyną poważnych zagrożeń dla zdrowia oraz życia [29].

Jak wynika z badań własnych, blisko 90% respondentów uznało alkoholizm jako problemem wśród osób młodych XXI wieku.

Z badań przeprowadzonych przez Żołnierczuk-Kieliszek i wsp. wśród uczniów klas trzecich gimnazjów (Lublin, Lubartów, Woli Sernickiej), $\frac{1}{4}$ uczniów przyznała się do spożywania alkoholu kilka razy w miesiącu [29].

Natomiast jak podaje Sierosławski, próby picia ma za sobą 83,8% gimnazjalistów z klas trzecich i 95,8% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych[30].

Alkohol metylowy – inaczej metanol, spirytus drzewny, to bezbarwna ciecz. Ma piekący smak i zapach zbliżony do alkoholu etylowego. Dla człowieka rozpiętość śmiertelnej dawki tego alkoholu jest bardzo duża, aczkolwiek przyjmuje się, że stężenie 80 mg/l metanolu w surowicy krwi, stanowi już zagrożenie dla życia. Reakcja na metanol jest też kwestią indywidualną. Dawką śmiertelną może być już 30 ml tego alkoholu (dotyczy to spożycia jednorazowego). W związku z szybkim metabolizmem metanolu w organizmie człowieka, spożycie dużej jego ilości jednak nie doprowadza do jego wysokiego stężenia we krwi. Zanotowana najniższa śmiertelna dla człowieka dawka, wynosiła 143 mg/kg. Jednak z powodu metabolizowania alkoholu w organizmie do kwasu mrówkowego i formaldehydu, utrata np. wzroku może już nastąpić, przy dużo mniejszej ilości powyższego alkoholu [31].

Nieco ponad połowa badanych uznała alkohol metylowy za groźniejszy dla zdrowia niż alkohol etylowy. Ponadto nieco ponad połowa badanych uznała, iż metanol znajduje się w paliwie, zaś ponad $\frac{1}{3}$ wskazała na środki chemiczne.

Z badań własnych wynika, iż sześciu na dziesięciu badanych uważa, że wypicie alkoholu metylowego uszkadza wątrobę i nerki, a także utratę wzroku – 50% respondentów.

Ponadto zdaniem niespełna $\frac{1}{3}$ badanych dawka wypicia alkoholu metylowego, która może prowadzić do śmierci to 30 ml, tyle samo wskazań odnotowano na 60 ml.

Zatrucie alkoholem jest stanem, w którym prócz objawów upojenia, zaczynają się pojawiać jeszcze inne, bardzo poważne i niepokojące objawy, takie, jak: wymioty, wzmożona potliwość, drgawki, dreszcze, hipotermia, spłycenie oraz przyspieszenie oddechu, jak i utrata przytomności [31].

Najczęściej wymienianymi przez badanych objawami zatrucia się alkoholem były uporczywe wymioty, dreszcze – powyżej 80%, a także ponad połowa badanych wskazała na zwiększoną potliwość.

Poza tym zatrucie alkoholem może zdaniem badanych prowadzić do śmierci - 78,1%. Z kolei 65% ankietowanych odpowiedziało, że zatrucie alkoholem może doprowadzić do uszkodzenia wątroby.

Mimo, iż picie alkoholu jest bardziej powszechne wśród mężczyzn, to z kolei używanie go przez kobiety jest związane z większym ryzykiem wystąpienia niekorzystnych

konsekwencji. Szczególną grupę stanowią kobiety będące w ciąży, gdyż spożywany przez nie alkohol działa toksycznie również na rozwijający się płód. Z badań przeprowadzonych przez Ipsos, na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku” w 2005 roku, wynika, iż Polacy są przekonani o szkodliwym wpływie alkoholu na rozwijający się płód. Jak też istnieje przekonanie, iż spożywanie niewielkich ilości czerwonego wina może mieć dobroczynny wpływ na przyszłą matkę [32].

2/3 badanych uznało, że picie alkoholu przez ciężarną jest szkodliwe dla dziecka, gdyż alkohol przedostaje się do płodu, powodując nieprawidłowy rozwój ciąży. Natomiast zdaniem 1/3 respondentów alkoholizm u ciężarnych powoduje niedorozwój systemu nerwowego u dziecka.

Z badań przeprowadzonych przez Żuralską i wsp. na przełomie 2008/2009 roku w Gdańskim szpitalu wśród kobiet w pierwszej dobie po porodzie, dotyczących znajomości szkodliwości spożywania alkoholu w czasie ciąży wynika, iż 2/3 ankietowanych zgadza się z opinią, że picie niewielkiej ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie dziecka [32].

Zdaniem połowy ankietowanych picie alkoholu podczas ciąży może doprowadzić do przedwczesnego poronienia. Z kolei ¼ respondentów wskazała na przedwczesny poród. Na pytanie o to, do jakich problemów zdrowotnych 48,1% badanych odpowiedziało, że do przedwczesnego porodu, a 23,8%, że do poronienia. Według 13% ankietowanych konsekwencją używania alkoholu przez kobiety w ciąży mogą być zaburzenia neurologiczne u dziecka.

Mimo, iż zaburzeniom tym można zapobiegać przez abstynencję w czasie ciąży, dane sugerują, że około 10% kobiet między 18 a 44 rokiem życia używa alkoholu podczas ciąży, a 2% upija się (tj. wypija co najmniej pięć drinków przy jednej okazji) [32].

Uzależnienie od alkoholu wpływa w sposób bardzo szkodliwy na pozostałych członków rodziny, dezorganizując życie rodzinne oraz zakłócając prawidłowe funkcje rodziny, np. socjalizację wychowujących się w niej dzieci. Poszczególni członkowie rodziny doświadczają problemów zdrowotnych i psychologicznych, w rodzinie mogą pojawić się również kłopoty materialne. Badania przyczyn rozwodów wskazują, iż jest to często forma ochrony przed piciem współmałżonka [23].

Jeden na czterech ankietowanych wskazał, iż nadmierne spożywanie alkoholu wpływa na pogorszenie relacji w rodzinie. Z kolei prawie 40% respondentów stwierdziło, że alkohol rozluźnia atmosferę i ułatwia kontakty międzyludzkie.

Używanie alkoholu w Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, współwystępuje z przestępczością. Potwierdzają to policyjne statystyki, zgodnie z którymi spośród ogólnej liczby osób podejrzanych o popełnienie przestępstw, 30% znajdowało się pod wpływem alkoholu. Odsetek ten jest zdecydowanie wyższy (ponad 50%), jeśli odniesiemy go do podejrzanych o popełnienie przestępstw, u których badano stan trzeźwości [23].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż prawie 90% badanych przyznało, iż alkohol zwiększa ryzyko wystąpienia wypadków komunikacyjnych oraz często doprowadza do konfliktów międzyludzkich.

WNIOSKI

1. Aż 90% ankietowanych uznało alkoholizm jako problem wśród młodych ludzi.
2. Poziom wiedzy ankietowanych był zależny od wieku badanych, ich poziomu wykształcenia i stanu cywilnego – większą wiedzę posiadały osoby w wieku 26-30 lat, z wykształceniem wyższym i będące w związkach małżeńskich.
3. Wśród badanych większą grupę osób niepijących stanowiły kobiety. Jak również większy odsetek kobiet niż mężczyzn spożywa alkohol niskoprocentowy i więcej deklaruje picie alkoholu okazjonalnie. Mężczyźni zaś częściej piją alkohol weekendowo.
4. Prawie 90% badanych znało poprawną definicję alkoholizmu i podało prawidłową dawkę śmiertelną alkoholu. 2/3 badanych wiedziało czym jest zespół abstynencyjny i znało jego objawy.
5. Blisko połowa ankietowanych wskazała problemy rodzinne, w pracy lub szkole, jako powód sięgania przez alkohol. Jak również prawie 90% badanych stwierdziło, iż alkohol wpływa na sprawność umysłową, zaś 2/3, że alkohol wywołuje agresję. Ma również zdaniem prawie 80% respondentów wpływ na sprawność fizyczną.
6. Zdaniem zdecydowanej połowy badanych, nie można pić alkoholu i przyjmować leków.
7. 2/3 badanych jako skutek nadużywania alkoholu wskazało marskość wątroby, a także nadciśnienie i zaburzenia rytmu serca. Ponad połowa badanych wskazała na zaburzenia pamięci, psychozę alkoholową, zaś połowa na depresję alkoholową. Tylko niespełna 1/3 ankietowanych wiedziało, kiedy występuje padaczka alkoholowa.
8. 1/3 badanych uznała, że najwięcej informacji na temat alkoholizmu można uzyskać w środkach masowego przekazu. Ponad połowa respondentów uważa, iż Ośrodki Terapii Uzależnień są miejscem, gdzie należy szukać pomocy dla osoby uzależnionej.

9. Połowa ankietowanych uznała alkohol metylowy za groźniejszy dla zdrowia niż alkohol etylowy. Połowa respondentów uważa, że metanol uszkadza wzrok, zaś sześciu na dziesięciu badanych uważa, że wypicie alkoholu metylowego uszkadza wątrobę i nerki. Zdaniem 1/3 badanych dawka wypicia alkoholu metylowego, która może prowadzić do śmierci to już 30 ml.
10. 2/3 badanych uznało, że picie alkoholu przez ciężarną powoduje nieprawidłowy rozwój ciąży i przedwczesny poród, zaś 1/3 respondentów powodują niedorozwój systemu nerwowego u dziecka. Połowy ankietowanych picie alkoholu podczas ciąży może doprowadzić do przedwczesnego poronienia.
11. Tylko 1/4 ankietowanych wskazała, iż nadmierne spożywanie alkoholu wpływa na pogorszenie relacji w rodzinie, zaś dla prawie 40% respondentów alkohol rozluźnia atmosferę i ułatwia kontakty międzyludzkie.
12. Znaczny procent badanych nie ma wystarczającej wiedzy na temat działania alkoholu na organizm ludzi, szczególnie jeśli dotyczy to alkoholu metylowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Łukomski M.: Pomóż uzależnionym! Wyd. Impuls, Kraków 2010, 12-16.
2. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2015, 96(2), 315-320.
3. Timbrell J.: Paradoks trucizn. Wydawnictwo WNT, Warszawa 2013.
4. Jakubczyk A.: Uzależnienie od alkoholu [w:] Uzależnienia i substancje psychoaktywne, pod red. Jerema M. Wyd. Naukowe PZWL, Warszawa 2018, 21-38.
5. Mason P.: Porozmawiajmy o paleniu i piciu. Wydawnictwo IBIS, Wayland 2008.
6. Kościan A.: Wokół uzależnień. Kwartalnik Naukowy, 4(8), 2011, 5-13.
7. Filip M.: Nowe uzależnienia XXI wieku. Wszechświat, 2013, 114(4-6), 87-94.
8. Kacprzak A.: Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących” alkoholików). Acta UniversitatisLodziensisFolia Sociologica, 2011, 38, 79-87.
9. Pospiszyl I.: Patologie społeczne. Wyd. PWN, Warszawa 2009.
10. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. Journal of Clinical Healthcare, 2015, 1, 2-5.

11. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gazeta Farmaceutyczna*, 2008, 8, 24-27.
12. Jakubczyk A.: Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacyjnych [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, pod red. Wojnara M. Wyd. PARPA, Warszawa 2017, 10-11.
13. Klecka M.: Płodowy zespół alkoholowy [w:] *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*, pod red. Jurzak M. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2016, 234-258.
14. Klimkiewicz A.: Zaburzenia somatyczne związane z używaniem alkoholu [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, pod red. Wojnara M. Wyd. PARPA, Warszawa 2017, 97-115.
15. Szczepański W., Stachura J.: Patologia wątroby i dróg życiowych [w:] *Patologia znaczy słowo o chorobie*, pod red. Staruchy J., Domagały W. Wydawnictwo Polska Akademia Umiejętności, Kraków 2009, 853-865.
16. Klimkiewicz A., Serafin P., Wojnar M.: Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu. *Psychiatria* 2011, 1, 7-17.
17. Kotowska J.: Problemy suicydalne w świetle badań. *Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienie*, 2018, 3, 22 - 28.
18. Klimkiewicz A.: Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, pod red. Wojnara M. Wyd. PARPA, Warszawa 2017, 85-95.
19. Samochowiec J., Samochowiec A.: Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz inne uzależnienia [w:] *Psychiatria*, pod red. Jarema M. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2016, 244-260.
20. Sokołowski J.: Choroba alkoholowa i jej wpływ na stwierdzenie nieważności małżeństwa. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 2013, 22, 177-191.
21. Frąckowiak M., Motyka.: Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(2), 314-322.
22. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z. i wsp.: Walka z uzależnieniem alkoholowym. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 15-43.
23. Łukowska K.: Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach. *Przewodnik dla samorządowców*. Wyd. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, 41-53.

24. Szymańska M., Prystupa A., Koprianiuk-Sowińska A. i wsp.: Alkoholowa choroba wątroby w praktyce lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, 17(3), 148-154.
25. Mazur A.: Diagnoza problemu uzależnień w gminie Lesko: Alkoholizm i narkomania. Raport z badań. Wyd. Instytut Badań Społecznych i Marketingowych, Stalowa Wola 2012, 7-9.
26. Woronowicz B.: Motywy picia alkoholu [w:] abstynenci.pl/motywy-picia-alkoholu; dostęp dnia: 03 maj 2019 r.
27. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: *Psychiatria. T. 2.* Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, 158–194.
28. Wiciński M., Soroko A., Niedzwiecki P. i wsp.: Wpływ alkoholu na wybrane jednostki chorobowe. Wino czerwone – fakty i mity. Przegląd badań klinicznych (według EBM) [w:] *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, pod red. Wolska-Adamczyk A. Wydawnictwo WSiIZ, Warszawa 2015, 159-168.
29. Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T B., Sidor R.: Zachowania zdrowotne związane ze spożyciem alkoholu i wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat skutków nadużywania alkoholu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(2), 162-167.
30. Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2015.
31. Sutkowy H.: Alkoholizm - choroba ciała i duszy. *Wychowawca*, 2008, 7/8, 30-31.
32. Żuralska R., Kuzepska M., Mziraj M.: Alkohol i ciąża. Wstępne badanie opinii kobiet na temat spożywania alkoholu w okresie ciąży. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(4), 533-537.

OCENA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH I WYSTĘPOWANIA LĘKU U PACJENTÓW PRZYGOTOWYWANYCH DO INTERWENCYJNYCH ZABIEGÓW KARDIOLOGICZNYCH

Agnieszka Dragun¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Kardiologii Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Ciągły postęp w kardiologii związany jest z przenoszeniem nowoczesnych skomplikowanych technologii na grunt medycyny. Skutkuje to z jednej strony opracowaniem i wprowadzeniem dynamicznych zmian w zakresie diagnostyki i terapii schorzeń układu krążenia, zaś z drugiej wymusza modernizację i stałe modyfikacje w zakresie wyposażenia oddziałów kardiologicznych. Jednakże trzeba zauważyć, że nowoczesne metody diagnostyczne takie jak koronarografia oraz metody lecznicze np. przezskórna angioplastyka naczyń wieńcowych, które oferuje kardiologia inwazyjna, choć są konieczne, aby osiągnąć przyjęty cel leczniczy, narzucają pacjentom znaczne ograniczenia, które utrudniają codzienne funkcjonowanie, mogą obniżać jakość życia lub wywoływać intensywne, często negatywne emocje jak np. lęk [1].

Koronarografia

Koronarografia serca wykonywana jest w oddziałach Kardiologii Interwencyjnej. Inaczej nazywana jest angiografią wieńcową, bądź też cewnikowaniem tętnic wieńcowych. Istotą omawianego badania jest przedstawienie naczyń wieńcowych poza tętnicami wieńcowymi na monitorze. Przy pomocy tego badania można zobrazować także pomosty aortalno-wieńcowe, czyli tzw. by-passy. Do powstania obrazu naczyń wieńcowych niezbędne jest podanie odpowiedniego środka cieniującego, który aktywowany przez działanie promieni rentgenowskich, uwidacznia przebieg i światło naczyń krwionośnych serca [2].

Zabieg koronarografii zaliczany jest do metod inwazyjnych pozwalających na zobrazowanie naczyń krwionośnych serca. Zabieg ten wykonywany jest w pracowni

hemodynamicznej. Należy zaznaczyć, że jest to bardzo precyzyjne badanie serca, dzięki temu dostarcza ono kardiologowi wielu istotnych informacji. Warto dodać, że z powodu swojej inwazyjnej specyfiki, zabieg koronarografii wykonywany jest przy wykorzystaniu znieczulenia miejscowego, a więc w zasadzie pacjent nie odczuwa bólu [3].

Specjaliści zalecają wykonanie koronarografii w następujących przypadkach:

- diagnostyka chorób wieńcowych, poprzez wykonanie koronarografii potwierdza się bądź wyklucza chorobę. Ponadto pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza z podejrzeniem choroby wieńcowej przeważnie odczuwają już specyficzny ból w klatce piersiowej;
- wykonywanie oceny naczyń wieńcowych, aby zweryfikować, czy posiadają poprawny przebieg, czy są drożne oraz czy nie występują w nich zmiany, które mogłyby powodować zwężenie naczyń;
- w przypadku zawału mięśnia sercowego, bądź też po przebytym zawale serca;
- wady zastawkowe;
- niewydolność mięśnia sercowego z powodu choroby niedokrwiennej;
- podejrzenie występowania rozwarstwienia aorty, bądź też w przypadku tętniaka aorty;
- możliwość występowania kardiomiopatii przerostowej przy towarzyszącej dławicy piersiowej;
- nagłe zatrzymanie krążenia z nierozpoznanej przyczyny;
- zaburzenia rytmu serca, bądź też utrata przytomności [3].

Ponadto, zalecane jest wykonywanie badania tętnic wieńcowych również jeśli planowany jest przeszczep serca bądź występują podejrzenia, że należy dokonać wymiany zastawek [3].

Ze względu na fakt, iż koronarografia jest badaniem inwazyjnym, istnieją przeciwwskazania do jego wykonania. Nie powinno się wykonywać tego badania jeśli:

- u pacjenta występuje uczulenie na środek cieniujący;
- występuje krwawienie z przewodu pokarmowego;
- pacjent niedawno doznał udaru mózgu;
- u pacjenta występuje stan niedokrwistości, a hemoglobina jest na poziomie niższym od wartości 8g/dl;
- doszło do nieprawidłowego kontrolowania nadciśnienia tętniczego u pacjenta;

- występuje zaawansowana miażdżycza, która uniemożliwia dotarcie do naczyń wieńcowych;
- doszło do ciężkiej skazy krwotocznej [4].

Koronarografia wymaga bezwzględnie uzyskania w formie pisemnej zgody na jej przeprowadzenie od pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela. Do przeciwwskazań względnych, należy zaliczyć: znaczną niewydolność nerek pacjenta (ponieważ środek cieniujący może wpłynąć na pogorszenie funkcjonowania nerek), obrzęk płuc (utrudniający pacjentowi oddychanie w leżącej pozycji, która jest niezbędna, aby wykonać badanie) oraz wysoka gorączka, która jest spowodowana przez nieustaloną przyczynę [3].

Trzeba podkreślić, że przed wykonaniem badania pacjent musi zostać zaszczepiony przeciw WZW B, należy oznaczyć poziom kreatyniny, wykonać badanie moczu oraz morfologię. W trakcie badania, do serca pacjenta wprowadzany jest przez lekarza odpowiedni cewnik, który ma zobrazować bieżącą drożność naczyń mięśnia sercowego. Dojście do serca uzyskiwane jest poprzez tętnice promieniową bądź udową, ale trzeba podkreślić, że wybór zależy od indywidualnych preferencji lekarza, warunków anatomicznych oraz przeciwwskazań. W praktyce najczęściej wybór pada na tętnicę promieniową, gdyż okres rekonwalescencji po koronarografii, jest zdecydowanie krótszy oraz znacznie bardziej komfortowy [5].

Podczas badania tętnic wieńcowych pacjentowi podaje się kontrast. Ilość kontrastu podawana pacjentowi zależy od czasu trwania samego badania oraz od jakości obrazu, który chce się uzyskać. Koniecznie trzeba poinformować pacjenta, iż w trakcie podawania kontrastu może odczuwać pewien dyskomfort, który będzie najczęściej związany z uderzeniami fal gorąca, chwilowym bólem głowy, bądź też uciskiem w okolicach klatki piersiowej. Takie reakcje organizmu wynikają z tego, że kontrast nie jest naturalnym płynem fizjologicznym. Jeśli w trakcie badania jest widoczne zwężenie naczyń albo inna patologiczna zmiana w naczyniach wieńcowych, można uzyskać informacje na temat tego w jaki sposób działa cały zmieniony mechanizm sercowo-naczyniowy [5]. W trakcie koronarografii lekarz ocenia również budowę tętnic pod kątem ewentualnych odstępstw od normy, obecności zmian miażdżycowych, występowania skrzeplin, ale także stanów skurczowych tętnic, w tym także mostków mięśniowych. Dodatkowo poprzez obserwację przepływu kontrastu, można wstępnie ocenić stan mikrokrażenia wieńcowego u pacjenta. Podczas analizy zidentyfikowanych zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych, należy określić ich ilość, charakter np. o zasięgu ograniczonym bądź rozsianym, umiejscowienie, typ anatomiczny badanych zmian, średnice tętnic w miejscu/miejscach, w których są zwężenia, a jeśli ma miejsce amputacja naczyń sprawdza się także poziom krążenia obocznego. Warto nadmienić, że aktualnie coraz częściej

używa się cyfrowej metody oceny poziomu zwężenia tętnic (*Quantitative Coronary Angiography* - QCA) [2,3]. Metoda pozwala na obiektywną, a co najważniejsze pozbawioną błędów pomiaru ocenę zwężenia naczyń wieńcowych. W ten sposób pozyskane informacje, które obejmują poziom nasilenia dolegliwości i/lub niedokrwienie oraz współwystępowanie innych schorzeń, pozwalają na podjęcie właściwej decyzji terapeutycznej [6].

Czas trwania koronarografii zależy od ogólnego stanu pacjenta. Najczęściej trwa od pół godziny do dwóch godzin. Okres zalecanej hospitalizacji będzie zależał od stanu pacjenta i czy podczas zabiegu albo tuż po nim, nie pojawiły się objawy niepokojące. W przypadku, gdy pacjent zjawia się w szpitalu ze zdiagnozowanym OZW, to wówczas zostaje on pod stałą kontrolą po koronarografii przez okres, który zaleci kardiolog prowadzący pacjenta [7].

Każdemu pacjentowi przed wykonaniem badania przekazuje się wytyczne związane z wykonywanym zabiegiem. Chory do czasu zabiegu powinien przyjmować wszystkie leki bez zmian, poza lekami przeciwzakrzepowymi. Lekarz planując badanie określa na ile przed planowaną koronarografią trzeba je odstawić, biorąc pod uwagę różny czas działania oraz zawartą w nich dawkę poszczególnych substancji. Zgodnie z tym, co wcześniej wspomniano niezbędne jest zrobienie badań, takich jak: morfologia krwi, kreatynina, badanie moczu i oznaczenie grupy krwi pacjenta. Pacjenta należy odpowiednio nawodnić przed zabiegiem ze względu na to, że podany mu kontrast może uszkodzić nerki. Także z powodu niepożądanych objawów, które może spowodować kontrast, pacjent powinien pozostać na czczo [6].

Badania wskazują, że obecnie ryzyko powikłań podczas koronarografii jest mniejsze niż 2%. Jednakże na późniejsze ewentualne powikłania, jak również na czas trwania rekonwalescencji, mają przede wszystkim wpływ czynniki takie jak: wiek pacjenta, choroby towarzyszące, takie jak cukrzyca, bądź też choroby nerek np. ich niewydolność, kamica nerkowa [8].

Przezskórna angioplastyka naczyń wieńcowych

Po przeprowadzeniu analizy wyniku uzyskanego za pomocą koronarografii, jednym z rozwiązań, które jest proponowane pacjentowi jeśli rodzaj anomalii naczyń wieńcowych na to pozwala, jest zabieg angioplastyki wieńcowej (*Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty* - PTCA). Polega ona na poszerzeniu wykrytych u pacjenta zwężeń naczyń. Warto odnotować, że od momentu, gdy wprowadzono do praktyki klinicznej zabiegi angioplastyki wieńcowej, a więc od roku 1977 [9], omawiana metoda jest nieustannie udoskonalana, a zabieg jest obecnie najczęściej przeprowadzaną rewaskularyzacją mięśnia sercowego w chorobie wieńcowej. W Polsce udało się przekroczyć liczbę 30 tys. tego typu zabiegów rocznie. Dzięki

nieustannej modyfikacji, której podlega sprzęt do angioplastyki oraz wykorzystaniu w zabiegach specjalistycznych protez (stentów), wprowadzanych w miejsce, które należy poszerzyć, wydatnie poprawiono skuteczność metody i bezpieczeństwo pacjentów [10]. Decyzję o przeprowadzeniu angioplastyki tętnic wieńcowych podejmuje lekarz po wykonaniu koronarografii. Lekarz umieszcza cewnik z balonikiem poprzez nakłucie tętnicy promieniowej bądź udowej, a następnie przez naczynia krwionośne wprowadza go w miejsce występowania przewężenia [11]. Miarowo powiększający się balonik powoduje wgniatanie blaszki miażdżycowej do ściany naczynia wieńcowego, a proces pompowania może odbyć się nawet kilka razy, aż do momentu osiągnięcia zdaniem lekarza zadowalającego efektu [12].

Jeśli poszerzanie naczyń wieńcowych za pomocą napompowanego balonika okaże się niewystarczające, aby przywrócić poprawny przepływ w naczyniu, lekarz może zdecydować o rozszerzeniu zabiegu o założenie stentu. Istotą użycia stenta jest utrzymanie pożądanej średnicy zmienionego przez miażdżycę naczynia. W praktyce wykorzystuje się dwa typy stenów: metalowe oraz uwalniające odpowiedni lek [13].

Po usunięciu cewnika z balonikiem, na miejsce po dokonanych wkłuciu należy nałożyć specjalny opatrunek uciskowy, który zapobiegnie krwawieniu [14]. Poza powikłaniami, które charakterystyczne są dla koronarografii, mogą także wystąpić znacznie bardziej poważne powikłania, które są typowe dla PTCA. Pierwszym z nich jest ostre zamknięcie tętnicy wieńcowej w miejscu, które jest poszerzane. Nie jest to częste powikłanie, gdyż występuje u 0,5-2% przypadków. Z niewielką częstością może wystąpić zawał mięśnia sercowego, zgon (0,2% przypadków), pęknięcie ściany naczynia krwionośnego (0,1% przypadków) albo pojawia się konieczność przeprowadzenia zabiegu kardiochirurgicznego [15].

Przygotowanie pacjenta do zabiegów interwencji kardiologicznej

Planowa koronarografia

Decyzja o zaplanowaniu i wykonaniu koronarografii zapada w oparciu o manifestujące schorzenie objawy i na podstawie wykonanych badań takich jak: EKG, Holter EKG, ECHO serca oraz testy wysiłkowe. Wskazane jest również, aby pacjent zaszczepił się przeciw WZW typu B [16]. Ponadto zaleca się, aby przez planowanym badaniem wykonać badania laboratoryjne: morfologię, koagulogram (PTT, INR), badanie biochemiczne oraz oznaczenie grupy krwi [16].

Chory otrzymuje od lekarza prowadzącego zalecenia co do dawkowania i przyjmowania leków stałych. Część leków jak np. przeciwcukrzycowe nie są odstawiane, zaś leki

przeciwwkrzepliwe typu Acenokumarol i Warfarynaodstawiane są na 3 dni przed zabiegiem, a na ich miejsce wprowadza się iniekcje podskórne z heparyny [16].

Istotnym dla przebiegu koronarografii jest nawodnienie pacjenta. Choremu podaje się minimum 1,5-2 l płynów w ciągu doby. Jeżeli chory ma zdiagnozowaną przewlekłą chorobę nerek, podaż płynów przed i po zabiegu zwiększa się do około 3 l/d [16].

W dniu badania pacjent pozostaje na czczo około 7 godzin i nie powinien palić wyrobów tytoniowych mniej więcej około 6 godzin przed badaniem [16].

Przed badaniem chory powinien wziąć prysznic, zmyć lakier z paznokci, zdjąć biżuterię, wyjąć protezy zębowe itp. Wygolone zostają pachwiny w przypadku planowanego dojścia przez tętnicę udową. Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej, przeważnie w znieczuleniu miejscowym [16].

Planowa przezskórna angioplastyka naczyń wieńcowych

Przed planową angioplastyką naczyń wieńcowych należy:

- wykonać szczepienia przeciwko WZW B;
- oznaczyć swoją grupę krwi oraz wykonać podstawowe badania diagnostyczne (morfologia, badanie moczu, RTG klatki piersiowej);
- jeśli nie występują ku temu przeciwwskazania i o ile tak zaleci lekarz, około siedmiu dni przed zabiegiem należy rozpocząć przyjmowanie aspiryny oraz ticlopidyny bądź kłopidogrelu;
- w dniu planowanej przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych należy być na czczo oraz wygolić miejsce badania;
- stosować się co do zaleceń modyfikujących przyjmowanie dotychczas stale przyjmowanych leków;
- zastosować leczenie przeciwwkrzepliwe i przeciwplatekcyjne [11]. Jako leki przeciwplatekcyjne podawane są w szczególności: kwas acetylosalicylowy, tiklopidyna, abciksymab bądź też eptifibatyd. Z kolei leczenie przeciwwkrzepliwe polega na podawaniu pacjentowi heparyn niefrakcjonowanych, alternatywnie heparyny drobnocząsteczkowej, biwalirudyny, czy też fondaparinyksu [11].

Pacjent przyjęty w trybie pilnym z OZW

Termin ostry zespół wieńcowy (OZW) należy rozumieć przez pryzmat trzech różnych, ostrych objawów klinicznych choroby wieńcowej, którymi są:

- zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST - STEMI;
- zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST - NSTEMI;
- niestabilna dławica piersiowa - UAP[17].

Zawały mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST i niestabilną dławicę piersiową określa się jako OZW bez uniesienia odcinka ST, czyli non-STEMI OZW. Przyczyną patofizjologiczną leżącą u podstaw OZW jest przede wszystkim pęknięcie blaszki miażdżycowej. Rodzaj zmian wykrytych w EKG, a więc obecność bądź też nieobecność uniesienia odcinka ST, odróżnia STEMI od non-STEMI OZW [17].

OZW przejawia się silnym bólem wklatce piersiowej z typowym promieniowaniem, występowaniem duszności oraz nadmierną potliwością. Należy jednak podkreślić, że podczas OZW mogą wystąpić także nietypowe objawy [17].

Lęk i zaburzenia lękowe u pacjentów Kardiologii Interwencyjnej

Lęk jest bardzo częstym stanem emocjonalnym pochodną poczucia zagrożenia, czy utraty poczucia bezpieczeństwa [18]. Stan taki pojawia się często na skutek choroby, konieczności okresowej hospitalizacji, czy też leczenia operacyjnego. Niepokój, czy też lęk odczuwany przez pacjenta zależy w praktyce od wielu czynników, a do najważniejszych zaliczyć należy: cechy osobowe, wiek, jak również umiejętność reagowania podczas trudnych życiowych sytuacji [19].

Warto zauważyć, że według prekursora badań nad lękiem, Z. Freuda, lęk powstaje w wyobraźni i sumieniu człowieka, a jest reakcją na poczucie bezradności, bezsilności i niepewności. Lęk zdaniem Freuda, to w istocie reakcja powstała na dane określone subiektywnie niebezpieczeństwo, które wyzwała poczucie zagrożenia podstawowych wartości charakterystycznych dla danego człowieka. Omawiając powody pojawiania się lęków, Freud podkreśla, iż lęk wynika ze zdarzenia, najczęściej traumatycznego przeżycia, z którym jednostka nie może sobie poradzić [20].

Z kolei A. Kępiński wyróżnił lęki:

- nerwicowe;
- depresyjne;
- schizofreniczne;
- psychoorganiczne;
- oligofreniczne;
- urojeniowe;

- biologiczne [20].

Lęk pacjenta przygotowywanego do zabiegu po raz pierwszy

Podczas przygotowywania pacjenta do jego pierwszego zabiegu o charakterze kardiologicznym na Oddziale Kardiologii Interwencyjnej należy zadbać, aby przystosować go do życia z chorobą, ponieważ tylko to pozwoli na akceptację swojego schorzenia oraz towarzyszących jej niedogodności, a tym samym na opanowanie towarzyszącego całej sytuacji lęku. W ten sposób w dużej mierze wyeliminuje się nasilanie negatywnych emocji, które wprost wynikają z lęku przed danym schorzeniem, ale także złagodzi się poziom stresu oraz poprawi się poczucie bezpieczeństwa [21]. Należy wobec tego stwierdzić, że emocje negatywne, odczuwane przez pacjentów, którzy będą mieli pierwszy zabieg, przeważnie posiadają charakter niepewności, bezradności, ale także pewnego poczucia zagrożenia. Wśród wielu czynników, które wpływają na stan emocjonalny pacjentów oczekujących na zabieg inwazyjny, najczęściej chorzy wymieniają: strach przed znieczuleniem, ból podczas zabiegu, odkrycie przerzutów w przypadku choroby nowotworowej, kontakt ze skomplikowaną aparaturą medyczną, możliwość zakażenia chorobami przenoszonymi drogą krwi, możliwość wystąpienia powikłań podczas oraz po zabiegu, ale także obawę przed śmiercią. Trzeba podkreślić jednak, że nie da się całkowicie wyeliminować lęku u pacjentów. Powoduje to konieczność jego kontrolowania przez personel medyczny, aby u pacjenta przeważała motywacja do podjęcia współpracy ze specjalistami w okresie przed, po oraz podczas okresu rekonwalescencji [19].

Trzeba podkreślić, że przeciwdziałanie lękom u pacjentów, a w szczególności tym podczas pierwszego zabiegu, stanowi jedno z fundamentalnych zadań psychoterapeutycznych, personelu medycznego [19].

Efektywne zmniejszenie poziomu lęku u pacjenta wymaga, aby przeciwdziałać deprywacji oraz jego frustracji, co należy czynić za pomocą:

- umożliwienia pacjentowi zaspokojenia potrzeb, ale także usunięcia przeszkód w ich zaspokajaniu;
- pomocy przy przebudowaniu hierarchii potrzeb i wartości, kierując je na wyzdrowienie;
- uaktywnienia u pacjenta psychologicznych mechanizmów obronnych [19].

Obniżenie stopnia nasilenia lęku wymaga także przeciwdziałaniu bólowi podczas i po zabiegu za pomocą:

- zminimalizowania poziomu napięcia psychofizycznego, za pomocą wszelkich

dostępnych technik, a więc np. podanie środków przeciwbólowych, znieczulenia ogólnego albo miejscowego, co jest obecnie najpopularniejszą metodą zwalczania bólu podczas wszelkich zabiegów kardiologicznych. Zaleca się także odwracanie uwagi pacjenta od źródła bólu np. zalecanie nie obserwowania monitora podczas badania, rozmowa z chorym;

- podawania bodźców pozytywnych, które są kojarzone z odczuwaniem bólu [22].

Ponadto w literaturze fachowej wskazuje się, że zmniejszenie poziomu lęku u pacjenta wymaga również przeciwdziałania występowaniu poczucia zagrożenia za pomocą:

- świadczenia pomocy w ramach usunięcia, bądź zminimalizowania występującego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta;
- przedstawienia w sposób przystępny rzeczowych informacji na temat: źródła zagrożenia, możliwych komplikacji oraz powikłań;
- przedstawienia pozytywnych skutków podjętego leczenia kardiologicznego [22].

Przedstawione powyżej działania, które powinien wykonywać personel medyczny spowodują, że u pacjenta przygotowywanego pierwszy raz do zabiegu na Oddziale Kardiologii Interwencyjnej, poziom lęku nie będzie wywoływał zaburzeń, a więc będzie kontrolowany. Jest to niezwykle ważne również jeśli pacjenta czeka więcej niż jeden zabieg.

Lęk pacjenta przygotowywanego do kolejnego zabiegu

Przed kolejnym zabiegiem, jak również przed każdym kolejnym badaniem, a w szczególności inwazyjnym, pacjent może odczuwać lęk. Najczęściej jest on mniejszy z powodu wcześniejszych doświadczeń, ale czasem może być spotęgowany w wyniku złych doświadczeń związanych z poprzednim zabiegiem [4].

Czas oczekiwania na wykonanie operacji jest okresem, któremu towarzyszy napięcie. Pacjenci czekający na zabieg w różny sposób starają się radzić sobie ze stresem. Występuje wówczas konflikt określany mianem „przyciąganie-unikanie”, a opiera się on na tym, iż cel zabiegu posiada zarówno wartość pozytywną, ale także negatywną. Cel ten objawia się jako atrakcyjny, gdy jest jeszcze oddalony, natomiast wraz ze zbliżaniem się do niego, a więc do zabiegu nasilają się negatywne aspekty, a to z kolei staje się przyczyną powstawania zaburzeń emocjonalnych. Fachowcy podkreślają, że stan psychiczny chorego przed zabiegiem jest zmienny, aż zaczyna dominować uczucie strachu oraz lęku. W przypadku nasilania się tych odczuć, może to niekorzystnie wpłynąć na parametry kardynalne przed procesem

znieczulenia oraz podczas niego, ale także mogą zaburzać przebieg okresu po zabiegu, a tym samym znacznie wydłużyć okres hospitalizacji oraz rekonwalescencji [4].

Do zabiegu przygotowywać pacjenta powinien zespół terapeutyczny, ponieważ nawet najlepiej przeprowadzony zabieg nie odniesie pozytywnych skutków, jeżeli chory nie będzie do niego w odpowiedni sposób przygotowany, jak również jeśli nie będzie miał zapewnionej odpowiedniej opieki podczas zabiegu. Opiekę bezpośrednią nad pacjentem sprawuje personel pielęgniarski, a do jego zadań przede wszystkim należy przygotowanie pacjenta pod kątem fizycznym oraz psychologicznym. Opieka personelu nie opiera się tylko i wyłącznie na realizacji zabiegów technicznych oraz manualnych, ale także na kontakcie interpersonalnym, oddziaływaniu psychoterapeutycznym oraz działaniu wychowawczym. Aktualnie postuluje się, aby traktować psychoterapię jako element wchodzący w skład zadań zawodowych personelu pielęgniarskiego, ponieważ w ten sposób dochodzi do zmniejszenia napięcia oraz niepewności, a tym samym wpływa się na poprawę stanu emocjonalnego chorego [21].

Lęk pacjenta przygotowywanego w trybie pilnym z OZW

Lęk pacjenta, który jest przygotowywany w trybie pilnym z OZW oscyluje przede wszystkim wokół lęku przed śmiercią. Można dokonać uściślenia, ponieważ w literaturze fachowej wymienia się następujące rodzaje lęków związanych ze śmiercią występujących u tego typu pacjentów:

- lęk przed fizyczną śmiercią – jest on bezpośrednio związany ze strachem pacjenta przed unicestwieniem jego ciała, stratą sensu tego co było dotychczas, czy też utratą empirycznego życia;
- lęk przed umieraniem – polega na strachu przed bólem towarzyszącym umieraniu i nicością;
- lęk przed stratą świadomości – przejawia się strachem przed zatraceniem tożsamości, stratą swojej godności ze względu na wstyd wywołany przekraczaniem przez innych, obcych ludzi, przestrzeni intymności, co jest związane z uczuciem nieestosowności przebywania w obcej przestrzeni i wśród ludzi niezwiązanych w żaden sposób emocjonalnie, bez możliwości kontroli sytuacji;
- lęk o pozostających przy życiu – gdy odchodzi pacjent, to wówczas u swoich najbliższych wywołuje szczególną odmianę smutku spowodowanego stratą, który jest dodatkowo najczęściej połączony z rozpaczą. Załagodzić ten stan może odpowiednio przeżyta żałoba, a rozpacz wywołana przez zerwanie dotychczasowych więzi z

najbliższymi można określić jako chorobę duszy, która często towarzyszy pacjentom. Stan ten mógłby pomóc nawet w określeniu jak „zdrowe” są nasze relacje z najbliższymi, o czym wspominał Dąbrowski w swojej koncepcji zdrowia psychicznego, zwłaszcza dezintegracji pozytywnej;

- lęk przed spotkaniem ze stwórcą wywołujący strach, czy aby droga, którą przeszedł chory była właściwa [23].

W wypadku tego typu pacjentów personel medyczny nie ma możliwości, aby skutecznie obniżyć poziom lęku u pacjenta przed zabiegiem, a wszystko za sprawą tego, że sytuacja ta odbywa się nagle, procedury przebiegają w pośpiechu itd. Jednakże można zniwelować ból za pomocą środków farmakologicznych, co pozytywnie wpłynie na komfort pacjenta [23].

CELE PRACY

Celem pracy było dokonanie oceny poziomu lęku u pacjentów przygotowywanych do zabiegów Kardiologii Interwencyjnej.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem przeprowadzonym w okresie od lutego do maja 2019 w Oddziale Kardiologii Interwencyjnej Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce, objęto 105 pacjentów przygotowywanych do kardiologicznych zabiegów inwazyjnych.

Materiał badawczy zebrano za pomocą ankiety własnego autorstwa stworzonej na potrzeby niniejszej pracy oraz za pomocą standaryzowanego kwestionariusza IZZ.

Ankieta własna składała się z 4 pytań w części ogólnej, dotyczących: płci, wieku, wykształcenia oraz ilości hospitalizacji oraz 15 pytań w części szczegółowej, dotyczących: odczuć, które doświadczyli badani przed, po oraz w trakcie koronarografii i stylu życia jaki prowadzą.

IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) to standaryzowany kwestionariusz adaptowany do warunków polskich autorstwa Z. Juczyńskiego. IZZ jest narzędziem samoopisu zawierającym 24 stwierdzenia dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem, a także ale także stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych:

- prawidłowych nawyków żywieniowych,
- zachowań profilaktycznych,

- praktyk zdrowotnych
- pozytywnego nastawienia psychicznego.

Wartości liczbowe zaznaczone z twierdzenia 25 opatrzonego mianem „inne”. Respondenci zaznaczali na skali pięciostopniowej jak często wykonywali w inwentarzu zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę częstotliwość poszczególnych zachowań wskazaną przez badanych ustalono ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu, przez ankietowanych zliczono w celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Wartość jego mieści się w granicach 24-120 punktów. Im dana wartość była wyższa tym wyższy poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wskaźnik ogólny po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową autora tego narzędzia. Wyniki niskie mieszczą się w granicach 1-4 stena, wyniki przeciętne oznaczają wartości 5-6 stena, a wysokie jako 7-10. Oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych, których wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii [24].

WYNIKI

Wśród objętych badaniem 105 respondentów znajdowali się pacjenci przyjeżdżący do szpitala w celu wykonania planowanej Koronarografii, planowanej Angioplastyki oraz pacjenci OZW w celu wykonania Koronarografii albo Angioplastyki Wieńcowej. 58% badanych to mężczyźni, natomiast 42% stanowiły kobiety.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci mający 61 lat i powyżej (53%). Kolejną grupę stanowili ankietowani w wieku 41-60 lat (41%) i w wieku 20-40 lat (6% badanych). 57% pacjentów posiadało wykształcenie średnie. 32% respondentów wskazało na wykształcenie podstawowe, natomiast 11% na wykształcenie wyższe.

Dla większości osób badanych – 71%, była to kolejna interwencja wieńcowa, natomiast w przypadku 29% był to pierwszy zabieg tego typu w ich życiu. Przy czym 34% ankietowanych miało planowaną Koronarografię, 33% poddanych było Angioplastyce Wieńcowej oraz 33% to pacjenci OZW z Koronarografią, bądź też Angioplastyką Wieńcową.

Zgodnie z wynikami badania przedstawionymi w Tabeli I, 42,2% mężczyzn raczej odczuwało spokój podczas przygotowywania do koronarografii, natomiast w przypadku kobiet większość z nich – 43,8% raczej nie odczuwała spokoju. Przed koronarografią 37,6% kobiet deklarowało zmartwienie, a jedynie 6,2% z nich nie było zmartwionych. Z kolei 15,9% mężczyzn deklarowało zmartwienie. Połowa kobiet – 50% raczej odczuwała niepokój.

Natomiast 42,3% badanych mężczyzn nie odczuwało niepokoju, a 15,7% deklaroowało, że niepokój im towarzyszył. Należy także stwierdzić, że większość kobiet - 56,4% zdecydowanie martwiło się o wynik badania. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku mężczyzn, gdyż 47,5% raczej martwiło się o wynik badania, a tylko 10,5% było spokojnych o jego wynik.

Tabela I. Odczucia pacjentów przygotowujących się do koronarografii [w %]

	Zdecydowanie nie		Raczej nie		Raczej tak		Zdecydowanie tak	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Odczuwam spokój	10,5	1,2	21	3,8	2,2	2,5	6,3	12,5
Jestem zdenerwowany/zdenerwowana	31,5	6,2	42,3	7,6		5	5,2	31,2
Jestem zmartwiony/zmartwiona	10,5	6,2	42,1	5	1,5	1,2	5,9	37,6
Odczuwam niepokój	10,5	6,3	42,3	8,7	1,5	0	15,7	25
Martwię się o wyniki badania	10,5	6,2	10,5	,2	7,5	1,2	1,5	56,4

Podczas badania większość kobiet – 56,3% czuła się bezpiecznie. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku mężczyzn, gdyż większość z nich - 42,2% uznało, że raczej czuli się bezpiecznie. Większość badanych kobiet – 56,2% czuła się podczas badania swobodnie. Bardzo podobnie w tym kontekście odpowiadali mężczyźni, gdyż 52,6% raczej czuło się swobodnie w czasie badania. W trakcie zabiegu napięcie odczuwało 18,8% kobiet oraz 26,3% mężczyzn. Wyniki badania wskazują na to, że 62,5% kobiet w ogóle lub raczej nie odczuwało niepokoju. Należy także stwierdzić, że 43,8% kobiet raczej było lub było zdenerwowanych podczas koronarografii. Z kolei 52,7% mężczyzn raczej niei zdecydowanie nie było zdenerwowanych w czasie koronarografii.

Tabela II. Odczucia pacjentów w trakcie koronarografii [w %]

	Zdecydowanie nie		Raczej nie		Raczej tak		Zdecydo wanie tak	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Czułem/czułam się bezpiecznie	26,3	2,5	10,5	2,5	2,2	8,7	1	56,3
Czułem/czułam się swobodnie	10,5	2,5	21	2,5	2,6	8,8	0,5	56,2
Byłem/byłam napięty/napięta	15,7	2,5	31,5	7,5	6,3	1,2	6,5	18,8
Odczuwałem/odczuwałam niepokój	21	2,5	31,7	0	1	8,8	6,3	18,7
Byłem zdenerwowany/zdenerwowana	26,4	8,7	26,3	7,5	6,8	8,7	0,5	25,1

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Tabeli III można stwierdzić, iż większość kobiet – 43,8% oraz mężczyzn – 37% po badaniu czuło się zdecydowanie swobodnie. Większość badanych pacjentów, zarówno kobiet – 68,8%, jak i mężczyzn 36,8% było zadowolonych z przebiegu badania. Po badaniu brak zmartwień deklarowało 62,6% kobiet oraz 47,3% mężczyzn. Złe samopoczucie zadeklarowało 12,5% kobiet oraz 10,5% mężczyzn.

Tabela III. Odczucia pacjentów po badaniu koronarografii [w %]

	Zdecydowanie nie		Raczej nie		Raczej tak		Zdecydowanie tak	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Czułem/czułam się swobodnie	1	2,5	10,5	8,7	1,5	5	7	43,8
Byłem/byłam zadowolony/zadowolona	1		21,2	2,5	6,8	8,7	1	68,8
Byłem/byłam zmartwiony/zmartwiona	7,3	2,6	26,3	8,7	0,5	8,7	5,9	0
Złe się czułem/czułam	7,5	0	26,3	5	5,7	2,5	0,5	12,5
Byłem/byłam przygnębiony	7,3	2,5	26,3	5	0,5		5,9	12,5

Tabela IV przedstawia preferencje w zakresie spożywanych napojów. W przypadku napojów gazowanych należy stwierdzić, że większość respondentów obojga płci deklarowało wypijanie ich raz w tygodniu. Kawę spożywali wszyscy badani bez względu na płeć, raz dziennie, napój ten spożywało 36,8%, mężczyzn i 37,5% kobiet. Z kolei herbata spożywana

była przeważnie kilka razy dziennie przez 56,2% kobiet oraz 52%. Mężczyzn. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku wody, gdyż zarówno mężczyźni – 75%, jak i kobiety – 93,7% pili ją kilkakrotnie w ciągu dnia. Natomiast większość mężczyzn – 84,5% deklarowało, że soków owocowych wcale nie spożywa, a jeśli już, to jedynie kilka razy w miesiącu – 6%, bądź raz w miesiącu – 5,5%. Z kolei kobiety najczęściej – 37,5% spożywały soki owocowe kilka razy w tygodniu. Kobiety piją soki warzywne kilka razy w tygodniu – 31,2% lub wcale 31,4%. Większość mężczyzn – 80% wcale nie spożywa soków warzywnych.

Tabela IV. Napoje preferowane przez respondentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Gazowane	0,5	5	5,7	2,5	5,7	2,5	1,5	8,7	0,9	2,5	5,7			8,8
Kawa	1	5	6,8	7,5	5	1,2	5		,2	,3				
Herbata	2	6,2	7,5	5	5	8,8	,5							
Woda	5	3,7	5	,3										
Soki owocowe						7,5		2,5		8,7	,5	2,5	4,5	8,8
Soki warzywne						1,2		8,7			0	8,7	0	1,4
Inne														

Respondentów zapytano o preferencje w zakresie sposobów przygotowywania potraw. Objęci badaniem mężczyźni pieczone potrawy najczęściej spożywali kilka razy w tygodniu – 43,2%, potrawy duszone raz dziennie – 21,5% oraz kilka razy w tygodniu – 22,2%. Gotowane potrawy mężczyźni jedli najczęściej kilka razy w tygodniu - 33,2%, raz dziennie – 22,5% oraz raz w tygodniu - 26,8%. Z kolei smażone jedzenie spożywane było przez mężczyzn kilka razy w tygodniu – 43% oraz raz w tygodniu – 30%. Ponadto większość mężczyzn nie stosuje w swojej diecie jedzenia gotowanego na parze – 87%, bądź też spożywa tak przygotowane posiłki raz w miesiącu – 13%. Kobiety pieczone potrawy jadły rzadziej, gdyż raz w tygodniu – 21%, bądź kilka razy w tygodniu – 20,3%, potrawy duszone przeważnie kilka razy w tygodniu – 25% oraz raz w tygodniu – 31,2%. Połowa badanych kobiet – 50% potrawy gotowane jadła raz dziennie. W przypadku potraw smażonych należy stwierdzić, że kobiety przeważnie jadły je raz dziennie – 31,2% oraz kilka razy w tygodniu – 31,2%. Jedzenie grillowane przez większość

badanych kobiet – 62,5% oraz mężczyzn – 56% nie było przyrządzane. Szczegółowe dane prezentuje Tabela V.

Tabela V. Sposób przygotowania potraw przez pacjentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Pieczenie		2,5	5,5		3,2	8,7	1	7,5	0,3	2,5		2,5		,3
Duszenie	4		1,5		2,2	5	8,1	1,2	2,2	8,7	,5	8,7	,5	,3
Gotowanie	,5	2,5	2,5	0	3,2	5	6,8	2,5						
Smażenie			0	1,2	3	1,2	0	8,7				8,9		
Grillowanie							2			8,8	5	8,7	6	2,5
Gotowane na parze						2,5					3		7	7,5
Kupuję gotowe dania							2,8			8,8			7,2	1,2
Inne														

Większość kobiet - 93,8% oraz mężczyzn 82,4% nie spożywała fast foodów. W przypadku fasoli, grochu lub innych nasion roślin strączkowych należy stwierdzić, że większość kobiet – 62,5% spożywała je kilka razy w miesiącu, natomiast mężczyźni najczęściej – 32,5% kilka razy w tygodniu. Grube kasze zjadane było przez 43,7% kobiet kilka razy w tygodniu, natomiast mężczyźni jedli je najczęściej raz w tygodniu - 29,6%, bądź też kilka razy w miesiącu – 27%. Jaja zarówno przez mężczyzn jak i kobiety jedzone były z różną częstotliwością, a najczęściej kobiety jadły je kilka razy dziennie – 25% oraz kilka razy w tygodniu – 18,7%, zaś mężczyźni kilka razy w tygodniu – 43,8%. Makarony mężczyźni przeważnie spożywali kilka razy w tygodniu - 43,2%, natomiast kobiety raz w tygodniu - 31,2%. Potrawy mięsne kobiety przeważnie spożywały kilka razy w tygodniu - 37,5%, a mężczyźni kilka razy dziennie – 12,5%, raz dziennie – 12,5% oraz kilka razy w miesiącu – 25%. Pieczywo ciemne jedzone było przez mężczyzn kilka razy dziennie - 37,5%, zaś przez kobiety kilka razy w tygodniu - 33,2%. Produkty mączne jedzone były przez kobiety najczęściej kilka razy w tygodniu - 43,7%, natomiast przez mężczyzn w większości raz w

tygodniu - 51,5%. Mleko w diecie kobiet stosowane było najczęściej kilka razy w tygodniu – 31,2% oraz kilka razy dziennie – 25%. Z kolei badani mężczyźni mleko przeważnie spożywali raz dziennie - 31,2% i kilka razy w tygodniu – 31,2%. Potrawy rybne mężczyźni przeważnie spożywali kilka razy w tygodniu - 54,5%, natomiast kobiety raz w tygodniu - 37,5% oraz kilka razy w miesiącu - 37,5%. W kwestii ryżu należy stwierdzić, że zarówno mężczyźni jak i kobiety spożywali go przeważnie raz w tygodniu – 25% oraz kilka razy w miesiącu w przypadku 36% mężczyzn i 37,5% kobiet. Żółty ser większość kobiet – 37,5% oraz mężczyzn 36% jadło kilka razy w tygodniu. 52% mężczyzn jadło słodczyce i ciasta kilka razy w tygodniu, a kobiety - 43,7% kilka razy w miesiącu. 43,7% kobiet deklarowało spożywanie owoców raz w tygodniu, a świeżych warzyw raz w miesiącu – 68,7%.

Mężczyźni przeważnie jedli owoce raz dziennie – 36%, a świeże warzywa raz w miesiącu – 41,2%. Wędliny wędzone i konserwy jedzone były przez mężczyzn najczęściej raz dziennie – 28%, kilka razy w tygodniu – 16% oraz kilka razy dziennie – 15%. Z kolei kobiety tego typu jedzenie najchętniej spożywały kilka razy w miesiącu – 31,2%. W przypadku wędlin pieczonych trzeba zaznaczyć, że mężczyźni przeważnie deklarowali ich spożywanie raz w tygodniu - 41,5%, a kobiety kilka razy w tygodniu – 31,2%. W kwestii spożywania drobiu należy zauważyć, że większość mężczyzn – 55,5% jadło tego typu potrawy kilka razy w tygodniu, a kobiety raz dziennie – 25%. Natomiast potrawy z mięsa wieprzowego jedzone były przez mężczyzn przeważnie kilka razy w tygodniu - 31,4%, a przez kobiety – 31,2% oraz kilka razy w miesiącu – 32,6%. Z kolei zupy jedzone były przez mężczyzn przeważnie raz dziennie – 48,5%, a przez kobiety kilka razy w tygodniu - 56,2%. Szczegółowe dane zaprezentowano w Tabeli VI, zamieszczonej poniżej.

Mając na uwadze informacje zamieszczone w Tabeli VII należy stwierdzić, że żadna z respondentek nie paliła papierosów elektronicznych, nie piła piwa, napoi energetycznych i nie zażywała narkotyków, dopalaczy, czy środków pobudzających. Natomiast 30% ankietowanych pacjentek wskazało, że pali papierosy kilka razy w tygodniu. Ponadto 12,5% wypijało lampkę wina raz w miesiącu, a także 12,5% piło kieliszek wódki raz w miesiącu.

21,3% mężczyzn przyznało się do palenia papierosów kilka razy dziennie. Większość z nich nie piła w ogóle piwa (80,5%), a 19,5% wskazało, że je spożywało raz w tygodniu, kilka razy w miesiącu, bądź raz w miesiącu. Wino przez badanych mężczyzn nie jest praktycznie używane, gdyż jedynie 4,9% wskazało, iż pije je raz w miesiącu. 27,7% przyznało że spożywa wódkę raz lub kilka razy w miesiącu lub raz w tygodniu.

Tabela VI. Preferowane potrawy i pokarmy przez pacjentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Fast food									7,6			6,2	2,4	93,8
Fasola, soja, groch lub inne strączko-we		6,2	7,5	12,5	32,5		8,4		15,1	2,5	4	8,8	,5	0
Grube kasze	,5	,2	3	2,5	7,4	2,5	9,6	8,7	7	3,7		,4	,5	0
Jajka		5	,4	8,7	,6	5	6,2	8,7	3,8	2,6	0			0
Makarony		2,5	6	8,7	3,2	5	8	1,2	,8	,2		,4		0
Mięso	,5	2,5	5,2	2,5		7,5		5		2,5	,3			0
Ciemne pieczywo	5,7	7,5	5	2,5	3,2	2,5	,1	2,5		8,7		,3		0
Jasne pieczywo	0,5	5	7,3	8,7	6	5	,2	8,7	,5	,2	,5			6,4
Produkty mączne			2,7		3	3,7	1,5	8,7	,5	5	4,3	,2		6,4
Przetwory mleczne				1,2	6,4	1,2	7,6	5	,6	,2		,4		14,4
Mleko	2	5	5	1,2	9	1,2	3,5		8,3	6,2	2,2			6,4
Ryby					4,5		3	7,5	2,5	7,5		5		0
Ryż				2,5	7	5	5	7,5	6	8,7	4	,3		0
Ser żółty			,5		6	7,5	6,5	1,2	3,4	2,6		8,7	,6	0
Ser biały					5,5	2,5	9	1,2	1,5	3,7	4	2,6		0
Słodycze i ciasta			7		2		3	1,3	10	43,7	3,5	25	4,5	0
Owoce			6	1,2	4,4		4	3,7	1,3	8,7	1,3	,4		0
Warzywa (nie dotyczy ziemniaków) świeże			,8	8,7	,6	8,7	8	,2	1,2	,4	5,4			0
Warzywa gotowane			2		3	5	4	7,5	2,5	8,7	3,6	8,7		0
Wędliny wędzone, konserwy	5,5		8	2,5	6	8,7	2	8,7	5	1,2		8,9	,5	0
Wędliny pieczone	,5		7		3,5	1,2	1,5	2,1		5	11, 5	1,7		0
Drób			,8	5	6	8,7	3,4	7,5	5,5	2,5	,3	,3		0
Mięso wieprzowe			9	8,7	1,4	1,2	7	8,7	2,6	8,7		2,7		0
Mięso wołowe					9,7		2	7,5	7,6	5	3	8,7	7,7	18,8

Ziemniaki			,9	0	1,5	2,5	,5	5		2,5	3		1,1	0
Zupy	,5		8,5	6,2	2	8,7	,5	8,7	,5	6,4				0
Inne														0

Tabela VII. Spożywane używki przez pacjentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Palenie papierosów	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,7	0
Papieros elektroniczny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	00	00
Piwo	0	0	0	0	0	0	6,5	0	3,2	0	9,8	0	0,5	00
Wino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	,9	2,5	5,1	7,5
Wódka	0	0		0	0	0	1,6	0	1,6	0	4,5	2,5	2,3	7,5
Narkotyki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Napoje energetyczne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Dopalacze /Środki pobudzające	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	0

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Tabeli VIII należy stwierdzić, że badane kobiety nie podejmowały aktywności fizycznej takiej jak: siłownia, fitness, bieganie oraz pływanie. Natomiast preferowały przeważnie pracę w ogrodzie – 37,5%, spacer – 43,7% oraz jazdę na rowerze – 43,7%, co czynią najczęściej raz dziennie lub kilka razy w miesiącu. Podobnie aktywność fizyczna przedstawiała się w przypadku mężczyzn.

Wśród badanych kobiet dominowało spędzanie wolnego czasu polegające na słuchaniu muzyki, czytaniu książek, oglądaniu telewizji, zajmowaniu się hobby oraz na uprawianiu sportu. Szczególnie dużo kobiet – 62,5% deklaroowało oglądanie telewizji, co panie robiły kilkakrotnie każdego dnia. Również wśród mężczyzn jako forma spędzania wolnego czasu dominowało oglądanie kilka razy dziennie telewizji – 67,2%. Ponadto, mężczyźni częściej wybierali zajmowanie się swoim hobby, a z kolei kinem i teatrem interesowały się przeważnie kobiety (Tabela IX).

Tabela VIII. Preferowana aktywność fizyczna przez pacjentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Praca w ogrodzie	0	0	7,7	7,5	8	2,5	6,2	2,5	1,4	2,5	3,2	0	3,5	25
Spacery	4,9	5	4,2	3,7	9,6	1,3	8	0	3,3		0	0	0	0
Jazda na rowerze	0	0	3,2	8,7	1,3	8,7	0	0	0	3,7	0	0	5,5	0
Siłownia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Fitness	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Bieganie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Pływanie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	00
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00	0

Tabela IX. Sposób spędzania wolnego czasu przez pacjentów [w %]

	Kilka razy dziennie		Raz dziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Nie stosuję	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
Słuchanie muzyki	11,4	25	11,7		11,4	31,2		12,5					65,5	31,2
Czytanie książek			11,4	18,75	11,4			25					77,2	56,2
Oglądanie telewizji	67,2	62,5	14,7	12,5	14,7	12,5		12,5	3,4					
Komputer, internet	1,7			12,5				12,5					98,3	75
Spotkania ze znajomymi, rodziną	27,8	12,5	29,5	25	19,8	37,5	22,9	25						
Uprawianie sportu			1,7			35,2							98,3	64,8
Zajmowanie się swoim hobby			8,1	12,5	8,1			25			9,8		3,4	2,5
Kino, teatr										12,5		12,5	100	75
Inne														

Średnia ocena dla badanej grupy uzyskana w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych wynosiła 77,8 punktów, a wynik ten odpowiada 5-6 stenom i należy go interpretować jako przeciętny. Trzeba również stwierdzić, że 40,9% badanych pacjentów charakteryzowała się przeciętnym poziomem zachowań zdrowotnych. Drugą z kolei grupę wynoszącą 34,3% stanowili badani o niskim poziomie zachowań zdrowotnych, natomiast jedynie 24,8% respondentów cechowało się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych (Tabela X.

Tabela X. Poziom wskaźnika zachowań zdrowotnych badanych pacjentów oddziału Kardiologii Interwencyjnej

Średni poziom zachowań zdrowotnych (ZZ)	Sten	Interpretacja wyniku	n = 105	%
61,7	1-4	Niski	36	34,3
79,2	5-6	Przeciętny	43	40,9
92,7	7-10	Wysoki	26	24,8

Poddając analizie wyszczególnione w Tabeli XI kategorie zachowań zdrowotnych badanych pacjentów oddziału Kardiologii Interwencyjnej trzeba podkreślić, iż najwyższą ocenę respondenci przyznali zachowaniom profilaktycznym, gdyż średnia wyniosła 3,8. Na miejscu kolejnym ex aequo znalazły się następujące zachowania zdrowotne z wynikiem po 3,5: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne oraz praktyki zawodowe.

Tabela XII. Średnie wyniki oceny skali IZZ badanych pacjentów oddziału Kardiologii Interwencyjnej

ZZ	Średnia	SD (odchylenie standardowe)
Zachowania Zdrowotne	77,8	12,9
Sten	4,9	1,7
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,5	0,8
Zachowania profilaktyczne	3,8	0,7
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,5	0,6
Praktyki zawodowe	3,5	0,6

DYSKUSJA

Odczuwanie lęku oraz zaburzeń lękowych to objawy, które praktycznie za każdym razem pojawiają się u pacjentów Oddziału Kardiologii Interwencyjnej. Równocześnie wyniki wielu badań wskazują na to, iż zbyt duże nasilenie lęku może być sprawcą nagłych incydentów wieńcowych, tym samym zwiększając poziom śmiertelności pacjentów, którzy przeżyli zawał

mięśnia sercowego [25]. Należy podkreślić, że w przypadku badań odnoszących się do wpływu lęku na liczbę pojawiających się zaburzeń kardiologicznych wykazano, iż lęk oraz zaburzenia lękowe są czynnikami prognostycznymi, które są porównywalne z zawałem serca i terapią inhibitorem angiotensyny [25]. Ponadto podnoszą one w znacznym stopniu ryzyko wystąpienia nagłej śmierci [26].

W literaturze podkreśla się, że poziom odczuwania lęku oraz zaburzeń lękowych związany jest z aktywacją osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej oraz nadaktywnością układu adrenergicznego. Schemat działania polega na tym, że adrenalina oraz noradrenalina oddziałując na układ β -adrenergiczny mięśnia sercowego, przyczyniają się do istotnego zwiększenia częstotliwości prac mięśnia sercowego, co bardzo często prowadzi do zaburzenia równowagi pomiędzy zapotrzebowaniem serca na tlen, a efektem tego jest niedokrwienie mięśnia sercowego [27,28].

Trzeba także podkreślić, że adrenalina oraz noradrenalina wpływając na układ β -adrenergiczny wywołują skurcz mięśniówki gładkiej naczyń krwionośnych oraz zwiększają opór obwodowy [28].

W badaniach Hajduk i wsp. [29] poziom lęku i zaburzeń lękowych pacjentów zależny był od płci oraz był też znacznie wyższy u mężczyzn. Warto podkreślić, że w przytoczonym badaniu wykazano, iż lęk w najmniejszym stopniu występuje u chorych z wykształceniem podstawowym, z kolei u osób legitymujących się wykształceniem średnim oraz wyższym, poziom lęku kształtuje się na podobnym poziomie. Powyższe ustalenia potwierdzają wykonane na potrzeby niniejszej pracy badania własne.

Z kolei wśród pacjentów, którzy odbywali kolejną interwencję kardiologiczną, jak dowodzą Pyć i Piątek [30] aż 70% chorych cechowało się poziomem lęku, który był znacznie powyżej przeciętnej, a spośród nich u 36% poziom lęku był wysoki. Ponadto, trzeba wskazać, że w grupie tej u 10% chorych lęk plasował się na poziomie przeciętnym, z kolei u 20% poniżej przeciętnego poziomu lęku. Powyższe wyniki badania są bardzo podobne, do tych uzyskanych w badaniu własnym.

Natomiast w badaniu wykonanym przez Studzińską, Nowobilskiego, Furgalę i wsp. [31], największy poziom lęku został zaobserwowany wśród pacjentów z wykształceniem podstawowym, a ponadto poziom lęku jako stanu nie zależał od płci pacjentów. Natomiast w badaniach własnych zauważono, że poziom lęku jest wyższy u kobiet, aniżeli mężczyzn. Dodatkowo trzeba podkreślić, że poziom lęku spada u obojga płci wraz z ilością przeprowadzonych interwencji kardiologicznych.

Z kolei w kwestii stylu życia badanych pacjentów należy szczególną uwagę zwrócić na dietę którą stosują. Lekarze zalecają, aby wyeliminować z niej tłuste oraz kaloryczne potrawy, m.in. takie jak fast foody. Powinno się taką żywność zastąpić zdrowymi posiłkami, które są pełnowartościowe, ponieważ pomogą w ustabilizowaniu pracy serca, a które nie odpoczywa nawet gdy człowiek śpi [2].

Dane wskazują, iż zbyt duże spożywanie czerwonego oraz przetworzonego mięsa, sprzyja powstawaniu chorób układu sercowo-naczyniowego, ponieważ zawierają one cholesterol oraz nasycone kwasy tłuszczowe będące główną przyczyną chorób układu sercowo-naczyniowego [32].

Wyniki badania własnego świadczą o tym, że badani pacjenci, co prawda praktycznie nie używają fast foodów, ale bardzo często sięgają po tłuste potrawy, a szczególnie mięsa: wieprzowinę oraz wołowinę pieczone wędliny. W tej kwestii lepiej wypadają badane kobiety aniżeli mężczyźni. Fachowcy wskazują także, że część produktów mlecznych zawiera duże ilości nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu. Zaliczy się do nich m.in. ser żółty i biały, masło, jogurty oraz śmietanę [33]. Badania własne wykazały, że badane osoby sięgają często po tego typu produkty.

W literaturze wskazuje się, że również spożywanie jaj, a więc produktów bogatych w cholesterol, bardzo często kojarzy się z chorobami wieńcowymi. Wynika to z tego, że jaja w dużym stopniu podwyższają stężenie cholesterolu we krwi, a ponadto cholina zawarta w jajach przyczynia się do powstawania chorób tego typu [32,33]. Na podstawie wyników badań własnych należy stwierdzić, że respondenci także w swojej diecie używają często jajka.

Należy także rozważyć udział poszczególnych napojów w diecie pacjentów Oddziału Kardiologii Interwencyjnej. Fachowcy podkreślają, że obecnie zbyt mało ludzie spożywają wody w porównaniu do kawy, która w istotnym stopniu podnosi ciśnienie krwi, a przy tym silnie uzależnia tak samo jak napoje gazowane oraz wysoko słodzone [34]. Należy stwierdzić, że badania własne wykazały, że respondenci codziennie piją wodę, ale równie często używają kawy oraz słodkich napojów gazowanych.

Lekarze podkreślają, że pacjentom przed, po oraz w trakcie leczenia zaleca się stosowanie diety, która jest bogata w warzywa oraz owoce, gdyż zawierają cenne witaminy i błonnik. Ponadto zaleca się, aby mięso zastąpić rybami, które bardzo dobrze wpływają na serca dzięki mikroelementom, które posiadają [35]. Mając na względzie przytoczoną opinię lekarską należy stwierdzić, że wyniki badań własnych wskazują jasno, że ryby rzadko znajdują się w diecie badanych pacjentów, tak samo jak owoce i warzywa.

Pacjenci Kardiologii Interwencyjnej zdaniem lekarzy i dietetyków powinni ograniczyć w swojej diecie posiłki smażone, a w ich miejsce wprowadzić posiłki gotowane oraz przygotowywane na parze, ponieważ w ten sposób przyrządzane potrawy zachowują witaminy oraz minerały. Ponadto nie wciągają one dużych ilości niekorzystnych tłuszczów, które przyczyniają się do tworzenia się blaszki miażdżycowej, a tym samym sprzyjają powstawaniu chorób układu sercowo-naczyniowego [2,32].

Ponadto należy stwierdzić, iż aby ograniczyć ilość interwencji kardiologicznych trzeba uświadamiać pacjentów i osoby zdrowe o tym, w jaki sposób mogą wydawnie poprawić jakość życia oraz spędzania czasu, co w późniejszych etapach życia przełoży się wprost na długość życia i kondycję fizyczną. Fachowcy podkreślają, że w zasadzie wystarczy niewielka aktywność fizyczna, a więc raz dziennie po około 30 minut, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na choroby wieńcowe. Nie bez znaczenia są także używki, które przyczyniają się do problemów kardiologicznych [2,32,36,37]. Na podstawie wyników przeprowadzonego badania własnego należy stwierdzić, że mimo iż obecnie jest bardzo szeroki dostęp do siłowni, a także do dietetyków i badań, badani pacjenci nie są skłonni do korzystania z tego typu możliwości. Większość z nich za swoją codzienną rozrywkę i aktywność wskazuje oglądanie telewizji, a jedynie mała część z nich podejmuje jakąkolwiek inną aktywność. Taki stan rzeczy powoduje napiętrzenie się problemów zdrowotnych, które w konsekwencji powodują konieczność poddawania się zabiegom kardiologii interwencyjnej. Należy wskazać także, iż w przypadku używek badani pacjenci należą do grupy ludzi, których z pewnością nie można określić mianem osób nadużywających je.

WNIOSKI

Na podstawie badań przeprowadzonych z użyciem kwestionariusza własnego autorstwa oraz kwestionariusza IZZ wyciągnięto następujące wnioski:

1. większy lęk odczuwali pacjenci płci żeńskiej przygotowujący do badania po raz pierwszy, aniżeli mężczyźni z tej samej grupy;
2. wraz z kolejnymi zabiegami spadał lęk przed badaniem, ale rósł lęk o zdrowie w przyszłości, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn;
3. pacjenci posiadali zaufanie do lekarzy wykonujących zabiegi na oddziale Kardiologii Interwencyjnej;

4. dieta badanych pacjentów powinna być zmodyfikowana, ponieważ należy z niej wyeliminować produkty spożywcze o dużej zawartości tłuszczu, zmienić sposób ich przygotowywania oraz wprowadzić do diety więcej ryb, warzyw oraz owoców;
5. aktywność fizyczna ankietowanych była niewystarczająca, ponieważ większość badanych spędzała czas wolny oglądając przede wszystkim telewizję, a zaledwie niewielki procent jako swoją aktywność podaje pracę na działce i w ogrodzie. Zatem niezbędna jest modyfikacja przyzwyczajeń respondentów w tym względzie.
6. najwyższą uwagę respondenci przykładali do zachowań profilaktycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kurpas D., Bąk E., Seń M., Wróblewska I., Mroczek B.: Quality of life in patients of the interventional cardiology unit. *Family Medicine&Primary Care Review*, 2014, 2, 120-123.
2. Sikorska W.A.: Koronarografia i jej wpływ na pacjenta kardiologicznego. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2018, 1-3.
3. Kośmider M.: Koronarografia i koronoplastyka z dostępu przez tętnicę promieniową. Termedia, Poznań 2009, 7-21.
4. Cassar A. (red.): Przewlekła choroba wieńcowa: diagnostyka i postępowanie. *Kardiologia*, 2011, 19, 58-78.
5. Gralak-Łachowska D., Lewandowski P.: Dostęp naczyniowy w kardiologii inwazyjnej. *Postępy Nauk Medycznych*, 2015, 11, 74-78.
6. Wołowicz Ł., Banach J., Rogowicz D., Surowiec A., Zukow W., Sinkiewicz W.: Przewrót w leczeniu choroby niedokrwiennej serca – rola kardiologii interwencyjnej. *Health and Sport*, 2016, 1, 271-280.
7. Kurowska K., Białasik B.: Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). *Nowiny Lekarskie*, 2009, 2, 113-122.
8. Sikorska W.A.: Koronarografia i jej wpływ na pacjenta kardiologicznego. Wydawca Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2015, 3-12.
9. Dekracz A.: Nawrót zwężenia po zabiegu angioplastyki wieńcowej. Cz. I. Definicje i diagnostyka. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2003, 12, 841-846.
10. Stoliński J., Plicner D., Mędrzyński M., Kapelak B.: Zabiegi angioplastyki wieńcowej oraz małoinwazyjnej operacji wymiany zastawki aortalnej u pacjentów z wadą zastawki aortalnej oraz chorobą niedokrwinną serca. *Przegląd Lekarski*, 2017, 3, 98-109.

11. Zalewska-Adamiec M., Małyszko J., Kuźma Ł., Południński M., Kochański K., Dobrzycki S.: Przezskórna angioplastyka wieńcowa powikłana perforacją naczynia u pacjentki z cukrzycą typu 1 po transplantacji nerki. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 2013, 2, 89-91.
12. Szczeklik A. (red).: *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005, 173-174.
13. Chmielewski M., Janiszewski M., Mamcarz A., Kuch M.: Jak leczyć pacjentów, którym implantowano stentybioresorbowalne. *Kardioprofil*, 2016, 4, 119-125.
14. Stachura M., Kula W., Mizerska J., Lenczewski P., Gziut A., Pawłowski T.: Ostre zamknięcie dominującej gałęzi okalającej leczone angioplastyką z implantacją dwóch stentów DES metodą DK-crush u chorego z potwierdzonymi wegetacjami na biologicznej protezie zastawki aortalnej. *Kardiologia Inwazyjna*, 2017, 5, 38-45.
15. Bil J.: Ostry zawał serca u osoby bez istotnych angiograficznie zwężeń w tętnicach wieńcowych. *Kardiologia Inwazyjna*, 2010, 10, 11-14.
16. Spachowska K.: Poziom lęku u dzieci przed zabiegiem. *Nowa Pedagogika*, 2015, 1, 31-35.
17. Nikolaou N.I., Arntz H., Bellou A., Beygui F., Bossaert L.L., Cariou A.: Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych. *Wytyczne Resuscytacji*, 2015, 8, 335-351.
18. Szatan M.: Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych. *Studia Gdańskie*, 2015, 4, 325-342.
19. Augustyniak K., Pawlak J., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Stanisławska M., Jasiewicz A., Grochans E.: Assessment of the level of anxiety in hospitalized patients. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2013, 2, 73-75.
20. Strzyżewska M., Krupienicz A.: Zmiana jakości życia pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową leczonych przezskórą angioplastyką tętnic wieńcowych w rocznej obserwacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 4, 357-361.
21. Niechwiadowicz-Czapka T.: Wybrane zagadnienia opieki pielęgniarskiej w aspekcie przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu chirurgicznego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2014, 2, 155-159.
22. Meuret A., White K., Ritz T., Roth W., Hofmann S., Brown T.: Panic attack symptom dimensions and their relationship to illness characteristics in panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 2006, 6, 67-78.
23. Nitka-Siemieńska A.: Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2014, 1, 37-43.

24. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Juczyński Z. (red.). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, 110–116.
25. Frasure-Smith N., Lespérance F., Talajic M.: The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 2013, 14, 388-398.
26. Moser D.K., Dracup K.: Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58, 395-401.
27. Dobrzyńska E., Pawłowski T., Kiejna A.: Współwystępowanie objawów lekowych i depresyjnych z chorób niedokrwienne serca. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 2005, 14, 1071-1076.
28. Moryś J., Bellwon J., Adamczyk K., Jeżewska M., Rynkiewicz A.: Poziom lęku u pacjentów poddawanych przezskórnej interwencji wieńcowej w trybie elektrywnym. *Psychiatria*, 2013, 10, 67-71.
29. Hajduk A., Korzonek M., Przybycien K., Ertmanski S., Stolarek J.: Measurement of anxiety with C.D. Spielberger's test in patients with cardiac arrhythmias. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2009, 55, 48-51.
30. Pyć M., Piątek A.: Stres a choroby serca. *Zdrowie Publiczne*, 2005, 115, 437-438.
31. Studzińska K., Nowobilski R., Furgał M. i wsp.: Analiza lęku i depresji u chorych po pomostowaniu aortalno-wieńcowym. *Annales Academiae Medicae Gdanensis*, 2006, 36, 183-189.
32. Rohrmann S., Overvad K., Bueno-de-Mesquita H.B.: Meat consumption and mortality — results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *BMC Medicine*, 2013, 11, 63.
33. Parol D., Mamcarz A.: Diety roślinne w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica*, 2015, 2, 92-95.
34. Fijałkowska J., Gałąska D., Pieńskowska J., Fijałkowski M., Szurowska E.: Zastosowanie tomografii komputerowej w kardiologii. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 3, 2013, 141-148.
35. Afshin A., Micha R., Khatibzadeh S. i wsp.: Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014, 100, 278-288.
36. Ślusarska B., Nowicki G.: Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91, 34-40.

37. Kurowska K, Białasik B.: Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Nowiny Lekarskie, 2009, 2, 113-122.

ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA CHOREMU I PERSONELOWI OPIEKUJĄCEMU SIĘ PACJENTEM BĘDĄCYM POD WPŁYWEM ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Maciej Krysiwicz¹, Agata Kulikowska², Iwona Teresa Jarocka³, Sławomir Lech Czaban⁴

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP

Zadaniem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006r, jest zapewnienie pomocy pacjentowi w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Pacjent na SOR może zgłosić się sam lub też zostać przywieziony przez osoby trzecie bądź Zespół Pogotowia Ratunkowego. Jedną z przyczyn hospitalizacji w SOR jest zażycie środków psychoaktywnych [1,2].

Chorzy będący pod wpływem substancji psychoaktywnych w większości przypadków są pobudzeni i agresywni. Wymagają wzmożonej uwagi personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, który to musi w sposób natychmiastowy oceniać sytuację i szybko podejmować trudne decyzje, od których zależy zdrowie i życie chorego. Opieka nad pacjentami z tej grupy wymaga od personelu zachowania cierpliwości, jak również niejednokrotnie opanowania własnych, negatywnych emocji. W tej grupie chorych istnieje zwiększone ryzyko nagłego zatrzymania krążenia, wyrządzenia krzywdy własnej osobie oraz osobom w ich najbliższym otoczeniu. Pacjenci na SOR od chwili przyjęcia mają monitorowane podstawowe parametry życiowe: rytm pracy serca, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, oddech, saturację i

temperaturę. Wobec pacjentów, którzy są pobudzeni, agresywni oraz stwarzają zagrożenie dla siebie oraz otoczenia, na zlecenie lekarza, stosowany jest przymus bezpośredni. Pracownikom zaś, podczas wykonywania swoich obowiązków przysługuje status funkcjonariusza publicznego, czyli ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych, która wiąże się z tym, iż sprawcy, który narusza nietykalność cielesną, stosuje czynną napaść czy też znieważa personel przewidziana jest surowsza kara, niż za takie samo zachowanie się sprawcy wobec innych podmiotów [1,2,3].

Przymus bezpośredni w myśl ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878) stosowany jest wobec pacjentów, którzy stanowią zagrożenia dla własnego zdrowia i życia lub innych osób lub bezpieczeństwu powszechnemu, niszczą przedmioty z własnego otoczenia, utrudniają prawidłowe funkcjonowanie jednostki pomocy społecznej. Przymus bezpośredni, zgodnie z art. 18 ust. 3 ustawy, polega na: przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu i izolacji. Przytrzymanie jest to krótkotrwałe użycie siły fizycznej. Stosowane jest najczęściej już przy przyjęciu na oddział u pacjenta pod wpływem środków psychoaktywnych, który jest pobudzony lub/i agresywny. Ma to na celu zabezpieczenie pacjenta w łóżku, zastosowanie unieruchomienia za pomocą dostępnych na oddziale pasów zabezpieczających kończyny oraz głowę. Bardzo często w trakcie przytrzymania oraz zakładania unieruchomienia, na zlecenie lekarza, podaje się leki uspokajające oraz nasenne celem sprawnego i bezpiecznego zastosowania unieruchomienia. Chory ma w sposób ciągły prowadzone monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, a personel nieustannie kontroluje stan pacjenta [2,3].

Osoby pod wpływem środków psychoaktywnych stanowią specyficzną grupę pacjentów. W większości są to młodzi mężczyźni, zazwyczaj wcześniej nie leczący się z żadnego powodu. Trafiając do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego bardzo często nie rozumieją potrzeby obserwacji ich stanu. W momencie gdy są agresywni, nie współpracują, nie stosują się do poleceń personelu, a rozmowa nie pomaga, lekarz informuje pacjenta o możliwości zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, jeżeli pacjent nadal nie współpracuje, personel SOR zakłada pacjentowi przymus bezpośredni [2,3].

W określonych sytuacjach ustawa zezwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego, ale tylko i wyłącznie wówczas, gdy niemożliwa jest natychmiastowa decyzja lekarza [3].

Cały czas podczas trwania przymusu bezpośredniego należy mieć na uwadze dobro pacjenta, należy więc tak dostosować formę przymusu, aby była jak najmniej uciążliwa dla

pacjenta, w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego należy odebrać pacjentowi wszelkie przedmioty, które mogą stanowić niebezpieczeństwo dla niego lub otoczenia [3].

Zastosowanie przymusu bezpośredniego musi być odpowiednio udokumentowane, z uwzględnieniem rodzaju i przyczyn zastosowania oraz czasu jaki pacjent był poddany przymusowi bezpośredniemu. Ponad to, zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego musi być weryfikowana. Sprawdzenia poprawności formalnej zastosowania przymusu dokonuje dyrektor szpitala, a w razie jego nieobecności lekarz główny szpitala [3].

W Polsce obowiązuje od 1996 roku, opracowana przez WHO, międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, która wyszczególnia zaburzenia psychiczne spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych takich jak: alkohol, opiaty (morfina, heroína), kanabinoły (THC, marihuana, haszysz), leki uspokajające i nasenne (barbiturany, benzodiazepiny), kokainę oraz inne substancje stymulujące, w tym kofeinę (amfetamina, ecstasy), substancje halucynogenne (LSD, meskalina, psylocybina), tytoń i lotne rozpuszczalniki organiczne (rozpuszczalniki do klejów i farb) [5].

W trakcie przyjmowania substancji psychoaktywnych mogą wystąpić omamy (najczęściej słuchowych, ale mogą pojawić się też wzrokowe oraz dotykowe), urojenia, zaburzenia psychomotoryczne (spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe), zaburzenia nastroju, lęk i niepokój. Ogólnie zaburzenia te określa się jako objawy psychotyczne. Świadomość w trakcie zaburzeń psychotycznych jest zazwyczaj zachowana, a same objawy ustępują najczęściej do sześciu miesięcy po zaprzestaniu stosowania środków odurzających [4].

Wpływ alkoholu na organizm człowieka, w zależności od jednorazowej dawki ma działanie pobudzające (małe dawki), depresyjne lub nawet toksyczne. Długotrwałe spożywanie alkoholu prowadzi do choroby alkoholowej, która charakteryzuje się patologicznymi zmianami somatycznymi oraz psychicznymi. Alkohol obniża zdolność fizyczną organizmu, stymuluje odwodnienie organizmu, zwiększa ilość kontuzji czy też wypadków ze względu na zachowania ryzykowne, wpływa także na koordynację ruchową człowieka i pogarsza sprawność układu krążenia [4].

Opiaty są bardzo silnymi środkami uzależniającymi a uzależnienie występuje często już po pierwszej dawce środka. Wpływają one na organizm człowieka wywołując uczucie odprężenia i euforii, mogą w tym czasie pojawić się wizje a sam stan trwa od 4 do 6 godzin. Opiaty sprawiają, że osoba, która je przyjęła, jest nieobecna, nie interesuje się tym co ją otacza, a potrzeby tj. jedzenie, popęd płciowy i inne podstawowe potrzeby fizyczne są ograniczone. Charakterystycznym objawem przyjęcia opiatów jest zwężenie źrenic, spowolnienie ruchów, mowy oraz senność. Mogą wystąpić zaburzenia oddychania, zaburzenia rytmu serca, wzrost

temperatury ciała. Przy dłuższym zażywaniu wpływają na wyniszczenie fizyczne i psychiczne organizmu. Ze względu na to, iż opiaty zazwyczaj podawane są drogą dożylną, wzrasta ryzyko zakażenia wirusem HIV [4,6,7].

Przy zażyciu kanabinole, w zależności od drogi przyjęcia oraz dawki efekt można zaobserwować od 30 do 60 minut po przyjęciu doustnym, czy już po kilku minutach w przypadku zażycia środka drogą inhalacyjną. Efekt może utrzymywać się do 4 godzin, w przypadku zażycia drogą inhalacyjną, i od 5 do 12 w przypadku spożycia doustnego. Działanie przebiega w kilku fazach m.in. faza dobrego samopoczucia, gdzie dominuje euforia z wielomównością, faza nadwrażliwości zmysłowej, gdzie mogą wystąpić zaburzenia poczucia czasu i przestrzeni oraz czasem napady ostrego lęku, faza ekstatyczna, faza snu i przebudzenia. Przy zastosowaniu kanabinole mogą wystąpić pseudohalucynacje wzrokowe. Objawom tym towarzyszy przekrwienie spojówek, bóle i zawroty głowy, zaburzenia koordynacji ruchowej, ataki kaszlu, wysuszenie śluzówek jamy ustnej. W przypadku ostrego zatrucia mogą wystąpić omamy słuchowe i wzrokowe, marzenia senne przeżywane na jawie, gonitwa myśli [4,8].

Barbiturany i benzodiazepiny, czyli leki uspokajające i nasenne w dawkach terapeutycznych powodują odprężenie oraz uspokojenie, czasem senność. Zwiększając dawkę występuje pogorszenie pamięci, ośpienie, zawroty głowy, pogorszenie zdolności myślenia i wahania nastroju. Przy dużych dawkach można zaobserwować senność, zwolnienie tętna, spadek ciśnienia krwi, zwężenie źrenic, upośledzenie funkcji ruchowych, lęk oraz przygnębienie. Przy ostrym zatruciu głównymi objawami jest płytki oddech, spadek ciśnienia tętniczego krwi i śpiączka. Zatrzymanie oddechu jest głównym powodem śmierci [4].

Amfetamina i jej pochodne to substancje o działaniu pobudzającym, powodują głównie wzrost aktywności motorycznej, euforię, podniecenie. Bezpośrednio po zażyciu amfetamina daje poczucie wytrzymałości oraz mocy, zwiększa się pewność siebie. Euforia po pewnym czasie przechodzi w przygnębienie i niepokój. Efekt utrzymuje się 2-4 godziny, czasem nawet może trwać 10-12 godzin. Małe dawki podnoszą aktywność umysłową, zdolność do wysiłku. Amfetamina powoduje rozszerzenie się źrenic, przyspieszoną pracę serca, suchotę w ustach, wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Wzrost temperatury ciała w połączeniu ze zwiększoną aktywnością fizyczną po zażyciu może prowadzić do odwodnienia się organizmu. U osób uzależnionych obserwuje się zaburzenia snu, drażliwość oraz agresję połączoną ze zmianami nastroju. Przy ostrym zatruciu dominują takie objawy jak: zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe, wysokie ciśnienie tętnicze, szerokie źrenice, suche śluzówki. Przedawkowanie może prowadzić do zgonu z powodu bardzo wysokiej temperatury ciała, krwotoku, zatoru naczyń mózgowych, ostrej niewydolności krążenia [4].

Kokaina to kolejny środek pobudzający, działa podobnie jak amfetamina, ma jednak krótszy czas działania. Objawami ostrego zatrucia są urojenia i omamy, silny lęk, pobudzenie ruchowe oraz zaburzenia świadomości. W trakcie przyjmowania kokainy mogą pojawić się spadki nastroju oraz próby samobójcze. Następstwem używania kokainy są zawały serca oraz udary mózgu, spowodowane tworzeniem się zakrzepów w naczyniach krwionośnych [4,9,10].

Środki halucynogenne wpływają głównie na sposób odbierania otoczenia przez osobę, która zażyła dany środek. Odbierane obrazy, dźwięki stają się zniekształcone oraz fantastyczne. Mogą wystąpić halucynacje słuchowe, wzrokowe, węchowe oraz czuciowe, wystąpić może pomieszanie odbieranych wrażeń np. widzenie dźwięków, czy też słyszenie barw. Może dochodzić do nakładania się wspomnień, wiele tych objawów ma wiele wspólnego ze schizofrenią. Do głównych objawów, które towarzyszą zażyciu środków halucynogennych można zaliczyć rozszerzenie źrenic, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, drgawki, przyspieszona praca serca, mrowienia, wzrost temperatury ciała. Środki halucynogenne są przyjmowane drogą doustną [4].

Tytoń jest jedną z substancji najbardziej rozpowszechnionych z powodu wielowiekowego zjawiska akceptowania tego uzależnienia, wynikające głównie z braku wiedzy na temat szkodliwego działania nikotyny oraz substancji inhalowanych przez palacza w trakcie palenia. Liczba związków chemicznych dostarczana do organizmu palacza wraz z dymem tytoniowych wynosi około 6 tysięcy, w czym wiele z nich ma dużą toksyczność i rakotwórczość. Palenie tytoniu powoduje niedotlenienie mięśnia sercowego, spowodowane wiązaniem się hemoglobina z tlenkiem węgla zawartym w dymie. Do objawów związanych z paleniem można zaliczyć: krótki oddech, przyspieszona akcja pracy serca, zadyszka czy też osłabienie kondycji fizycznej. Palenie tytoniu powoduje ponadto wiele chorób m.in. astma, niepłodność, POChP, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, udary mózgu, zaburzenia pracy serca [4,11].

Lotne rozpuszczalniki organiczne charakteryzują się szybkim i krótkim działaniem. Powodują uczucie odprężenia, które później przechodzi w senność. Następnie pojawia się rozdrażnienie, ból głowy oraz zmęczenie. Kaszel, kichanie, katar oraz krwawienie z nosa są innymi charakterystycznymi objawami zażywania tych substancji. Duże dawki mogą powodować nieodwracalne zmiany neurologiczne, ponad to zaburzenia pracy serca oraz oddychania. Większość z substancji lotnych uszkadza serce, płuca wątrobę oraz nerki, osłabiają funkcje poznawcze oraz zaburzają utrzymanie równowagi [4].

Głównym problemem u pacjentów pod wpływem środków psychoaktywnych jest pobudzenie psychoruchowe, niekiedy związane z agresją pacjenta. Pobudzenie występuje

głównie po zażyciu amfetaminy, kokainy, efedryny, pochodnych kannabinoli. Występuje wówczas ryzyko zarówno uszkodzenia własnego ciała pacjenta oraz jest zagrożeniem dla osób w bezpośrednim jego otoczeniu. Jedną z metod wstępnej oceny zażytego środka stanowi ocena źrenic pacjenta, mocno powiększone powyżej 7-8 mm mogą oznaczać działanie wyżej wymienionych środków. Szybkie podjęcie działań i wdrożenie np. przymusu bezpośredniego może uchronić pacjenta przed dodatkowymi urazami wynikającymi ze stanu w jakim się znajduje [4,6,7,8,9,10,11].

Agresja ze strony pacjentów pod wpływem środków psychoaktywnych, z którą spotykają się pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest codziennością i zabezpieczenie pacjenta w łóżku wydaje się najrozsądniejszym wyborem ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi oraz pracownikom. Pacjent taki zazwyczaj w ogóle nie kontroluje tego co robi, ze względu na zaburzenie sposobu w jaki odbiera bodźce zewnętrzne, a jego reakcje często są niekontrolowane i wręcz przesadzone [3,4,12].

U pacjenta pod wpływem środków psychoaktywnych zawsze występuje ryzyko zatrzymania akcji serca czy też oddechu, dlatego tak ważne jest aby w trakcie hospitalizacji monitorować podstawowe funkcje życiowe: EKG, ciśnienie tętnicze krwi, saturację, temperaturę ciała powierzchowną lub głęboką oraz ilość oddechów. Daje to możliwość natychmiastowej reakcji w przypadku wystąpienia zaburzeń pracy serca czy zatrzymania oddechu.

Należy również pamiętać o tym, że pacjent, u którego został zastosowany przymus bezpośredni wymaga ciągłej kontroli ze strony personelu, nie rzadziej niż co 15 minut należy ocenić jego stan oraz to czy dalej wymaga on stosowania przymusu bezpośredniego. Trzeba też pamiętać aby zapewnić choremu możliwość realizacji potrzeb fizjologicznych, oddanie moczu oraz stolca, czy też podanie płynów oraz pokarmu, jeśli jego stan na to pozwala. Regularna zmiana pozycji oraz dostosowanie ucisku opasek, którymi pacjent jest zabezpieczony zapobiegnie tak poważnym powikłaniom jak niedokrwienie kończyn, czy powstawanie odleżyn [3,13-16].

Do metod mechanicznych stosowanego przymusu bezpośredniego można zaliczyć przytrzymanie, unieruchomienie oraz izolację.

Przytrzymanie, czyli krótkotrwałe użycie siły fizycznej w celu unieruchomienia pacjenta. Ma to za zadanie wstępne zabezpieczenie chorego w celu założenia wkłucia obwodowego i podania leków na zlecenia lekarza i/lub zastosowania unieruchomienia poprzez założenia pasów, zabezpieczających i obezwładniających pacjenta w łóżku. Przytrzymanie wykonywane jest przynajmniej przez 6 osób, po jednej osobie na każdą z kończyn pacjenta

oraz jedna osoba zabezpieczająca głowę pacjenta, szósta osoba nadzoruje zaś realizację przymusu bezpośredniego [3].

Unieruchomienie za pomocą pasów ograniczających ruch stosowane jest u pacjentów, którzy ze względu na działanie środków psychoaktywnych są wyjątkowo pobudzeni i zagrażają własnemu zdrowiu oraz bezpieczeństwu innych pacjentów oraz personelu. W tym wypadku stosowane są różnego rodzaju pasy unieruchamiające pacjenta, w zależności od potrzeby i dostępności na oddziale są do dyspozycji kompletne zestawy ograniczające ruch całego ciała lub części za pomocą kluczy magnetycznych, pasy skórzane oraz pasy jednorazowe wykonane z bawełny i materiału piankowego. Bez względu na rodzaj użytego unieruchomienia najważniejsza jest kontrola i nadzór unieruchomionego pacjenta aby nie spowodować uszkodzenia ciała poprzez zbyt mocne zamocowane unieruchomienie. Unieruchomienie jest stosowane bez przerwy przez 4 godziny następnie lekarz musi ocenić stan danej osoby i zdecydować o zaprzestaniu trwania unieruchomienia lub jego kontynuacji. Przedłużenie okresu unieruchomienia może zalecić jedynie lekarz psychiatra [2,3].

Izolacja polega na umieszczeniu pacjenta w pomieszczeniu specjalnie do tego przygotowanym, zapewniającym mu niezbędną intymność. Pomieszczenie musi być odpowiednio przygotowane, zapewniając chorego przed uszkodzeniem własnego ciała oraz monitorowane. [3,12].

Na zlecenie lekarza pacjentowi pod wpływem środków psychoaktywnych mogą zostać podane leki, które mają na celu krótkotrwałą sedację, aby możliwe było jego prawidłowe zabezpieczenie, który ze względu na przyjęte substancje może być niebezpieczny dla własnego zdrowia i życia oraz dla bezpieczeństwa osób postronnych. Leki, które najczęściej podaje się na Szpitalnych Oddziale Ratunkowym w tym celu to: diazepam, hydroksyzyna, midazolam, propofol, etomidat. Leki te mają działanie nasenne oraz uspokajające, podawane są w możliwie najmniejszej skutecznej dawce, umożliwiając podjęcie właściwych czynności mających na celu zabezpieczenie pacjenta w obrębie łóżka [4,7].

Diazepam jest to lek wykazujący działanie uspokajające, przeciwdrgawkowe, przeciwłękowe, rozluźniające mięśnie oraz ułatwiające zasypianie. W ramach SOR występuje w postaci tabletek oraz preparatu do infuzji dożylniej oraz domięśniowej. W stanach nagłych podawany jest głównie dożylnie. Zazwyczaj stosuje się dawkę od 5 do 10mg leku [2,17].

Hydroksyzyna stosowana m.in. w psychiatrii jako lek uspokajający. Swoje zastosowanie ma również na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, ze względu na dość szybkie działanie nawet po podaniu doustnym. Występuje w formie syropu, tabletek oraz preparatu do iniekcji domięśniowej [2,17].

Midazolam wykazuje silnie działanie nasenne i uspokajające, działa przeciwlękowo i przeciwdrgawkowo. Ważną cechą tego leku jest szybkie działanie i krótki czas działania. Występuje w postaci tabletek oraz w postaci preparatu do iniekcji. W SOR podawany jest głównie w infuzji dożylniej. Stosowany do szybkiego uspokojenia pacjenta jako iniekcja dożylna oraz w infuzji dożylniej poprzez pompę infuzyjną w celu długotrwałego utrzymania działania nasennego [2,17].

Propofol jest to lek szybko i krótkotrwale działający. Stosowany w formie wstrzyknięcia dożylnego ma działanie nasenne. Działa już po około 30-50 sekundach od wstrzyknięcia a przebudzenie następuje po 4-6 minutach. Przy podaniu tego leku należy monitorować ciśnienie tętnicze krwi ze względu na ryzyko wystąpienia hipotensji. Należy również kontrolować oddech pacjenta ze względu na ryzyko depresji układu oddechowego [17].

Etomidat, kolejny lek o działaniu nasennym i przeciwdrgawkowym. Działa stosunkowo szybko, po wstrzyknięciu dożylnym efekt pojawia się po około 1 minuty i utrzymuje się kilka minut. Efekt można przedłużyć podając kolejną dawkę [18,19].

Wszystkie wymienione leki mają kilka wspólnych cech. Działają szybko oraz krótko, jednak na tyle długo aby w tym czasie bez podawania kolejnej dawki, mieć możliwość zabezpieczenia pacjenta w łóżku stosując np. unieruchomienie. Jeśli nie było to wcześniej możliwe ze względu na stan i pobudzenia pacjenta w przypadku podania tych leków należy niezwłocznie rozpocząć monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, w szczególności ciśnienia tętniczego oraz układu oddechowego [2,8,17,18].

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym prowadzona jest dokumentacja dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego, jest to karta przymusu bezpośredniego oraz karta zastosowania unieruchomienia. Dokumenty te zawierają następujące dane:

- Imię oraz nazwisko pacjenta, u którego zastosowano przymus bezpośredni;
- Dane osoby, która zleca przymus oraz dane osób wykonujących;
- Rodzaj przymusu bezpośredniego;
- Przyczynę zastosowania przymusu bezpośredniego wraz z opisem;
- Czas trwania, z data oraz godziną rozpoczęcia i zakończenia stosowania przymusu bezpośredniego;
- Przebieg stosowania przymusu, wraz ze skutkami dla zdrowia osoby, u której zastosowany był przymus.

Dodatkowo prowadzona jest karta obserwacji pacjenta gdzie określany jest stan pacjenta, jego zachowanie oraz czynności, które zostały przy pacjencie wykonane za pomocą prostego i czytelnego kodu numerycznego. Ocena stanu pacjenta powinna być wykonana nie rzadziej niż co 15 minut. Należy również uwzględnić czas kiedy pacjent zostaje tymczasowo uwolniony oraz zmiany pozycji [3].

Niezwykle ważną sprawą w trakcie pracy z pacjentem pod wpływem środków odurzających jest zachowanie czujności podczas przeprowadzania czynności. O ile u pacjenta, który nadużył środków, które wpłynęły na niego spowalniająco, nasennie czynności ratunkowe na SOR może wykonywać jeden lub w razie konieczności dwóch pracowników, to u pacjenta, który już w chwili przyjęcia jest agresywny chociażby słownie i/lub jest pobudzony ruchowo, należy zachować szczególną uwagę. Czynności powinny być wykonywane przynajmniej przez dwie osoby z uwzględnieniem sił i środków na natychmiastowe użycie przymusu bezpośredniego. W tym celu ważne jest umieszczenie pacjenta na stanowisku, gdzie praca większej liczby osób jest możliwa. Pacjenci pod wpływem środków psychoaktywnych umieszczani są na stanowisku, gdzie z poziomu stanowiska roboczego personelu możliwa jest również kontrola wzrokowa [2,3,12].

Obecność mężczyzn, głównie ratowników medycznych pracujących w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym również wpływa pozytywnie na poprawę bezpieczeństwa, zwłaszcza w przypadku, gdy należy zastosować przytrzymanie i unieruchomienie pacjenta [3,20].

Dla poprawy bezpieczeństwa personelu w wielu punktach oddziału umieszczone są kamery, które również działają uspokajająco na niektórych pacjentów [2,20].

Obserwacja chorego rozpoczyna się już od pierwszej chwili przy przyjęciu i w połączeniu z monitorowaniem parametrów życiowych trwa aż do przekazania pacjenta do dalszego leczenia czy też do wypisu. Pacjenci pod wpływem środków odurzających przebywają na SOR od kilku- kilkunastu godzin do kilku dni w celu obserwacji w kierunku działań niepożądanych mogących wystąpić po zażyciu niebezpiecznych substancji. Pacjent przebywa na oddziale do momentu ustabilizowania jego stanu oraz eliminacji działania środków które przyjął [2,6,8,9].

Monitorowane są wszystkie podstawowe parametry życiowe pacjenta: zapis EKG pracy serca, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, pomiar temperatury powierzchniowej lub głębokiej, mierzona jest ilość oddechów. Podstawowe badania krwi są wykonywane w przeciągu 30 minut do godziny od przyjęcia, a dostępność aparatu do pomiaru parametrów krytycznych z próbki krwi umożliwia szybkie wdrożenie leczenia w przypadku nieprawidłowych wartości. W przeciągu 35 sekund z niewielkiej próbki krwi można uzyskać informację odnośnie takich

parametrów jak: pH krwi, stężenia parcjalnego tlenu oraz dwutlenku węgla, saturacji krwi, stężenia jonów potasu oraz sodu, poziomu glikemii. Badanie te pomagają lekarzowi w wprowadzeniu skutecznego leczenia pacjenta już od pierwszych minut jego pobytu na oddziale. Ponadto wykonywane jest badanie krwi oraz moczu w celu wykrycia substancji psychoaktywnych [2].

Leczenie polega na wyrównywaniu zaburzeń elektrolitowych poprzez intensywną płynoterapię, monitorowanie pacjenta w kierunku występowania zaburzeń rytmu serca oraz ich leczenia, kontroli oddechu wraz z tlenoterapią bierną oraz czynną. W razie konieczności podawanie leków uspokajających [2,17,18].

Do głównych powikłań przymusu bezpośredniego można zaliczyć: otarcia oraz rany, niedokrwienie kończyn oraz odleżyny.

Otarcia oraz rany powstałe ze względu na zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta wynikają w dużej mierze z dużego pobudzenia oraz agresji chorego. Należy pamiętać o dostosowaniu siły w trakcie stosowania przytrzymania, o założeniu pasów oraz kaftanów unieruchamiających, tak aby zapewniały bezpieczeństwo pacjentowi, ale by w tym samym czasie ze względu na użycie źle zabezpieczonego materiału nie wyrządzały krzywdy w trakcie mimowolnych ruchów chorego. Większość sprzętu stosowanego do unieruchomienia pacjenta wykonana jest z materiału, który gwarantuje komfort w kontakcie z powierzchnią skóry pacjenta. Przykładem są jednorazowe pasy wykonane z bawełny oraz pianki czy też pasy magnetyczne gdzie wyściółka wykonana jest z delikatnego materiału niwelując uszkodzenia mechaniczne przy stosowaniu u pobudzonego pacjenta. W tym zestawieniu dostępne na SOR pasy ze skóry wydają się jedynie tymi, które mogą powodować uszkodzenia, należy więc unikać ich stosowania, ewentualnie starać się założyć je na tyle luźno aby zapobiec ocieraniu skóry [12,13,14]

Niedokrwienie kończyn spowodowane jest wymuszoną pozycją wynikającą z zastosowania unieruchomienia. Zbyt ciasne zapięcie pasów przy dłuższym okresie stosowania może spowodować niedokrwienie dystalnej części kończyny. Aby temu zapobiegać należy stale, w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego, kontrolować siłę z jaką założone są pasy unieruchamiające [15].

Odleżyny mogą wystąpić u każdego unieruchomionego pacjenta bez względu na wiek. Należy więc zabezpieczać ciało pacjenta przed niepotrzebnym uciskiem oraz kontrolować miejsca szczególnie narażone na wystąpienie odleżyn tj. tył głowy, łopatki kość ogonowa, pośladki, pięty, łokcie. Zapobieganie będzie polegać na zmianach pozycji ciała w trakcie

unieruchomienia, zabezpieczeniu skóry oliwkami oraz kremami natłuszczającymi, dokładne mycie oraz osuszanie skóry w trakcie czynności higienicznych [12,14,15].

CELE PRACY

Pacjenci pod wpływem środków psychoaktywnych stanowią coraz większą grupę chorych trafiających na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Ze względu na zażyte substancje bardzo często stanowią zagrożenia dla swojego zdrowia i życia oraz bezpieczeństwa innych ludzi. Znajomość i stosowanie procedur zapewniają zachowanie bezpieczeństwa zarówno pacjenta jak i personelu [2,4,20].

Celem pracy jest stworzenie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pod wpływem środków psychoaktywnych.

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta pod wpływem środków psychoaktywnych.
2. Ustalenie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej.
3. Ustalenie wskazówek do dalszej opieki dla personelu medycznego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjenta hospitalizowanego i leczonego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Pododdziałem Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, z rozpoznaniem nadużycia środków psychoaktywnych - kofeiny.

W postępowaniu badawczym zastosowano następujące metody: wywiad, obserwacja, pomiary: temperatura, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, oddech i pomiar glukozy oraz analizę indywidualnej dokumentacji medycznej tj.: historia choroby, karta obserwacji pielęgniarskiej i zleceń lekarskich.

Uzyskane wyniki posłużyły do ułożenia indywidualnego planu opieki nad pacjentem w formie procesu pielęgnowania oraz wskazówek do dalszej pielęgnacji dla personelu medycznego.

Celem procesu pielęgnowania jest wzrost efektywności i poziomu pielęgnowania pacjentów w każdym wieku. Jest to systematyczny i uporządkowany sposób określania problemów opiekuńczych danego pacjenta, a także ciąg działań podejmowanych i realizowanych przez pielęgniarkę w stosunku do jednostki bądź grupy.

WYNIKI

Pacjent J.S. przebywał w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Pododdziałem Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w dniach 16-20.02.2019 roku. Obserwacje chorego były prowadzone od chwili przyjęcia do momentu wypisu. Rozpoznaniem wstępnym u 24-letniego mężczyzny było zatrucie lekami psychotropowym, niesklasyfikowanymi gdzie indziej- leki pobudzające. Pacjent mieszka z rodzicami w Białymstoku, rodzina określa warunki mieszkaniowe jako dobre. Wzrost 195 cm, waga 90 kg, BMI wynosi 23.67. Pacjent bez wywiadu chorobowego i uczulenia na leki.

Przyjęty do oddziału o godzinie 18:50, przytomny, pobudzony, oddech własny, 15 punktów wg skali Glasgow (GCS). O godzinie 20:40 doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie częstoskurczu poprzedzonego napadem drgawkowym wraz z wymiotami. Chory został zaintubowany, rozpoczęto wentylację mechaniczną, tryb respiratora CMV, PEEP 5, 15 oddechów/min. O godzinie 20:55 uzyskano powrót rytmu zatokowego. Pacjent otrzymał 3 punkty z skali Glasgow, układ krążenia stabilizowany wlewem amin katecholowych. Wklucie centralne założone do żyły podobojczykowej prawej, bez cech stanu zapalnego, opatrunek czysty. Opatrunek na wkluciu tętniczym czysty, bez cech stanu zapalnego, prowadzono pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą krwawą. Cewnik Foley'a założony przy przyjęciu, mocz czysty bez domieszki krwi i ropy. Skóra pacjenta czysta.

Parametry życiowe w trakcie pobytu w SOR:

- 16.02.2019
 - Godz. 18:50: ciśnienie tętnicze 100/65mmHg, tętno 150 uderzeń/min, saturacja 97%, temperatura 38,8°C;
 - Godz. 21:00: ciśnienie tętnicze 60/30mmHg, tętno 110 uderzeń/min, saturacja 90%, temperatura 38,9 °C;
 - Godz. 23:50: ciśnienie tętnicze 110/50mmHg, tętno 89 uderzeń/min, saturacja 94%, temperatura 38,7°C;
- 17.02.2019
 - Godz. 6:00: ciśnienie tętnicze 92/50mmHg, tętno 99 uderzeń/min, saturacja 97%, temperatura 38,0°C;
 - Godz. 18:00: ciśnienie tętnicze 107/60 mmHg, tętno 100 uderzeń/min, saturacja 98%, temperatura 37,9°C;
- 18.02.2019

- Godz. 7:00: ciśnienie tętnicze 120/80 mmHg, tętno 91 uderzeń/min, saturacja 99%, temperatura 37,0 °C;
- Godz. 20:00: ciśnienie tętnicze 130/87 mmHg, tętno 90 uderzeń/min, saturacja 99%, temperatura 37,1 °C;
- 19.02.2019
 - Godz. 9:00: ciśnienie tętnicze 122/80 mmHg, tętno 98 uderzeń/min, saturacja 97%, temperatura 36,4 °C;
 - Godz. 17:30: ciśnienie tętnicze 117/78 mmHg, tętno 87 uderzeń/min, saturacja 99%, temperatura 36,8 °C;
- 20.02.2019
 - Godz. 8:00: ciśnienie tętnicze 112/59 mmHg, tętno 77 uderzeń/min, saturacja 100%, temperatura 36,7 °C;
 - Godz. 12:00: ciśnienie tętnicze 130/90 mmHg, tętno 82 uderzeń/min, saturacja 100%, temperatura 36,3 °C;

Leki podawane na oddziale:

- Lewofloksacyna 500 mg/100ml i.v. dwa razy dziennie;
- Biotrakson 2g i.v. trzy razy dziennie;
- Levonor 5mg/50 ml i.v. podawany przez pompę infuzyjną;
- Midanium 50mg/ 50 ml i.v. podawany przez pompę infuzyjną;
- Propofol 600mg/ 60ml i.v. podawany przez pompę infuzyjną;
- Nexium 40mg i.v. dwa razy dziennie;
- Paracetamol 1g/ 100ml i.v. 3 razy dziennie;
- Pyralgin 2,5g/ 100ml 2 razy dziennie;
- 15% KCl 20 ml/ w 500 ml Optilyte 2 razy na dobę
- Furosemid w dawce 20mg w 20ml 0,9% NaCl podawany cztery razy dziennie;
- 10% CaCl₂ w dawce 10 mg w 100 ml 0,9% NaCl podawane trzy razy dziennie.

Żywienie parenteralne:

- Glukoza 10% 500ml;
- Addamel N 10 ml
- Cerevit 1 fiolka
- 20 % MgSO₄ 10 ml
- Gensulin R 8 j.
- 15 % KCl 20 ml;

Płynoterapia:

- Optilyte 500 ml i.v. 4 razy dziennie
- 0,9% NaCl 500 ml i.v. 2 razy na dobę
- 5% Glukoza 500 i.v. ml 1 raz na dobę

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwa nad pacjentem pod wpływem środków psychoaktywnych

Proces pielęgnowania nad pacjentem J. Sz. z pierwszej doby pobytu na SOR.

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Zagrożenie stwarzane własnej osobie co do utraty zdrowia i życia oraz bezpieczeństwa innych osób ze względu na pobudzenie ruchowe spowodowane zażyciem substancji pobudzających.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka uszkodzenia ciała pacjenta oraz zapewnienie bezpieczeństwa personelu.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarstwa:

- Zastosowanie przymusu bezpośredniego poprzez przytrzymanie pacjenta w trakcie przyjęcia na SOR.
- Podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.
- Unieruchomienie chorego w łóżku stosując opaski na kończyny zgodnie z zasadami przymusu bezpośredniego:
 - Poinformowanie pacjenta o konieczności hospitalizacji oraz użycia przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;
 - Zastosowanie przymusu bezpośredniego na zlecenie lekarza;
 - Udział 6 osób w trakcie wykonywanych procedur;
 - Zastosowanie jednorazowych opasek na kończyny górne i dolne;
 - Założenie karty przymusu bezpośredniego;
 - Kontrola stanu pacjenta co 15 minut

Ocena działania: Pacjent zabezpieczony w obrębie łóżka zgodnie z obowiązującymi zasadami. Założono kartę przymusu bezpośredniego. Kontrolowano stan pacjenta co 15 minut. Pacjent nie zagraża własnemu zdrowiu i życiu oraz bezpieczeństwu personelu.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko zatrzymania krążenia spowodowane zażyciem dużej dawki kofeiny.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka zatrzymania krążenia

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (tętno, EKG, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura, saturacja) za pomocą kardiomonitora przez cały czas podczas pobytu pacjenta na oddziale oraz dokumentowanie ich wartości.
- W przypadku wystąpienia nieprawidłowych wartości poinformowanie lekarza.
- Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Przygotowanie zestawu do intubacji dotchawiczej w razie NZK.
- Zapewnienie respiratora поблизу stanowiska pacjenta.
- Przygotowanie wózka z defibrylatorem.

Ocena działania: O godzinie 20:40 nastąpiło zatrzymanie krążenia w mechanizmie częstoskurczu poprzedzonego napadem drgawek. Podjęto natychmiastowe czynności resuscytacyjne, zaintubowano pacjenta i zastosowano wentylację mechaniczną. O godzinie 20:55 nastąpił powrót czynności życiowych.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko rozwoju odleżyn spowodowane unieruchomieniem w łóżku.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Obserwacja skóry w miejscach najbardziej narażonych na wystąpienie odleżyn.
- Stosowanie materaca przeciwoleżynowego zmiennociśnieniowego.
- Zastosowanie udogodnień: wałków, krążków, klinów, podpórek.
- Zmiana pozycji co 2 godziny.
- Równe ułożenie pościeli chorego w celu uniknięcia zagnieceń, zmarszczeń, usuwanie spod pacjenta elementów pościeli ze szwami, guzikami, okuchów.
- Podnoszenie pacjenta na podkładzie aby uniknąć ciągnięcia za skórę.
- Dbanie o prawidłowe nawilżenie skóry pacjenta, stosowanie oliwki kosmetycznej

Ocena działania: Skóra pacjenta bez patologicznych zmian, stosowano udogodnienia dostępne na oddziale: wałki, poduszki. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko ponownego zatrzymania krążenia spowodowane niewydolnością krążeniowo- oddechową.

Cel opieki: Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych. Wczesne wykrycie objawów zagrażających życiu.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta – ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, temperatura, EKG.
- Ocena oraz udokumentowanie uzyskanych wartości parametrów życiowych pacjenta.
- Ocena drożności rurki intubacyjnej, wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego.
- Obserwacja stanu świadomości chorego.
- Ocena zabarwienia powłok skórnych.
- Kontrola diurezy – prowadzenie bilansu płynów.
- Podaż leków według zlecenia lekarskiego.

Ocena działania: Zaburzenia spowodowane niewydolnością krążeniowo-oddechową nie wystąpiły. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia zakażenia związane z założonym wkłuciem centralnym oraz wkłuciem tętniczym.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Przygotowanie zestawu do założenia wkłucia centralnego oraz tętniczego: Dezynfekcja stolika zabiegowego oraz rozścielenie jałowej serwety; Wyłożenie zestawu do wkłucia, jałowych gazików nici do szycia, imadła w jałowy sposób na stół z serwetą; Przygotowanie miejsca wykonania wkłucia (ostrzyżenie, umycie, dezynfekcja).
- Asystowanie przy założeniu wkłucia centralnego oraz tętniczego.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy pielęgnacji wkłucia centralnego:
 - Dezynfekcja rąk przed przystąpieniem do manipulacji przy wkłuciu;
 - Stosowanie kraników trójdrożnych;
 - Kontrola, aby wejścia były zawsze zamknięte;
 - Przygotowanie oraz podaż leków w sposób jałowy (dezynfekcja miejsca w którym przygotowywane są leki, ampulek oraz butelek, używanie jałowych płynów do rozpuszczania leków);
 - Wymienianie zestawu do przetoczeń przynajmniej raz na dobę.

- Stosowanie jałowego zestawu do przetoczeń płynów.
- Zakładanie opatrunku w miejscu wkłucia zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki (dbanie o jałowość, czystość skóry pacjenta wokół wkłucia).
- Prowadzenie karty obserwacji założonego wkłucia.
- Obserwowanie parametrów życiowych pacjenta w kierunku występowania objawów zakażenia – podwyższone tętno oraz temperatura.
- W trakcie toalety całego ciała należy unikać przypadkowego zamoczenia opatrunku oraz miejsca wkłucia.

Ocena działania: Wkłucia donaczyniowe są drożne, cech stanu zapalnego nie zaobserwowano. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko rozwoju zapalenia płuc z powodu aspiracji treści pokarmowej.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju zapalenia płuc.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Toaleta drzewa oskrzelowego, oraz jamy ustnej i nosa zgodnie z standardami: zachowanie zasad aseptyki oraz antyseptyki w trakcie odsysania pacjenta, mycie i dezynfekcja rąk, używanie sterylnych rękawiczek i cewników, natlenienie pacjenta 100% tlenem przez około 2 minuty przed odsysaniem, czas odsysania nie przekracza 10-15 sekund, zmiana cewnika po jednorazowym odsysaniu, po odsysaniu natlenienie pacjenta 100% tlenem przez 2min.
- Wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego wg potrzeby.
- Oczyszczanie jamy nosowo-gardłowej, stosowanie cewników do usuwania zalegającej wydzieliny, stosowanie środków antyseptycznych i ułatwiających rozkładanie śluzu zgromadzonego w jamie ustnej oraz miękkiej gąbki, stosowanie preparatu zawierającego chlorheksydynę.
- Kontrola ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurkę intubacyjną (17-25 mmHg).
- Stałe monitorowanie pacjenta podczas toalety drzewa oskrzelowego.
- Kontrola parametrów życiowych wskazujących na rozwijające się zakażenie: przyspieszone tętno, podwyższona temperatura ciała oraz ciśnienie tętnicze.
- Pobranie aspiratu z rurki intubacyjnej na badania mikrobiologiczne (na zlecenie lekarza).
- Podanie antybiotyków zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena działania: Wykonano toaletę jamy ustnej, nosa oraz drzewa oskrzelowego zgodnie z obowiązującymi zasadami. Podano leki zgodnie ze zleceniem lekarza. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Wysoka temperatura ciała pacjenta.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała pacjenta.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarstwa:

- Kontrola temperatury ciała pacjenta, dokumentowanie wyników pomiarów w karcie gorączkowej.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali, w której przebywa pacjent, temperatura 18-20°C.
- Stosowanie chłodzenia fizycznego pacjenta, chłodnych okładów na okolice pachwin, pach oraz karku.
- Zastosowanie lekkiego okrycia pacjenta, przewiewnej, białej bielizny osobistej, zmienianej przynajmniej raz dziennie lub w razie potrzeby.
- Podanie leków przeciwzapalnych i przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza.

Ocena działania: Zastosowano zabiegi ochładzające chorego, kontrolowano oraz dokumentowano pomiary temperatury. Podano leki zgodnie ze zleceniem lekarza. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Deficyt samoopieki oraz samopielęgnacji wynikający ze stanu pacjenta.

Cel opieki: Zapewnienie podstawowych potrzeb życiowych pacjentowi.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarstwa:

- Codzienna toaleta całego ciała pacjenta.
- Ogolenie pacjenta.
- Toaleta jamy ustnej z zastosowaniem jednorazowych zestawów do pielęgnacji zawierających miękką gąbkę oraz środek do mycia i dezynfekcji jamy ustnej.
- Codzienna zmiana bielizny pościelowej oraz osobistej pacjenta oraz każdorazowo w trakcie zabrudzenia wydzielinami pacjenta.
- Żywienie pacjenta drogą parenteralną oraz enteralną.

Ocena działania: Utrzymano higienę ciała pacjenta. Żywienie podano zgodnie ze zleceniem lekarza.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko zakażenia układu moczowego związane z obecnością cewnika Foley’a w pęcherzu moczowym.

Cel opieki: Minimalizacja ryzyka zakażenia.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zakładania cewnika Foley’a.
- Utrzymanie czystości w obrębie ujścia cewki moczowej.
- Nawadnianie pacjenta, 2-2,5 litra na dobę.
- Kontrola worka z moczem pod kątem obecności ropy lub krwi w moczu.
- Kontrola ilości, koloru oraz charakteru moczu.
- Pobranie moczu do badania bakteriologicznego (na zlecenie lekarza).
- Obserwacja drożności cewnika.

Ocena działania: Nie zaobserwowano zmian w obrębie ujścia cewki moczowej. Nie zaobserwowano niedrożności cewnika, mocz spływa prawidłowo. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Pesymistyczne nastawienie do leczenia. Niepokój wynikający z obecnego stanu zdrowia.

Cel opieki: Zmiana nastawienia pacjenta, poprawa samopoczucia, zmniejszenie niepokoju, zapewnienie bezpieczeństwa.

Planowane i realizowanie opieki pielęgniarskiej:

- Przekazanie pacjentowi informacji na temat leczenia oraz konsekwencji zażywania substancji psychoaktywnych.
- Wsparcie psychiczne.
- Umożliwienie jak najczęstszych wizyt rodzinnych.
- Dostarczenie materiałów edukacyjnych, broszurek przedstawiających konsekwencje zażywania substancji psychoaktywnych.

Ocena działania: Zmniejszeni niepokoju.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji dla personelu medycznego:

1. Całodobowe monitorowanie parametrów życiowych: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, temperatura ciała pacjenta, ze względu na ryzyko ponownego NZK.
2. Kontrola zalegania wydzieliny w drogach oddechowych z powodu aspiracji treści pokarmowej, ryzyko rozwoju zachłystowego zapalenia płuc.

3. Kontrola parametrów krytycznych krwi w celu uniknięcia zaburzeń rytmu serca z powodu hipokaliemii, kwasicy metabolicznej.
4. Obserwacja i pielęgnacja skóry pacjenta w celu uniknięcia odleżyn:
 - Codzienna toaleta ciała, wymiana bielizny pościelowej oraz osobistej.
 - Używanie środków nawilżających i natłuszczających skórę.
 - Obserwacja miejsc narażonych na wystąpienie odleżyn podczas wykonywania toalety ciała.
 - Dbanie o czystość pościeli i jej wyrównanie aby nie powstawały fałdy, zagniecenia i zmarszczki na materiale.
 - Zmiana pozycji co dwie godziny.
 - Stosowanie udogodnień w postaci podkładek, poduszek, wałków.
 - Podawanie żywienia bogatego w białko.
5. Kontrola wklucia centralnego oraz tętniczego:
 - Codzienna zmiana opatrunku wokół miejsca wklucia z uwzględnieniem dezynfekcji miejsca wklucia (np. z użyciem preparatu z chlorheksydyną). Obserwowanie pod kątem występowania krwawienia, obrzęku, zaczerwienienia okolicy wklucia.
 - Dbanie o drożność kaniuli.
 - Mycie i dezynfekcja rąk przed podaniem leków przez wklucie centralne.
 - Stosowanie jałowych portów i koreczków oraz ich dezynfekcja przed podawaniem leków.

PODSUMOWANIE

1. Na podstawie zastosowanych metod badawczych: obserwacja, wywiad, analiza indywidualnej dokumentacji medycznej, u pacjenta z rozpoznanym nadużyciem środków pobudzających - kofeiny zdiagnozowano następujące problemy pielęgnacyjne:
 - Zagrożenie dla własnego zdrowia i życia oraz bezpieczeństwa innych osób ze względu na pobudzenie ruchowe spowodowane zażyciem substancji pobudzających.
 - Ryzyko zatrzymania krążenia spowodowane zażyciem dużej dawki kofeiny.
 - Ryzyko rozwoju odleżyn spowodowane unieruchomieniem w łóżku.
 - Ryzyko ponownego zatrzymania krążenia spowodowane niewydolnością krążeniowo-oddechową.

- Ryzyko wystąpienia zakażenia związane z założonym wkłuciem centralnym oraz wkłuciem tętnicznym.
 - Ryzyko rozwoju zapalenia płuc z powodu aspiracji treści pokarmowej.
 - Wysoka temperatura ciała pacjenta.
 - Deficyt samoopieki oraz samopielęgnacji wynikający ze stanu pacjenta.
 - Ryzyko zakażenia układu moczowego związane z obecnością cewnika Foley’a w pęcherzu moczowym.
2. Na podstawie wyodrębnionych problemów stworzono indywidualny proces pielęgnowania z działaniami umożliwiającymi osiągnięcie postawionych celów dalszej opieki i pielęgnacyjnej.
 3. Po dokonaniu oceny podjętych działań ustalono wskazówki do dalszej pielęgnacji pacjenta dla personelu medycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, (Dz. U. z 2015 r. poz. 178 z późn. zm.).
3. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994, (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878).
4. Jędrzejko M.(red): Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka [w.] Narkomania spojrzenie wielowymiarowe, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, 2009, 231-247.
5. World Health Organization: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w.] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2008, 38.
6. Schiller E., Mechanic O.: Opioid Overdose, StatPearls Publishing; 2019, 1-15.
7. Choi N., DiNitto D., Marti C., Choi B.: Adults who misuse opioids: Substance abuse treatment use and perceived treatment need, SubstAbus, 2019, 1-9.
8. Alipour A, Patel P., Shabbir Z., Gabrielson S.: Review of the many faces of synthetic cannabinoid toxicities. Ment Health Clin. 2019, 93-99.

9. Silveira K.L., Oliveira M.M., Nunes B., Alves P.F., Pereira G.: Craving in crack cocaine users according to individual and behavioural characteristics. *EpidemiolServSaude*. 2019, 28.
10. Silveira K.L., Oliveira M.M., Alves P.F.: Factors associated with craving in crack users: systematic review., *EletrônicaSaúde Mental AlcoolDrog* 2017, 109-114.
11. Sobczak A.: Współczesne możliwości redukcji szkód wywołanych paleniem tytoniu, *Borgis - Medycyna Rodzinna*, 2018, 80-92.
12. Unoki T., Sakuramoto H., Ouchi A., Fujitani S.: Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. *Acute Med Surg.*, 2018, 68-72.
13. McPherson J.A., Wagner C.E., Boehm L.: Met al. Delirium in the cardiovascular ICU: exploring modifiable risk factors. *Crit.Care Med.*, 2013, 405–413.
14. Simpson S., Joesch J., West I., Pasic J.: Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*, 2014, 113-118.
15. Gowda G.S., Kumar C.N., Ray S., Das S., Nanjgowda R.B., Math S.B.: Caregivers Attitude and Perspective on Coercion and Restraint Practices on Psychiatric Inpatients from South India. *J Neurosci Rural Pract.*, 2019, 261-266.
16. Galetto S., Nascimento E., Hermida P., Malfussi L.: Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*, 2019, 505-512.
17. Foley S.: Short-term Pharmaceutical Management of the Violent/Aggressive Patient in the Emergency Department, *Emergency Nurses Association*. Published by Elsevier Inc. 2010, 504–506.
18. Williams L., Fitzgerald B.: Etomidate. *StatPearls Publishing*, 2019, 1-5.
19. Dumps C., Bolkenius D., Halbeck E.: Etomidate for intravenous induction of anaesthesia, *Anaesthesist*, 2017, 969-980.
20. Artridge B, Affleck J.: Predicting aggressive patient behaviour in a hospital emergency department: An empirical study of security officers using the Brøset Violence Checklist. *AustralasEmerg Care*, 2018, 31-35.

PIEŁĘGNOWANIE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM WŁĄCZANEGO DO PROGRAMU LEKOWEGO LECZENIA INTERFERONEM BETA 1A

Aleksandra Hawrylkiewicz¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą przewlekłą zapalno-demielinizacyjną, której proces chorobotwórczy rozpoczyna się w Ośrodkowym Układzie Nerwowym (OUN) w mózgu oraz rdzeniu kręgowym. Początek choroby następuje najczęściej między 20 a 40 rokiem życia (zdarzają się również przypadki rozwijania się tej choroby u dzieci oraz ludzi starszych)[1,2].

Wyróżniono 3 pasma występowania SM:

- Wysokie ryzyko zachorowania na SM 50/100 000 lub więcej (zaliczamy tutaj Polskę)
- Umiarkowane ryzyko zachorowania na SM 10 - 50/ 100 000
- Niskie ryzyko zachorowania na SM poniżej 10/100 000[1,2].

Kolejnym czynnikiem, który może wpływać na wystąpienie SM są czynniki genetyczne. Mimo, że nie jest to choroba dziedziczna i nie występuje z pokolenia na pokolenie. Na podstawie przeprowadzonych już badań przypuszcza się, że SM powoduje zakażenie, niektórymi wirusami - początkowo uznano, że jest za to odpowiedzialny wirus odry lub wirus opryszczki typu 6, lecz badania tego nie potwierdziły, w chwili obecnej prowadzone są badania nad wirusem typu herpes [1,2,3,4].

Czynnikiem ryzyka może być również dieta jaką stosuje pacjent. Wysoko przetworzone produkty zawierające dużą ilość konserwantów, antybiotyków oraz pestycydów, które wpływają negatywnie na mikrobiom w jelitach, może powodować zaburzenia w układzie immunologicznym oraz stanowić ryzyko rozwoju chorób autoimmunizacyjnych [5,6].

Badania nie potwierdziły w jak dużym stopniu witamina D wpływa na zachorowalność na SM oraz przebieg choroby [5,6].

Stwardnienie rozsiane może być spowodowane przez wiele czynników, które można podzielić na te o podłożu genetycznym, zewnętrzne oraz wewnętrzne czynniki środowiskowe [7].

Początek choroby następuje w momencie, gdy autoreaktywne limfocyty T wnikną do ośrodkowego układu nerwowego poprzez barierę krew-mózg. Makrofagi oraz przeciwciała występujące w SM przeciwko antygenom znajdującym się wokół mieliny są stymulowane przez cytokiny i powodują uszkodzenie osłonki mielinowej. Z powodu aktywności enzymów proteolitycznych, wolnych rodników i cytokin obserwuje się uszkodzenie aksonów w ogniskach demielinizacji, ale również w prawidłowej istocie białej i nieaktywnych ogniskach demielinizacji. Najważniejszym etapem rozwoju SM aktywacja limfocytów i przeniknięcie ich do OUN przez barierę krew-mózg [1,3,8].

W początkowej fazie choroby pojawiają się zaostrzenia tzw. rzuty choroby i remisje. Rzut choroby jest to pojawianie się nowych objawów lub zaostrzenie się obecnych objawów, które utrzymują się ponad 24 godziny. Badania wykazują, że u 20-25% chorych ponowny rzut choroby pojawia się w ciągu roku, u 50% w ciągu 2 lat, u 1/3 pacjentów po 3 latach choroby. Remisją nazywamy czas między kolejnym rzutem, w którym objawy choroby ustępują. U ok. 80% chorych na SM początek jest rzutowo-remisyjny, a z upływem czasu rzuty choroby są rzadsze. Postać rzutowo-remisyjna może stać się postacią wtórnie postępującą. Kolejną postacią kliniczną choroby jest postać pierwotnie postępująca, która dotyczy 10-20% chorych na SM, a początek choroby objawia się ok. 35-40 roku życia. Ostatnią postacią choroby jest postać pierwotnie postępująca występuje u niewielkiej ilości chorych (mniej niż 5%)[2,3]. Wyróżnia się cztery podstawowe postacie choroby:

- Postać rzutowo - remisyjna (RRMS) - charakteryzuje się pojawieniem zaostrzeń choroby (rzut choroby) po czym następuje powrót do funkcjonowania całkowity lub częściowy, okresy czasu pomiędzy rzutami nazywane są remisją. Rzuty choroby różnią się u poszczególnych chorych, a czas trwania rzutu wynosi minimum 24 godziny w odstępie minimum 30 dni pomiędzy kolejnymi rzutami. W zależności od nasilenia objawów rzutu można podzielić rzuty na: łagodne, średnie i ciężkie [1,3,9].
- Postać pierwotnie postępująca (PPMS)- w tej postaci nie występują rzuty choroby, a choroba rozwija się od początku, okresowo może pojawiać się niewielka poprawa zaburzeń neurologicznych lub stabilizacja obecnego stanu. Stan fizyczny chorego z PPMS pogarsza się dużo szybciej niż chorego z SM o postaci RRMS [1,8,9].

- Postać wtórnie postępująca (SPMS) - postać tej choroby może być następstwem RRMS trwającej już 10-15 lat. W tej postaci w chwili wystąpienia rzutu objawy neurologiczne nie ustępują i mogą narastać przez okres 6 miesięcy [1,9].
- Postać postępująco-rzutowa - charakteryzuje się postępowaniem choroby od początku jej trwania oraz pojawieniem się wyraźnych rzutów [1].

U chorych z SM może pojawić się też ostra postać choroby- choroba Marburga, która charakteryzuje się szybkim przebiegiem, w ciągu 5 lat może doprowadzić do ciężkiej niepełnosprawności, a nawet do śmierci. Wyróżnić można też dziecięce stwardnienie rozsiane, gdy początek choroby występuje przed 16 rokiem życia, a postać choroby jest rzutowo-remisyjna i przebiega jak u osoby dorosłej [1,3,10].

Stwardnienie rozsiane powoduje uszkodzenie we wszystkich strukturach OUN, może wywołać dolegliwości na poziomie wielu układów, dlatego obraz chorobowy jest bardzo zróżnicowany. W zależności od lokalizacji zmian demielinizacyjnych mogą wystąpić inne objawy u danego pacjenta. Pierwsze występujące objawy są zazwyczaj bagatelizowane przez chorych, zazwyczaj są one łagodne i mijają z czasem. Najczęściej występującymi objawami są:

1. Zaburzenia czucia na kończynach lub na twarzy (parestezja) [3,5,9,11].
2. Spastyczność (sztywność mięśni) [3,5,9,11].
3. Ból [3,11,12,13].
4. Zaburzenia wzroku [5,9,14].
5. Zaburzenia mózdkowe [5,11,14].
6. Zaburzenia oddawania moczu i stolca [3,9,12].
7. Zaburzenia seksualne [3,9,12].
8. Zespół zmęczenia [5,9,15].
9. Zaburzenia funkcji poznawczych [5,9,16].
10. Zaburzenia nastroju [3,17,18].

Stwardnienie rozsiane z racji szerokiego spectrum objawów w pierwszych rzutach choroby jest trudne do zdiagnozowania. SM diagnozowane jest, gdy występują zaburzenia, które utrzymują się co najmniej 24 godziny oraz stwierdzone są zmiany w OUN. Rozpoznanie SM opiera się na kryteriach diagnostycznych, są to kryteria McDonald (stosowane są od 2001r., wcześniej stosowanymi kryteriami były kryteria Posera oraz Schumachera). Do kryteriów McDonald zaliczamy analizę badań klinicznych oraz laboratoryjnych[7,19].

- Stwierdzone zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym w dwóch lub więcej obszarach, różniące się czasem występowania (co najmniej 1 miesiąc).

Wystąpienie objawów (przynajmniej jeden) typowych dla SM.

- Stwierdzone zmiany w wynikach badań laboratoryjnych i radiologicznych (wykonywane badania w czasie diagnostyki to: rezonans magnetyczny (MRI), badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR), badanie wzrokowych potencjałów wywołanych (VEP) [9,11].

W diagnostyce stwardnienia rozsianego stosowane są też skale oceny niepełnosprawności, a najbardziej znaną i najczęściej stosowaną skalą jest Rozszerzona Skala Niepełnosprawności Kurtzkiego (EDSS), która jest stosowana od roku 1983 roku. Skala służy ocenie występowania klinicznych objawów SM oraz ocenia sprawność w każdym układzie czynnościowym.

Skala punktów waha się od 0 do 10 (gdzie 0 - oznacza prawidłowy wynik badania neurologicznego, a 10 - oznacza śmierć pacjenta spowodowaną stwardnieniem rozsianym).

Skala ta ocenia sprawność chorego, stopień jego niepełnosprawności, oraz poprawę lub pogorszenie jego stanu zdrowia w trakcie farmakoterapii.

Do oceny niepełnosprawności stosowana jest jeszcze inna skala, jest nią Złożony Wskaźnik Funkcji w SM (MSFC), skala ta ocenia trzy objawy kliniczne: funkcje poznawcze, sprawność kończyn dolnych oraz sprawność górnych. Uznaje się, że ta skala potrafi dokładniej rozpoznać i ocenić stan chorego niż skala EDSS[1,3].

Stwardnienie rozsiane jest chorobą przewlekłą, postępującą i dającą inne objawy i ich nasilenie u różnych pacjentów dlatego rehabilitacja u chorych z SM jest trudnym zadaniem. Głównym celem rehabilitacji jest przywrócenie sprawności fizycznej, poprawa jakości życia oraz osiągnięcie niezależności w życiu codziennym.

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rehabilitacja jest określana jako: „proces aktywny, w którym osoba niepełnosprawna czy to w wyniku urazu, czy choroby, osiąga pełen powrót do zdrowia, a w przypadku, gdy powrót do zdrowia nie jest możliwy, realizuje swój optymalny potencjał fizyczny, umysłowy i społeczny oraz integruje się z najbardziej odpowiednim dla siebie naturalnym środowiskiem” [20,21,22].

Leczenie po wystąpieniu pierwszego rzutu choroby

Cele leczenia w momencie rozpoznania i zdiagnozowania choroby:

1. Opóźnienie przebiegu choroby.
2. Rozpoczęcie leczenia immunomodulującego, by zmniejszyć częstość występowania rzutów oraz złagodzić objawy.

3. Zastosowanie leczenia objawowego, które pomogą w złagodzeniu objawów rzutu[9].

Rozpoczęcie jak najwcześniejszego leczenia daje szybsze efekty, znacznie poprawia jakość życia pacjenta oraz lepiej rokuje na dalszy rozwój choroby[9,11].

Leczenie ostrego rzutu choroby

Po wystąpieniu rzutu choroby najczęściej stosowanymi lekami są kortykosteroidy, które zmniejszają stan zapalny poprzez hamowanie syntezy pochodnych kwasu arachidinowego, uszczelniają barierę krew-mózg, poprawiają przewodnictwo nerwowe oraz zmniejszają reakcję immunologiczną.

Leczenie objawowe

Leczenie objawowe jest bardzo ważnym elementem w czasie leczenia chorych z SM, ponieważ występujące objawy często oddziałują na siebie, a dzięki prawidłowej terapii istnieje szansa na złagodzenie, a czasem wyeliminowanie występujących objawów.

Jest to możliwe nie tylko dzięki farmakoterapii, ale również dzięki fizykoterapii, rehabilitacji oraz edukacji pacjenta.

- Spastyczność - leczenie polega na poprawieniu pracy mięśni, wzmocnieniu siły oraz zniwelowaniu bólu u pacjenta. Leczenie polega na edukacji pacjenta, fizjoterapii i odpowiednio dostosowanej farmakoterapii [10,14,23].
- Drżenia i zaburzenia koordynacji - leczenie tak jak w przypadku spastyczności mięśni polega na edukacji pacjenta, rehabilitacji, zaopatrzeniu pacjenta w sprzęt rehabilitacyjny, farmakoterapii oraz zabiegach chirurgicznych [14].
- Zaburzenia funkcji pęcherza moczowego
- Zaburzenia funkcji jelita grubego [14].
- Zmęczenie - jest to jeden z objawów, który dotyka większości chorych z SM, przez rozpoczęciem farmakoterapii konieczne jest wykluczenie depresji. Często jednak zdarza się, że oba objawy nakładają się na siebie [3,24].
- Zaburzenia funkcji seksualnych [14].
- Ból [3].
- Zaburzenia widzenia [3].
- Wrażliwość na temperaturę [14]

Leczenie postępującej postaci choroby

W leczeniu tej postaci SM stosuje się leki immunosupresyjne: metotreksat, mitoksantron oraz azatioprynę. Obecnie prowadzone są badania nad skutecznością działania okrelizumabu [8,14].

W leczeniu SM początkowo stosowano tylko leki immunosupresyjne, które nie dawały długotrwałych efektów oraz w wielu przypadkach nie były skuteczne, po przeprowadzeniu wielu badań zaczęto wprowadzać do leczenia leki immunomodulujące, a są nimi:

- Interferon beta 1a (Avonex, Rebif).
- Interferon beta 1b (Betaferon).
- Octan glatirameru (Copaxone).
- Fumaran dimetylu (Tecfidera) [14].

Stosowanie wymienionych leków I rzutu wykazują działanie spowalniające postać choroby oraz zmniejszają częstość występowania i nasilania rzutów choroby, jednak żaden z tych leków nie powoduje zatrzymania rozwoju choroby. Tak jak w przypadku innych leków, tak i wprowadzając leczenie modyfikujące przebieg choroby powinno być dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta. U 10 - 20% wszystkich pacjentów z SM początek choroby nie jest ostry i szybko postępujący więc nie ma konieczności stosowania leków immunomodulujących, jednak nie należy odkładać włączenia pacjenta do leczenia, aby nie nastąpiły trwałe zmiany w OUN [14].

Interferony są to naturalnie występujące cytokiny wytwarzane przez komórki układu immunologicznego w odpowiedzi na infekcje wirusowe. Interferony wykazują działanie przeciwzapalne i immunomodulujące. Interferony 1A oraz 1B i octan glatirameru należą do leków I rzutu stosowanych w leczeniu SM. Gdy leczenie lekami I rzutu nie przynosi efektów lub proces choroby jest bardziej rozwinięty stosuje się leki II rzutu: natalizumab i fingolimod. Interferony są lekami stosowanymi w leczeniu postaci rzutowo-remisyjnej [3,14].

Leki I rzutu:

- Interferon 1A pozyskiwany jest w wyniku produkcji przez komórki jajowe chomika chińskiego, sekwencja aminokwasów wygląda identycznie jak cząsteczka człowieka. Lek ten podawany jest w postaci iniekcji podskórnych (s.c.) lub domięśniowych (i .m.), s.c. podawany jest trzy razy w tygodniu, i .m. raz w tygodniu[3].
- Interferon 1B produkowany jest przez bakterię *Escheichia coli*, których sekwencja aminokwasów różni się dwoma aminokwasami dlatego jego aktywność farmakologiczna

jest mniejsza. Lek podawany jest w postaci iniekcji podskórnych (s.c.), i podawany jest co drugi dzień [3,25,26].

Stosowanie interferonów związane jest z niebezpieczeństwem rozwoju reakcji odpornościowej przeciwko białku, które produkują przeciwciała wiążące albo neutralizujące interferony [25].

Przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest wykonanie morfologii krwi oraz oznaczenie enzymów wątrobowych, następnie należy powtarzać badania co miesiąc przez kolejne trzy miesiące, a później co 3 miesiące. W przypadku podwyższenia enzymów wątrobowych należy zmniejszyć dawkę przyjmowanego leku oraz częstotliwość podawania, nie ma konieczności przerywania leczenia [14].

- Octan glatirameru - jest to syntetyczny kopolimer, składający się z alaniny, glutaminy, lizyny i tyrozyny, swoją budową oraz działaniem przypomina zasadowe białko mieliny w OUN. Podawany jest w iniekcjach podskórnych w dawce 20 mg codziennie [14].

Działania niepożądane jakie mogą wystąpić w czasie stosowania leku to: występowanie reakcji zapalnej w miejscu wkłucia, zanik tkanki tłuszczowej w miejscu wkłucia, ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca (objawy te ustępowały u większości pacjentów po około 30 minutach) [14].

- Fumaran dimetylu- jest pochodną kwasu fumarowego, który wykazuje właściwości przeciwzapalne, immunomodulujące oraz cytoprotekcyjne. Jest to stosunkowo nowy lek doustny podawany w dawce 120 mg 2 razy na dobę przez 7 dni, a kolejne dawki nazywane dawkami podtrzymującymi 240 mg 2 razy na dobę. Fumaran dimetylu jest dobrze tolerowanym lekiem przez pacjentów mogą wystąpić takie działania niepożądane jak: napadowe zaczerwienienie skóry, bóle brzucha (najczęściej pojawiają się w ciągu pierwszego miesiąca od rozpoczęcia leczenia), aby zapobiec napadowemu zaczerwienieniu skóry podaje się aspirynę przed podaniem fumaranu dimetylu, powyższe działania niepożądane można zniwelować podając lek w czasie jedzenia. Innymi działaniami niepożądanymi, które mogą wystąpić są: nudności, wymioty, wysypka, świąd skóry, albuminuria oraz rumień[27].

Leki II rzutu:

- Natalizumab (Tysabri) [3].
- Fingolimod (Gilenya) [3,10].

Zasady włączania do programu lekowego leczenia stwardnienia rozsianego

W Polsce leczenie stwardnienia rozsianego objęte jest programami lekowymi, które są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Można wyróżnić dwa programy lekowe:

- w pierwszym z nich wprowadzane jest leczenie lekami I rzutu,
- drugi program lekowy obejmuje leki II rzutu.

Leki I rzutu pacjent może stosować tak długo jak będzie tego potrzebował lub tak długo jak leczenie przynosi efekty, ten program lekowy można nazwać bezterminowym, natomiast terapia farmakologiczna lekami II rzutu jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia przez okres 5 lat, niezależnie od osiągniętych efektów w czasie przyjmowania leków.

Pacjenci chorzy na SM, aby zostali włączeni do programu lekowego muszą spełnić poniższe kryteria:

Włączenie do leczenia interferonem:

- Diagnostyczne rozpoznanie postaci rzutowej SM-pacjent powinien mieć wykonane badanie rezonansu magnetycznego (z kontrastem i bez), a choroba powinna zostać rozpoznana na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (2010).
- Minimum 12 miesięcy przed zakwalifikowaniem chorego z rozpoznanym SM o postaci rzutowo-remisyjnej do programu lekowego konieczne jest potwierdzenie wystąpienia minimum jednego rzutu klinicznego albo co najmniej jedno nowe ognisko.
- Uzyskanie minimum 10 punktów według punktowego systemu kwalifikacji.
- Uzyskanie pisemnej deklaracji współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki[28].

CELE PRACY

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych oraz opracowanie planu opieki pacjenta leczonego w programie leczenia stwardnienia rozsianego Interferonem Beta 1a
2. Opracowanie zaleceń po wypisie chorego ze szpitala leczonego w programie lekowym preparatem Interferon Beta 1A w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 20 - letnią pacjentkę przebywającą na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

W pracy wykorzystano metody gromadzenia danych o pacjencie: obserwacja pielęgniarska, wywiad pielęgniarski, analiza dokumentacji pomiarów (ciśnienia tętniczego krwi, temperatury, oddechu, saturacji), z zastosowaniem arkusza do zbierania danych o pacjencie ze stwardnieniem rozsianym. Uzyskane informacje posłużyły do wyłonienia problemów pielęgnacyjnych pacjenta, opracowania planu opieki oraz sformułowanie zaleceń dla pacjenta po wypisie ze szpitala.

Proces pielęgnowania jest to metoda wykorzystywana w pracy każdej pielęgniarki. W tej metodzie pielęgniarka samodzielnie opracowuje indywidualny plan opieki dla każdego pacjenta [29].

W diagnostyce i ocenie stanu chorego wykorzystano:

- Rozszerzoną Skalę Niepełnosprawności Kurtzkego (EDSS - Disability Status Scale)[3].
- Skalę Barthel [30].
- Skalę Lovetta [31].
- Skalę Depresji Becka[32].
- Skalę numeryczną do oceny bólu NRS (Numerical Rating Scale)[33].

WYNIKI

Pacjentka U.W. (20 lat) przyjęta do Szpitala Wojewódzkiego w Łomży na Oddział Neurologiczny z pododdziałem Udarowym dnia 20.12.2018r. w trybie planowanym w celu wykonania badań diagnostycznych zleconych u pacjentów objętych programem lekowym leczenia stwardnienia rozsianego.

W roku 2014 u chorej zostało zdiagnozowane stwardnienie rozsiane o postaci rzutowo-remisyjnej. Od czasu wystąpienia pierwszych objawów pacjentka miała już trzy rzuty choroby. Pierwszymi objawami choroby było zapalenie nerwu wzrokowego oka prawego oraz ból nogi lewej, zaburzenia równowagi, a następnie pojawienie się niedowładu lewostronnego. Po zdiagnozowaniu choroby oraz pierwszego rzutu U.W. była 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. Przez pierwsze dwa lata pacjentka wraz z prawnymi opiekunami musiała przyjeżdżać do szpitala raz w tygodniu, aby otrzymać iniekcję domięśniową, a po skończeniu 18 roku życia sama podaje sobie leki. Pacjentka cierpi też na choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze oraz niedomykalność zastawki aortalnej 1 stopnia.

Pacjentka urodziła się na wsi i tam mieszkała z rodzicami do 18 roku życia, obecnie jest studentką i w czasie roku akademickiego mieszka sama. Jej warunki bytowe są dobre, pacjentka nie zgłasza obecnie żadnych problemów rodzinnych, ma dobry kontakt z rodzicami, którzy wspierają ją w chorobie.

W czasie trwania terapii pojawiły się takie działania niepożądane leku jak wystąpienie objawów grypopodobnych, ból w miejscu iniekcji domięśniowej oraz sztywność całej kończyny, w którą został podany lek. Poza działaniami niepożądanymi związanymi z terapią Interferonem β 1A pacjentka skarży się na duszność wysiłkową, która występuje nawet po umiarkowanej aktywności fizycznej (wchodzenie na 4 piętro powoduje zadyszkę), u pani U.W. zdarzały się również epizody utraty przytomności w wyniku sytuacji stresowych lub przy intensywnym wysiłku. Pacjenta zgłasza również, że w czasie silnego stresu występował u niej krótkotrwale niedowłady lewostronne, które z czasem ustępowały. Pacjentce doskwierają również duże dolegliwości bólowe (najczęściej występują bóle głowy oraz bóle kręgosłupa), które pacjenta określa w skali NRS na 7/10 punktów. Innymi dolegliwościami, które odczuwa pacjentka są: zaparcia, nietrzymanie moczu oraz ból i pieczenie w czasie mikcji. Pacjentka porusza się samodzielnie, ale okresowo zdarzają się u niej zaburzenia równowagi, odczuwanie mrowienia i drętwienia kończyn w szczególności w godzinach nocnych.

W dniu obserwacji po podaniu kolejnej dawki leku Avonex pacjentka skarżyła się na wystąpienie objawów grypopodobnych: pacjentka odczuwała dreszcze bóle mięśniowe oraz 3 godziny po podaniu leku temperatura ciała pacjentki wynosiła 38,5C.

Pacjentka ma wadę wzroku (-0,75 na oku lewym i prawym) oraz astygmatyzm i nosi okulary korekcyjne. W czasie wywiadu zgłasza, że pojawia się u niej zamglone widzenie oraz zaburzeniami ostrości prawego oka w przypadku, gdy przyjmie lek o późniejszej godzinie niż zwykle. Chora słabiej słyszy na lewe ucho jest to nieznaczny niedosłuch. Skóra pacjentki jest czysta, zaróżowiona, nie występują żadne zmiany. U chorej często pojawia się chroniczne zmęczenie w trakcie którego chora odczuwa brak energii, osłabienie siły mięśniowej oraz uczucie senności. Pani U.W. mimo młodego wieku i rozwoju choroby stara się uczyć tego jak funkcjonować z chorobą, jest osobą otwartą na rozmowę, komunikatywna oraz jest chętna na

leczenie chociaż jak sama zgłasza występują u niej zmienne nastroje mimo to chora nie wykazuje stanów depresyjnych.

Pani U.W. nie stosuje żadnych używek, ale ma problemy z prowadzeniem zdrowego trybu życia oraz stosowaniem zbilansowanej diety, chora prowadzi nieregularny tryb życia, większą część czasu spędza na uczelni, w pozycji siedzącej. Pacjentka zgłasza, że często miewa trudności w zasypianiu i średnio raz w miesiącu zdarzają się jej bezsenne noce. Pacjentka nie przyjmuje na stałe żadnych innych leków oprócz leku Avonex, nie stwierdzono też żadnego uczulenia. Pacjentka w sierpniu przeżyła operację w znieczuleniu ogólnym metodą laparaskopową usunięcia pęcherzyka żółciowego.

W skali EDSS pacjentka otrzymała 1 punkt.

W skali Barthel pacjentka otrzymała 95 punktów i jej stan został określony jako „lekki”.

W skali Tinetti pacjentka otrzymała 26 punktów oznacza to, że istnieje niskie ryzyko upadku.

W skali Lovetta pacjentka otrzymała 4 punkty, oznacza to, że jest zdolna do wykonania czynnego ruchu z dodatkowym obciążeniem.

W skali depresji Becka pacjentka otrzymała 10 punktów i nie ma podejrzenia depresji

Temperatura ciała pacjenta (20.12.2018r. godz. 19.30): 38,5 °C

Ciśnienie tętnicze krwi: 143/95

Tętno: 85 uderzeń/min

Wzrost: 177 cm

Waga: 82 kg BMI: 26,2

Indywidualny plan opieki pielęgniarczej

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Złe samopoczucie oraz wystąpienie objawów grypopodobnych (dreszcze, gorączka, bóle mięśniowe) spowodowane pojawieniem się działań niepożądanych stosowanego leczenia.

Cel działań:

- Zniwelowanie lub złagodzenie dolegliwości grypopodobnych związanych z działaniami niepożądanymi spowodowanymi stosowanym leczeniem interferonem 1A (Avonex).
- Obniżenie temperatury ciała pacjentki oraz poprawa samopoczucia.
- Plan opieki:

- Monitorowanie narastania gorączki oraz innych dolegliwości po podaniu leku,
- Zastosowanie chłodzącego okładu (pachwiny, kark, czoło), nakładanie okładu na 15-20 minut w okolice dużych naczyń krwionośnych oraz powtarzanie tej czynności co 2-3 godziny,
- Zadbanie o to, aby pacjent był ubrany w przewiewną piżamę oraz zmienianie jej w razie potrzeby.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniego mikroklimatu w sali, tak, aby wilgotność utrzymywała się na poziomie 70-80% oraz temperatura w pomieszczeniu była ok. 18 – 20°C.
- Przypominanie pacjentce o spożywaniu dużej ilości płynów w celu nawodnienia organizmu, podawanie do picia wody niegazowanej (1,5-2l).
- Zapewnienie pacjentce odpowiednich warunków do odpoczynku.
- Kontrolowanie temperatury pacjenta co 2 godziny oraz dokumentowanie tej czynności w dokumentacji medycznej.
- Podawanie kolejnych dawek leku – interferonu α 1A w godzinach wieczornych, aby działania niepożądane, które mogą wystąpić wystąpiły w czasie snu pacjenta, wtedy istnieje prawdopodobieństwo, że nie odczuje ona tych działań niepożądanych.
- Zgłaszanie wszelkich objawów w przypadku ich narastania lekarzowi programu lekowego przy każdym kolejno podanym leku oraz zapisywanie tych objawów w dzienniczku pacjentki.
- Podawanie leków na zlecenie lekarskie z grupy Niesteroidowych Leków Przeciwwzapalnych godzinę przed wykonaniem wstrzyknięcia leku Avonex (2 tabletki Paracetamolu lub 1 tabletka ibuprofenu) oraz podawanie leku następnego dnia.
- Ocena: Temperatura ciała pacjentki obniżyła się do 36,8 °C, konieczna jest dalsza obserwacja. Działania niepożądane leku nadal występują, ale ich nasilenie jest słabsze.

Diagnoza pielęgniarska 2: Zaburzenia równowagi spowodowane spastycznością mięśni.

Cel działań:

- Zapobieganie upadkom.
- Zapewnienie bezpieczeństwa chorej.

Plan opieki:

- Jeżeli istnieje taka konieczność zapewnienie pacjentce obecności przy podczas dłuższych spacerów.

- Zabezpieczenie ostrych elementów (kant stołu, szafki), które mogą narazić pacjentkę na urazy.
- Zadbanie o to, aby buty, w których chodzi pacjentka miały gumową podeszwę, która zapobiega poślizgnięciu się.
- Zalecenie rodzinie oraz pacjentce, aby w łazience i toalecie przymocować uchwyty, których chora będzie się mogła się podtrzymać, a wannie i pod prysznicem umieszczenie mat antypoślizgowych oraz wyposażenie łazienki w krzeselko prysznicowe.
- Polecenie rodzinie oraz pacjentce, aby w mieszkaniu zrezygnować z chodników i dywanów, które łatwo się przesuwają i zawijają, najlepiej zamienić je na wykładzinę lub podkłady antypoślizgowe.

Ocena: Pacjent ma zapewnione bezpieczeństwo nie ma ryzyka upadku.

Diagnoza pielęgniarska 3: Wystąpienie dolegliwości bólowych (ból głowy, zawroty głowy, bóle kręgosłupa) w wyniku sytuacji stresowych oraz wahań ciśnienia tętniczego krwi.

Cel działań:

- Obniżenie dolegliwości bólowych.
- Zapobieganie dużym wahanom ciśnienia tętniczego krwi.

Plan opieki:

- Kontrola parametrów życiowych: (ciśnienie tętnicze, tętno) oraz dokumentowanie wyników w dokumentacji medycznej pacjenta.
- Zapewnienie pacjentce odpowiednich warunków do odpoczynku (zamknięcie drzwi do sali pacjentki, zgaszenie światła, zasłonięcie rolet).
- Zadbanie o to, aby pacjentka nie wykonywała gwałtownych ruchów, które mogą nasilić zawroty głowy, pacjentka powinna powoli wstawać z łóżka, unikać częstego schylania się.
- Zalecenie chorej unikania sytuacji, które mogą powodować nasilenie dolegliwości – sytuacje stresowe, nadmierny wysiłek, wysokie temperatury.
- Dbanie o właściwe nawodnienie pacjenta, przypominanie, że chora powinna spożywać 1,5 litra płynów dziennie (najlepiej woda niegazowana).
- W razie nasilenia dolegliwości bólowych podanie leków przeciwbólowych lub obniżających ciśnienie tętnicze krwi na zlecenie lekarza.

Ocena: Dolegliwości bólowe ustąpiły, w skali NRS pacjentka ocenia ból na 1/10 punktów, zawroty głowy zdarzają się rzadziej. Zalecono, aby pacjentka nadal dużo odpoczywała i unikała sytuacji stresowych.

Diagnoza pielęgniarska 4: Trudności pacjentki z trzymaniem moczu oraz odczuwanie bólu w trakcie mikcji spowodowane osłabieniem mięśni zwieraczy.

Cel działań:

- Zapobieganie infekcjom układu moczowego.
- Zapewnienie większej kontroli oddawania moczu przez pacjentkę.
- Zniwelowanie dolegliwości bólowych w trakcie oddawania moczu.

Plan opieki:

1. Nauczenie pacjentki wypracowania techniki trzymania moczu oraz prawidłowej mikcji stosując takie sposoby jak:
 - Planowanie ilości oraz pory przyjmowania płynów.
 - Ograniczanie picia dużej ilości płynów przed pójściem spać.
 - Pilnowanie, aby korzystać w toalety w ustalonych i stałych godzinach dnia, co może pomóc w zwiększeniu pojemności czynnościowej pęcherza.
 - W czasie oddawania moczu przerywanie strumienia moczu, aby wzmocnić mięśnie zwieraczy cewki moczowej.
2. Stosowanie prowokacji pęcherza moczowego poprzez odkręcanie wody w kranie, polewanie okolicy krocza ciepłą wodą,) w celu wywołania mikcji.
3. Zachęcanie chorej do ćwiczenia mięśni Kegla, które wzmacniają mięśnie dna miednicy mniejszej oraz regularne wykonywanie ćwiczeń ogólnousprawniających.
4. Zalecenie pacjentce, aby wykluczyła ze swojej diety płynów oraz pokarmów o działaniu moczopędnym (np. mocna kawa, zielona herbata, arbuz, winogrona).
5. Zapobieganie infekcjom układu moczowego poprzez nawadnianie pacjenta (1,5 litra płynów w ciągu dnia, najlepiej woda niegazowana), dbanie o właściwą higienę okolic intymnych oraz stosowanie do mycia środków bezzapachowych, o pH 5,5, które nie będą wysuszały i uczulały skóry pacjentki, mycie oraz wycieranie okolic intymnych w kierunku od przodu do tyłu, co zapobiega przemieszczaniu się bakterii z okolicy odbytu w okolice ujścia cewki moczowej.
6. W przypadku wystąpienia silnego parcia na mocz umożliwienie oraz pomoc pacjentce w dotarciu do toalety lub podanie basenu.

7. W razie konieczności zastosowanie wkładek urologicznych, pieluchomajtek i podkładow.
8. Ocena nawodnienia pacjentki (ocena skóry i błon śluzowych, bilans płynów, dobowy zbiórka moczu).
9. Jeśli objawy dyzuryczne (ból w trakcie mikcji) nie ustąpią wykonywanie na zlecenie lekarza badań moczu oraz w razie konieczności konsultacja z lekarzem urologiem.

Ocena: Pacjentka U.W. nie zgłasza dolegliwości bólowych w trakcie mikcji, ale nadal utrzymuje się nietrzymanie moczu tylko w mniejszym stopniu, konieczna jest dalsza obserwacja stanu nawodnienia pacjentki oraz objawów dyzurycznych zgłaszanych przez pacjentkę.

Diagnoza pielęgniarska 5: Wystąpienie zaparć spowodowane ograniczeniem aktywności fizycznej oraz nieprawidłową dietą.

Cel działań:

- Próba zminimalizowania zaparć.
- Uregulowanie wydalania stolca.

Plan opieki:

1. Zastosowanie diety bogato resztkowej- zwiększenie ilości błonnika pokarmowego do 30/35 g na dobę, w kilku porcjach poprzez podawanie: produktów zbożowych: kaszy gryczanej, kaszy jęczmiennej, ryżu brązowego, chleba razowego, otręb pszennych i żytnich, owoców i warzyw: czarne jagody, jeżyny, porzeczki, maliny, brzoskwinie, mandarynki, seler, czosnek, kapusta, jogurtu naturalnego lub kefiru, które w swoim składzie zawierają żywe kultury bakterii.
2. Wyeliminowanie z diety pacjentki: żywności wysoko przetworzonej, słodczy, napojów słodzonych gazowanych, żywności typu fast food.
3. Podawanie do picia pacjentowi wody niegazowanej 1,5-2 litry/dobę.
4. Regularne spożywanie posiłków oraz zadbanie, aby dieta pacjentki była urozmaicona (spożywanie 4-5 posiłków dziennie).
5. Zwiększenie aktywności ruchowej pacjenta podczas leżenia w łóżku w miarę możliwości: częsta zmiana pozycji, ćwiczenia mięśni tłocznych brzucha.
6. Zachęcanie pacjentki o wprowadzenie większej aktywności fizycznej w życiu codziennym.
7. Wykonywanie masażu brzucha okrężnymi ruchami, kilka razy dziennie przez 2-3 minuty.

8. Zapewnienie pacjentce warunków spokoju i ciszy w czasie defekacji.
9. Jeśli powyższe działania nie pomogą, podanie na zlecenie lekarza: leku działającego przeczyszczająco (Lactulose), założenie czopka glicerynowego lub wykonanie lewatywy, wlewki przeczyszczającej.

Ocena: Pacjentka wypróżnia się regularnie. Zalecono, aby pacjentka w dalszym ciągu dbała o zbilansowaną dietę oraz aktywność fizyczną.

Diagnoza pielęgniarska 6: Drażliwość pacjentki spowodowana trudnościami z zasypianiem.

Cel działań:

- Poprawa samopoczucia pacjentki.
- Uzyskanie efektywnego snu.

Plan opieki:

1. Rozmowa z pacjentką, aby unikała drzemek w ciągu dnia.
2. Dopilnowanie, aby pacjentka wstawała o tej samej porze każdego dnia.
3. Zapewnienie chorej odpowiedniego mikroklimatu w sali, sala powinna być wietrzona, stosowanie nawilżaczy powietrza tak, aby wilgotność utrzymywała się na poziomie 70-80% oraz temperatura w pomieszczeniu była ok. 18 – 20°C.
4. Unikanie spożywania ciężkostrawnych i obfitych posiłków przed snem, ostatni posiłek należy zjeść 2-3 godziny przed snem, nie należy też kłaść się do łóżka z pustym żołądkiem.
5. Wykluczenie z diety pacjentki kawy, mocnej herbaty, napojów energetycznych oraz innych produktów zawierających kofeinę.
6. Podawanie pacjentce gorących naparów z ziół, np. z melisy, która wykazuje działanie uspokajające.
7. Zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju w czasie odpoczynku.
8. Polecenie, aby pacjentka unikała przed snem z korzystania z telefonu komórkowego czy oglądania telewizji oraz innych urządzeń, które mogą emitować promieniowanie.
9. Zastosowanie przed snem metod relaksacji np. poprzez słuchanie spokojnej muzyki.
10. Jeśli powyższe działania nie pomogą podanie na zlecenie lekarza leków uspokajających, ułatwiających zasypianie (Relanium- pochodne benzodiazepin).

Ocena: Pacjentka coraz lepiej śpi, sporadycznie występują u niej bezsenne noce.

Diagnoza pielęgnarska 7: Wystąpienie u pacjentki zespołu zmęczenia, który utrudnia jej funkcjonowanie w życiu codziennym, ryzyko wystąpienia depresji.

Cel opieki:

- Obniżenie stopnia zmęczenia.
- Poprawa stanu sprawności fizycznej.

Plan opieki:

1. Rozpoznanie oraz znaczne ograniczenie tych czynności, które mogą powodować nadmierne zmęczenie pacjentki.
2. Zapewnienie chorej odpowiedniego mikroklimatu w sali, sala powinna być wietrzona, stosowanie nawilżaczy powietrza tak, aby wilgotność utrzymywała się na poziomie 70-80% oraz temperatura w pomieszczeniu była ok. 18 – 20°C. Dopilnowanie, aby pacjentka nie przegrzewała się.
3. Polecenie pacjentce, aby w czasie wykonywania zajęć dnia codziennego robiła częste odpoczynki, aby zmniejszyć uczucie zmęczenia,
4. Zachęcenie pacjentki do codziennej aktywności fizycznej, wykonywanie ćwiczeń fizycznych, które wpływają na poprawę funkcjonowania układu ruchu, np. spacer czy jazda na rowerze.
5. Przedstawienie pacjentce technik relaksacji, które wpłyną na obniżenie stresu, zmniejszą objawy depresyjne i wahania nastrojów. Zalecenie pacjentce stosowania technik relaksacji codziennie, a ćwiczenia powinny trwać od 15 do 20 minut, najważniejsze, aby ćwiczenia wykonywane były regularnie oraz aby pacjentka w czasie ćwiczeń przyjmowała dogodną pozycję, w której będzie w stanie się odprężyć, należy również stworzyć warunki ciszy i spokoju.
6. Polecenie pacjentce, aby w domu korzystała ze sprzętów, które ułatwią jej funkcjonowanie w życiu codziennym (używanie sprzętu elektrycznego: np. zmywarka, noż, krawalnica, otwieracz, elektryczna szczoteczka do zębów).
7. Zachęcenie pacjentki, aby w swoim otoczeniu wprowadzała takie zmiany, które ułatwią jej funkcjonowanie np. układanie przedmiotów, które są często używane w zasięgu dłoni, układanie lekkich przedmiotów, które są rzadko używane na wyższych półkach, a przedmioty ciężkie na niższych, utrzymywanie porządku w swoim otoczeniu oraz zadbanie o odpowiednie oświetlenie w pokoju, aby nie męczyć wzroku.
8. Edukacja chorego na temat tego jakie czynniki mogą powodować nasilenie zmęczenia: działania niepożądane przyjmowanych leków, infekcje, lęk, obniżenie nastroju, zaburzenia snu.

Ocena: Pacjentka nadal skarży się na zmęczenie lecz depresja nie została zdiagnozowana, konieczna jest dalsza obserwacja chorej.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia miejscowych objawów niepożądanych w trakcie leczenia interferonem 1A (Avonex).

Cel działań: Zapobieganie wystąpienia miejscowych objawów niepożądanych leczenia interferonem Beta 1A.

Plan opieki:

1. Nauczenie pacjentki prawidłowej techniki podawania leku przy pomocy wstrzykiwacza, należy pamiętać o zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki.
2. Poinformowanie pacjentki o zmianie miejsca wkłucia przy każdym podaniu leku (ramię, udo, pośladek i zmiana strony ciała) oraz o omijaniu miejsc, które są zaczerwienione, bolesne oraz miejsc w okolicy, których występuje odczyn zapalny.
3. W przypadku wystąpienia odczynu zapalnego przykładanie zimnych okładów w miejscu wstrzyknięcia w postaci okładu żelowego do 2 godzin po wstrzyknięciu.
4. Lek należy podać jak najszybciej po przygotowaniu, może być przechowywany w temperaturze 2°C - 8°C do sześciu godzin przed wykonaniem wstrzyknięcia. Leki w opakowaniu należy przechowywać w temperaturze poniżej 25°C.
5. Zachęcenie pacjentki do prowadzenia dzienniczka wstrzyknień oraz dokładne zapisywanie daty, godziny, miejsca wstrzyknięcia oraz wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanych.
6. Wparcie pacjentki w czasie trwania leczenia interferonem oraz odpowiadanie na wszelkie pytania chorej, aby zapobiec objawom niepożądanym oraz nie zniechęcić pacjentki do leczenia.

Ocena: Nie zaobserwowano miejscowych objawów niepożądanych, konieczna jest dalsza obserwacja.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko powstania przykurczy w wyniku wzmożonego napięcia mięśniowego.

Cel działań: Zapobieganie powstawania przykurczów.

Plan opieki:

1. Próba wyeliminowania czynników, które mogą wzmacniać spastyczność mięśni: duże wahania temperatury, zakażenia, noszenie zbyt obcisłej odzieży, wypełniony pęcherz moczowy oraz zaleganie moczu, infekcje układu moczowego, stres,

2. Polecenie pacjentce, aby w czasie snu lub odpoczynku układała się w prawidłowej pozycji: Na boku po tej stronie, gdzie spastyczność jest mniejsza, Na brzuchu, aby odciążyć mięśnie grzbietowe, Umieszczanie pomiędzy stawy kolanowe i biodrowe poduszek, wałków lub zwinięty ręcznik, koc, co zmniejsza napięcie mięśni, Układanie stóp w ustawieniu pośrednim tak, aby kąt między stopą i łydką wynosił 90 st..
3. Unikanie wykonywania gwałtownych ruchów, które nasilają spastyczność, pomocne będzie zamontowanie uchwytów, drabinek, które pomogą pacjentce i unikną gwałtownych spięć mięśni.
4. Udział pacjentki w rehabilitacji oraz dbanie o codzienną aktywność fizyczną, indywidualnie dostosowaną do chorej: Fizjoterapia powinna być prowadzona w sposób ciągły, najlepiej, aby pacjentka wybrała stałą porę dnia na aktywność fizyczną dostosowaną do sił i energii pacjentki; Nie zaleca się wykonywania ćwiczeń bezpośrednio przed posiłkiem ani na czczo, optymalny czas to 1 godzina przed posiłkiem; Należy unikać przegrzania organizmu pacjentki (co zwiększa spastyczność i nasila zmęczenie), ćwiczenia powinny być prowadzone w przewietrzonym pomieszczeniu, a ćwiczenia powinny przeplatać się z ćwiczeniami oddechowymi i relaksacyjnymi; pacjentka powinna zakładać przewiewną, lekką i bawełnianą odzież. W skład ćwiczeń powinny wchodzić: ćwiczenia oddechowe: które zwiększą wydolność organizmu, ćwiczenia dynamiczne: które poprawią kondycję oraz zwiększą siłę mięśniową, ćwiczenia rozciągające: zmniejszą spastyczność oraz zwiększą zakres ruchów w stawach i poprawią elastyczność mięśni, ćwiczenia równoważne: poprawią stabilność i unikną zaburzeń równowagi, ćwiczenia koordynacyjne: poprawią koordynację ruchową pacjentki.
5. Stosowanie masażu poprzez delikatny dotyk, głaskanie mięśni pacjentki.
6. Podawanie leków na zlecenie lekarskie zmniejszających napięcie mięśniowe.

Ocena: Pacjentka stara się regularnie stosować aktywność fizyczną i stosować do zaleceń w wyniku nie doszło do przykurczy, ale konieczna jest dalsza fizjoterapia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Niebezpieczeństwo wystąpienia niedotlenienia organizmu z powodu duszności wysiłkowej pod wpływem dużej aktywności fizycznej.

Cel opieki: Zapobieganie niedotlenieniu organizmu.

Plan opieki:

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.

- Dobór właściwej dla pacjentki pozycji ciała np. wysoka, półwysoka, z opuszczonymi nogami.
- Zapewnienie pacjentce odpowiedniego mikroklimatu w sali, wilgotność na poziomie 70-80%, temperatura w pomieszczeniu ok. 18 – 20°C.
- Motywowanie chorej do stosowania ćwiczeń oddechowych, których intensywność powinna być dostosowana do jej stanu fizycznego.
- Zapewnienie pacjentce komfortu psychicznego oraz zapewnienie bezpieczeństwa w napadach duszności.
- Dostosowanie aktywności fizycznej chorej do jej stanu oraz wydolności.
- Wyeliminowanie czynności dnia codziennego, które wymagają od chorej dużego nakładu energii oraz siły, np. zastąpienie schodów windą, poproszenie członków rodziny o pomoc w czynnościach dnia codziennego.
- Zalecenie pacjentce ubierania się w wygodny strój, nieograniczający ruchów klatki piersiowej.
- **Zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza podczas czynności nasilających duszność.**

Ocena: Nie doszło do niedotlenienia organizmu, pacjent odczuwa duszność podczas większego wysiłku fizycznego. Zalecono wykonywanie aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości chorej.

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy pacjentki na temat stosowania zbilansowanej diety dostosowanej do jej choroby.

Cel działań:

- Edukacja pacjentki oraz zwiększenie świadomości dotyczące prawidłowego żywienia w SM.
- Zmiana nawyków żywieniowych pacjentki.

Plan opieki:

1. Edukacja pacjentki na temat wpływu stosowania prawidłowej diety na rozwój i przebieg choroby SM.
2. Unikanie stosowania suplementów diety bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem prowadzącym.
3. Spożywanie regularnych posiłków o stałych porach, (5-6 posiłków w małych porcjach).

4. Dostosowanie posiłków do preferencji pacjentki, posiłki powinny być urozmaicane, muszą być świeże, spożywane od razu po przygotowaniu.
5. Dbanie o prawidłowe nawodnienie pacjentki (należy wypijać 1,5 l płynów dziennie, najlepiej woda niegazowana; niewskazane są napoje słodzone oraz napoje gazowane, kawa i alkohol.
6. Ograniczenie spożywanej soli kuchennej, maksymalna dawka dzienna spożycia to 5g.
7. Unikanie spożywania posiłków wysoko przetworzonych, która zawiera dużo substancji konserwujących.
8. Odpowiednie zbilansowanie diety, w celu dostarczenia wszystkich potrzebnych składników w diecie:
 - Kwasy tłuszczowe omega-3, które działają przeciwzapalnie i przeciwzakrzepowo, stanowi również składnik tkanki nerwowej oraz siatkówki oka. Kwasy tłuszczowe Omega- 3 znajdują się głównie w rybach: łosoś, pstrąg, makrela, śledź; owocach morza: ostrygi, małże, krewetki oraz w algach i fitoplanktonie morskim.
 - Kwasy tłuszczowe omega-6, z ograniczeniem kwasu arachidonowego, który w nadmiarze może spowodować powstawanie zmian zapalnych (należy ograniczyć spożywanie tłustego mięsa). aby zapewnić kwasy tłuszczowe omega-6, należy wybierać oleje roślinne: słonecznikowy, sojowy, kukurydziany, z pestek winogron.
 - Witamina B, a głównie witamina B12, która uczestniczy w biosyntezie nukleotydów i choliny, które wchodzi w skład otoczki mielinowej. Witamina B12 naturalnie występuje w produktach pochodzenia zwierzęcego dlatego nie należy całkowicie wykluczać tych produktów.
 - Przeciwutleniacze: Witamina C (porzeczka czarna, papryka czerwona i zielona, brukselka, kalafior, szpinak, truskawki, cytryny), wykazuje działanie przeciwutleniające inaktywuje wolne rodniki, zakwasza mocz, co obniża ryzyko zakażeń układu moczowego. Witamina E (tłuszcze roślinne, kapusta biała, papryka czerwona i zielona, otręby pszenne, natka pietruszki), ogranicza procesy zapalne w układzie nerwowym. Witamina D (występuje głównie w rybach morskich, owocach morza oraz tranie) niezbędna do funkcjonowania układów mięśniowego, nerwowego i odpornościowego.
9. Współpraca z dietetykiem, który obliczy zapotrzebowanie energetyczne pacjentki, uwzględni potrzeby oraz aktualny stan zdrowia oraz zbilansuje posiłki tak, aby każdy z nich dostarczał potrzebne składniki odżywcze.

Ocena: Pacjentka jest bardziej świadoma i wie jak prawidłowo się odżywiać, wykazuje chęć zmiany swoich nawyków żywieniowych.

Diagnoza pielęgniarska 12: Obawa pacjentki przed dalszą hospitalizacją spowodowana rozwojem i następstwem choroby.

Cel: Zmniejszenie obawy i lęku pacjentki do dalszej hospitalizacji.

Plan opieki:

1. Rozmowa lekarza, pielęgniarki i psychologa z pacjentką.
2. Okazywanie wsparcia pacjentce, zaangażowanie rodziny oraz zespołu terapeutycznego.
3. Zwracanie się do pacjentki z życzliwością, cierpliwością i spokojem, okazywanie zrozumienia oraz poświęcanie czasu pacjentce, w czasie rozmowy unikanie stosowania medycznych określeń, których nie rozumie pacjentka, wszelkie niezrozumiałe kwestie powinny być wyjaśniane pacjentce.
4. Rozmowa z pacjentką na temat możliwości leczenia w programie lekowym stwardnienia rozsianego różnymi preparatami, które może okazać się lepiej tolerowane przez organizm, a w przypadku nieskuteczności leków I rzędu istnieje możliwość leczenia lekami II rzędu.
5. Informowanie pacjentki o celu oraz sposobie wykonywanych zabiegów diagnostyczno-terapeutycznych.
6. Zachęcanie pacjentki do nawiązywania kontaktów z otoczeniem oraz stwarzanie warunków do rozmowy, w celu odwrócenia uwagi od choroby pacjentki.

Ocena: Odczucie obawy i lęku zmniejszyło się. Pacjentka jest pozytywnie nastawiona do terapii i wyraża zgodę na dalsze leczenie.

Zalecenia pielęgniarskie po wypisie chorego ze szpitala

1. Prawidłowa technika podawania interferonu α 1A przy pomocy automatycznego wstrzykiwacza:
 - Lek należy podawać jak najszybciej po przygotowaniu, może być przechowywany w temperaturze 2°C - 8°C do sześciu godzin przed wykonaniem wstrzyknięcia. Leki w opakowaniu należy przechowywać w temperaturze poniżej 25°C.
 - Przed wykonywaniem iniekcji oraz skompletowaniem zestawu należy umyć ręce wodą z mydłem.

- Wykonując iniekcję należy zdjąć nasadkę wstrzykiwacza i nałożyć igłę, następnie wyciągnąć zabezpieczenie aż plastikowa osłonka igły „odskoczy”.
- Iniekcję wykonuje się domięśniowo pod kątem prostym każdorazowo należy zmieniać miejsce wkłucia: ramię, udo, pośladek i zmiana strony ciała oraz o omijanie miejsc, które są zaczerwienione, bolesne oraz miejsc w okolicy, których występuje odczyn zapalny.
- Miejsce wkłucia przed wykonaniem iniekcji powinno być umyte lub zdezynfekowane.
- Po wykonaniu iniekcji należy odczekać 10 sekund i dopiero usunąć igłę z ciała, aby lek został całkowicie podany.
- Bezpiecznie usunąć igłę z wstrzykiwacza.
- Prowadzenie dzienniczka wstrzyknień oraz dokładne zapisywanie daty, godziny, miejsca wstrzyknięcia oraz wystąpienia ewentualnych objawów niepożądanych.

2. Stosowanie prawidłowo zbilansowanej diety w celu uniknięcia zapać:

- Stosowanie diety, która będzie bogata w błonnik: spożywanie dużej ilości pieczywa wieloziarnistego, kasz, świeżych owoców i warzyw.
- Dodawanie do posiłków suszonych śliwek lub picie soku lub kompotu z suszonych śliwek.
- Spożywanie jogurtów naturalnych, które zawierają żywe kultury bakterii.
- Spożywanie ok. 20 g/ dobę otrąb żytnich lub pszennych (ok.1 łyżka).
- Odpowiednie nawadnianie organizmu ok. 2 litrów płynów dziennie, najbardziej zalecana jest woda niegazowana,
- Stosowanie aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości i wydolności organizmu.
- Spożywanie 4-5 małych posiłków w ciągu dnia, należy unikać przejadania się oraz zjadania dużej ilości jedzenia na raz.
- Unikanie produktów wysokoprzetworzonych (produkty typu fast food, słodyczne, ciasta, przygotowywanie posiłków gotowanych na parze i w wodzie, duszenie bez obsmażania, pieczenie w naczyniu żaroodpornym.
- Unikanie dużej ilości produktów, które zawierają tłuszcze odzwierzęce.
- Unikanie produktów o dużej zawartości cukru i sodu (soli kuchennej).

3. Przykładowy jednodniowy jadłospis:

- Śniadanie: Płatki owsiane z jabłkiem, gruszką i malinami, świeżo wyciskany sok wielowarzywny.
- II śniadanie: 2 kanapki z chlebem żytnim, tuńczykiem, pomidorem i rukolą, sok żurawinowo-malinowy.
- Obiad: Krem z dyni, marchewki i batata z grzankami z chleba pełnoziarnistego, Makaron penne pełnoziarnisty z indykiem w sosie szpinakowym. (pomiędzy zupą a drugim daniem zaleca się zrobienie przerwy min. 1 godziny).
- Podwieczorek: Sałatka ze świeżych warzyw z oliwą i sokiem z cytryny, herbata ziołowa np. melisa.
- Kolacja: Zapiekana cukinia z pomidorami, mozzarellą i świeżą bazylią, herbata ziołowa imbirowo-miętowa.

4. Stosowanie aktywności fizycznej:

- Wykonywanie aktywności fizycznej 5 razy w tygodniu o umiarkowanej intensywności, aktywność powinna trwać ok. 30 minut, oraz powinna być wykonywana o stałej porze dnia.
- Każda aktywność fizyczna powinna być dostosowana do możliwości, wydolności oraz stanu zdrowia pacjenta.
- Unikanie aktywności fizycznej, która niesie za sobą duże ryzyko kontuzji i urazów np. sztuki walki, unikanie ćwiczeń siłowych z dużym obciążeniem.
- Zalecanymi formami aktywności fizycznej są ćwiczenia ogólnorozwojowe oraz pływanie. Należy przeplatać ćwiczenia relaksacyjne z oddechowymi.
- W skład ćwiczeń powinny wchodzić: ćwiczenia oddechowe, które zwiększą wydolność organizmu. Ćwiczenia dynamiczne, które poprawią kondycję oraz zwiększą siłę mięśniową. Ćwiczenia rozciągające zmniejszą spastyczność oraz zwiększą zakres ruchów w stawach i poprawią elastyczność mięśni. Ćwiczenia równoważne poprawią stabilność i zaburzenia równowagi. Ćwiczenia koordynacyjne poprawią koordynację ruchową pacjentki.
- Nie zaleca się wykonywania ćwiczeń bezpośrednio przed posiłkiem a nie na czczo, optymalny czas to 1 godzina przed posiłkiem.
- Należy ćwiczyć w pomieszczeniu przewietrzonym oraz unikać przegrzania organizmu (co niesie za sobą ryzyko zwiększenia spastyczności i nasilenia zmęczenia).

- Odzież zakładana do ćwiczeń powinna być przewiewną, lekka i bawełniana, unikanie odzieży ze sztucznych materiałów.

DYSKUSJA

Stwardnienie rozsiane jest jedną z najczęściej występujących chorób centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym o nie rozpoznanej etiologii, która dotyka głównie ludzi w młodym wieku. Pierwsze badania przeprowadzane nad zachorowalnością w Polsce były prowadzone przez Cendrowskiego [34] w 1954 r., który stwierdził, że Polska należy do strefy wysokiego ryzyka zachorowania na SM. Dane statystyczne donosiły, że w Polsce choruje ponad 60 000 tys. os., a po przeprowadzeniu badań Potemkowski A. oszacował, że w Polsce 37-91 przypadków na 100 000 tys. mieszkańców choruje na SM, co oznacza, że w Polsce choruje ok. 40 000 tys. osób [41]. J. Losy, W. Cendrowski, Ch. H. Polman [14] oraz wielu innych autorów zgadza się ze stwierdzeniem, że choroba ta dotyka ludzi w przedziale wiekowym od 20 do 40 roku życia [3, 41, 14]. Na wystąpienie i rozwój choroby ma wpływ wiele czynników środowiskowych i genetycznych. Wojciech Cendrowski [35] wśród tych czynników wymienia m.in.: czynniki ekologiczne, zakażenia wirusowe, poziom higieny, poziom witaminy D3 w organizmie, wpływ diety oraz styl życia. W każdym przypadku chorych na SM mogą mieć wpływ inne czynniki predysponujące do zachorowania, można domniemywać, że u pacjentki U.W. największy wpływ na rozwój choroby miał wpływ diety oraz styl życia.

Głównym problemem pielęgnacyjnym pacjentki było wystąpienie objawów grypopodobnych w czasie stosowania interferony beta 1A.

Jak podaje: A. Kułakowska i W. Drozdowski [36]: „Z randomizowanych badań rejestracyjnych leków I linii stosowanych w leczeniu RRSM wynika, że zarówno preparat domięśniowy, jak i podskórny IFN @ 1a skutecznie spowalnia postęp niesprawności, mierzony jako ryzyko trwałego postępu niesprawności i średni czas do pierwszego trwałego pogorszenia”. Wg badań ASSURANCE[37]: „*U niektórych pacjentów z SM długoterminowe domięśniowe stosowanie IFNB-1a wiąże się z istotnie mniejszą progresją niepełnosprawności, lepszą jakością życia oraz większą niezależnością samoopieki. Domięśniowe stosowanie IFNB-1a jest dobrze tolerowane i w ciągu 15 lat stosowania tego leku nie zidentyfikowano nowych problemów dotyczących bezpieczeństwa leczenia*”. Inne badania, które zostały przeprowadzone, aby zbadać występowanie skórnych zdarzeń niepożądanych wykazały, że

miejscowe odczyny skórne pojawiały się u ok. 90% pacjentów, którzy leczeni byli octanem glatirameru lub interferonem beta podskórnie. W badaniach, które w swoim artykule przedstawili Balak D. M. W., Henstman G. J. D., Cakmak A., Bing T. [26] w przypadku leczenia interferonem β -1a domięśniowo, miejscowy odczyn wystąpił u 33% osób badanych.

Kolejnym ważnym problemem, z którym zmagala się opisana powyżej pacjentka oraz wielu innych chorych ze stwardnieniem rozsianym to zespół zmęczenia. A. Stęposz, P. Puz, A. Lasek-Bal [38] w swoim artykule wspominają, że zespół zmęczenia jest najczęstszym problemem w SM. Oceniają, że problem ten dotyka ponad 80% pacjentów, a 40% chorych ocenia to jako najbardziej uciążliwy problem. Gabryelewicz T. oraz Mandecka M. [17] zespół zmęczenia definiują jako „przytłaczające uczucie zmęczenia, znużenia i całkowitego wyczerpania lub całkowity brak energii fizycznej albo psychicznej”. Zespół zmęczenia bardzo często wiąże się z występowaniem zaburzeń nastroju oraz depresją. Przeprowadzono wiele badań i nie zostało stwierdzone czy leczenie interferonem Beta 1a ma wpływ na występowanie objawów depresyjnych lub zespołu zmęczenia, zdaniem Gabryelewicza T. i Mandeckiej M. każdy pacjent chory na SM powinien być badany pod kątem zaburzeń depresyjnych. U wyżej opisanej pacjentki wystąpił zespół zmęczenia oraz była ona diagnozowana pod kątem zaburzeń depresyjnych jednak depresja nie została u niej zdiagnozowana.

Następnym aspektem, który według badań ma duży wpływ na rozwój choroby jest dieta pacjenta. Wiele badań potwierdziło, że niski poziom witaminy D w organizmie człowieka skutkuje wyższym ryzykiem wystąpienia SM. Jak piszą w swoim artykule Dąbrowska-Bender M. oraz Mirowska-Guzel D. [39] wskazują iż: zwiększona ekspozycja skóry na promieniowanie słoneczne, rutynowa suplementacja witaminą D oraz prawidłowo zbilansowana dieta mogą obniżać ryzyko zachorowania na SM oraz modulować przebieg choroby (np. łagodzić jej zaostrzenia) oraz zmniejszać częstość jej nawrotów u pacjentów z postacią rzutowo-remisyjną”. Badanie przeprowadzone przez Runia i wsp [6] potwierdziło, że osoby, u których stwierdzono niższe stężenie witaminy D miały dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia rzutu choroby. Niektórzy badacze twierdzą również, że odpowiednie stężenie witaminy D w organizmie może wpływać na hamowanie demielinizacji nerwów [6]. Timmerman i Stuifbergen w swoich badaniach potwierdzili, że dieta pacjentów z SM jest uboga w węglowodany, błonnik, witaminę E, wapń i cynk [6]. Pacjenci z SM często nadużywają produktów pochodzenia zwierzęcego oraz produktów wysoko przetworzonych. Brzostek K. i Ukleja A. zwróciły uwagę, że chorzy z SM często cierpią na nadwagę i otyłość czego powodem jest: „obniżona sprawność ruchowa, a w konsekwencji mniejsze wydatki energetyczne, przyjmowanie steroidów, antydepresantów, a także mało aktywny tryb życia”

[6]. Wojciech Cendrowski w swojej pracy zauważył, że dieta bogata w konserwanty, pestycydy oraz antybiotyki zmienia mikrobiom jelitowy, co może mieć wpływ na zwiększone ryzyko chorób autoimmunizacyjnych [35]. Mowry. i Jhangi, Rumah i wsp., oraz inni w swoich badaniach potwierdzili, że mikrobiom jelitowy osób z SM oraz osób zdrowy różni się co wskazuje na dużą rolę bakterii jelitowych w rozwoju choroby [40]. W przypadku Pani U.W. dieta oraz prowadzony tryb życia miały duży wpływ na rozwój choroby. Opisywana pacjentka zmagająca się z nadwagą, a tryb życia, który prowadzi jest nieregularny. Pani U.W. nigdy nie zwracała uwagi na odpowiednio zbilansowaną dietę, a w jej diecie zawsze brakowało składników odżywczych. Ch. Wagener, K. Brzostek, A. Ukleja [6,41] w swoich publikacjach zwróciły uwagę na pozytywny wpływ stosowania diety „Swanka” u chorych z SM. Prof. Dr Swank jako pierwszy prowadził badania dotyczące wpływu diety na przebieg stwardnienia rozsianego. W swoich badaniach dowiódł, że spożywanie dużych ilości nasyconych kwasów tłuszczowych wpływa na zwiększone ryzyko występowania SM. Według Dr Swanka SM występuje do ośmiu razy częściej w krajach o dużym spożyciu mięsa i masła niż w krajach o wysokim spożyciu ryb oraz oleju. Ch. Wagener [41] zwróciła uwagę na dietę Eversa, tak jak napisał Ever „... *to jak dany naród się odżywia, czy jest to surowa ryba u Eskimosów, czy też wegetariańska dieta- u mieszkańców wybrzeży Kongo, albo produkty mleczne- jak u Nomadów ma wpływ na jego zdrowie (...) nacje te nie zapadają na współczesne choroby, gdyż spożywają bardzo naturalne produkty spożywcze*”. Ch. Wagener umieściła również opinię WHO na temat teorii dr Eversa: „Europejczykom brakuje często świadomości tego że sposób odżywiania się nawet w krajach wysokorozwiniętych stanowi problem. Niezdrowa żywność i będące wynikiem jej spożywania choroby stanowią ogromne obciążenie, nie tylko w państwach uprzemysłowionych” (wypowiedź podczas forum WHO Nitrition and Food Policy 2002- dr Karen Lock) [41].

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych badań zostały sformułowane następujące wnioski:

1. Korzystając z informacji zebranych podczas wywiadu z pacjentką, wykonanych pomiarów oraz wyników (ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, temperatura), analizy jej dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia pacjentki przy pomocy skal, wyłoniono problemy pielęgnacyjne i zaplanowano odpowiedni plan opieki.
2. Problemami pielęgnacyjnymi, które zostały zdiagnozowane u pacjentki były:

- Złe samopoczucie (dreszcze, gorączka, bóle mięśniowe) spowodowane pojawieniem się działań niepożądanych stosowanego leczenia.
- Zaburzenia równowagi spowodowane spastycznością mięśni.
- Wystąpienie dolegliwości bólowych (ból głowy oraz zawroty głowy) w wyniku sytuacji stresowych oraz wahań ciśnienia tętniczego krwi.
- Trudności pacjentki z trzymaniem moczu oraz odczuwanie bólu w trakcie mikcji spowodowane osłabieniem mięśni zwieraczy.
- Wystąpienie zaparć spowodowane ograniczeniem aktywności fizycznej oraz nieprawidłową dietą.
- Drażliwość pacjentki spowodowana trudnościami z zasypianiem.
- Wystąpienie u pacjentki zespołu zmęczenia, który utrudnia jej funkcjonowanie w życiu codziennym.
- Ryzyko wystąpienia miejscowych objawów niepożądanych w trakcie leczenia interferonem (Avonex).
- Ryzyko powstania przykurczy w wyniku wzmożonego napięcia mięśniowego.
- Niebezpieczeństwo wystąpienia niedotlenienia organizmu z powodu duszności wysiłkowej pod wpływem dużej aktywności fizycznej.
- Deficyt wiedzy pacjentki na temat stosowania zbilansowanej diety.
- Obawa pacjentki przed dalszą hospitalizacją spowodowana rozwojem i następstwem choroby.

Na podstawie danego przypadku ułożono zalecenia pielęgnacyjne dla pacjentki po wypisie ze szpitala zawarto w nich wskazówki dotyczące podawania leków oraz przedstawiono pacjentce przykładowy jadłospis

PIŚMIENNICTWO

1. Losy J.: Podstawy kliniczne chorób demielinizacyjnych - stwardnienie rozsiane [w:] Pielęgniarstwo Neurologiczne. Jaracz K., Kozubski W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 250-257.
2. Jasińska J.: Stwardnienie rozsiane (SM) Poradnik chorego i terapeuty. Wydawnictwo Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, Olsztyn 2008, 7-77.
3. Losy J.: Stwardnienie Rozsiane. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2013.

4. Szyluk B.: Geny i czynniki środowiskowe w stwardnieniu rozsianym. Aktualności SM, 2016, 1, 7-8.
5. Mirowska-Guzel D.: Zalecenia i porady dla chorych na SM. Wydawnictwo Medical Education, Warszawa 2016, 3-20.
6. Brzostek K., Ukleja A. : Rola diety w stwardnieniu rozsianym. Polski Mercuriusz Lekarski, 2017, XLII (247), 47-49.
7. Głąbiński A.: Choroby demielinizacyjne [w :] Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa. Adamkiewicz B., Głąbiński A ., Klimek A . (red.). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, 73-79.
8. Walczak A.: Postępująca postać stwardnienia rozsianego - charakterystyka, przebieg i rokowanie. MS REPORT 2015, 4(15), 14-18.
9. Członkowska A., Losy J.: Stwardnienie rozsiane i inne zespoły demielinizacyjne [w:] Neurologia – Kompendium. Kozubski W. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014, 374-386.
10. Juryńczyk M.: Kannabinoidy w leczeniu stwardnienia rozsianego [w:] Stwardnienie rozsiane. Selmaj K. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2013, 49-62.
11. Palasik W ., Michałowska M.: Choroby demielinizacyjne [w:] Podstawy neurologii z opisami przypadków klinicznych. Fiszer U ., Michałowska M. (red.). Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań 2010, 156-170.
12. Benz C.: SM i Ty. Jak żyć ze stwardnieniem rozsianym. Wydawnictwo Komograf Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa 2009.
13. Przeklasa-Muszyńska A.: Ból w stwardnieniu rozsianym. <https://www.mp.pl/bol/wytyczne/121338,bol-w-stwardnieniu-rozsianym> data dostępu: 31.10.2018r.
14. Polman Ch. H., Thompson A. J., Murray T. J. i wsp.: Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
15. Lowenstein N. A.: Walka ze zmęczeniem w stwardnieniu rozsianym. Wydawnictwo Komograf Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa 2011.
16. Krupińska –Dulemba A ., Paradowski B., Chojdak-Łukasiewicz J., Bładowska J.: Zaburzenia funkcji poznawczych w stwardnieniu rozsianym. Wiadomości Lekarskie, 2014, 67(4), 505-511.
17. Gabrylewicz T., Mandecka M.: Zaburzenia nastroju w stwardnieniu rozsianym. Neurologia Praktyczna, 2013, 71(2), 7-12.
18. Schwarzw S. P.: Stwardnienie rozsiane 300 wskazówek jak ułatwić sobie życie. Wydawnictwo Komograf Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa 2009.

19. Zaidat O . O ., Lerne A. J.: Neurologia. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, 384-389.
20. Woszczak M.: Postępowanie fizjoterapeutyczne w stwardnieniu rozsianym. Polski Przegląd Neurologiczny, 2008, 4, 48-49.
21. Friedrich D.: Stwardnienie rozsiane i sport - zawsze w ruchu. Wydawnictwo Komograf Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa 2016.
22. Opara J., Kucio C., Socha T., Szczygieł J.: Rola aktywności fizycznej w zapobieganiu niepełnosprawności w stwardnieniu rozsianym. Rehabilitacja Medyczna, 2012,16(2), 22-26.
23. Przybytek J., Członkowski A ., Mirowska-Guzel D.: Kannabioidy w leczeniu stwardnienia rozsianego. MS REPORT, 2017, 20(10), 21-25.
24. Dworżańska E., Mitosek-Szewczyk K., Stelmasiak Z .: Zespół zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2009, 43(1), 71-76.
25. Pietrzak A ., Michalak S., Kozubski W .: Znaczenie kliniczne przeciwciał przeciw interferonowi beta u chorych na stwardnienie rozsiane. Aktualności Neurologiczne, 2016, 16(2), 92-98.
26. Balak D. M. W ., Henstman G. J. D., Cakmak A ., Bing T.: Skórne zdarzenia niepożądane związane z lekami modyfikującymi przebieg choroby w stwardnieniu rozsianym - przegląd systematyczny. Multiple Sclerosis Journal, 2012, 18(2), 1-10.
27. Burness C.B., Deeks E. D.: Fumaran dimetylu - przegląd stosowania u pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego. CNS Drugs, 2014, 28(4), 1-16.
28. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 lutego 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Załącznik B.29,Załącznik B.46. (Dz. Urz. Min. Zdr. 2018.13)
29. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2001, 24.
30. Ślusarska B.: Podstawy działań opiekuńczych pielęgniarki [w:] Podstawy pielęgniarstwa . Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków: Pielęgniarstwo i Położnictwo TOM II. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2013,
31. Kaźmierski R., Niezgoda A .: Podstawy badania neurologicznego [w:] Pielęgniarstwo Neurologiczne. Jaracz K., Kozubski W . (red.). Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 117.
32. Modestowicz R.: Podstawy badania neuropsychologicznego [w:] Pielęgniarstwo Neurologiczne. Jaracz K., Kozubski W . (red.). Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 129-130.

33. Suchorzewski M.: Ból i jego leczenie [w :] Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wołowicka L., Dyk D. (red.). Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 292.
34. Potemkowski A.: Stwardnienie rozsiane w świecie i w Polsce- ocena epidemiologiczna. Aktualności Neurologiczne, 2009, 9, 91-97
35. Cendrowski W.: Stwardnienie rozsiane: ryzyko zachorowania i prewencja choroby. Neurologia Praktyczna, 2015, 2, 5-11
36. Kułakowska A., Drozdowski W.: Leczenie interferonami beta i octanem glatirameru a spowolnienie progresji niesprawności u chorych na stwardnienie rozsiane. Polski Przegląd Neurologiczny, 2014, 10 (4), 145-156
37. Bermel R.A., Bourdette D., Foulds P., Rudick R.A., Weinstock-Guttman B., You X.: Domięśniowe leczenie interferonem bea-1a u pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego: 15 letnia obserwacja w badaniu. Multiple Sclerosis Journal, 2010, 16 (5), 588-596
38. Stęposz A., Puz P., Lasek-Bal A.: Kliniczne metody oceny niepełnosprawności ruchowej i pozaruchowej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. MS REPORT, 2017, 2(21), 10-12.
39. Dąbrowska-Bender M., Mirowska-Guzel D.: Żywnienie chorych na stwardnienie rozsiane- przegląd piśmiennictwa. Polskie Przegląd Neurologiczny, 2015, 11(3), 136-151
40. Biliński J., Basak G.W.: W poszukiwaniu źródeł- rola flory jelitowej w zdrowiu i chorobie. Część II- mikrobiom jelitowy a stwardnienie rozsiane. MS REPORT. 2015, 4(15), 5-13
41. 41. Wagener Ch.: Stwardnienie rozsiane bezpieczne i skuteczne terapie. Naturalne metody do samodzielnego stosowania. Wydawnictwo Vital gwarancja zdrowia, Białystok 2017

PIELEGNOWANIE PACJENTA Z AUTOIMMUNOLOGICZNYM ZAPALENIEM TARCZYCY

Anna Juriewa¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy, nazywane również chorobą Hashimoto, jest chorobą przewlekłą. Na zachorowanie mają wpływ głównie predyspozycje genetyczne i czynniki środowiskowe [1,2].

Tarczyca, czyli gruczoł tarczowy, jest narządem nieparzystym. Położona jest w przedniej części szyi przed tchawicą oraz krtanią, dzięki czemu jest to jedyny gruczoł dokrewny, którego powiększenie jest widoczne z zewnątrz. Składa się z dwóch płatów bocznych połączonych wężyną, co zostało przedstawione na Rycinie 1. Często od wężyny ku górze odchodzi płat piramidowy. Wężyna leży w obrębie II-IV pierścienia tchawicy. Dolne bieguny płatów bocznych leżą na wysokości V pierścienia tchawicy, a górne na wysokości krtani. Wielkość gruczołu tarczowego różni się u osób zdrowych w zależności od ich masy ciała, płci oraz podaży jodu. U dorosłych masa gruczołu tarczowego wynosi 30-60 g. Zwykle w okresie dojrzewania u dziewcząt tarczyca jest większa niż u chłopców. Płaty boczne tarczycy mają około 4 cm długości, 2 cm szerokości oraz 2 cm grubości. Wysokość wężyny wynosi 1,5- 2 cm [3,4].

Płaty tarczycy złożone są z drobnych płacików, pokrytych tkanką łączną. Płaciki zbudowane są z 20-40 pęcherzyków gruczołowych o średnicy 0,05-0,12 mm. Pęcherzyki składają się z jednej warstwy połączonych ze sobą cylindrycznych komórek gruczołowych, które skierowane są do jego światła, wypełnionego koloidem. Pęcherzyki mogą mieć kształt okrągły, owalny lub wielokątny. Komórki pęcherzykowe wytwarzają tyreoglobulinę, która transportowana jest do światła pęcherzyka. Na granicy komórki nabłonka pęcherzykowego oraz koloidu dokonuje się jodowanie tyreoglobuliny oraz powstają hormony tarczycy, które są gromadzone w tyreoglobulinie. Pod wpływem działania tyreotropiny (TSH), czyli hormonu

tyreotropowego przysadki, koloid zostaje zaabsorbowany ze światła pęcherzyka do komórki pęcherzykowej, gdzie jest on hydrolizowany i uwalniane są z niego do krwiobiegu hormony tarczycy [3,4].

Między pęcherzykami tarczycy występują komórki okołopęcherzykowe, zwane komórkami C. Wytwarzają one kalcytoninę, która bierze udział w regulacji gospodarki wapniowej [4].

Tarczycza jest bogato unaczyniona przez 4-5 tętnic pochodzących z tętnicy szyjnej zewnętrznej oraz tętnicy podobojczykowej. Nerwy współczulne zaopatrujące tarczycę pochodzą ze zwojów szyjnych, natomiast przywspółczulne z nerwu błędnego [6,7].

Hormonami tarczycy są tyroksyna (T4) oraz trijodotyronina (T3). Powstają one w pęcherzykach gruczołu tarczowego. Początkowo są one gromadzone w tyreoglobulinie (Tg), a po proteolizie tyreoglobuliny uwalniane są do krwi. Tyreoglobulina składa się z 134 cząsteczek tyrozyny, ale z niewielkiej ich części wytwarzane są hormony. Pułę tyreoglobuliny stanowi koloid, który wypełnia światło pęcherzyków [3,4].

Hormony tarczycy to dwie połączone ze sobą cząsteczki tyroksyny oraz trzy lub cztery atomy jonu jodu, który przyłączony jest do pierścienia aromatycznego. T4 stanowi większą część wydzielanego hormonu, ale T3 jest bardziej aktywna. Tyroksyna w całości jest produkowana w tarczycy, natomiast tylko 20% trijodotyroniny pochodzi z gruczołu tarczowego, a pozostałe 80% powstaje poprzez odłączenie się od tyroksyny jednego atomu jodu w tkankach obwodowych, głównie w wątrobie i nerkach [3,4].

Komórki nabłonkowe tarczycy wychwytyują z krwi jod w postaci jodków. Komórki te wyposażone są w symporter sodowo-jodowy, który położony jest w błonie zewnętrznej. Symporter jest aktywnym białkiem błony komórkowej, które transportuje jony Na^+ i I^- z płynu pozakomórkowego do nabłonka pęcherzyków. Działa on wbrew gradientowi stężeń oraz wbrew gradientowi elektrycznemu. Jod zostaje wydzielony z komórki gruczołowej do światła pęcherzyka wraz z tyreoglobuliną [3].

W powstawaniu hormonów tarczycy bierze udział enzym peroksydazy tarczycowej. Katalizuje on dwie kolejne reakcje: jodowanie cząsteczek tyrozyny oraz syntezę tyroksyny (bądź trijodotyroniny) z dwóch jodowanych tyrozyn. Hormony te gromadzone są w koloidzie znajdującym się na powierzchni komórek nabłonkowych tarczycy, lecz pozostają one ściśle związane z cząsteczką Tg. Następnie pod wpływem lizosomów komórek nabłonkowych hormony tarczycy uwalniane są z macierzy tyreoglobulinowej i wydzielane są w postaci wolnego hormonu [3].

Wymienione wyżej procesy są stymulowane przez hormon tyreotropowy przedniego płata przysadki, czyli TSH [3]. T3 i T4 w ponad 99% są związane z trzema różnymi białkami transportowymi:

1. globuliną wiążącą tyroksynę, która transportuje $2/3$ T4,
2. prealbuminą wiążącą tyroksynę,
3. albuminą surowicy, która transportuje resztę T4.

Białka te utrzymują we krwi stabilną pulę hormonów, z której aktywne hormony wychwytywane są przez komórki docelowe [3,8].

Hormony tarczycy wpływają prawdopodobnie na wszystkie komórki ludzkiego organizmu:

- pobudzają podstawową oraz całkowitą przemianę materii poprzez zwiększenie zużycia tlenu i produkcję ciepła,
- zwiększają kurczliwość mięśnia sercowego oraz napięcie rozkurczowe,
- powodują wzrost liczby receptorów β -adrenergicznych,
- pobudzają ośrodek oddechowy,
- pobudzają funkcję przewodu pokarmowego poprzez przyspieszenie perystaltyki jelit,
- nasilają resorpcję kości oraz w mniejszym stopniu kościotworzenie,
- nadmiar hormonów tarczycy powoduje rozpad tkanki mięśniowej,
- wpływają na układ nerwowy i stan psychiczny,
- regulują metabolizm lipidów i węglowodanów,
- wpływają na częstość i obfitość miesiączek, w nadczynności i niedoczynności tarczycy może dojść do zaburzeń owulacji i niepłodności,
- wpływają na rozwój płodu [3,4].

Regulacja funkcji tarczycy

Synteza hormonów w tarczycy oraz jej wzrost regulowane są na drodze klasycznego ujemnego sprzężenia zwrotnego w osi podwzgórzowo–przysadkowo–tarczycowej. W jądrach przykomorowym oraz nadwzrostowym podwzgórza produkowany jest tripeptyd tyreoliberyna (TRH) – hormon, który uwalnia tyreotropinę. Tyreoliberyna uwalniana jest do krążenia wrotnego przysadki a następnie drogą krwi dostaje się do przedniego płata przysadki, tam pobudza komórki tyreotropowe do uwalniania i syntezy TSH. Tyreotropina pobudza zbieranie jodków w tarczycy, syntezę jej hormonów i uwalnianie ich do krążenia. Tyroksyna i trijodotyronina hamują zwrotnie wyzwalać TSH w przysadce mózgowej

i w niewielkiej ilości TRH w podwzgórzu, w ten sposób zamyka się pętla klasycznego ujemnego sprzężenia zwrotnego regulacji osi podwzgórze–przysadka–tarczyca, obniżone stężenie we krwi hormonów tarczycy pobudza uwalnianie TSH i TRH, natomiast podwyższone zatrzymuje uwalnianie TSH i TRH. Główny hormon regulujący w podwzgórzu i przysadce wydzielanie TSH i TRH to T3, która powstaje poprzez monodejonyzację z T4 w tkankach oraz w przysadce [4].

TSH to glikoproteina zbudowana z dwóch połączonych ze sobą podjednostek α i β . TSH wpływa na unaczynienie tarczycy, wzrost jej komórek, pobudza gromadzenie oraz metabolizm jodków w gruczole tarczowym, syntezę hormonów i uwalnianie ich do krwi z hydrolizy tyreoglobuliny [4].

Obraz kliniczny autoimmunologicznego zapalenia tarczycy

Obraz kliniczny w chorobie Hashimoto jest dość zróżnicowany i mało charakterystyczny. Zazwyczaj u pacjentów z jawną postacią tej choroby nie występują żadne objawy kliniczne albo są one bardzo dyskretne [2].

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy może występować w trzech postaciach [1,9]:

- zanikowej,
- z prawidłową objętością tarczycy
- z wolem.

Zwykle w przebiegu choroby dochodzi do zmniejszenia tarczycy. Przebieg choroby jest przewlekły i wolno postępujący [1,9]. U większości chorych proces chorobowy prowadzi do trwałej niedoczynności tarczycy, której objawami są:

- przyrost masy ciała,
- zmęczenie,
- osłabienie,
- zmniejszona tolerancja wysiłku,
- senność,
- spowolnienie psychomotoryczne,
- spowolnienie mowy,
- uczucie chłodu,
- sucha, zimna skóra o żółtawym zabarwieniu,
- nadmierne rogowacenie naskórka,

- zmniejszona potliwość,
- obrzęk śluzowaty,
- obrzęk powiek i rąk,
- suche, łamliwe i przerzedzone włosy,
- niekiedy wypadanie brwi,
- ciche tony serca,
- osłabienie tętna,
- bradykardia,
- powiększenie sylwetki serca,
- niskie ciśnienie tętnicze,
- rzadko nadciśnienie,
- ochrypły, matowy głos,
- zmniejszenie częstotliwości i spływanie oddechów,
- objawy nieżytu górnych dróg oddechowych,
- w ciężkich przypadkach objawy niewydolności oddechowej,
- przewlekłe zaparcia,
- wzdęcia,
- w ciężkich przypadkach niedrożność jelit,
- zmniejszone wydalanie wody,
- mononuropatie,
- osłabienie odruchów,
- parastezje,
- niekiedy osłabienie słuchu,
- zmniejszenie siły mięśniowej,
- bóle mięśniowe,
- kurcze mięśni,
- obrzęk stawów, zwłaszcza kolanowych,
- zaburzenia miesiączkowania,
- niepłodność,
- poronienia,
- osłabienie libido u mężczyzn,
- niekiedy zaburzenia wzwodu,

- zaburzenia pamięci,
- zmniejszenie koncentracji,
- niestabilność emocjonalna,
- niepokój,
- depresja,
- niekiedy objawy choroby afektywnej dwubiegunowej albo psychozy paranoidalnej,
- w skrajnych przypadkach otępienie i śpiączka [10,11].

Bardzo rzadko spotykane są zaostrzenia z tkliwością i nagłym powiększeniem tarczycy oraz z ogólnymi objawami zapalenia. Wówczas mogą wystąpić kliniczne objawy nadczynności tarczycy, ale ustępują one samoistnie, a następnie rozwija się niedoczynność tarczycy [9].

W badaniu histopatologicznym u pacjentów z chorobą Hashimoto stwierdza się nacieki limfocytowe z komórek T i B, mogą się tworzyć grudki chłonne. Nabłonek pęcherzykowy zanika lub ulega przemianie onkocytarnej, czasami rozrasta się brodawkowato. Typową cechą jest różnorodność występujących zmian z obszarami gruczołu tarczowego o różnym ich charakterze i stopniu nasilenia [1,12,13].

Przyczyny powstawania autoimmunologicznego zapalenia tarczycy

Powstawanie choroby Hashimoto jest procesem na który wpływ mają czynniki genetyczne oraz środowiskowe, których współwystępowanie prowadzi do rozregulowania tolerancji immunologicznej. Genetyczne predyspozycje do wystąpienia autoimmunologicznego zapalenia tarczycy są przedmiotem licznych badań, ale pozostają jedynie częściowo wyjaśnione [1].

W procesie syntezy hormonów tarczycowych kluczową rolę pełni jod. W wielu regionach świata występują obszary niedoboru jodu, a jego spożycie jest globalnie zróżnicowane. W populacjach o prawidłowym albo nadmiernym jego spożyciu częstość występowania podwyższonego stężenia autoprzeciwciał tarczycowych jest wyższa niż w populacji charakteryzującej się niedoborem jodu [1].

Istotną rolę w funkcji gruczołu tarczowego pełni również selen. Prawidłowe stężenie tego pierwiastka to jeden z elementów dobrego funkcjonowania układu immunologicznego. Niedobór selenu może mieć wpływ na procesy, które prowadzą do uszkodzenia komórki tarczycowej, reakcji autoimmunologicznych oraz zaburzeń syntezy hormonów tarczycowych [1,14].

Badania diagnostyczne

W rozpoznaniu autoimmunologicznego zapalenia tarczycy stosuje się badania laboratoryjne, na podstawie których można stwierdzić zwiększenie ilości przeciwciał antyperoksydazowych (anty-TPO) i/lub przeciwciał antytyreoglobulinowych (anty-Tg), zwiększenie stężenia TSH w surowicy (lub zmniejszenie w przypadku rzadko występującej fazy z nadczynnością) oraz zmniejszenie stężenia wolnej frakcji tyroksyny, czyli fT4 [4,9,13].

W razie wątpliwości odnośnie diagnozy, po wykonaniu powyższych badań laboratoryjnych, zaleca się wykonanie badania cytologicznego materiału pobranego z tarczycy za pomocą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC). Obraz cytologiczny bywa zróżnicowany. Mogą wystąpić masywne nacieki zapalne złożone z limfocytów i plazmocytów, mogą tworzyć się grudki chłonne oraz metaplasja onkocytarna nabłonka pęcherzyków tarczycy lub może wystąpić jedynie niewielkie włóknienie [4,9,13].

W diagnostyce obrazowej wykorzystuje się badanie ultrasonograficzne (USG) oraz scyntygrafię. Scyntygramy dostarczają informacji o położeniu czynnej tkanki tarczycy, kształcie i wielkości gruczołu, a także o rozkładzie radioaktywności [4]. USG tarczycy to nieinwazyjna, powszechnie stosowana i bardzo wartościowa metoda, która pozwala ocenić wielkość, kształt i położenie tarczycy, a także zmiany w miększu gruczołu. W początkowej fazie choroby Hashimoto w obrazie USG tarczyca może mieć prawidłową wielkość albo być powiększona, z zatartymi obrysami i zazwyczaj o jednorodnie obniżonej echogeniczności. W większości przypadków stwierdza się liczne rozsiane obszary hipoechogeniczne. W późniejszych fazach choroby tarczyca w badaniu USG staje się niejednorodnie hipoechogeniczna i trudna do odróżnienia od tkanek miękkich z nią sąsiadujących oraz ulega atrofii [4,16].

W badaniu fizykalnym u chorych z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy gruczoł ten może mieć charakter wola zanikowego, wola o nierównej powierzchni i wzmożonej konsystencji lub dużego wola guzowatego [13].

W leczeniu autoimmunologicznego zapalenia tarczycy stosuje się leczenie hormonalne lewotyroksyną. Zwykle rozpoczyna się je profilaktycznie już po stwierdzeniu podwyższonego poziomu TSH w surowicy. Wskazaniami do leczenia lewotyroksyną w niedoczynności tarczycy są cukrzyca, ciąża, choroba tarczycy w wywiadzie albo TSH > 10 mIU/l [2, 9]. W fazie nadczynności stosowane są β -blokery, rzadko niesteroidowe leki przeciwzapalne. Wyjątkowo, gdy faza nadczynności jest nasiloną i występuje zwiększona jodochwytność, można krótkotrwale podawać w małych dawkach tyreostatyki [13].

Rola diety w autoimmunologicznym zapaleniu tarczycy

Ważnym aspektem w leczeniu autoimmunologicznego zapalenia tarczycy jest zwrócenie uwagi na czynniki mogące upośledzić wchłanianie lewotyroksyny. Są nimi zbyt krótki odstęp czasu pomiędzy zażyciem leku a spożyciem pokarmu, interakcje z lekami takimi jak inhibitory pompy protonowej, czy preparaty zawierające wapń i żelazo, patologie przewodu pokarmowego, np. celiakia, nietolerancja laktozy, zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka. Niektóre składniki pokarmowe również mogą wchodzić w interakcje ze stosowanymi lekami, co może prowadzić do upośledzenia oraz obniżenia ich wchłaniania. Należą do nich dieta wegetariańska, dieta bogata w błonnik pokarmowy, spożywanie kawy espresso, a także soku grejpfrutowego [17].

Dieta osób z chorobą Hashimoto powinna składać się z 4-5 posiłków dziennie. Ostatni z posiłków należy spożyć 2-3 godziny przed snem. Regularne spożywanie posiłków zapobiega obniżeniu tempa przemiany materii. Kaloryczność diety powinna być indywidualnie dostosowana do każdego pacjenta, uwzględniając jego płeć, wiek, stan fizjologiczny, styl życia, aktywność fizyczną i choroby współistniejące. Należy pamiętać, że zbyt duże ograniczenie kaloryczne może spowodować wzrost stężenia TSH i zmniejszyć tempo metabolizmu [15,18].

Osoby cierpiące na chorobę Hashimoto powinny spożywać więcej białka niż osoby zdrowe. Zaleca się, by było to pełnowartościowe białko z produktów pochodzenia zwierzęcego. Służy ono do produkcji hormonów tarczycy oraz przyspiesza metabolizm. Ponadto prawidłowa podaż białka powstrzymuje wypadanie włosów, które jest jednym z głównych objawów choroby Hashimoto. Oprócz mięsa i ryb dobrym źródłem białka są również nasiona roślin strączkowych. Należy pamiętać, by zwiększyć ilość przyjmowanych płynów, aby ułatwić wydalanie z organizmu końcowych produktów przemian białkowych. Białko w diecie osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy powinno stanowić 15-20% całkowitej wartości energetycznej diety [17,18].

W przebiegu niedoczynności tarczycy często dochodzi do zaburzeń gospodarki węglowodanowej, w związku z tym zaleca się ograniczenie węglowodanów w diecie, a także wybór węglowodanów mających niski indeks glikemiczny. Należy także zwrócić uwagę na to, by wybierać węglowodany złożone, które dostarczają więcej witamin, składników mineralnych i błonnika pokarmowego. Można je znaleźć np. w produktach z pełnego przemiału (pieczywo, kasze, makarony) [15].

Kolejnym ważnym składnikiem diety jest błonnik, którego odpowiednia podaż może łagodzić pojawiające się u osób z chorobą Hashimoto zaparcia, które są efektem zwolnionej

motoryki jelit, a także zmniejsza pH oraz czas pasażu mas kałowych, zapobiega polipom, żylakom odbytu, pobudza ukrwienie jelit oraz obniża wartość energetyczną diety i utrzymuje uczucie sytości. Ponadto błonnik wychwytuje w jelitach związki toksyczne oraz zapobiega ich powtórnemu wchłanianiu, a także wiąże cholesterol i tłuszcz, przez co zmniejsza ryzyko chorób serca. Dobrym źródłem błonnika pokarmowego jest siemię lniane, ziarna i orzechy, pieczywo pełnoziarniste, warzywa, jabłka i gruszki. Jednak należy pamiętać, iż zbyt duża ilość błonnika w diecie może prowadzić do upośledzenia przyswajania składników mineralnych [15,18,19].

Chorzy na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy powinni zwrócić uwagę zarówno na ilość, jak i jakość spożywanych tłuszczów. Nie należy stosować niskotłuszczowych diet, gdyż może to prowadzić do upośledzenia funkcjonowania układu immunologicznego oraz niedoborów witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, ale zaleca się, by zastąpić tłuszcze nasycone nienasyconymi. Zaleca się spożywanie produktów roślinnych zawierających tłuszcze (oleju lnianego, rzepakowego, sojowego, słonecznikowego, oliwy z oliwek, awokado, pestek, nasion i orzechów). Istotną rolę odgrywają wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3. Mają one działanie przeciwzapalne, co jest bardzo istotne u osób z chorobą Hashimoto. Głównymi źródłami kwasów omega-3 są ryby morskie. Należy także dodać, że dieta bogata w wielonienasycone kwasy tłuszczowe ma wpływ na obniżenie stężenia cholesterolu we krwi, co przyczynia się do polepszenia pracy układu immunologicznego i poprawy stanu zdrowia. Tłuszcze powinny stanowić nie więcej niż 30% wartości energetycznej diety osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy [15,17-20].

Z diety osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy należy wyeliminować wszystkie mocno przetworzone produkty, takie jak: torty, czekolada, gotowe ciastka, desery, lody, biszkopty, płatki śniadaniowe, paluszki, krakersy, chipsy, chrupki, produkty fast food, gotowe sosy, zupki chińskie, konserwy, parówki, a także słodkie oranżady i napoje gazowane. Dieta powinna składać się z naturalnych produktów i składników, a produkty przetworzone, które zawierają dodatkowe substancje celowo dodawane do żywności, jak: konserwanty, barwniki, aromaty, powinny zostać wyeliminowane [15].

Niektórzy naukowcy twierdzą, że u wszystkich chorych na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy obserwuje się jakiś stopień nietolerancji glutenu, dlatego należy rozważyć stosowanie diety bezglutenowej. Podejrzewa się, iż zawarta w glutenie gliadyna powoduje produkcję przez układ odpornościowy przeciwciał przeciwko niej. Jednak przeciwciała te mogą również atakować tkankę tarczycową, która ma strukturę podobną do gliadyny. Dieta bezglutenowa hamuje ten proces [17,18].

Badania wykazują, że osoby z chorobą Hashimoto mogą przejawiać nietolerancję laktozy, dlatego zaleca się, by ograniczyły spożywanie mleka i produktów mlecznych, a najlepiej aby wybierały produkty bez laktozy. Wielu badaczy podkreśla zależność między spożyciem mleka, a rozwojem licznych chorób, także schorzeń o podłożu autoimmunologicznym. Zalecane jest urozmaicenie diety przez wprowadzenie do niej mleka roślinnego (migdałowego, kokosowego, ryżowego, orzechowego) [17].

Jednym z najważniejszych dla prawidłowego funkcjonowania tarczycy pierwiastków jest jod. Jest on niezbędny do prawidłowej produkcji hormonów tarczycy. Trzeba jednak pamiętać, że nadmiar tego pierwiastka u osób z chorobą Hashimoto może spowodować załamanie mechanizmów tolerancji i prowadzić do zaostrzenia odpowiedzi zapalnej przeciw własnym antygenom tarczycy. Głównymi źródłami jodu są owoce morza oraz ryby, w szczególności dorsz i mintaj [15,17].

Składnikiem niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego jest selen. Pierwiastek ten wchodzi w skład enzymów, które biorą udział w produkcji hormonów tarczycy. Prawidłowe działanie tego pierwiastka jest uzależnione od odpowiedniej podaży jodu, ponieważ pierwiastki te wzajemnie modyfikują swoją aktywność oraz wpływają na funkcje gruczołu tarczowego. Niedobór tych składników mineralnych może mieć wpływ na morfologiczne zmiany tkanki tarczycowej. Bogatym źródłem selenu są orzechy brazylijskie, a także ryby (dorsz, halibut, makrela) i krewetki [17,18].

Cynk ma wpływ na prawidłowe funkcjonowanie układu immunologicznego. Braki tego składnika mineralnego w organizmie skutkują zaburzeniem przemiany T4 w T3, a to może prowadzić do niedoczynności tarczycy. Główne źródła tego pierwiastka polecane chorym na Hashimoto to m. in. otręby pszenne, nasiona lnu i pestki dyni [17].

Kolejnym elementem niezbędnym w diecie osób z chorobą Hashimoto jest żelazo. Jego niedobór zmniejsza syntezę hormonów tarczycy i przyczynia się do wzrostu wydzielania TSH. W diecie osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy powinny znaleźć się: mięso czerwone, wątróbka drobiowa lub cielęca, natka pietruszki oraz żółtka jaj [15,17].

Istotne znaczenie w etiopatogenezie autoimmunologicznych chorób tarczycy ma witamina D, której niedobór obserwuje się u prawie 80% pacjentów z chorobą Hashimoto. Badania wykazują również, że im większy jest deficyt witaminy D, tym stężenie TSH jest wyższe. Niedobór tej witaminy u chorych na Hashimoto może także być przyczyną zaburzonej jelitowej absorpcji wapnia. Źródłami pokarmowymi witaminy D są tran, ryby, jaja i grzyby [15,17].

Chorobie Hashimoto często towarzyszy niedobór witaminy B12. Należy kontrolować jej stężenie w organizmie i zwracać uwagę na jej podaż w stosowanej diecie. Zalecane jest spożywanie produktów zwierzęcych, które są bogate w witaminę B12, takich jak mięso, ryby oraz jaja [15].

Dieta osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy powinna także pokrywać zapotrzebowanie na witaminy A, C, i E, które łagodzą stres oksydacyjny oraz neutralizują wolne rodniki tlenowe. Dlatego należy uwzględnić w diecie żółtko jaj, masło, wątróbkę oraz ciemnozielone, czerwone i pomarańczowe warzywa, takie jak marchew, brokuły, szpinak, papryka, dynia, a także owoce: brzoskwinie, wiśnie i pomarańcze [15,17].

Rokowanie

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy zazwyczaj prowadzi do trwałej niedoczynności gruczołu tarczowego, która wymaga, by chory przez resztę życia był leczony substytucyjnie. Prawidłowe leczenie nie przynosi żadnych negatywnych konsekwencji. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko rozwoju jawnej niedoczynności gruczołu tarczowego. Rzadkością jest transformacja autoimmunologicznego zapalenia tarczycy w pierwotnego chłoniaka złośliwego tarczycy. Bardzo rzadko dochodzi również do przejścia choroby Hashimoto w chorobę Gravesa i Basedowa [9].

CELE PRACY

1. Określenie najważniejszych problemów pielęgnacyjnych pacjentki z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy.
2. Opracowanie planu opieki nad pacjentką z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy.
3. Przygotowanie zaleceń pielęgnacyjnych dla pacjentki z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 23-letnią kobietę cierpiącą na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy typu Hashimoto, przebywającą na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży od 16 do 25 kwietnia 2019 roku.

Informacje wykorzystane w pracy zostały zgromadzone poprzez wywiad pielęgniarski, obserwację pacjentki i analizę dokumentacji medycznej. Uzyskane informacje posłużyły do wyłonienia problemów pielęgnacyjnych pacjentki, opracowaniu planu opieki oraz do oceny podejmowanych działań [23,24,25].

W pracy została użyta skala: Skala Barthel [26,27].

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka K. M., lat 23, trafiła do Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży we wtorek 16 kwietnia 2019 roku. Kobieta sama zgłosiła się do oddziału, zaniepokojona występującymi u niej objawami. Wartości podstawowych parametrów życiowych wynosiły: ciśnienie tętnicze 109/73 mm/Hg, tętno 87 u/min, temperatura 36,5°C, ilość oddechów 16/min. Waga 80, wzrost 165 cm, BMI wynosiło 29,38, co wskazuje na nadwagę. Pacjentka zgłaszała, że w ostatnich miesiącach jej waga znacząco wzrosła i ma problem ze schudnięciem. Skóra była blada, sucha i popękana, z bolesnymi ranami na łokciach i kolanach. Od kilku miesięcy pacjentka miała problemy z wypadaniem włosów. Kobieta od 4 dni nie oddawała stolca, cierpi na zaparcia. Od około roku pacjentka ma nieregularne miesiączki, ostatnia była 2 miesiące wcześniej. Zlecono bilans płynów, którego wynik wykazał zatrzymanie wody w organizmie. W czwartek 18 kwietnia 2019 roku pobrano krew na badania TSH, fT3, fT4, anty-TPO i anty-Tg. Wyniki badań wykazały obniżone stężenie TSH w surowicy (0.024 μ IU/ml) i podwyższony poziom przeciwciał anty-Tg (144 IU/ml), reszta wyników była w normie. Wykonano również badanie USG tarczycy, które wykazało obecność woli tarczycowych. U pacjentki stwierdzono autoimmunologiczne zapalenie tarczycy.

Podopieczna była zdenerwowana swoim stanem zdrowia i zmianami w swoim wyglądzie, podczas pobytu w szpitalu miała problemy ze snem. Zostało założone wkłucie obwodowe na lewym przedramieniu. Z rozmowy wynikało, iż pacjentka nie posiadała pełnej wiedzy na temat zdiagnozowanej choroby i jej leczenia. Według skali Barthel stan pacjentki został oceniony jako „lekki” (90/100 punktów).

Badana jest młodą kobietą, nie ma dzieci, wynika to z nieregularnych cykli miesięczkowych i problemów z zajściem w ciążę. Mieszka z mężem w mieście w domu jednorodzinnym, swoje warunki mieszkaniowe i sytuację materialną oceniła jako dobre. Pracuje jako sprzedawczyni w sklepie. Kobieta nie kontroluje swojej diety i jest niechętna

do zmiany swoich nawyków żywieniowych. Nie jest uzależniona od żadnych używek.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort pacjentki spowodowany suchą skórą i bolesnymi ranami na łokciach i kolanach.

Cel: Poprawa komfortu związanego z problemami skórnymi

Plan:

1. wyjaśnienie pacjentce przyczyn pojawienia się zmian skórnych na jej ciele,
2. delikatne wykonywanie zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych u chorej,
3. zalecenie chorej: używania do mycia ciała miękkiej wody z dodatkiem mydeł bez barwników i zapachu, nawilżania skóry łagodnym kremem, oliwką lub balsamem,
4. unikania przebywania w klimatyzowanych oraz zadymionych pomieszczeniach, a także intensywnego opalania się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Zaburzenia snu spowodowane hospitalizacją Cel: Polepszenie jakości snu pacjentki.

Plan:

1. rozmowa z pacjentką o czynnikach wpływających na problemy ze snem,
2. zniechęcanie do snu w dzień, aby zwiększyć efektywność snu w nocy,
3. unikanie nadmiernych wrażeń i emocji przed snem,
4. unikanie przed snem ciężkostrawnych posiłków,
5. wystrzeganie się na kilka godzin przed pójściem spać napojów zawierających kofeinę,
6. stworzenie warunków do nocnego odpoczynku, poprzez eliminację hałasu, zbyt niskich lub wysokich temperatur oraz jaskrawego światła,
7. polecenie pacjentce słuchania ulubionej relaksującej muzyki.

Diagnoza pielęgniarska 3: Zaparcia

Cel: Uzyskanie prawidłowego rytmu wypróżnień

Plan:

1. rozmowa z pacjentką dotycząca czasu trwania dolegliwości i objawów z tym związanych,
2. wprowadzenie wysokobłonnikowej diety, normalizującej perystaltykę jelit,
3. podawanie do picia odpowiedniej ilości płynów (nie mniej niż 1,5l/dobę),

4. zalecenie wykonywania masażu brzucha rano i wieczorem,
5. na zlecenie lekarza podanie doustnych środków przeczyszczających,
6. w razie konieczności zastosowanie czopków, lewatywy lub wlewki doodbytniczej.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Deficyt wiedzy pacjentki na temat choroby i jej leczenia.

Cel: Poprawa stanu wiedzy na temat choroby

Plan:

1. edukacja pacjentki na temat leczenia hormonalnego choroby Hashimoto,
2. edukacja pacjentki odnośnie zalecanej diety,
3. wskazanie chorej materiałów dotyczących choroby i zalecanej diety.

Diagnoza pielęgniarstwa 5: Niechęć pacjentki do zmiany sposobu odżywiania z powodu przyzwyczajeń oraz braku wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania

Cel: Przekonanie o konieczności przestrzegania diety

Plan:

1. wyjaśnienie pacjentce jaki wpływ ma rodzaj i czas spożywania pokarmów na występowanie dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego,
2. ukazanie chorej konsekwencji wynikających z niewłaściwego doboru pożywienia oraz nieregularnego spożywania posiłków,
3. nauczanie pacjentki obliczania wskaźnika masy ciała BMI oraz zasad doboru pokarmów w celu utrzymania prawidłowej masy ciała,
4. konstruowanie z pacjentką oraz jej rodziną przykładowych jadłospisów.

Diagnoza pielęgniarstwa 6: Niepokój i uczucie zawstydzenia spowodowane zmianami w wyglądzie pacjentki.

Cel: Poprawa samooceny

Plan:

1. wyjaśnienie chorej przyczyn zmian w jej wyglądzie,
2. codzienne kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych pacjentki, masy ciała oraz bilansu płynów,
3. przedstawienie pacjentce zaleceń nefarmakologicznie dotyczących stylu życia: odżywiania, aktywności fizycznej, utrzymania należytej masy ciała, pielęgnacji włosów i skóry, przeciwdziałania zaparciom,
4. stosowanie hormonoterapii

5. podawanie innych leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
6. zalecenie konsultacji z dietetykiem w celu ustalenia indywidualnej diety.

Zalecenia pielęgnacyjne po wypisie ze szpitala

1. Odpowiednia pielęgnacja suchej skóry oraz ran na łokciach i kolanach:
 - Do mycia ciała należy używać miękkiej wody z dodatkiem mydła bez zapachu i barwników.
 - Skórę należy nawilżać łagodnym kremem, balsamem albo oliwką.
 - Należy unikać intensywnego opalania się, a także przebywania w klimatyzowanych oraz zadymionych pomieszczeniach.
2. Stosowanie prawidłowej diety zalecanej w autoimmunologicznym zapaleniu tarczycy:
 - Spożywanie 4-5 posiłków dziennie, z których ostatni 2-3 godziny przed snem.
 - Zwiększenie ilości białka w diecie poprzez spożywanie mięsa, ryb oraz roślin strączkowych.
 - W celu zapobiegania zaparciom wprowadzenie do diety produktów bogatych w błonnik, takich jak pieczywo pełnoziarniste, kasze, ziarna i orzechy, siemię lniane, świeże warzywa i owoce.
 - Zamiana w diecie tłuszczów nasyconych na nienasycone poprzez spożywanie produktów roślinnych, które zawierają tłuszcze, np. oleju rzepakowego, słonecznikowego, lnianego, oliwy z oliwek, orzechów, awokado oraz produktów zawierających kwasy omega-3 np. ryb morskich.
 - Wyeliminowanie z diety mocno przetworzonych produktów, takich jak produkty fast food, zupki chińskie, parówki, konserwy, gotowe sosy, chrupki, krakersy, chipsy, paluszki, biszkopty, płatki śniadaniowe, gotowe ciastka, lody, desery, torty, czekolada oraz napoje gazowane i słodkie oranżady.
 - Spożywanie naturalnych produktów oraz eliminacja przetworzonych, które zawierają konserwanty, aromaty i barwniki.
 - Ograniczenie spożywania glutenu lub całkowite wyeliminowanie go z diety.
 - Zamiana produktów zawierających laktozę na te bez laktozy.
 - Wprowadzenie do diety produktów o wysokiej zawartości jodu takich jak ryby oraz owoce morza.
 - Spożywanie produktów bogatych w selen, np. orzechy brazylijskie, ryby, krewetki.

- Spożywanie pestek dyni, nasion lnu i otrębów pszennych, które są źródłami cynku w
 - diecie.
 - Zapobieganie niedoborom żelaza poprzez wprowadzenie do diety czerwonego mięsa, wątróbki wołowej lub cielęcej, żółtek jaj oraz natki pietruszki.
 - Odpowiednie nawadnianie organizmu poprzez picie co najmniej dwóch litrów wody dziennie.
3. Zmiana trybu życia.
- Wprowadzenie w życie codziennej aktywności fizycznej.
 - Wykonywanie ćwiczeń o umiarkowanej intensywności np. spacer, jazda na rowerze,
 - pływanie.
 - Wykonywanie ćwiczeń siłowych z obciążeniem np. pompki.
 - Unikanie picia alkoholu oraz palenia papierosów.

DYSKUSJA

Autorzy wykazują, iż największą ilość zachorowań obserwuje się między 45 a 65 rokiem życia [5,28], natomiast badana pacjentka dowiedziała się o swojej chorobie w wieku 23 lat.

Według Bossowskiego i Otto-Buczowskiej [2] *„obraz kliniczny jest mało charakterystyczny i dość zróżnicowany. U większości pacjentów z jawną postacią autoimmunologicznego zapalenia tarczycy z niedoczynnością nie stwierdza się żadnych objawów klinicznych choroby lub są one bardzo dyskretne”*, natomiast Lewiński i Płackiewicz-Jankowska [9] twierdzą, że w przebiegu tej choroby występują objawy niedoczynności tarczycy, które odnoszą się do wszystkich układów w ciele człowieka.

W omawianym wyżej przypadku wystąpiły objawy ze strony układu pokarmowego i rozrodczego oraz w obrębie powłok skórnych.

Według Skrok i Kozłowskiej [29] *„zaburzenia hormonalne tarczycy istotnie wiążą się z nieprawidłowościami wzrostu włosów”*. Twierdzą one, iż *„często obserwuje się nieswoiste zmiany dotyczące włosów, takie jak utrata włosów w mechanizmie telogenowym, suchość i łamliwość włosów, powolny ich wzrost”*. Badana skarżyła się na problemy

z wypadaniem włosów.

Jeśli chodzi o badania laboratoryjne, Gołkowski[1] twierdzi, że najbardziej typowe dla obrazu choroby Hashimoto jest podwyższone stężenie anty-TPO oraz anty-Tg. U badanej poziom przeciwciał anty-TPO był w normie, natomiast stężenie anty-Tg było podwyższone, co według wspomnianego autora jest charakterystyczne dla wstępnego okresu choroby.

Kosiak i wsp. [30] twierdzą, że ultrasonografia to jedyna skuteczna metoda diagnozowania osób z chorobami tarczycy. Według Nowalskiej i współautorów [16] *„w wielu przypadkach zmiany morfologiczne tarczycy widoczne w USG poprzedzają wystąpienie objawów klinicznych i zaburzeń hormonalnych”*. U pacjentki badanie ultrasonograficzne pełniło istotną rolę w diagnozowaniu, gdyż ukazało obecność woli tarczycowych.

Zakrzewska wraz z wsp. [15] pisze, że *„odpowiednio zbilansowana dieta, dostarczająca niezbędnych składników odżywczych wykorzystywanych do syntezy hormonów tarczycy, a także unikanie produktów, które mogą ten proces zaburzać ma istotne znaczenie jako działanie wspomagające leczenie”*.

Kostiukow [17] mówi, że aby zwiększyć skuteczność leczenia choroby Hashimoto *„należy zmodyfikować nawyki żywieniowe i zadbać o prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu, biorąc przy tym pod uwagę specyficzne cechy i objawy tej jednostki chorobowej”*. Poddana badaniu pacjentka przed przybyciem do szpitala nie dbała o to, by zdrowo się odżywiać, ale postanowiła zmienić swoje nawyki żywieniowe.

Ważną rolę w procesie zdrowienia pełni świadomość pacjenta na temat zaburzeń istniejących w jego organizmie.

Ślusarska [31] pisze, że *„edukacja pacjenta definiowana jest jako proces obejmujący oddziaływania wychowawcze i uczenie, skierowane na pacjenta i/lub jego środowisko, którego celem jest wpływanie na kształtowanie motywów, postaw w pożądanym prozdrowotnym kierunku zgodnym ze społecznie akceptowanymi celami promocji zdrowia”*.

W badaniach Szymańskiej-Pomorskiej [32] można zauważyć, iż pacjenci w często nie rozumieją zaleceń otrzymanych od lekarza, a wtedy zwracają się do pielęgniarki. Pokazuje to, jak istotną rolę w edukacji zdrowotnej pacjenta odgrywa pielęgniarka.

Williams [33] twierdzi, że dla pacjentów ważniejsze jest przebywanie w obecności pielęgniarki i rozmowa z nią, niż wykonywane przez nią działania.

Badana kobieta przed hospitalizacją nie wiedziała, że choruje na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy i nie miała żadnej wiedzy na temat tej choroby, ale została wyedukowana.

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych badań sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Za pomocą wywiadu pielęgniarzkiego, obserwacji pacjentki oraz analizy dokumentacji medycznej określono najważniejsze problemy pielęgnacyjne pacjentki z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy oraz opracowano plan opieki pielęgniarzkiej.
2. Wyłoniłymi u pacjentki problemami pielęgnacyjnymi były:
 - Dyskomfort pacjentki spowodowany suchą skórą i bolesnymi ranami na łokciach i kolanach.
 - Zaburzenia snu spowodowane hospitalizacją.
 - Dyskomfort pacjentki spowodowany zaparciami.
 - Niechęć pacjentki do zmiany sposobu odżywiania z powodu przyzwyczajeń oraz nieznajomości szkodliwego oddziaływania niewłaściwego odżywiania.
 - Niepokój i uczucie zawstydzenia spowodowane zmianami w wyglądzie pacjentki.
 - Deficyt wiedzy pacjentki na temat choroby i jej leczenia.
3. Przedstawiono pacjentce zalecenia po wypisie ze szpitala dotyczące pielęgnacji skóry, zmiany sposobu żywienia oraz trybu życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Gołkowski F.: Aktualne spojrzenie na etiopatogenezę i aspekty kliniczne choroby Hashimoto. Państwo i Społeczeństwo, 2016, 16(4), 101-115.
2. Bossowski A., Otto-Buczowska E.: Schorzenia tarczycy o podłożu autoimmunologicznym. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, 2015, 48(2), 108- 120.
3. Michajlik A., Ramotowski W.: Anatomia i fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 590-592.
4. Bednarek-Tupikowska G.: Wstęp do diagnostyki chorób tarczycy [w:] Endokrynologia kliniczna, Milewicz A. (red.). Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2012, 19-27.
5. Zaremba M.: Zatrzymaj Hashimoto. Wydawnictwo Pascal, Bielsko-Biała 2017, 14-23.
6. Ignasik Z.: Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, 85.

7. Bruska M.: Gruczoł tarczowy [w:] Anatomia człowieka, Woźniak W. (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, 207-208.
8. Silbernagl S., Despopoulos A.: Ilustrowana fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 288-291.
9. Lewiński A., Płaczkiewicz-Jankowska E.: Zapalenia tarczycy [w:] Choroby wewnętrzne, Szczeklik A., Gajewski P. (red.). Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, 591-595.
10. Lewiński A., Płaczkiewicz-Jankowska E.: Niedoczynność tarczycy [w:] Choroby wewnętrzne, Szczeklik A., Gajewski P. (red.). Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009, 586-591.
11. Sz wajkosz K., Wawryniuk A., Sawicka K. et al.: Hypothyroidism being caused by chronic autoimmune inflammation of the thyroid gland. Journal of Education, Health and Sport, 2017, 7(5), 41-54.
12. Beń-Skowronek I., Ciechanek R., Szewczyk L. i wsp.: Synapsy immunologiczne pomiędzy limfocytami a komórkami nabłonkowymi tarczycy w autoimmunizacyjnych chorobach tarczycy. Endokrynologia Pediatria, 2013, 4(45), 9-18.
13. Szymczak J.: Zapalenia tarczycy [w:] Endokrynologia kliniczna, Milewicz A. (red.). Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2012, 59-64.
14. Zagrodzki P., Kryczyk J.: Znaczenie selenu w leczeniu choroby Hashimoto. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2014, 68, 1129-1137.
15. Zakrzewska E., Zegan M., Michota-Katuliska E.: Zalecenia dietetyczne w niedoczynności tarczycy przy współwystępowaniu choroby Hashimoto. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna, 2015, XLVIII(2), 117-127.
16. Nowalska M., Suligowska A., Pac-Kożuchowska E.: Rola badania ultrasonograficznego w diagnostyce schorzeń gruczołu tarczowego u dzieci i młodzieży. Endokrynologia Pediatria, 2016, 4(57), 51-58.
17. Kostiukow A., Rosołek M., Romanowski M. i wsp.: Dieta jako istotny czynnik wspomagający leczenie choroby Hashimoto [w:] Medyczne aspekty kosmetyki i dietetyki, Maciąg M., Maciąg K. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2018, 200-213.
19. Ratajczak A., Moszak M., Grzymisławski M.: Zalecenia żywieniowe w niedoczynności tarczycy i chorobie Hashimoto. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne,

- 2017, 7(4), 305–311.
20. Omeljaniuk W., Dziemianowicz M., Naliwajko S. i wsp.: Ocena sposobu żywienia pacjentek z chorobą Hashimoto. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2011, 44(3), 428-433.
 21. Marciniak-Łukasiak K.: Rola i znaczenie kwasów tłuszczowych omega – 3. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2011, 6(79), 24-35.
 22. Kucharska A. M., Rymkiewicz-Kluczyńska B.: Autoimmunologiczne choroby tarczycy u dzieci [w:] *Choroby autoimmunologiczne u dzieci*, Socha J. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 130-141.
 23. Łagoda K., Czyżewska K., Kunikowska B.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu wewnątrzwydzielniczego [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne*, Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 275-306.
 24. Ślusarska B., Zarzycka D.: Ocena stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb pielęgnowania [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane działania pielęgniarские*, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 404-423.
 25. Marć M.: Gromadzenie informacji o pacjencie i jego rodzinie [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia teoretyczne*, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 250-285.
 26. Górąjek-Jóźwik J.: Pielęgnowanie [w:] *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych. Tom 1*, Ciechaniewicz W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 60-135.
 27. Ślusarska B., Zarzycka D.: Zakres i charakter działań opiekuńczych pielęgniarki [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane działania pielęgniarские*, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 43-52.
 28. Borowiak E., Kostka T.: Analiza sprawności funkcjonalnej pacjenta geriatrycznego. Rola pielęgniarki w zespole geriatrycznym. [w:] *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*, wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 99-116.
 29. Przybylik-Mazurek E., Hubalewska-Dydejczyk A., Huszno B.: Niedoczynność tarczycy na

- tle autoimmunologicznym. *Alergologia-Immunologia*, 2007, 4, 64-69.
30. Skrok A., Kozłowska A.: Rola zaburzeń hormonalnych tarczycy w nieprawidłowościach wzrostu włosów. *Przegląd Dermatologiczny*, 2013, 6(100), 384-391.
 31. Kosiak W., Piskunowicz M., Świętoń D. et al.: An additional ultrasonographic sign of Hashimoto's lymphocytic thyroiditis in children. *Journal of Ultrasonography* 2015, 15, 349–357.
 32. Ślusarska B.: Edukacja pacjenta a pielęgnowanie [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 2. Wybrane działania pielęgniarские*, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZLW, Warszawa 2011, 1047-1050.
 33. Szymańska-Pomorska G.: Praca edukacyjna pielęgniarek w opinii pacjentów. *Annales UMCS, Lublin* 2005, 40(16), 437-441.
 34. Williams A. S.: Quality and care, patient's perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 1998,12(6), 18-25.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM LECZONYM FUMARANEM DIMETYLU

Paulina Gałązka¹, Agata Gołębiowska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Układ nerwowy człowieka wyróżnia się wyjątkową pobudliwością (rozumianą jako reakcja na impuls – ochrona, unikanie lub podjęcie próby naprawy szkód i zaburzeń powstałych w wyniku zadziałania niebezpiecznego bodźca) i przewodnictwem (różnicowanie sygnałów trafiających z otoczenia, przemieszczanie się w obszarze jak również koordynowanie procesów zachodzących we wnętrzu ciała, które podtrzymują jego żywotność) [1].

Główne ogniwo robocze to łuk odruchowy, czyli przekazanie bodźca nerwowego z receptora do organu odtwórczego. Tworzą go kolejno poniższe elementy:

receptor → neuron dośrodkowy → ośrodek nerwowy → neuron odśrodkowy → efektor

Neuron dośrodkowy, nazywany też drogą aferentną, doprowadza bodziec nerwowy z receptora do OUN (*ośrodkowego układu nerwowego*). Ośrodek nerwowy (kojarzeniowy) jest zbiorowiskiem komórek nerwowych w OUN, zlokalizowany w mózgowiu bądź rdzeniu kręgowym. Następnie dany bodziec nerwowy dochodzi do neuronu odśrodkowego (ruchowego; droga eferentna), który przekazuje go do efektoru, czyli narządu wykonawczego, czego efektem jest odpowiedź na sygnał w postaci odruchów: bezwarunkowych (dziedzicznych, charakterystycznych dla każdego reprezentanta gatunku), warunkowych (klasycznych, instrumentalnych) czy też obronnych (polegających na usuwaniu niebezpiecznych składników z ustroju) i zachowawczych (utrzymujących przy życiu ustrój). Wyodrębnia się łuk odruchowy prosty, który tworzy tylko droga aferentna i eferentna oraz łuk odruchowy złożony, w którym to między neuronem dośrodkowym a odśrodkowym znajduje się ośrodek nerwowy [1,2].

Stwardnienie rozsiane (SM - *sclerosis multiplex*) definiuje się jako przewlekłą, nabytą chorobę demielinizacyjno-zapalną. Zaliczane jest do chorób autoimmunologicznych, gdyż w wyniku jego przebiegu układ odpornościowy niszczy sprawną osłonkę mielinową.

Skutkiem tego są defekty w mielinie (utruty miejscowe i całkowite oraz pojawiające się w ich miejscach blizny nazywane „stwardnieniami”) a w konsekwencji – błędny obieg sygnałów nerwowych. Zdmielinizowana powierzchnia sprawia także, iż nerw jest chwiejny, przez co bez opanowania, samorzutnie wysyła impulsy nerwowe odczuwane w postaci nienaturalnych gestów, bólu, kłucia czy mrowienia. Najwięcej blaszek demielinizacyjnych grupuje się w obszarze okołokomorowym – zmiany te zabarwiają się na brązowo-szaro, przez co mogą być błędnie uznawane za istotę szarą.

Generalnie symptomy SM klasyfikuje się w dwóch rodzajach:

- jako efekt uszkodzenia osłonki mielinowej i zanik aksonów, takie jak: nerwobóle, zaburzenia czucia w kończynach, uszkodzenia funkcji zwieraczy,
- przypuszczalnie jako efekt dostających się do obiegu proteaz, cytokin i wolnych rodników, takie jak: ogólnie słabe samopoczucie, depresja [4-7].

Postacie choroby

Fizjologiczny rozwój kliniczny SM jest jednostkowy i niemożliwy do przewidzenia, uzależniony od: powtarzalności i siły rzutów schorzenia, czasu osiągnięcia kolejnego stadium rozwoju, poziomu sprawności lub jej ograniczeń (w tym braku), a także lokalizacji zdmielinizowanych obszarów OUN. Kwalifikacja do podtypu *sclerosis multiplex* przyznawana jest na podstawie: informacji klinicznych, badań obrazowych, obecnej kondycji chorego, danych medycznych zapisanych w historii choroby. SM rozwija się agresywnie, dlatego też początkowo wykryta postać choroby może ulec zmianie[10].

Początek SM zwykle nie daje objawów, a u niemal 85% pacjentów obiera kształt **zespołu klinicznie izolowanego** (CIS – *clinically isolated syndrome*), czyli ostrego albo podostrego incydentu neurologicznego, spowodowanego pojawieniem się pojedynczej zmiany w istocie białej nerwów wzrokowych, rdzenia kręgowego bądź pnia mózgu. 5 lat po zdiagnozowaniu CIS jest okresem, w którym zagrożenie konwersją do CDMS jest najbardziej realne[11].

Naturalny rozwój SM dzieli się na cztery postaci kliniczne:

- **Rzutowo-remisyjną** (RRMS – *relapsing-remitting multiple sclerosis*) – polega na pojawieniu się rzutu SM a potem, bardziej lub mniej, zmniejszeniu objawów. Pierwotnie rzuty znikają zupełnie, natomiast z dalszym rozwojem potęgują;
- **Pierwotnie postępującą** (PPMS – *primary progressive multiple sclerosis*) – polega na ciągłym intensyfikowaniu się symptomów ze strony układu nerwowego, z jednostkowymi fazami jednostajności bądź ustąpienia objawów;

- **Wtórnie postępującą** (SPMS – *secondary progressive multiple sclerosis*) – polega na występowaniu RRMS, które z czasem zaczyna być coraz silniejsze i bardziej zróżnicowane w rozwoju (rzuty, ustąpienie objawów, jednostajność);
- **Postępująco-nawracającą** (RPMS – *progressive-relapsing multiple sclerosis*) – polega na ciągłym nasilaniu się choroby demielinizacyjno-zapalnej, z ostrymi rzutami, pomiędzy którymi widać nieustanny progres choroby [10].

RRMS to najczęstszy podtyp stwardnienia rozsianego. Zauważono także, że SPMS często pojawia się w dalszym rozwoju u chorych z RRMS a PPMS zazwyczaj dotyka pacjentów, u których symptomy schorzenia ukazały się w starszym wieku. RPMS natomiast diagnozowane jest u ok. 6-10% cierpiących na SM [10]. Pod kątem nasilenia symptomów, rozróżnia się:

- **łagodne stwardnienie rozsiane** - cechuje je mniej więcej 15 lat bez objawów neurologicznych, zauważane u 10-15% pacjentów, głównie u młodszych kobiet,
- **złośliwe stwardnienie rozsiane** - cechuje je burzliwy rozwój, szybko doprowadzający do dużej niepełnosprawności a nawet zgonu. Pojawia się stosunkowo w nielicznych przypadkach, dodatkowo dzieli się je na:
 - **stwardnienie Marburga** (symptomy nasilają się w czasie kilku tygodni, doprowadzając do zahamowania ruchowego, śpiączki bądź sztywności odmóżdzeniowej),
 - **stwardnienie koncentryczne Baló** (przebiega w czasie kilku do kilkunastu miesięcy, najpierw zauważane są symptomy ogniskowe, a później narastające porażenia kończyn, otępienie, zespół rzekomoopuszkowy lub ślepowidzenie),
 - **chorobę Schildera** (w badaniu histopatologicznym charakteryzują ją rozlane zmiany w istocie białej, w okolicy komórek z obszarami martwiczymi) [4,10].

Diagnostyka choroby

Do tej pory nie powstał schemat diagnostyki różnicowej czy też uniwersalny pakiet badań, na podstawie których można potwierdzić wystąpienie SM. Wybiera je lekarz, który swoje zlecenie bazuje na skargach pacjenta, symptomach klinicznych oraz swojej praktyce medycznej. Wdrożona diagnostyka *sclerosis multiplex* obejmuje [12]:

Badanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI - *magnetic resonance imaging*)

Umożliwia zaobserwowanie szerzenia się zmian i obszarów demielinizacyjnych, pomaga

w diagnostyce różnicowej, ułatwia obserwację rozwoju schorzenia jak również jest przydatne przy ocenie zagrożenia konwersją do CDMS u pacjentów z CIS. MRI pozwala zobrazować lokalizację i cechy patologicznych modyfikacji w sekwencjach: T1-, PD- i T2-zależnych oraz *fluid attenuated inversion recovery*. Ta ostatnia metoda, daje najlepszy obraz dzięki tłumieniu sygnału z płynu mózgowo-rdzeniowego.

Blaszki demielinizacyjne najlepiej uwidacznia się w MRI T2- i PD-zależnych, z kolei obrazy T1-zależne nakreślają „czarne dziury” (terminem tym nazywane są strefy, w których zaszło znaczne zniszczenie istoty białej i zanik neurytów. Aby oszacować dynamiczność postępu demielinizacyjnego, robione jest MRI z podaniem kontrastu, które to w sekwencji T2-zależnej pokazuje obszary, które się zintensyfikowały – miejsca aktywne, które wskazują na zdefektowanie bariery krew-mózg i przebiegający silny proces zapalny [12].

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF – *cerebrospinal fluid*)

Do jego wykonania pobierany jest CSF i krew żylna. Za pomocą ogniskowania izoelektrycznego ujawnia się **prążki oligoklonalne IgG**, których obecność w CSF a brak we krwi oraz **indeks IgG** (obliczany ze specjalnego wzoru) o wartości większej niż 0,7 – świadczą o uszkodzeniu OUN w wielu miejscach.

Stwierdzenie więcej niż jednego prążka oligoklonalnego IgG oraz charakterystyczny obraz MRI, daje do 97% szans na potwierdzenie wystąpienia SM. U pacjentów cierpiących z powodu SM prążki oligoklonalne w CSF zwykle występują już w pierwotnej fazie choroby i pozostają do końca takie same – są niewrażliwe na stosowaną farmakoterapię.

W sytuacji, gdy stwierdzono SM bez obecności prążków oligoklonalnych IgG w CSF, choroba postępuje spokojnie aczkolwiek gdy w kolejnych latach jej trwania nadal nie są widoczne w badaniach, trzeba przemyśleć słuszność postawionej diagnozy SM [10].

Badanie elektrofizjologiczne

W diagnostyce SM ich rezultaty są dowodem na to, że rozwój zapalno-demielinizacyjny rozwija się wieloogniskowo. Dzięki nim można unaocnić kolejne defekty OUN, które nie wywołują symptomów. Zwykle stosuje się wzrokowe potencjały wywołane, czasami: słuchowe, somatosensoryczne lub ruchowe. **Potencjały wywołane** to elektryczne oddźwięki z OUN, występujące z chwilowym spóźnieniem, po wywołaniu reakcji bodźca na dany receptor. Nieprawidłowe odpowiedzi potencjałów wywołanych są efektem niesprawności na szlaku receptor-kora mózgu. Uwzględnia się tu: czas opóźnienia reakcji proporcjonalnie do

bodźca, amplitudę odpowiedzi oraz jej kształt w zestawieniu ze wzorem [4,10].

Leczenie stwardnienia rozsianego

W czasie rzutu

Farmakoterapia w czasie rzutu SM głównie opiera się na stosowaniu glikokortykosteroidów. Podanie ich w trakcie rzutu sprawia, iż symptomy neurologiczne trwają krócej, chociaż jednocześnie nie ma dowodów potwierdzających ich oddziaływanie na naturalny rozwój SM. Cechuje je różnorodne działanie przeciwzapalne, jak również mają wpływ na równowagę wodno-mineralną oraz metabolizm. Zatem biorąc pod uwagę możliwe zagrożenie stworzone efektami ubocznymi (łącznie z niebezpiecznymi dla życia), glikokortykosteroidy należy podawać pod kontrolą medyków. Jeśli natomiast pacjentka jest w ciąży i ma ciężkie rzuty, podawanie tych substancji winno się przemyśleć, starając się nie używać ich w I trymestrze. W terapii rzutu choroby wykorzystuje się [12]:

- W sytuacji, gdy rzuty są ciężkie, a farmakoterapia glikokortykosteroidami nie przynosi pożądaných korzyści, zaleca się wykorzystanie plazmaferezy. Polega ona na „zabraniu” krwi z ciała chorego oraz rozdzieleniu osocza krwi i komórek. Następnie osocze, w którego skład wchodzi mnóstwo limfocytów, jest eliminowane a jego miejsce zastępuje się typowym osoczem lub albuminami ludzkimi. Tak odbudowana pojemność krwi przetaczana jest choremu. Naukowcy sądzą, że ta metoda umożliwia likwidację czynników, które działają defektywnie na osłonkę mielinową oraz/bądź zakłócają przewodnictwo nerwowe [13,14].
- Terapię immunoglobulinami (stosowanymi dożylnie w formie mieszanki immunoglobulin ludzkich) do leczenia rzutu wdraża się w przypadku, gdy istnieją przeszkody do zastosowania leczenia standardowego, takie jak: ciąża, inne choroby przewlekłe pacjenta, efekty uboczne [13,14].

Modyfikujące przebieg choroby

Farmakoterapia modyfikująca przebieg SM ma swoje główne zastosowanie w **RRMS** i włączana jest u pacjentów, u których w ciągu roku pojawił się rzut choroby bądź ukazały się kolejne zmiany w obrazie MRI. Statystyki pokazują, że leczenie modyfikujące daje najlepsze efekty w początkowych latach schorzenia, przed pojawieniem się utrwalonej niepełnosprawności. Ustalenia odnoszące się do leczenia powinny przychylić się do preferencji pacjenta, któremu należy wytłumaczyć, że terapia daje możliwość tylko częściowej poprawy,

jednocześnie stwarzając ryzyko pojawienia się efektów ubocznych[13].

Wyróżnia się tutaj: **leki I linii oraz leki II linii**. W pierwszej kolejności pacjenci przyjmują substancje z I linii - leki II linii są wdrażane jeśli: progres choroby jest spory od momentu zdiagnozowania bądź w przeciągu co najmniej roku, choroba nadal postępuje (symptomy kliniczne i obrazowe) pomimo leczenia preparatami I linii. Substancje lecznicze II linii charakteryzują się innym systemem działania oraz odmienną efektywnością kliniczną w opóźnianiu rozwoju niepełnosprawności, przy równocześnie słabszym zakresie bezpieczeństwa. Efektywność leczenia musi być poddawana systematycznej ocenie, w której bierze się pod uwagę: częstość występowania rzutów, rozwój niepełnosprawności, postęp choroby w badaniach obrazowych (MRI z kontrastem co 12 miesięcy), działania uboczne leku, wyniki badań uzupełniających (zalecanych stosownie do preparatu lekowego) [14,15].

Do leczenia **SPMS** zaleca się preparaty interferonu oraz mitoksantronu , natomiast nigdy nie należy zapominać o terapii objawowej. Z kolei **PPMS**, w wyniku deficytu odrębnego leczenia, próbuje łagodzić się lekami immunosupresyjnymi, używanymi z pozytywnym efektem w innych schorzeniach autoimmunologicznych [4,8,14].

Pod kątem występujących objawów

Cierpiący na *sclerosis multiplex* zazwyczaj potrzebują wielokierunkowej terapii, pod okiem różnych specjalistów, wprowadzających farmakologię ale również fizyko- i psychoterapię. Z powodu deficytu całkowicie efektywnej terapii przyczynowej, leczenie występujących objawów ma szczególne znaczenie dla chorych, gdyż polepsza ich komfort życia. Niżej wymienione są objawy dotyczące pacjentów z SM i proponowane metody ich leczenia:

1. Zespół zmęczenia – preferowana jest tu Amantadyna (200 mg/24h)[8].
2. Zaburzenia nastroju – wdrażane są tutaj: inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, inhibitory monoaminooksydazy bądź trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. W przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych, w zależności od ich specyfiki, farmakoterapię dostosowuje i wybiera psychiatra[10].
3. Ból – próbuje się go łagodzić różnymi lekami, stosownymi do jego rodzaju. W SM wyróżnia się takie dolegliwości bólowe jak:
 - nerwoból nerwu trójdzielnego i objaw Lhermitte’a – najlepsze efekty dają Blokery kanału sodowego, uwzględniając kontrolę funkcji wątroby i poziomu sodu;
 - silny ból kończyn i dotkliwe kurcze mięśni – włączane są Blokery kanału

sodowego, a nawet pochodzące z czwartej linii leków Kanabinoidy;

- ON - zaleca się tu stosowanie Kortykosteroidów;
 - bóle mięśniowo-szkieletowe oraz w dolnych kręgach kręgosłupa – w praktyce zwykle stosuje się Niesteroidowe leki przeciwzapalne;
 - ból głowy o charakterze napięciowym i migrenowym – leczenie według ogólnie przyjętych standardów w tych dolegliwościach [16].
4. Spastyczność (termin nazywający wygórowane napięcie mięśniowe) – ma istotny wpływ na chorego, bowiem skuteczna terapia jej sprawia, iż pacjent lepiej chodzi, rzadziej zgłasza dolegliwości bólowe i nie ma przykurczy. W pierwszej kolejności stosuje się: Baklofen (doustnie, najpierw 10 mg 1-2 razy/24h, w razie potrzeby powoli zwiększając do 50-60 mg/24h), Tyzanidynę (doustnie, najpierw 2mg 3 razy/24h, w razie potrzeby powoli zwiększając do 24-32 mg/24h, kontrolując funkcjonowanie wątroby), Diazepam (doustnie, 5-10 mg/24h), Klonazepam (doustnie, 2-6 mg/24h), toksynę botulinową (domięśniowo, gdy zawiodą inne leki, w terapii ograniczonej spastyczności), Kannabinoidy (w formie aerozolu, gdy zawiodą poprzednie terapie); jeśli nie dają pożądanych efektów, można zastosować leczenie inwazyjne, obejmujące:
- iniekcję dokanałową Baklofenu bądź Fenolu (przy czym ten drugi lek używany jest tylko u tych pacjentów, u których są już utrwalone dysfunkcje zwieracza i zaburzenia czucia, gdyż jego podanie może je wywołać);
 - przerwanie ciągłości korzeni przednich rdzenia kręgowego poprzez ich przecięcie;
 - fenolową bądź alkoholową blokadę nerwów obwodowych [6,14].
5. Osłabienie mięśni – czasem próbuje się je zmniejszać poprzez Famprydynę (doustnie, 10 mg/12h), którą należy odstawić w przypadku braku korzyści. Przed, a także w czasie trwania terapii tym lekiem, zalecane jest ocenianie czynności nerek [14].
6. Zaburzenia funkcjonowania zwieraczy – ze strony pęcherza moczowego: nietrzymanie moczu (zaleca się Cholinolityki), problem w rozpoczęciu mikiacji (stosuje się Cholinomimetyki bądź Baklofen), problem z opróżnianiem pęcherza moczowego (wskazane jest samocewnikowanie, założenie cewnika do pęcherza moczowego na stałe bądź ponawianie tej czynności); dużą grupę chorych na SM męczą zaparcia, które można zmniejszać poprzez wprowadzenie diety bogatoresztkowej [6].
7. Zaburzenia czynności seksualnych – u kobiet: maści z estrogenami bądź kremy z lubrykantami (do aplikowania miejscowego); u mężczyzn: Sildenafil, Tadalafil albo

Wardenafil lub też: Apomorfina/Johimbina (podjęzykowo) [14].

8. Ataksja i drżenia – ich leczenie nadal jest bardzo ograniczone, gdyż przynosi pożądane efekty tylko u niewielkiej grupy chorych. Objawy te próbuje się łagodzić lekami przeciwdrgawkowymi (np. Klonazepam) bądź hamującymi podwyższoną aktywację układu adrenergicznego (np. Propranolol), a gdy po ich stosowaniu nie zauważa się poprawy, rozważa się operację, w której przerywa się ciągłość włókien biegnących od wzgórza do mózdzku [4].
9. Problemy z połykaniem – jeśli ćwiczenia mięśni jamy ustnej i dostosowana dieta (rozdrobiona i zagęszczona) nie przynoszą poprawy, zaleca się założenie przetoki odżywczej [6].
10. Zaburzenia funkcji poznawczych – z powodu deficytu skutecznej substancji leczniczej,
11. zaleca się trening neuropsychologiczny, który omówiono w kolejnym rozdziale pracy [14].

Rehabilitacja pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

Od chwili, kiedy lekarz stawia diagnozę stwardnienia rozsianego, powinna również rozpocząć się rehabilitacja chorego, mająca na celu zmniejszenie niebezpieczeństwa ukazania się negatywnych objawów choroby, spowalnianie progresu SM a także zwiększanie komfortu życia. Oprócz jej wczesnego wdrożenia, istotne jest także, aby cechowała ją ciągłość i kompleksowość, której fundamentem jest współdziałanie kadry terapeutycznej, złożonej z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, jak również psychologa, pracownika socjalnego, terapeuty zajęciowego a nawet osoby duchownej [17].

W rehabilitacji pacjentów z SM wyróżnia się dwie kluczowe metody działania: terapię skupiającą się na symptomach i terapię skupiającą się na zadaniach (tzw. rehabilitację funkcjonalną, której przykładem jest trening aerobowy). Ta pierwsza wykorzystywana jest tylko w początkowym przebiegu schorzenia, ponieważ wraz z jego rozwojem dolegliwości chorobowe mieszają się nawzajem [17,18].

Zaburzenia funkcji poznawczych, poza ograniczeniem pacjentowi samodzielnego życia w wyniku niemożności wykonywania zadań codziennych, obniżają także umiejętności wykonywania prac zawodowych. Z powodu tak złego oddziaływania ich na chorego i jego bliskich, jak najszybsze rozpoczęcie rehabilitacji neuropsychologicznej jest bardzo istotne w przebiegu leczenia. Jej celem jest zmniejszanie bądź eliminowanie zaburzeń poznawczych i ich skutków oraz zwiększanie samoświadomości i umiejętności funkcjonowania chorych

w codziennym życiu pomimo występujących deficytów. Ćwiczenia umiejętności poznawczych są także polecane tej grupie pacjentów, których nie dotyczą te dysfunkcje – pomaga to w ich zapobieganiu, poprzez poszerzanie rezerwy poznawczej[19].

Opinia neuropsychologa może mieć istotny wpływ na kontynuację leczenia i rehabilitacji. Przeprowadzone przez niego badania mogą sugerować: pogarszanie stanu neurologicznego, czy chory jest w stanie sam brać leki, jak z nim rozmawiać, by w pełni rozumiał przekazywane komunikaty, w jak dużym zakresie wymaga pomocy w zadaniach życia codziennego. Rehabilitacja neuropsychologiczna daje również szansę na zmniejszenie napięcia emocjonalnego chorego, czego efektem może być aktywniejszy udział w rehabilitacji ruchowej [19].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Zidentyfikowanie najważniejszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonym Fumaranem dimetylu.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym leczonym Fumaranem dimetylu.
3. leczonym Fumaranem dimetylu.
4. Opracowanie indywidualnych zaleceń pielęgnacyjnych dla pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonym Fumaranem dimetylu.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem został objęty pacjent T.A. Oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w wieku 36 lat, u którego SM zdiagnozowano rok temu.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Wirginii Henderson określa go jako usystematyzowaną i metodyczną formę charakteryzowania trudności opiekuńczych chorego, planowanie zaradzeniu im, wdrażanie tych planów w działanie oraz ocenienie ich pod kątem skuteczności. Zorientowany jest nie tylko na problemy biologiczne chorego – dotyka także sfery psychicznej, społecznej, środowiskowej i duchowej. Dzięki temu nabiera jeszcze większego znaczenia i przypomina o holistycznym podejściu do pacjenta. Jego wieloetapowość wyróżnia 4 występujące zawsze w tej samej kolejności fazy, gdzie wszystkie łączą się ze sobą i dzielą się na poszczególne etapy.

Są nimi:

- rozpoznanie kondycji pacjenta i jego środowiska,
- zaplanowanie opieki nad nimi,
- realizacja wyznaczonych zadań
- dokonanie oceny ich efektów.

Wieloletowość sprawia, że praca pielęgniarki jest wykonywana regularnie i bez chaosu. Ciągłością procesu pielęgnowania nazywamy ustalony łańcuch czynności zespolonych i uzależnionych od siebie nawzajem. Jest to zbiór zadań, które mogą być podejmowane na nowo jeśli wymaga tego stan chorego. Jego dynamika, świadcząca o ekspresyjności dbałości o pacjenta i jego najbliższych, objawia się w modyfikowanych w wyniku postępujących zmian w stanie pacjenta i jego otoczenia działaniach pielęgnacyjnych.

Pielęgnowanie pacjenta musi być logiczne, z zachowaniem następstwa czasowego – wkraczanie w kolejne fazy i etapy następuje w sposób uzasadniony, rozumny i spójny. Zastosowanie procesu pielęgnowania ma miejsce w różnorodnych formach profilaktycznych, chorobie a także okresie terminalnym i zgonie pacjenta [20].

Na podstawie zebranych informacji zidentyfikowano problemy pielęgnacyjne, opracowano indywidualny plan opieki i zalecenia pielęgniarские dla pacjenta ze stwardnieniem rozsianym leczonego fumaranem dimetylu.

W pracy posłużono się poniższymi narzędziami:

- arkusz gromadzenia danych o pacjencie [20];
- skala NRS (*Numerical Rating Scale*) [21];
- skala Norton – [22];
- skala EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) – Rozszerzona Skala Nieprawności; klasyfikuje progres nieprawności ruchowej w wyniku rozwijającego się SM u chorych. W jej skład wchodzi podskale funkcjonalne, które oceniają czynność: umysłową, układu piramidowego, czuciowego, mózdzku, pnia mózgu, jelit i pęcherza moczowego, narządu wzroku a także innych dysfunkcji związanych z SM.

Opisuje 20 stopni (od 0 oznaczającego brak zaburzeń do 10, które wskazuje na śmierć w wyniku SM;

- 1-1,5 odpowiadają drobnym symptomom neurologicznym,
- 2-2,5 - małym dysfunkcjom,
- 3-3,5 - umiarkowanej nieprawności,
- 4-4,5 - dość pogłębionej nieprawności,

- 5-5,5 - istotnemu stopieniu inwalidztwa;
- 6 - chory potrzebuje chwilami bądź stale wsparcia sprzętem ortopedycznym z jednej strony
- 6,5 – z dwóch stron stale;
- 7 - ocenia się gdy potrzebuje wózka inwalidzkiego, którym steruje sam
- 7,5 - jeśli okresowo nie jest w stanie poruszać się nim sam;
- 8 – pacjent praktycznie wciąż leży bądź siedzi, ~~czasami~~ może być wożony na wózku
- 8,5 - dołączają się dysfunkcje rąk;
- 9 - pacjent jest leżący, wymagający całodobowej opieki
- 9,5 - ma także problemy z przekazywaniem komunikatów i połykaniem) [23];
- trzystopniowa kategoryzacja opieki [24].

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent T.A. to 36-letni mężczyzna, który od 10 lat pracuje jako nauczyciel historii w jednej z łomżyńskich szkół podstawowych. Jest kawalerem, utrzymującym się i mieszkającym samodzielnie, w dobrych warunkach, w bloku na I piętrze.

Pan T.A. nigdy nie leczył się przewlekłe, nie występowały u niego alergie i trwałe choroby. Do lekarza pierwszego kontaktu chodził tylko wtedy, gdy był przeziębiony i potrzebował zwolnienia lekarskiego. Nie miał żadnej operacji chirurgicznej. Prowadził siedzący tryb życia, nie dbał o zdrową dietę, w wolnym czasie wolał czytać książki niż spędzać czas na świeżym powietrzu, w wakacje unikał ekspozycji na słońce.

W przeprowadzonym wywiadzie nie uzyskano danych o chorobach przewlekłych u innych członków rodziny.

Rok temu Pana T.A. przyjęto na Oddział Neurologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Łomży z powodu pojawiającego się okresowo osłabienia kończyny lewej dolnej. Nie zgłaszał żadnych innych symptomów, w tym i bólowych (w skali NRS 0/10 punktów). Wykonane MRI (w sekwencjach *fluid attenuated inversion recovery*, T1- i T2-zależnych) uwidocznilo mnogie zmiany demielinizacyjne o charakterze SM w obu półkulach, w istocie białej mózgu, w regionach: podkorowym, okołokomorowym oraz ciełe modzelowatym. Po podaniu kontrastu zmienione patologicznie obszary nie zintensyfikowały się. Wykonana dodatkowo diagnostyka różnicowa potwierdziła diagnozę stwardnienia rozsianego, którą pacjent przyjął ze spokojem i

gotowością przeciwdziałania rozwojowi choroby. W skali EDSS pacjent otrzymał 1/10 punktów (dyskretny zespół piramidowy niepowodujący niesprawności). Chory został włączony do programu lekowego i rozpoczął terapię Fumaranem dimetylu, który przez pierwsze 7 dni, od wdrożenia terapii, przyjmował w dawce 2 razy 120 mg/24h, a przez kolejne tygodnie (i do dnia obserwacji) – 2 razy 240mg/24h.

W dniu obserwacji (03.04.2019r.)

Pacjenta przyjęto na Oddział Neurologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w celu wykonania badań kontrolnych, które wykazały: bazofile 1,5% (powyżej normy), limfocyty 830/ μ l (poniżej normy), monocyty 12,3% (powyżej normy), wskaźnik anizocytozy płytek krwi 12,5% (powyżej normy), odczyn/pH moczu 6,5 (powyżej normy) oraz mocznik 43,5 mg/dl (powyżej normy). Powtórzony rezonans magnetyczny, według poprzednio przyjętego schematu, dał niezmienny obraz w porównaniu z wykonanym w kwietniu 2018r. Tego dnia jego parametry życiowe wynosiły: ciśnienie tętnicze 126/81 mmHg, tętno 70 uderzeń/minutę; miarowe, temperatura ciała 36,6 °C, 16 oddechów/minutę; oddech prawidłowy. Nie zauważono sinicy, obrzęków. W skali Glasgow stan świadomości oceniono na 15/15 punktów (pacjent otwierał oczy spontanicznie, jego reakcja ruchowa była prawidłowa, odpowiadał logicznie na zadawane pytania). Nie zgłaszał dolegliwości bólowych (w skali NRS 0/10 punktów). Występowały jednak nudności i zaparcia. Jego skóra była czysta, różowa, nawilżona i elastyczna, bez odleżyn (w skali Norton oceniono na 20/20 punktów, co oznacza brak ryzyka ich powstania). Stan jamy ustnej był dobry. Postawę ciała miał prawidłową, a sprawność kończyn i zakres ruchów – pełne. Czasem dokuczało mu łagodne, nagłe napieranie na mocz i okresowe osłabienie kończyny dolnej lewej, co w skali EDSS dało 1,5/10 punktów (zdolny do samoopieki; występowanie lekkich objawów neurologicznych z dwóch podskali, niepowodujących zaburzeń funkcji układowych). Pacjent miał obniżony nastrój w wyniku pojawiających się kolejnych powikłań, mimo to przyznano kategorię opieki I, gdyż poruszał się samodzielnie, sam dbał o higienę osobistą, nie potrzebował wsparcia w czynnościach wydalniczych, mógł sam przyjmować leki, był świadomy aktualnej własnej sytuacji zdrowotnej. W obawie o pogorszenie stanu psycho- fizycznego nie przerywał farmakoterapii, jednak nie do końca współpracował z zespołem medycznym – nie uczestniczył w rehabilitacji ruchowej i neuropsychologicznej mimo wielokrotnych namów personelu. Skarżył się, iż często odczuwa zmęczenie, brakuje mu sił i motywacji do aktywności, szczególnie w godzinach porannych a nieraz objawiających się przez cały dzień, pomimo minimalnego wysiłku fizycznego. Od 5 dni miał problem z bezsennością. Opowiadał także, iż zdarzają mu się krótkotrwałe zaburzenia ostrości wzroku w upalne dni lub po

gorącym prysznicu. Zaburzeń słuchu czy równowagi nie stwierdzono.

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej

Diagnoza pielęgniarstwiej 1: Problem z funkcjonowaniem w życiu codziennym z powodu objawiającego się zespołu zmęczeniowego.

Cel podjętych działań: zapobieganie nasilania się zmęczenia.

Plan opieki pielęgniarstwiej:

1. edukacja pod kątem czynników nasilających zmęczenie (bezsennaść, infekcje, obniżony
2. nastrój, nadmierny wysiłek fizyczny, wzrost temperatury ciała),
3. próba eliminacji czynników nasilających zmęczenie,
4. zwrócenie uwagi, aby nie przeciążać się i przeplatać ćwiczenia dynamiczne z rozluźniającymi,
5. doradzenie planowania dnia w taki sposób, aby między różnymi zadaniami i aktywnościami był czas na odpoczynek a w przypadku długotrwałych – podzielenie ich na części,
6. wykonywanie zleceń lekarskich (Amantadyna).

Ocena podjętych działań: Zespół zmęczeniowy nie nasila się. Zalecane kontynuowanie czynności i dalsza obserwacja.

Diagnoza pielęgniarstwiej 2: Zaburzony rytm dnia i nasilanie zespołu zmęczeniowego przez bezsennaść.

Cele: podjęcie czynności umożliwiających pacjentce zaśnięcie, unormowanie rytmu dnia i osłabienie odczuwanego zmęczenia.

Plan opieki pielęgniarstwiej:

1. rozmowa na temat odczuwanych przez chorego uczuć i myśli przed snem - rozpoznanie dokładnej przyczyny bezsennaści i odizolowanie chorego od czynników, które przeszkadzają w zasypianiu,
2. powstrzymywanie się od drzemek w ciągu dnia,
3. unikanie przed snem napojów kofeinowych, posiłków a szczególnie ciężkostrawnych i o dużej zawartości cukru,
4. zapewnienie odpowiedniego klimatu pomieszczenia (wywietrzona sala o temperaturze

5. 21°C, cisza),
6. wyciszenie się przed snem, np. czytając książkę; unikanie oglądania telewizji.
7. podawanie ewentualnych leków zgodnie z zleceniem lekarskim.

Ocena podjętych działań: Po zastosowaniu się do powyższych działań, pacjent przespał całą noc. Zalecane kontynuowanie czynności.

Diagnoza pielęgniarska 3: Obniżony nastrój wynikający z pogarszającego się komfortu życia w następstwie rozwoju choroby.

Cel podjętych działań: próba osłabienia czynników obniżających nastrój i zapobieganie wystąpienia depresji.

Plan opieki pielęgniarskiej:

1. próba eliminacji/zmniejszenie bodźców obniżających nastrój,
2. zmotywowanie pacjenta do utrzymywania dobrych relacji z rodziną, przyjaciółmi, nie rezygnowania z życia towarzyskiego, bycia aktywnym życiowo, biorąc pod uwagę ograniczenia wywołane przez SM ale w sposób realistyczny i elastyczny,
3. okazanie zrozumienia, szacunku i empatii,
4. zwrócenie uwagi na negatywne skutki długotrwałego stresu i znalezienie odpowiednich metod/ćwiczeń/czynności relaksacyjnych,
5. rozwijanie i podtrzymywanie zainteresowań i upodobań spędzania wolnego czasu,
6. zapewnienie rozmowy z psychologiem a w razie potrzeby – konsultacji psychiatrycznej,
7. obserwacja chorego pod kątem możliwości rozwoju depresji; zgłaszanie niepojętych objawów lekarzowi prowadzącemu,
8. podawanie ewentualnych leków zgodnie z zleceniem lekarskim.

Ocena podjętych działań: Nastrój pacjenta poprawił się, rzadziej okazuje niechęć do aktywności. Zalecane kontynuowanie czynności i dalsza obserwacja.

Diagnoza pielęgniarska 4: Trudności w wypróżnianiu się spowodowane występowaniem zaparć.

Cel podjętych działań: ułatwienie pacjentowi oddawania stolca oraz zapobieganie wystąpieniu kolejnych zaparć.

Plan opieki pielęgniarskiej:

1. wprowadzenie diety lekkostrawnej, bogatoresztkowej, zawierającej dużo błonnika (warzywa, owoce, grube kasze, ciemne pieczywo), pamiętając o zaburzonym wchłanianiu wapnia i żelaza w takiej diecie (uzupełnianie tych składników, dodając:

- brokuły, szpinak, orzechy, pestki dyni, ryby),
2. ograniczenie spożywania białego pieczywa, oczyszczonych produktów zbożowych (makarony z białej mąki, kasza manna, biały ryż) oraz unikanie ciężkostrawnych potraw i bardzo długo trawionych artykułów żywnościowych (np. grzyby, szparagi, tłuste dania, fasola); eliminacja słodczy i cukru (białego i brązowego),
 3. polecenie pacjentowi, aby jadł częściej ale w małych ilościach (zwiększenie posiłków z 3 do 4-5 dziennie, o stałych porach dnia), nie pomijając śniadań,
 4. przyjmowanie większej ilości płynów (2-2,5 l dziennie), najlepiej napojów niesłodzonych oraz fermentowanych produktów mlecznych (kefir naturalny, maślanka, jogurt); pomocna jest również przegotowana zimna woda z dodatkiem miodu albo namoczone śliwki przed pierwszym posiłkiem dnia,
 5. kontrola częstości wypróżnień i wyglądu stolca,
 6. wykonywanie zleceń lekarskich (czopki glicerolowe/Laktuloza/Bisakodyl,
 7. w ostateczności wykonanie lewatywy).

Ocena podjętych działań: Pacjentowi udaje się wypróżnić. Zalecana dalsza obserwacja i pielęgnacja.

Diagnoza pielęgnarska 5: Uczucie dyskomfortu z powodu pojawiających się nudności.

Cel podjętych działań: wyeliminowanie nudności i profilaktyka nudności.

Plan opieki pielęgnarskiej:

1. stosowanie diety lekkostrawnej, w małych lecz częstszych porcjach,
2. preferowanie dań z chudego mięsa, gotowanego na parze/w wodzie bądź pieczonego, np. w naczyniu żaroodpornym; unikanie smażenia,
3. unikanie tłustych produktów, takich jak: torty, pączki, słonina, boczek, zasmażki, skwarki,
4. preferowanie duszonych/gotowanych/pieczonych warzyw i owoców, eliminacja surowych,
5. zwłaszcza owoców cytrusowych,
6. spożywanie chłodnego, nieświeżego pieczywa,
7. zastąpienie intensywnych, pikantnych przypraw delikatnymi ziołami,
8. unikanie kawy i czekolady,
9. unikanie spożywania zimnych dań i produktów – przed spożyciem zalecane się ich ogrzanie lub wcześniejsze wystawienie z lodówki,
10. przyjmowanie chłodnych lecz nie zimnych płynów, niewielkimi porcjami; zadbanie o

odpowiednie nawodnienie organizmu (2-2,5 l płynów dziennie); pomocny może być świeży imbir dodany do herbaty/wody,

11. wykonywanie zleceń lekarskich (Pantoprazol/Omeprazol).

Ocena podjętych działań: Pacjent rzadziej skarży się na występowanie nudności. Zalecana dalsza obserwacja i kontynuowanie czynności.

Problem pielęgnacyjny 6: Zaburzenia magazynowania moczu w wyniku okresowego naglącego parcia.

Cel podjętych działań: przeciwdziałanie zakażeniom dróg moczowych oraz pomoc pacjentowi w radzeniu sobie z dysfunkcją.

Plan opieki pielęgniarstwa:

1. rozplanowanie ilości i godzin, w których będą przyjmowane napoje; ograniczenie przyjmowania płynów przed snem; eliminacja napojów moczopędnych (kawa, mocna herbata),
2. na ile to możliwe, korzystanie z toalety o stałych godzinach w ciągu dnia,
3. podejmowanie prób wstrzymywania mikcji, zarówno jej rozpoczęcia jak
4. i w trakcie,
5. jeśli chory nie jest w stanie powstrzymać rozpoczęcia mikcji – umożliwienie szybkiego skorzystania z ubikacji/podanie basenu bądź kaczki; używanie wkładek urologicznych.

Ocena podjętych działań: Okresowo zaburzenie nadal występuje, jednak pacjent odczuwa mniejszy dyskomfort, gdyż czuje, że „ma nad nim większą kontrolę”. Zalecane dalsza obserwacja i kontynuowanie czynności.

Diagnoza pielęgniarstwa 7: Niechęć do udziału w rehabilitacji wywołana złym samopoczuciem.

Cel podjętych działań: zmotywowanie do ćwiczeń fizycznych i neuropsychologicznych oraz zapobieganie pogłębiania się i wystąpienia kolejnych symptomów SM.

Plan opieki pielęgniarstwa:

1. rozmowa z pacjentem mająca na celu poznanie jego obaw i ograniczeń związanych z rehabilitacją, doradzenie jak w jej trakcie można sobie z nimi radzić,
2. przekonanie chorego, iż aktywność może wpłynąć pozytywnie na jego obecnie zły
3. nastrój i występujące symptomy choroby,
4. wytłumaczenie możliwych konsekwencji w przebiegu SM wynikających z braku

rehabilitacji fizycznej i neuropsychologicznej,

5. wytłumaczenie sensu profilaktycznego w prowadzonej rehabilitacji pod kątem objawów, które obecnie nie występują,
6. edukacja pod kątem innych objawów SM, których obecnie nie odczuwa pacjent a zmniejszeniem zagrożenia ich wystąpienia dzięki profilaktyce rehabilitacyjnej,
7. rozmowa z bliskimi chorego na temat aktualnego stanu psycho-fizycznego chorego i konieczności wspierania i motywowania go do aktywności,
8. stopniowe wydłużanie i intensyfikowanie rehabilitacji; dostosowanie ćwiczeń do kondycji i chęci chorego, aby minimalizować niepowodzenia, które mogą nasilać demotywację; zauważanie i chwalenie za dobrze wykonywane zadania.

Ocena podjętych działań: Pacjent zaczął uczestniczyć w zajęciach z fizjoterapeutą i neuropsychologiem. Zalecana dalsza obserwacja.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko pojawienia się stałego zaburzenia wzroku w wyniku spotęgowania okresowo występujących krótkotrwałych zaburzeń ostrości wzroku.

Cel podjętych działań: zapobieganie zjawisku Uthoffa.

Plan opieki pielęgniarskiej:

1. wytłumaczenie mechanizmu zjawiska Uthoffa, jego przebiegu jak również innych dysfunkcji narządu wzroku, które mogą się pojawić w przyszłości i winny być sprawdzone przez lekarza, gdyż mogą być symptomem rzutu choroby,
2. Podanie sposobów przystosowania przestrzeni i pomocnych urządzeń w razie pogorszenia wzroku,
3. poinformowanie chorego gdzie może szukać pomocy jeśli dysfunkcja się powiększy (poradnie rehabilitacyjne dla osób źle widzących, wsparcie finansowe),
4. dbanie o regularne wietrzenie sali, szczególnie przed rehabilitacją i w upalne dni,
5. w miarę możliwości, wybieranie chłodnego miejsca na wykonywanie ćwiczeń,
6. unikanie gorących napoi, kąpieli, nadmiernego wysiłku fizycznego, które przyczyniają się do wzrostu temperatury ciała,
7. ubieranie odzieży luźnej, przewiewnej, wykonanej z naturalnych materiałów,
8. zaprzestanie rehabilitacji, ograniczanie innych aktywności na świeżym powietrzu w szczególnie upalne dni,
9. zwrócenie pacjentowi uwagi, aby systematycznie kontrolował swój wzrok u specjalisty.

Ocena podjętych działań: W trakcie hospitalizacji nie wystąpiły zaburzenia ostrości wzroku.

Zalecana dalsza obserwacja i pielęgnacja.

Diagnoza pielęgnarska 9: Zagrożenie upadkami spowodowane możliwością natężenia osłabienia mięśni kończyny dolnej lewej.

Cel podjętych działań: zapobieganie upadkom, zwiększenie siły mięśniowej, utrzymanie koordynacji ruchów oraz zapobieganie natężaniu się objawów neurologicznych.

Plan opieki pielęgnarskiej:

1. poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia kolejnych symptomów SM lub pogłębienia już istniejącego; wskazanie odpowiedniego sprzętu ortopedycznego do wymienionych dysfunkcji,
2. systematyczne wykonywanie ćwiczeń, ukierunkowanych na wzmocnienie siły mięśniowej i koordynację ruchów,
3. zadbanie o wolne przestrzenie w otoczeniu pacjenta, usunięcie zaginających się, miękkich i zwijających się dywanów, stosowanie mat antypoślizgowych w łazience, zadbanie o dobre oświetlenie pomieszczeń,
4. noszenie wygodnego, stabilnego obuwia,
5. doradzenie, aby po schodach poruszał się przytrzymując się poręczy,
6. zadbanie o zbilansowaną dietę, zawierającą wapń (produkty mleczne) i witaminę D (tłuste ryby), aby wzmocnić układ kostny, by w razie wypadku nie dochodziło do złamań.

Ocena podjętych działań: Osłabienia kończyny dolnej lewej występują rzadko i nie nasilają się. Zalecana dalsza pielęgnacja.

Zalecenia pielęgnarskie dla pacjenta

1. Stosowanie urozmaiconej diety lekkostrawnej; potrawy mogą być gotowane w wodzie, na parze, duszone lub pieczone – nie zaleca się smażenia i spożywania produktów surowych. Intensywne przyprawy warto zamienić na delikatne ziola.
2. W ciągu dnia powinno wypijać się 2-2,5 l płynów, przyjmować pokarmy 4-5 razy dziennie, małymi porcjami. Dodatkowo zadbanie o podwyższenie i regularną kontrolę poziomu witaminy D w organizmie, poprzez ekspozycję na słońce, dietę (tłuste ryby) oraz jej suplementację w dawkach zleconych przez lekarza.)

3. Połykanie kapsułek Fumaranu dimetylu w całości, popijając wodą i w trakcie posiłku. W ciągu 1h od przyjęcia leku nie powinno się spożywać napojów zawierających alkohol. Jeśli pacjent zapomni przyjąć lek, może przyjąć go w innej godzinie tylko jeśli między kolejną dawką jest 4-godzinny odstęp; nie podwajać kolejnej dawki.
4. Rozplanowanie godzin i ilości przyjmowanych płynów w ciągu dnia, z unikaniem moczopędnych. Wykonywanie ćwiczeń poprawiających czynność zwieraczy cewki moczowej (wstrzymywanie początku mikcji i jej przerywanie w trakcie). Zaopatrzenie się w wkładki urologiczne i zapewnienie możliwie jak najszybszego dostępu do toalety.
5. Rozwijanie swoich pasji, utrzymywanie kontaktów towarzyskich, uwzględniając odpoczynek między różnymi zadaniami i aktywnościami. Nie przemęczenie się i nie doprowadzanie do podwyższania temperatury ciała – unikanie intensywnych treningów, upałów, gorących dań i napoi.
6. Systematyczne uczestniczenie w rehabilitacji, pamiętając o nieprzeciążaniu się i przeplataniu ćwiczeń dynamicznych z relaksującymi oraz odpowiednim klimacie pomieszczenia (wywietrzone, chłodne).
7. Przystosowanie mieszkania do zapobiegania upadkom (wolne przestrzenie, maty antypoślizgowe, usunięcie zaginających się dywanów).

DYSKUSJA

W pracy badaniem objęto 36-letniego mężczyznę, który od roku leczy się z powodu stwardnienia rozsianego, zaliczanego do chorób autoimmunologicznych. Z analizy historii chorobowej i wywiadu z chorym wynika że wysoce prawdopodobne jest, iż SM pojawiło i rozwinęło się w wyniku niedoboru witaminy D, o czym wspomina Kfoczyńska i wsp. [25]. Píše o tym także Gałęcka [26], uzupełniając, iż w przebiegu ostatnich lat ilość pacjentów cierpiących na schorzenia z tej grupy niepokojąco mocno wzrasta, szczególnie w krajach rozwiniętych. Inne, niewidoczne u pacjenta, patogenne czynniki wspomagające pojawienie się choroby to: geny, czynniki środowiskowe, hormony żeńskie, niezdrowa dieta, jak również antybiotykoterapia i higiena – coraz rzadszy kontakt ze światem zewnętrznym sprawia, iż układ immunologiczny nie rozwija się a podawane często chemioterapeutyki dodatkowo zmniejszają liczbę jego komórek. Rok później, po postawieniu diagnozy SM u Pana T.A., został ponownie przyjęty na oddział w celu wykonania badań kontrolnych, gdyż tak jak piszą Bartosik-Psujek [12] oraz Kamińska i wsp. [10], szybki i nieprzewidywalny rozwój choroby sprawia, iż początkowo odkryta 1 postać SM może ulec zmianie, w związku z czym badania

należy powtarzać.

U pacjenta stwierdzono obniżony nastrój, jednak wdrożone działania pozwoliły uniknąć wystąpienia depresji, o której piszą autorzy wielu publikacji, m.in. Losy [4], Mielnik [19] czy Malec-Milewska [16] zwracają uwagę na fakt, iż wysoki odsetek chorych na SM (nawet 50%) popada na to schorzenie a porównując z ogólną populacją 7-krotnie częściej, w wyniku jej rozwoju, odbierają sobie życie.

Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych, a porównując z innymi pacjentami Adamczyk i wsp. [8] zauważają, iż przeprowadzone badania wykazują rozbieżności co do występowania bólu u chorych na SM. Garczyński [17] pisze, że pojawiają się u kilku do 82% pacjentów, Polman [15] – ponad 50% a Malec-Milewska [16] podaje: 29–86%.

U chorego, pomimo regularnie przyjmowanego Fumaranu dimetylu, powoli rozwijają się kolejne symptomy *sclerosis multiplex*, przy czym niektóre z nich zaliczane są do działań niepożądanych tejże substancji (zaparcia, nudności), a komfort życia pacjenta poprawia dodatkowe leczenie objawowe. Jest to przykład, który potwierdza teorię Losego [4], Phillips'a i Fox'a [27], a także innych naukowców i medyków, iż mimo dużego rozwoju medycyny i prowadzonych różnych badań, leczenie SM jest wciąż ograniczone - terapia modyfikująca przebieg stwardnienia rozsianego nie jest do końca zadowalająca i niesie za sobą wiele skutków ubocznych.

Objęty badaniem pacjent czasem zmagał się z okresowo pojawiającym się nagłym parciem na mocz, przy czym Wilkiewicz [28] doradza, aby wykonywać proste ćwiczenia poprawiające czynność zwieraczy cewki moczowej, które przyniosły poprawę u chorego. Osłabienie mięśni kończyny dolnej lewej u chorego nie występowało częściej dzięki zmobilizowaniu chorego do regularnej rehabilitacji. Postępując zgodnie z radami m.in. Groetzinger [29] wyeliminowano zaparcia i zmniejszono nudności. Objawiający się zespół zmęzeniowy i zjawisko Uthoffa, bardzo charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego i opisywane przez wielu autorów (np. Losego [4], Glasner i wsp. [9]), nie nasilało się. Według Garczyńskiego [17] bezsenność chorego mogła być efektem współtowarzyszącego obniżonego nastroju, którego poprawa razem z przeprowadzoną edukacją zdrowotną sprawiła również, iż chory rozpoczął ponownie aktywną walkę z chorobą. Słomian i Olkiewicz tłumaczą, że: *„Najlepiej radzą sobie ci, którzy dbają o siebie i są aktywni we wszystkich sferach życia.*

Mają praktyczne podejście do rozwiązywania problemów” [30].

WNIOSKI

W pracy zidentyfikowano problemów pielęgnacyjnych pacjenta z SM, leczonego fumaranem dimetylu, do których należały:

1. Problem z funkcjonowaniem w życiu codziennym z powodu objawiającego się zespołu zmęzeniowego.
2. Zaburzony rytm dnia i nasilanie zespołu zmęzeniowego przez bezsenność.
3. Obniżony nastrój wynikający z pogarszającego się komfortu życia w następstwie rozwoju choroby.
4. Trudności w wypróżnianiu się spowodowane występowaniem zaparć.
5. Uczucie dyskomfortu z powodu pojawiających się nudności.
6. Zaburzenia magazynowania moczu w wyniku okresowego naglącego parcia.
7. Niechęć do udziału w rehabilitacji wywołana złym samopoczuciem.
8. Ryzyko pojawienia się stałego zaburzenia wzroku w wyniku spotęgowania okresowo występujących krótkotrwałych zaburzeń ostrości wzroku.
9. Zagrożenie upadkami spowodowane możliwością natężenia osłabienia mięśni kończyny dolnej lewej.

PIŚMIENNICTWO

1. Ignasiak Z.: Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, 143-146.
2. Sadowski B.: Układ nerwowy i narządy zmysłów [w:] Konturek Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny (red.) Konturek S.J., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, 659-660.
3. Sadowski B.: Układ nerwowy i narządy zmysłów [w:] Podstawy fizjologii człowieka (red.) Konturka S.J., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, 13-19.
4. Losy J.: Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013.
5. Karpińska A., Mirowska-Guzel D.: Stres oksydacyjny w patogenezie stwardnienia rozsianego. Nowe możliwości terapeutyczne. Aktualności Neurologiczne, 2016, 16(3), 136-145.

6. Riley C.S., Tullman M.J.: Stwardnienie rozsiane [w:] *Neurologia Merritta Tom III* (red.) Rowland L.P., Pedley T.A., Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, 995-997.
7. Mirowska-Guzel D.: Rola rzutów oraz zasady stosowania glikokortykosteroidów w stwardnieniu rozsianym. *Aktualności Neurologiczne*, 2016, 16(3), 131-135.
8. Adamczyk A., Kwiatkowska M., Filipczak-Bryniarska I.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym. *Medycyna Paliatywna*, 2018, 10(3), 115-113.
9. Glasner P., Serkies-Minuth E., Koberda M., Glasner L.: Objawy okulistyczne w stwardnieniu rozsianym. *OphthaTherapy. Terapie w Okulistyce*, 2018, 1(17), 10-15.
10. Kamińska J., Koper O.M., Pielach K., Kemon H.: Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2017, 71, 551-563.
11. Potemkowski A.: Zespół klinicznie izolowany a stwardnienie rozsiane – podstawy komunikacji z pacjentem. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2015, 11(1), 1-6.
12. Bartosik-Psujek H.: Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2012, 8(2), 76-83.
13. Łuszczynska A., Kuliński W.: Fizjoterapia w stwardnieniu rozsianym. *Studia Medyczne*, 2015, 31(3), 168-177.
14. Losy J., Bartosik-Psujek H., Członkowska A. i wsp.: Leczenia stwardnienia rozsianego. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016, 12(2), 80-95.
15. Polman Ch.H., Thompson A.J., Murray T.J. i wsp.: *Stwardnienie rozsiane*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
16. Malec-Milewska M.: Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2014, 8(1), 29-40.
17. Garczyński W.: Obraz kliniczny chorych na stwardnienie rozsiane w kontekście rehabilitacji opartej na objawach [w:] *Horyzonty współczesnej fizjoterapii* (red.) Borowicz A.M., Osińska M., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej, Poznań 2016, 129-143.
18. Potemkowski A., Opara J.: Potrzeby i możliwości rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane w Polsce. *Aktualności Neurologiczne*, 2015, 15(2), 74-79.

19. Mielnik A.: Rola psychologa w procesie diagnozy i rehabilitacji osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Aktualności Neurologiczne*, 2018, 18(1), 27-33.
20. Kluczek I.: Proces pielęgnowania jako metoda pracy i dokumentowania opieki pielęgniarskiej. *Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce*, 2010, 1, 12-15.
21. Woron J., Dobrogowski J., Wordliczek J., Kleja J.: Leczeniu bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO. *Medycyna po Dyplomie*, 2011, 8, 52-61.
22. Krupińska E.: Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(3), 382-384.
23. Walczak A., Arkuszewski M., Adamczyk-Sowa M.: Rozszerzona Skala Nieśprawności (EDSS, Expanded Disability Status Scale) – według J. Krutkego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2017, 13(1), 32-36.
24. Graczyk M., Bronszkiewicz E., Zgorzelak B.: Profilaktyka i leczenie odleżyn – ocena pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy w latach 2012–2013. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2014, 8(3), 91-102.
25. Kfoczyńska M., Kucharska A., Sińska B.: Rola witaminy D w stwardnieniu rozsianym. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2015, 69, 440-446.
26. Gałęcka M.: Choroby autoimmunizacyjne – problem naszych czasów [w:] *Dieta w chorobach autoimmunologicznych* (red.) Gałęcka M., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, 9-30.
27. Philips J.T., Fox R.J.: Preparat BG-12 w stwardnieniu rozsianym. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2013, 9(4), 172-185.
28. Wilkiewicz M.: Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym ze stwardnieniem rozsianym [w:] *Pielęgniarstwo neurologiczne* (red.) Jaracz K., Kozubski W., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 257-263.
29. Groetzinger D.: Stwardnienie rozsiane: Konsekwencje dla ciebie i twoich bliskich. *Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego*, Warszawa 2009.
30. Słomian I., Olkiewicz J.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów ze stwardnieniem rozsianym [w:] *Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego* (red.) Jabłońska R., Ślusarz R., Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012, 54-70.

OCENA WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT OBOWIĄZKOWYCH I ZALECANYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WIEKU DZIECIĘCEGO – DONESIENIA WSTĘPNE

Patrycja Kinga Lipiec¹, Anna Baranowska²

1. Absolwentka studia II stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Program Szczepień Ochronnych w Polsce na kolejny rok, ogłaszany jest każdego roku w terminie do 31 października w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia na podstawie art. 17 ust. Ustawy 11 z dnia 5 grudnia 2008 r. na temat zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

Systematycznie wykonywane są w nim zmiany. Bezpłatne szczepienia obowiązkowe są ustalane według aktualnej sytuacji epidemiologicznej biorąc pod uwagę sytuację finansową kraju. Za przystąpienie do programu szczepień ochronnych odpowiadają rodzice dziecka [1].

W Polsce zgodnie z kalendarzem szczepień obowiązkowych powinny zostać zaszczepione dzieci i młodzież do 19 r.ż. Podstawowy panel szczepień obowiązkowych jest realizowany przez pierwsze dwa lata życia dziecka. Obowiązkowe szczepienia otrzymują również osoby, które ze względu na wykonywaną pracę są szczególnie narażeni na zakażenia [2].

Program szczepień ochronnych na podstawie Głównego Inspektora Sanitarnego składa się z czterech części:

- W pierwszej części zawarte są informacje na temat szczepień obowiązkowych, tu również umieszczony jest kalendarz szczepień. Zawarte są w nim według wieku szczepienia obowiązkowe, szczepienia obowiązkowe u osób szczególnie narażonych na zakażenie

oraz informacje na temat szczepień poekspozycyjnych.

- Druga część programu przedstawia informacje o szczepieniach zalecanych, nierefundowanych przez państwo.
- W trzeciej części uzyskujemy informacje uzupełniające.
- Natomiast czwarta część programu szczepień ochronnych mówi o ogólnych zasadach przeprowadzania i organizacji szczepień [3].

Szczepienia obowiązkowe

W Polsce dostępne są szczepionki obowiązkowe nieodpłatne oraz zalecane, za które należy zapłacić. Alternatywny sposób zrealizowania PSO stanowią szczepionki skojarzone, działające przeciwko trzem lub więcej chorobom zakaźnym [4].

Na podstawie skojarzonej szczepionki DTP wyprodukowano szczepionki cztero-, pięcio- oraz sześcioskładnikowe, które nie są finansowane przez państwo [3].

Preparaty te można wybrać zamiast bezpłatnych szczepień monowalentnych, redukując tym samym ilość ukłuć oraz zmniejszając ilość zawartych w szczepionkach konserwantów jak i adsorbentów [5,6]

Preparaty szczepionkowe wysoce skojarzone sześciowalentne wzbogacone są o antygeny Poliomyelitis i WZW typu B, które według zaleceń producenta należy podawać czterokrotnie, zgodnie z procedurą podaży szczepionki DTP, zaś monowalentne szczepionki Poliomyelitis i WZW typu B, podawane są trzykrotnie [5,6].

Różnice w podawaniu szczepień obowiązkowych bezpłatnych oraz obowiązkowych skojarzonych przedstawia Tabela I [5,6].

- Każde dziecko w ciągu 24 godzin po urodzeniu otrzymuje szczepienia przeciwko: Gruźlicy oraz WZW typu B – I dawka.
- U dzieci, urodzonych z masą ciała poniżej 2500 g, urodzonych przed 37 tygodniem ciąży oraz z przeciwwskazaniami do wykonania szczepienia przeciw krztuścowi pełnokomórkową szczepionką należy użyć szczepionkę błoniczo-tężcowo-krztuścową z komponentem bezkomórkowym krztuśca (DtaP),
- U dzieci z przeciwwskazaniami do szczepienia przeciw krztuścowi, szczepienie wykonane jest szczepionką DT (błoniczo-tężcowa) [7].

W trakcie stosowania szczepionek skojarzonych 6w1 i 5w1 działania niepożądane występują dużo rzadziej, gdyż są one lepiej tolerowane przez organizm dziecka porównując ze szczepionką DTPw.

Tabela I. Różnice w ilości dawek szczepień obowiązkowych między szczepieniami bezpłatnymi a płatnymi, w poszczególnych miesiącach życia dziecka.

Wiek dziecka	Szczepienie wykonane obowiązkowymi szczepionkami bezpłatnymi, przeciwko:	Szczepienia z użyciem skojarzonych szczepionek obowiązkowymi (płatnych), przeciwko:
2 miesiąc życia (po ukończonym 6 tygodniu życia)	- WZW typu B – II dawka - 3w1: Tęžec, Błonica, Krztusiec pełnokomórkowy- I dawka DTPw* Haemophilus Influenzae typu b – I dawka - Streptococcus Pneumoniae – I dawka	- WZW typu B – II dawka -5 w 1: Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – I dawka Lub 6 w 1: WZW typu B, Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – I dawka - Streptococcus Pneumoniae – I dawka
4 miesiąc życia, (po ukończonym 14 tygodnia życia oraz po upływie 8 tygodni od poprzedniego szczepienia)	- 3w1: Tęžec, Błonica, Krztusiec pełnokomórkowy- II dawka DTPw* Haemophilus Influenzae typu b – II dawka - Streptococcus Pneumoniae – II dawka -Poliomyelitis – I dawka	-5 w 1: Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – II dawka Lub 6 w 1: WZW typu B, Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – II dawka - Streptococcus Pneumoniae – II dawka
5–6 miesiącu życia, (po upływie 8 tygodni od poprzedniego szczepienia)	-3w1: Tęžec, Błonica, Krztusiec pełnokomórkowy- III dawka DTPw* -Haemophilus Influenzae typu b – III dawka -Poliomyelitis – II dawka	-5 w 1: Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b- III dawka Lub 6 w 1: WZW typu B, Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – III dawka
7 miesiąc życia	- WZW typu B – III dawka	- WZW typu B – III dawka (jeśli stosujemy szczepionkę 6 w 1 omijamy szczepienie w tym miesiącu)
13–15 miesiąc życia	-Odrze, Śwince, Różyczce -Streptococcus Pneumoniae – III dawka	-Odrze, Śwince, Różyczce -Streptococcus Pneumoniae – III dawka
16–18 miesiąc życia	- 3w1: Tęžec, Błonica, Krztusiec pełnokomórkowy- IV dawka DTPw* - Poliomyelitis – III dawka - Haemophilus Influenzae typu b – Hib IV dawka	-5 w 1: Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – IV dawka Lub 6 w 1: WZW typu B, Tęžec, Błonica, Krztusiec, Poliomyelitis, Haemophilus Influenzae typu b – IV dawka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie : Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2019 rok [7].

Charakterystyka chorób zawartych w wykazie szczepień obowiązkowychSzczepienia przeciwko gruźlicy

Gruźlica należy do chorób bakteryjnych wywołanych przez prątki gruźlicy z grupy *Mycobacterium tuberculosis*. Choroba ta może zaatakować każdy narząd. Do najcięższych postaci gruźlicy zaliczmy gruźlicę rozsianą oraz gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Objawami ogólnymi gruźlicy są dreszcze, gorączka, nocne poty, spadek masy ciała, bladość. Postać płucna gruźlicy charakteryzuje się krwiopluciem, bólami w klatce piersiowej oraz kaszlem trwającym ponad trzy tygodnie. W Polsce szczepienie przeciw gruźlicy wykonuje się szczepionką BCG podawaną śródskórną w ciągu 24 godzin po urodzeniu. Ochrona wywołana już pierwszą dawką szczepionki utrzymuje się około 15-20 lat. Natomiast w sytuacji odroczenia podania szczepienia w pierwszej dobie życia, szczepienie należy wykonać przed opuszczeniem oddziału przez noworodka oraz w wieku niemowlęcym lub przedszkolnym osiągając dobre efekty [3].

Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest zakaźną chorobą wywołaną przez wirusa HBV (*Hepatitis B Virus*). Powstaje przez naruszenie ciągłości tkanki w czasie zabiegu medycznego jak i niemedycznego, zabiegu endoskopowego oraz przez kontakt seksualny lub z krwią osoby zarażonej. Zarażenie dziecka może wystąpić podczas porodu przez zarażoną matkę. Zakażenie WZW typu B występuje pod dwoma postaciami ostrą lub przewlekłą, która jest bezobjawowa. Objawami postaci ostrej jest barak apetytu, zażółcenie skóry oraz białkówki oczu, złe samopoczucie, ciemne zabarwienie moczu. Podstawowe szczepienie obejmuje 3 dawki. Szacuje się, że szczepienie u ponad 80-100% dzieci zaszczepionych zgodnie ze wskazaniami programu nie zachoruje na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Szczepienie również dodatkowo zabezpiecza pacjenta przed zachorowaniem na pierwotnego raka wątroby [8].

Szczepienia przeciw Błonicy, Tężcowi i Krztuścowi

Błonica jest ciężką chorobą zakaźną, wywołaną przez bakterię o nazwie *maczugowiec błonicy*. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową oraz poprzez bezpośredni kontakt z nosicielem lub chorym. Choroba ta wywołuje zapalenia krtani przez co oddychanie jest znacznie utrudnione oraz uszkodzenia nerwów i serca. Około 10—20% leczonych dzieci umiera [8].

Tężec jest bakteryjną chorobą zakaźną układu nerwowego wywołaną laseczkami *Clostridium tetani*. Namnażanie się bakterii występuje w miejscu przedostania się przetrwalników bakterii do organizmu w wyniku zabrudzenia zranionej skóry. Toksyna produkowana przez te bakterie uznawana jest za jedną z najbardziej silnych trucizn. Przetrwalniki bakterii najczęściej znaleźć można w glebie i kurzu oraz na zardzewiałych przedmiotach. Objawy początkowe tężca są grypopodobne występuje gorączka, wzmożona potliwość, złe samopoczucie, bóle głowy oraz niepokój. Objawy późniejsze to bardzo silne i długotrwałe skurcze mięśni, uszkodzenie nerwów, zaburzenia oddychania, drgawki oraz zaburzenia przytomności. Około 10—50% chorych umiera, w czasie trwania leczenia [8].

Krztusiec jest bakteryjną ostrą chorobą zakaźną spowodowaną przez bakterie *Bordetella pertussis*. Po kontakcie osoby nieuodpornionej z chorym, zachorowanie występuje u 80%. Objawami są przewlekły, napadowy oraz bardzo intensywny kaszel, kończący się silnym wdechem, charakteryzującym się głośnym „pianiem”. Niekiedy w czasie napadu mogą wystąpić wymioty, bezdechy oraz drgawki. Powikłaniami choroby są uszkodzenie mózgu spowodowane niedotlenieniem lub krwotokiem oraz zapalenie płuc. Choroba najczęściej trwa 4—6 tygodni, zaś objawy takie jak męczący kaszel, potrafią utrzymywać się przez kilka miesięcy. Krztusiec u najmłodszych dzieci oraz niemowląt może doprowadzić do śmierci [8].

Szczepienie w celu zapobiegania wyżej wymienionym chorobom jest wykonywane z użyciem skojarzonej szczepionki tzw. DTP. Nazwa ta pochodzi od pierwszych łacińskich liter chorób, przed którymi DTP chroni organizm – *diphtheria* (błonica), *tetanus* (tężec) i *pertussis* (krztusiec). Szczepionka ta należy do szczepionek zabitych, w jej składzie znajdują się nieaktywne toksyny tężca i błonicy oraz całe, zabite pałeczki krztuśca lub kilka dobrze oczyszczonych białek bakterii.

Szacuje się, że nigdy na błonicę nie zachoruje około 87—99% dzieci, zaś u reszty choroba będzie przebiegać łagodnie. Około 70—100% dzieci nigdy nie będzie chorować na tężec. Zaś na krztusiec o ciężkim przebiegu nie zachoruje blisko 85% dzieci a 71–78% nigdy nie zachoruje na tą chorobę, w przebiegu kilku lat od ostatniego szczepienia.

Wyróżniamy dwa typy szczepionek DTP, w zależności od składnika działającego przeciwko krztuścowi:

- DTPw – szczepionka całokomórkowa zawierająca całe, zabite bakterie krztuśca. Stosowana jest w PSO bezpłatnie u dzieci do 2 roku życia.

- DTPa – szczepionka bezkomórkowa, zawiera kilka oczyszczonych białek pałeczki krztuśca. Szczepionka DTPa wchodzi w skład odpłatnych szczepionek wieloskładnikowych.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy dziecko nie może zostać zaszczepione przeciwko krztuścowi stosuje się szczepionkę DT działającą przeciwko błonicy i tężcowi [8].

Szczepienie przeciwko Poliomyelitis

Poliomyelitis jest to bardzo ostra neurologiczna choroba zakaźna powstała przy udziale trzech typów poliovirusów. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową oraz pokarmową jak i przez bliski kontakt z zakażonym człowiekiem oraz przedmiotami zanieczyszczonymi wydzielinami oraz kałem pacjenta [3]. Choroba ta może mieć postać polio nieporażenną: subkliniczną, która przebiega bezobjawowo, poronną oraz aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz porażenną: postać rdzeniową, opuszkową lub mózgową. Postać porażenna u 2 do 5% chorych dzieci może powodować zgon, natomiast u reszty pacjentów wywołuje nieodwracalne porażenia mięśni. Objawami choroby są ból głowy i gardła, wymioty, gorączka, złe samopoczucie, senność, sztywność oraz ból karku, kręgosłupa i kończyn dolnych [9].

Szczepienie przeciw poliomyelitis wykonuje się inaktywowaną szczepionką przeciwko wirusowi poliomyelitis (IPV) w 4 dawkach domięśniowo i podskórną, szczepioną zawierającą zabite wirusy. Skuteczność kliniczna utrzymująca się do końca życia wynosi około 98 % - 100% [3].

Szczepienie przeciwko Pneumokokom

Pneumokoki to bakterie inaczej znane dwóinkami zapalenia płuc *Streptococcus pneumoniae*. Bakterie te wywołują najczęstsze bakteryjne pozaszpitalne zakażenia układu oddechowego, prowadzą również do powstania zapalenia opon mózgoworodzeniowych oraz sepsy. Największa zachorowalność na (IchP) inwazyjną chorobę pneumokokową występuje szczególnie u dzieci do 2 roku życia, najczęściej między 6 a 11 miesiącem życia. Szczepionki stosowane przeciw pneumokokom to szczepienia skoniugowane, które w swoim składzie zawierają oczyszczone polisacharydy otoczkowe połączone z białkiem nośnikowym. Wyróżniamy dwie szczepionki przeciw pneumokokom: 10-walentna chroniąca przed 10 serotypami pneumokoków, podawana dzieciom od 6 tygodnia życia do 5 roku życia oraz

13-walentna mająca w swoim składzie siedem odmian szczepionki 7-walentnej oraz sześć dodatkowych serotypów, wywołujących najczęstsze choroby pneumokokowe, podawana dzieciom od 6 tygodnia życia, nastolatkom oraz dorosłym. Ilość szczepień zależy od wieku pacjenta i wynosi 1-4 dawki [9].

Szczepienie przeciwko *Haemophilus influenzae* typu B

Haemophilus influenzae typu b (Hib) jest to bakteria, za której przyczyną dochodzi do powstania zapalenia dróg oddechowych, stawów, ucha środkowego, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia płuc oraz sepsy. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową jak i przez kontakt z wydzieliną z dróg oddechowych chorego. Choroby wywołane przez Hib najbardziej niebezpieczne są u dzieci przed ukończeniem 5 roku życia. Szczepienie oparte jest na PRP (osoczu bogatopłytkowym) wspólnie z wysokoimmunogennym białkiem, którego zadaniem jest wywołanie odpowiedzi immunologicznej komórek T, dzięki czemu powstaje długotrwała pamięć immunologiczna. Szczepienie przeciw Hib występuje jako szczepionka monowalentna działająca jedynie przeciw Hib, jak i poliwalentna, inaczej skojarzona działająca przeciwko tężcowi, błonicy, krztuścowi, polio oraz wirusowi zapalenia wątroby typu b. Kliniczna skuteczność szczepienia wynosi 84% [8].

Szczepienie przeciwko odrze, różyczce, śwince

Odra to wirusowa choroba zakaźna. Zakażenie przenosi się drogą powietrznokropelkową, kropelkową oraz poprzez bezpośredni kontakt z chorym. Objawami choroby jest pojawienie się w pierwszej kolejności na skórze wysypki w postaci czerwonych plamek oraz grudek. Najczęściej odra ma łagodny przebieg lecz czasami u dzieci mogą wystąpić powikłania takie jak bardzo wysoka gorączka przekraczająca 40 °C, zapalenie mózgu oraz podostre stwardniające zapalenie mózgu, zapalenie płuc jak i zgon dziecka [3].

Świnka (nagminne zapalenie ślinianek przyusznych) zakaźna choroba wirusowa, występująca najczęściej u dzieci. Zakażenie szerzy się drogą kropelkową oraz poprzez bezpośredni kontakt z chorym. Objawami choroby jest gorączka, ból oraz obrzęk umiejscowiony przed oraz poniżej małżowiny usznej. Najczęściej choroba ma łagodny przebieg, jednakże czasami mogą wystąpić niebezpieczne powikłania, takie jak głuchota, zapalenie jąder, jajników, serca, trzustki, opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Różyczka jest to zakaźna, wirusowa choroba, najczęściej występująca w wieku

dziecięcym. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową oraz poprzez bezpośredni kontakt z zarażonym, jak również przez przedmioty zanieczyszczone wydzielinami chorego. Choroba ma najczęściej łagodny przebieg, bardzo rzadko występują powikłania takie jak zapalenie mózgu czy stawów. Objawami choroby jest wysypka skórna wraz z gorączką. Różyczka jest szczególnie niebezpieczna dla kobiet w ciąży, gdyż może spowodować śmierć płodu, poronienie oraz rozwój wad wrodzonych, do których możemy zaliczyć: zahamowanie rozwoju umysłowego, wady serca, małopłowie, wrodzona jaskra, upośledzenie słuchu, zapalenie mózgu i opon mózgoworodzeniowych [3].

Podstawowy program szczepień przeciw śwince, odrze i różyczce przeprowadzany jest z użyciem szczepionki skojarzonej (MMRVAX Pro i Priorix) zawierającej żywe wirusy, podawaną w 13-15 miesiącu życia. Zaś dawkę przypominającą podaje się w 6 roku życia, u dzieci urodzonych przed 2013 roku dawka przypominająca podawana jest w 10 roku życia. Skuteczność kliniczna szczepionki wynosi ponad 95% [10].

Szczepienia zalecane

Szczepienia zalecane są to płatne szczepienia, stosowane w celu poszerzenia ochrony dziecka przed chorobami zakaźnymi. Wykaz zalecanych szczepień ochronnych jak i sposób ich finansowania zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia [3].

Szczepienia przeciw rotawirusom

Rotawirusy będące najczęstszą przyczyną występowania biegunki wśród niemowląt i dzieci. Zakażenie przenosi się drogą pokarmową, dając takie objawy jak gorączka, biegunka i wymioty, w ciężkich przypadkach występują drgawki. Rotawirusy powodują wirusowe zakażenia przewodu pokarmowego, z powodu niszczenia enterocytów wyściełających jelito cienkie. Szczepionki przeciw rotawirusom są to żywe oraz osłabione cząstki wirusa. Szczepienie nie daje całkowitej ochrony przed kolejną infekcją, zaś daje ochronę przed ciężką biegunką, która wymaga hospitalizacji pacjenta. Szczepienie podawane jest doustnie w 2-3 dawkach, odstęp pomiędzy nimi powinien wynosić przynajmniej 4 tygodni. Szczepienie wykonuje się między 6 – 24. tygodniem życia [11].

Szczepienia przeciw meningokokom

Neisseria Meningitidis – dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, określane inaczej meningokokami wywołujące jedno z najczęstszych inwazyjnych zakażeń bakteryjnych. Najczęstszą postacią inwazyjnej choroby meningokokowej jest sepsa oraz zapalenie opon

Mózgowo-rdzeniowych. Choroba u 20% osób, które wyzdrowieją może spowodować padaczkę, głuchotę, upośledzenie umysłowe oraz inne schorzenia neurologiczne. Szczepionki stosowane przeciwko meningokokom to skoniugowane szczepienia monowalentne, wielowalentne lub szczepionki białkowe przeciwko serogrupie B. Szczepienia zalecane są osobom z grup ryzyka, do których możemy zaliczyć niemowlęta. Skoniugowane szczepionki w swoim składzie zawierają czyste polisacharydy i skoniugowane białka. Szczepienie może być podawane domięśniowo i podskórnie dzieciom od 2 miesiąca życia [12].

Szczepienia przeciw ospie wietrznej

Ospa wietrzna to zakaźna choroba spowodowana przez wirus Varicella-zoster. Zakażenie przenosi się drogą kropelkową lub bezpośredni kontakt z chora osobą. Przebieg choroby jest najczęściej łagodny, u niektórych zaś może spowodować powikłania takie jak zapalenie mózgu, ciężkie zakażenie bakteryjne oraz zgon chorego. Objawami choroby są zmiany skórne na tułowie i głowie oraz kończynach w postaci plamek, które następnie zamieniają się na grudki, pęcherzyki oraz krostki, po których pojawiają się strupy [13].

Szczepienie przeciwko ospie wietrznej jest wykonywane żywą atenuowaną szczepionką. Szczepienie to jest obowiązkowe u wybranych grup ryzyka oraz zalecane u osób bez grup ryzyka.

Szczepienia obowiązkowe wykonywane są bezpłatnie:

1. u dzieci z upośledzoną odpornością oraz ryzykiem wystąpienia ciężkiego przebiegu choroby,
2. u osób z ostrą białaczką limfoblastyczną,
3. zakażonych wirusem HIV,
4. u dzieci do 12 roku życia, które mają kontakt z wyżej wymienionymi osobami, a same nigdy nie chorowały na ospę wietrzną,
5. u dzieci ze żłobków, klubów dziecięcych do 3 roku życia,
6. u dzieci do 12 roku życia, które przebywają w domu dziecka;
7. Szczepienia zalecane wykonywane jest płatnie:
8. u osób, które nigdy nie chorowały na ospę wietrzną,
9. u kobiet w wieku rozrodczym, które nigdy nie chorowały na ospę wietrzną;

Wyróżniamy dwie szczepionki przeciw ospie wietrznej: monowalentną podawaną podskórnie od 9 miesiąca życia oraz poliwalentną. Szczepionka podawana jest w 2 dawkach w odstępie 6-12 tygodni [7].

Szczepienia przeciw WZW typu A

Wirusowe zapalenie wątroby typu A wywołuje wirus HAV. Zakażenie przenosi się drogą fekalno-oralną, między innymi przez spożycie zarażonych produktów lub wody jak również przez bezpośredni kontakt z chorą osobą. HAV jest w stanie przetrwać zamrażanie, wysokie temperatury lub dłuższy czas w stolcu czy glebie. Objawami choroby są męczliwość, wymioty, złe samopoczucie, brak łaknienia, biegunka, bóle brzucha, rzadko bóle głowy, gorączka, bóle mięśni i stawów. U dzieci choroba zazwyczaj przebiega łagodnie lub bezobjawowo. Do ostrych objawów WZW możemy zaliczyć, pojawienie się żółtaczki, ciemne zabarwienie moczu, podwyższoną aktywność enzymów wątrobowych, stolce o barwie gliny. Częstość występowania wirusowego zapalenia wątroby ściśle wiąże się ze stanem społeczno-ekonomicznym społeczeństwa.

Szczepionki przeciw WZW typu A to szczepionki zawierające nieaktywny wirus HAV. Dostępne są jako szczepionki pojedyncze lub skojarzone – szczepionka przeciw WZW typu A oraz WZW typu B. Szczepionkę podaje się po ukończeniu 12 miesiąca życia w 2 dawkach w odstępie 6–12 miesięcznym. Skuteczność kliniczna szczepienia przeciw WZW A wynosi 98-99%. Odporność jaką dzięki niej nabywamy utrzymuje się prawdopodobnie całe życie [3].
Szczepienia przeciw grypie sezonowej

Grypa jest to wirusowa choroba wywołana jednym z trzech typów wirusa: A, B lub C z rodziny Orthomyxoviridae. Każdy z tych wirusów może zaatakować organizm człowieka. Zachorowalność szacuje się od 5 do 10% u dorosłych i od 20 do 30% wśród dzieci. Zakażenie przenosi się najczęściej drogą kropelkową jak i poprzez bezpośredni kontakt z chorym. Objawami choroby są ból gardła, katar, uczucie zatkanego nosa, kaszel, dreszcze, bóle mięśni i głowy, podwyższenie ciepłoty ciała, złe samopoczucie, osłabienie. Choroba ta jest szczególnie niebezpieczna u kobiet w ciąży, u dzieci do 5 roku życia oraz u osób po 65 roku życia. Powikłania jakie mogą wystąpić w trakcie choroby: pierwotne zapalenie płuc, wtórne bakteryjne zapalenie płuc, zaostrzenie przewlekłych chorób płuc, zawał serca, zapalenie mięśni, zespół Reye'a, poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego, zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego, ostra martwica encefalopatia, zespół Guillaina-Barrégo.

Szczepienia przeciwko grypie u dzieci wykonuje się od 6 miesiąca do 8 roku życia w dwóch dawkach w odstępie najmniej 4 miesięcy [51-54]. W Polsce w sezonie 2018/2019 dostępne są dwie szczepionki indukowane 4-walentne oraz jedna 3-walentna szczepionka przeciw grypie [14].

Odczyny poszczepienne

Niepożądany odczyn poszczepienny określany jest jako NOP, czyli każde czasowe oraz przyczynowe zaburzenie zdrowia, które wystąpiło w czasie 4 tygodni, po wykonaniu szczepienia. Jedynym wyjątkiem jest NOP po podaniu szczepienia przeciwko gruźlicy BCG, który może wystąpić do 12 miesięcy po szczepieniu. Jest to przejściowa, miejscowa lub ogólna odpowiedź zdrowego organizmu na przyjętą szczepionkę. Poszczepienne powikłanie jest to nadmierna lub patologiczna reakcja, która w bardzo skrajnych przypadkach powoduje trwałe uszkodzenia w organizmie lub śmierć pacjenta [15].

Szacuje się iż NOP występuje u około 1/10000 zaszczepionych dzieci. Występowanie ciężkiego NOP występuje bardzo rzadko. W 2015 roku wystąpiły 3 odczyny ciężkie, stanowi to około 0,1% wszystkich NOP-ów. Ilość zgłaszanych odczynów poszczepiennych w ostatnich latach uległ wzrostowi w roku 2008 zarejestrowano 982 NOP-y, w roku 2011 do 1130 przypadków, zaś 2015 roku do 2111 NOP-ów, w roku 2017 liczba ta wzrosła do 3000 NOP-ów. Wzrost liczby zgłoszeń, według lekarzy wynika nie z powodu wzrostu odczynowości szczepionek, zaś przede wszystkim z dobrze działającego systemu nadzoru nad NOP-ami [16].

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. (Dz. U. 2010 nr 254 poz. 1711), w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych, przedstawiono kategorie NOP. Jako łagodny odczyn poszczepienny uznaje się, nienasilony niepożądany odczyn poszczepienny, charakteryzujący się:

- miejscowym obrzękiem w miejscu szczepienia,
- silnym zaczerwienieniem w miejscu szczepienia,
- wystąpieniem gorączki [15];

Jako silny odczyn poszczepienny uznaje się, silnie nasilony niepożądany odczyn poszczepienny, charakteryzujący się:

- dużym obrzękiem kończyny, na której było wykonane szczepienie,
- silnym zaczerwienieniem kończyny,
- wysoką gorączką;

Stan ten nie zagraża życiu pacjenta.

W rozporządzeniu zawarto również szczegółowe rodzaje oraz kryteria niepożądanych odczynów poszczepiennych, takie jak:

- odczyny miejscowe oraz odczyny miejscowe po wykonaniu szczepienia BCG:
 - powiększenie węzłów chłonnych,
 - obrzęk,

- ropień powstały w miejscu wstrzyknięcia;
- odczyny poszczepienne ujawniające się ze strony ośrodkowego układu nerwowego:
 - drgawki gorączkowe jak i nie gorączkowe,
 - encefalopatia,
 - porażenne poliomyelitis,
 - zespół Guillaina-Barrégo,
 - zapalenie mózgu,
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
- inne odczyny poszczepienne niepożądane:
 - porażenie splotu barkowego,
 - ból stawów,
 - gorączka powyżej 39°C,
 - zapalenie jąder,
 - wstrząs anafilaktyczny,
 - reakcja anafilaktyczna,
 - małopłytkowość,
 - zapalenie ślinianek,
 - epizod hipotensyjno-hiporeaktywny,
 - uogólnione zakażenie BCG,
 - posocznica,
 - wstrząs septyczny,
 - nieutulony ciągły płacz [15];

Powikłania poszczepienne można zaliczyć do dwóch grup opisujących powikłania neurologiczne, są to tak zwane powikłania małe oraz duże. O powikłaniach małych mówimy gdy reakcje poszczepienne są łagodne lub ostre, występują do 48 godzin po wykonaniu szczepienia. Objawy ustępują bez trwałych następstw neurologicznych. O dużych powikłaniach neurologicznych mówimy gdy wystąpią po 48 godzinach od momentu wykonania szczepienia, oraz mogą być przyczyną trwałych zmian w OUN.

Wymienia się:

- drgawki – zwłaszcza jeśli pojawiają się bez wzrostu temperatury ciała,
- zespół hipotoniczno-hiporeaktywny,
- poszczepienne zapalenie mózgu,
- poszczepienną encefalopatię.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Zmniejszenie ilości zachorowań, powikłań oraz śmiertelności na choroby zakaźne w dzisiejszych czasach zawdzięczamy przede wszystkim szczepieniom. W Polsce realizacja programu szczepień ochronnych jest obowiązkowa, lecz czy dziecko zostanie zaszczepione, zależy przede wszystkim od rodziców. Mimo wielu potwierdzeń naukowych co do bezpieczeństwa oraz skuteczności szczepień, w ostatnich latach nastąpił znaczący spadek ilości zaszczepionych dzieci [16,61].

Zatem wydaje się, że wiedza rodziców na temat szczepień może mieć podstawowy wpływ na ich realizację.

Cele pracy

1. Ocena wiedzy respondentów na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych.
2. Analiza ilości zaszczepionych dzieci respondentów szczepionkami obowiązkowymi.
3. Analiza ilości zaszczepionych dzieci respondentów szczepionkami zalecanymi.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badanie przeprowadzono w styczniu 2019 roku wśród 150 rodziców dzieci do trzeciego roku życia uczęszczających do Żłobka Miejskiego Nr 7 w Białymstoku. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Otrzymane wyniki uzyskano przy udziale metody sondażu diagnostycznego.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, który stanowił narzędzie badawcze w pracy.

Ankieta była dobrowolna oraz miała charakter anonimowy.

W każdej chwili uczestnik mógł odmówić udziału w badaniu o czym został poinformowany osobiście. Przystąpienie respondenta do badania stanowiło wyrażenie zgody na wypełnienie ankiety. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części zawierających łącznie 37 pytań. Pierwsza część ogólna, obejmowała dane metryczkowe. Druga część szczegółowa, oceniała wiedzę respondentów na temat szczepień ochronnych, zbierała informacje odnośnie wyboru szczepień przez rodzica, wskazanie szczepień jakimi zostało zaszczepione dziecko.

Uzyskane wyniki uogólniono i przedstawiono w postaci opracowań procentowanych w formie wykresów, tabel i rycin. W opracowywaniu danych posłużono się programem Exel.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Płeć i wiek badanych

W badaniu uczestniczyło 150 rodziców dzieci uczęszczających do żłobka. Wśród badanych było 127 kobiet (85%) i 23 mężczyzn (15%) w wieku od 20 do powyżej 36 lat.

Do najliczniejszej grupy 63 osób (42%) należeli rodzice w przedziale wiekowym 31-35 lat, do zaś najmniej licznej 18 osobowej grupy (12%) ankietowani w przedziale wieku 20-25 lat. Badanych w wieku ponad 36 lat było 30 (20%), zaś w przedziale wiekowym 26-35 lat było 39 osób (26%).

Miejsce zamieszkania ankietowanych

Większość ankietowanych 102 osoby (68%) mieszkało w mieście powyżej 20 tysięcy mieszkańców, 26 (17%) ankietowanych mieszkało w mieście poniżej 20 tysięcy mieszkańców, zaś pozostali na wsi- 22 osoby (15%).

Wiek dziecka

Najwięcej ankietowanych- 97 osób (65%) miało dziecko w przedziale wiekowym 25-36 miesięcy, dzieci w wieku 19-24 miesiące posiadały 33 osoby (22%), zaś najmniej było rodziców dzieci w przedziale wiekowym 12-18 miesięcy- 20 osób (13%), w ankiecie nie brali udziału rodzice dzieci powyżej 3 roku życia oraz poniżej 12 miesiąca życia.

Liczba posiadanych dzieci

Najwięcej ankietowanych rodziców- 68 (45%), miało jedynie jedno dziecko. Kolejno 57 osób (38%) dwoje dzieci, 18 osób (12%) trójkę dzieci, 7 (5%) ankietowanych wychowywało czworo dzieci. Nikt z ankietowanych nie posiadał więcej niż czwórkę potomstwa.

Wykształcenie badanych

Dominowały osoby z wykształceniem wyższym co stanowiło- 129 osób (86%), 15 osób (10%) z wykształceniem średnim i zaledwie 6 osób (4%) z wykształceniem zawodowym. Pośród respondentów nie znalazły się osoby z wykształceniem podstawowym.

Sytuacja materialna ankietowanych

Większość ankietowanych oceniło swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą – 54 osoby (36%), 41 osób jako dobrą (28%), 26 osób jako przeciętną (17%), określić swojego stanu materialnego nie potrafiło 29 osób (19%), nikt z ankietowanych nie uznał swojej sytuacji materialnej jako raczej zła lub zła. Dokładne wyniki zbiorcze przedstawia tabela II.

Tabela II. Charakterystyka grupy badanych

Cecha respondentów	n	%
Płeć		
Kobieta	127	85
Mężczyzna	23	15
suma	150	100
Wiek		
20-25 lat	18	12
26-30 lat	39	26
31-35 lat	63	42
Ponad 36 lat	30	20
suma	150	100
Miejsce zamieszkania		
Miasto < 20 tys.	26	17
Miasto > 20 tys.	102	68
Wieś	22	15
suma	150	100
Wiek dziecka		
12-18 miesięcy	20	13
19-24 miesiące	33	22
25-36 miesięcy	97	65
suma	150	100
Liczba posiadanych dzieci		
Jedno	68	45
Dwoje	57	38
Troje	18	12
Czworo	7	5
suma	150	100
Wykształcenie		
Podstawowe	0	0
Zawodowe	6	4
Średnie	15	10
Wyższe	129	86
Suma	150	100

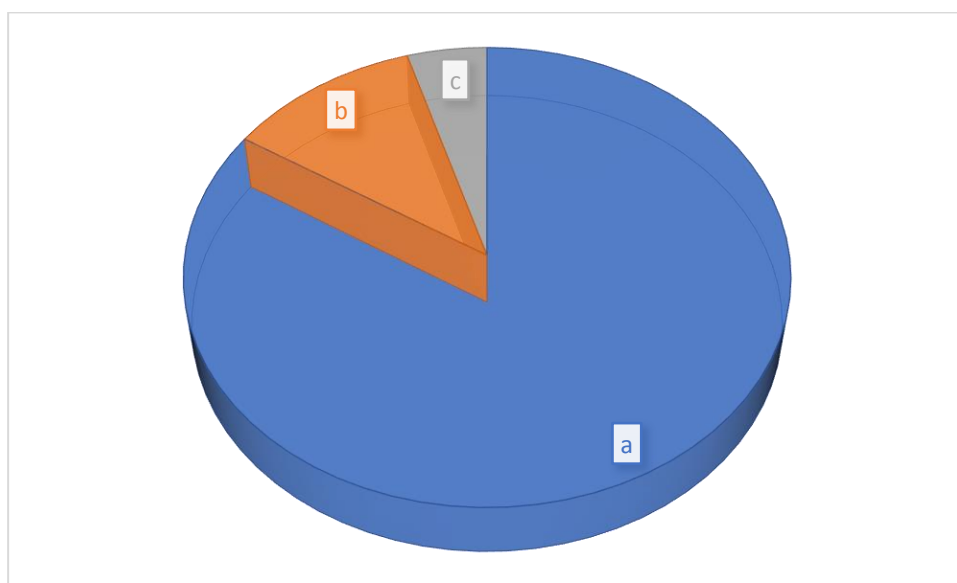
Sytuacja materialna		
Bardzo dobra	54	36
Dobra	41	28
Przeciętna	26	17
Raczej zła	0	0
Zła	0	0
Nie potrafię ocenić	29	19
Suma	150	100

Omówienie wyników badań

Pierwsze pytanie służyło sprawdzeniu czy respondenci wiedza czym jest szczepionka. Badani mieli do wyboru odpowiedzi:

- preparat biologiczny zawierający w swoim składzie antygeny drobnoustrojów chorobotwórczych, które pobudzają organizm do wytworzenia odporności,
- preparat biologiczny zawierający w swoim składzie antybiotyki przeciw chorobotwórcze, które pobudzają organizm do wytworzenia odporności,
- preparat chemiczny zawierającego w swoim składzie mieszanek pierwiastków oraz patogeny chorób zakaźnych, które pobudzają organizm do wytworzenia odporności; odpowiedź „a” była prawidłowa.

Większość respondentów 126 osób (84%) prawidłowo wskazało definicję szczepionki. Pozostałe osoby zaznaczyły odpowiedź: „b” - 17 respondentów (11%), „c” wskazało 7 osób (5% ankietowanych). Szczegóły przedstawia rycina nr 1.



Ryc. 1. Czym według Pana/Pani jest szczepionka? (N=150)

Większość rodziców biorących udział w badaniu zaszczepiło swoje dzieci - 133 osoby (89%), 17 osób (11%) nie zaszczepiło swojego dziecka według kalendarza szczepień ochronnych.

Z kolei przedstawiony poniżej wykres dotyczy 17-to osobowej grupy, która nie zaszczepiła dzieci. Odpowiedź na pytanie miała przedstawić powody nie zaszczepienia dziecka zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych. Respondent miał możliwość wyboru kilku odpowiedzi. Najczęstsze wskazywane powody rezygnacji ze szczepień ochronnych, przez respondentów to:

- nie szczepię z powodu złego składu szczepionek – 14 badanych (82%),
- uważam, że szczepienia nie chronią dziecka przed zachorowaniem- 13 badanych (76%),
- boję się przeciążenia układu odpornościowego dziecka z powodu dużej ilości szczepień- 10 badanych (59%),
- nie szczepię z powodu ryzyka powikłań poszczepiennych- 10 badanych (59%);

Wszystkie powody niezaszczepienia dziecka wskazane przez respondentów przedstawia rycina 2.

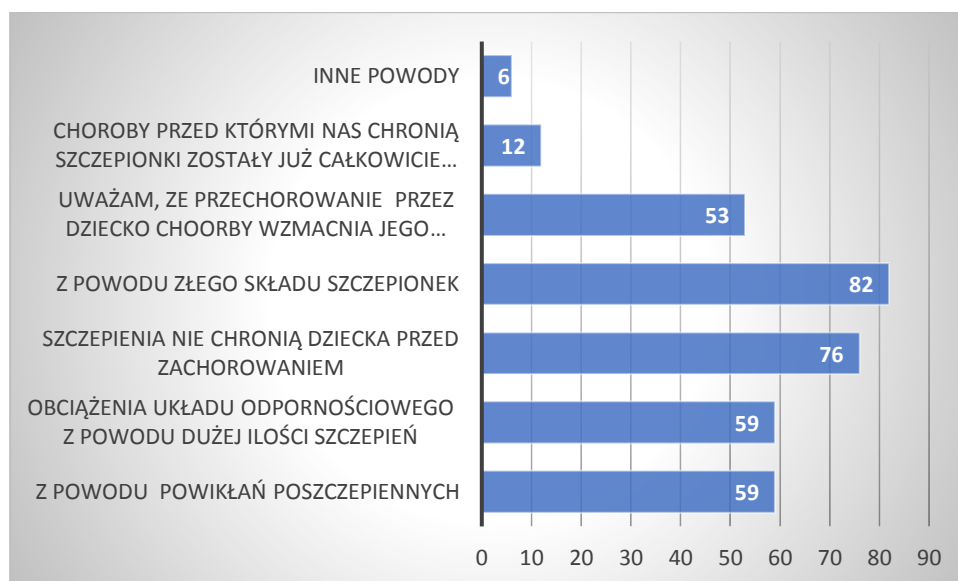
Kolejne pytanie dotyczyło grupy respondentów, która zaszczepiła swoje dziecko (N=133). Badani zostali zapytani o to, dlaczego zdecydowali się na zaszczepienie swojego dziecka. Najczęstsze powody zdecydowania się na zaszczepienie dziecka jakie wskazali respondenci to:

- jest to ochrona zdrowia dziecka- 127 badanych (95%),
- uważam, że to jedyna metoda profilaktyki chorób- 102 badanych (77%),
- boję się aby moje dziecko nie zachorowało- 79 badanych (59%);

Korzystając z możliwości samodzielnej odpowiedzi, sześciu spośród ośmiu badanych, którzy zaznaczyli odpowiedź „TAK” wpisało następujące powody:

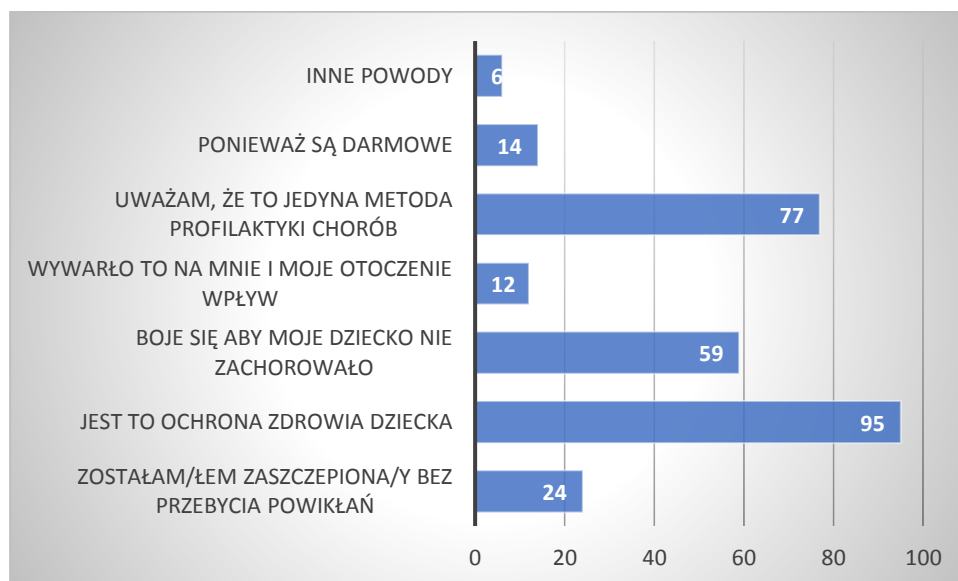
- łagodniejsze przechorowanie przez dziecko niektórych chorób, wzmocnienie odporności dziecka,
- ponieważ w razie operacji dziecka jest to konieczność,
- ponieważ są obowiązkowe (odpowiedź ta pojawiła się 3 razy);

Wszystkie powody zaszczepienia dziecka przez respondenta przedstawia rycina 3.



Ryc. 2. Jeśli nie zaszczepił Pan/Pani dziecko, proszę wskazać dlaczego (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (N=17).

* Odpowiedzi jest więcej niż 100% ponieważ respondenci mieli możliwość dokonania wielokrotnego wyboru.

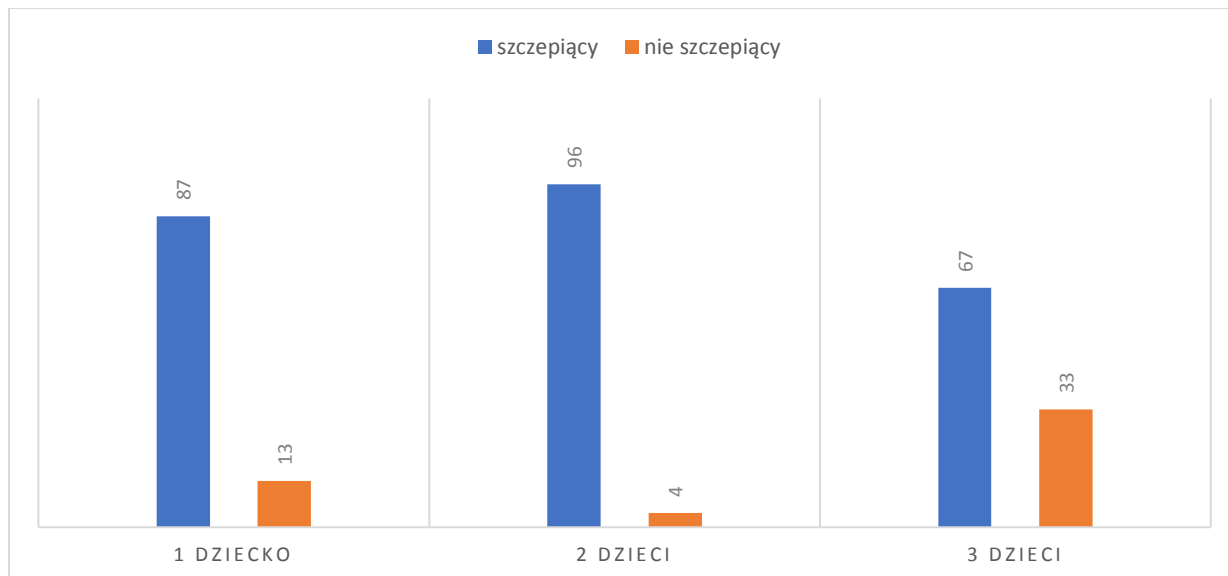


Ryc. 3. Jeśli zaszczepił Pan/Pani dziecko, proszę wskazać dlaczego. (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (N= 133).

* Odpowiedzi jest więcej niż 100% ponieważ respondenci mieli możliwość dokonania wielokrotnego wyboru.

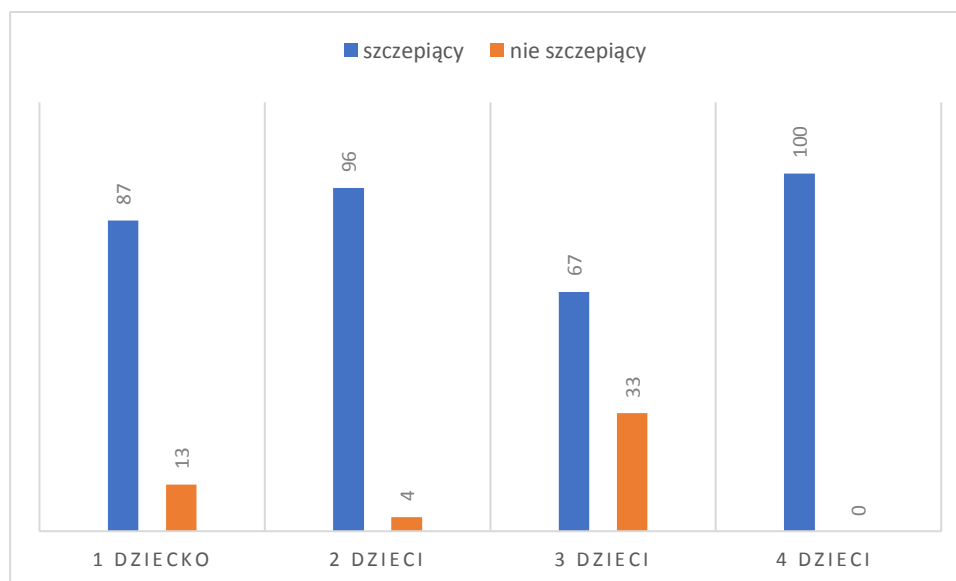
Ryc. 4 ukazuje zależność między poziomem wykształcenia respondenta, a podjęciem decyzji o zaszczepieniu dziecka. W wykresie nie ujęto wykształcenia podstawowego, gdyż żaden z badanych nie wskazał go jako swoje wykształcenie. Z analizy

wynika, że swoje dziecko zaszczepiło większość (88%- 114 osób) z wykształceniem wyższym, większość (87%- 13 osób) z wykształceniem średnim oraz wszyscy (100%- 6 osób) z zawodowym wykształceniem. Odpowiednio pozostali nie zaszczepili swego dziecka.



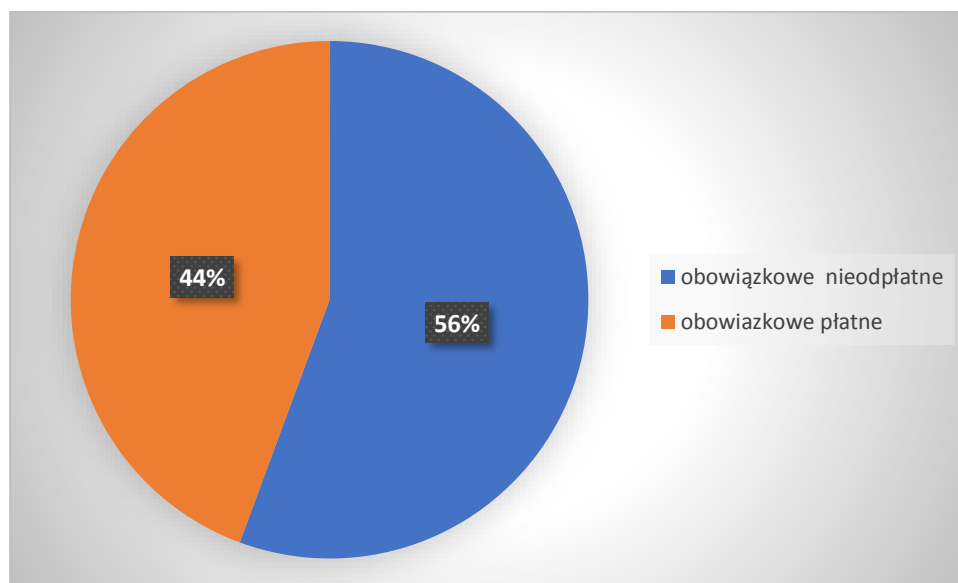
Ryc. 4. Zależność między poziomem wykształcenia respondenta, a podjęciem decyzji co do zaszczepienia dziecka

Ryc. 5 przedstawia zależność między ilością posiadanych dzieci ankietowanego, a szczepieniem zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych obowiązkowych. Największy procent szczepień występował w przedziale rodzin z czwórką dzieci.



Ryc. 5. Zależność liczby posiadanych dzieci, a szczepieniem zgodnie z kalendarzem szczepień.

Kolejne pytanie miało za zadanie sprawdzić czy dziecko respondentów zostało zaszczepione szczepieniami obowiązkowymi nieodpłatnymi czy obowiązkowymi płatnymi (skojarzonymi). Ponad połowa ankietowanych wskazała na odpowiedź: obowiązkowymi nieodpłatnymi, co stanowiło ponad połowę - 56% odpowiedzi (74 osoby podały taką odpowiedź). Zaś 44% (59 osób) wskazało odpowiedź: szczepieniami obowiązkowymi płatnymi. Odpowiedzi zostały przedstawione na rycinie 6.



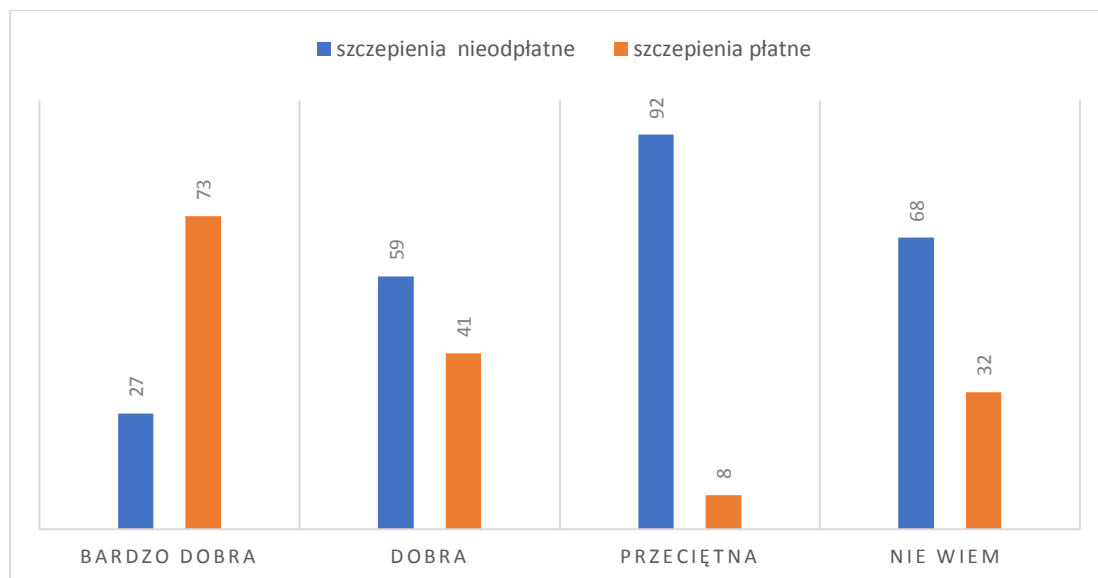
Ryc. 6. Proszę wskazać jakim rodzajem szczepień obowiązkowych zostało zaszczepione Twoje dziecko (N=133).

Rycina 7 przedstawia, zależność między sytuacją materialną respondenta, a wyborem szczepień obowiązkowych płatnych lub bezpłatnych. Stan materialny określany jako zły i raczej zły nie został zawarty w wykresie, ponieważ żaden z badanych nie wskazał go w swojej ankiecie. Według badania osoby deklarujące bardzo dobry stan materialny częściej szczepiły dziecko szczepieniami płatnymi, zaś osoby o przeciętnej sytuacji materialnej częściej szczepiły dzieci szczepieniami nieodpłatnymi.

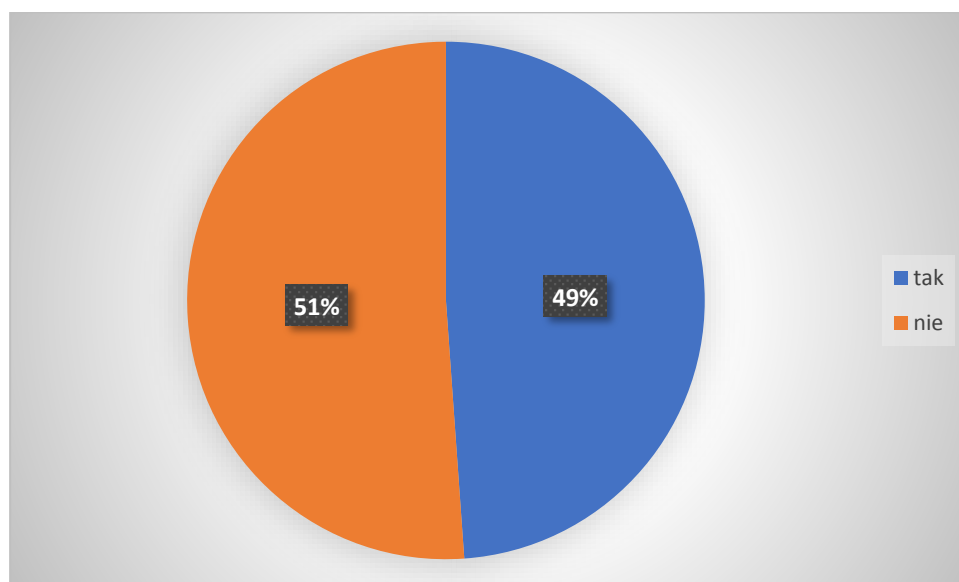
Celem następnego pytania było sprawdzenie czy badani zaszczepili swoje dziecko szczepieniami zalecanymi. Wyniki obu grup były bardzo zbliżone, 51% (68 osób) wskazało, iż nie zaszczepiło swojego dziecka szczepieniami zalecanymi, 49% (65 osób) zaszczepiło swoje dziecko szczepieniami zalecanymi. Odpowiedzi zostały przedstawione na rycinie 8.

Rycina 9 przedstawia zależność między poziomem materialnym respondenta, a zaszczepieniem dziecka szczepieniami zalecanymi. Procentowo szczepienia zalecane

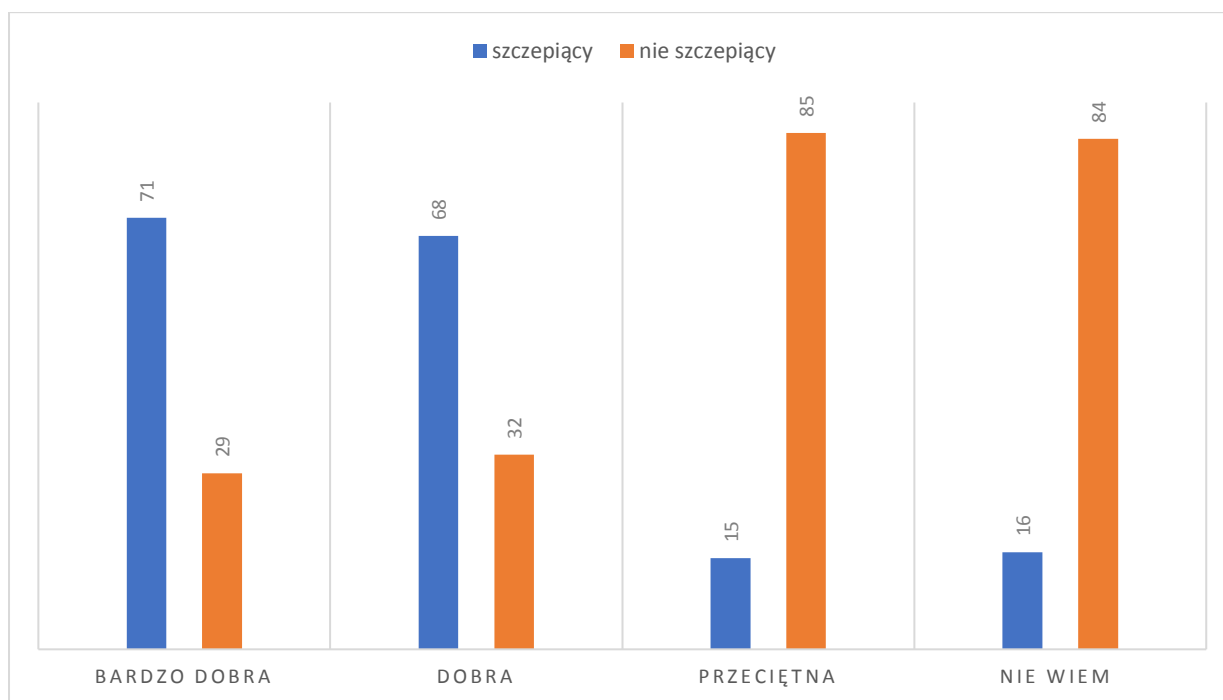
najczęściej wykonywały osoby deklarujące swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą, natomiast osoby znajdujące się w przeciętnej sytuacji materialnej rzadziej szczepiły dzieci szczepieniami zalecanymi.



Ryc. 7 Zależność między stanem materialnym respondenta, a wyborem szczepień między szczepieniami nieodpłatnymi, a płatnymi.



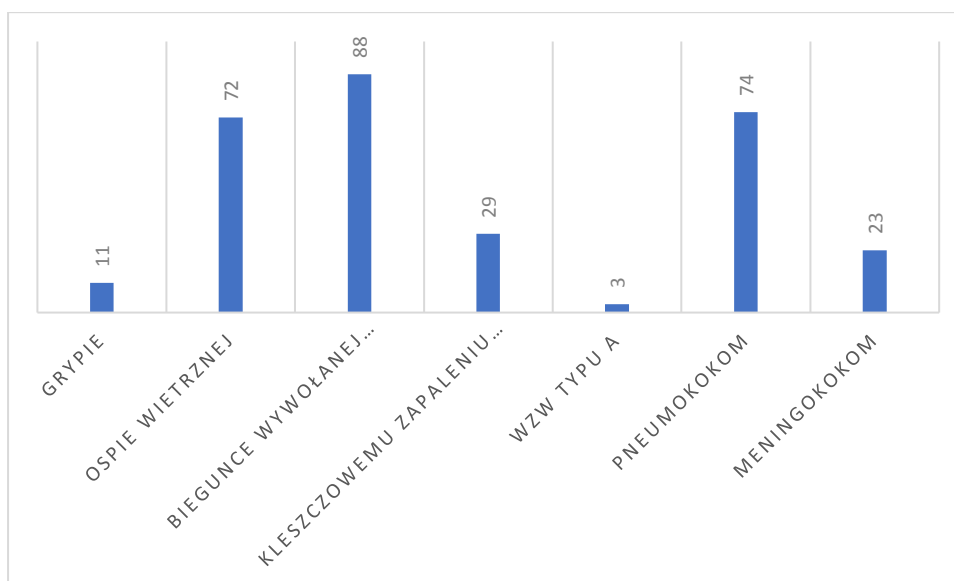
Ryc. 8. Czy Pana/Pani dziecko zostało zaszczepione zalecanymi szczepieniami ochronnymi? (N=133).



Ryc. 9. Zależność między stanem materialnym, a zaszczepieniem dziecka szczepieniami zalecanymi.

Następne pytanie miało na celu sprawdzenie jakimi szczepieniami zalecanymi zostało zaszczepione dziecko respondentów, którzy odpowiedzieli twierdząco na pytanie nr 12. Spośród 65 osób:

- 88% (57 razy) respondentów wskazało szczepienie przeciw biegunce wywołanej rotawirusem,
- 74% respondentów (48 szczepień zalecanych) wykonało szczepienie przeciw pneumokokom (w pytaniu była prośba zaznaczyć odpowiedź jedynie gdy ma się dziecko urodzone przed rokiem 2017),
- 72% ankietowanych (47 razy) wskazało szczepienie przeciw ospie wietrznej,
- 29% rodziców (19 szczepień) zaszczepiło dziecko szczepieniem przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu,
- 23% badanych (15 razy) wykonało szczepienie przeciwko meningokokom,
- 11% ankietowanych (7 razy) zaszczepiło swoje dziecko szczepieniem przeciwko grypie,
- 3% respondentów (2 razy) wskazało, iż wykonało szczepienie przeciw WZW typu A; Odpowiedzi zostały przedstawione na rycinie 10.



Ryc. 10. Szczepienie zalecane, którym zostało zaszczepione dziecko respondentów (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) (N=65).

** Odpowiedzi jest więcej niż 100% ponieważ respondenci mieli możliwość dokonania wielokrotnego wyboru.*

DYSKUSJA

Szczepienia ochronne lub zalecane stanowią najbardziej skuteczną metodę profilaktyki zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych [17]. Redukują liczbę powikłań chorobowych, zgonów oraz obniżają zachorowalność. Umożliwiają również wyeliminowanie chorób czego przykładem jest eradykacja poliomielitis, ospy prawdziwej oraz znaczące zmniejszenie występowania innych śmiertelnych chorób zakaźnych. Udoskonalanie, opracowywanie nowych generacji szczepionek oraz stałe badania, umożliwiają ciągle poszerzanie wiedzy na ich temat, dzięki którym szczepienia są bezpieczne dla zdrowia. Wraz ze wzrostem liczby osób uodpornionych w danej populacji istnieje zmniejszone ryzyko zachorowania osoby nieuodpornionej, potencjalnie podatnej na zakażenie [18]. Niestety coraz więcej rodziców rezygnuje ze szczepienia lub opóźnia podanie kolejnej dawki szczepionki u dziecka. W Polsce podobnie jak w wielu krajach na świecie, co roku znacząco wzrasta liczba dzieci nieszczepionych. W przyszłości może to skutkować zagrożeniem epidemiologicznym i odrodzeniem się tych chorób, które dziś uważa się za „wymarłe”. Tempo wzrostu liczby dzieci, których rodzice odmawiają zaszczepienia może budzić niepokój. Edukacja zdrowotna

jako nieodłączny elementem promocji zdrowia, stanowi ważne ogniwo. Wynika to z coraz szerzej wygłaszanych negatywnych opinii na temat szczepień ochronnych i dużej dostępności, przede wszystkim w Internecie i mediach, materiałów propagujących ruch antyszczepionkowy. Przyczynia się do tego również narastająca niewiedza i wątpliwości rodziców oraz niewystarczająca liczba rzetelnych materiałów informacyjnych w placówkach medycznych. Zarówno lekarze rodzinni, jak i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek informowania o dostępnych szczepieniach zalecanych [17].

Z przeprowadzonej analizy ankiet wypełnionych przez rodziców dzieci uczęszczających do Żłobka Miejskiego Nr 7 w Białymstoku zaobserwowano, iż zdecydowana większość (89%) badanych zaszczepiło swoje dziecko szczepieniami obowiązkowymi. Według ankiet wszyscy rodzice posiadający czwórkę dzieci zaszczepili swoje dziecko, równie chętnie zaszczepili rodzice posiadający dwoje (96%), mniej chętnie rodzice posiadający jedno (87%) zaś najmniej zostało zaszczepionych dzieci (67%) przez rodziców mających trójkę dzieci. Nie zauważono znacznej różnicy w przystąpieniu do szczepień ochronnych, a posiadanym wykształceniem przez rodziców. Powody, przez które respondenci nie zdecydowali się zaszczepić swojego dziecka to przede wszystkim: zły skład szczepionek (82% respondentów), ponieważ szczepienia nie chronią dziecka przed zachorowaniem (76%), ryzyko powikłań poszczepiennych (59%), z powodu przeciążenia układu odpornościowego dziecka oraz z powodu dużej ilości szczepień (59%). Porównując do badań przeprowadzonych wśród 123 rodziców w Szpitalu Pediatrycznym w Bielsku-Białej w 2012 roku przez K. Gawlik, H. Woś, W. Waksmańską, R. Łukasik zdecydowana większość (97,6%) respondentów zaszczepiła swoje dzieci [19]. W badaniach Rogalskiej J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P. przeprowadzonych w 2010 roku, również prawie wszyscy (98%) rodzice zaszczepili swoje dziecko [20]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez M. Pieszkę, W. Waksmańską, H. Woś w 2016 roku zostało zaszczepionych 86% dzieci respondentów, najczęstszym zaś powodem niezaszczepienia dziecka była jego infekcja [21].

Analizując wspomniane badania można zauważyć, że w przeciągu 9 lat liczba zaszczepionych dzieci w Polsce spada. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że nieco ponad połowa respondentów zaszczepiła swoje dziecko szczepieniami nieodpłatnymi 56% zaś blisko połowa (46%) respondentów szczepieniami płatnymi. Zbliżony wynik uzyskali M. Pieszka, W. Waksmańska, H. Woś ilość zaszczepionych dzieci szczepieniami nieodpłatnymi wynosiła 64%, wśród osób nie korzystających ze szczepień odpłatnych blisko połowa zaznacza, iż barierą jest jej cena [21]. Natomiast z badań przeprowadzonych w 2010 roku przez J.

Rogalską, E. Augustynowicz, A. Gzyl, P. Stefanoff 38% respondentów zaszczepiło swoje dziecko szczepieniami odpłatnymi [69]. Podobne wyniki uzyskali K. Leszczyńska, E. Borkowska, T. Irzyniec, I. Pałka, K. Stawicka, M. Mazurek, B. Podsiadło gdzie szczepienia nierefundowane wybrała niecała połowa (41%) badanych [22].

Z własnych badań wynika, że trzy czwarte badanych (73%) uznających swój stan zamożności za bardzo dobry, wykonało szczepienia płatne u swoich dzieci, natomiast szczepienia zalecane wykonano u 71% dzieci tych osób. Natomiast ze szczepień nieodpłatnych skorzystało większość osób (92%), deklarujących swoją sytuację materialną za przeciętną. W badaniach przeprowadzonych przez H. Król, M. Paprocką, E. Hombek, M. Biskup trzy czwarte (75%) osób deklarujących bardzo dobrym stan materialny oraz nieco ponad połowa (52%) badanych uznających swoją sytuację materialną za dobrą zaszczepiła swoje dziecko szczepieniami obowiązkowymi nierefundowanymi [23]. Z analizy badań wynika, iż blisko połowa respondentów (44%) samodzielnie zakupiła szczepienia obowiązkowe dla swojego dziecka. Z ankiet można również wywnioskować że szczepienia płatne obowiązkowe jak i zalecane wybierały osoby o statusie materialnym bardzo dobrym lub dobrym.

Analizując dalej własne badania wynika, iż blisko połowa (49%) respondentów zaszczepiła swoje dziecko szczepieniami zalecanymi. W badaniach przeprowadzonych przez P. Kalinowskiego, M. Makara-Studzińską, M. Kowalską w 2014 roku sytuacja jest nieco inna, tam szczepienia nieobowiązkowe wykonał jedynie co dziesiąty (11%) ankietowany [24]. Natomiast zbliżone wyniki otrzymano w badaniach wykonanych przez K. Gawlik, H. Woś, W. Waksmańską, R. Łukasik w badaniach tych, szczepienia zalecane dla dziecka wykonała blisko połowa (około 40%) respondentów, a szczepienia zalecane jakie dominowały to szczepionki przeciwko pneumokokom 21%, oraz meningokokom 12% [19]. W badaniach wykonanych przez K. Leszczyńską, E. Borkowską, T. Irzyniec, I. Pałkę, K. Stawicką, M. Mazurek otrzymano podobny wynik (43%) [71]. Analizując własne badania rodzice najczęściej wybierali szczepienie przeciw biegunce wywołanej rotawirusem, szczepienie to wykonało większość (88%) ankietowanych (57 osób) z 65 osób deklarujących zaszczepienie swojego dziecka szczepieniami nieobowiązkowymi. Kolejnym cieszącym się zainteresowaniem rodziców szczepieniem było szczepienie przeciw pneumokokom – wybrało je trzy czwarte (48 osób-74%) respondentów. Równie często badani wybierali szczepienie przeciw ospie wietrznej - 47 osób (72%). Najmniej wykonano szczepień przeciw WZW typu A gdyż jedynie 3% respondentów zdecydowało się na jego wykonanie. W badaniach przeprowadzonych przez K. Leszczyńską, E. Borkowską, T. Irzyniec, I. Pałkę, K. Stawicką,

M. Mazurek najczęstszym szczepieniem zalecanym jakie wykonali respondenci była szczepionka przeciw pneumokokom (68%) następnie szczepionka przeciw meningokokom (54%). Szczepienie przeciw biegunce rotawirusowej oraz ospie wietrznej wybrało 42% badanych rodziców. Najrzadziej badani decydowali się na szczepionkę przeciw grypie (4%) oraz kleszczowemu zapaleniu mózgu (3%) [22]. W badaniach M. Pieszki, W. Waksmańskiej, H. Woś najczęściej decydowano się na szczepienie przeciw pneumokokom (77,6%) następnie przeciw rotawirusom (17,2%). Najmniejszym zainteresowaniem w tym badaniu cieszyła się szczepionka przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (3,4%) [21]. Z badań przeprowadzonych przez K. Jaroszewską., A. Marciniak, M. Gawlak, K. Życińską, K. Wardyn, A. Nitsch-Osuch wynika, że najczęstszym wybieranym szczepieniem zalecanym, wybieranym przez jedną trzecią (37%) respondentów była szczepionka przeciw pneumokokom na drugim zaś miejscu szczepienie przeciwko rotawirusom (23%) [25].

Na podstawie przedstawionych analiz badań można zauważyć, iż szczepienia zalecane wykonała około połowa badanych rodziców (49%).

Najczęściej zaś wybieranym szczepieniem było szczepienie przeciwko pneumokokom (u dzieci urodzonych przed 2017 rokiem) oraz biegunce wywołanej rotawirusami.

Procentowo szczepienia zalecane najczęściej wykonują osoby deklarujące swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.(Dz.U. r. Nr 52, poz. 417 z późn. Zm. z 2009r.)
2. Wysocki J., Czajka H.: Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach. Help Med, Kraków 2014.
3. Nosek A., Kozłowska D., Kopański Z., Brukwicka I., Uracz W., Dyl S.: Wybrane zagadnienia dotyczące szczepień ochronnych u dzieci c.d. Journal of Clinical Healthcare 2014: 13 -16.
4. Bernatowska E.: Szczepionki wysokoskojarzone – nowy plan strategiczny dla szczepień obowiązkowych w Programie Szczepień Ochronnych. Standardy Medyczne Pediatria 2011, 6(8): 895-908.
5. Bednarek A., Zarzycka D.: Potrzeba i założenia nowoczesnej edukacji na przykładzie szczepień ochronnych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2015, 96(1): 1-7.

6. Mrukowicz J., Wysocki J.: Szczepionki skojarzone. Medycyna Praktyczna - Pediatria, Wydanie specjalne 2010: 2-6.
7. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2019 rok. (Dz. Urz. Min. Zdr. Poz. 104. z 2018 r.)
8. Chybicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J.: Pierwsze 2 lata życia dziecka – przewodnik dla rodziców. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.
9. Sherman J.: Zakażenia pneumokokowe. Pediatria po Dyplomie 2010, 5: 54-66.
10. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/rozyczka/8/?print-version> Pobrane 21.02.2019r.
11. Oleksy M., Koligot K., Dryś A., Gościński G.: Występowanie rotawirusów i adenowirusów u dzieci z objawami biegunki na terenie Dolnego Śląska. Hygeia Public Health 2015, 50(4): 598-603.
12. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/meningokoki/> pobrano 06.10.2018r.
13. Gershon A.: Zakażenia wirusem ospy wietrznej-półpaśca. Pediatria po Dyplomie 2009, 4,13: 54-61.
14. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jakie-szczepionki-przeciw-grypie-dostepne-sa-w-sezoni-e-2018-2019/> Pobrane 10.01.2019r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.(Dz.U. nr 254 poz. 1711 z 2010r.)
16. <http://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jak-czesto-nop-wystepuja-w-polsce-i-gdzie-mozna-to-sprawdzic/> Pobrane 21.02.2019r.
17. Sienkiewicz D: Bezpieczne Szczepienia. Vademecum Pielęgniarki i Położnej 2013: 131-140.
18. Kuchar E.: Zakażenia i układ odpornościowy u dzieci. Praktyka Lekarska 2013, 91: 14.
19. Gawlik K., Woś H., Waksmańska W., Łukasik R.: Opinie rodziców na temat szczepień ochronnych u dzieci. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014, 20, 4: 360–364.
20. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P.: Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny 2010, 64: 91 – 97.
21. 2Pieszka M., Waksmańska W., Woś H.: Wiedza rodziców dzieci do drugiego roku życia na temat szczepień ochronnych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016, 22, 3: 221–226.

22. Leszczyńska K., Borkowska E., Irzyniec T., Pałka I., Stawicka K., Mazurek M., Podsiadło B.: Postawa rodziców wobec szczepień ochronnych [w:] Dobrostan a rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży. Turowski K. (red.). NeuroCentrum, Lublin 2016: 157-170.
23. Król H., Paprocka M., Hombek E., Biskup M.: Świadomość rodziców z województwa świętokrzyskiego na temat szczepień ochronnych dzieci [w:] Medyczne wymiary dobrostanu. Turowski K. (red.). NeuroCentrum, Lublin 2018: 99-128.

STAN WIEDZY DOROSŁYCH POLAKÓW NA TEMAT UDARÓW MÓZGU NA PRZYKŁADZIE GMINY GRABOWO

Ewelina Lemańska¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Udar mózgu znajduje się w czołówce głównych przyczyn zgonów oraz niepełnosprawności na całym świecie, a szczególnie w krajach wysokorozwiniętych. Każdego roku na świecie udar mózgu dotyka około 11 mln ludzi, z czego około 1,5 mln osób w Europie. W Polsce zapadalność na udar mózgu wynosi około 60000 osób w ciągu roku [1, 2].

Zachorowalność oraz konsekwencje udaru mózgu to wciąż ogromny problem z jakim zmaga się współczesna medycyna oraz społeczeństwo. Wraz z upływem lat prowadzone są stale nowe badania dotyczące skuteczności leczenia, rodzaju zastosowanych metod terapeutycznych oraz występujących zagrożeń [3]. Na bazie wyników z przeprowadzonych badań opracowywane są najnowsze standardy leczenia, które ułatwiają dobór właściwego postępowania leczniczego. Szybkie ustalenie rodzaju i pochodzenia udaru oraz odpowiednie postępowanie zapobiega licznym powikłaniom i zmniejsza śmiertelność [1]. Na powstanie udaru mózgu składają się czynniki niemodyfikowalne, na które nie możemy wpłynąć oraz czynniki modyfikowalne, których znajomość i praca nad nimi znacząco wpływa na obniżenie zachorowalności na udar mózgu [3,4].

Ze względu na istotę problemu, jakim jest występowanie udarów mózgu wiedza na ich temat powinna być ogólnodostępna oraz opierać się na aktualnych badaniach. Szczególnie bardzo ważne jest, aby społeczeństwo wiedziało, jak zapobiegać udarom, jakie są ich objawy i skutki [5]. Wielokierunkowe działania, takie jak edukacja prozdrowotna, kształtowanie świadomości społeczeństwa oraz badania nad udarem mózgu przyczyniają się do zmniejszenia zachorowalności, obniżenia śmiertelności, zmniejszenia stopnia kalectwa, ograniczenia kosztów diagnostyki oraz hospitalizacji, a także poprawy jakości życia społeczeństwa [3].

Udar mózgu jest nagłym wystąpieniem ogniskowych bądź ogólnych zaburzeń pracy mózgu, które spowodowane są jedynie przyczynami naczyniowymi związanymi z mózgowym przepływem krwi trwającymi dłużej niż 24 godziny. Ze względu na różnorodność udarów, dużą liczbę czynników występowania oraz zróżnicowane objawy nie są zjawiskiem klinicznym prostym do zdefiniowania. Przez trudność, jaką niesie ze sobą określenie tej jednostki chorobowej każda z definicji różni się od siebie [5].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zgodnie z definicją z 1980 roku udar mózgu określa zespołem klinicznym, który charakteryzuje się nagłym pojawieniem ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu utrzymujących się dłużej niż 24 godziny (pod warunkiem, że nie doprowadziły wcześniej do zgonu), a ich przyczyna jest wyłącznie naczyniowa [6]. W 2013 roku definicja ta została poszerzona o kwestię rozpoznania udaru również w sytuacji, kiedy objawy kliniczne trwają mniej niż dobę, ale jednocześnie ognisko niedokrwienne udaru zostało udokumentowane za pomocą badań neuroobrazowych. Rozpoznanie udaru mózgu według definicji WHO nie uwzględnia patomechanizmu zaburzeń naczyniowych, zmian strukturalnych, lokalizacji oraz rozległości, więc jest jedynie rozpoznaniem klinicznym [7].

Udar mózgu definiowany jest przez amerykański Narodowy Instytut Chorób Układu Nerwowego i Udaru Mózgu jako zespół objawów, który wynika ze stałego lub czasowego upośledzenia funkcji OUN w wyniku niedokrwiennego bądź krwotocznego procesu, podczas którego doszło do uszkodzenia minimum jednego naczynia mózgu. Definicja ta podaje dwa możliwe mechanizmy powstawania udaru mózgu: niedokrwienny lub wylew krwi w obrębie tkanki nerwowej OUN [8].

Klasyfikacja TOAST wyróżnia pięć kategorii etiologicznych zawału mózgu tj.:

- choroba dużych naczyń,
- udar sercowo-zatorowy,
- choroba małych naczyń i udar zatokowy,
- udar o rzadkiej etiologii
- udar o nieustalonej etiologii.

Około 16-20% wszystkich przyczyn udaru niedokrwiennego mózgu zajmują choroba dużych naczyń, która powoduje zwężenie lub zamknięcie tętnicy wewnątrzczaszkowej lub zewnątrzczaszkowej [7].

Czynnikami ryzyka udaru mózgu są wszystkie cechy lub schorzenia współistniejące,

które zwiększają możliwość wystąpienia udaru mózgu. Moc z jaką dana cecha wpływa na powstanie udaru mózgu wyrażona jest względnym ryzykiem [5]. Czynniki powstania udaru mózgu dzielą się na niepoddające się modyfikacji oraz poddające się modyfikacji [9].

Do czynników niemodyfikowalnych zalicza się:

- wiek,
- rasę,
- płeć
- obciążający wywiad rodzinny.

Czynniki udaru mózgu, które podlegają modyfikacji to:

- nadciśnienie tętnicze,
- choroby serca,
- cukrzyca,
- zaburzenia gospodarki lipidowej
- styl życia [10].

Choroby serca, wady serca, choroby tkanki łącznej, choroby zapalne, zaburzenia metaboliczne i hematologiczne oraz predyspozycje genetyczne to najczęstsze przyczyny wystąpienia udarów mózgu u dzieci [11].

Na czynnik podlegający modyfikacji jakim jest styl życia na który składa się kilka elementów. Palenie tytoniu, spożywanie w zbyt dużej ilości alkoholu, zażywanie narkotyków, bierny tryb życia, nieprawidłowa dieta oraz otyłość to elementy stylu życia, które zwiększają ryzyko powstania udaru mózgu [9]. Palenie tytoniu jest czynnikiem niezależnym, który zwiększa dwukrotnie ryzyko wystąpienia udaru mózgu [12]. Czynniki ryzyka takie jak otyłość oraz brak aktywności fizycznej, które współistnieją ze sobą zwiększają możliwość wystąpienia udaru mózgu trzykrotnie [2]. Alkohol spożywany w większej ilości niż 60 gram w ciągu doby również zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu dwukrotnie [13].

Rozpoznanie udaru mózgu po pojawieniu się pierwszych objawów neurologicznych umożliwia wczesne włączenie odpowiedniego leczenia, które przyczynia się do zmniejszenia deficytu neurologicznego i niesprawności poudarowej [14].

Objawy kliniczne niedokrwienego udaru mózgu często sugerują lokalizację zaburzenia krążenia mózgowego. Afazje mowy, zaburzenia połykania, niedowład połowiczny oraz jednooczne zaburzenia widzenia mogą świadczyć o wystąpieniu zaburzeń krążenia mózgowego przedniego. Do symptomów zaburzeń krążenia mózgowego tylnego zalicza się nudności, zawroty głowy, wymioty, zaburzenia słuchu, zaburzenia równowagi, oraz podwójne

widzenie [2]. Najczęściej występującym objawem klinicznym udaru niedokrwiennego mózgu jest niedowład, który dzieli się na obustronny lub połowiczny. Symptom ten występuje w około 80% przypadków [5]. Niedowład połowiczny występuje przeciwnie do ogniska uszkodzenia charakteryzując się jednostronnym paraliżem kończyny górnej oraz dolnej. Obustronny niedowład połowiczny obejmuje niedowład czterech kończyn i zazwyczaj jest wynikiem udaru w obrębie pnia mózgu [4].

Zaburzenia koordynacji ruchu połączone z oczopląsem to kolejne objawy kliniczne udaru niedokrwiennego mózgu występujące najczęściej przy uszkodzeniu tożstronnej półkuli mózdzku, bądź struktur ośrodkowych [8]. U ponad połowy chorych na niedokrwienny udar mózgu występują problemy widzenia, mowy oraz czucia na różnych obszarach ciała. Afazje ruchowe, czuciowe oraz globalne występują kolejno u 12%, 10% oraz 11% pacjentów [9]. U 30-50% chorych w ostrym okresie udaru niedokrwiennego występuję dysfagia [2].

Zaburzenia gałkoruchowe, źreniczne oraz spojrzenia to objawy kliniczne udaru mózgu dotyczące narządu wzroku. Powstawanie ognisk niedokrwiennych w pniu mózgu skutkuje zaburzeniami gałkoruchowymi [11]. Masywne niedokrwienne udary mózgu prowadzą do zaburzeń źrenicznych- obecności sztywnej i szerokiej źrenicy. Anomalia spojrzenia pojawia się głównie jako zaburzenia szybkiego spojrzenia ku bokom, którym towarzyszy przymusowe ustawienie gałek ocznych [18].

W przebiegu udaru niedokrwiennego mózgu występujące upośledzenia przytomności są wynikiem uszkodzenia układu siatkowego [9]. Głębokie upośledzenia przytomności występują w 10% przypadków, a śpiączki dotyczą 3% pacjentów [8]. U pacjentów może wystąpić również senność, urojenia lub omamy. Wraz z problemami związanymi z przytomnością pojawiają się zaburzenia zwieraczy i oddychania [18].

Kliniczne objawy krwotocznego udaru mózgu dzielą się na dwie grupy ogólne oraz ogniskowe[8]. Ogólna grupa symptomów związana jest ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego. Ogniskowa grupa objawów wynika z miejsca ogniska krwotocznego. Obie grupy objawów ogólne oraz ogniskowe narastają w czasie [5]. Do objawów ogólnych krwotocznego udaru mózgu zalicza się ból głowy, wymioty, mdłości oraz zaburzenia świadomości [9]. Do symptomów ogólnych zalicza się również napady padaczkowe, które pojawiają się u około ¼ chorych podczas dokonywania się krwotoku [2].

W przypadku podejrzenia udaru mózgu należy przeprowadzana diagnostyka ma na celu rozpoznanie rodzaju udaru, ustalenie jego etiologii oraz rozległości [11]. Diagnostyka rozpoczyna się od wywiadu chorobowego, podczas którego należy ustalić czas zachorowania,

dolegliwości, występowanie chorób współistniejących oraz przyjmowane leki [26]. Kolejnym etapem diagnostyki udaru mózgu jest badanie przedmiotowe oceniające ogólny stan pacjenta. W przypadku kiedy stan chorego nie wymaga czynności resuscytacyjnych wykonuje się badania neurologiczne oraz ogólne [18].

Do podstawowych badań neuroobrazowych w diagnostyce udaru mózgu zalicza się badanie tomografii komputerowej oraz badanie tomografii rezonansu magnetycznego [19]. Badania neuroobrazowe mają na celu różnicowanie udaru krwotocznego oraz udaru niedokrwienno. Dodatkową zaletą badań neuroobrazowych jest możliwość uwidocznienia innych stanów patologicznych takich jak guz mózgu, zapalenie mózgu bądź krwiaki [11]. Wybranie odpowiedniego badania neuroobrazowego zależy od stanu pacjenta oraz dostępności sprzętu w danym ośrodku leczniczym [7]. Przeszkody zdrowotne takie jak kardiostymulator, klaustrofobia, oraz ciężki kliniczny stan pacjenta uniemożliwiają badanie rezonansem magnetycznym. Badanie tomografii komputerowej pozwala na zbadanie pacjentów w ciężkim stanie, podłączonych do respiratora oraz z kardiostymulatorem [18].

Udar mózgu jest procesem bardzo dynamicznym. Czynnikiem decydującym o skutkach uszkodzenia mózgu jest czas, który mija od pojawienia się pierwszych objawów do udzielenia pomocy przez lekarza [20]. Ludzie dotknięci udarem mózgu powinni być niezwłocznie transportowani do szpitala, w celu jak najszybszego wdrożenia leczenia.

Leczenie ogólnomedyczne polega na:

- wyrównaniu gospodarki wodno-elektrolitowej,
- wyrównaniu zaburzeń poziomu glukozy we krwi,
- wyrównaniu nieprawidłowości w pracy układu sercowo-naczyniowego,
- unormowaniu zaburzeń czynności układu oddechowego,
- leczeniu zbyt wysokiego ciśnienia tętniczego krwi,
- utrzymywaniu na odpowiednim poziomie ciśnienia śródczaszkowego,
- profilaktyce,
- terapii powikłań [14].

Do najczęściej występujących zaburzeń czynności układu sercowo-naczyniowego zalicza się zaburzenia rytmu serca, ostre niedokrwienia mięśnia sercowego oraz zawał serca [19]. Zaburzenia kardiologiczne często występują w przebiegu udaru mózgu dlatego też bardzo ważne jest monitorowanie czynności serca [7].

W przebiegu ostrej fazy udaru niedokrwienno mózgu leczenie obejmuje reperfuzję zamkniętych naczyń za pomocą leczenia trombolitycznego [21]. Tromboliza przywracająca

drożność naczyń domózgowych polega na podaniu dożylnym rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu [21]. Dzięki rtPA możliwa jest szybsza konwersja nieaktywnego plazminogenu do plazminy [21].

Podanie rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu daje najlepszy efekt, kiedy zostanie on podany w ciągu trzech godzin od momentu wystąpienia pierwszych objawów udaru niedokrwiennego mózgu, dlatego bardzo ważne jest jak najszybsze rozpoznanie udaru i wczesne przybycie do szpitala [21].

Zwiększenie świadomości społeczeństwa poprzez prowadzenie programów profilaktycznych obejmujących naukę objawów oraz czynników ryzyka wpływa na ograniczenie wydatków związanych z leczeniem oraz rehabilitacją udarów mózgu, a także kosztów niewymiernych takich jak cierpienie, ból oraz pogorszenie jakości życia.

Profilaktyka udarów mózgu ma na celu ograniczenie zapadalności na tę chorobę poprzez działania medyczne oraz popularyzację zdrowego trybu życia [22].

Głównymi założeniami pierwotniej profilaktyki udaru mózgu jest leczenie:

- nadciśnienia tętniczego,
- zaburzeń gospodarki węglowodanowej,
- zaburzeń gospodarki lipidowej,
- profilaktyka przeciwzakrzepowa w przypadku chorych z zaburzeniami krzepnięcia,
- leczenie chirurgiczne polegające na zwężeniu tętnicy szyjnej, zmniejszenie wagi ciała oraz zmiana stylu życia [13].

Zmiana stylu powinna opierać się na zdrowej zbilansowanej diecie, aktywności fizycznej, ograniczeniu spożycia alkoholu oraz zaprzestanie palenia tytoniu, które zwiększa możliwość zachorowania na udar mózgu o 75% [13].

Szacując się, że ryzyko nawrotu udaru mózgu po pierwszym zachorowaniu wynosi 10-12% w pierwszym roku oraz 5-8% w każdym kolejnym roku dlatego też niezwykle ważna jest profilaktyka wtórna udarów mózgu [45].

Do profilaktyki wtórnej udaru mózgu należy leczenie przeciwplatekcyjne, leczenie przeciwnadciśnieniowe oraz leczenie operacyjne [45].

Edukacja społeczeństwa jest niezwykle ważną kwestią w profilaktyce udarów mózgu. Wiedza i wskazówki przekazywane przez służbę zdrowia oraz programy profilaktyki udarów mózgu wraz z aktywną postawą społeczeństwa może w dużym stopniu zmniejszyć zachorowalność, śmiertelność i niesprawność związaną z udarami mózgu [45].

CELE PRACY

Celem pracy było:

- Ocena wiedzy dorosłych Polaków na temat objawów udarów mózgu w grupie respondentów.
- Wyodrębnienie najważniejszych zasad postępowania w przypadku podejrzenia udaru mózgu wg ankietowanych.
- Zdefiniowanie czynników ryzyka udarów mózgu w opinii badanych.
- Wskazanie czynników chroniących przed udarem mózgu w opinii ankietowanych.
- Określenie stopnia zapotrzebowania na wiedzę dotyczącą udarów mózgu w opinii respondentów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Na podstawie otrzymanej zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży z dnia 22.01.2019r. na prowadzenie tematu badawczego zrealizowana została analiza wiedzy mieszkańców Gminy Grabowo na temat udarów mózgu.

Do zebrania materiału badawczego posłużono się ankietą własnego autorstwa.

Ankieta zawierała dwie części:

- Pierwszą częścią kwestionariusza była metryczka, która zawierała pytania dotyczące płci, wieku, statusu społecznego oraz wykształcenia.
- Druga część ankiety składała się z 23 pytań dotyczących znajomości badanego problemu.

Dwa pytania były wielokrotnego wyboru, pozostałe jednokrotnego wyboru.

Badana grupa została wybrana losowo za pomocą sondy ulicznej. Grupę badaną stanowili pełnoletni mieszkańcy Gminy Grabowo, którzy mogli zrezygnować z wypełniania ankiety na dowolnym jej etapie.

Rozdanych zostało 119 kwestionariuszy z czego 100 ankiet zostało wykorzystanych do badań. Pozostałe 19 ankiet zostało wypełnionych niepoprawnie lub nie w pełni, co spowodowało ich odrzucenie na etapie weryfikacji.

Otrzymane wyniki zostały opracowane statystycznie, liczbowo i procentowo. Zaprezentowano je w formie graficznej za pomocą rycin.

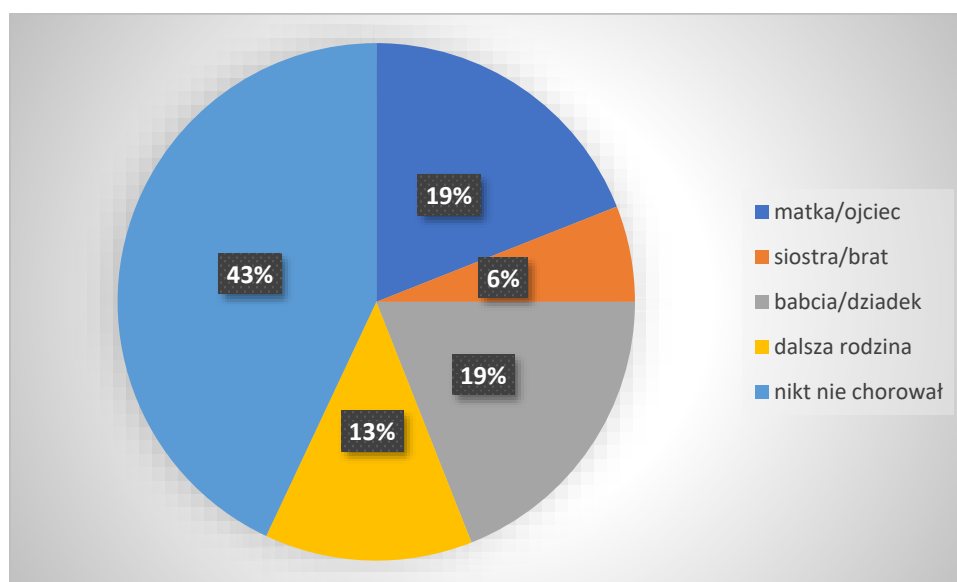
WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 osób z czego 60% osób to kobiety, a 40% osób to mężczyźni, największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 21-30 lat.

Wśród ankietowanych 64% stanowiły osoby pracujące, 24% stanowili uczniowie/studenci, a 12% emeryci/renciści, zaś 51% osób posiadało wykształcenie wyższe.

SZCZEGÓŁOWA ANALIZA PYTAŃ ANKIETY

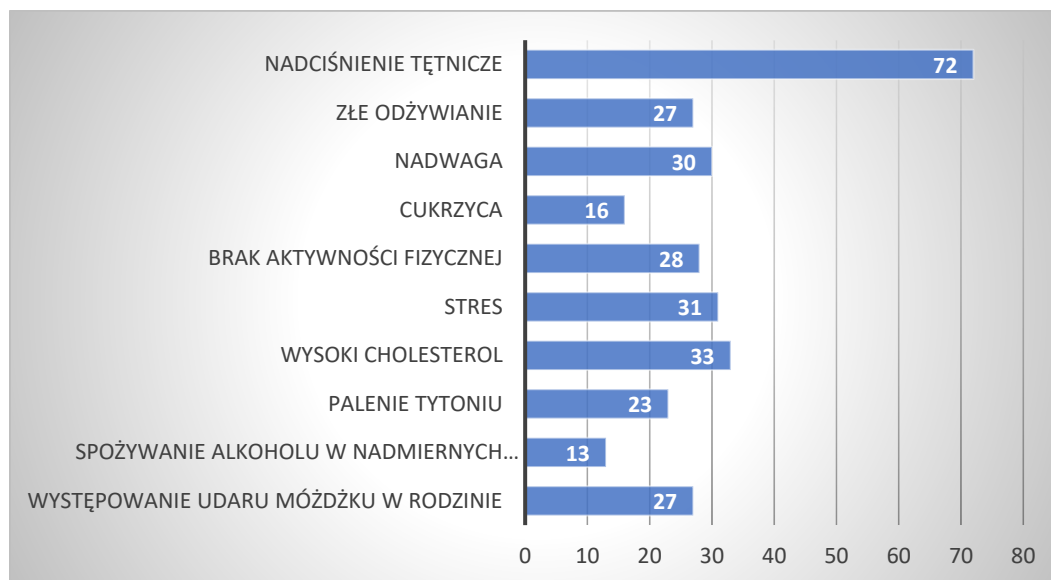
100% ankietowanych nie przeżyło udaru mózgu, zaś w 57% przypadków ankietowani mieli kontakt z udarem mózgu wśród członków rodziny z czego 19% dotyczyło rodziców. Szczegółowe dane zawiera Rycina 1.



Ryc. 1. Występowanie udaru mózgu w rodzinach ankietowanych

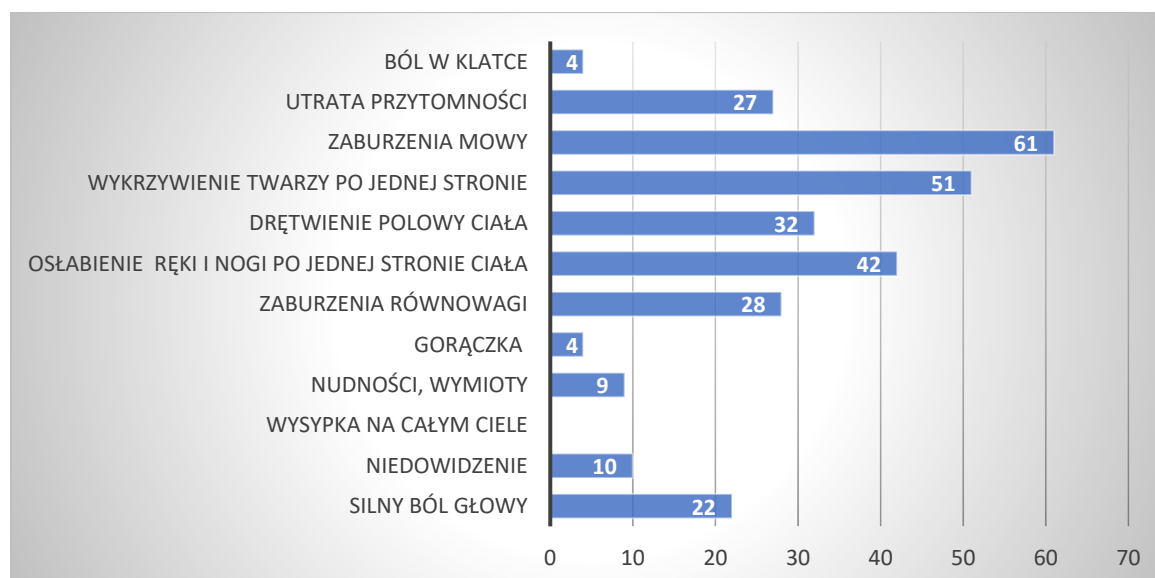
W większości przypadków (43%) ankietowani udar mózgu definiowali jako „choroba mózgu charakteryzująca się zaburzeniami czynności mózgu trwającymi dłużej niż 24 godziny”. Najwięcej ankietowanych (39%) o udarze mózgu dowiedziało się ze środków masowego przekazu. Zdecydowana większość badanych (76%) uważa, że na niektóre z czynników Odpowiadających za powstanie udaru mózgu mamy wpływ. W badanej grupie 72 osoby wskazały nadciśnienie tętnicze jako najistotniejszy czynnik powstania udaru mózgu. Szczegółowe dane zostały opracowane w formie graficznej Rycinie 2.

Wśród ankietowanych najczęściej osób- 61 (20,33% odpowiedzi) stwierdziło, że zaburzenia mowy (bełkot, trudności w zrozumieniu mowy) to najbardziej charakterystyczny objaw udaru mózgu. Szczegółowe informacje zawiera Rycina 3.



Ryc. 2. Istotność czynników ryzyka udaru mózgu w opinii badanych

*(suma odpowiedzi jest większa od 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru)



Ryc. 3. Istotność objawów udaru mózgu w opinii ankietowanych

*(suma odpowiedzi jest większa od 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru)

Zdaniem większości ankietowanych (67%) udar mózgu najczęściej dotyka osób dorosłych po 50 roku życia, a zdaniem 80 % badanych udar mózgu może wystąpić u dzieci.

Opinię przeciwną wyraziło 18 % grupy. Większość badanych (67%) uważa, że udar mózgu częściej dotyka mężczyzn, a zdaniem 92 badanych (92%) udar mózgu może zagrozić życiu. Zdaniem większości badanych (86%) ryzyko powstania udaru mózgu można zmniejszyć przez zdrowe odżywianie i uprawianie sportu (Ryc. 3).

Zdaniem 87% badanych udar mózgu może wystąpić ponownie. Zdecydowana większość respondentów (89%) uważa, że pierwszym postępowaniem przy podejrzeniu udaru mózgu powinno być natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia ratunkowego. Wśród ankietowanych 51% oceniło swoją wiedzę na temat udaru mózgu na dostateczną. Ich zdaniem 78% ankietowanych - społeczeństwo ma niewystarczającą wiedzę na temat udarów mózgu. 38% badanych uważa, że edukacja na temat udarów mózgu powinna uczyć co zrobić w przypadku wystąpienia udaru mózgu, a wg 36% ankietowanych wiedza na temat udarów mózgu powinna być przekazywana przez media (telewizję, radio, internet).

DYSKUSJA

Udar mózgu jest schorzeniem zagrażającym życiu zaliczanym do chorób naczyń mózgowych według klasyfikacji ICD-10: I60-I69. Udary mózgu zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia znajdują się na drugim miejscu, jako przyczyna zgonów na całym świecie [2]. Ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz nieodpowiedni styl życia obserwuje się coraz częstsze występowanie choroby [23].

Leczenie udarów mózgu oraz ich następstw wymaga dużego nakładu finansowego przez co jest również ważnym problemem ekonomicznym [13].

W niniejszej pracy przedstawiono poziom wiedzy na temat udarów mózgu wśród mieszkańców Gminy Grabowo. Wśród badanych osób 60 stanowiły kobiety, a 40 mężczyźni. Zdecydowana większość ankietowanych mieściła się w przedziale wiekowym 21-30 lat- 43%. Respondenci charakteryzowali się wysokim poziomem wykształcenia: 51% wyższe, 42% średnie, 6% zawodowe, 1% podstawowe. Duża część ankietowanych była w trakcie nauki 24%, ale największą grupę stanowiły osoby pracujące 64%, zaś najmniejszą emeryci i renciści 12%. Żaden z respondentów nie chorował na udar mózgu. Wystąpienie udaru mózgu w rodzinach potwierdziło 57% ankietowanych.

Respondenci w badaniach własnych udar mózgu najczęściej określali jako chorobę mózgu charakteryzującą się zaburzeniami czynności mózgu trwającymi dłużej niż 24 godziny 43%, a także utratę przytomności z silnymi skutkami ubocznymi 23%, zawał mózgu 21%, reakcja po zbyt długim przebywaniu na słońcu 7%. Grupa badanych w ilości 7% nie potrafiła

zdefiniować udaru mózgu. W badaniu przeprowadzonym przez Helenę Bartyzel- Lechowicz [24] 52,4% nauczycieli oraz uczniów umiało poprawnie określić definicję udaru mózgu. Piotr Szpunar i wsp.[25] skierowali temat udarów mózgu do pracowników biurowych, którzy charakteryzowali się znacznie większą znajomością definicji udaru mózgu, ponieważ 80% ankietowanych wskazało poprawną odpowiedź.

Wyniki badań własnych ukazują, iż ankietowani swoją wiedzę o udarach mózgu czerpią najczęściej od znajomych lub rodziny 31% oraz z Internetu 27%. Z wyników badań Katarzyny Cieślik [26] wynika, iż wśród osób po przebytym udarze mózgu to personel medyczny jest głównym źródłem wiedzy na temat choroby.

Skuteczna prewencja udarów mózgu opiera się na znajomości czynników ryzyka powstania tej choroby [2]. Wśród wskazanych w ankiecie własnego autorstwa dziesięciu czynników powstania udaru mózgu najliczniejsza grupa respondentów w ilości 24% wskazała nadciśnienie tętnicze, 11% wysoki cholesterol, 10,33% stres, 10% nadwagę, 9,33% brak aktywności fizycznej 9% występowanie udaru w rodzinie, 9% złe odżywianie, 7,66% palenie tytoniu, 5,33% cukrzycę, 4,33% spożywanie alkoholu w nadmiarze jako czynniki sprawcze. Również w pracy badawczej Katarzyny Cieślik [26] nadciśnienie tętnicze było najczęściej wskazywane przez osoby, które przebyły tą chorobę jako główny czynnik ryzyka udaru mózgu. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Tomaszewską Annę [27] wśród mieszkańców Płocka i okolic najczęściej wymienianym czynnikiem sprawczym udaru mózgu jest stres.

Wyniki badania kontrolno-klinicznego INTERSTROKE przeprowadzonego przez O'Donnella MJ i wsp. [27] potwierdzają jednoznacznie wskazują nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, przyczyny sercowe, otyłość brzuszną, nieodpowiednią dietę, cukrzycę, brak aktywności fizycznej oraz problemy psychospołeczne za czynniki ryzyka powstania udaru mózgu.

Zdaniem 89% osób objętych badaniem własnym pierwszym postępowaniem przy podejrzeniu udaru mózgu powinno być natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia ratunkowego. Osoby po przebytym udarze mózgu w badaniach Katarzyny Cieślik [26] również charakteryzowali się wysokim poziomem wiedzy z zakresu zasad postępowania w przypadku podejrzenia udaru mózgu, ponieważ 85% z nich wezwałoby od razu karetkę pogotowia ratunkowego. Powiedzenia „czas to mózg” (ang. „*time is brain*”) oraz „czas od drzwi do igły” (ang. *time door-to-needle*”), które przytacza Radosław Kazimierski[28] w swojej pracy na temat udaru mózgu przybliżają jak ważna jest szybka reakcja oraz wdrażenie odpowiedniego leczenia mającego na celu ograniczenie skutków udaru. Z badań przeprowadzonych w powiecie

ostrowieckim przez Małgorzatę Cichońską i wsp. [29] dotyczących czasu od wystąpienia pierwszych objawów do rozpoczęcia leczenia w warunkach szpitalnych wynika, że aż 69,3% osób trafiło na oddział neurologiczny po czasie dłuższym niż pięć i pół godziny. Sama autorka badań zwraca uwagę na „90 złotych minut”, które dają największe szanse na możliwość zmniejszenia deficytu neurologicznego, a w przypadku przeprowadzonego badania było to zaledwie 18,11% osób dotkniętych udarem mózgu.

Różne nasilenie objawów udaru mózgu potwierdza 90% ankietowanych w przeprowadzonych badaniach własnych. Z pracy Piotra Szpunara i wsp. [25] wynika, że pracownicy biurowi również mieli świadomość wystąpienia różnego nasilenia objawów udaru mózgu u każdej osoby dotkniętej tą chorobą.

W badaniach własnych 92% respondentów twierdziło, że udar mózgu jest stnem zagrażającym życiu, a za najbardziej charakterystyczne objawy udaru mózgu uważali: zaburzenia mowy 20,33%, asymetrię twarzy 17% oraz osłabienie połowy ciała 14%. Badania przeprowadzone przez Helenę Bartyzel- Lechowicz [24] donoszą, że 90% nauczycieli oraz uczniów uważa udar mózgu za zagrożenie życia, ale jednocześnie tylko 42,6% nauczycieli oraz 42,3% uczniów jest w stanie wymienić dwa jego objawy. Grzegorz Kozera i wsp. [30] uważają, że kluczową rolę w „łańcuchu przeżycia” jest znajomość pierwszych objawów udaru mózgu zarówno przez społeczeństwo, jak i personel dyspozytorski, który ma na celu wysłanie odpowiedniego zespołu ratunkowego.

Badania własne dowodzą, że zdaniem 97% ankietowanych rehabilitacja poudarowa ma kluczowe znaczenie w procesie powrotu do zdrowia. Z pracy badawczej Piotra Szpunara i wsp. [25] wynika, iż tylko 44% pracowników biurowych uważa rehabilitację poudarową za najważniejsze postępowanie. W badaniach Katarzyny Cieślik [26] osoby, których dotknął udar mózgu w większości (96,7%) twierdziły, że rehabilitacja ma kluczowe znaczenie w procesie usprawnienia pacjentów .

W badaniach własnych prawie wszyscy respondenci (98%) uważają, iż edukacja społeczeństwa jest bardzo istotna i potrzebna do prewencji udarów mózgu. Również uczniowie i nauczyciele w pracy Heleny Bartyzel-Lechowicz [24] dostrzegli potrzebę poszerzania świadomości społeczeństwa dotyczącej udaru mózgu. Gawińska Emilia [2] przygotowując Raport Instytutu Ochrony Zdrowia mówi o konieczności promowania wiedzy na temat udarów mózgu popierając swoją tezę Deklaracją Helsingborską z 2006 roku, która wskazała poszerzanie świadomości społeczeństwa jako skuteczny środek zapobiegania chorobie.

Wśród osób objętych badaniem własnym najwięcej z nich (51%) określiło swoją wiedzę na poziomie dostatecznym, 23% na poziomie dobrym 23% na słabą, a tylko 3% na bardzo

dobrą. W stosunku do ogółu społeczeństwa ankietowani w większości twierdzili, iż populacja ma zbyt małą wiedzę na temat udarów. Zadziwiającym zdaje się fakt, iż w opracowaniu naukowym Katarzyny Cieślik [26], która badała poziom wiedzy pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby tylko 15% ankietowanych określiło swój poziom wiedzy na bardzo dobry.

Badając stopień zapotrzebowania na wiedzę dotyczącą udarów mózgu respondenci Gminy Grabowo twierdzili, iż powinna ona obejmować naukę: zasad postępowania w przypadku podejrzenia udaru mózgu (38%), rozpoznawania objawów choroby (31%), zapobiegania udarom mózgu (24%) oraz wyjaśniać patomechanizm udaru mózgu (7%). W studium Katarzyny Cieślik [26] zdaniem osób, które chorowały na udar mózgu najważniejszymi obszarami do pogłębienia wiedzy są rehabilitacja oraz umiejętność samokontroli.

Wiedzę na temat udarów mózgu zdaniem ankietowanych w badaniach własnych powinny przekazywać media (36%), służba zdrowia (23%), szkoły (23%), zaś pozostali badani (18%) twierdzą, że każdy człowiek indywidualnie powinien pogłębiać swoją wiedzę. W opracowaniu naukowym Heleny Bartyzel-Lechowicz [24] największa liczba nauczycieli i uczniów V Liceum Ogólnokształcącego w Rzeszowie uważa, iż edukacją społeczeństwa odnośnie udarów mózgu powinna zająć się służba zdrowia.

WNIOSKI

W oparciu o badania zrealizowane wśród mieszkańców Gminy Grabowo zostały wyciągnięte następujące wnioski:

1. Zakres wiedzy badanych osób na temat terminologii udaru mózgu był umiarkowany-tylko
2. 64% respondentów potrafiła zdefiniować udar mózgu lub nazwać go w języku potocznym
3. „zawał mózgu”.
4. Prawie wszyscy badani wiedzą, że udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i w związku z tym zdecydowana większość ankietowanych przy podejrzeniu udaru mózgu natychmiast wezwałaby karetkę pogotowia ratunkowego.
5. Znajomość czynników ryzyka udarów mózgu jest dość dobra, a za główny respondenci wskazywali nadciśnienie tętnicze.
6. Respondenci w większości mają świadomość, że część z czynników sprawczych udaru

7. mózgu możemy modyfikować, np.: dietę oraz aktywność fizyczną.
8. Wiedza ankietowanych na temat objawów udaru mózgu jest zadowalająca. Respondenci za najbardziej charakterystyczny objaw udaru wskazywali zaburzenia mowy (bełkot oraz trudności w zrozumieniu mowy).
9. Zdecydowana większość respondentów ma świadomość możliwości nawrotu choroby.
10. Największa część respondentów swoją wiedzę na temat udarów mózgu czerpała ze źródła ciężkiego do weryfikacji prawdziwości pozyskiwanych informacji jakim są znajomi oraz rodzina.
11. Badani słusznie uważają rehabilitację poudarową za istotną w procesie leczenia.
12. Respondenci w większości zdają sobie sprawę z możliwości wystąpienia udaru mózgu u dzieci.

Ankietowani potwierdzili potrzebę edukacji na temat udarów mózgu, która powinna obejmować:

- wyjaśnianie patomechanizmu choroby,
- rozpoznawanie objawów,
- rozpoznawanie czynników ryzyka,
- działanie w przypadku wystąpienia objawów choroby.

Respondenci uważają media (telewizję, radio, Internet) za najlepsze źródło do przekazywania wiedzy na temat udarów mózgu. Wskazują za konieczne prowadzenie programów profilaktycznych mających na celu wdrażanie prawidłowych nawyków zdrowotnych, jak i poszerzanie świadomości społeczeństwa.

PIŚMIENNICTWO

1. Sarzyńska- Długosz I.: Rozwój opieki nad pacjentami z udarem mózgu w Polsce w latach 2003-2012, wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013,17-22.
2. Raciborski F., Gujski M.: Udary mózgu- rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie, wyd. Instytut Ochrony Zdrowia w Polsce, Warszawa 2016.
3. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K.: Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu- aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Przegląd Epidemiologiczny, 2010, 64, 439-442.
4. Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M.: Udar mózgu w praktyce lekarskiej, wyd. Via Medica, Gdańsk 2010.

5. Dziedzic T., Pera J., Słowik A., Wnuk M., Kozubski W.: Choroby naczyniowe układu nerwowego [w:] Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny Tom 2, pod red. Kozubskiego W., Liberskiego P.P., wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 473-535.
6. Członkowska A.: Nowa definicja udaru. Stanowisko AHA i ASA 2013, Medycyna Praktyczna, 2014, 1, 42-46.
7. Członkowska A., Niewada M.: Udar mózgu [w:] Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, pod red. Gajewskiego P., wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016, 2094-2103.
8. Kazimierski R., Adamczyk K., Kozubski W.: Choroby naczyniowe mózgu. Udar mózgu [w:] Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych , pod red. Jaracz K., Kozubskiego W., wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 215-236.
9. Strepikowska A., Buciński A.: Udar mózgu- czynniki i profilaktyka, Farmacja Polska, 2009, 65, 1, 46-50. Nowacki P.: Choroby naczyniowe mózgu i rdzenia kręgowego [w:] Kompendium neurologii, pod red. Podemskiego R., wyd. Via Medica, Gdańsk 2011.
10. Maciejewski i współ.: Udar mózgu- rozpoznanie przedszpitalne i w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego, Journal of Education, Health and Sport, 2017, 7, 7, 831-845.
11. Lindsay K. W., Bone I., Fuller G.: Choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego [w:] Neurologia i neurochirurgia, pod red. Kozubskiego W., wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013, 241-279.
12. Adamkiewicz B.: Choroby naczyniowe mózgu [w:] Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa, pod red. Adamkiewicz B., Głabińskiego A., Klimek A., wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010, 228-273.
13. Adamkiewicz B.: Choroby naczyniowe mózgu [w:] Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa, pod red. Adamkiewicz B., Głabińskiego A., Klimek A., wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2010, 228-273.
14. Prusiński A.: Choroby naczyniowe mózgu [w:] Neurologia praktyczna, wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 208-225.
15. Siminska J., Pietkun K., Porzych P., Głowacka I., Grzyb S., Hagner w., Grobelska K., Nowacka K.: Udar niedokrwienny mózgu- postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne, Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6, 8, 439-453.
16. Siminska J., Pietkun K., Porzych P., Głowacka I., Grzyb S., Hagner w., Grobelska K., Nowacka K.: Udar niedokrwienny mózgu- postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne, Journal of Education, Health and Sport, 2016, 6, 8, 439-453.

17. Pera J., Słowik A., Dziedzic T., Wnuk M.: Choroby naczyniowe układu nerwowego [w:] Neurologia kompendium, pod red. Kozubskiego W., wyd. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Poznań 2014, 309-350.
18. Wnuk M., Słowik A.: Udar mózgu na dyżurze, wyd. Termedia, Poznań 2016
19. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku, Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, 8,4, 161- 175.
20. Starostka- Tatar A., Łabuz-Roszak B., Gąsior M., Gierlotka M.: Definicja i leczenie udaru mózgu na przestrzeni wieków, Wiadomości Lekarskie, 2017, 70, 5, 982-987.
21. Strepikowska A., Bucinski A.: Udar mózgu- czynniki i profilaktyka, Farmacja Polska, 2009, 65, 1, 46-50
22. Świat M.: Udar w wieku podeszłym- odmienności, Postępy Nauk Medycznych, 2010, 4, 277-281.
23. Drużbicki M., Kwolek A., Przysada G., Pop T., Depa A.: Ocena funkcji chodu chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgu w okresie przewlekłym, Przegląd medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2010, 2, 145-151.
24. Błaszczak B., Czernecki R., Prędoła-Pancecka H.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udarów mózgu, Studia Medyczne, 2008, 9, 71-75.
25. Bartyzel-Lechowicz H.: Znajomość problematyki udaru mózgu wśród nauczycieli i
26. uczniów, Hygeia Public Health, 2010, 45, 1, 74-79.
27. Szpunar P., Mańdziuk M., Kaszuba B., Krawczyk-Suszek M., Kołodziej K.: Wiedza pracowników biurowych na temat udaru mózgu- doniesienia wstępne, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 2, 51, 199-206.
28. Cieślak K.: Wiedza pacjentów po udarze mózgu na temat własnej choroby, Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2018, 4, 2, 15-22.
29. O'Donnell MJ., Xavier D., Liu L.: Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke In 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study, Lancet, 2010, 376, 112-123.
30. Kaźmierski R.: Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwinnego
31. mózgu, Anestezjologia i Ratownictwo, 2014, 8, 62-75.
32. Cichońska M., Borek M., Krawczyk W., Maciąg D., Iłżecka J.: Ocena czasu od wystąpienia incydentu udaru mózgu do uzyskania pomocy medycznej w populacji regionu świętokrzyskiego, Pielęgniarstwo XXI Wieku, 2011,3, 36, 11-14.

OCENA WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Magdalena Gemza-Prusaczyk¹, Barbara Jankowiak²

1. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Szczepienia ochronne są obecnie najważniejszym elementem procesu profilaktyki rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Umożliwiają ochronę jednostek indywidualnych, jak również całych społeczności przed zachorowaniem. Jest to także najskuteczniejszy oraz najtańszy środek przeciwdziałający i zwalczający choroby zakaźne [1]. Poddawanie się szczepieniom ochronnym obowiązkowym, a także zalecanym przez pojedyncze jednostki populacji służy nie tylko do ochrony ich zdrowia, ale również do wytworzenia odporności populacyjnej, stanowiącej ważny, pozytywny wskaźnik stanu zdrowia populacji. Program Szczepień Ochronnych (PSO) realizowany w Polsce ma charakter powszechny i masowy. Jego wykonywanie regulowane jest prawnie. Polski Program Szczepień Ochronnych stanowi załącznik do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego na dany rok w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym [2]. Program Szczepień Ochronnych zawierający listę szczepień obowiązkowych oraz zalecanych uaktualniany jest corocznie, ale też dostosowywany do obecnej sytuacji epidemiologicznej kraju, jak również stanu uodpornienia dzieci i młodzieży [1].

Definicja szczepień ochronnych

Szczepienie ochronne (wakcynacja) jest to zabieg polegający na wprowadzeniu do krwi organizmu żywego zabitych lub żywych bakterii chorobotwórczych o osłabionej zjadliwości w celu wytworzenia przeciwciał do likwidacji antygenów bakteryjnych w razie zaistnienia infekcji ustroju. Szczepionka jest preparatem biologicznym, który w założeniu imituje naturalną infekcję oraz prowadzi do rozwoju odporności analogicznej do tej, którą organizm

uzyskuje w czasie pierwszego kontaktu z prawdziwym drobnoustrojem (bakterią bądź wirusem) [3,4].

Szczepionka składa się z jednego bądź kilku antygenów, które uzyskiwane są z żywych albo zabitych drobnoustrojów, ich oczyszczonych fragmentów lub produktów metabolizmu bakterii, ale też w wyniku inżynierii genetycznej.

Ponadto szczepionka może zawierać substancje stabilizujące oraz środki konserwujące, chroniące przed drobnoustrojami. Szczepionki mogą także zawierać substancje wzmacniające i przyspieszające pojawienie się odporności oraz śladowe ilości substancji pochodzących z procesu produkcji. Szczepionki żywe wywołują silną odporność już po podaniu pojedynczej dawki. Szczepionki inaktywowane (zabite) wymagają podania kilku dawek. Wprowadzony do organizmu antygen ze szczepionki pobudza do produkcji swoistych przeciwciał komórki układu odpornościowego. Powstają także komórki pamięci immunologicznej. Zapewniają one długotrwały efekt ochronny szczepienia. Jeśli dojdzie do kontaktu z drobnoustrojem chorobotwórczym komórki pamięci immunologicznej prowadzą do wytworzenia swoistych przeciwciał. Uniemożliwiają one rozwój choroby. Skuteczność szczepionki warunkuje zastosowanie odpowiednich antygenów szczepionkowych jak również właściwych substancji pomocniczych, głównie adiuwantów, sposobu produkcji, sprawności układu odpornościowego szczepionej osoby i jej wieku, ale też odpowiednio dobranego schematu szczepienia [5].

Kalendarz Szczepień

Program Szczepień Ochronnych popularnie nazywany Kalendarzem Szczepień, jest opracowywany każdego roku przez Główny Inspektorat Sanitarny. Zawiera wykaz obowiązkowych i zalecanych szczepień oraz zasady ich przeprowadzania. W niektórych przypadkach, np. z powodu opóźnienia w realizacji szczepień ze względu na stan zdrowia pacjenta, powrotu dziecka z innego kraju, konieczne jest opracowanie indywidualnego kalendarza szczepień ustalanego przez lekarza dla dziecka.

Szczepienia obowiązkowe

Szczepienia obowiązkowe wymieniane są w aktualizowanym corocznie Programie Szczepień Ochronnych wydawanym jako Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych. Realizowane są wśród osób do 19-go roku życia oraz u osób dorosłych szczególnie narażonych (np. studentów medycyny). Szczepienia obowiązkowe finansowane są z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Obowiązek szczepień związany jest z dążeniem do uzyskania maksymalnej ochrony przed zakażeniem, a w perspektywie

dalszej do zlikwidowania, czyli eradykacji danej choroby zakaźnej. Jedynie uodpornienie wysokiego odsetka osób, najczęściej ponad 90% uruchamia mechanizm odporności zbiorowiskowej. Gwarantuje on zahamowanie krążenia drobnoustroju oraz ochronę osób nie tylko zaszczepionych, ale też tych, które z jakichkolwiek powodów zaszczepione nie zostały. W populacji dzieci zawsze znajdzie się kilka procent chorujących przewlekłe, nie mogących być zaszczepionymi. Dla nich niektóre szczepienia byłyby niebezpieczne biorąc pod uwagę istniejące u nich przeciwwskazania.

Mogą być również nieskuteczne ze względu na rodzaj choroby, czy też leczenia. Są też dzieci, które ze względu na swój wiek są zbyt małe, aby je zaszczepić. Jeśli prowadzone są powszechne szczepienia dzieci, które nie mogą być zaszczepione, mają ochronę pośrednią wynikającą właśnie z odporności zbiorowiskowej. Tak więc są bezpieczne, ponieważ otaczają je zaszczepieni koledzy. Jeżeli liczba szczepień wykonanych spadnie poniżej określonego poziomu, właściwego dla danej choroby, to ochrona ta nie będzie skuteczna. Zjawisko odporności zbiorowiskowej jest społecznym uzasadnieniem obowiązku szczepień [6,7].

Z obowiązujących w Polsce uregulowań prawnych jednoznacznie wynika, iż obowiązek szczepień jest uregulowany prawnie oraz ma ścisły związek z zapobieganiem szerzeniu się chorób zakaźnych u osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Profilaktyka chorób epidemicznych stanowi konstytucyjny obowiązek władz publicznych, zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP. Ustawowy obowiązek szczepień oznacza też niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia, tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu z powołaniem się na art. 16 Ustawy z 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Art. 16 tej Ustawy znajduje zastosowanie, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej [7,8].

W przypadku obowiązku szczepień, taką odrębną Ustawą, stanowiącą inaczej, jest Ustawa dotycząca zapobiegania i zwalczania zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi [8]. Przewiduje ona obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. Ustawa ta też nie przewiduje prawa pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienia ochronne. Wskazuje na obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym. Badanie kwalifikacyjne do szczepienia, które poprzedza szczepienie, jest nierozdzielną częścią procedury szczepienia, ponieważ jest wykonywane przed szczepieniem w celu wykluczenia przeciwwskazań. Zgodnie z przyjętą wykładnią prawną, obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu obejmuje także obligatoryjne poddanie się badaniu kwalifikacyjnemu poprzedzającemu szczepienie. Obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym wynika z przepisów ustawowych. Uchylenie się od tego obowiązku prowadzi do wszczęcia postępowania egzekucyjnego.

Rezultatem docelowym tego postępowania ma być poddanie dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw wskazanym chorobom [9].

Podział obowiązkowych szczepień ochronnych

Szczepionki dzieli się na żywe, które zawierają całe, pozbawione zjadliwości drobnoustroje i szczepionki zabite, które zawierają inaktywowane (zabite) drobnoustroje bądź ich fragmenty, np. pojedyncze białka. Szczepionki mogą chronić przeciw jednej chorobie albo mogą być wieloskładnikowe [10].

Szczepionki żywe najczęściej wywołują silniejszą odporność, jednakże są bardziej odczynowe. Szczepionki zabite (inaktywowane) wymagają kilku dawek w celu uzyskania trwałej odporności. Niezwykle rzadko prowadzą do niepożądanych odczynów poszczepiennych. Szczepionki wieloskładnikowe umożliwiają uodpornienie przeciwko wielu chorobom zakaźnym, przy zachowaniu optymalnej skuteczności oraz bezpieczeństwa poszczególnych składników [11].

Szczepionki żywe zawierają odmiany drobnoustrojów, potrafiących wywołać zakażenie, jednakże pozbawione są one właściwości chorobotwórczych dzięki wieloletnim próbom i eksperymentom (np. szczepionka przeciw gruźlicy bądź szczepionka przeciw odrze). Szczepionki zabite zawierają drobnoustroje inaktywowane za pomocą temperatury, związków chemicznych albo promieniowania (np. szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu). Szczepionki rekombinowane powstają przez wbudowanie fragmentu materiału genetycznego drobnoustroju do komórek ssaków albo komórek drożdży.

Zmienione genetycznie (rekombinowane) komórki produkują nowe białka, które po wyizolowaniu oraz oczyszczeniu stają się antygenem szczepionkowym (np. szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego) [12].

Szczepionki monowalentne- jednoskładnikowe uodparniają przeciwko jednej chorobie zakaźnej. Mogą zawierać jeden rodzaj drobnoustroju bądź antygeny pochodzące od jednego drobnoustroju. Szczepionki poliwalentne- wieloskładnikowe zawierają kilka typów tego samego drobnoustroju (np. szczepionka przeciw poliomyelitis) albo antygeny pochodzące z kilku typów drobnoustroju (np. szczepionka przeciw pneumokokom).

Szczepionki skojarzone uodparniają organizm jednocześnie przeciw kilku chorobom zakaźnym. Zawierają kilka drobnoustrojów bądź antygenów, np. szczepionka DTP czy też MMR.

W ostatnich latach opracowano wysokoskojarzone szczepionki, np. szczepionkę pięciowalentną (5 w 1) DTaP+IPV+Hib, która uodparnia przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi,

poliomyelitis, *Haemophilus influenzae* typu b. Szczepionki wysoko skojarzone umożliwiają redukcję liczby wykonywanych wstrzyknięć. Wpływa to na co zmniejszenie bólu oraz stresu u dziecka, a także ogranicza możliwość zakażenia podczas szczepień. Wadą jest ich cena [13].

Szczepienia przeciwko błonicy i tężcowi

Błonica (dyfteryt, krup lub dławiec) to ostra i ciężka choroba zakaźna, wywoływana przez bakterie zwane maczugowcami błonicy (łac. *Corynebacterium diphtheriae*). Wytwarzają one silną toksynę, zwaną toksyną błoniczą.

Tężec to choroba zakaźna układu nerwowego, spowodowana działaniem toksyny tężcowej (neurotoksyny) wytwarzanej przez laseczki tężca (z łac. *Clostridium tetani*). Bakterie po przedostaniu się do rany produkują neurotoksynę, blokującą zakończenia nerwowe. Szczepionka błonico-tężcowa adsorbowana (DT) - chroni przed zachorowaniem na dwie choroby: błonicę (dyfteryt) oraz tężec i są wywołane przez maczugowce błonicy i laseczki tężca. Substancje czynne szczepionki stanowią toksoid błonicy i toksoid tężcowy (są to niezakaźne składniki pochodzące od bakterii). Po podaniu szczepionki organizm wytwarza przeciwciała, które chronią przed zachorowaniem. Szczepionka służy do czynnego uodparniania dzieci przeciw błonicy oraz tężcowi.

Szczepieniem podstawowym objęte są dzieci, które nie otrzymały szczepienia podstawowego (tzn. obowiązkowego, które składa się z trzech dawek) przeciwko błonicy i tężcowi. Szczepienia podstawowe szczepionką DT stosowane są u dzieci z przeciwwskazaniem do szczepienia przeciw krztuścowi. Szczepienie przypominające wykonywane są u dzieci, które otrzymały pełny cykl szczepienia podstawowego przeciwko błonicy i tężcowi. Odpowiedni poziom uodpornienia zabezpieczający przed zakażeniem uzyskuje się po zastosowaniu wszystkich dawek szczepienia zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, zawierającym informacje na temat tych szczepień. Szczepionka spełnia wymagania Farmakopei Europejskiej oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Szczepienie podstawowe składa się z trzech dawek szczepionki:

- pierwsza dawka – powinny ją otrzymać dzieci na przełomie 3 i 4 miesiąca życia;
- druga dawka – dzieci w 5 miesiącu życia (6 tygodni po podaniu pierwszej dawki);
- trzecia dawka – dzieci w 16 – 18 miesiącu życia (11 – 13 miesięcy po podaniu drugiej dawki).

Szczepienie przypominające wykonuje się podając jedną dawkę szczepionki w 6-tym roku życia.

W przypadku braku możliwości wykonania szczepienia w 6-tym roku życia, szczepionkę należy podać w 7-mym roku życia dziecka. U dzieci powyżej siódmego roku życia należy stosować szczepionkę tężcowo-błoniczą, w której zmniejszona jest zawartość toksoidu błoniczego [14].

Szczepienia przeciwko gruźlicy (BCG)

Gruźlica to ciężka choroba wywoływana przez bakterię nazywaną prątkiem gruźlicy. Według wytycznych Ministerstwa Zdrowia, szczepienie przeciwko gruźlicy powinno zostać wykonane w ciągu 24 godzin od porodu bądź w najbliższym możliwym terminie do momentu wypisu dziecka z oddziału noworodkowego. Szczepienie jest wykonywane jednocześnie ze szczepieniem przeciw WZW B (pierwsza dawka). W przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych, szczepienie jest wykonywane gdy dziecko osiągnie masę 2000 g. Jedna dawka szczepionki chroni dziecko przed najcięższymi postaciami gruźlicy, a także znacznie zmniejsza ryzyko zachorowania na tę chorobę [15].

Szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi

Krztusiec (inaczej koklusz) to ostra choroba zakaźna wywoływana przez bakterie, tzw. pałeczki krztuśca (*Bordetella pertussis*) bądź parakrztuśca (*Bordetella parapertussis*).

Szczepionka przeciw krztuścowi zawsze podawana jest jako szczepionka DTPw jednym wstrzyknięciu ze szczepionką przeciw błonicy oraz tężcowi. Szczepionka DTP może zawierać pełnokomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTwP) albo bezkomórkowy składnik krztuśca (tzw. DTaP). Podawana jest podskórnie bądź domięśniowo. Może być podawana jako szczepionka wysoko skojarzona razem z innymi szczepionkami albo osobno – wtedy wstrzyknięcie powinno się podać w inne miejsce [16].

Należy do grupy „nieżywych” szczepionek – zawiera nieaktywne toksyny (toksoidy) błonicy oraz tężca, a także całe, zabite pałeczki krztuśca bądź tylko kilka oczyszczonych białek tej bakterii. Zależnie od składnika skierowanego przeciwko krztuścowi wyróżnia się dwa typy tych szczepionek:

- szczepionkę całokomórkową (DTPw)- zawierającą całe, zabite bakterie krztuśca, jest bezpłatna w ramach programu szczepień oraz przeznaczona dla wszystkich dzieciw pierwszych 2 latach życia
- szczepionki bezkomórkowe (DTPa)- zawierają kilka oczyszczonych białek bakterii krztuśca. Wchodzą one w skład szczepionek wieloskładnikowych dostępnych w Polsce (Hexacima, Infanrixhexa, Infanrix-IPV + Hib, PENTAXIM).

Dostępne są również bezkomórkowe szczepionki przeciwko krztuścowi przeznaczone dla dzieci powyżej 4-go roku życia, młodzieży oraz dorosłych (Adacel, Boostrix). Są one stosowane w szczepieniach przypominających w ramach PSO, ale też u osób, mających dzieci lub osób, które wkrótce będą miały kontakt z niemowlętami oraz małymi dziećmi. W sytuacjach szczególnych, tzn. u dzieci, które nie mogą być szczepione przeciwko krztuścowi z powodu trwałych przeciwwskazań, ale też w niektórych przypadkach profilaktyki też są stosowane szczepionki, które zawierają jedynie antygeny błonicy i tężca (DT) [17].

Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B)

Wirusowe zapalenie wątroby typu B jest chorobą zakaźną wywołana przez wirusa HBV (Hepatitis B Virus). Zakażenie WZW B może przebiegać w postaci ostrej bądź przewlekłej.

Szczepionki przeciw WZW B dzielone są na:

- pierwszej generacji – plazmatyczne;
- drugiej generacji – rekombinowane;
- trzeciej generacji – rekombinowane z białkiem pre-S1 i pre-S2.

W Polsce są dostępne rekombinowane szczepionki drugiej generacji. W tych szczepionkach substancją czynną jest oczyszczony, białkowy antygen powierzchniowy (HBsAg). Na rynku dostępne są:

- szczepionki monowalentne przeciw WZWB- zawierają różne dawki antygeny (HbsAg), zależnie od wytwórcy. Mniejsze dawki szczepionki (5 lub 10 mcg) podawane są dzieciom i młodzieży do 15 lat. Większe dawki (10 lub 20 mcg) podaje się dorosłym. Najwyższe dawki antygeny w szczepionce (40 mcg) przeznaczone są dla chorych, dializowanych, ale też dla osób z zaburzeniami odporności (w schemacie 3-dawkowym bądź 4-dawkowym 0-1-2-6 miesięcy);
- szczepionki skojarzone przeznaczone do stosowania w programach szczepień noworodków, niemowląt oraz małych dzieci;
- szczepionki skojarzone przeciw WZWA i WZWB [18].

Szczepienie to najlepszy sposób zapobiegania zachorowaniom na WZW B. Podanie szczepionki pobudza produkcję swoistych przeciwciał tzw. neutralizujących, chroniących przed zakażeniem HBV, ale również tzw. odporność komórkową. Na świecie szczepienia masowe przeciw WZW B w znacznym stopniu zredukowały występowanie tej choroby, jak również jej najgroźniejszych powikłań, tj. marskości wątroby czy też pierwotnego raka wątroby. Szczepienie przeciw WZW B pozwalana ograniczenie rozprzestrzeniania HBV w

grupach, które szczególnie są narażone na zakażenie (np. wśród osób w przeszłości stosujących narkotyki (PWID), mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM), pracowników służby zdrowia oraz pacjentów z zaburzeniami odporności i chorobami przewlekłymi, itp.) [19]

Zgodnie z programem Szczepień Ochronnych obowiązkowymi szczepieniami są objęte wszystkie niemowlęta od urodzenia do ukończenia pierwszego roku życia (3 dawki), jak również osoby z grup ryzyka, które wcześniej nie zostały zaszczepione: uczniowie oraz studenci uczelni medycznych, pracownicy służby zdrowia, osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C, a także narażone na zakażenie. W warunkach normalnych należy stosować schemat 3-dawkowy szczepienia (0-1-6 miesięcy). U zdrowych osób (dzieci oraz dorosłych) szczepień przypominających nie przewiduje się. Dzieciom z masą urodzeniową niższą niż 2000 g powinno się zastosować 4-dawkowy schemat szczepienia (0-1-2-12 miesięcy) [20].

W sytuacjach wyjątkowych (np. przed planowanym zabiegiem chirurgicznym bądź w przypadku nagłego wyjazdu do stref endemicznych) można zastosować schemat przyspieszony (0-7-21 dzień oraz dawka uzupełniająca po 12 miesiącach) lub 0-1-2 miesiąc i dawka uzupełniająca po 12 miesiącach). Osoby z obniżoną odpornością immunologiczną oraz dializowani wymagają podania 3 dawek szczepionki zgodnie ze schematem 0-1-6 miesięcy z podwójną dawką szczepionki, 4 dawek szczepionki podanej zgodnie ze schematem 0-1-2-6 miesięcy bądź dawek przypominających, jeżeli stężenie przeciwciał przeciw HBs jest niższe od poziomu ochronny (poniżej 10 mIU/ml). Niemowlętom szczepionkę przeciw WZW B podaje się domięśniowo w przednio-boczną część uda, a u dzieci oraz dorosłych – w mięsień naramienny. Podskórne podanie szczepionki zaleca się jedynie w grupach chorych z małopłytkowością bądź zaburzeniami krzepliwości [21].

Szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce

Odra to ostra wirusowa choroba zakaźna. Jedyne źródło zakażenia stanowi chory człowiek. Świnka- nagminne zapalenie ślinianek przyusznych- jest ostra choroba zakaźna wywoływana przez wirusy świnki. Źródło zakażenia stanowi człowiek chory na świnkę. Różyczka to choroba zakaźna, wywoływana przez bardzo zaraźliwy wirus różyczki. Źródło zakażenia stanowi wyłącznie chory na różyczkę człowiek.

W Polsce do szczepienia przeciwko odrze, śwince oraz różyczce stosowana jest szczepionka skojarzona (Priorix). Wszystkie szczepionki zawierają żywe wirusy, ale są one tak osłabione oraz zmodyfikowane, że u zdrowych dzieci nie wywołują choroby, a pobudzają odporność. Dostępna jest też szczepionka poczwórnie skojarzona przeciwko odrze, śwince, różyczce i

ospie wietrznej (Priorix-Tetra). Około 5–10% po pierwszej dawce dzieci nie wytwarza odporności przeciwko odrze. W związku z tym zaleca się podanie drugiej dawki uzupełniającej. Bardzo rzadko zdarza się, by dzieci chorowały pomimo szczepienia. Jeżeli jednak dojdzie do tego, choroba ma znacznie łagodniejszy przebieg. Pierwszą dawkę szczepionki otrzymuje dziecko w 13–14- tym miesiącu życia. We krwi dziecka w 1-ym roku życia znajdują się przeciwciała przekazane od matki, upośledzające odpowiedź na to szczepienie. Jeśli dziecko zostało zaszczepione przed ukończeniem 12- go miesiąca życia, szczepienie powinno być powtórzone po ukończeniu 1- go roku życia. Zgodnie z polskim programem szczepień ochronnych od 2019 roku dawka uzupełniająca powinna być podana w 6-tym roku życia. Szczepionki podawane są w postaci zastrzyku podskórnego bądź domięśniowego [22].

Szczepienia przeciwko *Haemophilus Influenzae* typu B (HIB)

Szczepu *Haemophilus influenzae* typ b (Hib) należą bakterii najczęściej wywołujących ciężkie zakażenia bakteryjne u dzieci do 5-go roku życia. Źródłem zakażeń HIB głównie jest bezpośredni kontakt z nosicielem bądź chorą osobą.

W Polsce szczepionki przeciw zakażeniom Hib dostępne są w postaci skoniugowanej występują jako:

- szczepionki monowalentne- zawierające jedynie składnik chroniący przeciw Hib
- szczepionki skojarzone- zawierające składnik chroniący przeciw Hib, a także składniki uodporniające jednocześnie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, poliomyelitis (IPV) (tj. szczepionki DTaP+HBV+IPV+Hib) [22].

Szczepienia to jedyny sposób profilaktyki przed zakażeniem Hib. Po szczepieniu w organizmie dziecka są wykrywane przeciwciała, chroniące przed zakażeniami zachorowaniem objawowym. Zaszczepienie zabezpiecza także przed tzw. kolonizacją (przenoszeniem bakterii przez zdrowe dzieci). W ten sposób wykonując szczepienie zdrowemu dziecku zabezpieczamy inne dzieci, które nie mogły być zaszczepione z powodu ciężkiej choroby bądź innych przeciwwskazań. Zachorowania u szczepionych dzieci zdarzają się bardzo rzadko. Dotyczą głównie dzieci, które nie zostały kompletnie zaszczepione [23].

Szczepionka przeciw zakażeniom Hib przeznaczona jest dla dzieci od 6 tygodnia do 5- go roku życia, jak również starszych dzieci z grup ryzyka, np. po usunięciu śledziony. Szczepienie przeciw Hib zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych (PSO) jest obowiązkowe dla dzieci od 6 tygodnia do 2- go roku życia. Pełen cykl obejmuje szczepienie podstawowe tj. 3 dawki szczepionki podane w wieku od 6 tygodnia do 6- go miesiąca życia w odstępach czasowych nie

krótszych niż 6 – 8 tygodni, a także szczepienie uzupełniające tj. jedna dawka szczepionki w 16-18 miesiącu życia w celu zapewnienia długotrwałej odporności. Dzieciom w wieku 6- 12 miesięcy, nieszczepionym wcześniej podawane są 2 dawki szczepionki w odstępie czasu nie krótszym niż 1 mies., jak również dawkę uzupełniającą w 16-18 miesiącu życia. Dzieciom w wieku 1-5 lat, niezaszczepionym wcześniej, należy podać 1 dawkę szczepionki. Szczepionka wstrzykiwana jest domięśniowo w udo bądź ramię. Szczepionka może być podawana w jednym czasie z innymi szczepionkami (np. DTP, IPV, WZWB), ale w różne miejsca ciała albo w jednym w postaci szczepionki skojarzonej wstrzyknięciu (5 w 1 lub 6 w 1) [22, 24].

Szczepienia przeciwko poliomyelitis (IPV i OPV)

Poliomyelitis jest ostrą chorobą zakaźną wywoływaną przez poliovirusy. Najczęstsze źródło zakażenia to bezpośredni kontakt z człowiekiem chorym. Zakażenie szerzy się przede wszystkim drogą pokarmową przez przedmioty oraz środki spożywcze zakażone wydzielinami z gardła bądź kałem, jak również drogą kropelkową. Istnieją dwa typy szczepionek przeciw poliomyelitis:

- inaktywowana (IPV)- zawiera trzy typy zabitych szczepów poliovirusów
- żywa (OPV)- zawiera trzy typy atenuowanych szczepów poliovirusów.

W Polsce od kwietnia 2016 roku szczepienia przeciw poliomyelitis realizowane są wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV.

Szczepionka IPV indukuje produkcję przeciwciał, zapobiegających przedostaniu się wirusów do ośrodkowego układu nerwowego oraz wywołaniu porażennego zachorowania. W ochronie przed zachorowaniem na poliomyelitis szczepionka IPV ma bardzo wysoką skuteczność. Po pełnym cyklu szczepień, które przewidziane są w programie szczepień ochronnych, odporność na zachorowanie utrzymuje się do końca życia. Szczepionka IPV wstrzykiwana jest domięśniowo bądź podskórnie, zależnie od wieku jest to udo lub ramię. Szczepionka może być podawana razem z innymi szczepionkami w różne miejsca albo w jednym wstrzyknięciu w postaci skojarzonej. Szczepionka OPV podawana jest doustnie w kroplach. Może być aplikowana łącznie z innymi szczepionkami [25].

Szczepionka przeciw poliomyelitis jest szczepionką obowiązkową (bezpłatną). Podawana jest zgodnie Programem Szczepień Ochronnych: 3 dawki szczepionki do 2 roku życia (tj. w 3-4 miesiącu, 5-6 miesiącu oraz 16-18 miesiącu) oraz 1 dawka przypominająca w 6 roku życia [26,27].

Większa część dorosłych, którzy otrzymali szczepionkę jako dzieci, nie wymaga uodpornienia. Wykonanie pojedynczego szczepienia przypominającego IPV powinno się rozważyć w następujących grupach ryzyka:

- u osób podróżujących do regionów świata, w których występuje poliomyelitis
- u pracowników laboratoryjnych pracujących z poliovirusami
- u pracowników ochrony zdrowia, którzy zetknęli się z chorym bądź podejrzanym o zachorowanie na poliomyelitis [28].

Ogólne zasady wykonywania szczepień ochronnych

O podaniu szczepionki za każdym razem decyduje lekarz na podstawie prawidłowo przeprowadzonej kwalifikacji.

W czasie wizyty szczepiennej lekarz zbiera wywiad, który dotyczy ewentualnych przeciwwskazań przed zaszczepieniem, ponadto informuje o szczepieniach zalecanych, a także możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Gabinet lekarski wyposażony powinien być w sprzęt reanimacyjny. Rzeczywiste przeciwwskazania do podania szczepienia występują bardzo rzadko. Są to m.in. silne reakcje alergiczne na składniki szczepionki bądź poważny odczyn po poprzedniej dawce tej samej szczepionki. Innymi przeciwwskazaniami mogą być, np. choroba przebiegająca z wysoką gorączką albo zaostrzenie choroby przewlekłej, są one przejściowe [13,29].

Szczepionki podawane powinny być zgodnie ze schematem, który opisany jest w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz ulotce. Można podawać kilka szczepionek jednocześnie. Czasami jest to wręcz wskazane. Należy tylko pamiętać, by przy podawaniu dwóch szczepionek zawierających atenuowane (żywe) wirusy zachować co najmniej 4-tygodniowy odstęp. Nie należy skracać zalecanych minimalnych odstępów pomiędzy kolejnymi dawkami tej samej szczepionki. Natomiast problemem nie jest wydłużanie tego odstępu w przypadkach uzasadnionych. W niektórych sytuacjach w ramach kwalifikacji do szczepienia można sprawdzić poziom przeciwciał ochronnych oraz podać szczepionkę, gdy poziom ochrony nie jest wystarczający [30].

Niepożądane odczyny poszczepienne

Niepożądany odczyn poszczepienny (NOP) - zaburzenie stanu zdrowia, które wystąpiło w okresie 4 tygodni po podaniu szczepionki. Odczyny po szczepieniu BCG stanowią wyjątek – w tych wypadkach kryterium czasowe jest znacznie wydłużone, wynika to ze specyfiki szczepionki[5]. Niepożądane odczyny poszczepienne wynikają z: przypadkowo występujących

objawów zaburzenia zdrowia, które występujących w tym samym czasie co szczepienie; niewłaściwego wykonania szczepienia bądź wady szczepionki; reakcji indywidualnej organizmu osoby szczepionego na podanie szczepionki; działania samej szczepionki (np. uczulenia na jej składnik), co najczęściej związane jest z brakiem zastosowania się do przeciwwskazań dotyczących podania danej szczepionki. Tak szeroka definicja odczynu poszczepiennego daje możliwość wykrycia także rzadkiego odczynu, zupełnie nowego, czy jedynie czasowo związanego ze szczepieniem [31].

Każde zaburzenie stanu zdrowia, mogące mieć związek ze szczepieniem podlega zgłoszeniu przez lekarza. Na podstawie objawów klinicznych, jak również badania lekarskiego lekarz podejmuje decyzję o zgłoszeniu danego przypadku do nadzoru jako podejrzenie NOP. Lekarz kieruje się listą NOP, która jest wymieniona w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych i kryteriów ich rozpoznawania, ale też prawdopodobną bądź ustaloną etiologią rozpoznanych zaburzeń. Każdy zgłoszony na formularzu zgłoszenia NOP analizowany jest oraz kwalifikowany na podstawie kryteriów opracowanych przez ekspertów. Wyniki ostatecznie są gromadzone, rejestrowane, analizowane, jak również weryfikowane w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego- Państwowego Zakładu Higieny oraz udostępniane w Biuletynie Szczepienia Ochronne [32].

Lekarz po zbadaniu dziecka uznaje bądź wyklucza związek objawów (t.j. wysoka gorączka, wysypka, trudności z oddychaniem, długi płacz, wystąpienie dużego, bolesnego obrzęku oraz zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia) ze szczepieniem. Podobnie dorosły w przypadku zaburzeń stanu zdrowia powinien zasięgnąć porady lekarskiej. Rejestr NOP-ów to jeden z elementów pozwalających na dokonanie oceny bezpieczeństwa szczepień. Dzięki zgłaszaniu NOP-ów do systemu nadzoru są monitorowane są poznane odczyny, wykrywane są nowe, nietypowe oraz rzadkie odczyny, prowadzona jest kontrola bezpieczeństwa nowo wprowadzonych szczepionek, wykrywane są partie szczepionek ze zwiększonym odsetkiem odczynów. Zgłaszanie NOP-ów wpływa także na kształtowanie polityki szczepień [33].

CELE PRACY

Celem pracy była:

1. Ocena opinii rodziców na temat obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci.
2. Analiza wpływu czynników demograficznych na postawę rodziców wobec szczepień.
3. Określenie źródeł pozyskiwania wiedzy rodziców na temat obowiązkowych szczepień

4. ochronnych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 osób dorosłych (19 mężczyzn i 81 kobiet), zgłaszającymi się z swoimi dziećmi na szczepienia do: NZOZ Przychodnia Lekarska „Zdrowie” Alma Katarzyna Sierant 07-407 Czerwin, ul. Parkowa 1 oraz Poradni Lekarza POZ „Zdrowie” Alma Katarzyna Sierant filia w Ostrołęce, 07-410 Ostrołęka ul. ppłk. Łukasza Cieplińskiego „Pługa” 4/4.

Dla potrzeb pracy użyto metody sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Jest to samodzielne badanie kwestionariuszy, które na ogół występują w wysokim stopniu standaryzacji. Ankieta powstała na bazie literatury dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych oraz własnych obserwacji. Kwestionariusz składał się z dwóch części. Część pierwsza - pytania metryczkowe, zawierały następujące informacje: wiek, stan cywilny, wiek dzieci, ilość dzieci, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców. Część druga - pytania ankietowe, zawierały 18 pytań z kafeterią zamkniętą, co ułatwiało osobom ankietowanym udzielenie odpowiedzi. Pytania te zostały tak sformułowane, aby ocenić opinie rodziców na temat szczepień ochronnych oraz określić źródła pozyskiwania wiedzy rodziców na temat obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

WYNIKI

W badaniach udział wzięło 100 osób: 81% kobiet i 19% mężczyzn. Średnia wieku wynosiła w przybliżeniu 29 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 21-30 lat (58%), 31-40 lat (28%), najmniej liczną była grupa powyżej 40-go roku życia (11%) i 18-20 lat (3%).

Większość osób ankietowanych mieszkała w mieście (85%), pozostali to mieszkańcy wsi i małych miejscowości (15%).

Ankietowani w większości posiadali wykształcenie wyższe (55%) i średnie (34%). Jedynie 4% to osoby z wykształceniem zawodowym i 2% to osoby z wykształceniem podstawowym. Osób zamężnych/żonatych było 69%, 25% to panny/kawalerowie, 4% rozwiedzenie, a tylko 2% to wdowy/wdowcy.

Największa ilość ankietowanych posiadało dzieci w wieku 0-5 lat 76%. 53% ankietowanych posiadało 1 dziecko 43% 2-3dzieci, 4% - 4- 5 dzieci. Ankietowani pierwsze dziecko mieli w wieku 21-30 lat (79%) oraz w wieku 15-20 lat (16%) i 31-40 lat (5%).

Szczegółowe wyniki badań

Przeprowadzone badania wykazały, że większość badanych szczepi dzieci (86%). Tylko 5% nie szczepi dzieci, a 8% zaszczepiło pierwsze dziecko, natomiast nie zaszczepiło kolejnego. Najwyższy procent osób, które szczepi swoje dzieci występował wśród rodziców w przedziale wiekowym 18-20 i powyżej 40-go roku życia. Najniższy procent szczepionych dzieci występuje wśród rodziców w przedziale wiekowym 31-40 lat (Tabela I).

Tabela I. Szczepienia dzieci ze względu na podział wieku badanych

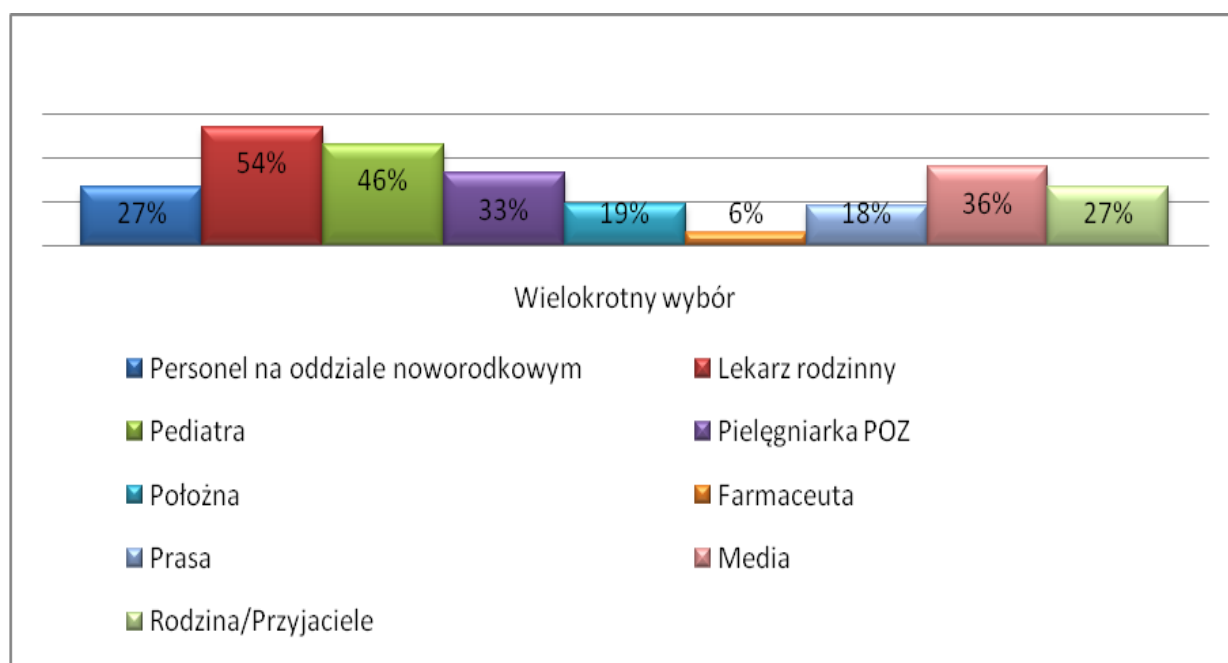
Dzieci zaszczepione obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi	18-20 lat		21-30 lat		31-40 lat		Powyżej 40 roku życia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	3	00%	53	1,2%	9	67,8%	11	100%
Nie	0	0%	2	3,5%		10,7%	0	0%
Pierwsze nie, kolejne tak	0	0%	0	%	1	3,6%	0	0%
Pierwsze tak, kolejne nie	0	0%	3	5,3%	5	17,9%	0	0%
Razem	3	0%	58	100%	28	100%	11	0%

Natomiast co do szczepień ochronnych swoich dzieci zgodnie z podziałem na miejsce zamieszkania wyniki były bardzo zbliżone – powyżej 80% dzieci było zaszczepionych (Tabela II).

66% badanych określiło, że posiada średnią wiedzę na temat obowiązkowych szczepień ochronnych, 21% - dużo, 11% - niewiele, natomiast jedynie 2% nie posiada żadnej wiedzy na temat szczepień. Rodzice najwięcej informacji na temat szczepień uzyskali od lekarza rodzinnego (54%), najmniejszą ilość informacji uzyskali od farmaceuty (Rycina 1).

Tabela II. Szczepienia dzieci według miejsca zamieszkania

Dzieci zaszczepione obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi	Wieś		Miasto	
	N	%	N	%
Tak	12	80%	74	86,8%
Nie	1	6,7%	4	4,8%
Pierwsze nie, kolejne tak	0	0%	1	1,2%
Pierwsze tak, kolejne nie	2	13,3%	6	7,2%
Razem	15	100%	85	100%


Ryc. 1. Źródła uzyskania wiedzy na temat obowiązkowych szczepień ochronnych

Według ankietowanych w wieku 18-20 lat wiarygodnym źródłem wiedzy jest personel na oddziale noworodkowym i pielęgniarka POZ. Natomiast najmniej zaufanie mieli do farmaceuty, telewizji i radia. Inaczej zaś wygląda sytuacja w przedziale pomiędzy 21-30 lat, gdzie najlepszym źródłem informacji był pediatra - 48,3%. W przedziale wiekowym 31-40 lat najwiarygodniejszym źródłem w sprawie szczepień był neurolog dziecięcy. Szczegółowo wyniki zawarte są w Tabeli III.

Tabela III. Źródła uzyskiwania wiedzy na temat obowiązkowych szczepień ochronnych w zależności od wieku badanych

Wiarygodne źródła uzyskiwania wiedzy na temat szczepień	18-20 lat		21-30 lat		31-40lat		Powyżej 40 roku życia	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Personel na oddziale noworodkowym	3	100%	8	13,8%	5	17,8%	0	0%
Znajomi	1	33%	0	0%	1	3,6%	0	0%
Rodzina/Przyjaciele	0	0%	4	6,9%	6	21,4%	0	0%
Inne (książki, badania naukowe)	0	0%	2	3,4%	2	7,1%	1	9,1%
Neurolog dziecięcy	0	0%	2	3,4%	21	75%	0	0%
Pediatra	2	66%	28	48,3%	18	64,3%	18	163,6%
Prasa	0	0%	0	0%	0	0%	1	9,1%
Położna	1	33%	4	6,9%	3	10,7%	2	18,2%
Farmaceuta	0	0%	2	3,4%	4	14,3%	0	0%
Internet	1	33%	2	3,4%	1	3,6%	0	0%
Telewizja/Radio	0	0%	0	0%	0	0%	1	9,1%
Pielęgniarka POZ	3	100%	16	27,6%	6	21,4%	6	54,5%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

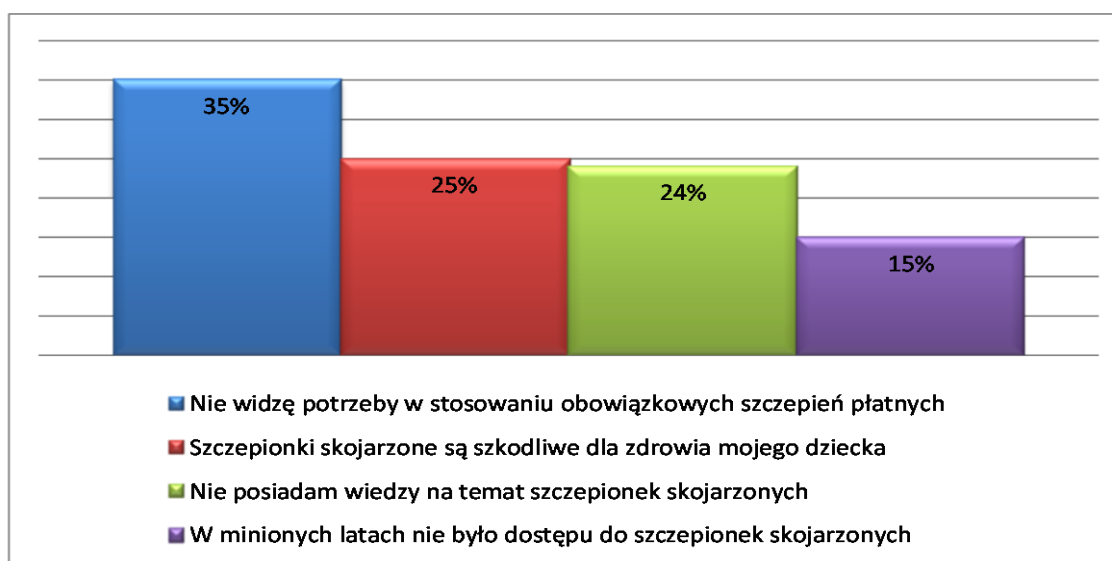
70,6% ankietowanych zamieszkujących miasta uważało, że program szczepień jest konieczny, natomiast jedynie 1,2% badanych miało zdanie, że nie powinno być obowiązku wykonywania szczepień (Tabela IV).

53% ankietowanych nie zakupiło szczepionki skojarzonej, zaś 47% było za kupnem szczepionek skojarzonych.

W pytaniu dotyczącym powodu wyboru szczepionek z Sanepidu, ankietowani odpowiadali, że nie widzą potrzeby w stosowaniu obowiązkowych szczepień ochronnych (35%), natomiast 15% udzieliło odpowiedzi, że w minionych latach nie było dostępu do szczepionek skojarzonych i mieli dostęp jedynie do szczepionek dostarczanych przez Sanepid. Wszystkie informacje zawarte są na Rycinie 2.

Tabela IV. Wybór rodziców na temat obowiązkowych szczepień ochronnych ze względu na miejsce zamieszkania

Wybór rodziców dotyczący obowiązkowych szczepień ochronnych	Wieś		Miasto	
	N	%	N	%
Program szczepień ochronnych jest konieczny	11	73,3%	60	70,6%
Rodzice powinni mieć możliwość wyboru przeciw jakiej chorobie i kiedy chcą zaszczepić swoje dziecko	3	20%	22	25,9%
W Polsce nie powinno być obowiązku wykonywania szczepień ochronnych	1	6,7%	1	1,2%
Nie mam zdania na temat wykonywania szczepień ochronnych	0	0%	2	2,4%
Razem	15	100%	85	100%



Ryc. 2. Powody wyboru szczepionek z Sanepidu

Opinia rodziców na temat bezpieczeństwa szczepień ochronnych w dwóch grupach wiekowych (18-20lat i 21-30lat) była zbliżona (ok. 66%). Natomiast w grupie 31-40 lat wynosiła zaledwie 39,3%. Ankietowani powyżej 40-go roku życia uważali, że szczepionki są bezpieczne (Tabela V).

Zdaniem badanych głównym powodem przemawiającym za zaszczepieniem dziecka jest: ochrona zdrowia dziecka przed chorobą zakaźną i powikłaniami z nią związanymi (78%), łagodniejszym przebiegiem choroby zakaźnej (44%), mniejszą zachorowalnością na choroby

zakaźne (39%), z obowiązku szczepienia(18%), przez presję otoczenia (8%), ponieważ szczepionki ochronne są darmowe (8%) oraz przez groźby kary za nieszczepienie dziecka (7%).

Tabela V. Opinia ankietowanych na temat bezpieczeństwa szczepień ochronnych w stosunku do wieku osób badanych

Bezpieczeństwo szczepień ochronnych	18-20lat		21-30lat		31-40lat		Powyżej 40 roku życia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	2	66,7%	38	65,5%	11	39,3%	11	100%
Nie	0	0%	10	17,2%	9	32,1%	0	0%
Tylko szczepionki pojedyncze	1	33,3%	9	15,6%	7	25%	0	0%
Tylko szczepionki skojarzone	0	0%	1	1,7%	1	3,6	0	0%
Razem	3	100%	58	100%	28	100%	11	100%

Rodzice zamieszkujący wieś oraz miasto uważali, iż czynnikami przemawiającymi za szczepieniem dziecka jest ochrona zdrowia dziecka przed chorobą zakaźną oraz powikłaniami z nią związanymi.

Natomiast u obu grupach najmniej procentowo przedstawiała się odpowiedź „przez presję otoczenia” oraz „kary pieniężne za nieszczepienie dziecka” (Tabela VI).

Tabela VI. Czynniki przemawiające za zaszczepieniem dziecka według rodziców względem miejsca zamieszkania

Czynniki przemawiające za szczepieniem dziecka	Wieś		Miasto	
	N	%*	N	%*
Ochrona zdrowia dziecka przed chorobą zakaźną i powikłaniami z nią związanymi	15	100%	73	85,4%
Z obowiązku szczepienia	5	33,3%	13	15,2%
Łagodniejszym przebiegiem choroby zakaźnej	14	93,2%	30	35,1%
Mniejsza zachorowalność na choroby zakaźne	10	66,6%	29	33,9%
Przez presję otoczenia	2	13,3%	6	7%
Obowiązkowe szczepienia ochronne są darmowe	3	20%	5	5,8%
Przez groźby kary za nieszczepienie dziecka	2	13,3%	5	5,8%
Inne	0	0%	0	0%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

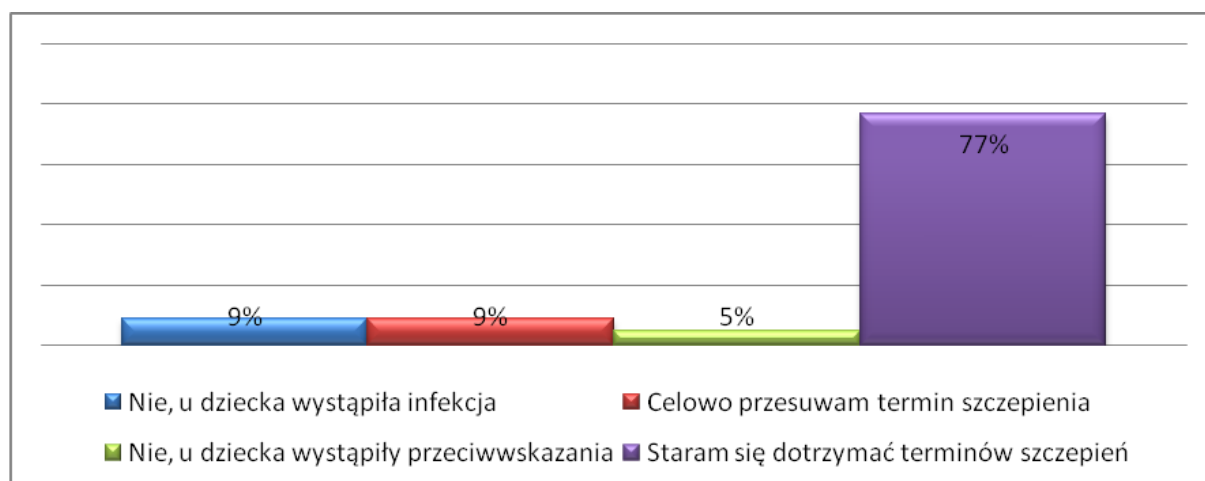
Głównym powodem przemawiającym za niezszcepieniem dziecka dla osób zamieszkujących wieś oraz miasto była obawa o zdrowie dziecka (Tabela VII).

Tabela VII. Powody przemawiające za niezszcepieniem dziecka w zestawieniu z miejscem zamieszkania

Powody przemawiające za niezszcepieniem dziecka	Wieś		Miasto	
	N	%*	N	%*
Internet	10	66,6%	12	14%
Telewizja	3	20%	9	10,5%
Obawa o zdrowie dziecka	13	86,6%	40	47%
Znajomi/ rodzina	3	20%	12	14%
Personel medyczny	2	13,3%	7	8,2%
Prasa	3	20%	7	8,2%
Inne	0	0%	0	0%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

72% badanych starało się dotrzymać terminów szczepień, 9% nie zaszczepiło w terminie, ponieważ wystąpiła infekcja u dziecka, 9% celowo przesuwano terminy szczepień, 5% nie zaszczepiło dziecka, ponieważ wystąpiły przeciwwskazania (Rycina 3).



Ryc. 3. Zestawienie procentowe dzieci zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych

75% ankietowanych obawia się wystąpienia choroby zakaźnej z ciężkimi powikłaniami, 49% obawia się wystąpienia epidemii wywołanej przez choroby zakaźne, 28% uważa, że konsekwencjami nieszczepienia dziecka może być grzywna, 8% utrzymuje, że nie ma żadnych konsekwencji z powodu nieszczepienia potomka, natomiast 7% nie wie, jakie mogą być konsekwencje nieszczepienia dziecka (Rycina 4).



Ryc. 4. Konsekwencje nieszczepienia dziecka

Według rodziców ze wsi, jak również z miasta największą konsekwencją nieszczepienia dziecka była obawa, że u dziecka może wystąpić choroba zakaźna z ciężkimi powikłaniami. Natomiast najmniejsza liczba ankietowanych mieszkających na wsi odpowiedziała, że nie ma żadnych konsekwencji z nieszczepienia dziecka (26,8%) oraz na takim samym poziomie znajduje się odpowiedź „nie wiem jakie mogły być konsekwencje”. Zaś u ankietowanych mieszkających w mieście zaledwie 3,5% nie wiedziało, jakie mogły być konsekwencje z nieszczepienia dziecka (Tabela VIII).

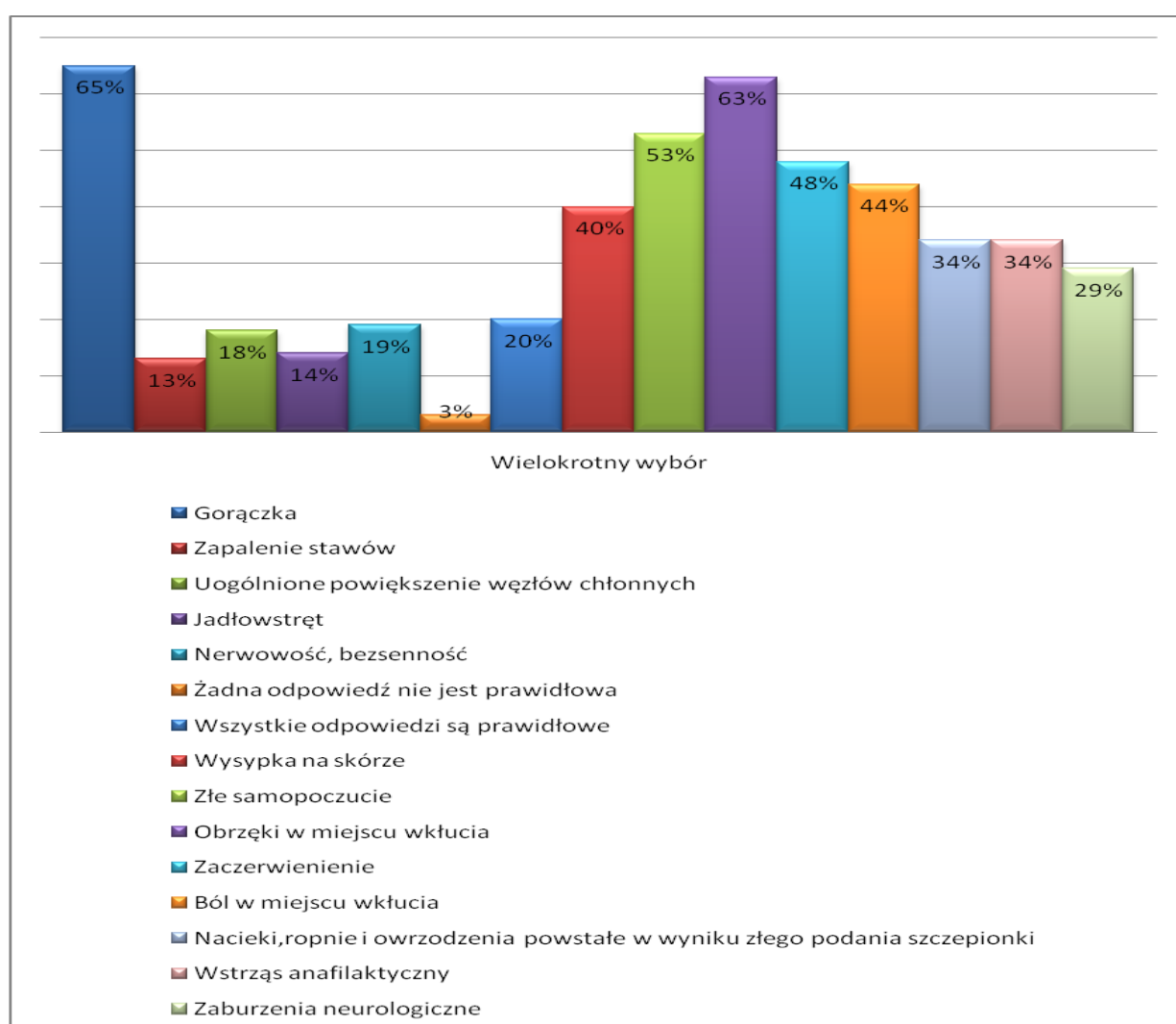
Według ankietowanych najczęstszymi powikłaniami poszczepiennymi są (Ryc. 5):

- gorączka (65%),
- obrzęki w miejscu wkłucia (63%),
- złe samopoczucie (53%),
- nerwowość, bezsenność (48%),
- ból w miejscu wkłucia (44%),
- wysypka na skórze (40%),
- nacieki ropne, owrzodzenia powstałe w wyniku złego podania szczepionki (34%),
- wstrząs anafilaktyczny (34%).

Tabela VIII. Konsekwencje nieszczepienia dziecka w zależności od miejsca zamieszkania

Konsekwencje nieszczepienia dziecka	Wieś		Miasto	
	N	%*	N	%*
Nie ma żadnych konsekwencji	4	26,8%	4	4,7%
Może zostać nałożona na mnie grzywna	12	80,4%	16	18,9%
U dziecka może wystąpić choroba zakaźna z ciężkimi powikłaniami	15	100%	60	70,8%
Wystąpienie epidemii wywołane przez choroby zakaźne	14	93,8%	35	41,4%
Nie wiem jakie mogą być konsekwencje	4	26,8%	3	3,5%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi



Ryc. 5. Zestaw procentowy powikłań poszczeniennych

Stanowczo większość ankietowanych zgłaszała powikłania poszczepienne do lekarza rodzinnego, pediatry i Sanepidu. Natomiast niewielka liczba osób zawiadomiłaby o powikłaniach farmaceutę lub pielęgniarkę szkolną. Według Tabeli IX rodzice ze względu na podział wiekowy zachowali małą rozbieżność procentową, co do odpowiedzi zgłaszania powikłań poszczepiennych.

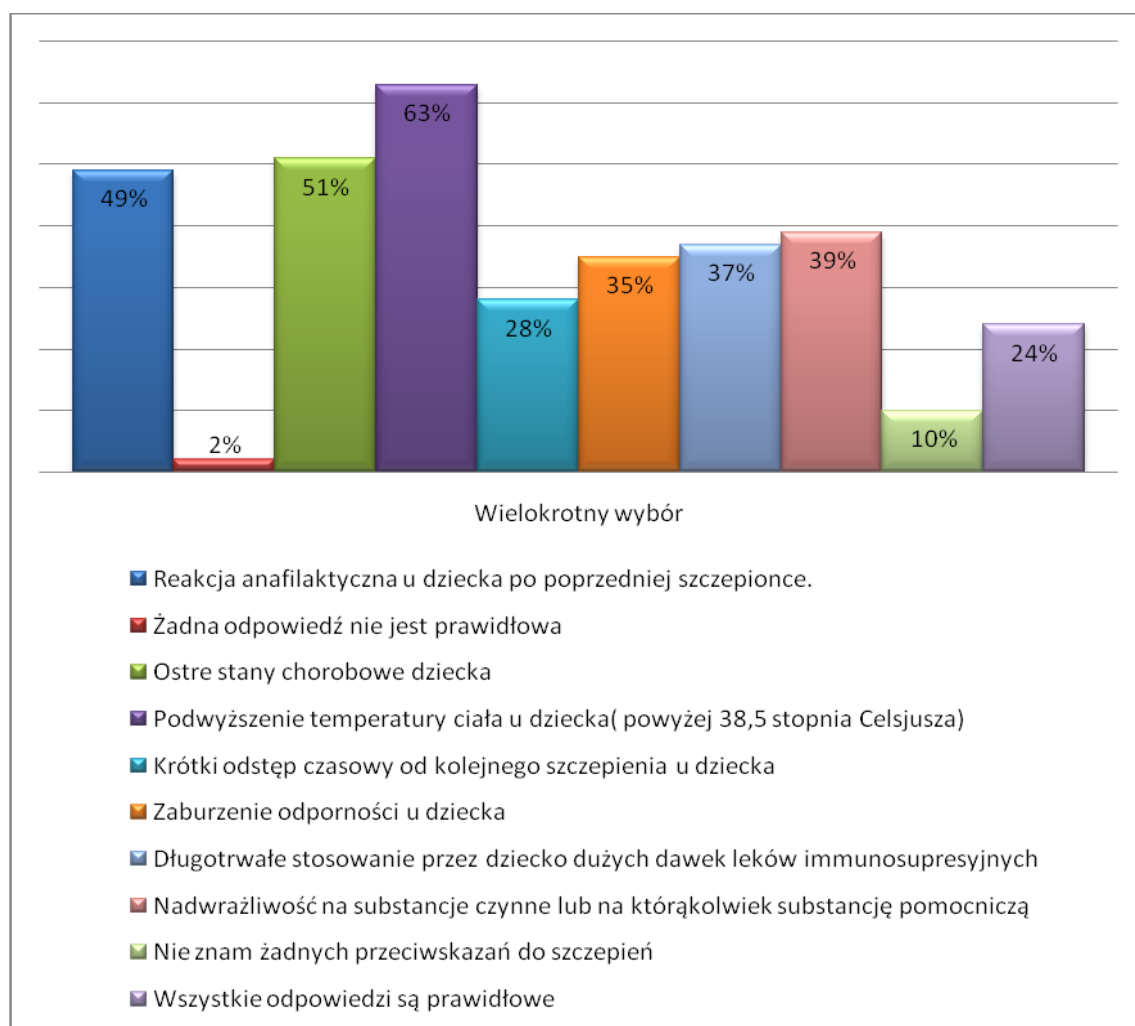
Tabela IX. Wiedza rodziców na temat miejsc do zgłaszania powikłań poszczepiennych w zależności od wieku

Miejsca zgłaszania powikłań poszczepiennych	18-20 lat		21-30lat		31-40lat		Powyżej 40 roku życia	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Lekarz rodzinny	3	100%	22	37,8%	13	46,8%	5	45,5%
Pediatra	3	100%	18	31%	6	21,6%	4	36,4%
Sanepid	2	66,7%	10	17,2%	8	29%	0	0%
Pielęgniarka POZ	1	33,3%	2	3,4%	0	0%	1	9,1%
Pielęgniarka szkolna	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Farmaceuta	0	0%	1	1,72%	0	0%	0	0%
Nie wiem, gdzie zgłasza się powikłania	1	33,3%	1	1,72%	0	0%	0	0%

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Według badanych przeciwwskazaniami do szczepień dziecka są:

- podwyższenie temperatury ciała u dziecka powyżej 38,50C (63%),
- ostre stany chorobowe (51%),
- reakcja anafilaktyczna u dziecka po poprzedniej szczepionce (49%),
- nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą (39%),
- długotrwałe stosowanie przez dziecko dużych dawek leków immunosupresyjnych (37%),
- zaburzenie odporności u dziecka (35%),
- krótki odstęp czasowy od kolejnego szczepienia u dziecka (28%) - Rycina 6.



Ryc. 6. Zestaw procentowy przeciwwskazań do szczepienia dziecka

DYSKUSJA

Szczepienia ochronne są obecnie najważniejszym elementem procesu profilaktyki rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Umożliwiają one ochronę jednostek indywidualnych oraz całego społeczeństwa. Jest to także najskuteczniejszy oraz najtańszy środek przeciwdziałający i zwalczający choroby zakaźne [1]. Szczepienia w dzisiejszych czasach są kontrowersyjnym tematem. Budzą on wiele niechęci, złości oraz nie wiadomej [1].

We wcześniejszych latach szczepienia ochronne w większość społeczeństwa, były respektowane i mały odsetek ludzi nie było zaszczepionych. Ponad 90% badanych rodziców przeszło ochronne szczepienia.

Z badań przeprowadzonych wynika, że w 2017 roku uchyliło się od szczepień około cztery razy więcej dzieci niż w roku 2013 [30]. Problem szczepień nie jest jedynie zauważalny

w Polsce, również inne kraje europejskie toczą walkę z grupami negującymi szczepienia. Według raportu Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że w Europie panuje wzrost zachorowań na odrę. Z raportu można wywnioskować, że najwięcej zachorowań na odrę było w Rumuni, Francji, Grecji i Włoszech [30,31].

Z analizy wyników badań własnych 86% badanych szczepi swoje dzieci bez żadnych zastrzeżeń. Co potwierdza się w badaniach przeprowadzonych przez ECDC, z których wynika, iż 90% osób w naszym kraju szczepi swoje dzieci [33,34].

Ponadto na podstawie badań własnych można stwierdzić, iż wśród rodziców będących w przedziale wiekowym 31-40 lat występują największe odchylenia od obowiązkowych szczepień ochronnych. W kwestii miejsca zamieszkania, stwierdzono większy odsetek szczepień dzieci wśród rodziców mieszkających w mieście (ponad 80%) niż na wsi (80%).

Z danych publikowanych w biuletynach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że jeżeli liczba nieszczepionych dzieci zmaleje do 80-85% powrócą choroby, które jak dotąd były skutecznie unieszkodliwiane, a nawet wyeliminowane. Według Instytutu początkowo pojawi się: odra, krztusiec, tężec, błonica oraz polio. Niestety w kraju już odnotowuje się niewielki odsetek zachorowań na odrę oraz krztusiec [34, 35].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad 60% ankietowanych posiadało średnią wiedzę na temat obowiązkowych szczepień ochronnych, zaś 21% badanych posiadało dużą wiedzę w tej kwestii.

Z badań przeprowadzonych przez Faleńczyki wsp. wynika, iż badani rodzice na źródło informacji na temat szczepień ochronnych wskazywali najczęściej ulotki informacyjne, lekarza, pielęgniarkę i Internet [10].

W badaniach własnych rodzice najczęściej informacji uzyskiwali od lekarza rodzinnego (ponad połowa), także niespełna połowa ankietowanych od pediatry. Jak też 1/3 badanych uzyskało wiedzę w tym temacie od pielęgniarki POZ. Rodzice mieszkający na wsi czerpali częściej wiedzę na temat szczepień od pediatry, zaś mieszkający w mieście od lekarza rodzinnego.

Z badań prowadzonych przez Faleńczyk i wsp. wynika, iż za najbardziej wiarygodne źródło pozyskiwania wiedzy w zakresie szczepień badani uznali lekarza – blisko 40%, pielęgniarkę – 20% oraz profesjonalną literaturę – 15,3% [32].

Natomiast w badaniach własnych, najwiarygodniejszym źródłem na temat obowiązkowych szczepień ochronnych według ankietowanych jest pediatra (ponad połowa badanych), na drugim miejscu znalazł się neurolog dziecięcy - 46%. Ponadto z badań wynika,

iż dla wszystkich ankietowanych w wieku 18-20 lat wiarygodnym źródłem był personel na oddziale noworodkowym i pielęgniarka POZ, zaś badani pomiędzy 21-30 lat najczęściej wskazywali pediatrę – ok. 50%. W przedziale wiekowym 31-40 lat najwiarygodniejszym źródłem w sprawie szczepień był neurolog dziecięcy.

Z literatury wynika, iż podstawowym źródłem nabywania wiedzy na temat szczepień jest świat wirtualny. W Internecie można znaleźć wiele tekstów bądź pojedynczych informacji na dany temat. Wspieranie swojej wiedzy przy ich pomocy nie zawsze jest właściwe. Jest tak dlatego, iż łatwość i dostępność informacji po pierwsze może przytłoczyć, bądź wprowadzić w błąd. Wielu rodziców szukając informacji na temat szczepień może trafić na fałszywe artykuły, pisane przez „pseudo” znawców. W związku z powagą tematu powinien on być prezentowany przez wirusologów, epidemiologów, pediatrów osoby, które posiadają dużą wiedzę na ten temat [36].

Z badań własnych wynika, iż blisko 2/3 badanych osób uważało program szczepień ochronnych za konieczny, zaś ¼ ankietowanych przyznało, że rodzice powinni mieć możliwość wyboru przeciw jakim chorobom i kiedy chcą zaszczepić swoje dzieci. Za koniecznością programu szczepień opowiedziało się 73% osób zamieszkujących wieś i 70% mieszkających w mieście.

Z badań przeprowadzonych na zlecenie GSK Commercial w 2016 roku wynika, iż 2/5 badanych matek zadeklarowało wybór dla swego dziecka szczepionek skojarzonych [37].

Jak wynika z badań własnych, prawie połowa ankietowanych (47%) wyraziło chęć zakupu szczepionki skojarzonej, w tym połowa badanych opowiedziała się za szczepionką 5 w 1.

W pytaniu dotyczącym powodu wyboru szczepionek z Sanepidu (bezpłatnych), ankietowani odpowiadali, że nie widzą potrzeby w stosowaniu obowiązkowych szczepień ochronnych (35%), natomiast 15% udzieliło odpowiedzi, że w minionych latach nie było dostępu do szczepionek skojarzonych i mieli dostęp jedynie do szczepionek dostarczanych przez Sanepid.

Rodzice muszą mieć świadomość, iż podanie szczepionki może wiązać się z pojawieniem niepożądanego odczynu poszczepiennego. Jednakże większość z nich ma charakter łagodny, najczęściej mijają samoistnie, nie wymagając leczenia. Zdarzają się także pojedyncze przypadki nadmiernych, niepożądanych, nieprawidłowych reakcji na szczepienia, nie są one częste, ale się zdarzają. Mimo to, należy uświadamiać rodzicom, iż szczepienia są bezpieczne [32].

Ponad 60% badanych w badaniach własnych uważało, iż szczepionki ochronne są bezpieczne. Opinia rodziców na temat bezpieczeństwa szczepień ochronnych w zależności od wieku była rozbieżna. Najwięcej twierdzących odpowiedzi stwierdzono wśród badanych w grupach wiekowych (18-20 lat, 21-30 lat i powyżej 40-tego roku życia).

W badaniach Kennedy i wsp. około 60-80% rodziców również wskazała na pozytywny wpływ szczepień [49]. Inni autorzy także potwierdzają korzystne opinie respondentów na temat immunizacji. Na podstawie Raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wyszczepialność utrzymuje się na wysokim poziomie 96-98% [34].

Z badań własnych wynika, iż zdaniem osób badanych głównym powodem przemawiającym za zaszczepieniem dzieci jest: ochrona zdrowia dziecka przed chorobą zakaźną i powikłaniami z nią związanymi (78%), łagodniejszym przebiegiem choroby zakaźnej (44%), jak też 7% badanych boi się kary za nieszczepienie dziecka (7%).

Ponadto ankietowani za istotny powód przemawiający za nieszczepieniem dziecka wskazali obawę o zdrowie dziecka (połowa badanych). Z kolei zasadniczym powodem przemawiającym za nieszczepieniem dziecka dla osób zamieszkujących wieś oraz miasto była obawa o zdrowie dziecka (mieszkańcy wsi 13% i miasta 8%).

Obecnie rodzice są pełni obaw. Swoją wiedzę na temat szczepień czerpią z różnych źródeł, zasięgają porady różnych osób, które nierzadko mają odmienne zdanie na temat konieczności przeprowadzania szczepień. Rodzice stają przed pytaniem - szczepić czy nie? Dokonując wyboru chcą kierować się przede wszystkim dobrem dziecka. Odradzanie szczepień ochronnych wiąże się z niewiedzą lub ze złą oceną korzyści i ryzyka związanego ze szczepieniem ochronnym [5].

Za powód rezygnacji rodziców ze szczepień prawie 60% badanych podało niedostateczną ilość wiadomości na temat szczepień i utratę zaufania do lekarzy i urzędników (35%). Prawie 2/3 badanych starało się dotrzymać terminów szczepień, 9% nie zaszczepiło w terminie, ponieważ wystąpiła infekcja u dziecka, zaś 9% celowo przesunęło terminy szczepień. W ciągu ostatnich lat nasiliła się aktywność ruchów antyszczepionkowych. Rodzice obawiają się szkodliwego wpływu szczepionek [35].

Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby badane zgłosiłyby niepożądane powikłania poszczepienne do lekarza rodzinnego (43%). Nie miało wiedzy w tych zakresie 2% badanych.

Z badań przedstawionych przez Świątoniowską i Rozensztrauch wynika, iż 23,5% matek miało obawy dotyczące szczepień ochronnych, z czego większość (56,5%) dotyczyła

niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Na drugim miejscu wskazano autyzm oraz powikłania w późniejszych latach życia dziecka - po 16,7% [34].

W kwestii wątpliwości związanych ze szczepieniami ochronnymi, z przeprowadzonych badań wynika, iż prawie połowa badanych miała wątpliwości odnośnie wystąpienia powikłań poszczepiennych, zaś $\frac{1}{4}$ ankietowanych nie miała żadnych wątpliwości. Ponadto prawie tyle samo procent badanych miało obawy przed narażeniem dziecka na ból w trakcie i po szczepieniu.

Szczepienia ochronne są obecnie najsilniejszym zabezpieczeniem przed wieloma chorobami zakaźnymi występującymi w społeczeństwie. Dlatego też programy szczepień ochronnych są konstruowane w określony sposób, a ich struktura uwarunkowana jest sytuacją epidemiologiczną danego kraju [35].

Z badań własnych wynika, iż 75% ankietowanych w związku z nieszczepieniem dzieci obawia się wystąpienia choroby zakaźnej z ciężkimi powikłaniami, prawie połowa badanych obawia się wystąpienia epidemii wywołanej przez choroby zakaźne. Duży odsetek ankietowanych (28%) obawia się kary grzywny za nieszczepienie dziecka. Ponadto w oparciu o przeprowadzone badania można wywnioskować, iż ponad $\frac{1}{4}$ badanych mieszkających na wsi uznało, iż nie ma żadnych konsekwencji za nieszczepienie dziecka (26,8%) oraz na takim samym poziomie znajduje się odpowiedź „nie wiem, jakie mogły być konsekwencje”.

Z badań przedstawionych przez Świątoniowską i Rozensztrauch wynika, iż 5,6% badanych przyznało, że największym zagrożeniem z powodu szczepienia jest zmniejszenie naturalnej odporności dziecka, 21,3% wskazało odczyny poszczepienne, zaś 9,3% prawdopodobieństwo wystąpienia autyzmu [34].

Niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, nazywane są wszelkie zdarzenia lub reakcje występujące w okresie do 4 tygodni od momentu zaszczepienia [35]. Z badań przedstawionych przez Kęcką i Brodowskiego spośród najczęściej występujących niepożądanych odczynów poszczepiennych wymienia się odczyny gorączkowe [35].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż ankietowani za najczęstsze powikłania poszczepienne uznali właśnie gorączkę (65%), obrzęki w miejscu wkłucia (63%), złe samopoczucie (53%), a także nerwowość, bezsenność (48%) i ból w miejscu wkłucia (44%). Szczepienie należy odłożyć na później, jeżeli szczepionka zawiera żywe wirusy, zaś dziecko otrzymało preparaty krwi lub immunoglobulinę w ciągu poprzedzających 3–11 miesięcy.

Przeciwwskazaniem do szczepienia jest, jeżeli szczepionka zawiera żywe drobnoustroje, zaś dziecko otrzymało „żywą” szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni. Ponadto

nie należy szczepić dziecka, gdy występują u niego objawy ostrej choroby (np. gorączka powyżej 38,5°C) lub doszło do zaostrzenia choroby przewlekłej.

Wskazania do odłożenia szczepienia uwzględniają nie tylko bezpieczeństwo dziecka, ale również uzyskanie odpowiedniego poziomu ochrony przed zachorowaniem na daną chorobę po zaszczepieniu [36].

Według badanych przeciwwskazaniami do szczepień dziecka są:

- podwyższenie temperatury ciała u dziecka powyżej 38,5°C (63%),
- ostre stany chorobowe (51%),
- reakcja anafilaktyczna u dziecka po poprzedniej szczepionce (49%),
- nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancje pomocniczą (39%),
- długotrwałe stosowanie przez dziecko dużych dawek leków immunosupresyjnych (37%),
- zaburzenie odporności u dziecka (35%),
- krótki odstęp czasowy od kolejnego szczepienia u dziecka (28%),

Ostatnie lata związane są z ogromnym postępem w procesie produkowania szczepionek.

Stosuje się nowe technologie, żywe preparaty zastępuje się inaktywowanymi lub atenuowanymi, ze składu szczepionek eliminuje się konserwanty, które mogą mieć nieprawidłowy wpływ na zdrowie osoby zaszczepionej. Każda wprowadzana na rynek szczepionka poddawana jest szczegółowemu procesowi kontroli, w czasie którego sprawdza się jej oczyszczenie, skuteczność, immunogenność oraz bezpieczeństwo. Niestety, pomimo tak prowadzonego procesu kontroli nie ma szczepionki całkowicie bezpiecznej. Wynikać to może m.in. z faktu wystąpienia osobniczej reakcji na podany preparat lub też nieprawidłowej techniki podania szczepionki [35].

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Rodzice sugerują się informacjami uzyskanymi z mediów społecznościowych, takich jak Internet.
2. Większość badanych jest za szczepieniem dzieci: z 10/8 dzieci jest zaszczepionych.
3. Większość rodziców uważała, że szczepionki są bezpieczne. Jednak 24,65% ankieto-

wanych z przedziału wiekowego 21-40 lat uważała, że szczepienia ochronne nie są bezpieczne.

4. Czynniki demograficzne nie wpływają znacząco na postawę rodziców wobec szczepień. Rodzice zamieszkujący wieś oraz miasto uważali, iż czynnikami przemawiającymi za szczepieniem dziecka jest ochrona zdrowia dziecka przed chorobą zakaźną oraz powikłaniami z nią związanymi.
5. Rodzice posiadają dużą wiedzę na temat niepożądanych skutków poszczepiennych, a także miejscu, gdzie powinni zgłaszać NOP.
6. Rodzice nie chcą szczepić dzieci z powodu zmniejszonego zaufania do służby zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Kalinowski P., Makara-Studzińska M., Kowalska M.E.: Opinie i poglądy młodych osób dotyczące wykonywania szczepień ochronnych. *Hygeia Public Health*, 2014, 49, 782-786.
2. Mrożek-Budzyń D.: *Wakcynologia praktyczna*. Wyd. Alfa-Medica, Bielsko-Biała 2009.
3. Wysocki J., Bednarek A.: *Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
4. Bernatowska E., Grzesiowski P.: *Szczepienie ochronne*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
5. Ślusarczyk J.: Charakterystyka szczepionek [w:] *Wakcynologia*, Magdzik W. (red.). Wyd. Medica Press, Bielsko Biała 2007, 63-451.
6. Augustowicz A., Wrześniewska-Wal I.: Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci. *Wyd. Pediatria Polska*, Warszawa 2013, 120-126.
7. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2017 w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2018, Warszawa 2018.
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570.
9. Meireles L.C., Marinho R.T., Van Damme P.: Hepatitis B vaccines [in:] *Vaccines*, ed. Plotkin SA, Orenstein WA., Offit PA., *Vaccines 6th ed* Saunders Elsevier 2013, 205-234.
10. Faleńczyk K., Piekarska M., Pluta A. i wsp.: Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. *Postępy Nauk Medycznych*, 2016,6, 380-385.
11. Baran M.: Zaszczepić influencerów. O komunikacji na temat szczepień. *Przemysł Farmaceutyczny*, 2018, 2, 10-12.

12. Taddio A., McMurtry C.M., Shah V. et al.: Reducing pain during vaccine injections clinical practice guideline. *CMAJ*, 2015, 187, 975–982.
13. Krysztopa – Grzybowska K., Paradowska -Stankiewicz I., Lutyńska A.: Niepożądane odczyny po szczepieniu BCG w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2012, 66, 465-469.
14. <https://www.biomed.pl/produkt/dt-szczepionka-bloniczo-tezcowa-absorboeana>, pobrano 08.03.2019r.
15. Edwards K.M., Decker M.D.: Pertussis vaccines. *Vaccines*, 2013, 6, 746-772.
16. Klein N.P., Bartlett J., Rowhani-Rahbar A. et al.: Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *The New England Journal of Medicine*, 2012, 367, 1012–1019.
17. Czajka H., Tarczoń I.: Szczepienie przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. *Medycyna Praktyczna*, Warszawa 2011.
18. Van Damme P.: Hepatitis B vaccines [in:] *Vaccines*, ed. Plotkin S.A. Orenstein WA, Offit PA *Vaccines 6th ed* Saunders Elsevier 2013, 205-234.
19. Piwowski K., Stępień M.: Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2013 r. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2013, 70, 231-241.
20. Polska Grupa Ekspertów HBV- Zespół ds. Szczepień: Szczepienia przeciwko wirusowym zapaleniom wątroby typu A i B. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2012, 66, 89-91.
21. Rubin S.A.: Mumps vaccines. *Vaccines*, 2017, 7, 663-688.
22. Vidor E., Plotkin S.A.: Poliovirus vaccine – inactivated. *Vaccines*, 2013, 6, 573.
23. Rosińska M., Stefanoff P., Jarząbek Z.: Eradykacja poliomyelitis w Polsce – ocena realizacji programu. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2004, 55, 185-96.
24. Uaktualnione rekomendacje Komitetu Doradczego CDC w Atlancie ds. Szczepień (ACIP) dotyczące szczepień przeciw poliomyelitis, w jęz. angielskim. *MMWR*. 2009, 58, 829-830.
25. Sutter R.W., Kew O.M., Cochi S.L. et al.: Poliovirus vaccine – live[in:] *Vaccines*, ed.
26. Plotkin S.A. Orenstein WA., Offit PA., 2013,6, 598.
27. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019, Warszawa 2018.
28. Stanley A., Walter A., Orenstein P.: Offit. *Vaccines*. 6th Edition, Saunders, Philadelphia 2014.
29. Miller N.Z.: Szczepienia. *Przegląd ważnych badań*. Wyd. Vivante. Warszawa 2016.
30. Vanlander A., Hoppenbrouwers K.: Anaphylaxis after vaccination of children: review of literature and recommendations for vaccination in child and school health services in Belgium. *Vaccine*, 2014, 32, 3147–3154.

31. Paradowska-Stankiewicz I.: Szczepionki pod szczególnym nadzorem. Zgromadzenie Ogólne Polskiej Akademii Nauk. Debata o szczepieniach, ACADEMIA 2016, 18-20.

STYL ŻYCIA A WYSTĘPOWANIE SCHORZEŃ PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO

Katarzyna Żaneta Nawrocka - Woźny¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Kamica żółciowa to najpopularniejsze schorzenie układu dróg żółciowych i jest przyczyną ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Polega ona na tworzeniu się złożeń w różnych jego odcinkach, określanych potocznie, jako kamienie żółciowe. Występować one mogą zarówno w pęcherzyku żółciowym jak i w przewodach żółciowych wewnątrz- lub zewnątrzwątrobowych. Największa ilość złożeń i miejsce, gdzie najczęściej powstają jest sam „woreczek”, a określamy to, jako kamica pęcherzyka żółciowego. Natomiast, kiedy kamienie utworzą się w drogach żółciowych, czyli kamica pierwotna lub jeżeli przedostaną się z pęcherzyka żółciowego do dróg żółciowych, czyli kamica wtórna, mówimy o kamicy przewodowej [1].

Złogi żółciowe można podzielić na trzy zasadnicze rodzaje:

- czyste kamienie cholesterolowe – w skład wchodzi tylko cholesterol,
- mieszane kamienie cholesterolowe – poza cholesterol w składzie mogą mieć również bilirubinę, kwasy żółciowe oraz zmienną ilość soli wapnia - jest to najczęściej występujący typ kamieni,
- kamienie barwnikowe (pigmentowane) – główny ich składnik to wolna bilirubina.

W przypadku kamicy przewodowej rodzaj kamieni zależy od miejsca ich powstawania. Złogi pierwotne są zazwyczaj kamieniami barwnikowymi natomiast złogi wtórne mogą być też cholesterolowe lub mieszane [2].

Łagodne zmiany nowotworowe dróg żółciowych najczęściej związane są z zewnątrzwątrobowymi drogami żółciowymi i zaliczamy do nich - brodawczaki i gruczolaki. Powstają one z nabłonka gruczołowego wścielającego przewody żółciowe. Najczęściej

zlokalizowany jest w okolicy brodawki Valtera. Do łagodnej zmiany nowotworowej dróg żółciowych zaliczamy torbiele przewodu żółciowego wspólnego. Jest to schorzenie wrodzone, charakteryzujące się podzieleniem na kilka części. Powoduje to segmentowate lub wrzecionowate poszerzenia zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, które składają się z tkanki włóknistej bez wyściółki nabłonkowej lub mięśniowej. Najczęściej występuje u kobiet. Problemy mogą się pojawić w nawracających zapaleniach trzustki, przebiegu infekcji, marskości przewodów żółciowych i wywodzącym się z komórek dróg żółciowych tzw. raku pęcherzyka żółciowego [3].

Nowotwory złośliwe pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych są rzadką patologią o bardzo złym rokowaniu. Wynika to z skrytego i postępującego przebiegu oraz braku wysoce skutecznych metod leczenia.

Do nowotworów złośliwych dróg żółciowych zaliczają się:

- rak pęcherzyka żółciowego,
- rak wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych,
- rak zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

Rak pęcherzyka żółciowego (*carcinoma vesicae felleae*) jest nowotworem złośliwym wywodzącym się z komórek nabłonkowych błony śluzowej pęcherzyka żółciowego. Jest najczęstszym nowotworem występującym w drogach żółciowych stanowi ok. 80-95% przypadków i jest piątym, co do częstości występowania nowotworem układu pokarmowego. Jego częstotliwość zwiększa się z wiekiem, a szczyt osiąga między 50 a 70 rokiem życia i niestety występuje od 2- do 6 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Schorzenia pęcherzyka żółciowego, gdzie podłoże ma wpływ cholesterolu, częściej występuje u osób po 50 – tym roku życia a częstotliwość ta wzrasta wraz z wiekiem. Dzieje się tak, gdyż zwiększa się wydzielanie cholesterolu do żółci a jednocześnie zmniejsza się wytwarzanie kwasów żółciowych, które mają za zadanie chronić przed tworzeniem się złożeń cholesterolowych. Na ten typ schorzenia częściej chorują kobiety, a to jest związane z wpływem hormonów płciowych na przesycenie żółci cholesterolem oraz na osłabienie motoryki pęcherzyka żółciowego. Znaczącą rolę odgrywają tu również:

- stosowanie antykoncepcji hormonalnej,
- liczne ciążę
- stosowanie hormonalnej terapii zastępczej [2,3].

W kamicy pęcherzyka żółciowego w powstawaniu kamieni cholesterolowych pewną rolę odgrywa również czynnik dziedziczny. W tej grupie osób występuje niedobór kwasu

żółciowego chenodeoksycholowego, który ma znaczący wpływ na rozpuszczalność cholesterolu. Powoduje on, że wydzielany prawidłowo cholesterol nie może ulec rozpuszczeniu w wystarczającym stopniu. Jeśli dodatkowo chory spożywa znaczną ilość pokarmów bogatych w cholesterol, stan ten sprzyja powstaniu kamicy żółciowej. W kamicy pęcherzyka żółciowego, gdy powstają kamienie barwnikowe zapadalność jest jednakowa zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. Przyczyną tworzenia się ich jest wzmożony rozpad bilirubiny związanej w żółci. W konsekwencji powoduje to powstawanie bilirubiny wolnej, która nie jest rozpuszczalna w wodzie. Z tego powodu, w obecności zarodnika krystalizacji, z żółci może wytrącać się bilirubinian wapnia [3].

Czynniki sprzyjające schorzeniom pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych

Otyłość – spowodowane jest tym, że żółć osób otyłych jest bardziej przesycona cholesterolem niż żółć osób z prawidłową masą ciała. U osób z nadwagą występuje wzmożona synteza wątrobowa cholesterolu a obniżona synteza kwasów żółciowych.

Cukrzyca - źle leczona, wieloletnia cukrzyca prowadzi do powstawania neuropatii cukrzycowej, która powoduje upośledzenie kurczliwości pęcherzyka żółciowego. Znaczący wpływ ma hiperglikemia, która zmniejsza siłę skurczu pęcherzyka żółciowego i ewakuację z niego żółci pomimo prawidłowo wydzielanej cholecystokininy. W efekcie dochodzi do zalegania w nim żółci, co powoduje powstawanie złogów cholesterolowych.

Zaburzenia gospodarki lipidowej – niski poziom cholesterolu HDL w surowicy krwi ma wpływ na częstsze pojawianie się objawów kamicy pęcherzyka żółciowego, tak samo u mężczyzn jak u kobiet. Natomiast, gdy jest podwyższony poziom trójglicerydów, który również przyczynia się do pojawienia się objawów kamicy, a uprzednio ona miała charakter bezobjawowy i w skutek tego powstaje nieprawidłowy skład żółci.

Stosowanie leków, na przykład fibratów - obniżają one stężenie cholesterolu całkowitego we krwi, co wpływa na zwiększenie wydzielania cholesterolu do żółci, co przyczynia się do kamicy żółciowej.

Dieta bogata w produkty z dużą zawartością cukru takie, jak: miód, dżemy, cukier do słodzenia, słodczyce oraz uboga w wyroby obfitujące w nienasycone kwasy tłuszczowe takie, jak: oliwa z oliwek, oleje roślinne, margaryny miękkie, co skutkuje zmniejszeniem jednego ze składników żółci – lecytyny, która ułatwia rozpuszczanie cholesterolu.

Infekcje pokarmowe - sprawiają one, że wraz z licznymi wypróżnieniami, czyli biegunką, następuje utrata soli żółciowych, co powoduje krystalizację cholesterolu i powstawaniu kamicy.

Niedostateczna zawartość błonnika pokarmowego w diecie - powoduj upośledzenie obkurczania się pęcherzyka żółciowego, a to przyczynia się do zalegania w nim żółci. Natomiast posiłki bogate w błonnik pokarmowy przyspiesza pasaż jelitowy, a to pobudza motorykę pęcherzyka żółciowego. Wpływa to korzystnie na metabolizm kwasów żółciowych, która polega na skróceniu czasu pasażu pokarmu przez jelita oraz zmniejszeniu kontaktu treści pokarmowej z bakteriami jelitowymi. Wskutek tego zmniejsza się ilość wtórnych kwasów żółciowych powstających w jelicie, a szczególnie kwasu deoksycholowego. Zwiększa on wydzielanie cholesterolu do żółci, powodując jej przesylenie cholesterolem oraz nasilenie procesu krystalizacji cholesterolu. Zmniejszone ilość tego kwasu powracają do wątroby w krążeniu wątrobowo-jelitowym, powoduje to zwiększenie syntezy pierwotnych kwasów żółciowych w wątrobie, a zwłaszcza kwasu chenodezoksycholowego, który rozpuszcza złoże.

Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego - powoduje zmniejszeniem sprawności oraz siły skurczu pęcherzyka żółciowego. Powoduje to upośledzenie jego obkurczania i opróżniania, a tym samym zaleganie w nim żółci.

Gwałtowne odchudzanie - przyczynia się do wystąpienia kamicy żółciowej na skutek upośledzenia opróżniania się pęcherzyka żółciowego. Spowodowane jest to zmniejszonym wydzielaniem cholecystokininy. Wydzielana jest ona pod wpływem posiłku, zawierającego tłuszcz, powodując jego obkurczanie i opróżnianie z żółci. W przypadku stosowania diet redukcyjnych, odchudzających lub innych, ograniczamy ilość spożywanego tłuszczu do minimum, co powoduje zmniejszanie wydzielania cholecystokininy. W przypadku braku odpowiedniej ilości tego hormonu może skutkować to przedłużającym zastojem żółci w pęcherzyku i wytrącania się złogów cholesterolowych [4].

Na stan zdrowia według Lalonde'a mają wpływ cztery czynniki, a są to: biologia, środowisko, styl życia i opieka zdrowotna.

Z wymienionych powyżej elementów uważam, że najważniejsze jest obecnie wybór prawidłowego stylu życia. Ludzi wiedzą o tym, a mimo tego ilość zapadania na różne choroby stale rośnie. Nawet Hipokrates przewidywał, że to właśnie pożywienie będzie lekiem przyszłości. W ostatnich latach przełomem w medycynie stało się odkrycie, że to nie opieka zdrowotna ma największe znaczenie w utrzymaniu dobrego zdrowia, ale styl życia. Zwłaszcza to, co spożywamy decyduje o zdrowiu, dobrym samopoczuciu i długowieczności [5].

Pojęcie stylu życia coraz częściej wchodzi w obszar nauk medycznych. Stało się tak, gdyż jest brak korzyści zmian w stanie zdrowia jednostki i grup społecznych mimo wyższych kosztów i nakładów finansowych na ochronę zdrowia. Pojęcie to w medycynie możemy powiązać z sposobem odżywiania się, aktywności fizycznej oraz stres. Dlatego należy pamiętać,

że na nasze zdrowie mamy wpływ my sami, gdyż brak aktywności fizycznej, zła dieta i stres mogą być przyczyną powstania różnego rodzaju dolegliwości i chorób [5].

Styl życia ma największy wpływ na nasze zdrowie w zakresie sposobu odżywiania, konsumpcji alkoholu i tytoniu, aktywności fizycznej, zachowań seksualnych, jakości snu, posługiwania się wsparciem społecznym oraz korzystania z profilaktycznych badań medycznych. Poniżej wybrałam tylko poszczególne elementy, które najbardziej przyczyniają się do powstania schorzeń pęcherzyka żółciowego.

Wpływ sposobu odżywiania

Stosunek do jedzenia, sposób odżywiania, nawyki żywieniowe i preferencje stanowią jeden element stylu życia. Specyficzne potrawy, ich składniki i przyprawy często podlegają zróżnicowaniu regionalnemu oraz narodowemu. Na tle kuchni europejskich kuchnia polska uchodzi za ciężką i kaloryczną, a tradycyjna gościnność Polaków sprzyja obfitości jedzenia, trunków i biesiadowaniu przy obficie zastawionym stole. Można powiedzieć, że złe przyzwyczajenia żywieniowe takich jak: nieregularne spożywanie posiłków, spożywanie głównego, najbardziej obfitego posiłku w godzinach wieczornych, zbyt mała ilość surowych warzyw i owoców w diecie, jedzenie w pośpiechu, częste spożywanie posiłków obfitych w tłuszcze są w nas zakorzenione.

Wpływ aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna jest tak samo ważnym elementem stylu życia jak i sposób odżywiania. Wpływ jej na schorzenia pęcherzyka żółciowego jak i inne choroby ze strony układu krążenia czy oddechowego jest taki sam. A współczesny tryb życia wyeliminował wiele rodzajów aktywności ruchowej z naszego życia codziennego. Sprawił to rozwój nowoczesnych technologii i coraz mniej chodzimy, a prowadzimy siedzący tryb życia, ostatnio zaobserwowano również, że wykonywanie pracy zawodowej wymaga coraz mniej wysiłku fizycznego. Sprzyja to również otyłości i chorobom przemiany materii np. cukrzycy. Zwiększenie ćwiczeń pozwala obniżyć insulinooporność oraz normalizuje stężenie triglicerydów i zwiększa stężenie cholesterolu frakcji HDL we krwi. Lipoproteiny HDL są odpowiedzialne za zwrotny transport cholesterolu do wątroby i zwiększają stężenie kwasów żółciowych w żółci, co jest konieczne do hamowania powstawania złożeń, czyli zmniejsza litogenność żółci [6].

Od dawna wiadomo, że aktywność fizyczna nie tylko poprawia kondycję fizyczną i wydolność wielu układów i narządów danego człowieka, ale także kondycję psychiczną. Jest

to spowodowane tym, że w czasie wysiłku zwiększa się wydzielanie do mózgu endorfiny, określanej mianem naturalnego narkotyku, polepszającego samopoczucie. Aktywność fizyczna podnosi także walory estetyczne ciała, a co za tym idzie również naszą samoocenę. W wyniku ćwiczeń fizycznych sylwetka staje się smuklejsza, a proporcje ciała przedstawiają się korzystniej. Walory estetyczne po ćwiczeniach sprawiają, że często to one właśnie, a nie argumenty zdrowotne dostarczają motywacji do regularnych ćwiczeń. Spowodowane to jest aktualnie tym, że kanon urody ciała opiera się na szczupłej i wysportowanej sylwetce.

Nie zapominajmy, że aktywność fizyczna związana wieloma czynnikami. Jeśli chodzi o wiek, to maleje wraz z jego wzrostem, a jeśli chodzi o wykształcenia to jest odwrotnie, czyli wzrasta z poziomem uzyskanej wiedzy. Znaczenia nie ma dochód i ocena sytuacji materialnej oraz wielkość miejsca zamieszkania. Z tego wynika, że na naszą sprawność ruchową mamy my sami największy wpływ, a co za tym idzie też na schorzenia pęcherzyka żółciowego [6].

Wpływ stresu

Nikt by się nie spodziewał, że pojęcie stresu pochodzi z fizyki, a oznacza pierwotnie nacisk i napięcie, skutek których pewien przedmiot ulega odkształceniu. W 1936 roku pewien kanadyjski fizjolog Hans Selye wprowadził to pojęcie do medycyny i posłużył się nim dla określenia wzoru charakterystycznej reakcji ludzi i zwierząt na podwyższone obciążenia. Są one wtedy, gdy człowiek popada w sytuację, jakiej nie planował ani nie oczekiwał. Rusza wówczas wielki proces. W mózgu uaktywniony zostaje układ stresowy, który ma za zadanie uporanie się z tą zagrażającą sytuacją. Pobudza on nadnercze, które zwiększają wydzielanie adrenaliny i noradrenaliny. Hormony te wraz z współczulnym układem nerwowym pobudzają z kolei ciśnienie krwi, przyspieszają działanie serca i oddech, aby mózg i mięśnie mogły być dostatecznie zasilane tlenem. Wszystkie te procesy wpływają często nie korzystnie na nasz stan zdrowia, a co za tym idzie przyczynia się do rozwoju schorzeń pęcherzyka żółciowego.

Jedne z chorób, które są spowodowane stresem jest dyskinezy dróg żółciowych. Jest to zespół niecharakterystycznych objawów ze strony dróg żółciowych, które powodują zaburzenie ich motoryki oraz funkcji pęcherza żółciowego. Dyskineza jest najczęściej występuje u kobiet w postaci nadmiernego lub niedostatecznego obkurczania się pęcherzyka żółciowego. Znaczącą rolę w rozwój tej choroby dróg żółciowych, obok zaburzeń regulacji nerkowej pęcherzyka żółciowego, odgrywają zmiany stężeń hormonów przewodu pokarmowego, okres przekwitania, nieprawidłowe funkcjonowanie jajników, nadnerczy i innych gruczołów wydzielających hormony w organizmie. Na kłopoty związane z pęcherzem żółciowym duży wpływ mają również trudności rodzinne, kłopoty zawodowe oraz problemy seksualne [6].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie zależności pomiędzy czynnikami demograficznymi a występowaniem schorzeń pęcherzyka żółciowego.
2. Ocena wpływu poszczególnych elementów stylu życia na rozwój chorób pęcherzyka żółciowego.
3. Analiza wystąpienia bólu, w sytuacji, w której się pojawia i jego rodzaj.
4. Rozpoznanie obecności schorzeń pęcherzyka żółciowego w rodzinach respondentów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone od 5 lutego do 30 marca 2019 roku wśród 100 pełnoletnich pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Łomży na Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Onkologicznej oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Endokrynologii i Diabetologii i mających dolegliwości ze strony pęcherzyka żółciowego.

Do przeprowadzenia badania wykorzystaną metodę sondażu diagnostycznego, która pozwala na sprawdzenie, czy badane zjawisko występuje oraz na określenie stopnia jego natężenia. Do tego celu wykorzystano, jako narzędzie badawcze autorski kwestionariusz. Przeprowadzona analiza miała charakter anonimowy, udział był dobrowolny a ankietowani mieli możliwość zrezygnowania z udziału w badaniu na każdym etapie jego trwania bez konieczności podawania przyczyny. Procedura badawcza uzyskała pozytywną opinię Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSliP z dnia 04.02.2019 r.

Kwestionariusz, który był użyty do przeprowadzenia badania, składał się łącznie z 26 pytań i został podzielony na dwie części. Pierwsza część ankiety składała się z 9 pytań dotyczących sytuacji socjodemograficznej ankietowanych. Zapytano respondentów o wzrost, wagę, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktualne zajęcie, sytuację materialną oraz płeć. Druga część ankiety obejmując pytania, które miały na celu ukazanie zależności jak wpływają różne czynniki na schorzenia pęcherzyka żółciowego dotyczące stylu życia, bólu i wykonywanego zabiegu operacyjnego.

Kwestionariuszem ankiety zostało objętych 100 pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w Oddziale Chirurgicznym z pododdziałem chirurgii naczyniowej i onkologicznej oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Endokrynologii i Diabetologii, którzy

uprzednio zostali poinformowane o celu i charakterze badań oraz wyrazili chęć na udział w badaniu.

Dane otrzymane poddano analizie jakościowej i ilościowej. Opracowano je przy pomocy programu Microsoft Office Excel, a wyniki przedstawiono w formie opisowej i graficznej.

WYNIKI

Najczęściej na schorzenia pęcherzyka żółciowego chorują kobiety, bo aż 2/3 spośród ankietowanych. Wśród ankietowanych kobiet większość (83%) była, co najmniej 1 raz w swoim życiu w ciąży, najwięcej kobiet było 3 i więcej razy w ciąży (43%)

Wśród osób ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego nie było pacjentów z niedowagą. Według podziału na wskaźnik BMI 1/3 pacjentów mieściło się w granicach prawidłowych, 1/3 z była nadwagą i 1/3 była z otyłością (31%)

Na pytanie o palenie tytoniu 1/3 respondentów odpowiedziała twierdząco. Spośród palących prawie połowa, czyli 14 osób (44 %) paliło do 10 sztuk dziennie. 1/3 respondentów wypalała do 20 papierosów dziennie.

Na zadane pytanie o picie kawy i mocnej herbaty negatywnie odpowiedziało 1/3 respondentów. Wśród osób, które piją kawę i mocną herbatę 43 osoby (64 %) spożywa przynajmniej 1 do 2 dziennie, a 1/3 od 3 do 4 razy na dzień.

Połowa ankietowanych jadło posiłki od 4 do 5 razy dziennie, a 2/5 respondentów zjadali 2 - 3 posiłki dziennie, 1/3 ankietowanych spożywała potrawy tłuste, smażone, ostre kilka razy w tygodniu, 1/3 raz dziennie i 1/3 rzadziej, najchętniej spożywane są przez badanych owoce (54 %), warzywa (49 %) i produkty zbożowe (42 %), bo przynajmniej raz dziennie. Osoby ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego rzadko (37%) jedzą pieczywo pełnoziarniste. Prawie połowa (43 %) ankietowanych przynajmniej raz dziennie spożywa produkty zawierające cukry proste, 1/3 badanych kilka razy w tygodniu i 1/4 rzadko

Aktywność fizyczna w postaci długich spacerów biegania, jazdy na rowerze, ćwiczeń, chodzenia z kijkami tzw. *nordic walking* jest podejmowana przez 60 % badanych pacjentów. Większa połowa osób, które są aktywni fizycznie, czyli 34 osoby (57 %) wykonuje je kilka razy w tygodniu, a 1/4 przynajmniej raz dziennie.

Niecała połowa respondentów rzadko znajdują się w sytuacjach stresujących, 1/3 kilka razy w tygodniu.

3/4 osób ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego, które brały udział w badaniu odpowiedziały, że rzadko spożywają alkohol. Jednak 1/5 respondentów spożywa alkohol codziennie lub kilka razy w tygodniu.

1/5 respondentów wypija zbyt mało płynów wybierając ilość 1 litr dziennie.

2/3 respondentów wskazało na wystąpienie bólu po spożyciu potraw tłustych, smażonych, ostrych, który trwał od kilku minut do kilku godzin.

DYSKUSJA

W artykule Macieja Stukana [7], w którym zostały zawarte ostre stany wymagające interwencji chirurgicznej u kobiet ciężarnych i po porodach, wyszczególnione zostało, że kamice pęcherzyka żółciowego stwierdza się u 7 % pierwiastek i 19 % wieloródek. Z uzyskanych wyników od respondentów określono, iż najczęściej na choroby pęcherzyka żółciowego chorują kobiety - 72%, niewielką grupę stanowili mężczyźni – 28%. W badaniach wykonanych w latach poprzednich liczba zachorowań kobiet do mężczyzn nie zmienia się, a wyniki są porównywalne. U płci żeńskiej bardzo ważne jest czy poddawana badaniu osoba była w ciąży czy nie i ewentualnie ile razy. U ankietowanych pacjentek Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, wykazano, że 60 (83 %) z nich było w ciąży. Pierwiastki stanowiły 18 %, a kobiety rodzące 2 i więcej razy stanowiły 72 %.

Kolejnym czynnikiem mającym duży wpływ na choroby pęcherzyka żółciowego jest nieprawidłowe BMI, czyli wzrost poniżej norm. Respondenci poddający się badaniu w 36 % mieścili się w granicach norm BMI. Pozostałe z osób posiadało nadwagę lub otyłość, co wskazuje średnie BMI ankietowanych osób – 27,27. W badaniach Jolanty Terleckiej i Włodzimierza D. Majewskiego [8] średnie wskaźnika BMI wynosiła 26 u osób operowanych klasycznie, a laparoskopowo 24,7. W analizach Lucyna Ostrowskiej [9] i współautorów, oceniając stan odżywienia badanych chorych z kamicią żółciową stwierdzono, że wśród 100 respondentów, 71% miało nadwagę lub otyłość, a 29% – należną masę ciała. Zauważyli również, iż kamica występowała 2,4 razy częściej u otyłych niż u szczupłych.

Na pytanie o palenie tytoniu 32 % osób odpowiedziało twierdzącą. W badaniach Lucyna Ostrowskiej [9] i współautorów na 100 osób to 34 palących. Wśród ich ankietowanych problem palenia tytoniu nie miało dużego znaczenia, gdyż więcej osób było nie palących.

Badania dotyczące wpływu picia kawy i mocnej herbaty dokonali badacze z Chin, Zhang Y.P., Li W.Q., Sun Y.L. [10] i współautorzy. Po dokładnym przeglądzie literatury uwzględnili oni 6 badań klinicznych (z czego 5 miało konstrukcję badań prospektywnych)

dotyczących łącznie 11 477 pacjentów z kamicią pęcherzyka żółciowego, którzy spożywali kawę. Wynik wykazał, że regularne picie co najmniej jednej filiżanki kawy dziennie, zmniejsza ryzyko kamicy pęcherzyka żółciowego o około 17% w porównaniu z osobami spożywającymi mniejsze ilości kawy. Analiza wykazała równomierne zmniejszanie ryzyka kamicy związane z dawką. U osób spożywających 2, 4 filiżanki i 6 filiżanek kawy dziennie ryzyko względne rozwoju kamicy zmniejszało się. Należy dodać, że odwrotną zależność stwierdzono u kobiet. Obserwacja ta otwiera dyskusję na temat wpływu płci na mechanizmy patofizjologiczne kamicy pęcherzyka żółciowego [7]. Jeśli chodzi o spożycie herbaty to autorzy przeanalizowali przypadki 627 pacjentów z nowotworem dróg żółciowych, 1,037 z kamieniami żółciowymi i 959 osób zdrowych (grupa kontrolna). Analiza wykazała, że w przypadku kobiet wypijanie minimum filiżanki herbaty dziennie przez co najmniej sześć miesięcy obniża ryzyko kamieni żółciowych o 27%. Niebezpieczeństwo pojawienia się raka pęcherzyka żółciowego zmalało o 44%, a raka dróg żółciowych - o 35% [49]. U osób, które przebywały w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży większość (67 %) spożywało kawę lub mocną herbatę. Ukazuje to, że nie miało wpływu na wystąpienie schorzeń pęcherzyka żółciowego [10].

Posiłki powinny być spożywane najlepiej od 4 do 5 razy w ciągu dnia i nie powinny być niezbyt obfite. U 53% osób przebadanych ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego jadło posiłki od 4 do 5 razy dziennie, a 41 % respondentów zjadało 2 -3 posiłki dziennie.

W badaniach u Lucyny Ostrowskiej był niski odsetek osób ciemne pieczywo, ryż i grubą kaszę. Zwróciła również uwagę na niskie spożycie owoców i warzyw (średnio 2,9 razy w tygodniu przez kobiety i średnio 3,3 razy w tygodniu przez mężczyzn) [45]. Najchętniej spożywane przez respondenci są owoce (54%), warzywa (49%) i produkty zbożowe (42%), bo przynajmniej raz dziennie, a rzadko (37%) jedzą pieczywo pełnoziarniste. Natomiast ankietrzy we wcześniejszych i obecnych badaniach niechętnie spożywają pieczywo pełnoziarniste.

W przeprowadzonym badaniu na temat spożywania produktów zawierających cukry proste np. miód, słodycze, dżem, cukier spożywczy, ankietowani w 43% przynajmniej raz dziennie i 26 % kilka razy w tygodniu. Wynika to, że respondenci bardzo chętnie sięgają po słodkie produkty, a w konsekwencji przesycenie żółci cholesterolem, co powoduje i kamicy żółciowej cholesterolowej.

Aktywność fizyczna w postaci długich spacerów biegania, jazdy na rowerze, ćwiczeń, chodzenia z kijkami tzw. *nordic walking* jest podejmowana przez 60% respondentów. Większa połowa osób, które są aktywne fizycznie, czyli 34 osoby (57%) wykonuje wysiłek kilka razy w tygodniu, a 25 % przynajmniej raz dziennie. W badaniach Lucyny Ostrowskiej i współautorów przeważał odpoczynek bierny u kobiet. Według nich brak aktywności bardziej mogło

tłumaczyć skłonności do wzrostu masy ciała niż przyczynę tworzenia się złożeń. Natomiast mężczyźni w ich badaniach częściej wybierali wypoczynek czynny [9]. Większość badanych przeze mnie osób było z nadwagą lub otyłością i podejmowało umiarkowaną aktywności fizycznej tylko kilka razy w tygodniu. Według zaleceń WHO w odniesieniu do zdrowych osób w wieku między 18 a 65 rokiem życia celem jest osiągnięcie praktykowania umiarkowanej aktywności fizycznej przez przynajmniej 30 minut 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywnej aktywności fizycznej przez przynajmniej 20 minut 3 dni w tygodniu [11]. Biorąc pod uwagę zalecenia WHO oraz badania Lucyny Ostrowskiej i wsp. ankietowane osoby nie chętnie przystępują do regularnej aktywności fizycznej.

Stres może powodować zaburzenie czynności dróg żółciowych. W badaniach przeprowadzonych na pacjentach Szpitala Wojewódzkiego w Łomży 42 % respondentów rzadko znajdują się w sytuacjach stresujących, 35 % kilka razy w tygodniu. Niestety w literaturze nie ma możliwości porównania moich badań.

W badaniu Lucyny Ostrowskiej nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między pacjentami obu grup w spożyciu alkoholu [9]. W badaniu powyższym 77 % osób ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego, które brały udział w badaniu odpowiedziały, że rzadko spożywają alkohol. Badania przeprowadzane wcześniej sugerują związek pomiędzy spożyciem alkoholu, a zwiększeniem częstości występowania złożeń, najnowsze prace nie potwierdzają tej zależności.

Przy schorzeniach pęcherzyka żółciowego, gdy spożywane są potrawy smażone, tłuste następuje skurcz pęcherzyka żółciowego i nasilenie jego dolegliwości. Respondenci biorący udział, na pytanie o preferowane posiłki 51 % respondentów wybrało gotowane, a tylko 26 % smażenie. Wynika to, że chętniej wybieramy zdrowszy sposób przygotowanych dań.

Na pytanie o ilość wypijanych płynów respondenci odpowiedzieli w 43 % osób wypijają po 1,5 litra płynów dziennie, po 2 litra spożywa 24 % ankietowanych, a 21 % po 1 litrze. W literaturze żeby zapewnić odpowiednie nawodnienie, zaleca się pić około 2,5 litra płynów dziennie, żeby zapewnić odpowiednią pracę wszystkich narządów organizmu człowieka, w tym również pęcherzyka żółciowego. Badania ukazały, że większość osób nawet nie spełnia warunków, co może wpływać na powstanie schorzeń pęcherzyka żółciowego.

U 59 % osób biorących udział w badaniu wystąpił ból po spożyciu potraw tłustych, smażonych, ostrych. W badaniu Jolanty Terleckiej i Włodzimierza D. Majewskiego nie było różnic istotnych statystycznie w występowaniu dolegliwości po obfitym posiłku, u osób, które były po usunięciu pęcherzyka żółciowego [9]. Wskazuje to, że na dolegliwości bólowe ma wpływ rodzaj spożywanego posiłku i to czy chorzy są po zabiegu usunięcia pęcherzyka

żółciowego. W literaturze ból najczęściej trwał od kilku minut do 6 i więcej godzin. W przeprowadzanych przeze mnie badaniach 26 (44 %) respondentów, u których ból utrzymywał się około półgodziny, u 19 % respondentów kilka godzin, może być to związane z obfitością i jakością spożywanych potraw. Im więcej zjemy potraw lub produktów tłustych, smażonych lub ostrych tym proces trawienia trwa dłużej, a co za tym idzie ból może utrzymywać się dłużej. Osoby ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego, którzy brały udział w badaniu w 61 % odczuwało ból, który umiejscowił się u w nadbrzuszu środkowym lub prawej stronie brzucha, występujący falami i promieniujący do pleców i prawej łopatki. Jest to zgodne z literaturą, gdyż duży wpływ ma tu nerw przeponowy, który przy stanach chorobowych pęcherzyka żółciowego powoduje uczucie bólu w prawej okolicy naramiennej.

WNIOSKI

Po przeanalizowaniu zebranego materiału wysunięto następujące wnioski:

1. Na choroby pęcherzyka żółciowego narażone są bardziej kobiety, niż mężczyźni. Zauważalny jest wpływ ilości przebytych ciąż, gdyż przynajmniej dwie lub więcej predysponują do wystąpienia tych schorzeń.
2. Jednym z czynników ryzyka w grupie respondentów było podwyższone BMI (nadwaga, otyłość)
3. Respondenci starali się utrzymywać zdrowy styl życia poprzez dietę zawierającą owoce, warzywa i produkty zbożowe, posiłki spożywali regularnie, preferowali potrawy gotowane, jednak 2/5 respondentów spożywało zbyt małą ilość posiłków.
4. 2/3 ankietowanych wskazało na spożywanie potraw tłustych, smażonych codziennie lub kilka razy w tygodniu i podobnie ma się sytuacja z cukrami prostymi – cukier, miód.
5. Ankietowani unikali również palenia papierosów, spożywania alkoholu, jednak sytuacje stresowe wskazywali obecne codziennie do kilku razy w tygodniu.
6. Zauważalny problem w grupie respondentów to spożywanie zbyt małej ilości płynów. Badani nie spełniają warunków spożywania przynajmniej 2,5 litrów płynów dziennie.

PIŚMIENNICTWO

1. Skawina A. (red.): Anatomia prawidłowa człowieka. Brzuch. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, 84-86.

2. Jarosz M., Dzieniszewski J.: Kamica żółciowa. Porady dla lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
3. Foroniewicz B., Mucha K.: Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych [w:] Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa, Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 318-324.
4. Ścisło Lucyna.: Opieka nad pacjentami z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i wątroby [w:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Walewska E.(red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 303- 324.
5. Klimski W.: Wartości i styl życia Polaków. Wydawnictwo Wszechnica Mazurska w Olecku oraz Wydział Filozofii Chrześcijańskiej UKSW w Warszawie, Łomża 2007, 143-176.
6. Śliż D., Mamca A.: Medycyna stylu życia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018, 9 – 28.
7. Stukan M., Kruszewski W., Dudziak M. i wsp.: Zapalenie wyrostka robaczkowego i choroby pęcherzyka żółciowego jako stany ostre wymagające pilnej interwencji chirurgicznej u kobiet w ciąży. Ginekologia Polska, 2013, 84, 1045-1050.
8. Terlecka J., Majewski W.: Badanie jakości życia pacjentek operowanych sposobem laparoskopowym lub klasycznym z powodu niepowikłanej kamicy pęcherzyka żółciowego. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2007, 53, 1, 43 – 52.
9. Ostrowska L., Czapska D., Stefańska E. i wsp.: Czynniki ryzyka kamicy żółciowej u osób otyłych i z należną masą ciała. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny, 2005, 1, 67 – 76.
10. https://www.mp.pl/gastrologia/co_nowego_w_gastrologii/129449,picie-kawy-zmniejsza-ryzyko-kamicy-pecherzyka-zolciowego. Pobrano 07.05.2019 r.
11. http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_pl.pdf. Pobrano 09.05.2019 r.

SPOŁECZNE WYKLUCZENIE PACJENTÓW Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY

Dominika Malinowska¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Atopowe zapalenie skóry to jedna z tych chorób, która również dotyka coraz większej grupy osób [1]. Szacuje się, że obecnie na AZS choruje 15-20% dzieci do 7. roku życia. Warto zauważyć, że w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku odsetek ten wynosił około 10%. Podobna sytuacja dotyczy także osób w innych przedziałach wiekowych. Warto też zwrócić uwagę na fakt, iż atopowe zapalenie skóry dotyka najczęściej dzieci w przedziale wiekowym 6-7 lat oraz nastolatki w przedziale 13-14 lat, zamieszkujące kraje skandynawskie (15,6%-22,3%) [2].

W Polsce odsetek dzieci chorych na AZS do 7. roku życia wynosi obecnie około 5,43%, wśród nastolatków do 14. roku życia – 4,3%, a wśród dorosłych 3,02%. Najrzadziej chorują osoby, zamieszkujące tereny wiejskie, najczęściej zaś mieszkańcy dużych miast, jak Katowice i Warszawa. Powyższe wyniki zostały uzyskane na skutek wieloośrodkowych badań epidemiologicznych ISAAC i ECHRS I i II [2].

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest chorobą przewlekłą i nawrotową dermatozą zapalną. Zwykle rozpoznawane jest na wczesnym etapie życia około 3-4 miesiąca. W niektórych przypadkach może jednak ujawnić się znacznie później - w wieku nastoletnim, dojrzłym, a nawet około sześćdziesiątego roku życia. *„Podobnie jak inne choroby należące do grupy chorób atopowych, AZS charakteryzuje się zdecydowaną predyspozycją do rozwoju IgE-zależnego uczulenia w odniesieniu do różnorodnych alergenów środowiskowych. W okresie wczesnego dzieciństwa mogą być nimi alergeny pokarmowe, a następnie szeroki panel alergenów powietrzno pochodnych (np. alergeny roztoczowe, pyłki roślin, naskórek zwierząt, pleśń itd.). (...) AZS charakteryzuje się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem, jednak istnieje ewidentna tendencja do zmniejszania się nasilenia stanu zapalnego skóry lub nawet cofania się objawów klinicznych w miarę upływu czasu. Zdarza się zatem, że jedynym problemem, który*

towarzyszy pacjentom, jest suchość skóry oraz nadwrażliwość na kontaktowe działanie czynników środowiskowych” [3].

Atopowe zapalenie skóry zwykle występuje u pacjentów, których rodzinny wywiad alergiczny jest dodatni. Często cierpią oni również na inne schorzenia alergiczne. „Czynniki środowiskowe działające na organizm warunkują rozwój i charakter chorób alergicznych od momentu poczęcia. Przyczyną powstawania AZS jest na ogół nieprzestrzeganie zasad żywienia, a przede wszystkim podawanie mleka krowiego niemowlęciu. W rodzinie obciążonej skłonnością do alergii jest to pierwszy czynnik prowadzący do rozwoju schorzeń alergicznych, które niewłaściwie rozpoznane, nieleczone lub leczone źle prowadzą do powstawania kolejnych objawów alergii, dopóki nie zostaną usunięte wszystkie czynniki wywołujące chorobę. W powstawaniu AZS ważną rolę spełniają również predyspozycje genetyczne” [4].

Według doktor Myłek atopowe zapalenie skóry jest jedną z najtrudniejszych do leczenia chorób alergicznych, co wynika z niedostatecznej znajomości mechanizmów choroby, a także braku narzędzi diagnostycznych.

Dziedziczenie atopowego zapalenia skóry to skomplikowane zagadnienie, którego zgłębienie wymagałoby stworzenia odrębnej pracy naukowej. Niemniej warto nadmienić, iż charakterystyczne dla AZS jest dziedziczenie poligenowe, co oznacza, że więcej niż jeden gen wpływa na wystąpienie tej choroby. Dodatkowo AZS jest heterogenne genetycznie - u różnych osób choroba może być wywoływana przez różne mutacje w tym samym genie (heterogeniczność alleliczna) lub mutacje w różnych allelach (heterogeniczność niealleliczna) [5].

Warto dodać również, że nosiciele genów, odpowiedzialnych za atopowe zapalenie skóry nie zawsze borykają się z objawami jej choroby (niepełna penetracja). Jak zostało wspomniane – AZS może mieć podłoże nie tylko genetyczne, lecz także środowiskowe. Można bowiem zaobserwować zachorowalność na atopowe zapalenie skóry u pacjentów nieobciążonych genetycznie [5].

Objawy atopowego zapalenia skóry często bywają mylone z innymi chorobami dermatologicznymi. Wynika to z faktu, iż AZS charakteryzuje się podobnym obrazem klinicznym, co np. świąd, łuszczyca czy alergiczny wyprysk kontaktowy. U większości chorych objawy pojawiają się bardzo wcześnie. U niemowląt można zaobserwować czerwone, pokryte strupkami plamy, występujące głównie na twarzy (policzkach). Z wiekiem wykwity te mogą łagodnieć i zmieniać lokalizację. Zwykle pojawiają się w zgięciach łokci i kolan [42]. Często występują również sączące grudki, tworzące większe ogniska, nieostro odgraniczone od otoczenia. Objawy, podobne do ciemieniuchy, można zaobserwować również

na głowce dziecka. Zmiany te, w przeciwieństwie do wcześniej wspomnianej ciemieniuchy, nie mają tłustych strupów [4].

W przypadku dzieci starszych objawy mogą różnić się od tych, obserwowanych w wieku niemowlęcym, a należą do nich „(...) *na przykład swędzące grudki, przypominające świerz (stąd nazwa świerzbiączka)*. Charakterystyczne jest umiejscowienie AZS w zgięciach stawowych (głównie łokciowych, podkolanowych, nadgarstkowych), na skórze szyi, powiek, za uszami. Często obserwuje się naderwanie płatków usznych” [4]. Doktor Danuta Myłek wskazuje, że u jednego pacjenta mogą występować zmiany różnego rodzaju. W trudnych przypadkach obserwuje się zajęcie owłosionej skóry głowy, które prowadzi do osłabienia włosów oraz zajęcie skóry brwi, co może skutkować ich wypadaniem.

U dorosłych pacjentów AZS również może objawiać się na wiele sposobów. Zmiany zwykle umiejscowione są na zgięciach stawów, ale także na skórze twarzy, a szczególnie powiek. Ponadto atopowe zapalenia skóry można zaobserwować również na szyi pacjent, owłosionej skórze głowy, a także na dłoniach. Pacjenci z AZS mogą także skarżyć się na inne zmiany, które mogą stanowić kryterium pomocnicze podczas stawiania diagnozy. Nie są to zmiany jednoznaczne, jednak mogą stanowić źródło podejrzeń o wystąpienie atopowego zapalenia skóry. Dr Dorota Myłek podaje następujące kryteria pomocnicze:

- zbiegnięcie skóry po urazie mechanicznym, np. dotknięciu jej ostrą końcówką ołówka,
- tzw. starcze ręce, czyli nadmierna widoczność linii papilarnych,
- nadmierna suchość skóry, tzw. rybia łuska,
- błądź skóry twarzy,
- sińce i worki pod oczami,
- łupież biały,
- zaćma soczewki,
- złuszczenie się skóry dłoni i podeszw u dzieci, niepowodujące swędzenia,
- rogowacenie ujść mieszków włosowych na skórze ramion, pośladków oraz ud [4].

Pacjenci, borykający się z objawami atopowego zapalenia skóry powinni unikać szeregu czynników, mogących nasilić dolegliwości. Do czynników tych można zaliczyć:

- „kontakt z czynnikami drażniącymi, np. środkami czystości, kosmetykami, tkaninami
- syntetycznymi i wełnianymi, dymem tytoniowym, nadmiernym poceniem się;
- ekspozycję na alergenów wziewne – roztocza, pyłki roślin, pleśń, grzyby;
- alergię kontaktową – na wełnę owczą, lanolinę, leki stosowane miejscowo;
- pokarm – jaja kurze, orzeszki ziemne, mleko krowie, ryby, soję, pieczywo pszenne, alkohol, skorupki, owoce cytrusowe, pomidory, środki konserwujące, barwniki

spożywcze;

- *zakażenia skóry zwłaszcza gronkowcem;*
- *czynniki emocjonalne – stres, niepokój, frustracja, złość, skrepowanie, wrogość;*
- *zaburzenia struktury rodziny – brak wzajemnego wsparcia, skrajna niezależność;*
- *częste mycie;*
- *nagłe zmiany temperatury otoczenia;*
- *mała wilgotność powietrza”[3].*

Rozpoznanie atopowego zapalenia skóry zwykle nie stwarza wielu problemów, choć chorobę tę łatwo można pomylić z innymi. Diagnoza AZS opiera się na kryteriach diagnostycznych Hanifina i Rajki. Doktor Danuta Myłek w swojej książce *Alergie* zwraca przede wszystkim uwagę na szczegółowy wywiad z pacjentem lub jego opiekunami. Należy przede wszystkim zapytać o:

- zachowanie zmian skórnych pod wpływem środków czystości, przyjmowanych pokarmów, wody oraz innych czynników zewnętrznych,
- obserwację zmian skórnych pod wpływem kontaktu z danym ubraniem, zmian
- pogodowych, pór roku, pór dnia i zmian psychicznych pacjenta,
- początek choroby, ewentualne zmiany w jej przebiegu, długość występowania
- objawów [4].

Oprócz samego wywiadu ważny jest także fakt, czy pacjent spełnia trzy z czterech kryteriów, przytoczonych przez Monikę Sikorską i Romana Nowickiego w artykule *Obraz kliniczny*. A oto i one:

1. *„zapalenie skóry okolicy dołów łokciowych, podkolanowych, stawów skokowych, wokół szyi, oczu, na policzkach i/lub skóry okolicy prostowników kończyn w przypadku dzieci poniżej 18. roku życia; objawy obecne w momencie badania chorego lub stwierdzone na podstawie wywiadu;*
2. *rodzinny i/lub osobniczy wywiad w kierunku chorób atopowych;skłonność do suchości skóry w ciągu ostatniego roku;*
3. *pierwsze objawy przedmiotowe i podmiotowe choroby wystąpiły w pierwszych dwóch latach życia (nie dotyczy dzieci przed ukończeniem 4. roku życia” [6].*

Zarówno w przypadku niemowląt, jak i młodzieży oraz osób dorosłych, przy badaniu atopowego zapalenia skóry, należy przeprowadzić diagnostykę różnicową. U pacjentów do pierwszego roku życia objawy AZS mogą być tożsame z:

- *rybią łuską,*
- *łuszczycą,*

- wypryskiem kontaktowym alergicznym i z podrażnieniem,
- łojotokowym zapaleniem skóry,
- grzybicą skóry gładkiej,
- świerzbem,
- pierwotnymi niedoborami immunologicznymi,
- niektórymi zaburzeniami metabolicznymi [4].

U młodzieży oraz dorosłych należy odróżnić atopowe zapalenie skóry od:

- świerzbu,
- choroby Duhrina,
- chłoniaków skóry,
- kontaktowego zapalenia skóry,
- świerzbiączki objawowej,
- fotonadwrażliwości [4].

Oprócz wywiadu i diagnostyki różnicowej atopowe zapalenia skóry można zdiagnozować również poprzez skorzystanie ze skórnych testów punktowych (STP), choć ich czułość (dokładność) jest różna w zależności od badanych alergenów. W przypadku alergii powietrzno pochodnej (roztocza, kurz, zwierzęta domowe, trawy, drzewa, chwasty, grzyby pleśniowe itp.) testy STP wykazują wysoką wiarygodność w potwierdzeniu lub wykluczeniu alergii. Nieco inaczej sytuacja wygląda z alergiami pokarmowymi. Tutaj wyniki testów skórnych STP nie są uważane za czynnik rozstrzygający o braku lub istnieniu uczulenia na pokarm. Dzieje się tak z powodu faktu, iż jedynie niewielki odsetek pacjentów reaguje na stymulację podczas doustnego podawania pokarmu, mogącego wywoływać alergię.

Do diagnostyki atopowego zapalenia skóry można wykorzystać naskórkowe testy płatkowe (NTP). Metodę rozpoznawania atopowego zapalenia skóry przy pomocy testów płatkowych nazwano ATP – atopowe testy płatkowe. *„Możliwość prowokowania zaostrzenia stanu zapalnego skóry u chorych na AZS jako efekt powietrzno pochodnej ekspozycji alergenowej stanowi przedmiot intensywnych badań od wielu już lat. Wiadomo, że unikanie alergenów powietrzno pochodnych, w szczególności roztoczy kurzu domowego, przyczynia się poprawy stanu klinicznego. W badaniach doświadczalnych udowodniono możliwość prowokacji w warunkach in vitro typowych dla AZS zmian skórnych poprzez naskórkową aplikację alergenów powietrzno pochodnych przez 24-48 godzin. Obecność alergenowoswoistych limfocytów T potwierdzono w skórze pochodzącej z biopsji obszarów dodatnich odczynów na alergeny powietrzno pochodne i pokarmowe. Komórki te charakteryzowały się właściwościami limfocytów pomocniczych Th2, jednak po 48 godzinach*

obserwacji przeważała subpopulacja *Th1*, właściwa dla przewlekłych zmian skórnych w przebiegu AZS” [7].

Leczenie pacjentów z atopowym zapaleniem skóry bywa niezwykle trudne. Polega ono przede wszystkim na łączeniu różnych terapii. Nie wystarczy bowiem stosowanie odpowiedniego leku, by wszelkie objawy choroby ustąpiły. Aby pacjenci z AZS rzeczywiście odczuli ulgę, potrzebne jest holistyczne podejście do problemu oraz ścisła współpraca nie tylko lekarza i chorego, lecz także jego rodziny. *„Niezależnie od coraz większej liczby informacji dotyczących patogenezy AZS, leczenie obecnie stosowane jest objawowe, skuteczne jedynie w części przypadków”* [31]. Terapia AZS powinna być dopierana indywidualnie i zależeć od stopnia nasilenia choroby oraz rozległości zmian skórnych.

Podstawę leczenia w przypadku łagodnego lub średniego nasilenia objawów AZS stanowią emolienty oraz miejscowe stosowanie glikokortykosteroidów (GKS). Emolienty powinny być stosowane przez pacjenta zarówno jako dodatek do kąpieli, jak i w postaci kremów czy balsamów, aplikowanych na skórę chorego co najmniej dwa razy w tygodniu. *„Czynne zmiany skórne o małym/średnim nasileniu wymagają w pierwszym rzucie leczenia stosowania GKS o umiarkowanej sile działania. Preferowana jest też obecnie terapia przerywana miejscowymi GKS, podczas której uzyskuje się zadowalający efekt kliniczny, przy równoczesnym zwiększeniu bezpieczeństwa leczenia. Zaleca się naprzemienne stosowanie GKS (co drugi dzień) z substancjami obojętnymi”* [8].

Oprócz specjalistycznej pielęgnacji skóry emolientami oraz terapii z zastosowaniem GKS w leczeniu atopowego zapalenia skóry używa się także leków przeciwhistaminowych I i II generacji, a w ciężkich przypadkach, niereagujących na leczenie miejscowymi preparatami, zaleca się korzystanie z leków ogólnych. Zwłaszcza u osób dorosłych w ciężkich przypadkach AZS stosuje się następujące leki:

- azatioprynę,
- cyklosporynę A,
- mukofenolan mofetylu,
- metotreksat,
- glikokortykosteroidy systemowe [9].

Atopowe zapalenie skóry może być również leczone za pomocą fototerapii. Jeśli emolienty oraz miejscowe stosowanie GKS nie przyniosą efektów, pacjent może skorzystać z fototerapii. Zbawienne odkrycie tej metody na zmiany skórne chorych na AZS zawdzięczamy Morissonowi, który zauważył poprawę stanu skóry pacjentów, przebywających na obszarach

naśloniecznionych. Dzięki jego obserwacjom wdrożono psoraleny w połączeniu z naświetlaniem UVA [10]. „Skuteczne w AZS są wszystkie typy fototerapii:

- naturalnym światłem,
- wąskozakresowym UVB (NB-UVB, narrow band – UVB 311 nm),
- szerokozakresowym UVB (BB-UVB, board band – UVB 290-320 nm),
- UVA 320-400 nm,
- UVA z zastosowaniem psoralenów (5-metoksypsoralen, 8-metoksypsoralen – związki fotouczulające, które chorzy zażywają doustnie 1 h lub 2 h przed naświetlaniem) doustnie lub miejscowo (PUVA),
- UVA i UVB (UVAB),
- UVA1 (340-400nm)

(...) Wiadomo tylko, że naturalne światło słoneczne jest najmniej efektywne w porównaniu ze sztucznymi źródłami światła. Najczęściej stosowaną metodą jest fototerapia UVB”[10].

Jako sposób na zniwelowanie uporczywych objawów atopowego zapalenia skóry podaje się także całkowitą zmianę diety lub wyeliminowanie jedynie produktów, mogących nasilać świąd skóry i pojawienie się wyprysku. „W większości przypadków pomocne okazuje się przejście na pełnowartościową dietę wegetariańską, zawierającą dużo surówek. Koniecznie trzeba ustalić poprzez eksperyment dietetyczny, pod fachowym nadzorem, które pokarmy są indywidualnie nietolerowane i wykluczyć je z jadłospisu aż do całkowitego wyzdrowienia” [34].

Maciej Kaczmarek w swoim artykule *Lecznicza i prewencyjna rola diety eliminacyjnej* wskazuje jednak, że również niektóre pokarmy pochodzenia roślinnego mogą stanowić źródło alergii pokarmowych oraz wpływać na objawy AZS ze względu na zawartość frakcji białkowej. „Według FAO część z nich została zaliczona do grupy nazwanej wielką ósemką pokarmową. Reprezentują ją:

- mleko krowie i jego przetwory,
- jaja kur i innego ptactwa,
- pszenica,
- soja,
- ryż,
- mięso ryb,
- owoce,
- warzywa” [11].

Kaczmarek w swoim artykule przytacza wyniki badań, przeprowadzonych w drugiej połowie XX wieku między innymi przez Athertona, Businco, Hilla i innych uczonych. Wskazują one istotną rolę współprzyczynową uczulenia na alergen pokarmowy w rozwoju AZS u małych dzieci i niemowląt. Badacze potwierdzili współistnienie uczulenia pokarmowego z procesami zapalnymi skóry. Badania te wciąż są kontynuowane w różnych ośrodkach na całym świecie [11].

Leczenie pacjentów z atopowym zapaleniem skóry, skojarzonym z nadwrażliwością pokarmową może opierać się na diecie eliminacyjnej. Polega ona na usunięciu z codziennych posiłków składników, wywołujących nadwrażliwość, np. mleko krowie. Należy jednak pamiętać, że dieta eliminacyjna polega na czasowym usunięciu danego pokarmu. Z czasem możliwe jest przywrócenie wcześniejszego sposobu żywienia, jednak jest to kwestią indywidualną.

Jako jedną z metod leczenia atopowego zapalenia skóry przytacza się także stosowanie mokrych i suchych okładów, zwaną również metodą mokrych opatrunków. Stosowana jest zwykle u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 10 lat w przypadkach ciężkiego AZS. Terapia polega na używaniu dwóch warstw opatrunków – jedne nasączone substancją leczniczą, aplikowane bezpośrednio na skórę oraz drugie – suche, wierzchnie. *„Bandaże wewnętrzne nasąca się emolientem lub 0,05 – procentowym propionianem flutikazonu lub furoinianem mometazonu w rozcieńczeniu 1:3 (ciało) lub 1:9 (twarz). Leczenie pod ścisłą kontrolą lekarską trwa 3-14 dni. (...) Mokre opatrunki wywierają efekt chłodzący, przeciwzapalny, przeciwświądowy i powodują szybkie ustępowanie stanu zapalnego”* [12].

Immunoterapia klasyczna, czyli odczulanie również jest jedną z metod leczenia atopowego zapalenia skóry, choć zdania co do jej skuteczności są podzielone. Odczulanie może być przeprowadzone wyłącznie przez lekarza alergologa na jego zlecenie. „Przed przeprowadzeniem szczepienia należy starannie rozważyć wyniki testów. Szczepionki wskazane są wyłącznie wtedy, gdy testy punktowe są dodatnie, we krwi obserwuje się wysokie miano przeciwciał IgE przeciwko danemu alergenowi, próba prowokacji jest dodatnia, atopowe wtedy naskórkowe ujemne i nie można przeprowadzić eliminacji”[4]. Terapię tę stosuje się w AZS w ciężkich przypadkach uczuleń na pyłki drzew lub roślin, współwystępujących z alergią krzyżową na pokarmy pochodzenia roślinnego oraz roztocze.

Terapie alternatywne zyskują dużą popularność wśród pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. Zanim autorka niniejszej pracy odwoła się do badań, potwierdzających powyższą tezę, przytoczona zostanie definicja medycyny niekonwencjonalnej. Według encyklopedii PWN to „rozpoznawanie i leczenie chorób metodami, opartymi na podstawach,

które nie zostały bądź też nie mogą być poddane dokładnej weryfikacji naukowej lub co do których badania naukowe nie wykazały skuteczności” [14]. Wyniki badań, potwierdzające, że medycyna alternatywna zyskuje popularność wśród pacjentów z AZS przywołuje Magdalena Trzeciak w artykule *Metody alternatywne leczenia*. Według nich 37% pacjentów z atopią w Szwajcarii, 51% w Norwegii oraz 26,5% w Niemczech stosowało medycynę alternatywną w postaci:

- akupunktury,
- autologicznych iniekcji krwi,
- ziołolecznictwa,
- homeopatii,
- suplementów diety,
- biorezonansu

z czego największą popularnością we wszystkich trzech krajach cieszy się homeopatia[37]. Autorka zaznacza jednak, że „zgodnie z aktualnymi wytycznymi leczenia AZS homeopatia nie jest rekomendowana” [15].

Obecnie nie istnieją żadne dowody naukowe, potwierdzające skuteczność akupunktury, ziołolecznictwa czy innych terapii alternatywnych w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Nie udowodniono również wpływu stosowania nienasyconych kwasów tłuszczowych doustnie lub miejscowo. „Wydaje się, że suplementacja witaminą D i E może być przydatna w leczeniu AZS, ale wymaga to dalszych kontrolowanych badań, zanim zostaną przedstawione bezpośrednie rekomendacje” [12].

Jak widać z powyższych rozważań leczenie atopowego zapalenia skóry może być różnorakie, jednak szanse na całkowite zniwelowanie choroby są niemal niemożliwe. Mogą pojawić się znaczne przerwy w występowaniu objawów, jednak ostatecznie wypryski skórne, świąd oraz inne symptomy powracają, choć nie zawsze pojawiają się w tym samym miejscu, w którym wcześniej występowały na ciele. Według Gerharda Leibolda objawy AZS mogą całkowicie ustąpić nawet bez leczenia u osób po 60 roku życia [34], jednak do tego czasu pacjenci, niekorzystający z terapii będą borykali się z uporczywymi symptomami, które mogą znacznie pogorszyć ich jakość życia.

Wykluczenie społeczne

Wykluczenie społeczne to złożone zjawisko, które może mieć różne podłoże, przebieg, a także skutki. Badacze wciąż nie ustalili jednej definicji marginalizacji, która mogłaby objąć

wszystkie jej aspekty. Można jednak powiedzieć, że osoby, wykluczone społecznie, to ludzie, stanowiący dolny margines populacji. Znajdują się oni (z różnych powodów) poza głównymi strukturami społecznymi [16]. „*Marginalizacja, wykluczenie społeczne to pojęcia oznaczające stany i procesy w strukturze społecznej, określające jednostki i grupy ograniczone w możliwościach korzystanie z powszechnie dostępnych dóbr i form życia zbiorowego*” [17].

Zdaniem autorki niniejszej pracy powyższa definicja nie wyczerpuje tematu wykluczenia społecznego, dlatego zjawisko to będzie szerzej opisane w dalszej części rozprawy. Jak wspomniano powyżej – nie ma jednej, nawet najogólniejszej definicji wykluczenia społecznego. Część badaczy tego zjawiska uważają, że odnosi się ono jedynie do przypadków nieuczestniczenia w ważnych aspektach życia społecznego. Z kolei inni definiują je jako niedobrowolne formy nieuczestnictwa. Nie ma również zgody co do czynników, przyczyniających się do społecznego wykluczenia. Dla części badaczy są to bowiem stałe przyczyny, jak:

- ubóstwo, również zgodności co do czynników, przyczyniających się do społecznego
- wykluczenia. D
- niedostateczne wykształcenie,
- niepełnosprawność,
- choroby stygmatyzujące, jak np. otyłość, choroby skóry [18].

Inna grupa twierdzi natomiast, że do marginalizacji społecznej przyczyniają się kwestie kulturowe i cywilizacyjne, np.: „*erozja więzi rodzinnych i sąsiedzkich, gwałtowny rozwój technologii (...), spadek kapitału społecznego (wzajemnego zaufania), zła polityka społeczna i gospodarcza*” [18].

Anna Kanios w swojej rozprawie o wykluczeniu społecznym zwraca również uwagę na fakt, że część badaczy traktuje wykluczenie społeczne jako zjawisko makrospołeczne, czyli marginalizację z powodu kategorii społecznej, np. pobyt w więzieniu, bezrobocie, wiek, miejsce zamieszkania, dochód, przynależność do mniejszości, inwalidztwo). Z kolei dla innych jest to zjawisko indywidualne, determinowane własnymi słabościami, motywacjami, cechami charakteru czy cechami intelektualnymi[18].

Wykluczenie społeczne można rozpatrywać jako stan lub proces, a kryteria kwalifikowania osób marginalizowanych są różne. Dzielą się one na sfery, takie jak:

- sfera sytuacyjna – bezdomni, bezrobotni, było więźniowie, osoby ubogie,
- sfera poglądów i orientacji – innowiercy, osoby o innej orientacji seksualnej,
- sfera biologiczna – osoby starsze, chorzy na AIDS, niepełnosprawni, Romowie, Żydzi,

- sfera środowiskowa – osoby ze środowisk wiejskich, popegeerowskich, dzieci z rodzin patologicznych, niepełnych, wychowujące się poza rodziną,
- strefa subiektywna – indywidualne poczucie bycia marginalizowanym [18].

Reasumując, wykluczenie społeczne to zjawisko, dotyczące osób zmarginalizowanych z powodu sytuacji materialnej, przekonań, przynależności do mniejszości (np. seksualnych), miejsca zamieszkania oraz chorób czy wieku. Problem ten dotyka wielu warstw społeczeństwa i powoduje naciski oraz kryzysy społeczne. Osoby marginalizowane mają mniejsze możliwości wyboru, są dyskryminowane, pozbawione możliwości podejmowania decyzji oraz mają ograniczone możliwości wyboru, np. w kwestii podjęcia pracy czy edukacji. Przeciwdziałanie marginalizacji to zdanie współczesnego społeczeństwa, rządu, placówek edukacyjnych oraz organizacji pozarządowych.

Wykluczenie społeczne może mieć różnorakie skutki. Zwykle obserwuje się je na dwóch płaszczyznach: skutki społeczne, np. pogłębianie się choroby, brak przeciwdziałania bezrobociu, oraz skutki, dotyczące jednostki marginalizowanej. Zarówno jedno, jak i drugie mają destrukcyjny wpływ na wykluczane grupy. Na początku niniejszego podrozdziału autorka pracy skupi się na skutkach wykluczenia społecznego, dotyczących odczuć i sytuacji jednostki.

Inne skutki wykluczenia społecznego dotyczą sfery społecznej i ekonomicznej. We wcześniejszej części rozprawy zauważono, że ubóstwo może być jedną z przyczyn marginalizacji. Jednak zła sytuacja ekonomiczna może być również skutkiem ostracyzmu i dyskryminacji na rynku pracy z powodu poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, czy niepełnosprawności. Trudność w zdobyciu zatrudnienia może przyczynić się do pogłębiania biedy, co skutkuje silniejszym wykluczeniem.

Poważnymi konsekwencjami dla osób wykluczonych społecznie oraz tych, którym takie wykluczenie grozi, są także deprivacja potrzeb, osłabienie więzi rodzinnych, a w konsekwencji jej rozpad, bezradność, izolacja, osłabienie samokontroli, utrata życiowego celu oraz poczucia tożsamości.

Najdotkliwszym skutkiem marginalizacji społecznej jest tzw. dziedziczenie pewnych form zachowań. Oznacza to, że osoby, wychowane w grupie wykluczonej społecznie, przejmują zachowania, wynikające z tegoż wykluczenia. Wiąże się to z ekskluzją grupy z form aktywności społecznej, brakiem wypracowania odpowiednich postaw czy utrwaleniem wzoru nieprawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Kłopot ten dotyczy pokoleń, których przodkowie byli poddani społecznemu ostracyzmowi. Przejawianie nieprawidłowych zachowań dotyczy wielu form życia społecznego, jak choćby:

- życia rodzinnego, gdzie zanikają związki emocjonalne pomiędzy rodzicami i dziećmi, a

potrzeby miłości oraz przynależności i bezpieczeństwa nie są realizowane,

- edukacji, kiedy to uczniowie z rodzin wykluczonych społecznie kończą edukację na poziomie podstawowym lub gimnazjalnym, często bez umiejętności płynnego pisanie oraz czytania,
- rynku pracy, co związane jest z brakiem odpowiedniej edukacji,
- kultury, gdzie rodziny i grupy wykluczane nie mają możliwości korzystania
- z kulturalnych osiągnięć społeczeństwa, jak teatry, kino, wydarzenia sportowe,
- działalności obywatelskiej, kiedy to grupy wykluczane nie podejmują żadnych inicjatyw, mających na celu włączenie ich do lokalnej grupy społecznej[19].

Powyższe czynniki sprawiają, że osoby, wychowane w grupach poddanych ostracyzmowi, nie są w stanie poprawnie funkcjonować w społeczeństwie i poprawić swojej sytuacji.

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Zbadanie obecności zjawiska marginalizacji wobec osób z atopowym zapaleniem skóry.
2. Określenie obecności wykluczenia społecznego wobec osób z AZS.
3. Zidentyfikowanie wpływu choroby na relacje międzyludzkie.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie dotyczące wykluczenia społecznego pacjentów z atopowym zapaleniem skóry było przeprowadzane online w okresie od 18 lutego do 25 marca 2019 roku na grupie 121 dorosłych respondentów z atopowym zapaleniem skóry.

Kwestionariusz ankiety został udostępniony i przeprowadzony za pośrednictwem Internetu.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych z dnia 27 stycznia 2019 roku.

Ankieta zawierała 22 pytania i składała się z dwóch części:

- Pierwsza część miała na celu sklasyfikowanie badanych pod względem wieku, płci czy miejsca zamieszkania.
- Część szczegółowa dotyczyła natomiast rozpoznania choroby, jej objawów, sposobów leczenia oraz symptomów wykluczenia społecznego, które badani zauważyli w swoim życiu.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 121 osób. Wszyscy wypełnili ankietę za pośrednictwem Internetu. Wśród badanych znalazło się 88 kobiet, co stanowi 73% ankietowanych, oraz 33 mężczyzn, czyli 27% ankietowanych. Wiek ankietowanych 18-77 lat, średnia wieku badanych wynosi 32 lata.

Wśród badanych najwięcej osób deklaruje, że atopowe zapalenie skóry zostało u nich zdiagnozowane w wieku dorosłym – 22 ankietowanych zaznaczyło, że diagnoza nastąpiła dopiero w dwudziestym roku życia. Mniej niż połowa badanych (49 osób) zadeklarowało, że diagnoza nastąpiła przed 18 rokiem życia.

Wśród badanych najwięcej osób uznało, że najbardziej uporczywymi objawami choroby jest swędzenie powiek. Na drugim miejscu znalazły się zmiany na paznokciach i dłoniach oraz zmiany w okolicy stawów kolanowych i łokciowych. Jedynie 9 osób uznało, że do najbardziej uporczywych objawów należą inne niż te, wymienione w pytaniu, a były to:

- sucha, piekąca i czasem swędząca skóra, szczególnie zimą, reakcje alergiczne na większość kosmetyków,
- zaczerwienienie, swędzenie w okolicy pach, czasem nawet krwawienie (też na dłoni),
- zmiany na łydkach, które swędzą w kontakcie ze spodniami czy rajstopami,
- zapalenie ucha zewnętrznego spowodowane alergią,
- swędzenie za uszami,
- zmiany na rękach,
- zmiany na łydkach i za uszami,
- zmiany na twarzy i całym ciele.

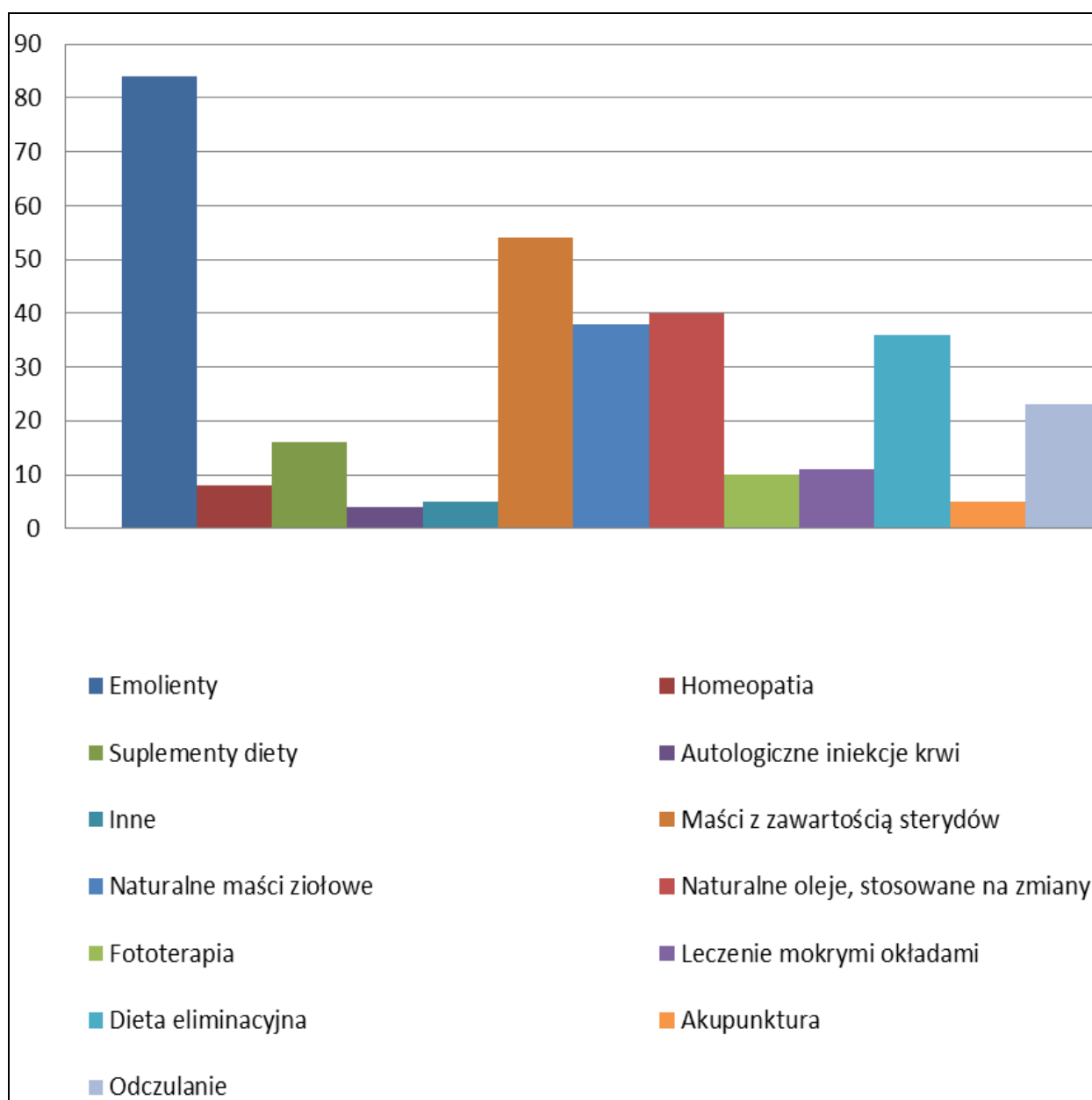
Kolejną badaną kwestią był sposób leczenia atopowego zapalenia skóry. Najwięcej osób zadeklarowało stosowanie emolientów. Dużą popularnością wśród badanych cieszą się także maści z zawartością sterydów, naturalne maści ziołowe, naturalne oleje, stosowane na zmiany skórne oraz dieta eliminacyjna. Trzy osoby spośród ankietowanych wybrało też inne metody leczenia, nie wymienione w pytaniu. Są to:

- dieta wegańska bez cukru, bez pszenicy i z małą ilością oleju,
- kremy natłuszczające, wit. D i B,
- leki antyhistaminowe.

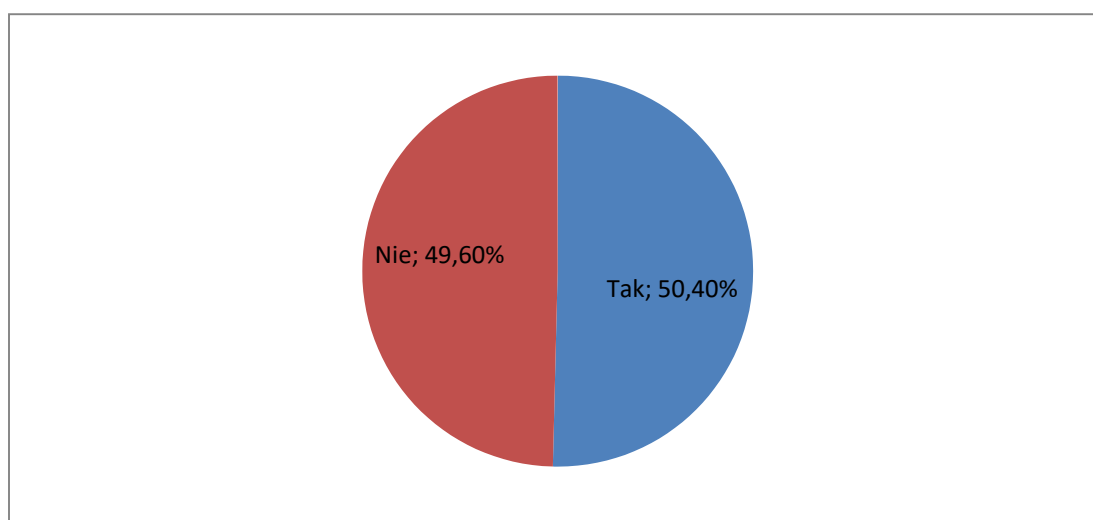
Dwoje ankietowanych zadeklarowało brak leczenia AZS. Strukturę badania prezentuje rycina 1.

Prawie połowa ankietowanych zadeklarowała, że przełożeni w pracy wiedzą o ich dolegliwościach (49,6%), 32,2% stwierdziło, że nie informują o chorobie, natomiast pozostali zaznaczyli odpowiedź „Nie dotyczy”, co oznacza, że albo prowadzą oni własną działalność gospodarczą i nie mają przełożonych albo są bezrobotni.

Ankietowani zostali zapytani o to, czy ukrywają objawy swojej choroby. Rozkład odpowiedzi w tym pytaniu by bardzo wyrównany, bowiem 50,4% osób zadeklarowało, że objawy ukrywa. Natomiast 49,6% stwierdziło, że nie. Wyniku, uzyskane w tym pytaniu, obrazuje rycina 2.



Ryc. 1. Struktura grupy badanej ze względu na stosowane terapie w leczeniu atopowego zapalenia skóry



Ryc. 2. Struktura badania ze względu na ukrywanie objawów atopowego zapalenia skóry

Na pytanie dlaczego objawy choroby są chowane, najczęściej padały odpowiedzi, dotyczące faktu, że zmiany skórne są nieestetyczne lub budzą wstyd. Oprócz tego powodami są:

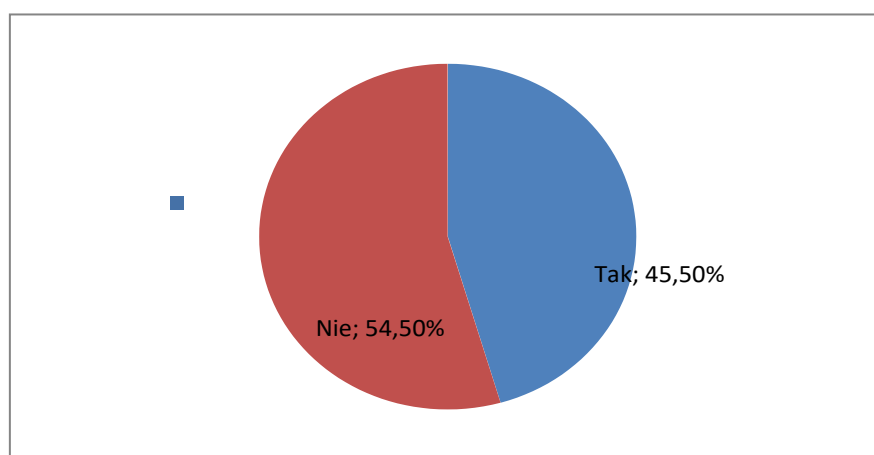
- nieestetyczne blizny,
- bardzo zły wygląd skóry,
- skrępowanie zmianami skórnymi,
- chęć niezwracania na siebie uwagi,
- względy higieniczne (np. otwarte rany na rękach),
- chęć ukrycia się przed spojrzeniami innych, zarówno w sferze prywatnej, jak i zawodowej,
- strach przed posądzeniem o posiadanie choroby zakaźnej,
- nieprzychylnie spojrzenia innych osób,
- niekomfortowe pytania innych.

Pomimo deklaracji, że połowa badanych zakrywa zmiany skórne, większość (54,5%) uznała, że nie spotkała się z szykanowaniem z powodu chorowania na atopowe zapalenie skóry. Odpowiedzi grupy badanej obrazuje rycina nr 3.

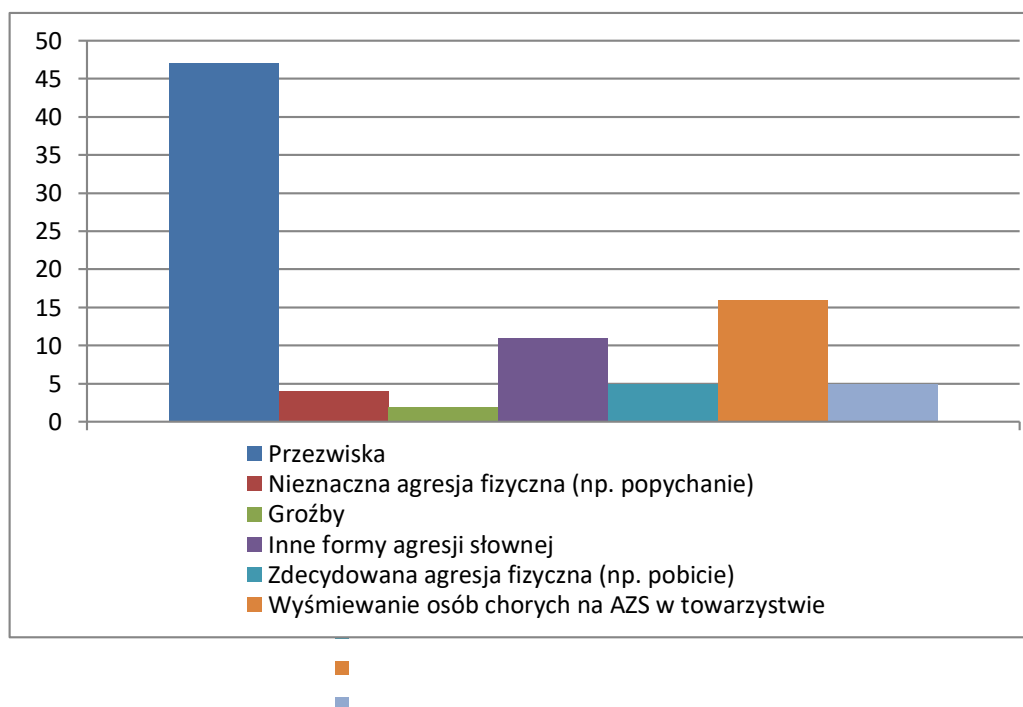
Pozostali natomiast mieli do czynienia z nagannymi zachowaniami ze strony społeczeństwa. Najczęściej spotykali się oni z przezwiskami, a także wyśmiewaniem osoby chorej na AZS w towarzystwie. Pięciu ankietowanych podało także inne przejawy szykanowania, tj.:

- liczne pytania o to, dlaczego pacjent ma ręce zmienione chorobowo, wścibskość, konieczność informowania pracowników o chorobie,
- odrzucenie przez grupę wiekową w szkole,
- obawa przed zarażeniem,
- unikanie kontaktów oraz rozmów.

Wyniki uzyskane w pytaniu obrazuje Rycina 4.



Ryc. 3. Struktura grupy badanej ze względu na zetknięcie się z szykanowaniem z powodu występowania atopowego zapalenia skóry



Ryc. 4. Struktura badania ze względu na rodzaj szykanowania pacjentów z atopowym

zapaleniem skóry

Kolejna część ankiety dotyczyła miejsca pracy oraz stosunków towarzyskich pacjentów. Większość badanych (71,7%) uznało, że atopowe zapalenie skóry w żaden sposób nie wpłynęło na ich miejsce pracy – mniej niż 30% stwierdziło, że diagnoza miała dla nich znaczenie. Wśród odpowiedzi na pytanie „Jak bycie osobą chorą na AZS wpłynęło na Pani/Pana miejsce pracy?” badani odpowiadali:

- AZS jest regularną przyczyną dyskomfortu psychicznego w pracy,
- pełniąc funkcję menedżera, nosiłam odzież zasłaniającą zmiany,
- musiałam zmienić pracę, aby unikać kontaktu z wodą,
- odizolowanie i odczuwalny dystans ze strony innych osób,
- konieczność zmiany stanowiska pracy,
- rezygnacja z pracy,
- brak możliwości otrzymania pracy na danym stanowisku.

Badani zostali również zapytani o to, czy ich choroba wpłynęła na stosunki towarzyskie. Znaczna część (65,1%) zadeklarowała, że nie, zaś pozostali uznali, że tak. Na pytanie: „Jak bycie osobą chorą na AZS wpłynęło na Pana/Pani stosunki towarzyskie?” odpowiadano:

- konieczność ograniczenia kontaktów oraz okoliczności, mogących ujawnić zmiany
- skórne,
- wstyd i obniżenie poczucia własnej wartości,
- chęć ochrony przed nieprzychylnymi komentarzami,
- poczucie odrzucenia, niewychodzenie z domu,
- wyczuwalny dystans od innych osób, odizolowanie,
- krępujące pytania od innych,
- znaczne ograniczenie kontaktów ze znajomymi, zrywanie związków,
- odczuwalny strach przed zarażeniem,
- szykanowanie.

DYSKUSJA

Jakość życia osoby cierpiącej na choroby skórne często zależy od nasilających się lub ustępujących objawów. Według Jacka Szepietowskiego, Przemysława Pacana, Adama Reicha i Magdaleny Grzesiak dla medycyny oraz lekarzy jakość życia pacjenta warunkowana jest jego zdrowiem. Zauważyli oni, że marginalizacja społeczna oraz stygmatyzacja nieodłącznie wiążą

się z chorobami dermatologicznymi. Ma to przede wszystkim związek z łuszczycą, która pogarsza jakość życia pacjentów zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej [20]. Według autorki niniejszej pracy atopowe zapalenie skóry również może być przyczyną pogorszenia jakości życia pacjentów oraz ich stygmatyzacji, choć jego objawy zwykle nie są tak intensywne, jak w przypadku łuszczycy. Z badań, przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wynika bowiem, że niemal połowa ankietowanych odczuwa wykluczenie społeczne (45,9%). Znaczna część (50,4%) także ukrywa objawy choroby z uwagi na ich nieestetyczny wygląd oraz wstyd. Konieczność zakładania ubrań, maskujących symptomy atopowego zapalenia skóry z pewnością oznacza obniżenie jakości życia pacjentów z tym schorzeniem. Według wcześniej wymienionych badaczy, wpływ chorób skórnych na komfort życia pacjentów jest wieloraki. Przede wszystkim powodują one dolegliwości fizyczne, jak świąd czy ból, co może prowadzić do pogorszenia samopoczucia. Przyczyniają się również do kłopotów społecznych w kontaktach z grupą znajomych czy w pracy [20]. Badania, przeprowadzone przez autorkę niniejszej pracy potwierdzają to zjawisko, choć nie dotyczy ono wszystkich ankietowanych. Większość badanych uznała bowiem, że informuje swoich przełożonych (49,6%), współpracowników (53,7%) oraz znajomych (73,6%) o chorowaniu na atopowe zapalenie skóry. Dodatkowo aż 71,7% badanych twierdzi, że atopowe zapalenie skóry nie wpłynęło na wybór lub zmianę wykonywanej pracy. Pozostali natomiast zgłaszają np. konieczność noszenia odzieży, zasłaniającej zmiany, rezygnację z danego stanowiska ze względu na kontakt z chemikaliami lub wodą, odejście z pracy lub odmowę zatrudnienia z powodu choroby i wiele innych. Równocześnie 54,1% ankietowanych uznała, że nie czuje się wykluczona społecznie przez chorobę. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż, choć grupa, nie czująca wykluczenia stanowi większość, problem ten dostrzega aż 45,9% pacjentów, biorących udział w badaniu.

Problem wykluczenia społecznego z powodu choroby skórnej dostrzega także Teresa Rzepa. Według niej wygląd skóry może wiele zdradzać o człowieku – zarówno o kwestiach zdrowotnych, jak i jego stylu życia. Skóra twarzy, szyi czy rąk stale wystawiona jest na spojrzenia innych [21]. „*Skóra stanowi o pozytywnym lub negatywnym odbiorze nas przez inne osoby właściwie w dowolnej sytuacji społecznej, jak również decyduje o tym, jak odbieramy innych ludzi*” [21]. Badaczka zwraca również uwagę na fakt, że osoby ze schorzeniami są nie tylko oceniane, lecz także muszą zrezygnować z wielu przywilejów, dostępnych osobom zdrowym, jak choćby możliwość dowolnej zmiany koloru włosów, depilacja, noszenie odzieży i butów z dowolnych tworzyw, malowanie paznokci, korzystanie z dowolnych kosmetyków [21]. Autorka niniejszej pracy zgadza się w tej kwestii z wyżej przytoczonymi słowami. Osoby

z atopowym zapaleniem skóry również często muszą rezygnować z zabiegów kosmetycznych oraz różnych rodzajów aktywności fizycznej, ponieważ chemikalia, woda, nieodpowiednie materiały czy zabiegi mogą podrażnić lub przesuszyć skórę, zmienioną chorobowo.

Kwestią, poruszaną zarówno w omawianym powyżej badaniu, jak i pracach naukowych jest również terapia atopowego zapalenia skóry. Lekarka Jagoda Strojnowska-Kosik wskazuje emolienty jako terapię podstawową. Podstawą postępowania terapeutycznego w atopowym zapaleniu skóry jest dążenie do przywrócenia prawidłowych funkcji bariery naskórkowej poprzez prawidłową pielęgnację naskórka i codzienną terapię emolientową, wspartą miejscowym leczeniem przeciwzapalnym [22]. Emolienty to preparaty, dające efekt nawilżenia i zmiękczenia naskórka, stosowane zewnętrznie. Tezę tę zdają się potwierdzać badania, przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy, w których to niemal 70% ankietowanych wskazało emolienty jako jedną z form leczenia, stosowanego w atopowym zapaleniu skóry.

Stosowanie leków steroidowych to kolejna metoda leczenia topowego zapalenia skóry, wskazywana przez naukowców[8]. Co ciekawe, maści z zawartością steroidów stanowią drugą co do częstotliwości terapię, wskazywaną podczas badania, przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy. Z maści korzystało 44,6% ankietowanych. Według doktora Andrzeja Jaworka oraz prof. dr hab. Anny Wojac-Pelc leki z zawartością glikokortykosteroidów są pierwszym wyborem w leczeniu atopowego zapalenia skóry. Maści z zawartością tegoż składnika stosowano już w latach 60. XX wieku. Charakteryzują się one wysoką skutecznością działania, jednak mają też szereg działań niepożądanych. Już w 1955 roku udowodniono, że glikokortykosteroidy mogą wywoływać obrzęki, związane z retencją sodu, a także atroficzne rozstępy w miejscu stosowania. Do niepożądanych działań układowych związanych ze stosowaniem mGKS zalicza się:

- cukrzycę posteroïdową,
- nadciśnienie tętnicze,
- jatrogeny zespół Cushinga,
- otyłość,
- osteoporozę posteroïdową,
- supresję osi podwzgórze-przysadka-nadnercza[23].

Jako niepożądane działania miejscowe podaje się atrofię posteroïdową, rozstępy posteroïdowe, jaskrę i zaćmę posteroïdową, trądzik posteroïdowy, tzw. gwiadziste pseudobłizny, teleangiektazje posteroïdowe, maskowanie iniekcji skóry, hipertychodzę, przebarwienia i odbarwienia, uwrażliwienie na promieniowanie UV oraz tzw. zespół uzależnienia od Mgks [23]. Na szczególną uwagę zasługuje tu atrofia posteroïdowa, która

dotyczy warstwy naskórka, a także skóry właściwej i, w niektórych przypadkach, tkanki podskórnej. Proces atrodii prowadzi do ścięczenia i zmniejszenia odporności skóry na urazy termiczne, chemiczne czy mechaniczne, a zmiany te są zwykle nieodwracalne (zwłaszcza, gdy dotyczą skóry właściwej) [23].

Inne metody leczenia, wskazane w przeprowadzonej ankiecie, jak choćby stosowanie naturalnych maści ziołowych czy olejów, dieta eliminacyjna, fototerapia, suplementy diety czy leczenie mokrymi okładami również przywoływane są przez naukowców, poruszających temat atopowego zapalenia skóry. Nie są one jednak uznawane za terapie podstawowe [12], choć nie zawsze. Profesor Stefania Jabłońska oraz profesor Tadeusz Chorzelski wskazują eliminację czynników uczulających lub wywołujących objawy skórne w pierwszej kolejności [24].

Również lekarz Stroynowska-Kosik podaje, że ważną metodą unikania zmian skórnych, związanych z AZS, jest unikanie czynników, które je wywołują, czyli:

- alergenów pokarmowych,
- mikroorganizmów,
- alergenów powietrzno pochodnych,
- czynników mechanicznych, np. szorstkie ubrania, wełna,
- wybielaczy, rozpuszczalników, kwasów,
- stresu,
- dymu nikotynowego, zanieczyszczeń powietrza [23].

Z badania, przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy wynika, że jedynie 29,8% ankietowanych stosowało dietę eliminacyjną, usuwając z jadłospisu produkty, mogące przyczynić się do powstawania lub nasilania objawów atopowego zapalenia skóry. Można zatem wysnuć wniosek, że eliminacja z diety czynników wzmagających chorobę nie stanowi podstawy leczenia w AZS. Być może pacjenci unikają innych wyzwalaczy, jednak nie zostało to przebadane, choć w pytaniu o terapię atopowego zapalenia skóry, ankietowani mogli wpisać dowolne odpowiedzi. Choć wyżej wspomniani naukowcy wskazują eliminację czynników alergizujących jako ważny aspekt leczenia, nie jest on wykorzystywany w pierwszej kolejności.

Prof. Jabłońska i prof. Chorzelski wskazali także na stosowanie leków przeciw-histaminowych oraz kremów natłuszczających [24].

Tymczasem z przeprowadzonego badania wynika, że jedynie jedna osoba badana wskazała kremy natłuszczające jako jedną ze stosowanych metod. Również jeden ankietowany wskazał leki antyhistaminowe, podczas gdy aż 44,6% osób zaznaczyło maści z zawartością steroidów. Można zatem stwierdzić, że obecnie to właśnie leki steroidowe stosowane są częściej niż metody, wskazywane przez profesorów.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Atopowe zapalenie skóry to problem występujący częściej w miastach niż na wsi.
2. Do najbardziej uporczywych objawów AZS należą swędzenie powiek, zmiany w okolicy dłoni i paznokci, sucha i swędząca skóra w okolicy stawów łokciowych i kolanowych, problemy z owłosioną skórą głowy oraz chorobowe zmiany za uszami.
3. Najczęściej stosowanymi terapiami w AZS są emolienty oraz maści steroidowe.
4. Ponad połowa pacjentów, chorujących na AZS ukrywa objawy choroby. Głównymi
5. powodami zakrywania zmian chorobowych są wstyd oraz nieestetyczny wygląd skóry.
6. Niewiele ponad połowa pacjentów z atopowym zapaleniem skóry nigdy nie spotkała się z szykanowaniem z powodu choroby. Równocześnie 45,5% chorych miało do czynienia z takimi zachowaniami.
7. Większość pacjentów chorych na atopowe zapalenie skóry spotkało się z formami szykanowania w grupie z powodu dolegliwości, choć nie musiały one dotyczyć bezpośrednio ich. Najczęściej był to przezwiska, wyśmiewanie chorego w towarzystwie, niedyskretne pytania oraz inne formy agresji słownej.

PIŚMIENNICTWO

1. Sybilski A. J., Raciborski F., Lipiec A. i wsp. Atopic dermatitis is a searious health problem in Poland. Epidemiology studies based on the ECAP study, Postep Derm Alergol 2015.
2. Rudzki E, Epidemiologia chorób alergicznych skóry [w:] Gliński W., Rudzki E. (red.): Alergologia dla lekarzy dermatologów, wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, 21.
3. Czarnecka-Operacz M., Alergiczne choroby skóry [w:] Obtułowicz K. (red.): Alergologia, wydawnictwo PZWZ, Warszawa 2017, 265.
4. Mylek D., Alergie, wydawnictwo WAB, Warszawa 2007, 25-27, 163-165, 176
5. Osmola-Mańskowska A., Uwarunkowania genetyczne atopowego zapalenia skóry [w:] Silny W. (red.): Atopowe zapalenie skóry, Temida Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012, 29-30.
6. Sikorska M., Nowicki R., Obraz kliniczny [w:] Nowicki R. (red). ABC Atopowego zapalenia skóry, wydawnictwo Termedia, Poznań 2015, 75-87.

7. Madeja-Bień K., Gamian-Wilk M.: Wybrane skutki wykluczenia społecznego, http://terazniejszosc.dsw.edu.pl/fileadmin/user_upload/wydawnictwo/TCE/2017_80_3.pdf dostęp: 11.03.2019, 6-7.
8. Narbutt J., Etiopatogeneza, objawy, przebieg choroby i leczenie pacjentów z atopowym zapaleniem skóry [w:] Adamski Z., Kapala W. (red.) Pielęgniarstwo w chorobach skóry. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki pielęgniarstwa dermatologicznego, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010, 150.
9. Wilkowska A., Leczenie ogólne [w:] Nowakowski R. J. (red.) Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka, wydawnictwo Medical Education Grupa Wydawnicza, Warszawa 2017, 153-161.
10. Sokołowska-Wojtyło M., Fototerapia [w:] Nowakowski R. J. (red.) Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka, wydawnictwo Medical Education Grypa Wydawnicza, Warszawa 2017, 126-128.
11. Kaczmarek M., Leczenie i prewencyjna rola diety eliminacyjnej [w:] Nowakowski R. J. (red.) Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka, wydawnictwo Medical Education Grupa Wydawnicza, Warszawa 2017, 133-135.
12. Nowicki R., Trzeciak M., Atopowe zapalenie skóry [w:] Kaszuba A., Maj J. (red.) Praktyka dermatologiczna, wydawnictwo Termedia, Poznań 2016, 145-153.
13. Kaczmarek M., Leczenie i prewencyjna rola diety eliminacyjnej [w:] Nowakowski R. J. (red.) Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka, wydawnictwo Medical Education Grupa Wydawnicza, Warszawa 2017, 133-135.
14. Internetowa encyklopedia PWN, https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/Medycyna%20niekonwencjonalna%20.html?fbclid=IwAR2OTEDjUprUKUfAPfAg03jbHAzIDQ7XXy3eULs26t6_H0x1iXBDTic0xvk, dostęp: 16.12.2018.
15. Trzeciak M., Alternatywne metody leczenia [w:] Nowakowski R. J. (red.), Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarza praktyka, wydawnictwo Medical Education Grupa Wydawnicza, Warszawa 2017, 121-122.
16. Radziejewicz-Winnicki A., Radziejewicz-Winnicki I.: Pojęcie marginalizacji i wykluczenia w naukach społecznych [w:] Nowak. A. (red.): Wybrane społeczno-socjalne aspekty marginalizacji, Wydawnictwo Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania, Katowice 2005, 9.
17. Pilch T., Pedagogika społeczna wobec kryzysu świata wartości, więzi i instytucji [w:] Marynowicz-Hetka E. (red.) Pedagogika społeczna. Debata, cz. 2, wydawnictwo PWN, Warszawa 2009, 103.

18. Kanios A.: Wokół istoty wykluczenia społecznego – wymiar teoretyczny [w:] Szulz B. (red.): Wielowymiarowość wkluczenia społecznego. Diagnoza i profilaktyka, Wydawnictwo Ocicanske zdruzenie SPEKTRUM-VYCHOD, Spisska Nova Ves 2005, 50-52
19. Jaworska A.: Wykluczenie społeczne i marginalizacja – konceptualizacja zagadnień [w:] Apanel D., Jaworska A. (red.); Obszary wykluczenia społecznego – strefa biologiczna i środowiskowa, wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013, 40-41.
20. Szepietowski J., Pacan P., Reich A., Grzesiak M., Psychodermatologia, Wydawnictwo Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2012, 155-163.
21. Rzepa T., Choroby skóry jako niszczące piętno [w:] Rzepa T, Szepietowski J., Żaba R. (red.) Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry, wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011, 12.
22. Stroynowska-Kocił J., Najnowsze wytyczne w zakresie postępowania terapeutycznego w AZS, Aesthetica, marzec/kwiecień 2019, nr 2, 60.
23. Jaworek A., Wojas-Pelc A., Znaczenie miejscowych glikokosteroidów w terapii atopowego zapalenia skóry, Dermatologia po dyplomie, listopad 2008, nr 6, 20-24.
24. Jabłońska S., Chorzeński T., Choroby skóry. Dla studentów medycyny i lekarzy, Wydawnictwo Lekarskie PZWŁ, Warszawa 2001, 184.

PIELEGNOWANIE PACJENTA PO WYŁONIENIU PRZESKÓRNEJ ENDOSKOPOWEJ GASTROSTOMII

Justyna Gorzempa¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży

2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) to połączenie światła żołądka ze skórą przy użyciu silikonowego lub poliuretanowego drenu wprowadzonego przez powłoki brzuszne do żołądka. Zazwyczaj przezskórna endoskopowa gastrostomia wykorzystywana jest do enteralnego żywienia pacjenta, rzadziej do odbarczania zalegającej w żołądku treści pokarmowej. Po raz pierwszy przezskórną endoskopową gastrostomię wyłonili chirurg dziecięcy Michael Guaderer oraz endoskopista Jeffrey Ponsky w 1979 roku. Obecnie PEG jest powszechną metodą leczenia ze względu na to, że jest zabieg prosty, dobrze tolerowany przez pacjentów oraz powoduje niski odsetek powikłań [1].

Głównym wskazaniem do wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii są schorzenia przebiegające z brakiem możliwości odżywiania pacjenta drogą doustną. Wytworzenie PEG brane jest pod uwagę, gdy okres wspomagania żywienia pacjenta jest dłuższy niż 2-3 tygodnie. Wskazaniami do wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii u pacjenta są:

- choroby neurologiczne uniemożliwiające lub znacznie utrudniające połykanie:
- dysfagia po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym
- guzy ośrodkowego układu nerwowego (OUN)
- choroba Parkinsona
- porażenie opuszkowe
- stwardnienie zanikowe boczne
- dziecięce porażenie mózgowe
- zespoły otępienne
- urazy czaszkowo-mózgowe

- choroby onkologiczne:
- nowotwory OUN
- nowotwory głowy i szyi
- nowotwory początkowego odcinka przewodu pokarmowego (np.: gardła i przełyku)
- niedożywienie spowodowane leczeniem onkologicznym (chemioterapia, radioterapia)

Urazy:

- obrażenia mnogie
- oparzenia twarzy, głowy, szyi
- oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego Wady wrodzone:
- przetoki tchawiczo-przełykowe Inne:
- wyniszczenie w przebiegu Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności
- choroba Leśniewskiego-Crohna
- operacje rekonstrukcyjne w obrębie twarzy
- zwężenie przewodu pokarmowego Leczenie paliatywne [2,3].

Wyłonienie przezskórnej endoskopowej gastrostomii można wykonać z użyciem techniki:

- przeciągania – polega na wprowadzeniu gastroskopu przez usta pacjenta i wypełnieniu żołądka powietrzem. Następnie lokalizuje się końcówkę endoskopu przez powłoki brzuszne. Po wykonaniu znieczulenia nasiękowego, nakłuwa się powłoki brzuszne przy pomocy kaniuli. Po nakłuciu żołądka, wprowadza się do niego nić chirurgiczną, która następnie jest wyprowadzana przez usta pacjenta. Na tym etapie endoskop jest wycofywany. Do nici przymocowuje się stożek rurki PEG. Wystającą z kaniuli nić pociąga się, co powoduje wsuwanie się drenu do żołądka. Po wydostaniu się drenu przez powłoki oraz upewnieniu się, że znajduje się on we właściwym miejscu, na zewnątrz mocuje się płytkę stabilizującą.
- popychania – polega na wprowadzeniu do żołądka pod kontrolą endoskopu prowadnika, który stanowi kanał dla rurki gastrostomijnej. Dalszy etap zabiegu jest taki sam, jak w technice przeciągania.
- nakłucia - polega na wprowadzeniu do żołądka prowadnika rozszczepialnego oraz wprowadzeniu przez jego kanał drenu gastrostomijnego. Ważne jest, aby w tym przypadku wyposażony był on w balon oporowy, a nie rozetę. Gdy dren znajduje się wewnątrz

- żołądka, przewodnik rozszczepia się, a balon wypełnia roztworem soli fizjologicznej.

Sposób stabilizowania rurki jest taki sam, jak w poprzednich sposobach [1,5].

Powikłania po wyłonienu u pacjenta przezskórnej endoskopowej gastrostomii są dość rzadkie. Ryzyko wystąpienia powikłań wzrasta u pacjentów w wieku powyżej 60 r. ż., leczonych onkologicznie, niedożywionych lub wyniszczonych[6].

Do powikłań występujących po wyłonienu PEG zaliczyć można:

- przetoki żołądkowo-okrężnicze
- wyciek treści żołądkowej wokół rurki gastrostomijnej – zwykle spowodowane jest poszerzeniem kanału skórno-żołądkowego i nieuszczelnnością zespolenia
- infekcja w miejscu wkłucia
- artwiczne zapalenie powięzi
- zachłyśnięcie lub zachłystowe zapalenie płuc – może wystąpić, gdy pacjent karmiony jest w pozycji leżącej lub podawane są zbyt duże porcje pożywienia
- krwawienie – w przypadku uszkodzenia tętnicy lub niedostatecznego docięcia ograniczników: zewnętrznego i wewnętrznego
- uszkodzenie narządów jamy brzusznej – przypadkowe nakłucie jelita grubego, rzadziej wątroby lub śledziony
- przemieszczenie się ogranicznika wewnętrznego drenu PEG z żołądka do jamy otrzewnej - spowodowane jest przez nadmierny ucisk ogranicznika wewnętrznego na tkanki żołądka. Powoduje to ich martwicę oraz wydostanie się ogranicznika z żołądka, co skutkuje nadmiernym przerostem tkanek i niedrożnością rurki gastrostomijnej
- niezamierzone wypadnięcie rurki PEG – może wystąpić, gdy kanał skórno-żołądkowy nie jest w pełni wykształcony. Może skutkować to zapaleniem otrzewnej
- odma otrzewnowa – występuje u większości pacjentów po wyłonienu PEG. Jest to spowodowane wysokim ciśnieniem powietrza wprowadzanego przez endoskop do żołądka. Zwykle ustępuje w ciągu 72 godzin [6,7].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym

Model opieki nad pacjentem z PEG uwzględnia trzy etapy:

- okres przedoperacyjny – obejmuje badania diagnostyczne i przygotowanie chorego do wyłonienu PEG
- okres śródoperacyjny – chirurgiczne wyłonienie przezskórnej endoskopowej gastrostomii

- okres pooperacyjny – opieka nad pacjentem po zabiegu i przygotowanie go do samoopieki i samo pielęgnacji [8].

Zadania pielęgniarki w przygotowaniu chorego do wyłonienia PEG

Pierwszy etap przygotowania pacjenta do wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii to wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych i podjęcie decyzji przez lekarza o wykonaniu zabiegu. Ważne jest także przywrócenie równowagi psychicznej pacjenta. Zależy od tego także powodzenie rehabilitacji i powrót do życia w społeczeństwie [8].

Pielęgniarka w okresie przedoperacyjnym powinna:

- prowadzić obserwację pacjenta (kontrola parametrów, ocena świadomości, samopoczucia
- pacjenta)
- upewnić się, że pacjent nie przyjmuje leków wpływających na krzepnięcie krwi (np.: acenokumarol, warfaryna, heparyna drobnocząsteczkowa lub niefrakcjonowana, kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel)
- rozważyć, czy u pacjenta występują czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu wyłonienia PEG i rozpocząć działania profilaktyczne, aby im zapobiec
- dbać o stan nawodnienia pacjenta (podawanie płynów oraz leków drogą dożylną, obserwacja stanu skóry, nawilżenia błon śluzowych) oraz uzupełnianie niedoborów substancji odżywczych (na zlecenie lekarza)
- kontrolować ból chorego (kontrola natężenia bólu za pomocą skali NRS, podawanie zleconych przez lekarza leków przeciwbólowych, stosowanie pozycji, w których ból jest mniej odczuwany)
- rozpocząć rehabilitację oddechową
- wdrożyć (na zlecenie lekarza) profilaktykę antybiotykową
- przypomnieć pacjentowi, aby w dniu zabiegu pozostał na czczo
- udzielić pacjentowi wsparcia psychicznego poprzez ukazanie mocnych stron pacjenta, zalet wytworzenia przezskórnej endoskopowej gastrostomii oraz zapewnienie, że mimo PEG chory może nadal prowadzić normalne życie. Rozmowie z pacjentem powinno towarzyszyć poczucie bezpieczeństwa i spokój. Przekazywane wiadomości powinny być formułowane w sposób jasny, zrozumiały. Powinno unikać się chaosu, pośpiechu. Celem przygotowania psychicznego pacjenta do zabiegu jest zmniejszenie negatywnych emocji pacjenta, lęku i zmobilizowanie go do dalszego leczenia

- rozpocząć przygotowywanie pacjenta do samoopieki [9,10].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w 1-3 dobie po wyłonieniu PEG

W opiece nad pacjentem w 1-3 dobie po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii bardzo istotna jest rola pielęgniarki. Pełni ona wobec pacjenta funkcję pielęgnacyjną, terapeutyczną oraz edukacyjną. Powinna ona udzielić wsparcia psychicznego pacjentowi oraz jego rodzinie, a także przygotować pacjenta do samopielęgnacji. Po powrocie chorego z bloku operacyjnego pielęgniarka kontroluje parametry i funkcje życiowe pacjenta. Dokonuje także kontroli natężenia bólu i podaje leki oraz płyny infuzyjne na zlecenie lekarza. Pielęgniarka uczestniczy, wspólnie z rehabilitantem, w usprawnianiu pacjenta [11].

Przez pierwszą dobę po zabiegu należy unikać utrzymywania systemu przezskórnej endoskopowej gastrostomii pod dużym napięciem, aby uniknąć niedokrwienia i martwicy ściany żołądka. Płytkę stabilizującą należy mocować tak, aby nie spowodować znacznego napięcia tkanek. Po umieszczeniu pod nią opatrunku powinna istnieć możliwość, aby dokonać przesunięcia zgłębnika gastrostomii przynajmniej o 5mm [6].

Pierwszą zmianę opatrunku wykonuje się po upływie pierwszej doby. Należy tego dokonać z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Należy ocenić ranę pod kątem występowania krwawienia, obrzęku, zaczerwienienia, odczynów alergicznych. Przez pierwszy tydzień opatrunki powinno zmieniać się codziennie, a następnie co 2 – 3 dzień. Podczas zmiany opatrunku, aby zapobiegać zrostom, należy wsunąć zgłębnik gastrostomijny o 2 cm w głąb żołądka i bardzo ostrożnie go wysunąć do momentu poczucia oporu. Po upływie około 1-2 tygodnia od wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii dopuszczalne jest mycie skóry wokół niej wodą z mydłem. Należy także pamiętać, aby codziennie umyć końcówkę zgłębnika wodą z mydłem [2].

Kolejnym etapem w opiece nad pacjentem jest przygotowanie dla niego planu żywieniowego z uwzględnieniem kaloryczności, ilości płynów oraz zawartości składników odżywczych. Na tej podstawie należy dopasować dietę przemysłową do potrzeb pacjenta [6].

Początkowo, wszystkie czynności związane z karmieniem przez przezskórną endoskopową gastrostomię wykonuje pielęgniarka. Pierwszą podaż płynu przez gastrostomię wykonuje się po 6-8 godzinach od jej wyłonienia. Podaje się od 50 do 100 ml przegotowanej wody lub roztworu 0,9% NaCl co 2-4 godziny. Dieta szpitalna lub przemysłowa podawana jest po upływie co najmniej 24 godzin [10].

Pielęgniarka powinna dokładnie tłumaczyć, w jaki sposób wykonuje daną czynność. Z czasem coraz bardziej w karmienie chorego przez gastrostomię angażuje się pacjenta lub jego

opiekunów. Początkowo mają oni za zadanie wykonanie jedynie prostych czynności, zwiększając ich poziom trudności, a z czasem wykonują karmienie samodzielnie. Dlatego tak bardzo ważne jest przekazanie rodzinie i pacjentowi zasad karmienia przez PEG [11].

Zasady żywienia pacjentów z przezskórną endoskopową gastrostomią

Można wyróżnić następujące metody karmienia pacjentów przez gastrostomię:

- metoda porcji,
- metoda ciągłego wlewu grawitacyjnego
- podawanie pokarmu przy użyciu pompy perystaltycznej [12].

W pierwszych dniach po wyłonieniu PEG stosuje się przede wszystkim metodę porcji. Polega ona na podawaniu pacjentowi niewielkich objętości pokarmu ok. 200-250 ml w ciągu pół godziny lub 500 ml w czasie 2 godzin. Metoda ciągłego wlewu polega na całodobowym, lub z 8 godzinną przerwą nocną, podawaniu pacjentowi pokarmu w ciągłym wlewie kroplowym z szybkością ok. 50 ml/godzinę. Dopuszczalne jest zwiększenie szybkości do 60 ml/godzinę, jeżeli ten sposób jest dobrze tolerowany przez chorego. Dopuszczalne jest także łączenie metody porcji i ciągłego wlewu [12].

W żywieniu za pomocą PEG wykorzystać można diety szpitalne oraz przemysłowe. Dieta szpitalna to płynne, zmiksowane pożywienie przygotowane przez pracowników szpitala. Diety przemysłowe natomiast to produkty lecznicze specjalnego przeznaczenia dietetycznego. Wśród diet przemysłowych wyróżnić można preparaty: kompletne oraz niekompletne. Diety kompletne posiadają zbilansowane wszystkie składniki odżywcze, tj. białka, węglowodany i tłuszcze, wodę, witaminy i mikroelementy oraz pierwiastki śladowe. Diety niekompletne nie zawierają wszystkich niezbędnych składników odżywczych, stosowane są w przypadku konieczności uzupełniania diety pacjenta o niektóre z nich [13].

W leczeniu szpitalnym stosowane są głównie diety przemysłowe. Mają one dokładnie znany i dobrze zbilansowany skład. Są one bardziej płynne niż diety szpitalne, co zapobiega niedrożności gastrostomii. Dodatkowo roztwory diet szpitalnych są sterylne (zapobiega to powstawaniu zakażeń) oraz mają znaną, ściśle określoną wartość osmolarną: 250-400 mOsm/l [12].

Zasady karmienia przez przezskórną endoskopową gastrostomię:

1. ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej, co zapobiega regurgitacji treści pokarmowej, zachłyśnięciom oraz zachłystowemu zapaleniu płuc. Należy unikać układania pacjenta na lewym boku, aby uniknąć wyciekania treści żołądkowej wokół

gastrostomii

2. wykonanie przed karmieniem toalety jamy ustnej. Ma to na celu poprawę samopoczucia pacjenta, zwiększenie apetytu oraz zwiększenie wydzielania śliny. Zmniejsza także występowanie odruchów wymiotnych
3. zaproponowanie pacjentowi gumy do żucia (tylko u chorych bez zaburzeń połykania, z zachowaną drożnością przełyku) w celu zwiększenia produkcji śliny
4. wykonanie higienicznego mycia rąk, aby zapobiegać zakażeniom
5. dokonanie wzrokowej i palpacyjnej oceny stanu skóry wokół PEG. Uwzględnić należy barwę skóry, występowanie obrzęku i zaczerwienienia, wycieku treści pokarmowej
6. zmienienie opatrunku wokół gastrostomii (minimum 1 raz dziennie)
7. wykonanie kontroli objętości zalegającej w żołądku treści pokarmowej, co ma na celu zapobieganie wymiotom i zachłystowemu zapaleniu płuc
8. przygotowanie posiłku (zmiksowanie i upłynnienie) lub wykorzystanie diety przemysłowej. W tym przypadku istotne jest sprawdzenie daty ważności diety, jej wyglądu oraz szczelności opakowania
9. umocowanie worka z dietą na wysokości ok. 1 m powyżej żołądka pacjenta oraz usunięcie powietrza z drenu do ciągłego, kroplowego podawania diety, aby nie podawać do żołądka pacjenta powietrza
10. po zakończeniu podawania pożywienia przepłukanie drenu gastrostomii solą fizjologiczną lub wodą przegotowaną o objętości około 20-30 ml
11. zamknięcie gastrostomii korkiem. Należy unikać zamykania jej klemem, aby zapobiegać uszkodzeniom i niedrożności stomii [14].

Zalecenia dla pacjenta i jego rodziny dotyczące postępowania z pacjentem z PEG

Zasady żywienia chorego po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii

1. Żywienie rozpoczyna się zazwyczaj po upływie co najmniej 24 godzin od zabiegu.
2. Ułożenie pacjenta podczas podawania pożywienia: pozycja siedząca (w przypadku osób chodzących) lub pozycja półwysoka z uniesioną górną częścią ciała pod kątem 30-45° (dotyczy osób leżących). Pozycja ta zapobiega aspiracji treści żołądkowej do dróg oddechowych.
3. Nie zaleca się układania w pozycji na lewym boku, aby uniknąć przeciekania wokół PEG.
4. Pomocne może okazać się żucie gumy 15-30 minut przed posiłkiem w celu pobudzenia wydzielania enzymów trawiennych. Powyższy element należy pominąć, jeżeli u

pacjenta występuje niedrożność przełyku lub zaburzenia odruchu połykania.

5. Należy sprawdzić położenie zgłębnika przed rozpoczęciem żywienia. W tym celu należy porównać, czy zewnętrzna płytką mocująca znajduje się w stosunku do skali liczbowej umieszczonej na zgłębniku na takim samym poziomie, jak wcześniej.
6. Podawane posiłki powinny mieć temperaturę ok. 37°C. Nie zaleca się podgrzewania diet
7. przemysłowych.
8. Przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu podawania pożywienia PEG należy przepłukać ok. 50 ml przegotowanej wody. Zapobiega to zatkaniu zgłębnika.
9. Zalecane jest zachowanie przerwy nocnej w żywieniu trwającej ok. 6-8 godzin.
10. Przed przystąpieniem do podawania pożywienia ważne jest wykonanie toalety jamy ustnej.
11. Pomocne jest także płukanie jamy ustnej roztworem szalwii lub rumianku.
12. W przypadku pojawienia się grzybicy lub innych zmian w jamie ustnej zaleca się konsultację z lekarzem.

Pielęgnacja skóry wokół przezskórnej endoskopowej gastrostomii

1. Przez pierwsze 14 dni po zabiegu wyłonienia PEG korzystniejsze jest branie prysznica
2. zamiast kąpieli w wannie. Nie zalecane jest również pływanie w basenie.
3. Po kąpieli należy bardzo dokładnie osuszyć okolice przetoki. Jednak trzeba to zrobić delikatnie, unikając intensywnego pocierania skóry wokół PEG.
4. Przez pierwszą dobę płytką mocującą zewnętrzną powinna przylegać do skóry. Po upływie tego czasu należy ją poluzować, aby umieścić pod nią opatrunek.
5. Przez pierwszy tydzień opatrunek trzeba zmieniać codziennie, potem nie rzadziej niż co 2-3 dni.
6. Aby zmienić opatrunek należy poluzować płytkę mocującą zewnętrzną, a następnie usunąć opatrunek. Skórę wokół PEG można przemyć wodą z mydłem lub roztworem soli fizjologicznej. Ważne jest dokładne osuszenie skóry. Pod płytką mocującą należy umieścić jałowy gazik o kształcie litery Y. Nie należy dociskać płytki mocującej zbyt mocno do skóry.
7. Po wykonaniu toalety skóry wokół PEG należy obrócić zgłębnik o 180°, wsunąć oraz wysunąć o ok. 2 cm. Ma to na celu zapobiegnięcie wrośnięciu zgłębnika. Czynność tą należy wykonywać co najmniej dwukrotnie w ciągu dnia.

8. Nie zalecane jest używanie pudrów, talku, kremów, preparatów na bazie jodyny. Mogą one uszkodzić zgłębnik PEG.
9. W przypadku pojawienia się zaczerwienienia, obrzęku skóry wokół PEG, bólu lub wycieku wydzieliny wokół stomii należy bezzwłocznie skonsultować się z lekarzem.

Podawanie leków przez przezskórną endoskopową gastrostomię

1. Podawane leki muszą mieć postać płynną. W tym celu tabletki trzeba rozkruszyć, następnie rozpuścić w przegotowanej wodzie o temperaturze pokojowej i podać za pomocą strzykawki.
2. Po podaniu leków zgłębnik przezskórnej endoskopowej gastrostomii należy przepłukać 50 ml przegotowanej wody o temperaturze pokojowej. Podaż leków zalecana jest w przerwach między podawaniem żywienia. Nie należy ich łączyć z jednocześnie podawaną dietą przemysłową
3. W przypadku zatkania się zgłębnika nie należy podawać wody lub pożywienia na siłę. Należy odessać za pomocą strzykawki płyn znad miejsca zatkania, a następnie spróbować przepłukać go wodą. W przypadku niepowodzenia można ścisnąć zgłębnik między palcami i ponownie przepłukać go wodą. Jeżeli żaden sposób nie pomoże należy skonsultować się z lekarzem
4. Należy unikać przepłukiwania zgłębnika roztworami o odczynie kwaśnym (np.: sokami owocowymi). Może doprowadzić to do ścinania się białek i trudniej będzie usunąć pożywienie ze zgłębnika
5. W przypadku wysunięcia się zgłębnika istotne jest zachowanie spokoju oraz zabezpieczenie przetoki jałowym opatrunkiem. Bardzo ważny jest czas działania, gdyż przetoka bardzo szybko zwęża swoje światło
6. W przypadku wysunięcia się PEG należy udać się jak najszybciej do najbliższego szpitala w celu założenia nowego zgłębnika gastrostomijnego. Pomocne jest sprawdzenie, jaki rodzaj i rozmiar zgłębnika się posiada, aby nie tracić już na to czasu w szpitalu [14].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów biologicznych, psychicznych i społecznych pacjenta po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii z powodu braku możliwości

- połykania pokarmów w przebiegu raka płaskonabłonkowego ustnej części gardła.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem po wyłonieniu PEG.
3. Określenie roli, jaką pielęgniarka pełni wobec pacjenta po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii.
4. Opracowanie zaleceń dla pacjenta po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii i jego opiekunów

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 83 lat przygotowaną do wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii, hospitalizowaną na Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w okresie od 01.11.2018 do 06.11.2018. U pacjentki PEG wyłoniono z powodu braku możliwości połykania pokarmów spowodowanej obecnością raka płaskonabłonkowego ustnej części gardła oraz towarzyszących temu objawów niedożywienia jej organizmu.

W pracy wykorzystano studium indywidualnego przypadku oraz opracowano indywidualny proces pielęgnowania. Wykorzystano narzędzia takie jak:

- skala Katza [21].
- skala Barthel [21].
- skala VES [21]
- skal Norton.

WYNIKI

Pacjentka w wieku 83 lat została przyjęta na Oddział Chirurgiczne z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Naczyniowej Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w trybie planowym w celu wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii. U pacjentki we wrześniu 2018 roku rozpoznano zaawansowane stadium raka płaskonabłonkowego ustnej części gardła. Chora od dłuższego czasu uskarżała się na trudności w połykaniu pokarmów oraz płynów, ból przy połykaniu oraz nieprzyjemny zapach z ust. U pacjentki wykonano emisyjną tomografię komputerową, badanie histopatologiczne wycinków guza pierwotnego oraz aspiracyjną biopsję cienkoigłową. Z powodu zaawansowania procesu nowotworowego oraz podeszłego wieku pacjentki podjęto decyzję o zaprzestaniu leczenia przyczynowego oraz skierowania jej do leczenia paliatywnego. Pacjentka jest pod opieką Hospicjum Domowego w Łomży.

Pacjentka waży 55 kg, przy wzroście 170 cm (BMI: 19). U pacjentki występują objawy niedożywienia, wyniszczenia nowotworowego. Pacjentka otrzymała 4 punkty w skali oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia (Nutritional Risk Score) oraz 7/10 punktów w skali VES. Pacjentka jest całkowicie niesamodzielna (20/100 punktów w skali Barthel oraz 0/6 pkt w skali Katza) i wymaga znacznej pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego. Pacjentka jest leżąca oraz w znacznym stopniu narażona na powstanie odleżyn (10/20 pkt w skali Norton). Pacjentka ma założony do pęcherza moczowego silikonowy cewnik Folley'a o rozmiarze Ch 18. Cewnik założono w dniu przyjęcia pacjentki do szpitala: 01.11.2018. Skóra czysta, o prawidłowym zabarwieniu i uciepleniu. Chora ma także założoną kaniulę obwodową do żyły w lewym zgięciu łokciowym (0 w skali Baxter) – również założono w dniu przyjęcia pacjentki do szpitala.

Pacjentka w 2013 roku przeszła udar niedokrwienny mózgu. Leczy się także na nadciśnienie, hipercholesterolemię i dnę moczanową. Przyjmuje przewlekle leki takie jak: Alneta, Simvasteryl, Sertagen i Clexane.

Pacjentka ma znacznie obniżony nastrój. Jest załamana swoim stanem zdrowia. Wycofała się z życia rodzinnego. Pacjentka wraz z córką i jej rodziną mieszka w domu jednorodzinnym w Łomży. Warunki socjalno-mieszkaniowe określone są jako dobre.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból gardła spowodowany rozwojem procesu nowotworowego (oceniany na 4/10 punktów w skali NRS).

Cel opieki: Zmniejszenie bólu pacjentki.

Realizacja:

1. kontrola natężenia bólu pacjenta za pomocą skali NRS i założenie karty monitorowania bólu
2. zapewnienie ciszy i spokoju na sali (np.: poprzez wyłączenie telewizora)
3. zapewnienie właściwego mikroklimatu na sali
4. pomoc w przyjęciu przez pacjentkę najwygodniejszej pozycji, w której ból jest najmniej dokuczliwy
5. współudział w farmakoterapii

Ocena: Ból pacjentki zmniejszył się (oceniany na 1/10 punktów w skali NRS).

Diagnoza pielęgniarska 2: Wyciek treści żołądkowej wokół przeżskórnej endoskopowej gastrostomii spowodowany nieprawidłowym ułożeniem pacjentki.

Cel opieki: Wyeliminowanie wyciekania treści żołądkowej wokół PEG.

Realizacja:

1. ilościowa i jakościowa ocena treści żołądkowej wyciekającej wokół PEG
2. rozpoczęcie podawania pacjentce wody (50-100 ml) w pierwszej dobie po zabiegu co 2-3 godziny
3. podawanie pożywienia w pozycji półwysokiej lub wysokiej – od 2 doby po zabiegu
4. kontrola ilości treści pokarmowej zalegającej w żołądku przed ponownym karmieniem
5. unikanie podawania zbyt dużych ilości pożywienia
6. kontrola wypróżnień pacjentki
7. unikanie układania pacjentki na lewym boku
8. edukacja rodziny pacjentki na temat karmienia chorej przez PEG i zalecanych pozycji ułożeniowych

Ocena: Wyciek treści pokarmowej wokół PEG nie występuje.

Diagnoza pielęgniarska 3: Zmiany troficzne w jamie ustnej spowodowane zmniejszonym wydzielaniem śliny i zaniku funkcji samooczyszczania jamy ustnej.

Cel opieki: Zlikwidowanie zmian troficznych występujących w jamie ustnej pacjentki.

Realizacja:

1. dokonanie wzrokowej oceny wyglądu jamy ustnej pacjentki
2. dokładne wykonywanie toalety jamy ustnej co 3-4 godziny
3. unikanie stosowania do toalety jamy ustnej drażniących środków na bazie alkoholu
4. zalecenie pacjentce usunięcie protez zębowych
5. polecenie pacjentce częstego płukania jamy ustnej, np.: naparem z szalwii
6. zalecenie pacjentce stosowania preparatów nawilżających jamę ustną (np.: na bazie mucyny)
7. nawilżanie ust pacjentki wazeliną
8. pędzlowanie jamy ustnej pacjentki roztworem nystatyny

Ocena: Zmiany troficzne w jamie ustnej pacjentki nadal występują. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji spowodowany niedowładem połowicznym lewostronnym powstałym w wyniku przebytego udaru niedokrwiennego mózgu.

Cel opieki: Zwiększenie samodzielności pacjentki i zaspokajanie potrzeb fizjologicznych pacjentki

Realizacja:

1. dokonanie oceny samodzielności pacjentki za pomocą skali Barthel oraz skali Katza
2. rozpoznanie czynności, których pacjentka nie jest w stanie wykonać samodzielnie
3. wykonanie toalety całego ciała 2 razy dziennie
4. wykonanie toalety jamy ustnej co 3-4 godziny
5. zmiana bielizny pościelowej i osobistej
6. sianie łóżka z pacjentką
7. zmiana pampersów
8. zmiana pozycji ułożeniowej pacjentki co 2-3 godziny

Ocena: Pacjentka nadal jest niesamodzielna. Potrzeby fizjologiczne pacjentki zostały w pełni zaspokojone.

Diagnoza pielęgniarska 5: Lęk, niezaakceptowanie przez pacjentkę nowej sytuacji życiowej.

Cel opieki: Zmniejszenie lęku pacjentki i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentki

Realizacja:

1. rozpoznanie przyczyny lęku pacjentki
2. okazanie pacjentce cierpliwości, empatii, zrozumienia
3. częsta obecność przy pacjentce
4. zapewnienie pacjentki, że w każdej chwili otrzyma ona odpowiednią pomoc
5. częste rozmowy z pacjentką mające na celu rozwianie jej wątpliwości
6. umożliwienie pacjentce częstych wizyt rodziny
7. zaproponowanie pacjentce rozmowy z lekarzem prowadzącym
8. zalecenie pacjentce rozmowy z psychologiem

Ocena: Lęk pacjentki zmniejszył się w niewielkim stopniu. Poczucie bezpieczeństwa pacjentki nie wzrosło. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Deficyt wiedzy rodziny pacjentki na temat karmienia pacjentki za pomocą PEG'a

Cel opieki: zwiększenie świadomości i wiedzy rodziny pacjentki na temat karmienia za pomocą przezskórnej endoskopowej gastrostomii.

Realizacja:

1. przekazanie rodzinie pacjentki wiedzy na temat budowy oraz zasad działania PEG
2. pokazanie bliskim pacjentki odpowiednich pozycji do karmienia
3. przekazanie wiadomości na temat: zasad diety pacjentki z wyłonioną przezskórną
4. endoskopową gastrostomią, konsystencji oraz temperatury podawanych posiłków
5. zaprezentowanie rodzinie pacjentki, w jaki sposób karmi się przez PEG
6. zachęcanie bliskich chorej do karmienia jej przez PEG w asyście pielęgniarki
7. ocena, czy karmienie pacjentki odbywa się w sposób prawidłowy
8. przekazanie wiedzy na temat powikłań niewłaściwej techniki karmienia
9. przekazanie rodzinie pacjentki pisemnych zaleceń na temat zasad karmienia przez PEG

Ocena: Rodzina pacjentki posiada niezbędną wiedzę na temat karmienia pacjentki przez przezskórną endoskopową gastrostomię.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko aspiracji treści żołądkowej do dróg oddechowych z powodu niewłaściwej techniki karmienia.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka aspiracji treści żołądkowej do dróg oddechowych.

Realizacja:

1. wykonanie toalety jamy ustnej przed karmieniem pacjentki
2. ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej lub wysokiej
3. unikanie układania pacjentki na lewym boku
4. sprawdzenie, czy u pacjentki nie występują zalegania treści pokarmowej w żołądku
5. unikanie podawania do żołądka wraz z pożywieniem powietrza
6. unikanie zbyt szybkiej prędkości podawania pokarmu
7. pozostawienie pacjentki na ok. 15-30 minut po podaniu pokarmu w pozycji półwysokiej
8. lub wysokiej

Ocena: Ryzyko aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych pacjentki zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wrośnięcia przezskórnej endoskopowej gastrostomii spowodowana niewłaściwą pielęgnacją miejsca wprowadzenia gastrostomii.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wrośnięcia PEG.

Realizacja:

1. dwukrotne w ciągu doby dokonywanie palpacyjnej i wzrokowej oceny miejsca wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii
2. unikanie zbyt mocnego docięcia zewnętrznego i wewnętrznego krążka stabilizującego PEG do tkanek
3. dwukrotna w ciągu doby zmiana kierunku ustawienia PEG o 180° wykonywana podczas zmiany opatrunku
4. wykonywanie ruchów wsuwania PEG głębiej do żołądka i wysuwania w czasie zmiany kierunku ustawienia
5. kontrola pacjentki, aby nie pociągała za PEG

Ocena: Ryzyko wrośnięcia przezskórnej endoskopowej gastrostomii zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Możliwość zakażenia skóry wokół PEG'a z powodu niewłaściwej pielęgnacji.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka zakażenia skóry wokół PEG'a.

Realizacja:

1. higieniczne rąk personelu przed przystąpieniem do zmiany opatrunku wokół PEG
2. zmiana opatrunku raz dziennie lub częściej w razie potrzeby
3. przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki
4. używanie jednorazowych rękawiczek, jałowych gazików
5. przemywanie skóry środkiem dezynfekującym zawierającym oktenidynę
6. dokonanie palpacyjnej i wzrokowej oceny miejsca wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii pod kątem występowania objawów stanu zapalnego, takich jak: obrzęk, zaczerwienienie, wysięk ropny, itp.
7. obserwacja pacjentki pod kątem występowania ogólnoustrojowych objawów zapalenia, tj. podwyższona temperatura, złe ogólne samopoczucie pacjentki

Ocena: Ryzyko zakażenia skóry wokół przezskórnej endoskopowej gastrostomii zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Niebezpieczeństwo rozwoju odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia pacjentki.

Cel opieki: Zapobiegnięcie rozwojowi odleżyn.

Realizacja:

1. ocena narażenia pacjentki na wystąpienie odleżyn za pomocą skali Norton
2. dokładna toaleta skóry pacjentki z użyciem środka myjącego o naturalnym pH
3. dokładne osuszanie skóry w fałdach
4. delikatny masaż skóry pacjentki podczas toalety mający na celu pobudzenie krążenia
5. natłuszczanie skóry pacjentki
6. stosowanie bielizny pościelowej osobistej i pościelowej nieuciskającej, wykorzystującej naturalne materiały
7. unikanie występowania zagnieść na pościeli
8. zmiana pozycji ułożeniowej pacjentki co 2-3 godziny
9. zachęcanie pacjentki do jak największej aktywności w łóżku
10. zastosowanie materaca zmiennościśnieniowego
11. stosowanie udogodnień (np.: wałków)

Ocena: Ryzyko wystąpienia odleżyn zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko rozwoju zakażenia układu moczowego wywołane obecnością cewnika Folley'a w pęcherzu moczowym.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju zakażenia układu moczowego.

Realizacja:

1. dokładne wykonywanie toalety krocza co najmniej 2 razy dziennie
2. regularna zmiana bielizny pościelowej i osobistej
3. opróżnianie worka na mocz co 3-4 godziny, lub częściej, gdy jest pełen
4. dezynfekowanie końcówki worka na mocz podczas jego opróżniania
5. utrzymywanie worka na mocz poniżej pęcherza pacjentki, sprawdzanie, czy przewód
6. odprowadzający mocz nie jest zagięty
7. kontrola barwy, objętości i klarowności moczu
8. obserwacja okolicy cewki moczowej pod kątem występowania objawów zapalenia – zaczerwienienie, obrzęk
9. obserwacja stanu ogólnego pacjentki pod kątem występowania objawów infekcji (np.: podwyższona temperatura)

10. kontrolowanie pacjentki, aby samodzielnie nie usunęła cewnika

Ocena: Ryzyko infekcji układu moczowego zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 12: Możliwość rozwoju infekcji linii naczyniowej spowodowane obecnością kaniuli w żyłę pacjentki.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka infekcji linii naczyniowej.

Realizacja:

1. zabezpieczenie kaniuli przezroczystym opatrunkiem, umożliwiającym ocenę miejsca wkłucia
2. dwukrotne w ciągu doby dokonywanie palpacyjnej i wzrokowej oceny miejsc wkłucia wg skali Baxter
3. przepłukiwanie kaniuli 0,9% roztworem NaCl przed oraz po podaniu leku
4. utrzymywanie jałowości przy użytkowaniu dostępu żylnego – stosowanie jednorazowych koreczków, zestawów do przetoczeń płynów, strzykawek
5. unikanie zbędnych manipulacji przy wkłuciu
6. wymiana kaniuli co 72 godziny lub wcześniej w przypadku wystąpienia objawów rozwoju stanu zapalnego

Ocena: Ryzyko infekcji linii naczyniowej zostało zmniejszone. Problem wymaga dalszej obserwacji.

DYSKUSJA

Chmielewska [15] podaje, iż nowotwory jamy ustnej są drugim, co do częstości występowania, nowotworem głowy i szyi. Do objawów występowania raka jamy ustnej zalicza przede wszystkim: ból gardła, trudności przy połykaniu pokarmów, dyskomfort związany z zatkanie ucha czy krwawienie. Objawy te często są niespecyficzne i dlatego też opóźniają diagnostykę choroby. Autorka twierdzi także, iż leczenie nowotworów jamy ustnej prowadzone powinno być w sposób kompleksowy. Podstawową i najczęstszą metodą leczenia nowotworów głowy i szyi jest leczenie chirurgiczne. Zabiegi chirurgiczne wykorzystywane są głównie w leczeniu niezaawansowanych zmian nowotworowych. W przypadku zmian zaawansowanych leczenie chirurgiczne jest zazwyczaj bardzo drastyczne i często okaleczające pacjentów. Uzupełnieniem metod chirurgicznych jest chemioterapia oraz radioterapia. Podobne objawy raka płaskonabłonkowego ustnej części gardła występowały także w przypadku opisywanym w

powyższej pracy. Pacjentka skarżyła się na występowanie bólu gardła, trudności i ból przy połykaniu pokarmów oraz krwawienie z jamy ustnej. Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania choroby, w opisywanym przypadku zrezygnowano zarówno z leczenia chirurgicznego oraz chemioterapii i radioterapii. Pacjentkę skierowano do leczenia paliatywnego.

Podobne wnioski na temat leczenia nowotworów głowy i szyi zawarła w swojej pracy Koper [16]. Podkreśla ona, że agresywne leczenie nowotworów często okalecza pacjentów. Dochodzi u nich do spadku poczucia własnej wartości oraz izolowania się od rodziny, społeczeństwa. Autorka zauważa też, że rolą pielęgniarki jest dążenie do zapewnienia wzrostu poczucia bezpieczeństwa pacjenta oraz komunikacja interpersonalna pacjenta z członkami zespołu terapeutycznego. Problem ten występuje w powyższej pracy. Pacjentka była bardzo wycofana, nieufna wobec członków zespołu terapeutycznego. Nie chciała ona także rozmawiać z rodziną, nie umiała przystosować się do nowej sytuacji życiowej. Dlatego też bardzo istotna w opiece nad pacjentką okazała się rola pielęgniarek. Ich zadaniem była nie tylko opieka nad stanem fizycznym pacjentki, ale także troska o poprawę jej stanu psychicznego i zaangażowanie pacjentki w leczenie. Jednak wszystkie interwencje pielęgniarskie przyniosły niewielki skutek. Jednak poczucie bezpieczeństwa pacjentki wzrosło w niewielkim stopniu.

Według Białas i Biedka [17] PEG można wyłonić u pacjenta nie tylko, jeżeli występują u niego zaburzenia połykania, uniemożliwiające doustne przyjmowanie pokarmu, ale także w celu profilaktycznym. PEG ma zapobiegać prawdopodobnym problemom żywieniowym związanym a chemioterapią lub radioterapią oraz nadmiernemu spadkowi masy ciała pacjenta. Jednak autorzy podkreślają, że według Amerykańskiego Towarzystwa do spraw Żywienia Pozajelitowego i Jelitowego PEG nie powinien być wyłaniany rutynowo, ale tylko w przypadku, gdy pacjent jest niedożywiony lub u których prawdopodobnie wystąpią zaburzenia wchłaniania składników pokarmowych. Pomimo wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii powrót pacjentów do wyjściowej masy ciała zdarza się bardzo rzadko. W analizowanym przypadku PEG wyłoniono w celu terapeutycznym, a nie profilaktycznym. Pacjentka nie mogła połykać pokarmów z powodu obecności guza pierwotnego w jamie ustnej. Wiązało się to z postępującym niedożywieniem i spadkiem masy ciała pacjentki. Aby zapobiec dalszemu wyniszczeniu organizmu pacjentki, wdrożono leczenie żywieniowe i wyłoniono przezskórną endoskopową gastrostomię.

Istotność leczenia żywieniowego w czasie leczenia onkologicznego podkreślają także Kłęk, Jarosz., Jassem i wsp.[18]. Autorzy uważają, że w żywieniu przez zgłębnik powinno się stosować jedynie diety przemysłowe. Stosowanie diet kuchennych uważają za trudniejsze oraz

bardziej narażone na wystąpienie błędów związanych ze zbilansowaniem diety. Podkreślają także, że stosowanie diet kuchennych nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W żywieniu dożołądkowym przez zgłębnik wymieniają oni metodę mikrobolusów, bolusów i wlewu ciągłego. Podobne wnioski wyciągnięto na podstawie przeprowadzonego badania. W żywieniu pacjentki stosowano diety przemysłowe podawane metodą wlewu ciągłego z prędkością 50 ml/godzinę przy użyciu pompy perystaltycznej. W żywieniu pacjentki nie stosowano diet kuchennych.

Cierzniakowska., Banaszkiewicz., Szewczyk [19] podkreślają, że prawidłowe przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji przez wykwalifikowany zespół terapeutyczny może przyczynić się do zmniejszenia częstotliwości występowania powikłań związanych z wyłonieniem stomii oraz zwiększenia jakości życia pacjenta. Ponadto autorki podkreślają, że powikłania po wyłonieniu stomii występują u ok. 70% pacjentów w różnym czasie od zabiegu. Do najczęstszych powikłań zaliczają powikłania dermatologiczne, związane ze stosowaniem materiałów opatrunkowych czy niewłaściwą pielęgnacją. Do powikłań dermatologicznych zaliczają: kontaktowe zapalenie skóry, zakażenia, uszkodzenia mechaniczne oraz zmiany o mechanizmie alergicznym. Wszystkie wyżej wymienione powikłania wpływają w sposób negatywny na pacjenta oraz zmniejszają jego zdolności do samoopieki. W analizowanym przypadku szczególną uwagę zwrócono na przygotowanie pacjentki oraz jej rodziny do samoopieki i samopielęgnacji. Chorej oraz jej rodzinie przekazano informacje na temat karmienia przez przeżskórną endoskopową gastrostomię, pielęgnacji skóry wokół PEG oraz wczesnego identyfikowania wystąpienia powikłań oraz sposobu reagowania w przypadku ich wystąpienia. Przekazano im także pisemne zalecenia dla pacjentów i ich rodzin po wyłonieniu PEG. W omawianym przypadku powikłania dermatologiczne nie wystąpiły w czasie pobytu pacjentki w szpitalu.

Banaszkiewicz, Cierzniakowska, Jarmłocik., Jawień [20] dochodzą do podobnych wniosków jak powyżej. Twierdzą, iż po prawidłowym przygotowaniu pacjentów do samoopieki oraz posiadaniu odpowiedniej wiedzy na temat powikłań jakość życia pacjentów może być wysoka. Autorzy wskazują, że powikłania występują bardzo często, ale szybka reakcja prowadzi do ich ustąpienia. Podkreślają także, że edukacja pacjentów powinna być prowadzona nie tylko w okresie przygotowującym pacjenta do wyłonienia stomii, ale powinna towarzyszyć im przez całe życie. Do najczęściej występujących powikłań także zaliczają powikłania dermatologiczne. Podobne wnioski wyciągnięto także w omawianym przypadku. Edukację pacjentki i jej rodziny prowadzono nie tylko w czasie przygotowywania pacjentki do zabiegu, ale także po jego wykonaniu. Ze względu na zaawansowany wiek oraz

wielochorobowość pacjentki, w opiekę angażowano głównie rodzinę pacjentki. Po wyłonieniu PEG zaprezentowano im technikę karmienia oraz sposób pielęgnacji skóry wokół PEG oraz stopniowo angażowano do tych czynności rodzinę pacjentki. Działania te miały zapobiegać wystąpieniu powikłań w przyszłości.

Budnik-Szymoniuk., Faleńczy., Pluta [21] twierdzą, że wytwarzanie gastrostomii w sposób endoskopowy znacząco przyczyniło się do zredukowania częstości występowania powikłań po zabiegu. Jednak sposób postępowania z raną po wyłonieniu PEG przez pielęgniarki i lekarzy jest wciąż bardzo różnorodny. Jako najważniejszą przyczynę zapobiegania powikłaniom autorzy wymieniają zakaz użytkowania talku, tłustych kremów oraz maści oraz preparatów odkażających na bazie jodyny. Mogą one powodować nie tylko podrażnienie skóry, ale także uszkodzenie mechaniczne zgłębnika. Jako inny czynnik zmniejszający częstość zakażeń jest stosowanie preparatów poliheksanidyny. Substancja ta charakteryzuje się niewielką cytotoksycznością, co pozytywnie wpływa na gojenie się rany po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii. W omawianym przypadku również nie stosowano talku, jodyny czy tłustych kremów i maści. Do odkażania skóry wokół PEG stosowano preparaty na bazie oktenidyny. W czasie pobytu pacjentki w szpitalu nie wystąpiło zakażenie skóry wokół przezskórnej endoskopowej gastrostomii.

Innym, dość rzadkim, powikłaniem występującym po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii jest wrośnięcie zgłębnika w ścianę żołądka. Adamiec., Dyrła., Gil i wsp. [22] uważają, że dotyczy to 0,3-2,4% pacjentów. Za przyczynę tego zjawiska uważają głównie nieodpowiednią pielęgnację zgłębnika: zbyt mocne dociśnięcie wewnętrznej oraz zewnętrznej płytki mocującej PEG. Następstwem tego jest powstanie stanu niedokrwienia i martwicy tkanek. Do innych przyczyn wrośnięcia PEG autorzy zaliczają: niedożywienie pacjenta skutkujące upośledzeniem procesów gojenia się ran, stosowaniem chemioterapii lub radioterapii oraz mechaniczne pociąganie za zgłębnik przez pacjenta. Leczenie wrośniętego PEG'a może być zachowawcze (zmniejszenie nacisku krążków mocujących oraz stosowanie inhibitorów pompy protonowej) lub chirurgiczne (usunięcie zgłębnika i wprowadzenie na jego miejsce nowego). W analizowanym przypadku także dążono do zmniejszenia ryzyka wrośnięcia PEG z powodu niewłaściwej pielęgnacji. Dwukrotnie w ciągu doby dokonywano palpacyjnej i wzrokowej oceny skóry wokół PEG, zmiany kierunku zgłębnika poprzez wykonanie obrotu o 180° i wykonanie ruchów wsuwania i wysuwania zgłębnika o ok. 2 cm. Kontrolowano także stopień nacisku krążków mocujących na tkanki.

Lizut oraz Włoszczak-Szubda [23] przeprowadzili badania, według których jakość życia pacjentów żywionych przez przetoki odżywcze (np.: przez PEG) jest nieznacznie wyższa

w warunkach domowych niż w szpitalu. Przyczyną tego jest otrzymywanie od rodzin, bliskich pacjentów wsparcia emocjonalnego, informacyjnego oraz instrumentalnego. Bardzo ważne jest także okazywanie pacjentowi troski, szacunku czy empatii. Rodziny są wsparciem dla pacjentów w czasie nauki nowych umiejętności (np.: podawanie pożywienia za pomocą przezskórnej endoskopowej gastrostomii, zmiana opatrunków), rozwiązywania problemów czy zachęcaniu do dalszej walki z chorobą. Autorzy uważają także, że pacjenci najniżej oceniają swój poziom energii życiowej. Wpływa na to głównie utrata sensu życia, brak akceptacji nowego sposobu odżywiania oraz obecność negatywnych odczuć, emocji związanych z chorobą podstawową. Podobne wnioski wyciągnięto także w omawianym przypadku. Pacjentka była nieufna, wycofana. Dlatego też bardzo istotna okazała się rola rodziny pacjentki w opiece nad chorą po zabiegu. Bliscy pacjentki dążyli do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa pacjentki, przystosowania się jej do nowej sytuacji życiowej. Zdecydowali się, aby opiekować się pacjentką w domu. Pozostawali pod opieką Hospicjum Domowego. Mimo podjętych starań nastrój pacjentki nadal był depresyjny, znacznie obniżony. Nie wykazywała ona chęci do walki z chorobą.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. opracowano arkusz do zbierania danych o pacjencie i jego środowisku.
2. rozpoznano problemy biologiczne, psychiczne i społeczne pacjenta po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii. Zaliczyć do nich można: ból gardła spowodowany rozwojem procesy nowotworowego, wyciek treści pokarmowej wokół PEG spowodowany niewłaściwym ułożeniem pacjentki, zmiany troficzne w jamie ustnej spowodowane zmniejszonym wydzielaniem śliny oraz zanikiem funkcji samooczyszczania jamy ustnej, deficyt samoopieki i samopielęgnacji spowodowany niedowładem połowicznym lewostronnym powstałym w wyniku przebytego udaru niedokrwiennego mózgu, lęk i brak akceptacji przez pacjentkę nowej sytuacji życiowej, deficyt wiedzy rodziny pacjentki na temat karmienia przez PEG'a, ryzyko aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych z powodu niewłaściwej techniki karmienia, możliwość wrośnięcia przezskórnej endoskopowej gastrostomii spowodowana niewłaściwą pielęgnacją miejsca wprowadzenia gastrostomii, możliwość zakażenia skóry wokół gastrostomii z powodu niewłaściwej pielęgnacji, niebezpieczeństwo rozwoju odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia pacjentki, ryzyko rozwoju

zakażenia układu moczowego wywołane obecnością cewnika Folley'a w pęcherzu moczowym, możliwość rozwoju infekcji linii naczyniowej spowodowana obecnością kaniuli w żyłę pacjentki.

3. opracowano indywidualny plan opieki nad pacjentem po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii.
4. podkreślono istotną rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem po wyłonieniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii. Pełni ona wobec pacjenta nie tylko funkcję pielęgnacyjną i terapeutyczną, ale także edukacyjną. Pielęgniarka współpracuje z pacjentem i jego rodziną przed zabiegiem wyłonienia przezskórnej endoskopowej gastrostomii, aby lepiej przygotować go do samoopieki i samopielęgnacji oraz zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu. Pielęgniarka udziela także wsparcia psychicznego pacjentowi oraz jego opiekunom, aby łatwiej byłoby im odnaleźć się w nowej sytuacji życiowej.
5. opracowano pisemne zalecenia dla pacjenta i jego opiekunów dotyczących opieki nad pacjentem po wyłonieniu PEG. Do najważniejszych zaleceń zaliczyć można: ułożenie pacjenta w czasie karmienia w pozycji półwysokiej lub wysokiej oraz unikanie układania pacjenta na lewym boku w celu uniknięcia przeciekania pożywienia wokół PEG, dokładne wykonywanie toalety jamy ustnej przed rozpoczęciem żywienia pacjenta, podawanie pokarmu w temperaturze ok. 37°C, przepłukiwanie zgłębnika 50 ml przegotowanej wody przed i po podaniu pożywienia, zachowanie przerwy nocnej w karmieniu trwającej 6-8 godzin, zmiana opatrunku wokół PEG co 2-3 dni, nieużywanie w pielęgnacji skóry wokół PEG pudrów, kremów oraz preparatów na bazie jodiny, które mogą uszkodzić zgłębnik PEG, dwukrotne w ciągu doby obracanie zgłębnika o 180° oraz wykonywania ruchów wsuwania i wysuwania zgłębnika o ok. 2 cm, konsultacja z lekarzem w przypadku pojawienia się zaczerwienienia, obrzęku, bólu lub wycieku treści żołądkowej wokół PEG.

PIŚMIENNICTWO

1. <http://www.cancersurgery.pl/201101a02.php> (data dostępu: 02.11.2018).
2. Kurcz J., Szczygiel B.: Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące sztucznego odżywiania dojelitowego – przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG). *Postępy Żywienia Klinicznego*, 2010, 3-4(5), 24-32.
3. Waraczewski K., Kozłowski T., Kędzia A., Matysiak K.: *Przetoki odżywcze [w:] Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Banasiewicz T., Krokowicz P.,

- Szczepkowski M. (red.), Termedia, Poznań 2014, 265-289.
4. Pyda P.: Gastrostomia endoskopowa [w:] Chirurgia, Fibak J. (red.), PZWL, Warszawa 2014, 374-376.
 5. Kąkol D.: Gastrostomia endoskopowa – wskazania, rodzaje, opieka nad stomią. Chirurgia po dyplomie, 2015, 03, 50-58.
 6. Noszczyk W.: Przekskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) [w:] Chirurgia Repetytorium, PZWL, Warszawa 2014, 126-127.
 7. Kulig J., Kołodziejczyk P., Sobocki J. i wsp.: Powikłania chirurgii żołądka, w tym powikłania chirurgii bariatrycznej [w:] Powikłania w chirurgii jamy brzusznej, Kulig J. (red.), PZWL, Warszawa 2011, 55-78.
 8. Cierzniańska K., Szewczyk M., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2010, 2, 35-39.
 9. Walewska E.: Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowanym [w:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Walewska E. (red.), PZWL, Warszawa 2015, 193-201.
 10. Amirteys R.: Operacja i okres po operacji [w:] Choroby chirurgiczne. Diagnostyka i leczenie, Rawlinson N., Alderson D. (red.), PZWL, Warszawa 2014, 6-9.
 11. Walewska E.: Postępowanie po zabiegu operacyjnym [w:] Procedury pielęgniarские w chirurgii, Walewska E., Ścisło L. (red.), PZWL, Warszawa 2012, 25-59.
 12. Kózka M.: Żywnienie chorych w chirurgii [w:] Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Walewska E. (red.), PZWL, Warszawa 2015, 170-190.
 13. Szczygieł B.: Diety stosowane w żywieniu dojelitowym [w:] Podstawy chirurgii, Szmidt J. (red.), Medycyna Praktyczna, Tom 1, Kraków 2009, 282-283.
 14. Walewska E.: Karmienie chorego przez gastrostomię [w:] Procedury pielęgniarские, Kózka M. (red.), PZWL, Warszawa 2014, 129-133.
 15. Chmielewska E.: Nowotwory głowy i szyi [w:] Onkologia, Kułakowski A., Skowroński – Gardas A. (red.), PZWL, Warszawa 2013, 127-134.
 16. Kisiel K.: Opieka w terapii nowotworów głowy i szyi [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.), PZWL, Warszawa 2015, 165-176.
 17. Białas M., Biedka M.: Rola przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG) w poprawie lub utrzymaniu stopnia odżywienia w trakcie radioterapii lub chemioradioterapii w nowotworach regionu głowy i szyi. Otolaryngologia, 2016, 15(1), 21-27.
 18. Kłęk S., Jarosz J., Jassem J. i wsp.: Polskie rekomendacje Żywienia Dojelitowego w Onkologii – część II: żywienie drogą przewodu pokarmowego (żywienie dojelitowe).

Onkologia w praktyce klinicznej, 2013, 9(6), 209-215.

19. Cierzniańska K., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.: Rana okołostomijna i zmiany skórne wokół stomii [w:] Leczenie ran przewlekłych, Szewczyk M., Jawień A. (red.), PZWL, Warszawa 2012, 152-162.
20. Banaszkiewicz Z., Cierzniańska K., Jarmłocik P., Jawień A.: Zmiany skórne wokół stomii. Leczenie ran, 2013, 10(1), 1-6.
21. Budnik-Szymoniuk M., Faleńczyk K., Pluta A., i wsp.: Pielęgnowanie skóry wokół PEG'a porównanie stosowanych procedur. Postępy żywienia klinicznego, 2013, 9(3), 29-32.
22. Adamiec C., Dryla P., Gil J., i wsp.: Wrośnięty PEG – powikłanie żywienia dojelitowego. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2015, 11(3), 315-320.
23. Lizut D., Włoszczak-Szubzda A.: Jakość życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych. Aspekty Zdrowia i Choroby, 2016, 1(4), 67-77.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA PO URAZIE KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

Kamil Chowański¹, Agata Kulikowska^{2,3}, Iwona Teresa Jarocka², Sławomir Lech Czaban^{2,3}

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
3. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

WSTĘP

Kręgosłup człowieka jest zbudowany z 33 kręgów, które chronią strukturę rdzenia kręgowego. Tworzy podporę dla ciała w pozycji stojącej oraz umożliwia ruchy kończyn. Kręgosłup dzieli się na 5 odcinków: szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy i ogonowy (guziczny). Pierwsze 2 kręgi umożliwiają swobodne poruszanie się głowy. Kręgi piersiowe wraz z żebrami osłaniają płuca oraz serce. Kręgi lędźwiowe są większe i masywniejsze od pozostałych, dzięki czemu kręgosłup może podtrzymywać rosnącą masę ciała. Część krzyżowa wraz z miednicą osłania narządy płciowe oraz pęcherz moczowy. Odcinek guziczny jest pozostałością po procesie ewolucji. Kręgi są od siebie oddzielone włóknistymi krążkami, ich zadaniem jest tłumienie wstrząsów [2-5].

Szacuje się, że w ciągu roku na milion osób ok. 30 doznaje urazów kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Na podstawie danych zebranych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Krakowie mężczyźni stanowili 52% a kobiety 48% osób po urazie kręgosłupa wraz z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Najwięcej pacjentów, bo aż 52%, było w wieku 20-40 lat. W tej grupie 4,5% mężczyzn doznawało urazu będąc pod wpływem alkoholu. Mężczyźni doznawali najczęściej urazów w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa oraz ulegali urazowi w wyniku upadku z wysokości. Kobiety zaś doznawały urazu w odcinku szyjnym i najczęściej ulegały urazowi w wypadkach komunikacyjnych. Tylko u 1% badanych z tej grupy doszło do uszkodzenia rdzenia, byli to mężczyźni w wieku 20-40lat [6,7].

Według badania przeprowadzonego we Wrocławiu na oddziale neurochirurgii urazy kręgosłupa bez uszkodzenia rdzenia kręgowego wynosiły 84,6% a z uszkodzeniem 15,4%. Dane te pokazują również przyczyny urazów kręgosłupa: patologiczny uraz kręgosłupa 28,5%, wypadki komunikacyjne 27,7%, upadki z wysokości 20%, inne 6,9%, wypadki przemysłowe 5,4%, skoki do wody 4,6%, upadki ze schodów 3,8% oraz inne upadki 3,1% [8].

Urazy kręgosłupa szyjnego powyżej kręgu C4 siedmiokrotnie zwiększają śmiertelność chorych w porównaniu z urazami na niższym poziomie. U ponad 17% chorych po urazie rdzenia kręgowego występuje niewydolność oddechowa, wielokrotnie zwiększająca śmiertelność bezpośrednio po ich przyjęciu do szpitala. Z powodu na dużą dynamikę objawów i trudności w leczeniu pacjenta po urazach wskazana jest realna ocena rokowania i stałe monitorowanie pacjenta. Wstępne rozpoznanie uszkodzenia kręgosłupa jest bardzo ważne i pozwala na dalsze prawidłowe postępowanie szpitalne. Pracownik ochrony zdrowia powinien już na miejscu wypadku przy udzielaniu pierwszej pomocy wyjaśnić mechanizm urazu kręgosłupa. Pomocne w stwierdzeniu tego mogą być obrażenia zewnętrzne oraz dobrze zebrany wywiad z poszkodowanym, o ile jest przytomny, lub od świadków zdarzenia. Po widocznych obrażeniach możemy stwierdzić charakter uszkodzenia kręgosłupa. Jeśli występują obrażenia twarzy tzn. czoła, nosa, łuków brwiowych pozwala nam to uznać wyprostny charakter urazu. Uszkodzenie powłok czaszki w okolicy potylicznej świadczy o zgięciowym mechanizmie urazu kręgosłupa. Uzyskanie takich informacji pomaga we właściwym przygotowaniu pacjenta do transportu, bezpieczne przeniesienie na nosze oraz unieruchomienie uszkodzonego odcinka kręgosłupa [9,10,11,12,25].

Złamania kręgosłupa możemy podzielić na stabilne oraz niestabilne. W stabilnym złamaniu nie dochodzi do urazu rdzenia kręgowego, nie ma przesunięcia złamanych części kręgosłupa oraz nie dochodzi do zwężenia kanału kręgowego, zaś w złamaniu niestabilnym dochodzi do przerwania ciągłości kręgosłupa m.in. więzadeł nadkolcowych i międzykolcowego, więzadła karkowego oraz torebki stawów międzykręgowych, istnieje również duże ryzyko uszkodzenia struktur, które mają za zadanie chronić kręgosłup.

Kręgosłup może zostać poddany silnym naprężeniom i cały czas zachować swoją integralność bez urazu rdzenia kręgowego. Niektóre typy urazów mogą pokonać jego systemy obronne powodując obrażenia kręgosłupa oraz rdzenia. Mechanizmy urazu to: nadmierny wyprost, nadmierne zgięcie, kompresja, rotacja, obciążenia boczne i rozciągnięcia (Tab. 1) [13,14].

Tabela I. Mechanizm urazów kręgosłupa

Opis mechanizmu urazu kręgosłupa	Przykład
Nadmierny wyprost (hiperekstensja) - nadmierny ruch głowy i szyi do tyłu.	Uderzenie twarzą w przednią szybę podczas wypadku samochodowego, upadek osoby w wieku podeszłym na podłogę, podczas gry w football amerykański, skok na głowę do płytkiej wody
Nadmierne zgięcie (hiperfleksja) - nadmierny ruch głowy i szyi do przodu	Jeździec zrzucony z konia lub upadek z motocykla, skok na głowę do płytkiej wody
Zgniecenie – masa głowy lub miednicy napierająca na nieruchomą szyję lub tułów	Skok na głowę do płytkiej wody, upadek z wysokości 3-6 m na głowę lub nogi
Rotacja – nadmierna rotacja szyi i głowy lub tułowia powodująca ruch jednej części kręgosłupa w stosunku do drugiej.	Wypadek samochodowy z dachowaniem, wypadki motocyklowe
Uraz boczny – bezpośrednie działanie siły bocznej na kręgosłup szyjny, typowo powodujące rozerwanie rdzenia kręgowego	Boczne zderzenie, upadek
Rozciągnięcie – nadmierne rozciągnięcie kręgosłupa i rdzenia	Powieszenie, dziecko niewłaściwie zapięte pasami bezpieczeństwa, przejazd skutera śnieżnego lub motocykla pod rozwieszoną poziomo liną/ kablem

Powikłań związanych z urazami kręgosłupa jest bardzo dużo, najczęściej dotyczą one układu nerwowego, układu moczowego i układu krwionośnego. Powikłania ze strony układu nerwowego wynikają z uszkodzenia rdzenia kręgowego i mogą być częściowe lub całkowite. Poziom uszkodzenia warunkuje poziom objawów neurologicznych w kończynach górnych, dolnych oraz narządach wewnętrznych. Powikłania dotyczące układu moczowego to zakażenie dróg moczowych ostre lub przewlekłe. Ze strony układu krwionośnego możemy wystąpić

zakrzepowe zapalenie żył, mikrozatorowość, zatory w naczyniach krwionośnych płuc oraz mózgu, jak również odleżyny. Do powikłań dodatkowych można zaliczyć urazy klatki piersiowej, głowy, kończyn górnych i dolnych oraz urazy w okolicy jamy brzusznej. Przy urazach klatki piersiowej dochodzi do złamania żeber, krwiaków, stłuczenia płuc. Przy urazach głowy występuje stłuczenie, wstrząśnienie oraz krwiaki. W urazach kończyn najczęściej dochodzi do złamań. Uszkodzenie odcinka szyjnego rdzenia kręgowego może spowodować wstrząs rdzeniowy. Jest on wynikiem zaburzeń funkcji autonomicznego układu nerwowego w regulacji napięcia ścian naczyń krwionośnych i rzutu serca [15-18]. W wyniku urazu kręgosłupa może dojść do wstrząsu neurogennego będącego wynikiem braku wyrzutu amin presyjnych oraz utraty napięcia naczyń krwionośnych. Objawami wstrząsu rdzeniowego są: bradykardia, niskie ciśnienie krwi, zaczerwieniona i ciepła skóra. Pacjent może skarżyć się na: ból szyi i pleców, zaburzenia czucia oraz zaburzenia ruchowe. Objawy przedmiotowe to ból w okolicy kręgosłupa podczas ruchu, zniekształcenia na plecach, ubytki czucia oraz porażenia. Podstawowym schematem w postępowaniu z pacjentem ze wstrząsem rdzeniowym jest wstępna ocena chorego na miejscu zdarzenia. Ważną rolę odgrywa ochrona i stabilizacja kręgosłupa. Do zabezpieczenia odcinka szyjnego oraz całego kręgosłupa służy kołnierz ortopedyczny oraz deska ortopedyczna. Pacjenta należy przełożyć w taki sposób, aby nie spowodować pogłębienia powstałych już urazów. Leczenie szpitalne polega na leczeniu przyczyny powstania wstrząsu neurogennego i może obejmować: trombolizę, terapię kortykosterydami, zabiegi dekompresyjne pnia mózgu oraz osmoterapię [19, 20].

Przy przyjęciu pacjenta w SOR szczególną uwagę zwracamy na badanie przedmiotowe, w czasie którego skupiamy się na okoliczności zdarzenia, zgłaszanych przez pacjenta objawów bólowych oraz pojawiających się zaburzeń neurologicznych. W badaniu tym skrupulatnej ocenie podlega stan neurologiczny i ortopedyczny pacjenta. Lekarz zwraca uwagę przy badaniu na ocenę czucia powierzchownego, czucia głębokiego, zachowanie lub zaburzenie funkcji mikcji, ocenę siły mięśniowej oraz napięcia mięśniowego. W badaniu przedmiotowym najlepiej posłużyć się skalą ASIA (*American SpinalInjuryAssociation*), która jest międzynarodowym standardem neurologicznej i funkcjonalnej klasyfikacji urazów rdzenia kręgowego. Skala ta została przyjęta przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zalecono ją do stosowania w dokumentacji medycznej. Przyjmuje się, że u osób, które przy przyjęciu do szpitala są w stanie neurologicznym ASIA A szansa na powrót funkcji (ustąpienie niedowładu) jest bliska zeru (Tab.2). W przypadku chorych z urazami kręgosłupa należy wykonać tomografię komputerową kręgosłupa szyjnego. Pozwala ona uwidocznienie uszkodzenia struktur kostnych oraz ogniska krwotoczne. Podczas obserwacji chorego po urazie niezbędna jest stała

kontrola i częsta ocena neurologiczna w trakcie hospitalizacji [21,22,23].

Tabela II. Skala uszkodzenia rdzenia kręgowego ASIA

Stopień	Opis
A	Całkowite: brak funkcji czuciowo/ruchowej poniżej miejsca urazu
B	Częściowe: funkcja czuciowa zachowana, ruchowa nie poniżej poniżej miejsca urazu (w tym czucie w okolicy krocza)
C	Częściowe ruchowe: sprawność ponad 50% kluczowych mięśni poniżej miejsca uszkodzenia wynosi poniżej 3/5
D	Częściowe ruchowe: sprawność ponad 50% kluczowych mięśni poniżej miejsca uszkodzenia wynosi > 3/5
E	Brak uszkodzenia: czucie i sprawność ruchowa poniżej poziomu urazu prawidłowe

Pacjent po urazie kręgosłupa potrzebuje starannej opieki pielęgniarskiej. Porażenie ciała chorego na skutek urazu kręgosłupa połączone jest z zaburzeniami czucia oraz trofiki, co wpływa na zwiększone ryzyko powstawania odleżyn. Przede wszystkim należy choremu (jeżeli tylko jego stan na to pozwala) zmieniać pozycję ciała co 2 godziny, zastosować profilaktykę przeciwoodleżynową, nacierać skórę oliwką pielęgnacyjną, w razie możliwości zaopatrzyć łóżko w materac przeciwoodleżynowy. Ważna jest również codzienna pielęgnacja cewnika Folley'a, zapobiega ona zakażeniu dróg moczowych, które jest najczęstszym występującym powikłaniem u chorych z urazem rdzenia kręgowego [24, 25].

Każdemu pacjentowi po urazie kręgosłupa należy monitorować podstawowe parametry życiowe. Ciśnienie tętnicze krwi, wiek oraz stan neurologiczny chorego są czynnikami rokowniczymi w okresie po urazie.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Najczęstszymi przyczynami uszkodzenia kręgosłupa szyjnego z uszkodzeniem rdzenia są urazy. Wypadki komunikacyjne, skok do płytkiej wody czy też pobicie mogą prowadzić do różnych zaburzeń czynności rdzenia kręgowego. Przerwanie rdzenia kręgowego powoduje stałe kalectwo, zmianę dotychczasowego stylu życia, zmiany systemu wartości oraz w najgorszych przypadkach prowadzi do śmierci. Rolą pielęgniarki jest zapewnienie pacjentowi odpowiedniej opieki medycznej. U chorego bowiem, mogą występować powikłania urazu takie

jak odleżyny, spastyczność, obrzęki oraz pogorszenie nastroju psychicznego. Pielęgniarka ma za zadanie pomóc choremu, ale również wyedukować pacjenta oraz jego rodzinę jak zachować się w nowej sytuacji życiowej.

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po urazie kręgosłupa szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego opierając się na danych z literatury, na podstawie informacji zebranych podczas obserwacji pacjenta, wywiadu, objawów i analizy dokumentacji medycznej.
2. Zebrane informacje o stanie zdrowia chorego, jego środowiska, wiedzy na temat swojej choroby oraz radzenia sobie z problemami pozwoliło na sformułowanie rozpoznania diagnozy pielęgniarskiej. Stworzenie diagnozy pielęgniarskiej to poznanie stanu biologicznego, psychologicznego, oraz społecznego pacjenta z urazem kręgosłupa szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i przedstawienie najważniejszych jego problemów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto mężczyznę w wieku 55 lat. Trafił on na szpitalny oddział ratunkowy z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej. Pacjent przed dwoma laty skoczył na głowę do płytkiej wody uszkadzając kręgosłup szyjny z przerwaniem rdzenia kręgowego powodując porażenie czterokończynowe.

W procesie badawczym zastosowano następujące metody:

- Obserwacja pacjenta
- Wywiad z pacjentem
- Analiza dokumentacji medycznej (karta zleceń lekarskich, historia choroby pacjenta)
- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji oraz poziom glikemii

Powyższe metody posłużyły do stworzenia indywidualnego planu opieki nad chorym w formie procesu pielęgnowania oraz wskazówek do dalszej pielęgnacji dla personelu medycznego.

Opis przypadku

Pacjent był hospitalizowany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dniach

07.12.2018r – 18.01.2019r. Obserwacja została przeprowadzona w 10 dobie pobytu pacjenta w oddziale. Chory przytomny, z założoną rurką tracheotomijną, oddycha samodzielnie z zastosowaną tlenoterapią bierną. W drogach oddechowych zaleganie śluzowo-ropne. Pacjent nie był w stanie sam ewakuować wydzieliny. Pacjent miał prowadzone monitorowanie układu oddechowego i krążenia. Tętno wynosiło od 85 do 98 uderzeń/minutę, ciśnienie od 107/83mmHg do 115/74 mmHg oraz SpO2 od 97% do 98%, parametry udokumentowano w karcie pacjenta. Poziom glikemii wynosił o godz. 08:00 - 91mg%, o godz. 13:00 - 100 mg%, a o godz. 20:00 - 99mg%. Choremu wykonano EKG, z zapisu rytm prawidłowy, zatokowy. U chorego prowadzono bilans płynów, który był dodatni i wyniósł - 50 ml. U pacjenta były założone wkłucia centralne w żyłę udowej prawej oraz w tętnicy promieniowej lewej, utrzymane, drożne. Cewnik Foley’a utrzymany, drożny (II doba od założenia). Kontynuowano profilaktykę przeciwodleżynową. Odleżyna na kości krzyżowej o powierzchni 10 x 6cm, IV stopień wg 5-stopniowej skali Torrance’a. Rana z żywoczerwoną ziarniną pokryta nalotem. Brzegi rany wyraźnie zaznaczone wydęte na zewnątrz. Skóra w okolicy rany bardzo delikatna – różowa, zmacerowana. Odleżyna na biodrze prawym, II stopień wielkości 2 x 3 cm według skali Torrance’a w okolicy kości ogonowej o rozmiarach 5 x 3 cm, stopień II w skali Torrance’a. W środku rany widoczne dwie zmiany o rozmiarach 1 x 1cm z ubytkiem naskórka oraz towarzyszącym wysiękiem surowiczym. Zmiany odleżynowe opracowane chirurgicznie i zabezpieczone opatrunkami. Odleżynę na kości krzyżowej umyto Octaniseptem i 0.9% NaCl, do otworu odleżynowego założono Aquacel Ag+, na zewnątrz zabezpieczono opatrunkiem Aquacel Ag Foam. Odleżynę na biodrze lewym umyto Octaniseptem i 0,9% NaCl i zabezpieczono opatrunkiem Aquacel Ag Foam. Stosowano zmianę pozycji ułożeniowej. Pacjent apatyczny, niechętny do rozmowy oraz współpracy z personelem medycznym. Zlecenia wykonano według indywidualnej karty zleceń lekarskich.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: **Możliwość wystąpienia zakażenia układu oddechowego spowodowanego zalegającą wydzieliną w drogach oddechowych u pacjenta z założoną rurką tracheotomijną.**

Cel opieki: Zapobieganie powstawaniu zakażenia układu oddechowego. Utrzymanie drożności dróg oddechowych. Minimalizacja działań sprzyjających rozwojowi zakażenia układu oddechowego. Pielęgnacja rurki tracheotomijnej.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Przestrzeganie zaleceń obowiązującej procedury zasad pielęgnacji rurki tracheotomijnej.
2. Codzienna toaleta jamy ustnej.
3. Toaleta drzewa oskrzelowego.
4. Odsysanie wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki.
5. Zmiana położenia mankietu uszczelniającego rurkę 2 razy dziennie.
6. Zmiana opatrunku przy rurce tracheotomijnej.
7. Analiza parametrów życiowych przemawiających za rozwojem zakażenia: wzrost ciepłoty ciała, tętno, ciśnienie krwi.

Ocena działania: Stosowane działania terapeutyczne związane z pielęgnacją rurki tracheotomijnej nie spowodowały zakażenia układu oddechowego – potwierdzone ujemnymi wynikami posiewu wydzieliny z układu oddechowego oraz prawidłowe wartości parametrów.

Diagnoza pielęgnarska 2: Całkowite i długotrwałe unieruchomienie w wyniku urazu.

Cel opieki: Zapobiegnięcie negatywnych skutków unieruchomienia.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Systematyczna zmiana pozycji pacjenta.
2. Stosowanie odpowiednich udogodnień (wałki, kliny, podpórki), które umożliwią prawidłowe ułożenie pacjenta.
3. Stosowanie materaca przeciwoodleżynowego (zmiennieciśnieniowego).
4. Dbanie o higienę całego ciała chorego.
5. Natłuszczenie oraz nawilżenie skóry pacjenta z uwzględnieniem miejsc najbardziej narażonych na ucisk.
7. Dokładne ścielenie łóżka. Wyrównywanie wszelkich nierówności oraz fałdów.
8. Systematyczna zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
9. Stosowanie masażu pobudzających skórę.
10. Stosowanie diety bogato białkowej w celu zapobiegnięcia odleżyn na skutek niedożywienia.
11. Układanie kończyn chorego w pozycji neutralnych dla stawów.
12. Prowadzenie systematycznej rehabilitacji.
13. Stosowanie ciepłych kąpieli w celu zmniejszenia spastyki oraz poprawy ukrwienia skóry.
14. Zapobiegnięcie przykurczy poprzez prawidłowe ułożenie chorego.

Ocena działania: Stosowane czynności terapeutyczne zapobiegły negatywnym skutkom

unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Diagnoza pielęgnarska 3: Ryzyko pogłębiania się istniejących odleżyn oraz powstawania nowych odleżyn.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka pogłębiania się istniejących odleżyn

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Przestrzeganie zaleceń obowiązującej procedury dotyczących zasad pielęgnacji pacjenta z odleżyną.
2. Zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta.
3. Nacieranie ciała pacjenta oliwką pielęgnacyjną.
4. Stosowanie udogodnień znajdujących się na oddziale.
5. Zastosowanie specjalnych opatrunków leczniczych (Aqacel Ag+, Aquacel Ag foam) w miejscu odleżyn.
6. Codzienna ocena stanu skóry pacjenta według skali Norton
7. Opracowanie odleżyn przez chirurga.

Ocena działania: Stosowane czynności terapeutyczne związane z powstaniem odleżyn nie spowodowały pogłębiania się istniejących odleżyn.

Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Obserwacja parametrów życiowych pacjenta (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja)
2. Prowadzenie karty medycznej pacjenta.
3. Prowadzenie karty bilansu wodno-elektrolitowego.
4. Kontrola diurezy chorego.
5. Wykonanie EKG.
6. Obserwacja skóry pacjenta.

Ocena działania: Stosowane działania zmniejszyły ryzyko niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Diagnoza pielęgnarska 5: Utrata kontroli nad własnym ciałem i brak akceptacji choroby.

Cel opieki: Udzielenie wsparcia. Motywowanie pacjenta do działania.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Motywowanie pacjenta do pokonywania swoich trudności.
2. Zapewnienie choremu możliwości zgłoszenia swoich potrzeb.

3. Znalezienie wraz z pacjentem nowych zainteresowań, które częściowo zrekompensują utracone czynności.
4. Planowanie wraz z chorym podjętych działań pielęgnacyjnych.
5. Wyjaśnienie choremu jego zastrzeżeń związanych z chorobą oraz leczeniem.
6. Rozmowa z pacjentem oraz z jego rodziną o problemach występujących w tej chorobie.
7. Ułatwienie integracji społecznej.
8. Wyrabianie wiary pacjenta we własne siły.
9. Poinformowanie lekarza o zaistniałym problemie oraz na jego zlecenie konsultacja
10. psychologa.
11. Podanie leków poprawiających nastrój i samopoczucie na zlecenie lekarza.

Ocena działania: Stosowane działania sprawiły polepszenie samopoczucia pacjenta oraz akceptację swojej choroby.

Diagnoza pielęgnarska 6: Ryzyko wystąpienia choroby zatorowo zakrzepowej wynikającej z unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Cel opieki: Zapobieganie wystąpieniu choroby zatorowo zakrzepowej.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Ułożenie kończyn dolnych wyżej poziomu ciała pacjenta, aby ułatwić powrót krwi żyłnej.
2. Gimnastyka kończyn dolnych pacjenta w celu poprawy krążenia.
3. Masaż kończyn dolnych chorego.
4. Bandażowanie kończyn dolnych.
5. Stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza.

Ocena działania: Choroby zatorowo-zakrzepowej nie zaobserwowano.

Diagnoza pielęgnarska 7: Możliwość wystąpienia problemów żołądkowo-jelitowych.

Cel opieki: Zniwelowanie problemów żołądkowo-jelitowych.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Dbanie o odpowiedni stan odżywiania się pacjenta.
2. Unikanie pokarmów wzdymających oraz zapierających.
3. Stosowanie diety lekkostrawnej oraz wysokobiałkowej.

Ocena działania: Wykonane działania terapeutyczne zniwelowały wystąpienie problemów żołądkowo-jelitowych.

Diagnoza pielęgnarska 8: Możliwość wystąpienia odcewnikowego zakażenia krwi w następstwie kaniulacji naczyń obwodowych i centralnych oraz prowadzoną terapią dożylną.

Cel opieki: Minimalizacja działań sprzyjających rozwojowi zakażenia krwi, utrzymanie drożności wkłucia

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Przestrzeganie zaleceń obowiązującej procedury dotyczących zasad pielęgnacji cewnika
2. odwodowego i centralnego.
3. Przy wykonywaniu wszystkich czynności związanych z obsługą wkłucia należy przestrzegać procedury higieny rąk – 5 momentów higieny rąk.
4. Codzienna obserwacja miejsca wkłucia pod kątem oznak stanu zapalnego.
5. Używanie opatrunków przezroczystych lub półprzezroczystych do mocowania kaniul, dbanie o ich czystość, wymiana przy zabrudzeniu na nowy z użyciem rękawic sterylnych- wkłucie centralne; jednorazowe wkłucie obwodowe
6. Przygotowywanie wlewu dożylnego oraz jego zmiana z zachowaniem zasad aseptyki, przetaczanie płynów w systemie zamkniętym bez dodatkowego napowietrzania butelki, worka.
7. Przestrzeganie zasad aseptyki podczas nabierania i dodawania leków do kroplówek.
8. Wymiana zestawów przetoczeniowych zgodnie z obowiązującymi procedurami
9. i zaleceniami.
10. Ograniczenie manipulacji przy osprzęcie (kraniki, przedłużki, multiadaptery).
11. Prowadzenie karty monitorowania wkłucia obwodowego i centralnego.
12. Wnikliwa analiza parametrów życiowych przemawiających za rozwojem zakażenia: wzrost ciepłoty ciała, tętno, ciśnienie krwi.

Ocena działania: Stosowane działania terapeutyczne związane z wykorzystaniem wkłucia obwodowego i centralnego nie spowodowały zakażenia krwi – potwierdzone ujemnymi wynikami posiewu krwi oraz parametrami życiowymi w normie (tętno: 88 uderzeń/minutę, ciśnienie 110/85 oraz temperatura ciała 36,4°C).

Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko zakażenia dróg moczowych spowodowane obecnością cewnika Foley’a.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka zakażenia dróg moczowych.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Przestrzeganie zaleceń obowiązującej procedury dotyczących zasad pielęgnacji cewnika Foley'a.
2. Codzienna obserwacja krocza pacjenta pod kątem oznak stanu zapalnego.
3. Analiza parametrów życiowych przemawiających za rozwojem zakażenia: wzrost ciepłoty ciała, tętno, ciśnienie krwi.
4. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
5. Dbanie o drożność, szczelność oraz prawidłowe ułożenie cewnika.
6. Pielęgnacja okolicy krocza pacjenta.
7. Kontrola ilości oddawanego moczu.
8. Zastosowanie środków diuretycznych oraz odkażających drogi moczowe na zlecenie lekarza.
9. Higiena krocza po oddaniu stolca.

Ocena działania: Stosowane działania terapeutyczne związane z cewnikiem Foley'a nie spowodowały zakażenia układu moczowego – potwierdzone ujemnymi wynikami posiewu moczu.

Diagnoza pielęgnarska 10: Zaburzona komunikacja werbalna oraz niewerbalna z pacjentem.

Cel opieki: Ułatwienie porozumiewania się z pacjentem.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Informowanie pacjenta o zamierzonych czynnościach.
2. Zbieramy sygnały komunikacji werbalnej oraz niewerbalnej.
3. Mówimy głośno, wyraźnie oraz zwięźle komunikaty.
4. Zwracamy się do pacjenta po imieniu.

Ocena działania: Zastosowane działania terapeutyczne sprawiły polepszenie kontaktu w komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentem.

Diagnoza pielęgnarska 11: Ograniczenie kontaktów z rodziną z powodu hospitalizacji.

Cel opieki: Umożliwienie kontaktu z rodziną.

Realizacja opieki pielęgniarskiej:

1. Umożliwienie kontaktu z bliskimi.
2. Wyznaczenie godzin odwiedzin rodziny pacjenta.

3. Zapewnienie prywatności podczas odwiedzin.
4. Rozmowa z pacjentem.

Ocena działania:

Wykonane czynności umożliwiły kontakt pacjenta z rodziną.

Diagnoza pielęgnarska 12: Całkowity deficyt samoopieki i samopielęgnacji.

Cel opieki: Poprawa wydolności opiekuńczej pacjenta oraz rodziny.

Realizacja opieki pielęgnarskiej:

1. Edukacja rodziny w jaki sposób podnosić i zmieniać pozycję pacjenta.
2. Zaproponowanie rodzinie udogodnień poprawiających komfort pacjenta w łóżku.
3. Edukacja rodziny na temat profilaktyki przeciwoleżynowej

Ocena działania:

Stosowane czynności poprawiły wydolność opiekuńczą pacjenta oraz jego rodziny nad chorym.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012,68–72.
2. International Trauma Life Support, red. J. E. Campbel, 2015,11,203-206.
3. Osteologia, [w:] Anatomia prawidłowa człowieka, red. J. Walocha, Kraków 2013,3,40-48.
4. Kapandji AI. Anatomia funkcjonalna stawów. Wrocław: Wydawnictwo Urban & Partner, 2014,3,89-95.
5. Ośrodkowy układ nerwowy, [w:] Anatomia prawidłowa człowieka, red. J. Walocha, Kraków 2013,5,40-45.
6. Kalinowski P., Czerska B.: Epidemiologia urazów wśród hospitalizowanych w 2006 roku w 6. Szpitalu Wojskowym w Dęblinie. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007,88,4,455-460.
7. Jankowska S., Kopański Z., Gajdosz R.: Epidemiologia izolowanych urazów kręgosłupa w materiale Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Journal of Clinical Healthcare,2015,2,21-27.
8. Wysocka B., Ślusarz R., Haor B. Epidemiologia urazów kręgosłupa w materiale własnym Pogotowia Ratunkowego we Włocławku: Badania retrospektywne. JNNN, 2012,1,3,109-118.

9. Deakin C D, Nolan J P. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych: Drożność dróg oddechowych i wentylacja. W: Andres J. (red.). Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2015, 122-126.
10. Jarzynowski W. Obrażenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego. W: Brongel L., Duda K. (red.). Mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2001, 243-252.
11. Tederko P, Krasuski M, Kiwerski J, Barcińska I. Znaczenie weryfikacji rozpoznania u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2005, 7, 4, 365-73.
12. Kwolek A., Pop T., Tęcza T., Dobko M., Etiologia urazów kręgosłupa w odcinku szyjnym na podstawie danych Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, *Fizjoterapia*, 2007, 15, 1, 32-39.
13. Kiwerski J.E. Epidemiologia urazów kręgosłupa. *Prewencja i Rehabilitacja*, 2005, 3, 9, 1-4.
14. Stypuła J, Gołębiowski J. Neurochirurgia. Urazy kręgosłupa. W: Głuszek S. Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziału nauk o zdrowiu. Lublin; Wydawnictwo Czelej 2008, 111-112.
15. Świdorska K., Okurowski S., Bulanda D.: Porażenia po urazach kręgosłupa, Wrocław 2013, 3-4.
16. Berny W., Jarmundowicz W., Rutkowski R. „Urazy kręgosłupa, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych”, Wrocław 2009, 429-439.
17. Borzęcki P., Wojtowicz-Chomicz K., Komar J., Borzęcki A., Karwat I.D. Uszkodzenia rdzenia kręgowego — analiza przyczyn i problemy pielęgnacyjne u pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. *FamilyMedicine & Primary Care Review.*, 2012, 14, 2, 129-131.
18. Badowska-Kozakiewicz A. „Patofizjologia człowieka” PZWL, Warszawa 2013, 115, 127 - 128.
19. Sosada K. "Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych", Warszawa 2016, 9, 202-208.
20. Dąbrowski A, Lichota E, Skrzypek A, Wojtaszek M, Maciejewski R, Głowacka M. Wstrząs urazowy – problem współczesnej medycyny i zdrowia publicznego W: *ZdrPubl.*, 2009, 119, 1, 112-119.
21. Kózka M, Rumian B, Maślanka M. Pielęgniarstwo Ratunkowe, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 153-156.
22. Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Janica J., Urazy kręgosłupa z

- uszkodzeniem rdzenia kręgowego – poglądy reprezentowane przez neurologów, Arch. Med. Sąd. Krym., 2007,57,294–297.
23. Mraz M., Drab K., Rębalska M., Mraz M., Ocena stanu neurologicznego osób po urazie rdzenia kręgowego z wykorzystaniem klasyfikacji ASIA, Fizjoterapia 2000,8,15–18.
 24. Siemianowicz A., Baron J., Wawrzynek W., Koczy B., Kasprowska B., Ocena zmian pourazowych kręgosłupa szyjnego na poziomie C1-C2 na podstawie tomografii komputerowej, Wiad. Lek., 2006,59,48–51.
 25. Sąsiadek M., Szewczyk P. Imaging of the spine: new possibilities and its role in planning and monitoring therapy. Pol. J. Radiol., 2009,74,49–55.

PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH

Mariusz Woźniak¹, Agnieszka Lankau², Katarzyna Anna Winiecka³

1. Absolwent Kierunku pielęgniarstwo, PWSliP w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Socjologii Kultury, Uniwersytet w Białymstoku

WSTĘP

Używanie substancji psychoaktywnych, jest zjawiskiem od dawna widocznym w rozwoju polskiego społeczeństwa. W kulturze europejskiej przez wieki tolerancja dla konsumpcji alkoholu była i nadal jest bardzo wysoka. Polska nie jest w tym temacie wyjątkiem. Także używanie tytoniu, najpopularniejszej w naszym kraju substancji uzależniającej, ma w Polsce długą historię [1].

Problem uzależnień w dzisiejszym świecie, to problem ludzi w każdym wieku. Alkoholizm, narkomania, czy nikotynizm dotyczą coraz młodszych. Niezbędna jest więc profilaktyka, m.in. w postaci uświadamiania społeczeństwu, jak zgubne w skutkach może być popadanie w uzależnienie, jak szybko można stać się niewolnikiem substancji odurzających, tracąc kontrolę nad samym sobą [2].

Pierwszy kliniczny opis uzależnienia, został opracowany przez Griffitha Edwardsa i jego współpracowników, przyjmując za punkt wyjściowy uzależnienia od alkoholu. Jednakże okazało się, iż wykryte przez Edwardsa mechanizmy i cechy, można także odnieść do pozostałych substancji. Edwards z zespołem zauważyli, iż osoby uzależnione od alkoholu wykazują wspólną grupę charakterystycznych objawów, do których zalicza się: mocne pragnienie picia, potrzeba picia coraz większej ilości alkoholu dla osiągnięcia tych samych rezultatów, a także objawy odstawienne po zaprzestaniu spożywania alkoholu [3].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje uzależnienie jako psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (do których należą: alkohol, narkotyki, nikotyna, leki), charakteryzujący się zmianami i innymi

reakcjami, takimi jak: konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy w celu doświadczania jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów towarzyszących brakowi substancji [2].

Uzależnienia są dziedziną psychiatrii i w ICD-10, są opisane w rozdziale pt. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (od F-10 do F-19). Uzależnienie, tak jak inne zaburzenia psychiczne, prowadzi do „utraty zdolności skutecznego regulowania przez organizm swych stosunków wewnętrznych i wymiany ze środowiskiem oraz utraty równowagi wewnętrznej lub/i adaptacji do środowiska” [4].

Uzależnienie jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego, dotyczącą zaburzeń fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji albo grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta wartość. Na kliniczny obraz tej choroby składa się wiele objawów:

- silne pragnienie przyjęcia substancji lub poczucie przymusu jej stosowania;
- trudności lub brak kontroli nad zachowaniem związanym z przyjmowaniem substancji uzależniającej;
- fizjologiczne objawy odstawienia – zespoły abstynencyjne;
- wystąpienie zmian tolerancyjnych;
- zaniechanie/zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności;
- przyjmowanie substancji pomimo wiedzy o jej szkodliwości [5].
- Uzależnienie od substancji psychoaktywnej, jest jednym z dramatycznych konsekwencji jej używania. Jednakże jeszcze nikt nigdy nie uzależnił się od czegokolwiek, jeżeli nie poprzedził tego stanu zwyczajnym używaniem danej substancji. Nikt nie został alkoholikiem, nie pijąc alkoholu, nikt nie został nałogowym palaczem, nie paląc papierosów, fajki albo nie używając tabaki. Czy też nikt nie został narkomanem, nie używając narkotyków. Możemy zatem mówić o drodze do uzależnienia, traktując samo używanie substancji jako nadużywanie bądź zachowanie ryzykowne, ponieważ w pewnych określonych warunkach prowadzi ono do uzależnienia [4].
- W literaturze przedmiotu stosuje się także określenie „używanie szkodliwe”, czyli sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, którego konsekwencją jest wystąpienie szkód zdrowotnych [5].
- Ponadto z pojęciem uzależnienie, pozwiązane są dwa inne pojęcia: nawyk i nałóg.

Tak więc nawyk, w odróżnieniu od nałogu, występuje wówczas, gdy człowiek czuje wprawdzie nieprzepartą chęć, silne pragnienie, ale jeszcze nie przymus odurzania się, a przy tym dawki zażywanych środków nie wymagają zwiększenia, człowiek nie jest od nich uzależniony fizycznie. To znaczy, iż pozbawienie go środków psychoaktywnych nie wywołuje objawów głodu narkotycznego, a przyjmowanie środków, mimo iż szkodliwie wpływa na psychikę, nie powoduje jeszcze poważniejszych konsekwencji w jego życiu społecznym [5].

- Określenie „substancja psychoaktywna” został wprowadzony do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) w 1992 roku, jako substancja, która – po przyjęciu –
- wpływa na procesy umysłowe, np. procesy poznawcze bądź nastrój. Natomiast w definicji uzależnienia, zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – 1969) słowo: „lek” jest równoważnikiem słów: „substancja psychoaktywna” [4].

Substancje psychoaktywne, są to takie środki chemiczne, które przez swoje działanie na organizm człowieka powodują zmianę jego samopoczucia oraz zmieniony, zakłamany odbiór rzeczywistości, zaś przyjmowanie ich wiąże się z możliwością uzależnienia. Uzależnienie od tych środków nazywane jest alkoholizmem, nikotynizmem czy narkomanią [6].

Do substancji psychoaktywnych należą:

- narkotyki nielegalne (kokaina, amfetaminy, morfina);
- nowe narkotyki (syntetyczne kanabinoidy, mefedron, dez morfina);
- narkotyki legalne (alkohol etylowy, nikotyna);
- leki (dekstrometorfan, benzodiazepiny) [5].

Przez pojęcie „*substancja psychoaktywna*”, powinno się również rozumieć określenia wynikające z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, takie jak: środek odurzający, substancja psychotropowa, czy środek zastępczy. Mimo, iż słowo „*narkotyk*”, w ujęciu naukowym, oznacza tylko opium, morfinę, heroinę, kodeinę, hydromorfinę, metadon i meperdinę, to przyjęte jest stosowanie tej nazwy także wobec innych substancji psychoaktywnych [5,9].

Najważniejszymi cechami stanu uzależnienia są:

- silna potrzeba, a nierzadko przymus używania substancji psychoaktywnej, silniejszy od wszelkich innych potrzeb;
- brak samokontroli zażywania danej substancji oraz kompulsywność w poszukiwaniu kolejnej dawki;
- przyjmowanie substancji psychoaktywnej w celu uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- występowanie zjawiska abstynencji po przerwaniu przyjmowania substancji psychoaktywnej;

- narastanie zjawiska tolerancji na przyjmowaną substancję;
- indywidualny charakter (cykl, sposób) przyjmowania substancji psychoaktywnej;
- zanik relacji społecznych oraz potrzeby wykonywania naturalnych czynności zawodowych i osobistych, charakterystycznych dla stylu życia przed wystąpieniem uzależnienia;
- kontynuowanie zażywania pomimo występowania szkód zdrowotnych, osobistych i społecznych [5,7].

W literaturze przedmiotu funkcjonuje kilka klasyfikacji substancji psychoaktywnych. Najpopularniejsze z nich, zostały utworzone przez Światową Organizację Zdrowia i Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ). Według klasyfikacji WHO, substancje psychoaktywne to grupy:

- opium (pochodne opium – opiaty oraz ich syntetyczne analogi);
- alkoholu, arbituranów i barbituranopodobnych;
- amfetaminy i amfetaminopodobnych leków pobudzających;
- kokainy;
- halucynogenów;
- konopi indyjskich, grupa lotnych rozpuszczalników;
- khatu [5].

Z kolei klasyfikacja wg ONZ wygląda następująco:

- narkotyki naturalne i syntetyczne;
- produkty otrzymywane z konopi indyjskich;
- kokaina i inne produkty otrzymywane z koki;
- barbiturany i inne środki uspokajająco-nasenne;
- małe trankwilizatory;
- amfetaminy i pochodne środki pobudzające;
- LSD i inne halucynogeny;
- analogi narkotyków kontrolowanych (*designer drugs*);
- rozpuszczalniki organiczne i środki inhalacyjne [5,7].

Klasyfikacja ICD - 10 wyróżnia zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane przyjmowaniem następujących substancji psychoaktywnych: alkoholu, opiatów, kanabinoli, leków uspokajających i nasennych, kokainy, innych niż kokaina substancji stymulujących, w tym kofeiny substancji halucynogennych, tytoniu, lotnych rozpuszczalników oraz używaniem kilku substancji psychoaktywnych lub innych substancji niż wyżej

wymienione [8].

Należy podkreślić, iż uzależnienie jest zjawiskiem wielopłaszczyznowym i wieloczynnikowym, dlatego też mnogość terminów i pojęć, począwszy od nazw oraz grup poszczególnych narkotyków, poprzez stany zdrowotne (somatyczne i psychiczne), aż po kwestie natury społecznej i moralnej.

Kolejną próbą dokonania systematyzacji, jest podział wynikający z doświadczeń oraz wiedzy praktyki lekarskiej. Uwzględnia on specyficzne cechy wpływu określonych substancji na zdrowie i zachowanie człowieka.

W Tabeli I przedstawiono klasyfikację substancji psychoaktywnych wg praktyki klinicznej.

Tabela I. Klasyfikacja substancji psychoaktywnych według praktyki klinicznej

Leki psycholeptyczne:	środki nasenne	barbiturany	
	środki przeciwłękowe i łagodniejsze środki uspokajające	benzodiazepiny	
		meprobamty	
	mocniejsze środki uspokajające	neuroleptyki	
Leki psychoanaleptyczne:	środki pobudzające nastrój	trojcykliczne i niotrojcykliczne środki przeciwdepresyjne	
		IMAO (inhibitory monoaminooksydazy)	
	środki pobudzające czujność	amfetamina i ich pochodne	
Leki psychodysleptyczne:	środki halucynogenne	meskalina	
		psylocybina	
		LSD	
	środki odurzające	Opiaty	morfina
			heroína
			metadon
		Inne	konkaina
			kanabioidy
	środki uspakajające	alkohol	
		eter	
		rozpuszczalniki	

Źródło: Jędrzejko M., Kowalewska A.: Narkomania i uzależnienia – zjawisko i podstawowe uzależnienia [w:] Człowiek wobec uzależnień, pod red. Jędrzejko M., Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Poznań 2010, 23 [5].

Epidemiologia

W Polsce najwięcej jest uzależnionych od tytoniu (alkaloid nikotyna) – około 5-6 mln osób. Uzależnienie to najprościej wykryć jest samodzielnie. Mianowicie, jeżeli jedną z pierwszych czynności dnia jest poszukiwanie papierosa, to osoba ta najprawdopodobniej jest uzależniona od nikotyny. Z kolei od alkoholu jest uzależnionych od około 800 tys. do 1,2 mln osób. Co roku w systemie leczenia pojawia się 350 tys. nowych uzależnionych. Z kolei nadmiernie i szkodliwie w Polsce alkohol spożywa ponad 3 mln [9].

Szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym występują u kolejnych 3–4 mln osób, dorosłych i dzieci. Ponadto obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem oraz przemocą i demoralizacją, ubóstwo i obniżenie szans osiągnięcia kariery zawodowej [10].

Ponadto około 2 milionów dzieci cierpi z powodu alkoholizmu rodziców. Większość rozwodów (70%) ma podłoże alkoholowe. Picie pogłębia ubóstwo rodzin, stając się istotną przeszkodą np. w znalezieniu pracy. W skali społecznej straty te wynoszą od 2 do 6% produktu narodowego brutto. Należy także pamiętać, że 6% konsumentów wypija, aż 53% alkoholu [11].

Statystyki pokazują wzrost spożycia alkoholu przez osoby nieletnie oraz przerażające tempo zmniejszenia wieku inicjacji alkoholowej. Osoby młode są szczególnie narażone na uzależnienie [12].

W przypadku uzależnienia od narkotyków poszczególnych rodzajów, jest uzależnionych od kilku do kilkunastu tysięcy osób, w każdym bądź razie mniej niż 120 tysięcy łącznie. Najczęściej używane są przetwory z konopi indyjskich (marihuana) i w kolejności amfetamina, ponieważ Polska jest źródłem tej substancji w skali światowej [12].

Używane w Europie narkotyki stanowią obecnie bardziej różnorodną grupę niżeli kiedykolwiek. Powszechne wśród osób używających narkotyków, jest równoczesne przyjmowanie różnych substancji, zaś indywidualne modele konsumpcji obejmują używanie eksperymentalne, problemowe oraz uzależnienie. Ogólnie rzecz biorąc, wszystkie narkotyki są częściej używane przez mężczyzn, zaś różnica ta jest zwykle szczególnie wyraźna w przypadku bardziej intensywnego albo regularnego używania. Używanie konopi indyjskich, jest około pięć razy bardziej rozpowszechnione niżeli innych substancji. Chociaż konsumpcja heroiny oraz innych opioidów pozostaje na stosunkowo niskim poziomie, to właśnie te narkotyki wiążą się z najbardziej szkodliwymi formami konsumpcji, w tym z podawaniem drogą iniekcji [13].

Dopalacze, są to środki psychoaktywne, którymi „zainteresowana” jest głównie młodzież. Około 10–12% osób w wieku 15–17 lat deklaruje, iż przynajmniej raz w życiu

używało tego typu substancji psychoaktywnej, zaś ok. 3–4% młodzieży w tym wieku często sięga po dopalacze. W latach 2011–2015 wskaźniki używania dopalaczy nie zmieniły się istotnie, a wręcz zmalały w grupie starszej młodzieży (17–18 lat). Dopalacze odznaczają się wysoką toksycznością. Są niebezpieczne dla zdrowia i życia ich użytkowników, lecz nie ma racjonalnych powodów, aby traktować je jako wyjątkowe zagrożenie młodzieży szkolnej w Polsce [12].

Ponadto można stwierdzić, iż około 92% populacji dorosłych używa alkoholu, około 40% pali papierosy, kilka procent miało kontakt z narkotykami innymi niż konopie indyjskie (maksymalnie 6% populacji), zaś około 25% - pojedyncze doświadczenia z marihuaną. Jeśli zaś chodzi o wiek, dominują osoby w przedziale 16-26 lat [12].

Nikotyna jest drugą co do stopnia rozpowszechnienia substancją psychoaktywną, używaną przez młodzież szkolną. W oparciu o wyniki badań z 2015 roku stwierdzono, iż około 52% 15–16-latków, przynajmniej raz w życiu wypaliło papierosa. Pierwsze eksperymenty z paleniem tytoniu, podobnie jak próby z alkoholem, stosunkowo często rozpoczynają się przed 13 rokiem życia. Odsetek 15-latków palących papierosy codzienne sięga około 10%, zaś palących regularnie (co najmniej raz w tygodniu i częściej) – około 15% [14].

Ponadto w dziedzinie używania substancji psychoaktywnych, można stwierdzić:

- Im groźniejsza substancja (bardziej destrukcyjna, silniej uzależniająca), tym sporadyczniejsze jej używanie, jak też mniejszy odsetek populacji popada w uzależnienie od niej;
- Liczba szkód jest większa w przypadku substancji „mniej groźnych”, ponieważ używa ich więcej osób (np. suma szkód alkoholowych w USA jest większa niż szkód powodowanych przez narkotyki). W grę wchodzi szczególnie szkody „przed uzależnieniem”;
- Indywidualne straty pojawiają się szybciej i są poważniejsze w wymiarze indywidualnym, w przypadku substancji o większym potencjale uzależnienia (populacyjnie rzadziej używanych!);
- Częściej i więcej substancji psychoaktywnych używają dorastający oraz młodzi dorośli,
- niżeli ludzie starsi;
- W przypadku bardzo podatnej populacji, nawet większość osób może być uzależniona w skutek używania substancji psychoaktywnych (Indianie – w pewnych szczepach nawet do 95% uzależnionych dorosłych mężczyzn!). Może dochodzić do koncentracji uzależnienia w pewnych grupach. Podatność na uzależnienie jest w dużym stopniu dziedziczna (czynniki psychologiczne, społeczne);

- Zazwyczaj więcej używają osoby ze skrajnych grup społecznoekonomicznych – np. bardzo biedni i bardzo bogaci;
- W czasach nowożytnych nastąpił gwałtowny wzrost używania, nadużywania i uzależnienia, szczególnie w krajach bardziej rozwiniętych ekonomicznie. Wzrost ten dalej postępuje, napędzany polityką zwiększania podaży substancji, w ramach mechanizmów rynkowych;
- Używanie substancji „łagodniejszych” zwiększa prawdopodobieństwo sięgania po „poważniejsze” (tzw. ścieżka uzależnień), według toru: alkohol – papierosy – marihuana – amfetamina – inne narkotyki;
- Wśród substancji są i takie (np. opiaty), od których uzależniamy się bardzo szybko, a wyjście z uzależnienia jest w obecnych warunkach mało prawdopodobne (bardzo trudne, wręcz niemożliwe). Prawie połowa uzależnionych od silnie uzależniających substancji nie dożywa 30-tego roku życia. Nadal udaje się przyjść z pomocą terapeutyczną jedynie niewielkiej części uzależnionych (najlepsze terapie mają skuteczność rzędu 35–40% tych, co szukają pomocy, a szuka zdecydowana mniejszość uzależnionych), efektywne terapie są długie i kosztowne, bo oparte na systematycznym oddziaływaniu zespołu terapeutów przez dłuższy czas;
- Zjawiska te są dynamiczne – mogą zmieniać się z każdym pokoleniem, nawet co kilka lat! [12].

Fazy uzależnienia

Cykl wejścia w nałóg, ma swój początek w okazjonalnym użyciu substancji psychoaktywnej. Jeżeli jej rezultaty działania będą odczuwane przez człowieka jako przyjemne (z powodu aktywacji układu nagrody), wysoce prawdopodobne jest ponowne sięgnięcie po tą samą substancję. Nadużywanie substancji może przerodzić się w przymus jej pobierania, a także utratę kontroli nad zachowaniem [7].

W stadium przedalkoholowym stwierdza się coraz mniejszą odpornością organizmu na przeżywane napięcia psychiczne, przy zwiększającej się tolerancji na przyjmowany alkohol. Osoba musi zatem zażywać coraz większe dawki alkoholu, aby uzyskać taki sam rezultat jak wcześniej. Alkohol spożywany jest jedynie towarzysko, zaś osoba pijąca nie kojarzy jeszcze odczuwanej ulgi psychicznej z wypiciem alkoholu. Czas trwania tej fazy wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy, natomiast u dzieci oraz młodzieży trwa ona stosunkowo krótko.

Kolejnym etapem rozwoju uzależnienia jest **faza ostrzegawcza/zwiastunowa**, w której pojawia się szereg objawów wskazujących na dalszy rozwój choroby. Do najważniejszych z nich należą: zaburzenia pamięci, tzw. palimpsesty alkoholowe, coraz większa koncentracja na alkoholu, szukanie okazji do picia, inicjowanie wypijania alkoholu, ukrywanie picia, spożywanie alkoholu w samotności, tzw. klinowanie. W tej fazie jednostka coraz bardziej doświadcza „magicznego” wpływu alkoholu na samopoczucie. Sięga po niego głównie w sytuacjach, w których potrzebuje uwolnić się od napięcia [15].

Trzecia **faza, krytyczna** to etap, w którym w pełni występuje zjawisko utraty kontroli. Kiedy jednostka sięga po alkohol, ma ogromne trudności w powstrzymaniu się w momencie, w którym picie zaczyna przekraczać tzw. rozsądne granice. Spożywa alkohol aż do osiągnięcia stanu upojenia. Głód alkoholowy pojawia się coraz częściej, głównie jako przymus fizyczny. W tej fazie opisane wcześniej objawy uzależnienia nasilają się. Występuje również zaprzeczanie problemom związanym z piciem, samooszukiwanie i tworzenie racjonalizacji bądź usprawiedliwień dla picia, zaniedbywanie pracy, rodziny oraz utrata innych zainteresowań, koncentracja życia wokół spraw związanych z alkoholem, gromadzenie zapasów alkoholu, wzrost agresywności, problemy z prawem, picie ciągami na przemian z okresami całkowitej abstynencji dla poprawy zdrowia oraz udowodnienia sobie i innym „silnej woli”, składanie przysięg abstynencji, obniżenie popędu seksualnego, konieczność stałego uzupełniania stężenia alkoholu we krwi [15].

W **fazie czwartej, chronicznej** można wyróżnić: okresy długotrwałego opilstwa, picie poranne, upijanie się w samotności, spadek tolerancji na alkohol, sięganie po alkohole niekonsumpcyjne, wynoszenie rzeczy oraz kradzieże w celu zdobycia alkoholu, psychozy alkoholowe, padaczkę alkoholową, poważne choroby somatyczne, jak: alkoholowa marskość wątroby, polineuropatia alkoholowa, otępienie alkoholowe, skrajne wyczerpanie organizmu [15].

Fazy uzależnienia, które klasyfikuje poszczególne etapy zależności od środków psychoaktywnych.

1. **Faza eksperymentowania, która** zaczyna się od pierwszego kontaktu z substancją psychoaktywną, która najczęściej jest substancją używaną w środowisku eksperymentatora, np. alkohol, papierosy, czy leki. Krytyczny moment następuje wtedy, kiedy zaczyna szukać kontaktu z używką.
2. **Faza fascynacji** – wielu uzależnionych stwierdza, iż w pierwszych doświadczeniach z narkotykiem ich odczucia niewiele się zmieniają lub są dość nieprzyjemne. Jednakże z

biegiem czasu, jednostka uczy się odpowiednio dawkować narkotyk, celebrować go, zaczyna również eksperymentować z innymi środkami. W końcu trafia na swoją substancję. Ponadto zachowania utrwała zazwyczaj nawiązanie kontaktu z innymi biorącymi oraz brak reakcji najbliższego otoczenia na pierwsze eksperymenty.

3. **Faza przymusu brania**, to uzależnienie fizyczne i psychiczne. Substancja psychoaktywna staje się tak potrzebna jak jedzenie i picie. Zostaje włączona w strukturę potrzeb. Środek odurzający przyjmowany jest regularnie, zaś rozwijająca się tolerancja na specyfik powoduje, iż nie wystarczy już ta sama dawka, konieczne jest jej zwiększenie. Jednostka wpada w ciągi odurzenia. Czego konsekwencją są głównie bezmyślne łączenie różnych środków po to, aby wzmocnić ich działanie, często ryzykowne nawet dla życia. Widoczne staje się zaniedbanie, pogorszenie stanu zdrowia, wyglądu oraz rezygnacja z ukrywania uzależnienia.
4. **Faza przyjmowania**, po to aby zachować sprawność – największym problemem staje się zespół abstynencyjny. Uzależnienie jest tak zaawansowane, że jednostka nie potrafi funkcjonować bez odurzenia, jednocześnie jednak potrzebuje coraz większych dawek.

Czynniki powodujące uzależnienie

Do czynników zwiększających ryzyko ukształtowania się uzależnienia od substancji psychoaktywnych zalicza się: słabą więź z rodzicami, niekorzystne indywidualne cechy psychiki jednostki, a także obserwacja niewłaściwych zachowań rodziców [16].

Istotnym czynnikiem decydującym o sięganiu po substancje uzależniające, jest czynnik psychologiczny. W rozwoju uzależnienia ważną rolę przypisuje się poszukiwaniu nowych, subiektywnych odczuć czy doświadczeń (ciekawość), jak również brak akceptacji negatywnych odczuć (smutek, lęk, depresja) z powodu trudnej sytuacji życiowej oraz chęć obniżania napięcia psychicznego. Również stres związany jest z podatnością na nawroty do nałogu, gdyż odgrywa ważną rolę w negatywnych stanach emocjonalnych (lęk, efekty awersyjne) w czasie odstawienia. Czynniki środowiskowy to także ważny element w inicjacji nadużywania substancji psychoaktywnych. W tym kontekście naukowcy zwrócili uwagę na znaczenie tzw. hierarchii społecznej oraz stresu z niedostosowania społecznego. O ile w grupie, społeczna przewaga osobników nad innymi osłabia zainteresowanie substancją uzależniającą (badania zespołu dr. Michaela Nadera opublikowane w *Nature Neuroscience* 2002, wykonane na małpach z wykorzystaniem neuroobrazowania i modelu samopodawania kokainy), co związane jest z większą liczbą postsynaptycznych receptorów dopaminowych D2, to stres spowodowany negatywnymi warunkami środowiskowymi niewątpliwie zwiększa zainteresowanie

substancjami pozornie zapewniającymi osobnikom gratyfikację w postaci nagrody (m.in. odczucie radości, euforii) [7].

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), uzależnienie od alkoholu jest przewlekłym zaburzeniem charakteryzującym się występowaniem co najmniej trzech z sześciu charakterystycznych objawów w okresie ostatniego roku. Mianowicie [17]:

- silna potrzeba picia bądź kompulsywne picie alkoholu;
- trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z piciem alkoholu pod postacią upośledzenia kontroli nad: piciem (np. powstrzymywania się od picia przed południem), długością trwania picia (np. ograniczenia picia do jednego dnia), bądź ilością wypijanego alkoholu (konieczność picia „do dna butelki”);
- objawy abstynencyjne – spowodowane przerwaniem picia bądź zredukowaniem dawnych dawek, przejawiające się: charakterystycznym zespołem abstynencyjnym, piciem alkoholu bądź przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (typowo są to pochodne benzodiazepiny) z zamiarem złagodzenia bądź uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- występowanie tolerancji polegającej na tym, iż do wywołania rezultatu powodowanego poprzednio mniejszymi dawkami konieczne jest wypicie większych dawek alkoholu. Po wielu latach używania alkoholu, tolerancja może ulec zmniejszeniu. Ma to związek z ograniczeniem liczby komórek nerwowych w OUN, a także zmniejszoną zdolnością uszkodzonej wątroby do metabolizowania etanolu;
- postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności bądź zainteresowań z powodu picia, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu albo powrót do normy po wypiciu;
- picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości (np. o uszkodzeniu wątroby
- spowodowanym alkoholem, stanach depresyjnych po dłuższym picciu.

Z kolei według DSM – 5 o problemowym wzorze picia alkoholu, powodującym klinicznie ważne zaburzenia, można mówić, jeżeli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm poniższym kryteriom utrzymującym się przez ostatnie dwadzieścia miesięcy [18]:

1. Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach bądź przez okres dłuższy niżeli zamierzony.
2. Występuje trwałe pragnienie albo bezskuteczne próby przerywania lub kontrolowania picia alkoholu.

3. Duża ilość czasu jest poświęcona na działania konieczne do pozyskania alkoholu, picia
4. go albo odwracania konsekwencji jego działania.
5. Pragnienie, silna potrzeba albo przymus picia alkoholu.
6. Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnieniu istotnych
7. podstawowych obowiązków w pracy, szkole albo domu.
8. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości utrwalonych albo nawracających problemów społecznych albo międzyludzkich, wywołanych albo zaostrzonych przez skutki picia alkoholu.
9. Porzucenie albo zmniejszenie częstotliwości występowania istotnych czynności społecznych, zawodowych albo rekreacyjnych z powodu picia alkoholu.

Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie rozrywkowe.

1. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych albo nawracających problemów fizycznych albo psychicznych, które zostały spowodowane albo zaostrzyły się z powodu picia alkoholu.
2. Tolerancja zdefiniowana jako któreś z poniższych:
3. Potrzeba wyraźnego zwiększenia ilości wypijanego alkoholu w celu osiągnięcia upojenia albo pożądanego rezultatu.
4. Wyraźne zmniejszenie działania alkoholu przy wypijaniu takiej samej ilości.
5. Odstawienie, charakteryzującym się każdym z wymienionych: a. Charakterystyczny alkoholowy zespół odstawienny (Kryteria A i B w zestawie kryteriów dla Odstawienia Alkoholu).
 - A. Zakończenie okresu długotrwałego i intensywnego spożywania alkoholu (lub zmniejszenie ilości wypijanego alkoholu).
 - B. Co najmniej dwa spośród wymienionych objawów, rozwiązujące się w ciągu kilku godzin do kilku dni po zaprzestaniu (czy zmniejszeniu) spożywania alkoholu;
 - pobudzenie układu immunologicznego,
 - nasilenie drżenia rąk,
 - bezsenność,
 - nudności i wymioty,
 - przemijające omamy albo iluzje wzrokowe, czuciowe albo smakowe,
 - pobudzenie psychoruchowe,
 - niepokój,
 - uogólnione napady toniczno-kloniczne.

Konsekwencje zażywania środków psychoaktywnych

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych, w jakiegokolwiek byłoby to fazie, prowadzi do poważnych zaburzeń funkcjonowania człowieka. Nie jest oczywiście tak, że każdy eksperyment prowadzi do uzależnienia, jednakże ma ono bardzo osobniczy charakter. Dlatego też osoba eksperymentująca z substancjami psychoaktywnymi nie jest w stanie określić, jakie będą tego krótkie oraz dalekosiężne następstwa [19].

Należy podkreślić fakt, iż osoby uzależnione poszukują coraz mocniejszych „wrażeń”, co przejawia się w sięganiu po coraz większe dawki, a także środki wywołujące silniejsze reakcje. Konsekwencją tego rodzaju postępowania są [19]:

- wyniszczenie organizmu;
- zaburzenia funkcjonowania wszystkich jego układów, liczne choroby (zwiększenie podatności na infekcje i zakażenia);
- degradacja psychofizyczna i społeczna.

Wśród szkód zdrowotnych spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych można wyróżnić [5]:

- uzależnienia;
- zaburzenia psychiczne (psychozy, stany depresyjne i lękowe);
- pogorszenie stanu fizycznego, uszkodzenia narządów wewnętrznych (wątroby, nerek, układu krwiotwórczego i innych);
- śmiertelne przedawkowania i zatrucia;
- infekcje wirusowe i bakteryjne;
- obniżenie zdolności (a nawet niezdolność) ośrodkowego układu nerwowego (OUN) do oceny sytuacji zewnętrznej prowadzące do powstawania zagrożeń zdrowia i życia.

Konsekwencje somatyczne

Przewlekłe używanie substancji psychoaktywnych, prowadzi do powstania różnego rodzaju zaburzeń somatycznych, które stanowią nierozdzielalną składową obrazu choroby, jakim jest uzależnienie. Objawy chorobowe objawiają się w szeregu narządach oraz układach [46].

Układ odpornościowy

Mechanizmy działania substancji psychoaktywnych na układ odpornościowy nie są do końca poznane. Styl życia (stres, niedożywienie), zaburzenia snu, choroby infekcyjne mogą mieć znaczny wpływ, bez względu na rodzaj przyjmowanej substancji. U osób stosujących substancje psychoaktywne drogą parenteralną, obserwuje się liczne zaburzenia. Do najczęściej

występujących zalicza się m.in. uogólniona limfadenopatia, podwyższony poziom immunoglobulin, szczególnie IgG i IgM, limfocytoza, zmiana aktywności komórek NK (naturalkiller), błędnie dodatnie testy serologiczne (kiłowe, czynnika reumatoidalnego, odczynu wiązania dopełniacza) [20].

Układ oddechowy

Najczęściej stwierdzaną dolegliwością palaczy nikotyny jest przewlekły nieżyt oskrzeli. Bezpośrednio związanymi z paleniem tytoniu i kanabinoli są rak płaskonabłonkowy, drobnokomorkowy i gruczolakorak płuc, a także rak płaskonabłonkowy krtani. Z kolei u palaczy marihuany, czy u wachających substancje wziewne, występuje rzadziej. Zaburzenia odporności immunologicznej, chroniczne palenie papierosów, niedożywienie, są istotnymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi zapalenia płuc wśród osób uzależnionych i przyjmujących narkotyki dożylnie.

Układ pokarmowy

Konsekwencje używania środków psychoaktywnych dokonują swego rodzaju „spustoszenia” w układzie pokarmowym. Mianowicie powodują stany zapalne przełyku, żylaki przełyku, choroby wrzodowe żołądka i dwunastnicy, zaburzenia wchłaniania glukozy, choliny, cynku, aminokwasów i witamin oraz innych substancji. Ponadto doprowadzają do zaburzenia perystaltyki jelit, uszkodzenia struktury oraz funkcji śluzówki, ostrego i przewlekłego zapalenia trzustki czy wątroby, martwicy komórek i zwłóknienia oraz nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku i żołądka [21].

Układ krążenia

Substancje psychostymulujące (bez względu na drogę przyjmowania), mogą prowadzić do: zaburzeń rytmu serca, niedokrwienia mięśnia sercowego, kardiomiopatii, nadciśnienia tętniczego, tętniaków, a nawet wylewy krwi do mózgu [19].

Zaburzenia rytmu serca, są z reguły pochodzenia nadkomorowego, rzadziej komorowego. Niedokrwienie mięśnia sercowego oraz zaburzenia rytmu, mogą być doprowadzić do nagłej śmierci u przyjmujących kokainę. Zaburzenia rytmu serca prowadzące do śmierci, mogą również wystąpić po przyjęciu niektórych opioidów, np. metadonu.

Układ wydalania wewnętrznego

Wśród osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych stwierdza się też zaburzenia

wydzielania wewnętrznego, które mogą być spowodowane wpływem tych substancji na neuroprzeżytnictwo w ośrodkowym układzie nerwowym oraz wydzielanie hormonów przysadki mózgowej. Natomiast opiaty, poprzez wpływ na oś podwzgórze–przysadka–nadnercza, a także podwzgórze – przysadka–gonady, mogą zaburzać wydzielanie prolaktyny, estrogenów, testosteronu, czego skutkiem jest zanik miesiączki i hipogonadyzm. Marihuana może obniżać poziom testosteronu, libido, a także ruchliwość plemników[20].

Układ mięśniowo-szkieletowy

Martwica mięśni poprzecznie prążkowanych (rabdomioliza) występuje w uzależnieniu od alkoholu, opioidów, substancji psychostymulujących (kokaina, amfetamina). O uszkodzeniu mogą świadczyć mogą następujące objawy kliniczne: nadwrażliwość mięśni na dotyk, bóle mięśni, podwyższona temperatura, obniżone ciśnienie krwi, a nawet senność. Narastająca mioglobulinuria, występująca już we wczesnym etapie choroby, może doprowadzić do niewydolności nerek.

Układ moczowo-płciowy

Osoby przyjmujące substancje psychoaktywne, zdecydowanie częściej są zakażeni rzeżączką i kiłą niżeli w populacji ogólnej. Zakażenie HIV jest także związane ze wzrostem zapadalności na wrzód miękkiej oraz opryszczkowe zapalenie narządów płciowych i odbytu. Z kolei stosunki analne oraz oralne sprzyjają szerzeniu się zakażeń jelitowych (HAV, Salmonella, lamblie, pełzaki) i innych zakażeń (np. gonokokowego zapalenia gardła) [20].

Samobójstwa

Liczne doniesienia wskazują, iż uzależnienie od alkoholu jest ważnym czynnikiem ryzyka występowania myśli oraz zachowań samobójczych [22].

W literaturze przedmiotu podnosi się, iż pacjenci uzależnieni od alkoholu są obciążeni samobójstwem od 60 do 120 razy bardziej niżeli pacjenci bez zaburzeń psychicznych. Niektóre badania wskazują na większe ryzyko samobójstwa w tej grupie niżeli u chorych z depresją. Można doszukać się danych, które wskazują, że 24% uzależnionych od alkoholu osób chociaż raz w życiu próbowało odebrać sobie życie [23].

Konsekwencje psychiczne

Tabela II. Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne wśród użytkowników substancji psychoaktywnych

Rodzaj przyjmowanego narkotyku	Zaburzenia psychiczne
Opioidy	Osobowość dysocjalna + typu borderline Zespoły depresyjne
Kokaina, amfetaminy	Zespoły depresyjne Stany psychotyczne (schizofrenopodobne) ADHD Zaburzenia odżywiania się
Leki uspokajające i nasenne	Zespoły lękowe Zespoły depresyjne Zespoły organiczne
Konopie i inne substancje halucynogenne	Stany psychotyczne (zespoły urojeniowe, schizofrenopodobne) Zespół apatyczno-abuliczny Schizofrenia
Lotne rozpuszczalniki	Osobowość dysocjalna + typu borderline Zespoły urojeniowe Zespoły organiczne

Źródło: Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych [w:] Uzależnienie od narkotyków, pod red. Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J. Cz., Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, 77 [20].

Problemy ze zdrowiem psychicznym wśród osób uzależnionych, mogą przejawiać się m.in. w upośledzeniu **funkcji poznawczych**, takich jak zapamiętywanie nowych informacji, osłabienie zdolności koncentracji, a także wykonywania zadań wymagających koordynacji wzrokowo-ruchowej. Środki stymulujące, takie jak amfetamina, powodują nadwrażliwość na bodźce odbierane ze środowiska, wzmożoną aktywność, która ma nieprzemyślany oraz niecelowy charakter. Zaburzenia dotyczą też **sfery emocjonalnej**. Wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne mogą pojawić się gwałtowne zmiany nastrojów, stany lękowe, stany depresyjne, czasem nawet z myślami samobójczymi, czy stany maniakalne. Konsekwencją przyjmowania substancji psychoaktywnych, są często **zaburzenia osobowości**. Jednakże na

dzień dzisiejszy wyniki badań naukowych wskazują, iż zaburzenia osobowości mogą być zarówno przyczyną, jak i konsekwencją przyjmowania przez ludzi substancji psychoaktywnych. Należy tu wspomnieć, iż nie istnieje osobowość, którą można by określić „przednałogową”, jednakże pewne czynniki osobowościowe, takie jak neurotyczność, impulsywność, ekstrawersja przy niewydolnym wychowawczo środowisku rodzinnym, mogą predysponować do przyjmowania substancji psychoaktywnych. Z drugiej zaś strony przyjmowanie tychże substancji może nasilać występowanie tych czynników. Negatywnymi skutkami przyjmowania środków psychoaktywnych, mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu komórek nerwowych bądź powodować uszkodzenia w strukturze mózgu [5].

CELE PRACY

Ocena wpływu środków narkotycznych na sferę bio-psycho-społeczną osób uzależnionych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzono na 160 osobowej grupie respondentów, wśród pacjentów używających środków psychoaktywnych, którzy podjęli terapię w Wojewódzkim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży. Badania przeprowadzono od stycznia do marca 2019 roku.

Metodą badawczą zastosowaną w celu przeprowadzenia procesu badawczego był sondaż diagnostyczny. Metoda sondażu diagnostycznego zdaniem Pilcha, to sposób 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 w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje. W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety opracowanym specjalnie dla potrzeb badania.

Kwestionariusz składał się z 2 części:

- części metryczkowej, zawierającej niezbędne dane o pacjencie - wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, miejsce zamieszkania, w jakim trybie odbywana jest terapia w Ośrodku, jak długo trwa terapia w Ośrodku, oraz wykształcenie.
- części zasadniczej, która złożona była z 31 pytań zamkniętych i 4 pytań otwartych.

Kwestionariusz ankiety miał charakter anonimowy. Ankietowani zostali

poinformowani, że ankieta ma charakter anonimowy, a uzyskane dane posłużą wyłącznie pracy naukowej.

WYNIKI

Charakterystyka próby

W badanej próbie osób poniżej 25 roku życia było 7,5%. Ankietowani w wieku 26-35 lat stanowili 10,6% próby. Osoby w wieku 56-65 lat stanowiły 26,9% badanych, a powyżej 66 roku życia było 1,9% respondentów.

Większość badanych stanowili mężczyźni (75%).

W związku małżeńskim było 49,4% respondentów. Osoby owdowiałe stanowiły 9,4% ankietowanych.

Jedną trzecią próby stanowiły osoby wychowujące dzieci. Dorosłe dzieci posiadało 37,5% ankietowanych. Z terenów wiejskich pochodziło 43,8% ankietowanych. W trybie ambulatoryjnym terapię odbywało 35,6% ankietowanych. Pozostałe 64,4% respondentów przechodziło terapię stacjonarnie. Badanych zaczynających terapię było 12%. Osoby, które od tygodnia były na terapii stanowiły 12,7% respondentów. U 27,8% respondentów terapia trwała dwa miesiące. Jedna osoba była na terapii od trzech miesięcy.

Tabela III. Podział badanych pod względem czasu trwania terapii w ośrodku

Jak długo trwa Pana/Pani terapia w Ośrodku	N	%
zaczynam	19	12,0
1 tydzień	20	12,7
2 tygodnie	11	7,0
3 tygodnie	11	7,0
1 miesiąc	17	10,8
5 tygodni	5	3,2
6 tygodni	11	7,0
7 tygodni	5	3,2
2 miesiące	44	27,8
3 miesiące	1	0,6
nie wskazano	14	8,9

Wykształcenie podstawowe posiadało 10,6% badanych. Edukację na szkole zawodowej

zakończyło 44,4% ankietowanych. Z kolei osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 13,1% badanej próby. Szczegóły przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Podział badanych pod względem wykształcenia

Wykształcenie	N	%
Podstawowe	17	10,6
Gimnazjalne	6	3,8
Zawodowe	71	44,4
Średnie	45	28,1
Wyższe	21	13,1

Nieco ponad połowa badanych pracowała zawodowo (53,5%). Osób bezrobotnych było 27%. Szczegóły przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Podział badanych pod względem aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa	N	%
pracuję	85	53,5
bezrobotny/a	43	27,0
emeryt/rencista	25	15,7
inne	6	3,8

Analiza pytań ankiety

Zdecydowana większość badanych przyznała, że jest osobą uzależnioną (89,4%). Szczegóły przedstawiono w Tabeli VI.

Tabela VI. Podział badanych pod względem bycia osobą uzależnioną

Czy uważa się Pan/Pani za osobę uzależnioną?	N	%
tak	143	89,4
nie	17	10,6

Jedna czwarta badanych problemy z uzależnieniem miała krócej niż pięć lat. Od 15 do 20 lat problemy z uzależnieniem miało 13,1% ankietowanych. Więcej niż 20 lat w nałogu było 8,1% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. Podział badanych pod względem czasu od jakiego posiadają problem z uzależnieniem

Proszę określić od kiedy ma Pan/ Pani problemy z uzależnieniem?	N	%
0-5 lat	40	25,0
5-10 lat	45	28,1
10-15 lat	41	25,6
15-20 lat	21	13,1
Powyżej 20 lat	13	8,1

Po substancje psychoaktywne rzadko sięgało 5,7% badanych. Bardzo często robiło to 15,7% ankietowanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Podział badanych pod względem częstości sięgania po substancje psychoaktywne

Jak często Pan/Pani sięga po substancje psychoaktywne (alkohol, narkotyki, dopalacze, leki)?	N	%
rzadko	9	5,7
czasem	34	21,4
często	91	57,2
bardzo często	25	15,7

Pierwszy raz po środki uzależniające w szkole lub na uczelni sięgnęło 31,3% badanych. Nieco ponad jedna trzecia badanych pierwszy kontakt z omawianymi środkami miało miejsce na imprezie (33,8%). Szczegóły przedstawiono w Tabeli IX.

Tabela IX. Podział badanych pod względem okoliczności w jakich po raz pierwszy sięgnęli po środki uzależniające

W jakich okolicznościach sięgnął Pan/Pani pierwszy raz po środki uzależniające?	N	%
w szkole/na uczelni	50	31,3
w pracy	43	26,9
na imprezie	54	33,8
Inne	13	8,1

U zdecydowanej większości badanych środkiem uzależniającym po który sięgnęli po raz pierwszy, był alkohol (94,3%). Dla 2,5% ankietowanych był to alkohol i narkotyki. Szczegóły przedstawiono w Tabeli X.

Tabela X. Podział badanych pod względem środka psychoaktywnego zażytego po raz pierwszy

Jakiego rodzaju środek psychoaktywny był to wówczas?	N	%
alkohol	150	94,3
alkohol i narkotyki	4	2,5
narkotyki	5	3,1

Większość badanych w momencie przeprowadzania badania, uzależniona była od alkoholu (88,1%). Od narkotyków uzależniona była jedna osoba, a od alkoholu i narkotyków 7,5%. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XI.

Tabela XI. Podział badanych pod względem rodzaju środka od którego są uzależnieni

Jakiego rodzaju jest to uzależnienie aktualnie?	N	%
od alkoholu	141	88,1
od narkotyków	1	,6
od dopalaczy	6	3,8
od alkoholu i narkotyków	12	7,5

Tabela XII. Podział badanych pod względem okoliczności w jakich doszło do uzależnienia

Proszę wskazać w jakich okolicznościach doszło do uzależnienia?	N	%
wpływ rówieśników	34	21,3
chęć poprawienia sobie samopoczucia	50	31,3
problemy i kłopoty	35	21,9
moda na taki styl życia	13	8,1
ciekawość doznań	11	6,9
chęć zaimponowania innym	8	5,0
reakcja na nudę i samotność	8	5,0
objaw buntu przeciwko dorosłym	1	0,6

Pod wpływem rówieśników uzależniło się 21,3% ankietowanych. Chęć poprawienia sobie samopoczucia doprowadził do uzależnienia 31,3% badanych. Do uzależnienia w okresie problemów i kłopotów doszło u 21,9% respondentów. Pod wpływem mody na taki styl życia uzależniło się 8,1% badanych. Jedna osoba sięgnęła po środki psychoaktywne w przejawie buntu przeciwko dorosłym. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XII.

Jeden lub dwa tygodnie nie zażywało środków uzależniających 25,8% badanych. 22% badanych nie zażywało środków psychoaktywnych przez dwa miesiące, a 13% ankietowanych dłużej niż 2,5 miesiąca. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIII.

Tabela XIII. Podział badanych pod względem okresu abstynencji

Jaki jest okres abstynencji, jeśli teraz jest?	N	%
brak abstynencji	10	6,3
1 tydzień	13	8,2
2 tygodnie	28	17,6
3 tygodnie	10	6,3
1 miesiąc	24	15,1
1,5 miesiąca	18	11,3
2 miesiące	35	22,0
2,5 miesiąca	1	,6
3 miesiące	18	11,3
4 miesiące	2	1,3

Najczęstszym motywem do podjęcia leczenia, była chęć życia w trzeźwości (37%). Dla bliskich i rodziny leczyć zaczęło się 16,2% respondentów. Motywy zdrowotne towarzyszyły przy podjęciu decyzji o terapii w przypadku 14,3% ankietowanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIV.

Do podjęcia leczenia w przypadku dwóch trzecich badanych skłoniły ich problemy rodzinne. Problemy zdrowotne były powodem do podjęcia leczenia w przypadku 45,3% ankietowanych. Problemy z prawem miały wpływ na tą decyzję u 22,6% respondentów. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XV.

Dolegliwości fizyczne związane z uzależnieniem odczuwało 76,3% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVI.

Tabela XIV. Podział badanych pod względem motywu podjęcia leczenia

Jaki był motyw podjęcia przez Pana/Panią leczenia?	N	%
trzeźwość	57	37,
dla rodziny i bliskich	25	16,2
Zdrowotne	22	14,3
chęć zmiany życia	16	10,4
strach przed śmiercią	5	3,2
motywacja własna	5	3,2
problemy emocjonalne	5	3,2
pozbycie się kłopotów	4	2,6
motyw religijny	3	1,9
powrót dzieci do domu	2	1,3
uzyskanie pomocy	2	1,3
konsekwencje picia	1	0,6
różne względy	1	0,6
nakaz sądowy	1	0,6
praca	1	0,6
poprawa jakości życia	1	0,6
odzyskanie opieki nad dziećmi	1	0,6
myśli samobójcze	1	0,6
poczucie zniewolenia	1	0,6

Tabela XV. Podział badanych pod względem problemów jakie skłoniły do podjęcia leczenia

Problemy jakie skłoniły do podjęcia leczenia	N	%
problemy rodzinne	105	66,0%
problemy prawne	36	22,6%
problemy służbowe	29	18,2%
problemy zdrowotne	72	45,3%
inne	6	3,8%
żadne z wymienionych	7	4,4%

Tabela XVI. Podział badanych pod względem odczuwania dolegliwości fizycznych

Czy odczuwał/a Pan/Pani dolegliwości fizyczne związane z uzależnieniem?	N	%
tak	122	76,3
nie	38	23,8

W wyniku uzależnienia biegunki towarzyszyły 64,5% badanych. Bóle żołądka towarzyszyły 52,3% ankietowanych. Problemy trawienne miało 46,5% respondentów. Na bóle wątroby skarżyło się 33,5% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVII.

Tabela XVII. Podział badanych pod względem rodzaju dolegliwości

Rodzaje dolegliwości	N	%
biegunki	100	64,5%
bóle żołądka	81	52,3%
problemy trawienne	72	46,5%
bóle wątroby	52	33,5%
zgaga	38	24,5%
podrażnienia błony śluzowej gardła	28	18,1%
wymioty	10	6,5%

Inne dolegliwości fizyczne, takie jak bóle głowy towarzyszyły 66,5% badanych. Drżenie kończyn miało 59,4% ankietowanych. Arytmia serca dotyczyła 26,5% respondentów. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XVIII.

Tabela XVIII. Podział badanych pod względem innych dolegliwości fizycznych

Inne dolegliwości fizyczne	N	%
bóle głowy	103	66,5%
drżenie kończyn	92	59,4%
arytmie serca	41	26,5%
polineuropatię	13	8,4%
inne	12	7,7%

Wrzody żołądka miało 42,3% badanych. Marskość wątroby dotyczyła 16,9%

ankietowanych. Wirusowe zapalenie wątroby typu C miało 11,3% respondentów. Na choroby nerek cierpiało 9,9% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XIX.

Z powodu zażycia środków psychoaktywnych zrobić coś niewłaściwego, co naruszałoby normy i zwyczaje przyjęte środowisku zdarzyło się trzem czwartym badanych z różną częstotliwością. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XX.

Tabela XIX. Podział badanych pod względem rozpoznanych chorób

Czy rozpoznano choroby	N	%
wrzody żołądka	30	42,3%
marskość wątroby	12	16,9%
wirusowe zapalenie wątroby typu C	8	11,3%
choroby nerek	7	9,9%
nowotwory jamy ustnej, przełyku, żołądka, wątroby,	6	8,5%
zawał mięśnia sercowego	5	7,0%
Udar	1	1,4%
encefalopatia wątrobowa	1	1,4%
Inne	13	18,3%

Tabela XX. Podział badanych pod względem naruszenia norm i zwyczajów przyjętych w środowisku

Jak często zdarzało się Panu/Pani z powodu zażycia środków psychoaktywnych zrobić coś niewłaściwego, co naruszałoby normy i zwyczaje przyjęte w Pana/Pani środowisku?	N	%
nigdy	54	33,8
rzadziej niż raz w miesiącu	46	28,8
raz w miesiącu	38	23,8
raz w tygodniu	22	13,8

W konflikt z prawem w związku z używaniem środków psychoaktywnych weszło 51,9% badanych. Szczegóły przedstawiono w Tabeli XXI.

Tabela XXI. Podział badanych pod względem konfliktów z prawem

Czy w związku z używaniem środków psychoaktywnych wszedł/weszła Pan/Pani w konflikt z prawem? (jazda pod wpływem, utrata prawa jazdy, rozbój)?	N	%
tak	83	51,9
nie	77	48,1

Płeć a uzależnienie

Najwięcej kobiet problemy z uzależnieniem miało 5-10 lat (47,5%). Jedna czwarta badanych kobiet uzależniona była 10-15 lat. Pozostałe 27,5% badanych zmagало się z tą chorobą krócej niż 5 lat. W grupie mężczyzn do pięciu lat z uzależnieniem walczyło 24,2% badanych. Nieco ponad jedna czwarta respondentów uzależniona była 10-15 lat. Od 15 do 20 lat z nałogiem zmagало się 17,5% mężczyzn, a dłużej niż 20 lat 10,8%.

Długość uzależnienia istotnie zależała od płci badanych ($\chi^2(4) = 18,593$; $p < 0,05$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XXII.

Tabela XXII. Problemy z uzależnieniem a płeć

Proszę określić od kiedy ma Pan/ Pani problemy z uzależnieniem?		płeć	
		kobieta	mężczyzna
0-5 lat	N	11	29
	%	27,5%	24,2%
5-10 lat	N	19	26
	%	47,5%	21,7%
10-15 lat	N	10	31
	%	25,0%	25,8%
15-20 lat	N	0	21
	%	0,0%	17,5%
Powyżej 20 lat	N	0	13
	%	0,0%	10,8%

W grupie kobiet nieco ponad połowa pierwszy raz ze środkiem uzależniającym miała kontakt na imprezie (52,5%). W grupie mężczyzn w tego typu okolicznościach pierwszy raz środka uzależniającego zażyło 27,5%.

W przypadku mężczyzn najczęściej pierwszy raz po środki uzależniające sięgano w szkole lub na studiach (38,3%), podczas gdy wśród kobiet odsetek ten wyniósł 10%. Okoliczności pierwszego kontaktu ze środkiem uzależniającym istotnie zależały od płci badanych ($\chi^2(3)=24,262$; $p<0,05$).

Szczegóły przedstawiono w Tabeli XXIII.

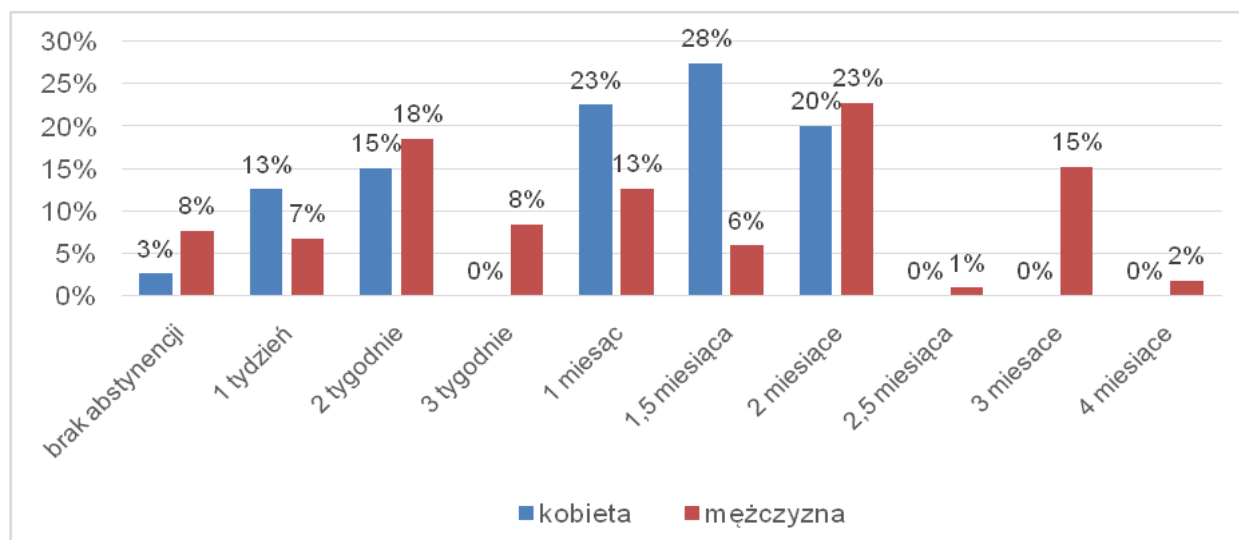
Tabela XXIII. Okoliczności pierwszego kontaktu ze środkiem uzależniającym a płeć

W jakich okolicznościach sięgnął Pan/Pani pierwszy raz po środki uzależniające?		płeć	
		kobieta	mężczyzna
w szkole/na uczelni	N	4	46
	%	10,0%	38,3%
w pracy	N	7	36
	%	17,5%	30,0%
na imprezie	N	21	33
	%	52,5%	27,5%
inne	N	8	5
	%	20,0%	4,2%

Jak widać na Ryc. 4 obecny okres abstynencji różnił się w zależności od płci badanych. w grupie kobiet trwał on najczęściej 1 miesiąc – 2 miesiące (20%-28%). W grupie mężczyzn były to najczęściej dwa miesiące (23%).

Obecny okres abstynencji istotnie zależały od płci badanych ($\chi^2(9)=27,468$; $p<0,05$).

Szczegóły przedstawiono na Ryc. 1.



Ryc. 1. Obecny okres abstynencji a płeć

Osoby z wykształceniem gimnazjalnym lub podstawowym najczęściej po substancje psychoaktywne sięgały po raz pierwszy w szkole (47,8%).

W grupie osób z wykształceniem zawodowym równie często była to szkoła (32,4%) jak i praca (35,2%). Miejsce sięgnięcia po raz pierwszy po substancje psychoaktywne istotnie zależało od wykształcenia badanych ($\chi^2(9) = 21,675$; $p < 0,05$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XXIV.

Tabela XXIV. Okoliczności sięgnięcia po substancje psychoaktywne po raz pierwszy a wykształcenie

W jakich okolicznościach sięgnął Pan/Pani Pierwszy raz po środki uzależniające?		wykształcenie			
		gimnazjalne lub niższe	zawodowe	średnie	wyższe
w szkole/na uczelni	N	11	23	15	1
	%	47,8%	32,4%	33,3%	4,8%
w pracy	N	3	25	12	3
	%	13,0%	35,2%	26,7%	14,3%
na imprezie	N	8	18	15	13
	%	34,8%	25,4%	33,3%	61,9%
Inne	N	1	5	3	4
	%	4,3%	7,0%	6,7%	19,0%

Tabela XXV. Rodzaj uzależnienia a wykształcenie

Jakiego rodzaju jest to uzależnienie aktualnie?		wykształcenie			
		gimnazjalne lub niższe	zawodowe	średnie	wyższe
od alkoholu	N	20	66	34	21
	%	87,0%	93,0%	75,6%	100,0%
od narkotyków	N	0	0	1	0
	%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%
od dopalaczy	N	3	3	0	0
	%	13,0%	4,2%	0,0%	0,0%
od alkoholu i narkotyków	N	0	2	10	0
	%	0,0%	2,8%	22,2%	0,0%

W grupie osób z wykształceniem gimnazjalnym lub średnim istotnie częściej występowało uzależnienie od dopalaczy niż w innych grupach (13%). Wśród badanych z wykształceniem średnim istotnie częściej niż w innych grupach występowało uzależnienie jednocześnie od alkoholu i narkotyków (22,2%). Rodzaj uzależnienia istotnie zależał od wykształcenia ($\chi^2(9) = 30,086$; $p < 0,05$). Szczegóły przedstawiono w Tabeli XXV.

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonych badań wyłoniono następujące wnioski:

1. Uzależnienie jest chorobą nieuleczalną, człowiek uzależniony jest nim do końca swego życia. Najczęściej badani byli uzależnieni od alkoholu, jak też wśród uzależnionych dominowali mężczyźni.
2. Uzależnienie od środków psychoaktywnych charakteryzuje się częstymi nawrotami choroby. Badani często wielokrotnie podejmowali próby wyjścia z nałogu.
3. Najczęstszym motywem sięgania po raz pierwszy po środki psychoaktywne była chęć poprawienia sobie samopoczucia.
4. Osoby uzależnione od różnego rodzaju środków psychoaktywnych ponoszą ogromne konsekwencje w zakresie zdrowia fizycznego: problemy trawienne, wrzody żołądka, marskość wątroby, choroby nerek, wirusowe zapalenie wątroby typu C.
5. Częstymi skutkami wskazywanymi przez respondentów w zakresie zdrowia psychicznego były depresje, lęki i frustracje.

6. Z przeprowadzonych badań wynika, iż używanie środków psychoaktywnych znacząco wpłynęło na styl życia ankietowanych i kontrolę nad nim.
7. Konsekwencją używania środków psychoaktywnych przez ankietowanych była dysfunkcyjność ich rodzin i pogorszenie relacji wśród znajomych.
8. Ponad połowa badanych z powodu używania środków psychoaktywnych weszła w konflikt z prawem.

PIŚMIENNICTWO

1. Jabłoński P., Puławska-Popielarz K.: Zasady historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce [w:] Uzależnienie od narkotyków, pod red. Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, 15.
2. Maszorek-Szymala A., Janiak M.: Uzależnienia wśród uczniów różnych poziomów kształcenia [w:] http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/12514/12-219_235-Maszorek-Szymala%2C%20Janiak.pdf?sequence=1&isAllowed=y; dostęp dnia 13 lutego 2019 r.
3. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Narkomania i uzależnienia – zjawisko i podstawowe uzależnienia [w:] Człowiek wobec uzależnień, pod red. Jędrzejko M., Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Poznań 2010, 13-39.
4. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: Uzależnienie w kontekście międzynarodowych klasyfikacji chorób: ICD10 i DSM-IV [w:] Uzależnienie od narkotyków, pod red. Jabłoński P., Bukowska B., Czabała Cz., Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, 51.
5. Filip M.: Nowe uzależnienia XXI wieku. Wszechświat, Tom 114, z. 4-6, 2013, 87-94.
6. Bajek A.: Specyfika używania substancji psychoaktywnych przez studentów szkół wyższych, Rozprawa doktorska, Poznań 2012, 8-11.
7. Jędrzejko M., Kowalewska A.: Narkomania – wybrane pojęcia i definicje [w:] Narkomania spojrzenie wielowymiarowe, pod red. Jędrzejko M., Wyd. Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2009.
8. Narkotyki [w:] www.kbpn.gov.pl/porta1?id=112184; dostęp dnia 28 lutego 2019.
9. Wojcieszek K. A., Jędrzejko M.: Zasięg i znaczenie zjawiska używania, nadużywania i uzależnienia od substancji psychoaktywnych [w:] Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i nie chemicznych, pod red. Jędrzejko M.,

- Wydawnictwo Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009, 19-24.
10. Szczygieł Ł.: Psychofarmakoterapia uzależnienia od alkoholu. *Gazeta Farmaceutyczna*, 2008, 8, 24-27.
 11. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 1, 2-5.
 12. Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r., Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2015.
 13. Europejski Raport Narkotykowy 2017. Tendencje i Osiągnięcia, Wyd. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Luksemburg 2017, 41.
 14. Kowalewska A.: Palenie tytoniu [w:] *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, pod red. Mazura J., Wydawnictwo Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015, 132.
 15. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Problemy Higieniczno Epidemiologiczne*, 96(2), 2015, 315-320.
 16. Ulman P.: Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży. *Kwartalnik Naukowy*, 2011, 4 (8), 74-85.
 17. Jakubczyk A.: Uzależnienie, picie szkodliwe i ryzykowne – podstawowe definicje w świetle najważniejszych systemów klasyfikacji [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, pod red. Wojnara M., Wyd. PARPA, Warszawa 2017, 9- 15.
 18. Modrzyński R., Ziębińska M.: „Alkoholizm” – zaburzenie czy nieuleczalna choroba? *Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienie* 2018, 6, 21-23.
 19. Jabłoński P., Jędrzejko M.: *Narkotyki i paranarkotyki*, Wyd. Podmorska Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Gdańsk 2011, 52-84.
 20. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K.: Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych [w:] *Uzależnienie od narkotyków*, pod red. Jabłoński P., Bukowska B., Czabała J. Cz., Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, 73-87.
 21. Kozłowska E., Marzec A.: Zdrowotne i społeczne konsekwencje stosowania substancji psychoaktywnych. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(9), 2017, 377-388.
 22. Chodkiewicz J.: Zaburzenia używania alkoholu a tendencje i zachowania samobójcze. *Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienie*, 2018, 5, 22.

23. Kotowska J.: Problemy suicydalne w świetle badań. Terapia. Uzależnienia i Współuzależnienie, 2018, 3, 22.

ŚWIADOMOŚĆ PRACOWNIKÓW SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO NA TEMAT STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

Patryk Kurpiewski¹, Agnieszka Lankau², Łukasz Kiszkiel³

1. Absolwent kierunku Pielęgniarstwo, PWSliP w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Metodologii Badań Społecznych i Statystyki, Uniwersytet w Białymstoku

WSTĘP

Głównym wyznacznikiem legalności czynności pielęgniarских jest zgoda uprawnionej osoby. Jest to uwarunkowane artykułem 16 *Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, który przyznaje pacjentowi uprawnienie do wyrażenia zgody na podjęcie względem niego interwencji medycznej. A co za tym idzie, uprawnia również do odmowy poddania się im. W związku z powyższym, osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na interwencje medyczną jest sam pacjent bądź inna osoba, uprawniona do występowania w jego imieniu [1,2,3].

Troska o zdrowie pacjenta stanowi najwyższą wartość, jest niezależna od okoliczności w których pielęgniarka bądź pielęgniarz wykonuje swoje działania. Działanie w sposób profesjonalny stanowi podstawę działania, Florence Nightingale chciała by *"było profesją, pełną dyscypliny i równocześnie bezinteresownym poświęceniem na rzecz efektywnej opieki nad pacjentem"*. Pojęcie profesjonalizmu w pielęgniarstwie odejmuje szeroki zasięg pomysłów oraz idei. Do jego elementów składowych zaliczamy zbiory norm, ideologii, etyki pracy, zasad i poświęcenia na rzecz wspólnego dobra [2,4,5].

Współczesna medycyna w ogromnym stopniu opiera się nie tylko na najnowszych zdobyczach nauk biologicznych, lecz przede wszystkim przywiązuje ogromną wagę do zagadnień związanych z etyką. Odnosi się to w szczególności do przestrzegania praw człowieka oraz wywodzących się z nich praw pacjenta [2,4,6,7,8].

Specyfika postępowania w psychiatrii doprowadziła do sytuacji w której konieczne stało się dokładne uszczegółowienie praw osób z zaburzeniami psychicznymi. W niektórych przypadkach, choroba psychiczna może doprowadzić do czasowej bądź trwałej niemożności realistycznej oceny rzeczywistości a co za tym idzie, racjonalnego decydowania o sobie. Rozpoznanie choroby psychicznej u pacjenta bardzo często jest dla niego wręcz stygmatyzujące a nawet, może być wykorzystane przeciwko niemu [5].

W związku z powyższym dokumenty międzynarodowe stały się bezpośrednią podstawą służącą do opracowania krajowych aktów prawnych. Wszystkie ustawy zwracają szczególną uwagę na regulacje dotyczące postępowania wbrew woli i zgody pacjenta. Są to najważniejsze aspekty odnoszące się do postępowania w psychiatrii przez co posiadają restrykcyjny charakter, wymagający precyzyjnych regulacji prawnych a także stworzenia skutecznych mechanizmów kontroli [5].

Stosowanie przymusu bezpośredniego jest regulowane przez przepisy zawarte w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* z dnia 19 sierpnia 1994r. oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012r. \

W sprawie sposobu dostosowania oraz dokumentowania zastosowania środka przymusu bezpośredniego a także, dokonywania oceny zasadności jego zastosowania. Jest to podstawowy akt w polskim prawie, regulujący relację między instytucjami medycznymi, opiekuńczymi a osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Zawarte w Ustawie przepisy można podzielić na trzy grupy, które jednocześnie stanowią jej trzy podstawowe cele mianowicie:

- Prowadzenie działań mających na celu promowanie zdrowia psychicznego oraz zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Podejmowanie działań mających na celu kształtowanie prawidłowych postaw w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi (art.2 i 4),
- Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej a także, innych form pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. od 5 do 10 i art.55),
- Ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi [6,9,10].

Ustawa o której mowa, jasno określa katalog środków przymusu bezpośredniego, wyróżnia się cztery zdefiniowane ustawowo rodzaje środków, które stanowią zamknięty katalog.

W związku z tym nie jest możliwe stosowanie innych środków niż te wymienione w ustawie, należą do nich:

Przytrzymanie

Przytrzymanie polega na wykorzystaniu siły fizycznej w celu doraźnej oraz krótkotrwałej immobilizacji pacjenta [6,11,12,13].

W każdym przypadku, przytrzymanie należy wykonać tak by nie zagrozić zdrowiu i/lub życiu pacjenta. W praktyce, zastosowanie bezpiecznego przytrzymania wymaga współpracy kilku osób [6,11,12,13].

W celu uzyskania optymalnych rezultatów, zaleca się przynajmniej jedną osobę przy jednej kończynie i jedną osobę nadzorującą. Przytrzymanie stanowi bardzo uciążliwe i niebezpieczne zadanie, zwłaszcza dla 2-3 osobowych Zespołów Ratownictwa Medycznego [6,11,12,13].

W takich przypadkach, ratownicy medyczni powinni uzyskać pomoc od służb takich jak Policja i Państwowa Straż Pożarna, które są zobowiązane do pomocy przy zastosowaniu tej metody. Pomocy przy przytrzymaniu pacjenta może udzielić również rodzina poszkodowanego. Przy przytrzymaniu nie można korzystać z takich narzędzi i przedmiotów takich jak kajdanki, pasy i pałki [6,11,12,13].

Unieruchomienie

Unieruchomienie stanowi drugą formę przymusu bezpośredniego. Jest to obezwładnienie pacjenta za pomocą pasów, prześcieradeł, uchwytów, kaftana bezpieczeństwa oraz innych urządzeń. Z racji faktu, iż ZRM nie posiada kaftanów bezpieczeństwa może korzystać z improwizowanych urządzeń do immobilizacji w razie takiej konieczności [14,15,16,17].

W takiej sytuacji bardzo ważne jest zagwarantowanie prawidłowego funkcjonowania układu oddechowego i krążenia ponieważ, pacjent nie będzie w stanie sam zmienić swojej pozycji np. podczas wymiotów [14,15,16,17].

Unieruchomienie powinno zostać wykonane w odpowiednio przystosowanym do tego miejscu. W pomieszczeniu przeznaczonym dla jednej osoby. Jeżeli szpital nie dysponuje takim miejscem, pacjenta należy oddzielić od innych osób, uwzględniając przy tym jego godność i intymność [14,15,16,17].

Izolacja

Polega na umieszczeniu osoby w miejscu odosobnienia. Pacjent powinien zostać w nim umieszczony pojedynczo. Pomieszczenie powinno być zamknięte i odpowiednio przystosowane do tego typu praktyk [14,15,16,17].

Przymusowe podanie leków

Doraźne lub przewidziane w planie postępowania terapeutycznego wprowadzenie do organizmu osoby bez jej zgody leków. W takich sytuacjach podaje się leki uspokajające. Zalicza się do nich leki z grupy benzodiazepin, beta - blokerów, neuroleptyków oraz sole litu [6].

Osobie która demonstruje zachowania psychiczne, którą unieruchomiono lub umieszczono w izolatce należy zabrać wszystkie przedmioty i narzędzia. Ponieważ mogą narazić pacjenta na niebezpieczeństwo użycia ich przeciwko sobie i/lub otoczeniu. Należy zwrócić uwagę nie tylko na potencjalnie niebezpieczne narzędzia takie jak ostre przedmioty, zapalniczki, zapalniczki ale również na protezy zębowe, telefony, wszelkiego rodzaju sznurki i okulary. Podczas unieruchomienia lub izolowania pacjenta należy prowadzić kontrolę nie rzadziej niż kwadrans. Kontrola musi być prowadzona również w sytuacji gdy pacjent śpi [4,5,6].

Ponadto zastosowanie przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej dokumentacji medycznej. W karcie zastosowania przymusu bezpośredniego zamieszcza się informacje takie jak rodzaj, przyczyna, uzasadnienie wybranego rodzaju, miejsce i czas zastosowania, przyczyny przedłużenia, informacje o uprzedzeniu przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego [12].

Bezpieczeństwo i autonomia pacjenta

Podczas stosowania elementu interwencji medycznej jakim jest przymus bezpośredni, dochodzi do naruszenia podstawowego prawa człowieka. Jest nim prawo do wolności. Jak wielokrotnie w pracy wspomniano, przymus bezpośredni jest stosowany w stanie pobudzenia bądź agresji u pacjenta. Niestety, w wielu okolicznościach stanowi konieczne do wykonania działanie wobec pacjenta [18,19,20,21].

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje wszystkim obywatelom Polski prawo do zachowania godności i przede wszystkim, wolności. Są to główne wartości, stanowiące nieodzowny element natury człowieka. Stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi zasadami, w ściśle określonych przypadkach nie jest naruszeniem autonomii ani dóbr etycznych pacjenta. Z medycznego punktu widzenia, przymus bezpośredni jest interwencją terapeutyczną. Celem tej interwencji jest zabezpieczenie pacjenta przed pogorszeniem jego stanu zdrowia a także, umożliwienie udzielenia mu kompleksowej pomocy medycznej [13,22,23,24].

W każdym przypadku zastosowanie środka przymusu bezpośredniego jest sytuacją trudną. Stanowi wyzwanie w relacji pacjent - personel medyczny. Jednakże zgodnie z obowiązującym prawem, stosowanie środka ma nie tylko na celu bezpieczeństwo pacjenta ale również otoczeniu pacjenta i personelowi medycznemu. Stosowanie środków przymusu stanowi trudny problem etyki zawodowej. W celu dobrego zrozumienia dalszych treści należy przybliżyć definicję etyki zawodowej, należy ją rozumieć jako naukę filozoficzną i usprawnieniach moralnych człowieka, niezbędnych do wykonywania ulubionej pracy. Przypuszcza się bowiem że zawód jest wykonywaniem tej pracy, którą najbardziej się lubi i najlepiej potrafi. Etyka zawodowa opiera się na teorii odpowiedzialności, tj. moralnie poprawnego wykonywania swojej pracy. Jest realizowana w wyniku osiągania konkretnych sprawności, warunkujących efektywną i wydajną pracę. Normy etyki zawodowej są określane przez odgrywaną rolę charakteryzującą dany zawód. Można wyróżnić składowe etyki zawodowej, zalicza się do nich:

- Zbiór wymogów i zasad moralnych, skonkretyzowana dla wyznaczonego zawodu.
- System moralności na podstawie zawodowej hierarchii wartości,
- Stosowanie określonego sposobu rozwiązywania konfliktów oraz norm moralnych, preferowanych przez daną grupę zawodową [13,14,15,25,26,27].

Większość grup zawodowych reguluje swoje normy postępowania w kodeksie etycznym zawodu. Ów kodeks uwzględnia w głównej mierze specyfikę działań konkretnej zbiorowości. Główne cechy charakterystyczne kodeksu etycznego to:

- Normowanie,
- Dbanie o interes publiczny,
- Uczciwość i rzeczowość [15,28,29,30].

Przymus bezpośredni należy rozpatrywać z dwóch poziomów, jako dobra pacjenta oraz z perspektywy zespołu terapeutycznego. Nie tylko przepisy krajowe, ale przede wszystkim przepisy międzynarodowe jasno mówią, iż życie i zdrowie ludzkie stanowi wartość najwyższą. Przez co w niektórych sytuacjach stosowanie środka przymusu bezpośredniego jest działaniem etycznym. Biorąc pod uwagę wyniki badań statystycznych, autonomia pacjenta psychiatrycznego jest częściej naruszana. Jednakże należy podkreślić, iż stany pobudzenia psychoruchowego mogą pojawić się również w chorobach psychosomatycznych. W takich przypadkach również stanowią realne zagrożenie dla pacjenta, jego otoczenia i personelu medycznego [15,31,32].

Przymus sam w sobie jest pogwałceniem nietykalności osobistej i cielesnej pacjenta. Należy pamiętać iż godność pacjenta musi być respektowana w każdych okolicznościach. Ścisłe stosowanie regulacji prawnych jest konieczne, ponieważ w żadnym przypadku przymus nie może przerodzić się w przemoc [16].

Pacjent, któremu personel nie udzieli informacji o prawie, przyczynach podejmowanego działania oraz nie spyta o zgodę, przeżywa frustracje i stres. W konsekwencji skumulowana wewnętrzna agresja może doprowadzić do zewnętrznej ekspresji [17].

Badania naukowe dowodzą iż odczuwana frustracja, prowadzi najczęściej do agresji. Niezależnie od tego jak jest sformułowane prawo dla takiego pacjenta nie będzie stanowiło żadnego autorytetu, ponieważ nie współgra z jego intuicyjnym poczuciem sprawiedliwości. Pacjent może dojść do wniosku że tylko w sytuacji gdy pokazuje siłę, będzie w stanie zawałczyć o swoje. Pacjent który będzie informowany o przyczynach stosowania konkretnych przepisów, zwłaszcza tych ingerujących w sferę jego prywatności może doświadczyć zarówno pozytywnej jak i negatywnej oceny prawa. Jeżeli prawo będzie używane w stosunku do pacjenta nieprawidłowo lub w sposób niezrozumiały dla pacjenta, nie będzie przez niego respektowane. W takich przypadkach nie będzie stanowiło żadnego autorytetu [17].

Zgoda do interwencji medycznej na podstawie praw pacjenta

Podczas każdego postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego wymaga się uzyskania od pacjenta jego zgody [12].

W przypadku gdy pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, za podjęcie decyzji odpowiada przedstawiciel ustawowy bądź osoba faktycznie opiekująca się pacjentem. Wyrażenie świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, stanowi podstawowe prawo pacjenta [12].

Nieodłącznym elementem właściwej realizacji tego prawa jest przekazanie pacjentowi informacji na temat wszelkich czynności postępowania medycznego, które mają być wobec niego wykonane. Wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia jest nierozzerwalne związane z prawem do uzyskania informacji [12].

Lekarz lub inny pracownik medyczny jest zobowiązany do udzielenia informacji na temat stanu zdrowia w sposób przystępny i zrozumiały dla pacjenta. Należy nadmienić iż brak zgody uprzedzonej informacją na co jest wyrażona stanowi nielegalną czynność medyczną. Pacjent ma prawo być należycie poinformowany o każdej czynności medycznej, znać jej przebieg, następstwa oraz działania niepożądane [12].

Czynniki mające wpływ na wystąpienie zachowań agresywnych

Agresywne zachowanie charakteryzuje się gwałtownym i niekontrolowanym przebiegiem. Pacjent może przejawiać zachowania auto agresywne skierowane na siebie bądź w stosunku do innych osób, przedmiotów i otoczenia. Mimo to można wyróżnić czynniki ryzyka agresywnych zachowań, ze strony pacjenta mogą być to:

- Jawne demonstrowanie gotowości do ataku fizycznego,
- Słowne groźby,
- Wrogie nastawienie do personelu i/lub innych osób znajdujących się w otoczeniu,
- Podejrzliwość i nieufność,
- Narastające napięcie emocjonalne oraz pobudzenie psychoruchowe,
- Niedawne zachowania agresywne i autoagresywne [24,25].

Czynniki ryzyka ze strony otoczenia pacjenta mogą być:

- Jawna sytuacja konfliktowa,
- Konfrontacyjne nastawienie,
- Posiadanie narzędzi i przedmiotów których można użyć do aktu przemocy [24,30,31].

Obecnie można wyróżnić również czynniki demograficzne sprzyjające atakom agresji:

- Płeć męska,
- Niski status socjoekonomiczny,
- Młody wiek,
- Słabe wsparcie społeczne [24,33,34].

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Główną determinantą działania takiego jak przymus bezpośredni jest czas. Zachowanie pacjenta może zmieniać się w gwałtowny sposób, przez co wymusza na personelu oddziału podjęcie trafnych decyzji i konkretnych działań. W każdym przypadku należy uprzedzić chorego że jeżeli nie zmieni swojego zachowania, zostaną podjęte w stosunku do niego środki przymusu bezpośredniego. Uprzedzenie pacjenta jest niezwykle ważne i potrzebne, ponieważ pacjent po dostaniu swego rodzaju ostrzeżenia jest w stanie wpłynąć na swoje zachowanie i zmienić je. Jeżeli pacjent uzna prośby personelu należy uznać że nie występują przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego i nie zachodzi konieczność jego zastosowania. W odwrotnej sytuacji, gdy pacjent nie jest w stanie zmienić swojego zachowania lub obniżyć jego gwałtowności uprzedzenie go o możliwości zastosowania przymusu pozwala uprzedzić go o tym, co za chwilę nastąpi. W pewnym stopniu pozwala to na zmniejszenie jego niepokoju.

W praktyce, udzielenie takiej informacji pobudzonemu, agresywnemu pacjentowi stanowi bardzo trudne i niebezpieczne zadanie. Należy dążyć do tego, by skierowana do pacjenta informacja rzeczywiście do niego dotarła oraz że została zrozumiana [19].

Decyzje o podjęciu środków przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz, jednakże w sytuacji gdy nie jest możliwe natychmiastowe uzyskanie decyzji lekarskiej o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji jest obowiązana jak najszybciej zawiadomić lekarza o zaistniałej sytuacji. W sytuacji gdy nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej zgody lekarza bądź pielęgniarki, decyzja o zastosowaniu środków przymusu jest podejmowana przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego. Niezależnie od tego, kto z uprawionych podejmie decyzje o jego zastosowaniu obowiązany jest do odnotowania zaistniałej sytuacji w dokumentacji medycznej [19].

Niezależnie od miejsca pracy, każdy personel odpowiadający za opiekę medyczną powinien posiadać przeszkolenie na temat zasad postępowania z pacjentem pobudzonym. Dzięki temu działania podejmowane przez członków zespołu są spójne i harmonijne, nie wykluczają się i dążą do jednego, jasno określonego celu. Nie zależnie od przyczyny, pobudzenie pacjenta stanowi poważny stan somatyczny który zagraża jego życiu i/lub zdrowiu. W każdej sytuacji należy jak najszybciej uspokoić pacjenta oraz podjąć działania terapeutyczne i diagnostyczne związane z jego stanem somatycznym [19].

W sytuacji, gdy pacjent jest pobudzony i zachowuje się agresywnie ale nie jest w stanie somatycznym zagrażającym swojemu życiu, należy podjąć działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa personelu medycznemu i pacjentom. Priorytetowe zachowanie stanowi zapewnienie bezpieczeństwa samemu sobie. W związku z powyższym należy w szczególności:

- Unikać pozostawiania sam na sam z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu,
- Nie zbliżać się do pobudzonej osoby na odległość wyciągniętych ramion,
- Powiadomić pozostałą część zespołu o agresywnym zachowaniu pacjenta,
- Ograniczyć dostęp do niebezpiecznych narzędzi, przedmiotów i itp. [19].

Aby przeciwdziałać pobudzeniu i agresji stosuje się techniki słowne i bezsłowne takie jak:

- Przedstawić się,
- Unikać sporów i prowokacyjnego zachowania w stosunku do pacjenta,
- Starać się zachowywać w sposób spokojny i opanowany. Nie okazywać strachu,
- Mówić do pacjenta spokojnym i łagodnym głosem,
- Zadeklarować pacjentowi chęć pomocy,

- Przekonać o chęci działania na rzecz dobra pacjenta i bezpieczeństwa zgromadzonych osób,
- Starać się odroczyć agresywne zachowania poprzez próbę nawiązywania kontaktu z pacjentem,
- Ukierunkować agresję fizyczną człowieka na przedmiot, ewentualnie dopuścić do ekspresji słownej w celu obniżenia napięcia i redukcji stresu,
- Zaproponować rozmowę z kimś bliskim, dostęp do telefonu itp. [19].

Jeżeli mimo powyższego zaprezentowanych prób pacjent w dalszym czasie przejawia zachowania agresywne bądź zachowanie przerodziło się w sytuację niebezpieczną, należy zastosować środki przymusu bezpośredniego. Jeżeli zachodzi taka potrzeba należy wezwać odpowiednie służby takie jak sanitariusze szpitalni, funkcjonariusze Policji, Straży Miejskiej, pracownicy ochrony. Dzięki podjęciu działań stanie się możliwe podjęcie działań terapeutycznych wobec pobudzonej osoby [19].

W każdym powyższym zaprezentowanym przypadku, przed zastosowaniem środków należy zawiadomić osobę o podjętej decyzji. Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego polega tylko i wyłącznie na przytrzymaniu, unieruchomieniu, izolacji lub przymusowemu podaniu leków. Czas trwania wybranego środka jest uzależniony od czasu trwania pobudzenia poszkodowanego i może trwać tylko i wyłącznie do czasu ustąpienia głównego powodu zabezpieczenia. Osoba zlecająca jest zobowiązana do osobistego nadzorowania i odnotowania w dokumentacji medycznej zleconego środka. Z kolei osoby wykonujące np. sanitariusze, policjanci itp. mają obowiązek zastosować się do wskazówek osoby zlecającej [19].

Przy mechanicznym zabezpieczeniu pacjenta poprzez np. pasy skórzane lub kaftan bezpieczeństwa należy co 15 min prowadzić ocenę stanu psychofizycznego chorego. Obserwacje powinny zostać odnotowane w odpowiedniej karcie zastosowania unieruchomienia bądź izolacji. W każdym przypadku obowiązuje ścisły nadzór personelu medycznego. Zabezpieczenie pacjenta nie może trwać dłużej niż 4 godziny. Jednakże może zostać przedłużone ponownie na podstawie decyzji lekarza po przeprowadzeniu badania chorego i kolejne 6 godzin. Dozwala się by co 4 godziny pielęgniarka uwolniła pacjenta na krótką chwilę w celu zmiany pozycji ciała lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. Jeżeli osobą zlecającą jest lekarz, powinien na podstawie pisemnego zawiadomienia poinformować kierownika jednostki o zaistniałym fakcie. W przypadku innych zakładów opiekuńczych, zespołów ratownictwa medycznego itd. zasadność użycia środków przymusu bezpośredniego podlega ocenie konsultanta wojewódzkiego [19].

W każdym przypadku zasadność zastosowania środków przymusu bezpośredniego jest oceniana przez upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii. W terminie nie przekraczającym 3 dni. Powyższe działanie stanowi ostatni element procedury. Podsumowując, procedura zastosowania środka przymusu bezpośredniego powinna przedstawiać się następująco:

1. Zaistnienie okoliczności uprawniających do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Podjęcie decyzji przez lekarza, pielęgniarkę lub ratownika medycznego.
2. Wyrażnie uprzedzenie pacjenta o zamiarze podjęcia wobec niego środków przymusu bezpośredniego.
3. Wybranie odpowiedniego środka przymusu, zlecenie jego zastosowania oraz użycie
4. Szczegółowe wypełnienie dokumentacji medycznej, dokładne opisanie sytuacji w której doszło do podjęcia w/w decyzji, uzupełnienie karty zastosowania unieruchomienia bądź izolacji
5. Przeprowadzenie oceny zasadności użycia środków przymusu przez lekarza specjalistę [19].

CELE PRACY

1. Ocena wiedzy pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat zasad stosowania przymusu bezpośredniego.
2. Określenie znajomości zasad stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny SOR-u.
3. Analiza częstości stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny SOR-u.
4. Określenie okoliczności stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny SOR-u.
5. Analiza źródeł pozyskiwania wiedzy przez personel medyczny SOR-u na temat stosowania przymusu bezpośredniego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiał do badań został zebrany w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędzie stanowił autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Grupę badaną stanowiło 129 osób, pracowników Szpitalnego Oddziału

Ratunkowego w Wojskowym Instytucie Medycznym przy ulicy Szaserów w Warszawie. Przed rozpoczęciem pracy badawczej uzyskano zgodę od Dyrekcji Szpitala na przeprowadzenie badania (Załącznik nr.2). Udział w badaniu był dobrowolny i całkowicie anonimowy. Chęć uczestnictwa została wyrażona przez cały średni personel medyczny do którego należą Pielęgniarki i Ratownicy medyczni. Niestety, personel lekarski w większości nie wyraził chęci uczestnictwa w badaniu. Badanie zostało przeprowadzone na przełomie marca i kwietnia 2019 roku.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie można wyróżnić dwie dominujące grupy wiekowe, do pierwszej z nich należą osoby od 26 do 35 roku życia i stanowią 42% całej grupy. Są to częściej mężczyźni (50%) niż kobiety (27%). Drugą pod względem liczności grupą są osoby w wieku od 20 do 25 lat, odpowiadają za 40% całej grupy. W tym przypadku dominującą pod względem liczności stanowi płeć żeńska - 53%. Trzecią pod względem liczności stanowiły osoby w wieku od 36 do 45 lat - 12% oraz 46 - 55 lat - 7%.

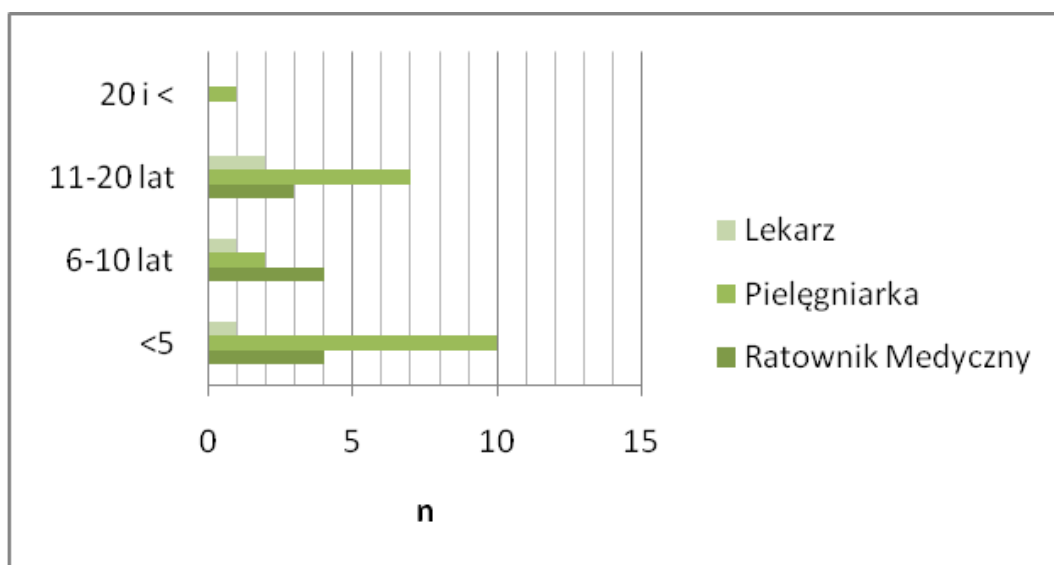
Staż pracy w zawodzie

W badaniu sondażowym chęć uczestnictwa wyrazili niemal wszyscy pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojskowego Instytutu Medycznego przy ulicy Szaserów w Warszawie. Poniższa tabela (Tabela III) przedstawia stosunek procentowy stażu pracy przy uwzględnieniu podziału na płeć. Prawie połowę pracowników - 44%, stanowią osoby ze stażem pracy poniżej 5 lat. Biorąc pod uwagę płeć, są to zdecydowanie częściej kobiety - 67%, niż mężczyźni 32%. Drugą pod względem liczności grupę, stanowią osoby posiadające staż pracy od 11 do 20 lat i stanowią - 30% całej grupy. Biorąc pod uwagę płeć, dominują w niej mężczyźni - 43%. Trzecią pod względem liczności są osoby pracujące od 6 do 10 lat - 16% całej grupy.

Test chi - kwadrat wskazuje, iż nie występuje istotna statystycznie zależność między stażem pracy a wykonywanym zawodem.

Druga część kwestionariusza badawczego zawiera pytania dotyczące najistotniejszych zagadnień związanych z prawem do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. W pierwszym pytaniu badani respondenci zostali poproszeni o przyznanie się, czy w swojej karierze zawodowej korzystali z niego. Zdecydowana większość osób - 88% stwierdziła że tak.

Tylko 12% uznało, że nigdy nie korzystali z tego prawa. Odpowiedź pozytywna była nieznacznie częściej wybierana wśród mężczyzn - 93% niż kobiet - 80%.



Rycina 1. Stosunek stażu pracy poszczególnych grup zawodowych

Źródło: Opracowanie własne

Tabela I. Korzystanie z prawa do zastosowania środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Tak	35	80%	78	93%	114	88%
Nie	9	20%	6	7%	15	12%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obs} = 1,571279 = > \chi^2_{0,05;1} = 0,21002$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów nie ma wpływu na stosowanie prawa do zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

W drugim pytaniu uczestnicy badania zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi jak często są zmuszeni do użycia środków przymusu. Większość osób - 67% stwierdziła że co najmniej kilka razy w ciągu tygodnia a nawet kilka razy w ciągu dyżuru - 9% całej grupy.

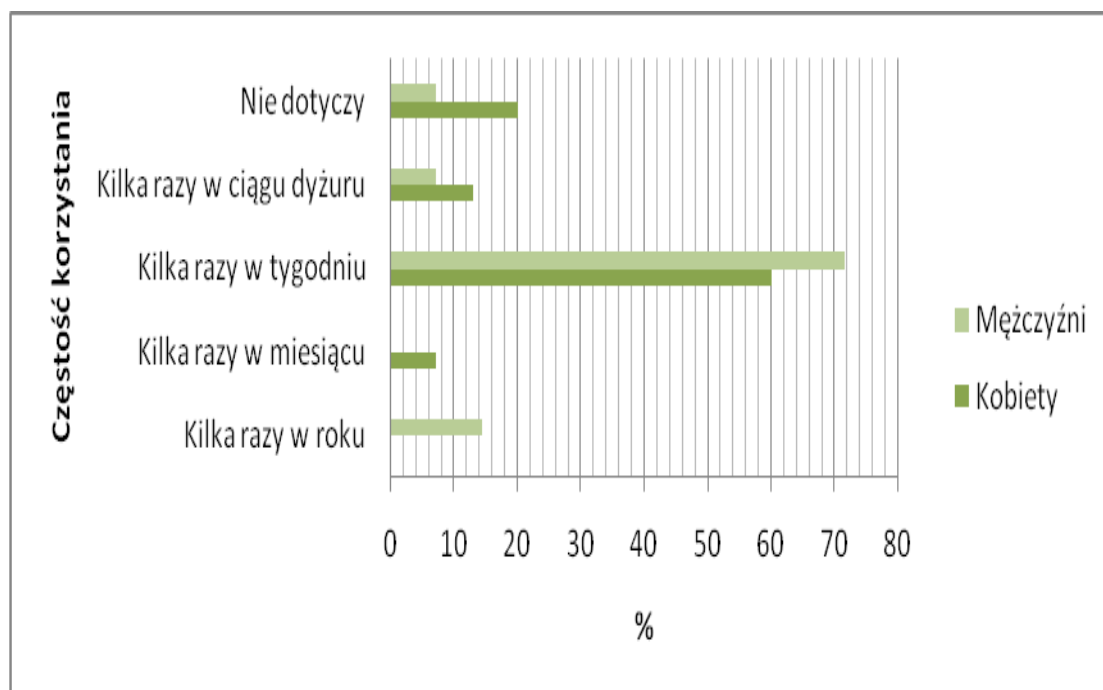
Tabela II. Częstość korzystania ze środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	N	%
Korzystanie ze środka						
Kilka razy w roku	0	0%	12	14%	12	9%
Kilka razy w miesiącu	3	7%	0	0%	3	2%
Kilka razy w tygodniu	27	60%	60	71%	87	67%
Kilka razy w ciągu dyżuru	6	13%	6	7%	12	9%
Nie dotyczy	9	20%	6	7%	15	12%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{\text{obs}} = 5,989639 = > \chi^2_{0,05;4} = 0,19992$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów nie ma wpływu na częstość korzystania ze środków przymusu bezpośredniego.



Rycina 2. Częstość korzystania ze środków przymusu wśród pracowników

Źródło: Opracowanie własne

W Tabeli VII. przedstawiono częstotliwość spotkań z agresją fizyczną ze strony pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Jak widać na poniższej tabeli pracownicy ochrony zdrowia są narażeni na zachowania agresywne co najmniej kilka razy w tygodniu - 63% lub nawet kilka razy w ciągu dyżuru - 26%.

Tabela III. Agresywne zachowania ze strony pacjentów w opinii badanych

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	n	%	N	%
Kilka razy w miesiącu	3	7%	12	14%	15	12%
Kilka razy w tygodniu	18	40%	63	75%	81	63%
Kilka razy w ciągu dyżuru	24	53%	9	11%	33	26%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{\text{obt}} = 9,328456 = > \chi^2_{0,05;2} = 0,00943$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć nie ma związku z występowaniem agresji fizycznej ze strony pacjenta.

Z danych w tabeli VIII. jasno wynika że wszyscy pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego znają wszystkie możliwe formy środków przymusu bezpośredniego.

Tabela IV. Znajomość form środków przymusu bezpośredniego

	Razem	
	N	%
Przytrzymanie	129	100%
Unieruchomienie	129	100%
Przymusowe podanie leku	129	100%
Izolacja	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

Nie ma możliwości obliczenia testu chi - kwadrat.

W pytaniu badani respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi w jakich sytuacjach mogą zastosować środek przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta. Pytanie

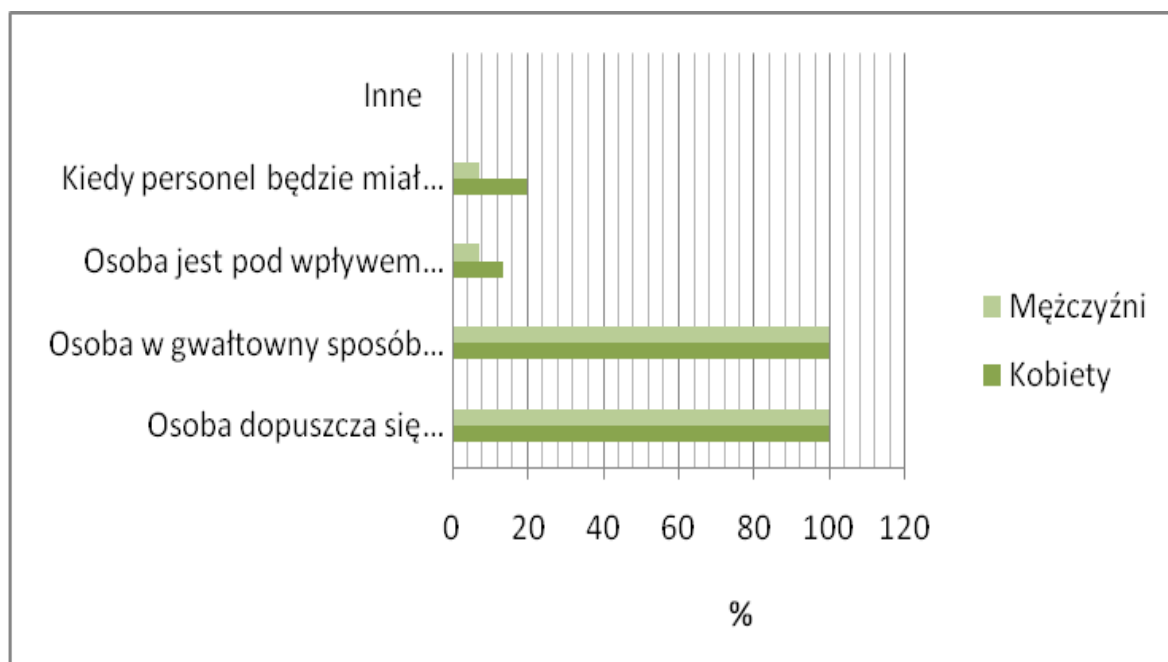
umożliwiała wielokrotność wyboru odpowiedzi, przy czym tylko dwie odpowiedzi spośród poniżej zaprezentowanych były prawidłowe. Prawidłowe odpowiedzi zostały wskazane przez 100% osób z całej grupy. 20 % badanych kobiet uważa, iż może zastosować środki przymusu bezpośredniego w sytuacji gdy personel ma potwierdzenie choroby psychicznej u pacjenta.

Tabela V. Sytuacje zezwalające na wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	n	%
Osoba dopuszcza się zamachu na zdrowie swoje lub innej osoby	45	100%	84	100%
Osoba w gwałtowny sposób niszczy mienie	45	100%	84	100%
Osoba jest pod wpływem alkoholu i wyzywa personel SOR	6	13%	6	7%
Kiedy personel będzie miał potwierdzenie choroby psychicznej	9	20%	6	7%
Inne	0	0%	0	0%

Źródło: Na podstawie badań własnych

Nieprawidłowe odpowiedzi zostały wskazane przez niewielki odsetek grupy, przy czym jedna z odpowiedzi była wskazywana nieznacznie częściej nieznacznie częściej.



Rycina 3. Znajomość sytuacji uprawniających do zastosowania środków przymusu bezpośredniego

Źródło: Opracowanie własne

Odpowiedzi zawarte w Tabeli X. jednoznacznie wskazują iż tylko 23% wszystkich osób zawsze odnotowuje epizod użycia środków przymusu bezpośredniego. Przy czym są to nieznacznie częściej kobiety - 33% niż mężczyźni - 18%. Drugą pod względem częstości wyboru była odpowiedź " Często" - 63%, przy czym była wybierana częściej przez mężczyzn - 68%.

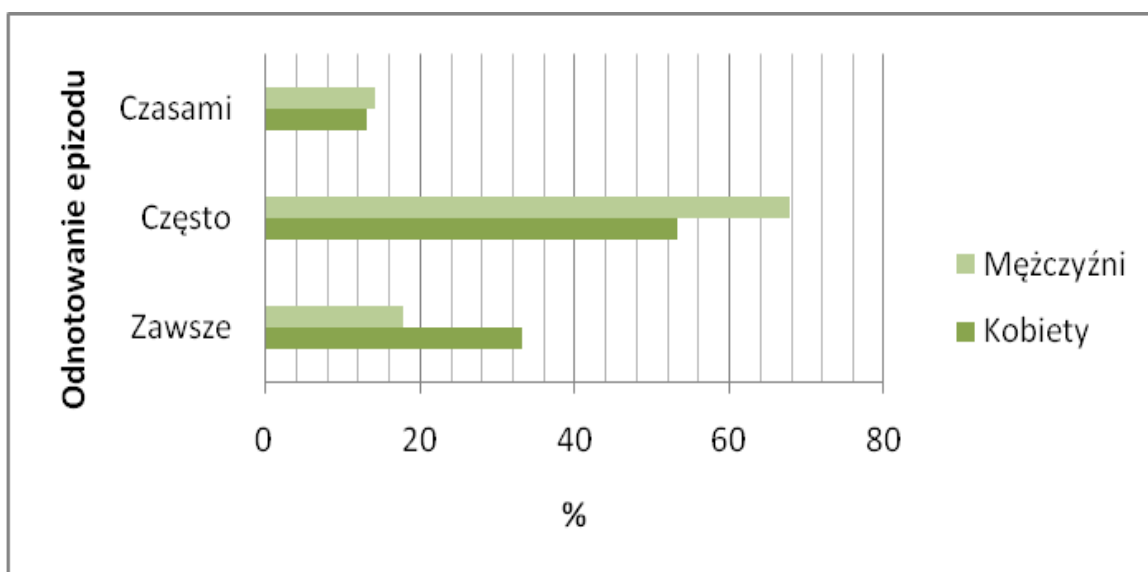
Tabela VI. Odnotowanie epizodu użycia środków przymusu bezpośredniego wobec pacjenta

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	n	%
Zawsze	15	33%	15	18%	30	23%
Często	24	53%	57	68%	81	63%
Czasami	6	13%	12	14%	18	15%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 1,340432 = > \chi^2_{0,05;2} = 0,051160$$

Test chi - wskazuje iż, płeć badanych respondentów nie ma wpływu na częstość odnotowania epizodu użycia środków przymusu.



Rycina 4. Odnotowanie epizodu użycia środków przymusu

Źródło: Opracowanie własne.

W następnym pytaniu badani respondenci zostali poproszeni o wskazanie prawidłowego zakresu czasu dla środków przymusu w postaci unieruchomienia bądź izolacji. Zdecydowana większość osób wybrała prawidłową odpowiedź 4h - 88% całej grupy. Nieprawidłowa odpowiedź została wybrana przez 12% całej grupy.

Tabela VII. Dopuszczalny czas izolacji chorego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	n	%	n	%
3 h	6	13%	9	11%	15	12%
4 h	39	87%	75	89%	114	88%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 0,0640611 = < \chi^2_{0,05;1} = 0,80019$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć ma wpływ na znajomość prawidłowego czasu stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji.

Prawidłowy czas przedłużenia stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia bądź izolacji zna 79% osób całej grupy. Przy czym byli to częściej mężczyźni (82 %) niż kobiety (73%).

Tabela VIII. Możliwość przedłużenia czasu stosowania środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Dwa okresy nie dłuższe niż 6 h	33	73%	69	82%	102	79%
Jeden okres nie dłuższy niż 6 h	6	13%	9	11%	15	12%
Trzy okresy nie dłuższe niż 6 h	6	13%	6	7%	12	9%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 0,5368715 = < \chi^2_{0,05;2} = 0,76457$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów ma wpływ na znajomość czasu przedłużenia środków przymusu bezpośredniego.

W tabeli XIII. znajdują się odpowiedzi udzielone na pytania odnośnie prawidłowego czasu po którym należy przeprowadzić kontrolę stanu zdrowia pacjenta. Prawidłowa odpowiedź została wybrana przez 77% całej grupy osób, przy czym były to nieznacznie częściej kobiety - 80%, niż mężczyźni - 75%. Nieprawidłowe odpowiedzi zostały wybrane przez 24% osób.

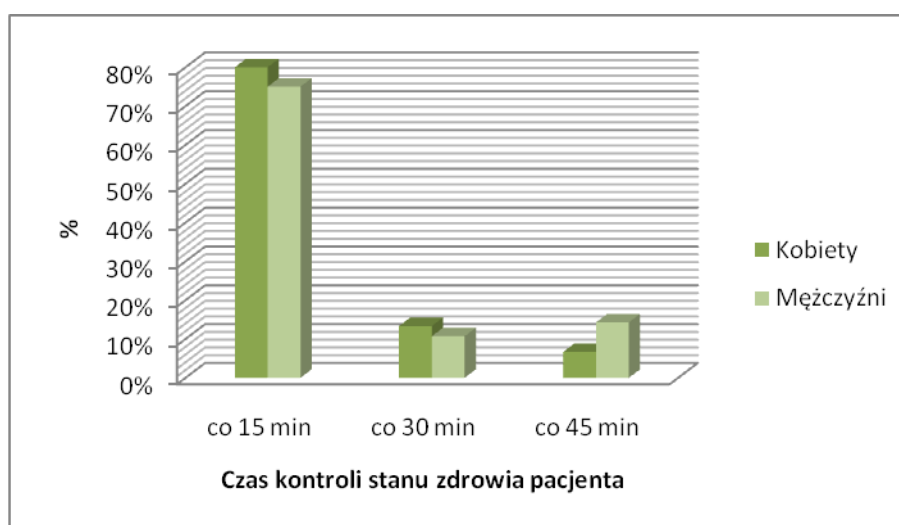
Tabela IX. Prawidłowy czas kontrolowania stanu zdrowia pacjenta

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	N	%	n	%
co 15 min	36	80%	63	75%	99	77%
co 30 min	6	13%	9	11%	15	12%
co 45 min	3	7%	12	14%	15	12%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło. Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 0,6223134 = > \chi^2_{0,05;2} = 0,073260$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć ma wpływa na znajomość prawidłowych odstępów czasowych w badaniu pacjenta.



Rycina 5. Czas kontrolowania stanu zdrowia pacjenta podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego

Źródło: Opracowanie własne

W tabeli XIV. znajdują się odpowiedzi udzielone na pytanie odnośnie miejsce w którym zezwala się na zastosowanie środków przymusu bezpośredniego. Prawidłowa odpowiedź została udzielona przez ponad połowę grupy czyli - 61%. Drugą pod względem częstości wyboru stanowiła odpowiedź - "*W każdym miejscu*" została wybrana przez 30% całej grupy, przy czym była to odpowiedź wybrana przez prawie połowę kobiet - 40%.

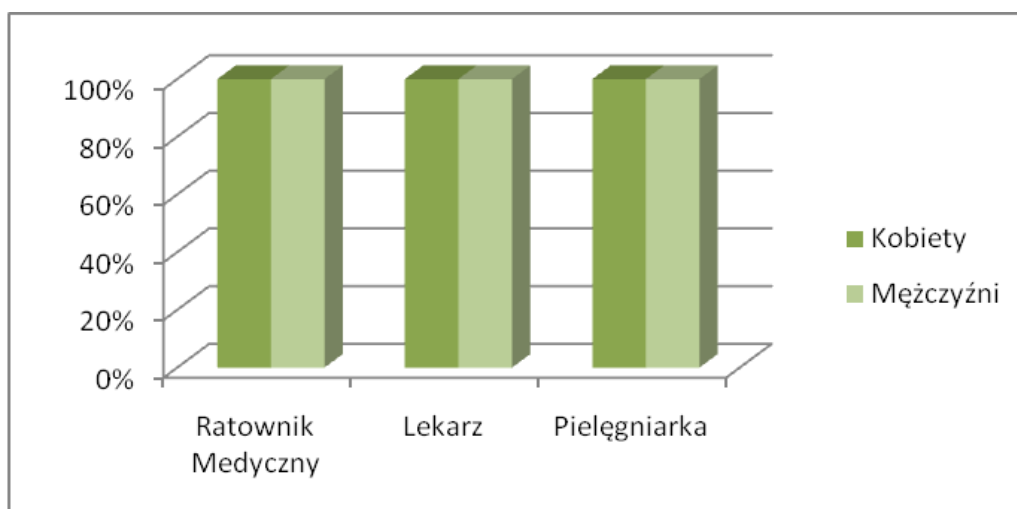
Tabela X. Miejsce umożliwiające stosowanie środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Sali obserwacyjnej	0	0%	12	14%	12	10%
Pomieszczenie jednoosobowe	27	60%	51	61%	78	60%
W każdym miejscu	18	40%	21	25%	39	30%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{\text{obs}} = 2,870604 = > \chi^2_{0,05;2} = 0,23804$$

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu wiedzą że o użyciu środków przymusu bezpośredniego mogą decydować Lekarze, Ratownicy Medyczni oraz Pielęgniarki. Prawidłowa odpowiedź została wskazana przez 100% badanych respondentów.



Rycina 6. Prawo do użycia środków przymusu bezpośredniego w Polsce

Źródło: Opracowanie własne

Praktycznie wszystkie badane osoby zdają sobie sprawę z faktu, iż są zobowiązani do poinformowania pacjenta o konieczności podjęcia w stosunku do niego środków przymusu bezpośredniego. Prawidłowa odpowiedź została wskazana przez 95% całej grupy, przy czym byli to nieznacznie częściej mężczyźni 97%, niż kobiety - 93%. Negatywna odpowiedź została wskazana przez 5% całej grupy osób (Tabela XI).

Tabela XI. Poinformowanie pacjenta o konieczności podjęcia wobec niego środków przymusu bezpośredniego

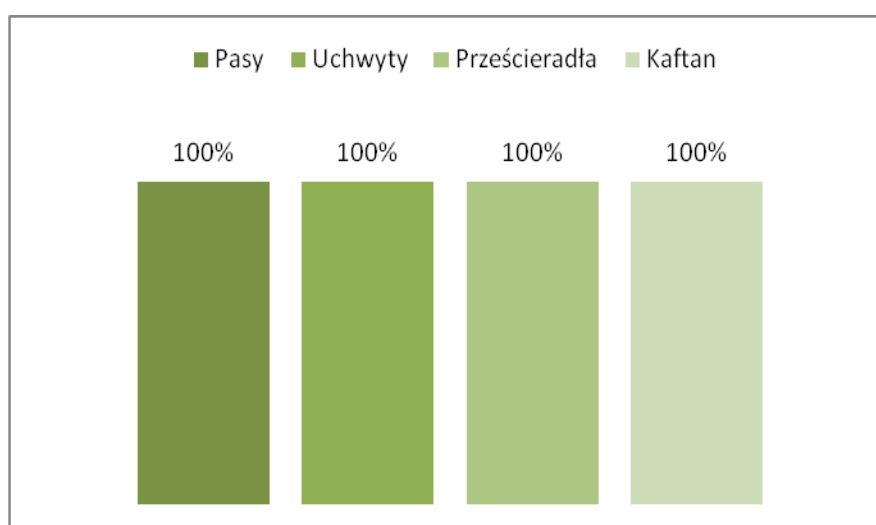
	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	n	%	N	%
Tak	42	93%	81	96%	123	95%
Nie	3	7%	3	4%	6	5%
Suma	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 0,2110046 = > \chi^2_{0,05;2} = 0,64598$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów ma wpływ na informowanie pacjenta o konieczności użycia w stosunku do niego środków przymusu bezpośredniego.

Wszystkie badane osoby zgodnie stwierdziły, iż podczas kontroli stanu fizycznego pacjenta powinny zostać sprawdzone wszystkie elementy stanowiące unieruchomienie pacjenta.



Rycina 7. Elementy wymagające sprawdzenia podczas kontroli stanu fizycznego pacjenta

Źródło: Wyniki badań własnych

Badani respondenci zostali poproszeni o wybranie dominującego źródła informacji z którego czerpią wiedzę na temat środków przymusu bezpośredniego. Większość osób korzysta z Dziennika ustaw, ta odpowiedź została wskazana przez 77% wszystkich osób, przy czym była nieznacznie częściej wybierana wśród mężczyzn 79% niż kobiet 73%. Internet jako źródło zostało wybrane przez 14% całej grupy, w tym aż 20% kobiet. Dokładnie 9% osób z grupy stwierdziło, iż nie szuka informacji na dany temat.

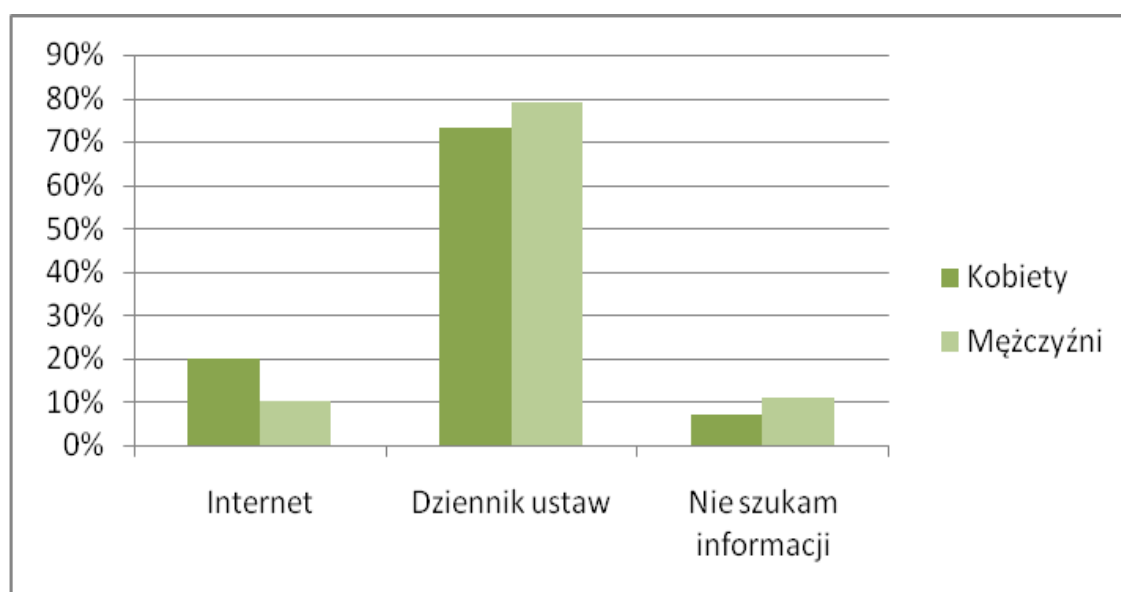
Tabela XII. Najczęstsze źródło informacji o środkach przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Internet	9	20%	9	10%	18	14%
Dziennik ustaw	33	73%	66	79%	99	77%
Nie szukam informacji	3	7%	9	11%	12	9%
Ogół	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 0,8105159 > \chi^2_{0,05;2} = 0,66680$$

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów nie ma wpływu na wybór źródła informacji.



Rycina 8. Najczęstsze źródło informacji o środkach przymusu bezpośredniego

Źródło: Opracowanie własne

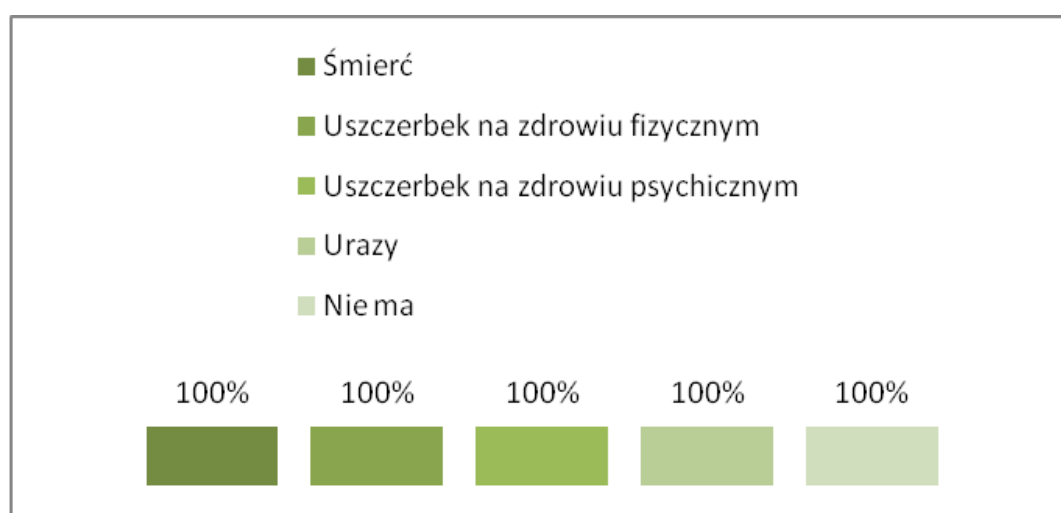
Zdecydowana większość osób które brały udział w badaniu uważa, iż ich pacjent nie doznał uszczerbku na zdrowiu w sytuacji zastosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego. Przeczącą odpowiedź została wybrana przez 70% wszystkich osób. Biorąc pod uwagę płeć, była to odpowiedź częściej wybierana w grupie kobiet - 80%, niż mężczyzn - 64%. Odpowiedź "Nie wiem" została wybrana przez 21% osób, była to druga najczęściej wybierana odpowiedź w grupie mężczyzn i stanowiła 29% męskiej grupy.

Tabela XIII. Wystąpienie uszczerbku na zdrowiu pacjenta w sytuacji zastosowania u niego środków przymusu bezpośredniego

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	6	13%	6	7%	12	9%
Nie	36	80%	54	64%	90	70%
Nie wiem	3	7%	24	29%	27	21%
Razem	45	100%	84	100%	129	100%

Źródło: Na podstawie badań własnych

$$\chi^2_{obl} = 2,987249 > \chi^2_{0,05;2} = 0,22456$$



Rycina 9. Znajomość konsekwencji stosowania środków przymusu bezpośredniego

Źródło: Opracowanie własne

Test chi - kwadrat wskazuje, iż płeć badanych respondentów nie ma wpływu na wystąpienie sytuacji w których pacjent doznał uszczerbku na zdrowiu.

W ostatnim pytaniu uczestnicy badania zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi, jakie konsekwencje może mieć użycia środków przymusu bezpośredniego. Każda z badanej grupy osób zdaje sobie w 100% sprawę z niebezpieczeństwa konsekwencji.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki badania wskazują, iż pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojskowym Instytucie Medycznym CSK MON w Warszawie posiadają pewien zakres wiedzy jeżeli chodzi o stosowanie środków przymusu bezpośredniego. W związku z faktem, iż stosowanie środków przymusu stanowi ostateczną czynność, przeznaczoną do użytkowania tylko w skrajnych i wyjątkowych okolicznościach. Pracownicy nie powinni mieć wątpliwości i znać podstawy działania, jako że przymus bezpośredni jest narzędziem przeznaczonym do realizowania wyższych celów, którego stosowanie jest ściśle określone w Dzienniku Ustaw. Przeprowadzone badanie w szczególnym stopniu skupiało się na poznaniu stanu wiedzy na temat zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego. Większość osób (88%) posiada wiedzę na temat prawidłowego zakresu czasu w przypadku unieruchomienia i/lub izolacji pacjenta, możliwości przedłużenia stosowania w/w środków oraz prawidłowego czasu kontroli stanu zdrowia pacjenta. Niestety tylko 60% osób wie, że w przypadku stosowania w/w środków pacjent powinien zostać umieszczony w jednoosobowym pomieszczeniu.

Badani respondenci wiedzą że decyzje o zastosowaniu w/w środków podejmuje lekarz znajdujący się na miejscu zdarzenia, a w określonych Ustawą przypadkach również pielęgniarka i ratownik medyczny. Również praktycznie wszystkie badane osoby (95%) zdają sobie sprawę z faktu, że przed przystąpieniem do wykonania jakichkolwiek czynności są zobowiązani do ustnego poinformowania pacjenta o zamiarach. Pracownicy SOR jako najczęstsze źródło informacji w badanym zakresie wybierali Dziennik Ustaw (77%). Jest to pozytywna tendencja, dająca pracownikom ochrony zdrowia solidną podstawę wiedzy. Większość osób stwierdziła, że pacjent w stosunku do którego zastosowano środki przymusu bezpośredniego nie doznał uszczerbku na zdrowiu (70%). Przy czym, wszystkie osoby biorące udział w badaniu (100%) wiedzą jakie mogą być negatywne konsekwencje stosowania w/w środków. Według McLaren i in., żeby profesjonalnie wykonywać zawód medyczny należy pozbyć się obronnej postawy i aktywnie uczestniczyć w poszerzaniu własnej wiedzy medycznej. Prowadzona edukacja i kształcenie powinno prowadzić do rozwoju profesjonalnego stosunku do pacjenta i dążyć do zapobiegania nieprofesjonalnych zachowań z

nadzieją na ich zmniejszenie w przyszłości.

WNIOSKI

Analiza uzyskanego materiału uzyskanego w wyniku przeprowadzonego postępowania badawczego, udało się powziąć następujące wnioski.

1. Wszystkie osoby znały formy przymusu bezpośredniego (100%), potrafiły określić również sytuacje w czasie których mogą je zastosować (100%). Ponad połowa grupy (60%) знаła dedykowane miejsce do zastosowania środków przymusu a 95% grupy zdawało sobie sprawę z faktu, iż ma obowiązek poinformowania pacjenta przed przystąpieniem do omawianych czynności.
2. Zdecydowana większość (88%) badanej grupy osób wie jaki jest prawidłowy zakres czasu dla stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia bądź izolacji. Jeżeli chodzi o posiadanie wiedzy z zakresu możliwego czasu przedłużenia, znajomość grupy przedstawia się na podobnym poziomie. Dokładnie 80% badanej grupy wybrało prawidłową odpowiedź, iż prawo o ochronie zdrowia psychicznego w Polsce dopuszcza dwa okresy nie dłuższe niż 6 h.
3. Badane osoby bardzo często spotykają się z agresją fizyczną ze strony pacjentów. Aż 63% badanych respondentów stwierdziło, iż z agresją fizyczną spotyka się nawet kilka razy w ciągu tygodnia a 26% nawet, kilka razy w ciągu dyżuru.
4. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zadeklarowali częstość korzystania ze środków przymusu bezpośredniego nawet do kilku razy w tygodniu - 67%. Mimo tego, iż jak wskazują badania jest to bardzo często wykorzystywane prawo nie posiadają wysokiego poziomu wiedzy w badanym zakresie.
5. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w celu poszerzenia swojej wiedzy korzystają najczęściej z Dziennika Ustaw (77%). Niestety dokładnie 9% grupy stwierdziło, iż nie interesuje się badanym tematem w związku z czym nie poszukuje informacji na jego temat.

PIŚMIENNICTWO

1. Duda J.: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Wydawnictwo Lexis Nexis, Warszawa 2009, 11-12.
2. Dukiet - Nagorska T.: Autonomia pacjenta a polskie prawo karne, Wydawnictwo Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008, 34-44.
3. Kobińska A.: Zakres autonomii pacjenta na przykładzie nie wyrażenia zgody na

- zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości. Transformacje Prawa Prywatnego, Warszawa 2008.
4. Filipka K., Ślusarz R.: Przymus bezpośredni w aspekcie medycznym. Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Włocławek 2017, 68-88.
 5. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A.: Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, 56.
 6. Kulesza J.: Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielenia pomocy. Prawo i Medycyna, 2011, 19, 13.
 7. Kolankiewicz K.: Aktualne problemy prawa medycznego. Materiał z IV Pomorskiej Konferencji Prawników Izb Lekarskich. Wydawnictwo Pelpin, Gdańska Biblioteka Prawa, Medycznego, Gdańsk 2018,.29.
 8. Lach D.: Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska, Warszawa 2011, 84.
 9. Zajdel - Całkowska J., Prawo medyczne dla pediatrów. Wydawnictwo Progress, Łódź 2009, 61-77.
 10. Zielińska E.: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz. Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008, 429-450.
 11. Pużyński J, Wciórka J: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000, 75.
 12. Heitzman J: Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów. Psychiatria Polska. Warszawa 2007, 46, 6, 32.
 13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Dz.U.2014.87.
 14. Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J: Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, 34-66.
 15. Świdorska M.: Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny. Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2009,.34.
 16. Gogacz M.: Czym jest etyka zawodowa. Zagadnienie etyki zawodowej. Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 2008, 12.
 17. Drzeżdżon W.: Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość. Wydawnictwo Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Gdańsk 2007, 14, 78.
 18. Żychowska R.: Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych oraz prasie zawodowej.[W:] Materiały z międzynarodowej konferencji

- "Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim", 12-13 maja 2009. Warszawa. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2009, 37-47.
19. Scott S.D.: "New professionalism" -Shifting relationship between nursing education and nursing practice. *Nurse Education Today*, 2008, 7, 240-245.
 20. Kupś I., Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J.: Przymus bezpośredni — realizacja założeń ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim. *Psychiatria*, 2007,4(3), 12.
 21. Kubanek A.: Przymus bezpośredni stosowany w celach leczniczych, *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP, UJ*, Poznań 2015,.90.
 22. Karkowska D.: *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Wydawnictwo Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s.10.
 23. Rymaszewska J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej, Via Medica*, Wrocław 2008, 17.
 24. Augustynowicz A.: Wrześniewska-Wal I.: Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów, *Pediatrica Polska* 88, Warszawa 2013, 20-21.
 25. Levi M.I.: *Zarys psychiatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011, 145.
 26. Krzyżowski J.: *Trudne problemy w praktyce psychiatrycznej*, Wydawnictwo MEDYK, Warszawa 2009, 19.
 27. Bail K., Cook R., Gardner L.: Writing ourselves into a web of obedience. A nursing policy analysis, *International journal of Nursing Studies*, November 2009, 11, 1457-1466.
 28. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A.: *Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2010, 56.
 29. Srogosz T.: *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2009, 13.
 30. Sieńko A.: Błędy medyczne- odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej. Jak uniknąć kosztownym pułapek, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2015, 73-109.
 31. Grabski B.: *Podstawy badania psychiatrycznego dla studentów, lekarzy, psychologów i psychoterapeutów*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2015, 41.
 32. Golec S., Kokoszka A.: *Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Podstawy psychiatrii interwencyjnej dla lekarza psychiatry*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2012, 99-110.
 33. Grzywa A.: Karakuła H., *Rehabilitacja psychiatryczna*, Urban&Partner, Wrocław 2013,

34-78.

34. Javitt D.C., Coula J.T.: Schizofrenia rozkodowana, Świat Nauki, 2014, 2, 31-41.

WIEDZA PACJENTÓW DIALIZOWANYCH NA TEMAT RADZENIA SOBIE W CHOROBY

Paulina Pietrowicz¹, Agata Gołębiewska^{1,2}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i przedsiębiorczości w Łomży
2. Szpital Wojewódzki w Łomży

WSTĘP

Choroby układu moczowego mogą wynikać zarówno z pojawienia się chorób samych nerek jak i innych schorzeń ogólnoustrojowych prowadzących do uszkodzenia funkcji nerek. Objawy kliniczne pojawiające się u chorych z dysfunkcjami nerek są bardzo różne, co wynika z różnorodności funkcji spełnianych w organizmie. Odpowiadają za wydalenie produktów przemiany materii, regulację gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej, a także wpływają na regulację ciśnienia tętniczego, erytropoezę, przemianę lipidową, białkową i węglowodanową. Dysfunkcja tego narządu może mieć bardzo poważne konsekwencje dla funkcjonowania całego organizmu, co z kolei może prowadzić do wystąpienia konieczności wdrożenia leczenia nerkozastępczego [1,2].

Epidemiologia leczenia nerkozastępczego

Od chwili, kiedy wprowadzone zostało leczenie nerkozastępcze pod postacią hemodializy (HD), dializy otrzewnowej (DO), a następnie przeszczepiania nerki obserwowany jest ciągły wzrost pacjentów leczonych tymi metodami.

Z badań przeprowadzonych przez polskich specjalistów wynika, że w roku 2017 rozpoczęło leczenie nerkozastępcze 6550, a w 2016 roku 5716 pacjentów, a główną przyczyną zapadalności na choroby nerek była nefropatia cukrzycowa. Łączna liczba osób dializowanych w roku kalendarzowym 2017 wynosiła około 20 tysięcy osób, a najczęstszą metodą leczenia była HD. Metodą DO leczonych było niespełna tysiąc dwieście osób.

Pojęcie przewlekłej choroby nerek (PChN) definiuje schorzenia pierwotne i wtórne jakie doprowadzają do uszkodzeń strukturalnych w nerkach, które z kolei powodują ich dysfunkcję. W późniejszych etapach tych zaburzeń w każdym przypadku dochodzi do utraty coraz większej liczby nefronów, obciążając tym samym funkcję tych, które jeszcze pozostały. Proces ten prowadzi do nieodwracalnych zmian w nerce, polegających na stwardnieniu i

zanikaniu kłębuszków nerkowych, włóknieniu śródmiąższu oraz szkliwienia drobnych naczyń tętniczych.

Najczęstszymi przyczynami PChN jest nefropatia cukrzycowa, nadciśnienie tętnicze, a także choroby nerek pochodzenia naczyniowego, pierwotne i wtórne zapalenie kłębuszków nerkowych i śródmiąższowe zapalenie nerek. Wielotorbielowatość nerek jest natomiast główną przyczyną pośród uwarunkowanych genetycznie chorób prowadzących do PChN [3,4].

Nefropatia cukrzycowa

Zaburzenia czynności nerek występują zarówno u chorych z cukrzycą 1 jak i 2 typu. Pierwszym nieprawidłowym objawem jest hiperfiltracja kłębuszkowa i pierwsze zmiany strukturalne w kłębuszkach w postaci pogrubienia błon podstawnych pętli naczyniowych, zwiększenia objętości mezangium [3].

Następnie pogłębiająca się progresja zmian czynności nerek powoduje wystąpienie mikroalbuminurii [3].

Kolejnym etapem jest pojawienie się białka w moczu i obniżenie filtracji kłębuszkowej (eGFR), wykrycie w badaniach histopatologicznych cech rozlanego lub guzkowego stwardnienia kłębuszków a także postępujące szkliwienie drobnych naczyń tętniczych. Końcowym już etapem rozwoju nefropatii cukrzycowej jest znaczne obniżenie GFR, pogarszające się zaburzenia metaboliczne i niedokrwistość, jak i również inne powikłania cukrzycy [3].

W cukrzycy typu 2 cechy typowe dla uszkodzenia nerek (białkomocz, mikroalbuminemia) rozpoznawane są często już na początku choroby co związane jest z późnym okresem rozpoznania cukrzycy. Główną przyczyną uszkodzenia nerek w tej grupie chorych nie jest nefropatia cukrzycowa, ale takie schorzenia jak zmiany naczyniowe czy kłębuszkowe zapalenie nerek [3,4].

Upośledzenie czynności nerek wstępuje w chorobach naczyń, takich jak ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, mikroskopowe zapalenie naczyń lub guzkowe zapalenie tętnic. Takie zmiany w nerkach rozpoznawane są już na początku choroby i mimo stosowanego leczenia skutkują nieodwracalnym uszkodzeniem nerek [3].

Kłębuszkowe zapalenie nerek (KZN)

To grupa schorzeń o ostrym lub przewlekłym przebiegu, cechująca się zaburzeniami w strukturach kłębuszków nerkowych na skutek procesów immunologicznych. Prawie we wszystkich przypadkach obecne są złożone immunoglobuliny i składowe dopełniacza bądź

kompleksów immunologicznych w mezangiu, wzdłuż naczyń kłębuszka albo w sąsiedztwie błon podstawnych. Postępujący proces zapalny upośledza funkcję błony filtracyjnej kłębuszków, co skutkuje pojawieniem się leukocytów lub erytrocytów w moczu. Możliwość wystąpienia proliferacji komórek mezangium bądź torebki kłębuszka dodatkowo sprzyja upośledzeniu filtracji kłębuszkowej. Zwykle po dłuższym czasie trwania powyższych procesów dochodzi do narastającego stwardnienia kłębuszków i rozwoju zaawansowanego stadium przewlekłej choroby nerek. Zdarzają się przypadki, gdy KZN ma charakter szybko postępujący, który w ciągu kilku miesięcy może doprowadzić do poważnego upośledzenia funkcji nerek [3].

Choroba ta może występować pierwotnie jako jednostka ograniczona bądź wtórnie na skutek procesów choroby ogólnoustrojowej na przykład toczenia trzewnego lub reumatoidalnego zapalenia stawów [2,3].

Objawy występujące w KZN można podzielić na kilka obrazów klinicznych, czyli:

- obraz zespołu nefrytycznego – charakteryzujący się nadciśnieniem tętniczym, obrzękami, dysfunkcją czynności nerek oraz zmianami w osadzie moczu, najczęściej w przebiegu ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek,
- obraz zespołu nerczycowego – występujący w przebiegu submikroskopowego KZN, błoniastego i błoniasto-rozplemowego KZN, ogniskowego i segmentalnego szkliwienia kłębuszków (FSGS),
- obraz gwałtownie postępującego KZN – dającemu w obrazie biopsyjnym widok
- półksiężyców komórkowych w torebce kłębuszków,
- nawracający krwimocz – najczęściej występujący w przebiegu nefropatii IgA, polegającej na odkładaniu się immunoglobuliny IgA w kłębuszkach [3].

Śródmiąższowe zapalenie nerek

Grupa schorzeń różnego pochodzenia, cechująca się naciekaniami komórkowym, stanem zapalnym i postępującym włóknieniem w miąższu i cewkach nerkowych to śródmiąższowe zapalenie nerek, niekiedy nazywane także cewkowo-śródmiąższowym zapaleniem nerek. W przypadku tego schorzenia może również dojść do zajęcia kłębuszków nerkowych w wyniku wtórnych zaburzeń śródmiąższowych, ale jedynie w późnym stadium choroby [2,3].

Ostra niewydolność nerek (ONN)

Ostra niewydolność nerek to zespół kliniczny, który cechuje zwykle odwracalne zmniejszenie filtracji kłębuszkowej i nagromadzenie w płynach ustrojowych produktów przemiany materii, czyli mocznika i kreatyniny. O ONN mówimy, gdy wzrost stężenia

kreatyniny wynosi 0,5mg/dl bądź występuje spadek filtracji kłębuszkowej o połowę. Najczęściej schorzenie to wiąże się z wystąpieniem skąpomoczu lub bezmoczu, jednak w około 20% przypadków, temu zespołowi może towarzyszyć prawidłowa ilość wydalanego moczu, a nawet wielomocz. Ze względu na mechanizm powstania ONN możemy podzielić ją na przednerkową, czyli czynnościową, odwracalną i miąższową ONN, pochodzenia zapalnego i niezapalnego, a także pozanerkową [5].

Przednerkowa ostra niewydolność nerek jest wywoływana na skutek hipowolemii, czyli zmniejszenia objętości krwi krążącej, która może być spowodowana utratą płynów zewnątrzkomórkowych przez przewód pokarmowy przy wymiotach i biegunkach, przez nerki na przykład w moczówce prostej, przez skórę przy wysokich temperaturach ciała i otoczenia czy krwotoki. Także zbyt mała podaż płynów może doprowadzić do wstrząsu hipowolemicznego. Innymi ważnymi przyczynami są schorzenia sercowo-naczyniowe upośledzające rzut serca, takie jak zawał serca czy tamponada albo ogólnoustrojowe zaburzenia naczynioruchowe pojawiające się we wstrząsie anafilaktycznym lub po podaniu niektórych leków [5].

Nerkowa ONN, najczęściej miąższowa wywołana jest przez czynniki zapalne, do których należą choroby dotyczące pierwotnie naczyń nerkowych (np.: zespół hemolityczno-mocznicowy) i kłębuszków nerkowych (zapalenie kłębuszkowe nerek, glomerulopatie w przebiegu chorób układowych), ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenia nerek [5].

Do niezapalnych czynników nerkowych ONN należy głównie martwica cewek nerkowych wywołana niedokrwieniem narządu przez długie działanie czynników przednerkowej ONN, a także czynniki toksyczne egzogenne (leki, środki kontrastowe, metale ciężkie, środki ochrony roślin, niektóre grzyby) i endogenne (mioglobina, hemoglobina i bilirubina) [5].

Pozanerkowa ONN jest wywoływana utrudnieniami w odpływie moczu wynikającego z obustronnego zamknięcia moczowodów przez kamienie, martwicę brodawek nerkowych, nacieki nowotworowe z pęcherza moczowego czy ucisk z zewnątrz na moczowody. Inną przyczyną utrudnienia odpływu moczu może być zamknięcie dróg moczowych na wys. szyjki pęcherza moczowego albo zamknięcie cewki wywołane chorobami gruczołu krokowego [5].

W celu oznaczenia stopnia ONN stworzona została klasyfikacja RIFLE, w której wyróżniamy kategorie:

⇒ RISK (zagrożenie) – wzrost kreatyniny 1,5-krotny, diureza poniżej 0,5 ml/kg/godz. przez 6 godzin.

- ⇒ INJURY (uszkodzenie) – wzrost 2-krotny kreatyniny w surowicy, diureza poniżej 0,5 ml/kg/godz. przez 12 godzin.
- ⇒ FAILURE (niewydolność) – wzrost 3-krotny kreatyniny lub powyżej 0,4mg/dl przy wzroście o $> 0,5$ mg/dl, diureza $< 0,3$ ml/kg/godz. przez 24 godziny lub bezmocz przez 12 godzin.
- ⇒ LOSS (utrata funkcji) – całkowita utrata czynności nerek trwająca powyżej 4 tygodni,
- ⇒ END STAGE (schyłkowa choroba nerek) – schyłkowa niewydolność nerek utrzymująca się przez ponad 3 miesiące [5].

Leczenie ONN zależne jest od przyczyny powstania choroby. U chorych należy monitorować diurezę, ciśnienie tętnicze, a także gospodarkę elektrolitową i kwasowo-zasadową. W leczeniu stosowane są ograniczenia leków nefrotoksycznych i rozważanie leczenia nerkozastępczego dializami [6].

Przewlekła niewydolność nerek (PNN)

PNN to zespół chorobowy rozwijający się jako następstwo uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów [7].

Cechuje się on postępującym niszczeniem struktur nerek i narastaniem upośledzenia ich czynności. O schorzeniu tym mówimy, gdy GFR spada poniżej 60 ml/min/1,73 m² i utrzymuje się powyżej trzech miesięcy. Zaburzenia te wchodzą w skład PChN, zaczynając od stadium III. Stadium II PChN nazywano niegdyś utajoną PNN, stadium III – jawną wyrównaną PNN, a IV-jawną niewyrównaną PNN. Natomiast stadium V – schyłkową bądź krańcową PNN. Na powstanie PNN mają wpływ pierwotne zmiany w kłębuszkach nerkowych wywołane procesem chorobowym [7].

Zmiany te prowadzą do zaburzenia czynności wydalniczej i wewnątrzwydalniczej nerek, a także zaburzają procesy metaboliczne. Zaburzenia te w miarę upływu czasu powodują pogłębianie się PNN, nawet gdy dochodzi do wygaśnięcia aktywności podstawowej nefropatii, czyli proces chorobowy postępuje wtórnie uszkadzając tkankę śródmiąższową nerki, a następnie pogłębia uszkodzenie zmienionych patologicznie kłębuszków i powoduje zajmowanie dotychczas zdrowych kłębuszków [7].

Przewlekła choroba nerek (PChN)

Definiowana jest jako: „Występowanie wskaźników dysfunkcji nerek, określanych jako strukturalne lub czynnościowe uszkodzenie nerek z upośledzeniem przesączania kłębuszkowego lub bez niego. Wskaźniki dysfunkcji utrzymują się ponad 3 miesiące.[8]”

Istnieje wiele czynników powstania PChN, które można podzielić ze względu na rodzaj i działanie. Są to:

- czynniki uspasabiające, które zwiększają podatność na uszkodzenie nerek – starszy wiek, pozytywny wywiad rodzinny w kierunku PChN, mała masa nerek, niska masa urodzeniowa, ubóstwo, mniejszości rasowe i etniczne,
- czynniki inicjujące, które bezpośrednio zapoczątkowują uszkodzenie nerek – cukrzyca, nadciśnienie, choroby układu odpornościowego, ZUM, kwasica moczowa, niedrożność dolnych dróg moczowych, leki neurotoksyczne, choroby genetyczne,
- czynniki sprzyjające powstawaniu PChN, pogarszające funkcje nerek – wysoki poziom białka w moczu, niekontrolowane RR, niekontrolowana cukrzyca, dyslipidemia, otyłość, palenie tytoniu [8].

Stadium 1 PChN w wielu przypadkach przebiega bezobjawowo. Występujące objawy zależne są od przyczyny wywołującej nefropatie, mogą to być objawy związane z nawracającymi ZUM, kamica, dną moczanową albo zespołem nerczycowym. W tym stadium choroby poziom GFR jest prawidłowy lub podwyższony, jeżeli pojawia się hiperfiltracja [7].

W badaniach obrazowych i laboratoryjnych można zaobserwować cechy uszkodzenia narządu, takie jak: torbiele w badaniu ultrasonograficznym (USG), albuminurię, białkomocz, krwinkomocz [7].

Podobnie jak w stadium 1 w stadium 2 PChN objawy odczuwane przez pacjenta są rzadkością. Zwykle wolno narastająca niewydolność nerek daje objawy, do których pacjent adaptuje się w czasie pogłębiania się choroby, co powoduje, że nie jest w stanie sam zauważyć objawów swojej niewydolności. Dominują tu nadal objawy schorzenia pierwotnego prowadzącego do niewydolności. Mocz chorego ulega stopniowemu zagęszczeniu, co objawia się nocnym oddawaniem moczu (nykturia). Wśród pacjentów z nefropatią cukrzycową na tym etapie procesu uszkodzenia nerek, może dochodzić już do powstawania niedokrwistości [7,8].

W stadium trzecim poziom GFR ulega stopniowemu obniżeniu, a typowymi dla tego etapu objawami są: wielomocz, nykturia i związane z tym wzmożone pragnienie. U większości chorych obserwowane jest nadciśnienie tętnicze.

W początkowej fazie tego stadium występują zaburzenia ze strony układu pokarmowego, takie jak utrata apetytu, nudności, wymioty, narastający poziom fosforu w surowicy i podwyższone stężenie kwasu moczowego. Poziom stężenia kreatyniny i mocznika również ulega podwyższeniu, a pogłębiająca się niedokrwistość, powoduje często znaczne osłabienie chorych [7].

W kolejnym ostatnim stadium objawy kliniczne i biochemiczne opisywane wyżej

narastają wraz z postępowaniem niewydolności nerek [7].

5 stadium PChN to spadek GFR poniżej 15. czyli praktyczny brak filtracji przez kłębuszki nerek. Na tym etapie niedopuszczenie do pojawienia się objawów mocznicy powoduje wdrożenie leczenia nerkozastępczego, które w obecnych czasach jest bardzo wysoko rozwinięte. Objawy kliniczne mocznicy występują:

- ze strony układu nerwowego centralnego (np.: senność, zaburzenia pamięci, drżenia mięśniowe) i obwodowego (nefropatia obwodowa czuciowo-ruchowa, męczliwość i kurcze mięśniowe, czkawka),
- ze strony układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia, zapalenie osierdzia, miażdżyca, niewydolność krążenia, przerost lewej komory serca i jej rozstrzeń),
- ze strony układu oddechowego (objawy płuco mocznicowe, zapalenie opłucnej i obrzęk płuc),
- ze strony układu pokarmowego (jadłowstręt, nudności, wymioty, zapalenie jamy ustnej i dziąseł, zapach mocznicowy z ust, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenie trzustki, krwawienie),
- objawy skórne (zmiana pigmentacji, świąd, złe gojenie się ran),
- objawy hematologiczne (niedokrwistość, skaza krwotoczna, pogorszenie czynności limfocytów),
- objawy endokrynologiczne (np.: wtórna nadczynność przytarczyc, nietolerancja glukozy, hiperlipidemia, zmiana metabolizmu tyroksyny, nieprawidłowa czynność gruczołów płciowych, zaburzenia wzrostu u dzieci),
- objawy w budowie oka (złogi wapniowe w spojówce lub rogówce, zespół czerwonych oczu),
- objawy ogólnoustrojowe (niedożywienie bądź wyniszczenie, hipotermia, wielomocz lub skąpomocz, amyloidozą) [7].

Równowaga kwasowo-zasadowa i gospodarka wodno-elektrolitowa

Woda stanowi w organizmie około 60% całej masy z czego 40% to woda śródkomórkowa, a 20% to zewnątrzkomórkowa. Zaburzenia gospodarki wodnej są związane ze zmianami osmolarności płynów ustrojowych, które są zależne od stężenia sodu w surowicy. W zależności od poziomu sodu w surowicy możemy wyróżnić odwodnienie hipotoniczne, izotoniczne, hipertoniczne oraz przewodnienie hipotoniczne, izotoniczne i hipertoniczne. Gdy poziom sodu wynosi poniżej 135 mEq/l mówimy o zaburzeniach hipotonicznych, jeżeli zawarty jest w przedziale 135-145 mEq/l to zaburzenia są izotoniczne, a jeżeli poziom jest

wyższy niż 145mEq/l to zaburzenia są z grupy hipertonicznej. Wszystkie wyżej wymienione zaburzenia mogą być spowodowane dysfunkcją nerek i postępująca ich niewydolnością [9].

Uszkodzenie nerek w przebiegu ostrych zatruc ksenobiotykami

Do najczęściej wybieranych metod pozaustrojowej eliminacji trucizn z organizmu zaliczamy hemodializę, rzadziej hemoperfuzję, pozaustrojowe wspomaganie funkcji wątroby, plazmaferезy i ultrafiltrację. Nerki jako narząd są szczególnie uczulone na działanie ksenobiotyków, co wynika z ilości krwi przepływającej przez nie, ich znacznej aktywności metabolicznej, zagęszczania ksenobiotyków w przesączu kłębuszkowym i znacznej wrażliwości na zaburzenia w układzie immunologicznym. Najbardziej podatne na uszkodzenia tego typu są komórki cewki proksymalnej, zwłaszcza segmentu S₃ cewek, które posiadają enzymy metabolizujące między innymi niektóre leki. W wyniku ostrych zatruc może dojść do nerkowej, przednerkowej i pozanerkowej ONN [10].

Kwalifikacja chorych do leczenia nerkozastępczego

W obecnych czasach na całym świecie leczenie nerkozastępcze jest dostępne dla wszystkich potrzebujących takiej metody leczenia. Przeciwwskazaniami są jedynie: rozsiana choroba nowotworowa, inna choroba współistniejąca nierokująca poprawy mimo wprowadzenia leczenia nerkozastępczego lub brak zgody pacjenta. Wdrożenie leczenia nerkozastępczego wskazane jest, gdy filtracja kłębuszkowa spada poniżej 20 ml/min/1,73m² u chorych z cukrzycą i poniżej 15 ml/min/1,73 m² chorych bez cukrzycy. Innymi wskazaniami są: objawy kliniczne mocznicy, niedające się wyregulować lekami nadciśnienie tętnicze, hiperfosfatemia, hiperkaliemia opora na leki, duża niedokrwistość, ciężka kwasica metaboliczna, przewodnienie oraz narastające niedożywienie [11].

Kwalifikacja do wyprzedzającego przeszczepienia nerki

Wyprzedzający przeszczep nerki to najlepsza metoda leczenia nerkozastępczego. Korzyści ze stosowania tej metody to między innymi:

- brak stresu fizycznego i emocjonalnego towarzyszącemu dializom,
- uniknięcie konieczności uzyskania dostępu dializacyjnego,
- osiągnięcie optymalnego zdrowia w dosyć krótkim czasie,
- krótszy pobyt w szpitalu, ponieważ mniejsza jest liczba powikłań okołozabiegowych,
- możliwość uzyskania wysokiej jakości życia, jeżeli pacjent odpowiednio zaangażuje się w leczenie,
- niższy koszt leczenia niż w przypadku dializoterapii,

- optymalna metoda leczenia nerkozastępczego [12].

Przeciwwskazaniami bezwzględnymi do wykonania wyprzedzającego przeszczepu nerki są uogólnione choroby nowotworowe, objawowa choroba AIDS, choroby współistniejące odporne na leczenie i prowadzące do w krótkim czasie do zgonu, czynna choroba psychiczna, alkoholizm, narkomania, powikłania miażdżycowe. Natomiast względnymi przeciwwskazaniami mogą być stany zapalne czynne i utajone, WZW typu B i C, nowotwór, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, kamica żółciowa, otyłość [12].

Kwalifikacja do leczenia hemodializą i dializą otrzewnową

Kwalifikacją do leczenia hemodializą oparta jest na możliwości założenia dostępu naczyniowego, którym może być: przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych lub wykonana z tworzywa sztucznego, cewnik czasowy i permanentny. Standardem w tej metodzie jest wykonanie przetoki z naczyń własnych, która w mniejszym stopniu naraża pacjenta na powikłania [12].

Kwalifikacja do leczenia dializą otrzewnową opiera się na ocenie sytuacji klinicznej chorego pod kątem przeciwwskazań i podjęciem decyzji związanych z założeniem cewnika do jamy otrzewnowej. Wskazaniami medycznymi do leczenia tą metodą są: istotne problemy z wytworzeniem dostępu naczyniowego, niestabilność dynamiczna, skaza krwotoczna z nadkrzepliwością, nietolerancja hemodializy. Natomiast bezwzględnymi przeciwwskazaniami DO są blizny i zrosty w obrębie jamy brzusznej, stomia jelitowa, nabyta utrata ultrafiltracji i stwardnienie otrzewnej z otorbieniem [12].

Dializoterapia

Dializoterapia jest to zastosowanie technik nerkozastępczych, które pozwalają na oczyszczanie krwi z ubocznych, toksycznych produktów przemiany materii, umożliwiają odwodnienie pacjenta i wyrównanie w jego organizmie zaburzeń jonowych krwi, w prawie taki sam sposób, w jaki robi to zdrowa nerka. Dializoterapię należy wspierać leczeniem farmakologicznym, które zastępuje pracę niewydolnej nerki. Pacjent leczony dializami ma szansę żyć tak samo długo jak osoby niechorujące na przewlekłą chorobę nerek, o ile zachowa odpowiedni tryb życia i stosował się będzie do zaleceń lekarza i diety. W dializoterapii wyróżniamy takie techniki hemodializacyjne, w których wykorzystywane są filtry zwane dializatorami bądź hemodiafiltrami, a także dializę otrzewnową [13].

Hemodializa

Hemodializa (HD) jest procesem usuwania szkodliwych dla organizmu substancji z krwi do płynu dializacyjnego, który znajduje się po przeciwnej stronie błony przepuszczalnej. Do wykonania tego zabiegu wykorzystywany jest aparat do HD, czyli tzw. sztuczna nerka. W procesie HD dochodzi do wymiany cząsteczek wody i substancji rozpuszczalnych, które mają możliwość przedostania się przez pory błony półprzepuszczalne, a następnie przemieszczania się za pomocą dwóch niezależnych mechanizmów transportu, czyli dyfuzji i ultrafiltracji [13]. W trakcie hemodializy krew płynie z dostępu naczyniowego do przedziału krwi dializatora, a następnie powraca do pacjenta. Cały układ krążenia pozaustrojowego składa się z pompy krwi, systemu zaopatrującego w płyn dializacyjny i system monitorowania z czujnikami zabezpieczającymi. Pompa krwi również napędza przepływ krwi z dostępu naczyniowego do dializatora a także w kierunku do pacjenta. System monitorujący krążenie oparte jest na czujnikach zabezpieczających i monitorujących skład dializatu, który składa się z monitora ciśnienia tętniczego krwi, czujnika powietrza, licznika pomiaru przewodności płynu dializacyjnego, czujnika temperatury płynu, czujnika wycieku krwi, modułu objętościowej kontroli ultrafiltracji, modułu profilowanej ultrafiltracji i zmiany docelowych stężeń dwuwęglanów w płynie [13].

Dializa otrzewnowa

Dializa otrzewnowa tak samo jak hemodializa to metoda leczenia nerkozastępczego, która zapobiega wystąpieniu objawów mocznicy. Obecnie DO wykorzystuje się głównie do leczenia chorych ze schyłkową NN. Bezwzględny przeciwwskazaniem leczenia nerkozastępczego tą metodą jest brak współpracy i możliwości prowadzenia dializy otrzewnowej przez samego pacjenta lub jego opiekuna, a także utrata funkcji błony otrzewnowej czy rozległe zabiegi w jamie brzusznej.

Opisywana metoda leczenia jest możliwa do przeprowadzania w warunkach domowych przez samego chorego, o ile zostanie on prawidłowo przeszkolony. Mimo, iż jest to tańsza metoda od HD, korzysta z niej w Polsce jedynie około 6% chorych przewlekle dializowanych [14].

Tak jak HD tak i DO może prowadzić do licznych powikłań, które możemy podzielić ze względu na pochodzenia na powikłania infekcyjne i nieinfekcyjne. Do pierwszej grupy powikłań zaliczamy: zapalenie ujścia zew. i kanału cewnika otrzewnowego, które jest najczęstszym powikłaniem wywoływanym przez bakterie Gram ujemne, a także dializacyjne zapalenie otrzewnej, czy wtórne lub jatrogenne zapalenie otrzewnej. Druga grupa powikłań

występuje rzadziej i są to zdarzenia medyczne związane z występowaniem dużego ciśnienia wewnątrzbrzuszego, np.: przepuklina brzuszna, bóle okolicy krzyżowej, problemy gastryczne, a także inne zdarzenia medyczne nie wywołane obecnością płynu dializacyjnego w jamie otrzewnowej, do których zaliczamy zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe, spadek ultrafiltracji otrzewnowej, ból podczas drenowania dializatu i otorbiające zapalenie otrzewnej [14].

Żywienie w przewlekłej chorobie nerek

Celem stosowania diety w tej chorobie jest osiągnięcie i utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia przez ograniczanie w diecie składników pokarmowych, które obciążają pracę nerek i przyczyniają się do powstawania toksycznych produktów, czyli kreatyniny, mocznika i kwasu moczowego. Potrzeby żywieniowe powinna zaspakajać dieta o obniżonej zawartości białka, indywidualnie dostosowana do każdego chorego z określeniem ilości energii pochodzącej z węglowodanów i tłuszczów. Takie postępowanie chroni przed rozpadem białka ustrojowego, a tym samym przed zwiększeniem poziomu mocznika w surowicy. Występujące problemy związane z żywieniem wśród osób dializowanych można podzielić na trzy grupy – niedożywienia białkowo – kalorycznego, otyłości oraz cukrzycy. Literatura podaje, że z powodu niedożywienia białkowo – kalorycznego wzrasta śmiertelność wśród pacjentów dializowanych, natomiast prawie 25% chorych jest narażona na niedożywienie ze względu na niski poziom albumin i prealbumin, co z kolei także prowadzi do znacznego wzrostu śmiertelności [14].

Najważniejszymi składnikami odżywczymi w PChN jest: białko, energia, a w tym węglowodany i tłuszcze, sód, płyny, potas, fosfor, składniki mineralne takie jak wapń, żelazo oraz cynk, a także witaminy. Ograniczenia poszczególnych składników wynoszą:

- białko – w stadium 1 i 2 PChN zespół krajowego konsultanta w dziedzinie nefrologii (ZKKN) zaleca ograniczenie podaży białka do 0,8 grama na kilogram masy ciała na dobę, a od 3 stadium choroby poniżej 0,8 g, z czego 50-60% powinno stanowić białko pełnowartościowe (chude mięso, drób, ryby, mleko i jego przetwory, jaja);
- energia – zapotrzebowanie energetyczne jest zależne do wieku pacjenta i wynosi 35 kilokalorii na kilogram należnej masy ciała na dobę u chorych do 60. roku życia i 30-35 kcal/kg n.m.c/dobę u pacjentów powyżej 60. r.ż.
- węglowodany – stanowią 55-60% dziennego zapotrzebowania energetycznego. 1 g węglowodanów dostarcza 4 kcal. Zaleca się spożywanie pieczywa pełnoziarnistego, płatków pszennych i owsianych, razowego makaronu, ryżu brązowego.

- tłuszcze – powinny stanowić 25-35% dziennego zapotrzebowania, w tym tylko 7% może być pochodzenia zwierzęcego (kwasy tłuszczowe nasycone). 1 g tłuszczu dostarcza 9 kcal. Zaleca się spożywanie tłuszczu roślinnego, np.: oliwa z oliwek, olej rzepakowy, olej kukurydziany i unikanie smalcu, słoniny, boczku, tłustych mięs wieprzowych.
- płyny – dostosowywane są do zaawansowania choroby i stanu chorego, zwykle bez ograniczeń;
- sód – zaleca się ograniczenie spożywania sodu, wartość ta powinna się mieścić w przedziale od 2 do 4 g na dobę, co oznacza, że nie należy praktycznie w ogóle dosalać potraw, zaleca się przyrządzanie w domu posiłków ze świeżych składników i doprawianie ziołami. Nie zalecane jest spożywanie produktów gotowych typu konserwy, wędliny, sery żółte i topione.
- potas – jeżeli stężenie tego pierwiastka w surowicy wynosi mniej niż 5mg/dl, nie są stosowane ograniczenia potasu w diecie. Dużo tego składnika zawierają warzywa i owoce (pomidor, banan), nasiona roślin strączkowych, ziemniaki, ryby i mięso, a także produkty zbożowe z pełnego przemiału.
- fosfor – ograniczenie spożywania w diecie do 800-1000 mg na dobę wprowadzane, gdy stężenie we krwi jest większe niż 4,6 mg/dl. Produkty bogate w fosfor to w dużej mierze te, które zawierają też dużo białka, dlatego jest go bardzo trudno wyeliminować z diety.

Dużo fosforu zawierają sery podpuszczkowe, kasza gryczana, konserwy rybne i ryby wędzone, a także świeże ryby, sery twarogowe, pieczywo pełnoziarniste.

- wapń – spożycie w ciągu dnia nie powinno przekraczać 2000 mg.
- witaminy i składniki mineralne powinny być podawane jako suplementacja u tych pacjentów, u których są niedobory, nie zalecana jest suplementacja witaminami rozpuszczanymi w tłuszczu, poza witaminą D [15].

U pacjentów leczonych nerkozastępczo zarówno metodą hemodializy jak i dializy otrzewnowej widoczne są niedobory witamin rozpuszczalnych w wodzie natomiast nie zaobserwowano niedoboru witaminy A i E. Zazwyczaj zalecana jest u tych chorych suplementacja witaminami z grupy B, witaminą C oraz kwasem foliowym. Bezwzględnie zabrania się suplementacji witaminą A, ponieważ zbyt duża jej ilość może prowadzić do hiperwitaminozy [15].

Żywienie pacjentów po przeszczepieniu nerki nie wymaga stosowania ograniczeń takich jak w poprzednich dwóch metodach leczenia nerkozastępczego, co często przyczynia się

do poprawy apetytu, a tym samym zwiększenia masy ciała. Według literatury, w ciągu tylko jednego roku po przeszczepie, pacjent zwiększa swoją masę o 8 - 10%. W pierwszym miesiącu po przeszczepieniu narządu ilość białka spożywanego w ciągu dnia powinna wynosić od 1,3 g do 1,5 g/kg n.m.c., natomiast w następnych miesiącach powinna być zmniejszona do 0,8 – 1,0 g/kg n.m.c. Węglowodany powinny stanowić 50% zapotrzebowania energetycznego, tłuszcze 30%, wapń i fosfor w pożywieniu dostarczany w ilości 1200 mg/dobę, sód 2 g/dobę. Innym zaleceniem dla pacjentów po przeszczepie jest wysiłek fizyczny, który powinien trwać dłużej niż trzydzieści minut dziennie [15].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie stanu wiedzy pacjentów na temat diety w przewlekłej chorobie nerek.
2. Ocena stosowania zaleceń dietetycznych przez pacjentów.
3. Zbadanie najważniejszych obszarów wiedzy i zachowań w zakresie aktywności fizycznej.
4. Ustalenie preferowanych form aktywności fizycznej.
5. Zdefiniowanie wpływu aktywności fizycznej na ryzyko innych chorób.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Metodą badawczą, którą posłużono się w pracy był sondaż diagnostyczny, który według literatury jest najpowszechniej stosowaną metodą badań prowadzonych wśród społeczeństwa. Jest to metoda dająca możliwość poznania opinii dużej ilości osób ze społeczeństwa poprzez badanie tzw.: próbki populacji. Najczęstszymi technikami stosowanymi w tej metodzie jest wywiad i ankieta.

Badaniem objęto 98 pacjentów dializowanych na przestrzeni stycznia 2019/ kwietnia 2019 w Oddziale Nefrologicznym Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

Badany wypełniając kwestionariusz wyrażał jednocześnie zgodę na wzięcie udziału w badaniu i był informowany o możliwości zrezygnowania z tego udziału na każdym etapie trwania badania. Wszystkie osoby wypełniające ankietę były pełnoletnie.

Informacje na temat badanych były zbierane za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, który składał się z części metryczkowej zawierającej 6 pytań odnośnie danych socjo-demograficznych i części szczegółowej zawierającej 22 pytania na temat: Wiedzy pacjentów dializowanych na temat radzenia sobie w chorobie.

Pytania te były nakierowane na zbadanie poziomu wiedzy respondentów odnośnie zaleceń dietetycznych, a także ocenienie częstotliwości stosowania się do tych zaleceń przez badanych. Badały również poziom wiedzy na temat aktywności fizycznej i poziom tej aktywności wśród osób dializowanych.

Otrzymane informacje po przeprowadzeniu badań poddano analizie statystycznej.

Na przeprowadzenie badań wśród pacjentów została otrzymana zgoda Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych nr: 1220000 z dnia 23.01.2019 r. i zgoda dyrekcji Szpitala Wojewódzkiego im Kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

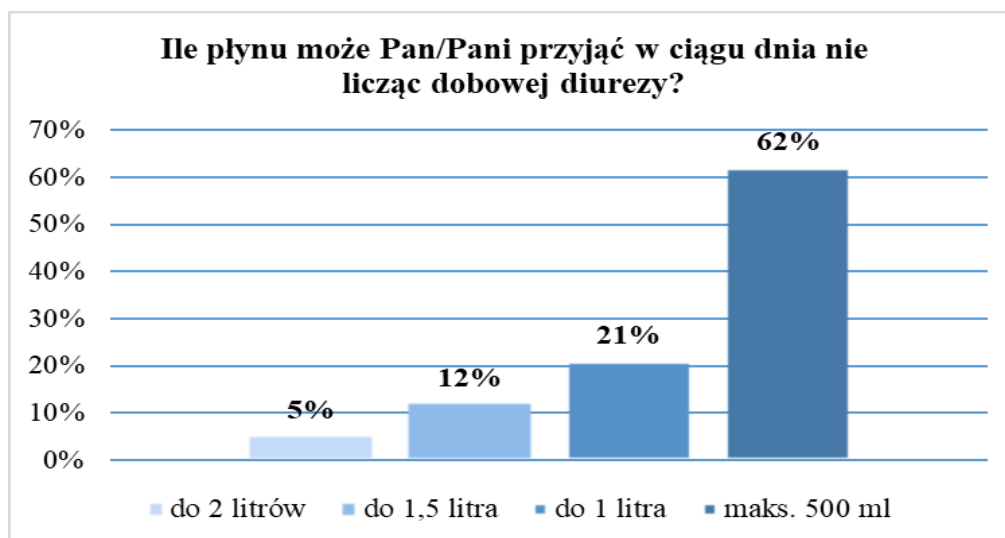
WYNIKI

Omówienie grupy badanej

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział prawie 60% mężczyzn. Największą grupę wiekową stanowią osoby powyżej 70. roku życia. Większość respondentów to mieszkańcy wsi. Wartość BMI osób biorących udział w badaniu największą grupę (43%) spośród uczestników badania stanowiły osoby z nadwagą. największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym, następnie z wykształceniem zawodowym i średnim.

Większość ankietowanych osób choruje na przewlekłą chorobę nerek od 3 do 4 lat. Analizując czasu trwania dializoterapii zauważamy, że największą grupę 31%, wśród respondentów stanowiły osoby, które rozpoczęły zabieg HD od około roku. Aż 88% spośród wszystkich pacjentów biorących udział w badaniu uważa, że sposób odżywiania się ma wpływ na ich chorobę. Prawie połowa badanych uważa, że dieta w wysokim stopniu wpływa na ich chorobę. 45% badanych czasami stosuje się do zaleceń dietetycznych obowiązujących w ich chorobie.

Badając wiedzę pacjentów na temat dziennej możliwości przyjmowania przez nich płynów, zauważamy, że ponad połowa (62%) z nich wskazuje odpowiedź „maksymalnie 500ml”, szczegóły analizy odpowiedzi na to pytanie przedstawia Rycina 1.



Ryc. 1. Odpowiedzi ankietowanych na temat przyjmowania przez nich ilości płynów

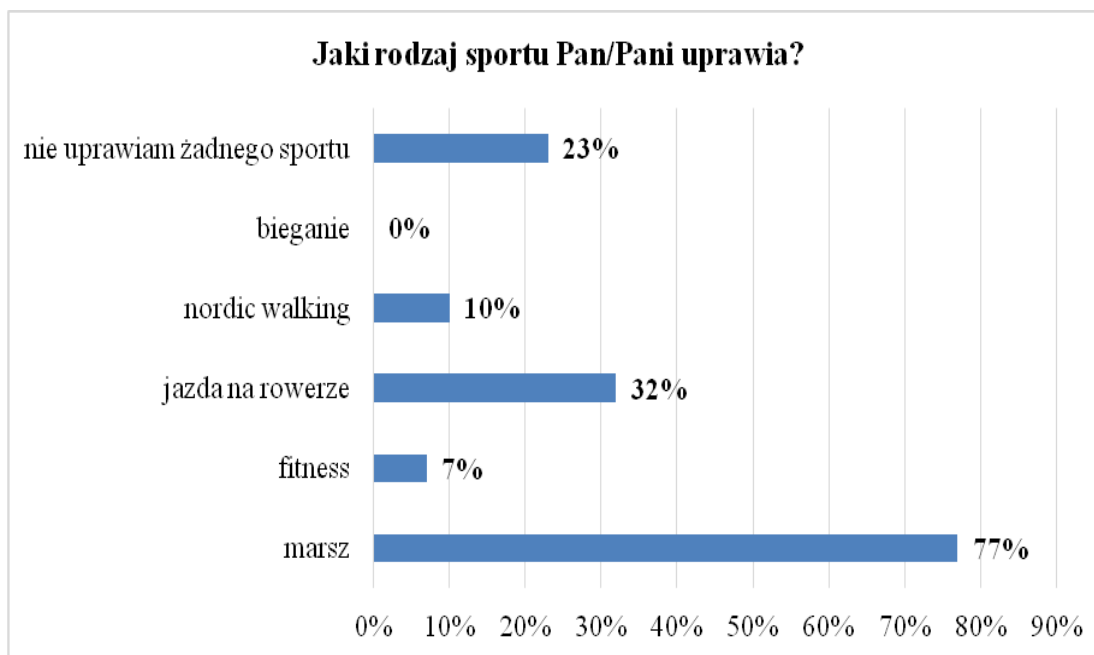
Ponad 75% ankietowanych nie może spożywać bez ograniczeń surowych warzyw i owoców – szczegóły widoczne na Rycinie 2.



Ryc. 2. Analiza ilości spożywania surowych warzyw i owoców przez respondentów.

Według przeprowadzonego badania 3. najważniejszymi składnikami w diecie PChN, na które wskazują badani są: potas, fosfor i płyny. 76% osób badanych odpowiedziało, że banany, pomidory, przetwory owocowe i warzywne zawierają dużo potasu, ponad połowa ankietowanych (54%) uważa, że mleko, żółte sery topione, podroby i ryby zawierają dużo fosforu, a olej roślinny jest wskazany do przyrządzania posiłków w PChNwg 88% respondentów. Według pacjentów przyrządzanie mięsa powinno odbywać się za pomocą gotowania -95% ankietowanych - pieczenie w folii i duszenie.

Duża ilość ankietowanych, bo aż 95% uważa, że jest wskazana aktywność fizyczna dla pacjentów dializowanych chociaż część badanych – 23% nie uprawia żadnej aktywności fizycznej. 26% ankietowanych uprawia sport 3-4 razy w tyg, a 23% nie uprawia go wcale. Marsz jest najczęściej preferowanym rodzajem aktywności wśród chorych dializowanych, co przedstawia Rycina 3.



Ryc. 3. Graficzne przedstawienie rodzaju preferowanego sportu przez ankietowanych

*Odpowiedzi nie sumują się do 100% - pytanie wielokrotnego wyboru.

Wszyscy dializowani uważają, że uprawianie jakiegokolwiek aktywności fizycznej poprawia kondycję fizyczną osób dializowanych. 88% z nich uważa, że ci pacjenci dializowani, którzy uprawiają aktywność fizyczną, mają mniejsze ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową.

DYSKUSJA

Przewlekła choroba nerek jest to dysfunkcja nerek utrzymująca się dłużej niż trzy miesiące. Jest to częste zaburzenie wynikające głównie z dużego rozpowszechnienia przyczyn ją wywołujących, do których zalicza się między innymi cukrzycę, miażdżycę i nadciśnienie tętnicze.

Jak podaje Król i Rutkowski [16] wśród osób szczególnie narażonych na zmniejszenie funkcji wydalniczej czynności nerek znajdują się mężczyźni, którzy częściej chorują na PChN niż kobiety, co wynika ze sposobu odżywiania i dbania o sylwetkę przez kobiety [16].

Przeprowadzone badania potwierdzają stwierdzenie powyższych autorów, ponieważ 58% ankietowanych w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży stanowili mężczyźni, a 52% kobiety. Podział ze względu na miejsce zamieszkania był prawie równy i wynosił około 1:1.

Z badań przeprowadzonych przez Zbroch, Małyszko [49] i współautorów odnośnie wskaźnika BMI wśród osób dializowanych wynikało, że 39,5% z nich stanowiły osoby ze wskaźnikiem poniżej 25 kg/m² natomiast osoby z wyższym wskaźnikiem to osoby z nadwagą i otyłością [17].

Badania własne wykazały prawie identyczne zestawienie danych, ponieważ 38% ankietowanych to osoby z prawidłowym BMI, a pozostali ankietowani to 43% osób z nadwagą, 12% z otyłością I stopnia i 7% z nadwagą II stopnia.

Z podobnych do opisywanych badań, przeprowadzonych przez Bach i Janicką [18] wynika, że największa grupa osób dializowanych to pacjenci w wieku 60 – 69 lat (31%) i najwięcej osób z badanej grupy poddaje się zabiegowi hemodializowanemu w przedziale czasu od 1,1 do 5 lat – 42%. Wg badań tych autorek pacjenci dializowani powyżej 10 lat stanowią ok. 14% całej grupy [18].

Badania własne wykazały, że najwięcej dializowanych jest w wieku przekraczającym 70 lat – 38%, natomiast aż 31% wszystkich ankietowanych dializuje się od około roku czasu, sumując otrzymane wyniki pacjenci dializujący się od ponad 1 roku do około 5 lat stanowią 50% całej grupy. Natomiast jedynie 7% z nich wskazuje, że dializuje się ponad 10 lat, czyli mniej o połowę niż w przypadku badań powyżej przedstawianych autorek. W grupie respondentów 28% leczy się na PChN od 2 – 4 lat, natomiast aż 21% leczy się powyżej 10 lat.

Wyniki badań pani Bach i Janickiej [18] wskazują, że duża część pacjentów dializowanych ma świadomość wpływu sposobu odżywiania się na postępowanie ich choroby, aż 96% tych respondentów odpowiada, że dieta jest ważna w ich chorobie [18].

W opinii ankietowanych biorących udział w badaniu dieta również wpływa na chorobę, na co wskazuje 88% badanych. Aż 48% z nich uważa, że wpływ odżywiania się na chorobę jest wysoki, a tylko 5% badanych uważa, że dieta w ogóle nie wpływa na pogarszanie się ich stanu zdrowia. 12% respondentów uważa, iż wpływ ten jest bardzo wysoki, 30% uważa, że jest to średni wpływ, a 5% uważa, że dieta w niskim stopniu wpływa na ich chorobę.

Na kolejne pytanie odnośnie korzystania przez chorych z pomocy dietetyka w celu ustalenia prawidłowej diety 62% odpowiada „TAK”.

W badaniach na temat przestrzegania zaleceń żywieniowych przez pacjentów dializowanych opracowywanych przez Kowala, Lasota i współautorów [51] przedstawiono wynik 26%, który określa ilość osób przestrzegających zaleceń żywieniowych obowiązujących

w ich chorobie [19].

Ankietowani w 45% deklarowali, że czasami stosują się do zaleceń dietetycznych obowiązujących w ich chorobie, tylko 10% deklarowało, że stosuje się do zaleceń zawsze, a 14% nigdy nie stosuje się do tych zaleceń. Odpowiedzi te ukazują, jak ważne jest rozpoczęcie właściwej edukacji żywieniowej zarówno w czasie trwania dializ jak i w okresie leczenia zachowawczego. 31% respondentów odpowiedziało, że bardzo często stosuje się do tych zaleceń.

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło możliwości wypijania przez chorych konkretnych ilości płynów z pominięciem dobowej diurezy. Stosunkowo duża część ankietowanych odpowiedziała prawidłowo – 500ml (62%), a pozostała część wskazuje błędne odpowiedzi w zakresie od 1 do 2 litrów dziennie. Ponad 75% badanych również ma świadomość faktu, że w ich diecie nie jest wskazane spożywanie nadmiernej ilości surowych warzyw i owoców.

W badaniach Bach i Janickiej [18] na pytanie o możliwość przyjmowania płynów tylko 41% odpowiedziało, że może wypić 500 ml płynów dziennie [18].

Kolejne pytania ankietowe miały za zadanie pomóc określić poziom wiedzy pacjentów na temat ważnych w ich diecie składników odżywczych. Badania pani Bach i Janickiej [18] wykazały, że ponad połowa ankietowanych potrafi wskazać produkty zawierające dużą ilość potasu (52%) i dużą ilość sodu (85%) [18].

Odpowiedzi wskazywane przez ankietowanych w opisywanych badaniach również wykazały pozytywne wyniki. Aż 76% dializowanych odpowiada prawidłowo na pytanie o składnik pokarmowy (potas), którego zawierają dużo banany, pomidory, przetwory owocowe, soki owocowe i warzywne, a 22% zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”. Na pytanie o produktach bogatych w fosfor 54% odpowiada prawidłowo, ale aż 34% dializowanych udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

W literaturze odnajdujemy informacje na temat sposobu przygotowywania mięsa i zalecanego w diecie pacjenta hemodializowanego rodzaju tłuszczu do przyrządzania potraw. Małgorzewicz i Paczkowska [20] w swoim opracowaniu wskazują olej roślinny jako najlepszy tłuszcz do przygotowywania posiłków przez pacjentów dializowanych. Natomiast gotowanie i pieczenie w folii to wg autorek najlepsza metoda przygotowywania mięsa w diecie pacjenta dializowanego [20].

Kowal, Lasota i współautorzy [19] na pytanie o rodzaj spożywanego mięsa (gotowane, pieczone, smażone) uzyskali 78% odpowiedzi o preferowaniu spożywania mięsa gotowanego przez pacjentów dializowanych, 20% spożywa mięso pieczone i 23% mięso smażone [19].

W przedstawionym materiale pacjenci potwierdzają stosowanie się do zaleceń

przygotowywania posiłków zgodnie z wytycznymi zawartymi w materiale Małgorzewicz i Paczkowskiej [20]. 88% ankietowanych odpowiedziało właściwie na zalecenia odnośnie wskazanego tłuszczu w ich diecie (oleje roślinne). Natomiast jeżeli chodzi o przygotowywanie posiłków to 95% badanych zadeklarowało, że może spożywać mięso gotowane, 30% uważało, że może mięso piec w folii i 30% że może spożywać mięso duszone. Tylko 7% zaznaczyło odpowiedź „smażone” i 2% „pieczone na rożnie”.

Jak wskazują w swojej pracy Chuć M. i Chuć A. wraz z zespołem [21] pacjenci dializowani mają często niedobory witamin rozpuszczalnych w wodzie. Dużo rzadziej w tej grupie chorych dochodzi do niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Suplementacja witaminami głównie dotyczy wit. B6 i kwasu foliowego, natomiast nie jest zalecana suplementacja wit. A [21].

W badaniach własnych próbowano ocenić wiedzę pacjentów na temat niedoborów witaminowych i uzyskano następujące wyniki: 52% badanych odpowiedziało prawidłowo, że najczęstszymi niedoborami witaminowymi są niedobory wit. z grupy rozpuszczalnych w wodzie, 12% odpowiedziało błędnie, a aż 36% wybrało odpowiedź „nie wiem”.

Bardzo istotna jest wiedza pacjentów dializowanych na temat diety w podczas leczenia nerkozastępczego. Na ten fakt wskazują Chuć M. i Chuć A. wraz z zespołem [21] w swoim artykule. Według nich najważniejszymi składnikami w diecie, na które pacjent dializowany powinien zwracać uwagę są białko, energia, potas i fosfor. Podobnie pisze Małgorzewicz i Paczkowska [20] w swoim opracowaniu [20,21].

Ankietowani na odpowiedź o najważniejsze składniki w ich diecie odpowiadali bardzo różnie. Sumując zebrane wyniki, widzimy, że duża większość badanej grupy deklaruje, że najważniejszy w ich diecie jest potas (76%), następnie fosfor (54%) i płyny (54%). Ponad połowa badanych, 52% uważała, że najważniejszy w ich diecie jest fosfor, a tylko 24% wskazały na ważną rolę białka w diecie. Według 7% badanych tłuszcze pełnią najważniejszą rolę, wg 12% - węglowodany, a 23% uważało, że wapń jest najważniejszym składnikiem ich diety.

W swoim opracowaniu Małgorzewicz i Kaczkan [22] wskazują na ważność białka w diecie pacjentów hemodializowanych. Najważniejsze według nich jest to białko, które zawiera dużą ilość aminokwasów egzogennych, które z kolei warunkują lepsze przyswajanie się tego składnika przez organizm. Tak wartościowe białko znajduje się wg autorek w białku jaja kurzego, mleku, serach, w drobiu oraz w rybach. Małgorzewicz i Kaczkan[22] zwracają uwagę na fakt, że zbyt duża ilość białka w diecie jak i zbyt mała jego podaż jest nie wskazana dla osób dializowanych [22].

Odpowiedzi na kolejne pytanie odnośnie ilości w gramach białka w jednym jajku gotowanym kurzym są niezadawalające. Okazuje się, że tylko 2% osób zaznaczyło prawidłową odpowiedź (około 6 gram), 19% zaznaczyło odpowiedź „ok. 5 g”, 5% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „ok. 4 g”, 28% wybrało odpowiedź „ok. 3 g”, a aż 32% badanych deklaroowało, że nie ma wiedzy na ten temat.

Istnieje zależność między występowaniem PChN a pojawianiem się schorzeń sercowo – naczyniowych, na co wskazuje Rutkowski B. Storoniak i Rutowski P. [23] w swoim artykule. Opisywana jednostka chorobowa jest czynnikiem ryzyka schorzeń kardiologicznych, a schorzenia sercowo – naczyniowe wpływają na rozwój PChN. Jak wskazuje zespół w swojej pracy, zgony z powodu chorób sercowo – naczyniowych są 30 razy częstsze wśród osób przewlekle dializowanych w porównaniu z osobami przeciętnej populacji w tym samym wieku [23].

Przeprowadzone badania wykazały, że prawie cała społeczność osób leczonych nerkozastępczo uważała, że aktywność fizyczna jest wskazana w ich grupie [95%]. Natomiast kolejne pytanie odnośnie chęci i siły na aktywność fizyczną w ciągu dnia wykazały, że tylko 64% badanych ma ochotę na aktywność fizyczną, a pozostała część deklaruje brak siły i chęci na jej wykonywanie.

Z kolejnego pytania dowiadujemy się, iż 23% ankietowanych osób nie uprawia w ogóle żadnej aktywności fizycznej. Pozostała część badanych uprawia sport i w tym 26% deklaroowało, że uprawia sport 3-4 razy w tygodniu, 21% że uprawia 1-2 razy w tygodniu aktywność fizyczną i 16% że uprawia sport do trzech razy w tygodniu. 14% ankietowanych odpowiedziało, że uprawia sport codziennie.

Jako preferowany rodzaj sportu ankietowani najczęściej wskazywali na marsz (77%), 32% badanych wybrało jazdę na rowerze, 10% - nordicwalking i 7% - fitness.

Badania Nowackiego, Jagodzińskiej i współautorów [24] wykazały, że zwiększanie aktywności fizycznej wśród chorych dializowanych znacząco wydłużają czas życia wśród tych osób, a także zanotowano mniejszą liczbę zachorowań na chorobę wieńcową i zastoinową serca [24].

Wyniki badań dowodzą stwierdzenia, że aktywność fizyczna poprawia kondycję pacjentów dializowanych, z czym zgadzają się wszyscy ankietowani. Aż 88% respondentów uważa, że uprawianie jakiegokolwiek aktywności fizycznej zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową i zastoinową serca, a jedynie 12% z nich nie podziela zdania pozostałych badanych.

Odnosząc się do całokształtu wyników przeprowadzonych badań można pokusić się o

stwierdzenie, że pacjenci dializowani posiadają wiedzę na temat radzenia sobie w chorobie, ale nie jest to wiedza kompletna. Dobrze by było wspomóc leczenie nerkozastępcze leczeniem dietetycznym, stosując na przykład filmy edukacyjne, broszury informacyjne i podając przykłady jadłospisów, które docierałyby do pacjentów w różnym wieku. Pocieszający jest fakt, że większość pacjentów ma świadomość słuszności uprawiania aktywności fizycznej i skutków związanych z jej brakiem. Należy jednak odnaleźć sposób, który pomógłby chorym dializowanym na znalezienie siły i czasu w czasie leczenia na wykonywanie sportu. Możliwe, że w dużej mierze rozważenie innego leczenia nerkozastępczego, np.: stosowanego w leczeniu domowym, mogłoby dać efekt wzrostu poziomu aktywności fizycznej w tej grupie.

WNIOSKI

1. Średnia długość chorowania respondentów na przewlekłą chorobę nerek wynosi ponad 6 lat, a 22% z nich leczy się dłużej niż 10 lat, dializoterapię natomiast w ciągu ostatniego roku rozpoczęło aż 27% badanych.
2. Duża część osób dializowanych uważa, że sposób odżywiania się ma w wysokim stopniu wpływ na stan ich zdrowia w chorobie.
3. Ponad połowa badanych deklaruje korzystanie z pomocy dietetyka celem ustalenia odpowiedniej diety w chorobie, zaś tylko 1/10 z nich stosuje się do zaleceń zawsze.
4. Około 40% respondentów ma złą wiedzę na temat możliwości przyjmowania przez nich płynów w ciągu dnia i $\frac{3}{4}$ z nich wskazuje, że nie może spożywać surowych warzyw i owoców bez ograniczeń.
5. Około 60% dializowanych posiada wiedzę na temat zawartości ważnych składników odżywczych w produktach warzywnych i owocowych jak i w produktach wysokobiałkowych; wskazuje, że do przygotowywania posiłków wskazany jest dla nich olej roślinny, a mięso należy przygotowywać poprzez gotowanie.
6. Prawie wszyscy badani uważają, że aktywność fizyczna jest wskazana dla pacjentów dializowanych, ale chęć na wykonywanie tej aktywności deklaruje tylko lekko ponad połowa, natomiast $\frac{1}{4}$ z nich nie uprawia żadnego sportu.
7. Wszyscy uprawiający sport ankietowani preferują marsz jako główną metodę aktywności i jazdę na rowerze, a częstość uprawiania tego rodzaju sportu średnio wynosi 3 razy w tygodniu.
8. Z badań wynika, że cała grupa respondentów uważa, że osoby dializowane uprawiające jakąkolwiek aktywność fizyczną są w lepszej kondycji niż te, które w ogóle jej nie

uprawiają, a te zachowania niosą mniejsze ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową i zastoinową serca według prawie wszystkich badanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Renke M., Rutkowski B.: Objawy i zespoły chorobowe [w:] Nefrologia i leczenie nerkozastępcze. Praktyczny przewodnik, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2013, 2-10.
2. Chamienia A.: Patofizjologia schorzeń prowadzących do przewlekłej choroby nerek [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzeskiej J., Dębskiej-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 21-27.
3. Myśliwiec M., Hryszko T.: Przewlekła choroba nerek [w:] Choroby nerek, pod red. Myśliwiec M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 69-77.
4. Czekański S.: Cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa) [w:] Choroby nerek, pod red. Myśliwiec M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 322-337.
5. Zdrojewski Z., Rutkowski B.: Ostra niewydolność nerek [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 34-46.
6. Jankowska M., Białobrzaska B.: Ostra niewydolność nerek (ostre uszkodzenie nerek) [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne pod red. Białobrzeskiej B., Dębskiej-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 47-50.
7. Rutkowski B., Król E.: Przewlekła niewydolność nerek [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 47-60.
8. Rutowski B.: Przewlekła choroba nerek [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzeskiej B., Dębskiej-Ślizień A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 40-46.
9. Rutkowski P., Rutkowski B.: Zaburzenia gospodarki wodnej [w:] Nefrologia i leczenie nerkozastępcze. Praktyczny przewodnik, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2013, 35-42.
10. Anand S. J., Chodorowski Z., Barwina M.: Ostre zatrucia [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 71-75.
11. Rutkowski B., Białobrzaska B., Malek E.: Zasady kwalifikacji pacjentów do leczenia nerkozastępczego [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 76-88.
12. Rutkowski B., Białobrzaska B.: Kwalifikacja i przygotowanie pacjentów do leczenia nerkozastępczego [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzeskiej B., Dębskiej-

- Ślizień A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 64-70.
13. Zdrojewski Z., Rutkowski B.: Techniki stosowane w hemodializie [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 96-107.
 14. Renke M., Kraczowska H.: Fizjologia i rodzaje dializy otrzewnowej [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzęskiej B., Dębskiej-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 172-178.
 15. Kaczkan M.: Żywnienie pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia klinicznego [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzęskiej B., Dębskiej-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 330-339.
 16. Król E., Rutkowski B.: Przewlekła choroba nerek [w:] Nefrologia i leczenie nerkozastępcze. Praktyczny przewodnik, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2013, 110-120.
 17. Zbroch E., Małyszko J., Maciorkowska D. i wsp.: Ocena wskaźnika masy ciała (BMI) u chorych hemodializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2012, 4, 156-160.
 18. Bach A., Janicka G.: Ocena wiedzy pacjentów hemodializowanych na temat preferowanej diety. Forum Nefrologiczne, 2014, 1, 54-60.
 19. Małgorzewicz S., Paczkowska B.: Praktyczne aspekty żywienia w okresie leczenia hemodializą [w:] Pielęgniarstwo nefrologiczne, pod red. Białobrzęskiej B., Dębskiej-Ślizień A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 340-348.
 20. Kowal A., Lasota M., Trafalska E. i wsp.: Niedostateczne przestrzeganie zaleceń dietetycznych wśród chorych dializowanych. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2018, 2, 56-60.
 21. Chuć M., Chuć A., Butrym A. i wsp.: Optymalna dieta pacjentów dializowanych – wyzwaniem dla pacjenta, lekarza prowadzącego i dietetyka. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2018, 3, 115-123.
 22. Małgorzewicz S., Kaczkan M.: Zasady żywienia u pacjentów leczonych metodami nerkozastępczymi [w:] Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa, pod red. Rutkowskiego B. Via Medica, Gdańsk 2009, 462-479.
 23. Rutkowski B., Storonik H., Rutkowski P.: Obniżenie temperatury dializatu – prosta i skuteczna metoda zapobiegania rozwojowi zmian w układzie sercowo-naczyniowym u pacjentów dializowanych. Forum Nefrologiczne, 2016, 3, 155-159.
 24. Nowicki M., Jagodzińska M., Murlikiewicz K. i wsp.: Aktywność fizyczna chorych przewlekle dializowanych – porównanie skuteczności różnych metod jej zwiększania. Postępy Nauk Medycznych, 2009, 10, 799-804.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ

Paulina Jabłońska¹, Agnieszka Lankau²

1. Absolwentka Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Astma oskrzelowa definiowana jest jako choroba zapalna dróg oddechowych o przewlekłym przebiegu. Bierze w niej udział duża ilość, różnorodnych komórek oraz substancji, które są z nich uwalniane. Ten przewlekły stan zapalny jest powiązany z nadreaktywnością oskrzeli prowadzącą do często występujących objawów klinicznych takich jak: duszność, ucisk w klatce piersiowej, kaszel, a także charakterystyczny świszczący oddech. Przedstawione objawy występują głównie w godzinach nocnych i porannych. Zazwyczaj wraz z symptomami współlistnieje rozlane oraz zmienne utrudnienie przepływu powietrza w drogach oddechowych, bywa tak, że zanika samoistnie lub dzięki leczeniu [1, 2].

Astma oskrzelowa nie tylko pojawia się w krajach dobrze rozwiniętych, dotyka ludzi na całym świecie. Szacuje się, że około 80% zgonów spowodowanych tą jednostką chorobową występuje w krajach mających niski oraz średni dochód. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) astma oskrzelowa to najczęściej występująca choroba przewlekła dzieci [3].

Epidemiologia astmy oskrzelowej

W oparciu o przeprowadzone badania przez Światową Organizację Zdrowia na astmę obecnie choruje około 315 milionów ludzi na świecie. Wzrost zachorowalności o kolejne 100 milionów osób ma nastąpić do 2025 roku. W 2011 roku został zaktualizowany raport Światowej Inicjatywy Zwalczenia Astmy (*Global Initiative for Asthma, GINA*), z którego można dowiedzieć się, że częstość pojawiania się astmy oskrzelowej na świecie waha się pomiędzy 1 a 18% [4,5].

Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w ostatnim czasie stwierdzono zależność pojawiania się astmy z czynnikami cywilizacyjnymi oraz ekologicznymi. Może być to również zależne od cech osobniczych takich jak płeć, wiek. Też warto wspomnieć, że większą zachorowalność stwierdza się u osób zamieszkujących wielkie miasta, niż regiony wiejskie. Spowodowane jest to zupełnie różniącymi się od siebie warunkami środowiska i całkiem odmiennym stylem życia [6].

Wyniki przeprowadzonych badań jasno przedstawiają występowanie astmy oskrzelowej w poszczególnych krajach. Ta choroba dotyka częściej osoby zamieszkujące Wielką Brytanię, Australię czy Nową Zelandię aniżeli ludzi osiedlających Estonię, Hiszpanię, Austrię, Grecję, Algierię, Włochy, a nawet Niemcy [7].

Zgony wśród osób dotkniętych astmą stanowią wysoki współczynnik, co roku na świecie umiera 250 000 ludzi z powodu tej choroby przewlekłej. Szacuje się, że około 30 milionów osób w Europie boryka się z astmą oskrzelową, niektóre populacje osiągają nawet wynik wynoszący do 40% chorych. Uważa się, że w Europie w wyniku tej jednostki chorobowej co godzinę odchodzi człowiek [8].

Według danych epidemiologicznych w Polsce współczynnik chorych osób na astmę oskrzelową wynosi około 5,4% dorosłych i ponad 8,6% dzieci, przewiduje się to, że z powodu tej choroby przewlekłej umiera rocznie 1,5 tysiąca osób [4, 9]. Nie we wszystkich regionach w Polsce poziom zachorowalności na astmę oskrzelową jest taki sam. Ta choroba przewlekła wykazuje różnorodność geograficzną, najwięcej osób borykających się z astmą mieszka w Poznaniu, najmniej zaś w Białymstoku [10].

Etiologia i patogeneza astmy oskrzelowej

Astma oskrzelowa zaliczana jest do chorób wieloczynnikowych. Właściwe zdefiniowanie etiopatogenezy tej choroby przewlekłej jest bardzo trudne z powodu znaczącej liczby genów oraz czynników środowiskowych, które wpływają na rozwój tej choroby [11].

Czynnik, który powoduje astmę nie został do tej pory jednoznacznie określony. Najważniejszymi czynnikami ryzyka wystąpienia astmy są predyspozycje osobnicze oraz środowiskowe. Natomiast do czynników osobniczych w pierwszej kolejności zaliczamy predyspozycje genetyczne, jak również otyłość oraz płeć [12].

Aby potwierdzić predyspozycję genetyczną do zachorowania na astmę oskrzelową bardzo istotne jest przeprowadzenie wywiadu rodzinnego nie tylko na temat tego schorzenia, ale również innych chorób atopowych. Według najnowszych doniesień wynika, że w mechanizmie powstawania astmy zaangażowana może być duża liczba genów [13, 14].

Osoby otyłe są w dużym stopniu narażone na rozwój astmy oskrzelowej. Spowodowane jest to zwiększeniem u tych osób określonych mediatorów np. leptyny. Mogą one mieć wpływ na funkcjonowanie układu oddechowego, a przez to determinować rozwój astmy [15].

W młodszym wieku czynnikiem predysponującym do wystąpienia tego schorzenia jest płeć męska. W następstwie przeprowadzonych badań u dzieci do 14 lat, okazało się, że na astmę choruje około 2 razy więcej chłopców niż dziewczyn. Ciekawym faktem jest to, że w przypadku dorosłych wyniki przedstawiają się zupełnie inaczej. Astma dotyka częściej kobiet, rzadziej mężczyzn, być może powodem są hormony płciowe, a także różnice w wielkości płuc [13].

Z licznie przeprowadzonych badań epidemiologicznych wynika, że duży wpływ na rozwój oraz przebieg astmy mają czynniki środowiskowe. W ich skład nie tylko wchodzi alergeny, zakażenia, ale też czynniki zawodowe, bardzo istotne znaczenie odgrywa dieta, dym tytoniowy oraz zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego i wewnątrz pomieszczeń [4, 16].

Obcowanie pacjenta z alergenami oraz rozwinięcie się reakcji uczuleniowej w wieku dziecięcym zaliczane jest do niezależnych czynników ryzyka pojawienia się astmy we wczesnym okresie życia [11]. Wśród alergenów występujących wewnątrz pomieszczeń najczęściej brane pod uwagę są roztocza kurzu domowego, alergeny zwierząt domowych (kota, psa), czy grzyby pleśniowe. W środowisku zewnętrznym także występują czynniki uczulające m.in.: pyłki roślin oraz spory grzybów [17].

Infekcje układu oddechowego również są częstym powodem wystąpienia astmy oskrzelowej, we wczesnym dzieciństwie są one praktycznie nieuniknione. U niemowląt, czy też małych dzieci, które były zarażone wirusem paragrypy, bądź RSV (*Respiratory Syncytial Virus*) zauważono dalsze utrzymywanie się świszczącego oddechu lub wystąpienie astmy w późniejszym czasie [13, 18].

Wykryto przeszło 300 różnych substancji powiązanych z astmą zawodową. Może dojść do niej w wyniku częstego obcowania z niektórymi substancjami drażniącymi w miejscu pracy. Choroba ta występuje u ludzi dorosłych, u których ekspozycja utrzymuje się zazwyczaj przez miesiące, a nawet lata [12].

Dieta odgrywa istotną rolę w rozwoju astmy oskrzelowej. Dzieci karmione piersią są mniej narażone na wystąpienie chorób układu oddechowego we wczesnym dzieciństwie. Zaś podawanie przetworzonego pożywienia może prowadzić do rozwoju astmy i innych chorób alergicznych [11].

Dym tytoniowy to bardzo silny czynnik, wpływający negatywnie na układ oddechowy. Dzieci, które długotrwale obcuja z oparami tego szkodliwego czynnika częściej zapadają na

astmę, ich czynność oddechowa może ulec pogorszeniu [19].

Oprócz przedstawionych czynników środowiskowych istotną rolę odgrywają zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego oraz wewnątrz pomieszczeń. Wpływ tego czynnika na układ oddechowy jest zależny od rodzaju zanieczyszczenia, wielkości, czasu ekspozycji [20].

Astma oskrzelowa powstaje w wyniku przewlekłego procesu zapalnego układu oddechowego, bierze w nim udział duża liczba komórek, jak też mediatorów przez nie produkowanych [21].

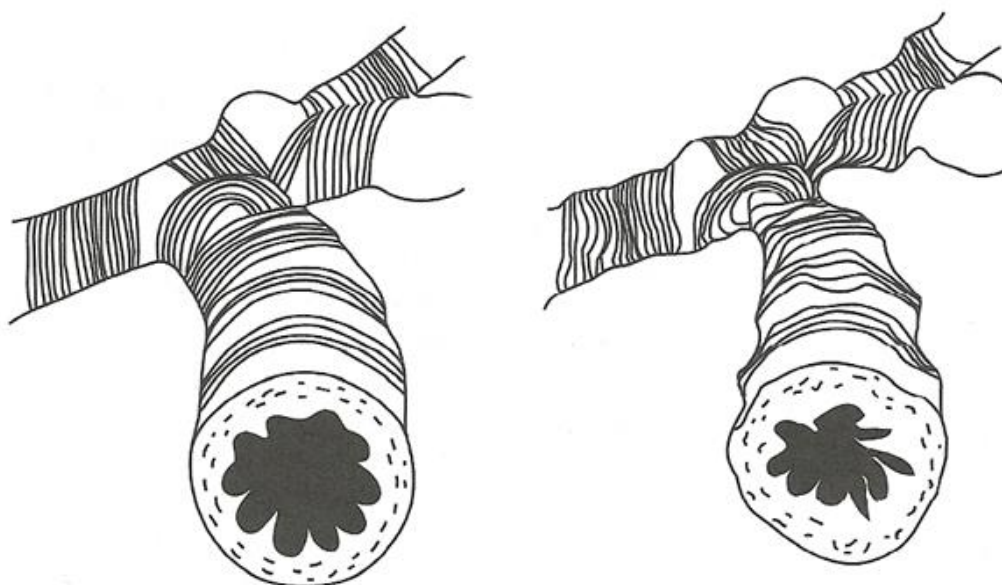
Do komórek biorących czynny udział w patogenezie tej choroby przewlekłej można zaliczyć przede wszystkim:

- mastocyty,
- limfocyty T,
- eozynofile,
- komórki dendrytyczne,
- komórki mięśni gładkich oskrzeli,
- komórki nabłonka dróg oddechowych,
- fibroblasty
- neutrofile (występują w ciężkiej postaci astmy) [7].

Mediatory uwalniane są przez wymienione wyżej komórki, najważniejszymi mediatorami są:

- chemokiny,
- cytokiny,
- leukotrieny cysteinylowe,
- prostaglandyna D₂,
- tryptaza,
- histamina [7].

Podłożem astmy alergicznej są reakcje immunologiczne, na które ma wpływ IgE (immunoglobulina klasy E). Kontakt czynników wyzwalających astmę wraz z IgE, które pokrywają błonę komórkową mastocytów powoduje wydzielanie mediatorów, zaś później pojawianie się różnorodnych komórek zapalnych. W wyniku tych działań dochodzi do obturacji oskrzeli, obejmuje to: obrzęk śluzówki oskrzeli oraz zbyt duże wydzielanie śluzu, a także skurcz mięśni gładkich oskrzeli. Najczęściej ma ona charakter odwracalny, zdarza się, że ustępuje samoistnie, ewentualnie pod wpływem leczenia [4].



Ryc. 1. Oskrzele prawidłowe (po stronie lewej), oskrzele astmatyczne (po stronie prawej) [22]

Mechanizm działania astmy niealergiczej do tej pory jest słabo znany. Podejrzewa się, że powodem jej wystąpienia są procesy immunologiczne, które mają związek z odpowiedzią jaka występuje w wyniku zakażenia dróg oddechowych. Charakter zapalenia jest identyczny we wszystkich postaciach tej choroby, nie jest zależny od wieku, ani etiologii [13].

U niektórych osób mogą wystąpić trwałe zmiany w strukturze oskrzeli, te pojęcie określa się mianem remodelingu. W wyniku tego dochodzi do nieodwracalnej obturacji oskrzeli [4, 23].

Nasilony skurcz oskrzeli w efekcie działania bodźca definiuje się jako nadreaktywność oskrzeli. Może dojść do jej nasilenia, bądź zmniejszenia. Zależy to od tego czy proces zapalny będzie się pogłębiać, czy zastosowane zostanie leczenie przeciwzapalne. Mówi się też, że przyczyną nadreaktywności oskrzeli są mięśnie gładkie, które wykazują większe zdolności do skurczu u osób cierpiących na astmę aniżeli u zdrowych ludzi. Ważną rolę pełnią też mechanizmy neurogenne, wiążą się z wegetatywnym unerwieniem układu oddechowego [4].

Objawy astmy oskrzelowej

Astma oskrzelowa charakteryzuje się występowaniem dużej ilości objawów klinicznych, mogących przebiegać łagodnie, a nawet zagrażać życiu. Do najczęściej występujących dolegliwości zgłaszanych przez osoby dotknięte astmą w pierwszej kolejności

zaliczyć można przewlekłe trwający kaszel (zazwyczaj suchy), duszność o charakterze napadowym, trudności w oddychaniu oraz uczucie ciężaru w klatce piersiowej, a także słyszalne w trakcie oddychania świsty ponad polami płucnymi [24, 25].

Często jest tak, że astmatyk pomiędzy napadami nie doświadcza dolegliwości choroby. Objawy mogą być nasilone w godzinach porannych jak również nocnych, dlatego też są częstym powodem wybudzania się ze snu [25].

Rozpoznawanie i monitorowanie astmy oskrzelowej

Badanie podmiotowe

Bardzo często można rozpoznać astmę już na podstawie przeprowadzonego wywiadu z pacjentem. Należy zwrócić uwagę na to, czy w przeszłości występowały u niego objawy duszności, jak również świszczącego oddechu. Także istotna jest obecność choroby w rodzinie, predysponuje to do pojawienia się astmy oskrzelowej. U osób zmagających się z nagminnie występującym kaszlem o nieznanym przyczynie należy wziąć pod uwagę możliwość występowania choroby [23].

Badanie przedmiotowe

Podstawą badania przedmiotowego jest obserwacja objawów klinicznych oraz określenie charakteru astmy (postać ostra, podostra, bądź przewlekła). Warto jednak zauważyć, że często w badaniu przedmiotowym osób chorych na astmę oskrzelową nie pojawiają się żadne nieprawidłowości, powodem tego jest duża zmienność objawów jaką charakteryzuje się ta jednostka chorobowa [12, 22].

Badania dodatkowe

Spirometria to badanie, dzięki któremu możliwe jest określenie objętości płuc oraz przepływu powietrza w drogach oddechowych. Wskaźniki FEV1(forced expiratory volume), FVC (forced vital capacity) oraz FEV1%FVC (forced expiratory volume in one second % of vital capacity) pozwalają określić rodzaj oraz stopień upośledzenia wentylacji płuc. Pomiar FEV1 oznacza nasiloną objętość wydechu jednosekundową, FVC określa nasiloną pojemność życiową, a FEV1%FVC jest stosunkiem procentowym natężonej objętości wydechowej jednosekundowej do pojemności życiowej. Badanie spirometryczne powinno przebiegać dynamicznie, a czas intensywnego wydechu nie może być krótszy niż 6 sekund. Niezwykle istotne jest udzielenie pacjentowi informacji odnośnie przebiegu badania oraz

poinstruowanie go jak powinien zachowywać się w czasie trwania spirometrii [26]. Astma oskrzelowa charakteryzuje się częstymi zmianami obturacji oskrzeli, z tego względu właściwy wynik FEV1 nie jest 100% oznaką braku choroby [4].

W przypadku zdiagnozowania spirometrycznych cech wykazujących obturację oskrzeli zaleca się przeprowadzenie próby rozkurczowej. Polega na ponownym wykonaniu badania spirometrycznego po upływie 10-15 minut od przyjęcia dwóch dawek Beta2-mimetyku wziewnego o krótkim czasie działania. Wzrost szczytowego przepływu wydechowego (*peak respiratory flow*, PEF) powyżej 15% świadczy o dodatnim wyniku próby rozkurczowej. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc odwracalną obturację stwierdza się gdy wartość FEV1 przekracza 15% oraz 200 ml w zestawieniu z wstępnym badaniem [27].

Pomocny w monitorowaniu astmy oskrzelowej może okazać się pomiar PEF. Poprzez te wyrażenie rozumie się najwyższą prędkość powietrza, która jest osiągnięta w czasie wydechu. Warto zauważyć, że u osób cierpiących na astmę jest ona większa aniżeli u zdrowych ludzi. Tego pomiaru chorzy mogą dokonywać samodzielnie poprzez użycie pikflometru, czyli łatwego w obsłudze, przenośnego urządzenia. O poranku obserwuje się spadek PEF, zaś jego wzrost występuje w godzinach popołudniowych, dlatego też wystarczające jest wykonywanie pomiarów dwa razy dziennie (w godzinach porannych i wieczornych). Aby nie doszło do sfałszowania wyników poranny pomiar nie może być poprzedzony przyjęciem leków. Do obliczenia zmienności dobowej PEF stosowany jest poniżej przedstawiony wzór:

$$\text{Zmienność dobowa PEF} = \frac{\text{PEF wieczorny} - \text{PEF poranny}}{\text{PEF średni}} \times 100\%$$

Astmę diagnozuje się w przypadku wyniku wynoszącego co najmniej 10% zmienności. Jeśli wynik badania nie okaże się jednoznaczny zaleca się powtórzenie badania spirometrycznego w okresie trwania objawów, określenie zmienności PEF w ciągu doby, czy też wykonania prób prowokacyjnych, które powodują nadreaktywność oskrzeli [12, 27].

Test nadreaktywności oskrzeli wykonywany jest w celu rozpoznania astmy u osób, które wykazują jej objawy, ale ich wynik spirometrii był prawidłowy. Cechuje się specyfiką z tego względu, że dodatni wynik testu może świadczyć o występowaniu alergicznego nieżytu nosa, bądź innych schorzeń oskrzeli. Natomiast wynik ujemny najczęściej wyklucza rozpoznanie astmy oskrzelowej u pacjentów, którzy nie byli leczeni glikokortykosteroidami [26].

W celu różnicowania astmy atopowej od nieatopowej przeprowadza się punktowe testy skórne. Należy pamiętać, że te badanie powinno być poprzedzone wywiadem alergicznym, większą skuteczność mają testy śródskórne niż skórne [27].

Często alternatywą dla punktowych testów skórnych jest oznaczenie w surowicy stężenie swoistych przeciwciał IgE. Szacuje się, że u około połowy osób z astmą alergiczną stwierdza się całkowity wzrost stężenia immunoglobulin klasy E w surowicy [25]. Jako często pojawiający się objaw astmy atopowej oraz nieatopowej uważa się bezwzględna eozynofilię, czyli liczbę granulocytów kwasochłonnych przekraczających wartość 350/mm³ [25]. Innymi badaniami dodatkowymi wykonywanymi w celu rozpoznania oraz monitorowania astmy są m.in. RTG klatki piersiowej, badanie wysycenia hemoglobiny tlenem, gastroskopia, czy też bronchofiberoskopia [4].

Klasyfikacja astmy oskrzelowej

Obecnie wykorzystywanych jest wiele różnorodnych systemów klasyfikacji astmy. Mogą być uwarunkowane poprzez czynniki wyzwalające, zaawansowaniem objawów, stopniem kontroli choroby oraz wielu innych [1].

Klasyfikacja astmy oskrzelowej ze względu na etiologię

Tabela I. Właściwości i cechy mające wpływ na różnicowanie astmy alergiczej od niealergiczej

Właściwości i cechy	Astma alergiczna (atopowa)	Astma niealergiczna (nieatopowa)
Rozpoznanie	Zazwyczaj w okresie dzieciństwa, często u osób przed okresem 30. roku życia	Zazwyczaj u osób w wieku powyżej 30 lat
Postać choroby	Zazwyczaj pojawiają się naprzemiennie występujące epizody nasilonej duszności wraz z okresami remisji	Zazwyczaj przewlekła oraz postępująca
Czynnik wywołujący astmę	Kontakt organizmu z alergenem	Liczne przebyte zakażenia dróg oddechowych
Współwystępowanie innych alergii	Wielokrotnie	Sporadycznie
Podłoże genetyczne	Występuje	Rzadziej aniżeli w astmie atopowej
Wyniki testów skórnych	Dodatnie	Ujemne
Obecność swoistych przeciwciał IgE	Tak	Nie
Reakcja na działanie glikokortykosteroidów	Lepsza	Słabsza

Źródło: Bochenek G., Śladek K.: Alergiczne choroby dolnych dróg oddechowych [w:] Alergologia, pod red. Obtulowicz K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 197.

Podstawową klasyfikacją astmy oskrzelowej jest jej podział ze względu na przyczynę. Zidentyfikowanie podłoża astmy jest bardzo istotne, dzięki temu nie tylko możemy dowiedzieć się o potrzebie ograniczenia kontaktu z alergenami, ale również zastosować odpowiednie leczenie. Wyróżniamy dwa odrębne fenotypy tej jednostki chorobowej czyli astmę alergiczną oraz niealergiczną, ich cechy różnicujące zostały przedstawione w tabeli I [1,4].

Klasyfikacja astmy według stopnia ciężkości

Tabela II. Podział astmy ze względu na ocenę stopnia ciężkości

	Charakterystyka objawów	Częstotliwość objawów nocnych	Badania spirometryczne
Astma epizodyczna (sporadyczna)	Objawy występują rzadko, do 2 razy w ciągu tygodnia, odpowiedni PEF pomiędzy okresami zaostrzeń, nasilenie objawów trwa kilka godzin, bądź kilka dni	Występują rzadko, do 2 razy w ciągu miesiąca	Wskaźnik FEV ₁ /PEF jest większy, bądź równy 80%, dobową zmienność wskaźnika PEF osiąga wartość poniżej 20%
Astma przewlekła lekka	Objawy pojawiają się częściej niż 2 razy w ciągu tygodnia, ale rzadziej niż 1 raz na dzień, okresy nasilenia objawów mogą zakłócać codzienne funkcjonowanie	Obserwowane jest występowanie objawów nocnych częściej niż 2 razy w ciągu miesiąca	Pomiar FEV ₁ /PEF wynosi 80% lub więcej, dobową zmienność PEF ok. 20-30%
Astma przewlekła umiarkowana	Objawy występują każdego dnia, okresy zwiększonego nasilenia objawów nie tylko upośledzają aktywność, ale również sen, zaostrzenia mogą mieć miejsce do 2 razy w ciągu tygodnia, ich czas trwania wynosi kilka dni, codziennie stosowanie beta2-mimetyków	Występują częściej niż 1 raz w ciągu tygodnia	Wartość wskaźnika FEV ₁ /PEF waha się pomiędzy 60-80%, dobową zmienność PEF powyżej 30%
Astma przewlekła ciężka	Występuje ciągła duszność, okresy zaostrzenia pojawiają się dość często, aktywność znacznie ograniczona	Określane są jako częste	Wskaźnik FEV ₁ /PEF jest mniejszy bądź równy 60%, dobową zmienność PEF powyżej 30%

Źródło: Gierus J., Popielski K.: Teoretyczne podstawy badań [w:] Astma Oskrzelowa. Perspektywa psychologiczno-egzystencjalna, pod red. Gierus J., Popielskiego K. Difin, Warszawa 2011, 17.

Stopień nasilenia astmy oskrzelowej określa się na podstawie objawów klinicznych, ich częstotliwości oraz parametrów badań spirometrycznych.

W ostatnim czasie tę klasyfikację w dużym stopniu zastąpiono podziałem obejmującym stopień kontroli astmy [1,6].

Klasyfikacja astmy według stopnia kontroli objawów

Obecnie ten podział uważa się za najbardziej przydatny, dzięki niemu możliwe jest dostosowanie odpowiedniego leczenia do konkretnego przypadku. Wyróżniamy trzy stopnie kontrolowania choroby tj. astmę kontrolowaną, astmę częściowo kontrolowaną oraz astmę niekontrolowaną (cechy je różnicujące zostały przedstawione w poniższej tabeli) [1,4].

Tabela III. Stopnie kontrolowania objawów astmy oskrzelowej według GINA

Cecha	Astma kontrolowana (obecność wszystkich cech)	Astma częściowo kontrolowana (1 lub więcej cech w 1. tygodniu i powyżej)	Astma niekontrolowana
dzienne objawy	brak , ≤2 tydzień	>2 razy w tygodniu	spełnienie 3., bądź więcej cech astmy częściowo kontrolowanej w jakimkolwiek tygodniu
upośledzenie aktywności	nie stwierdza się	występuje	
nocne objawy	nie stwierdza się	występują	
leczenie doraźne	brak ≤2 tydzień	>2 razy w ciągu tygodnia	
wskaźniki FEV ₁ ,PEF	właściwe	<80% wartość należna lub maksymalna	1 w jakimkolwiek tygodniu
wystąpienie zaostrzeń	nie stwierdza się	≥ 1 rok	

Źródło: Płusa T.: Choroby układu oddechowego. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2014, 37.

Leczenie astmy oskrzelowej

Astma oskrzelowa jest chorobą, której nie da się wyleczyć, jednak podjęcie odpowiednich działań daje możliwość lepszego kontrolowania astmy u dużej liczby pacjentów, a jest to zasadniczym celem leczenia. Leczenie możemy podzielić na: nefarmakologiczne, farmakologiczne, czy też swoistą immunoterapię alergenową [4, 21].

W skład leczenia niefarmakologicznego wchodzi eliminowanie czynników wyzwalających napady oraz edukacja pacjenta. Dzięki posiadanej wiedzy na temat przyczyny choroby, często jesteśmy w stanie podjąć działania mające na celu zmniejszenie ekspozycji pacjenta na czynnik wyzwalający chorobę (czynniki uczulające zostały przedstawione w podrozdziale 1.3.). Dodatkowo palenie tytoniu może predysponować do wystąpienia astmy, dlatego też motywuje się pacjenta do stronienia od wyrobów tytoniowych, jak również unikania palenia biernego. Edukacja pacjenta pełni dużą rolę w leczeniu astmy. Ma na celu przekazanie wiadomości dotyczących mechanizmu choroby, czynników wywołujących napady, metod ich unikania, sposobów leczenia oraz naukę zidentyfikowania stopnia ciężkości astmy [28].

W poniżej przedstawionej tabeli został ukazany podział, który obejmuje kategorie leków stosowanych w leczeniu farmakologicznym astmy oskrzelowej.

Tabela IV. Kategorie leków stosowanych w astmie oskrzelowej

Leki kontrolujące-stosowane długotrwale	Glikokortykosteroidy wziewne (GKS _w)
	Beta ₂ -mimetyki wziewne długo działające
	Glikokortykosteroidy wziewne wraz z beta ₂ -mimetykami długo działającymi w 1 inhalatorze
	Leki przeciwleukotrienowe
	Teofilina o przedłużonym czasie uwalniania
	Lek antycholinergiczny długo działający
Leki objawowe-stosowane doraźnie	Beta ₂ -mimetyki wziewne krótko działające
	Lek antycholinergiczny krótko działający
Leki dodatkowe-stosowane u chorych w ciężkim przypadku astmy	Glikokortykosteroidy podawane drogą doustną
	Monoklonalne przeciwciało anti-IgE

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [4].

Glikokortykosteroidy wziewne określa się mianem najbardziej skutecznych leków przeciwzapalnych. Usprawniają kontrolowanie astmy oraz poprawiają czynność płuc, dzięki nim nie tylko nadreaktywność oskrzeli ulega zmniejszeniu, ale też zredukowana jest częstość pojawiania się zaostrzeń oraz ich ciężkość. Zaprzestanie ich przyjmowania może prowadzić do wystąpienia zaostrzenia. Glikokortykosteroidy wziewne mogą być przyjmowane nie tylko w małych, ale również średnich, czy dużych dawkach, jest to zależne od stopnia nasilenia

objawów. Uważa się, że przyjmowanie przez dłuższy okres czasu małych, bądź średnich dawek jest całkowicie bezpieczne, tak samo jest z przyjmowaniem dużych dawek leku w krótkim okresie czasu. Przykładowymi glikokortykosteroidami wziewnymi są beklometazon, cyklezonid, mometazon, czy też budezonid.

Lekami stosowanymi w połączeniu z glikokortykosteroidami wziewnymi są beta₂-mimetyki wziewne długo działające. Nie mogą być one stosowane pojedynczo, wiąże się to z ryzykiem zgonu na skutek omawianej jednostki chorobowej. Gdy objawy astmy oskrzelowej są źle kontrolowane należy przeanalizować włączenie długo działających beta₂-mimetyków do glikokortykosteroidów wziewnych. Przykładowymi lekami z tej grupy są: formoterol, wilanterol, a także salmeterol.

Przyjmowanie GKSów wraz z beta₂-mimetykami długo działającymi w 1 inhalatorze to dobre rozwiązanie dla pacjenta. Efekt leczniczy jest porównywalny jak w przypadku przyjmowania tych dwóch leków oddzielnie, jednak jest to dużo wygodniejsze dla pacjenta.

Leki przeciwlukotrienowe mogą być alternatywą dla glikokortykosteroidów wziewnych u osób dorosłych i tylko w łagodnej postaci choroby. W wyniku połączenia ich z GKSów może dojść do zredukowania ich dawki, jednak ten efekt oceniany jest jako gorszy w porównaniu do dodania beta₂-mimetyku długo działającego. Montelukast oraz zafirlukast zaliczane są do przykładowych leków przeciwlukotrienowych.

Kolejnym lekiem, który uważa się za mniej efektywny od leków wziewnych oraz częściej wywołujący efekty uboczne, jest teofilina o przedłużonym czasie uwalniania. W celu lepszej kontroli choroby może być podawana wraz z glikokortykosteroidami wziewnymi.

Zastosowanie w terapii leku antycholinergicznego długo działającego dopuszcza się w przypadku osób z ciężką postacią astmy, kiedy dojdzie do zaostrzenia choroby mimo wdrożonego leczenia w stopniu 4, bądź 5. Lekiem antycholinergicznym długo działającym jest tiotropium [4].

Beta₂-mimetyki wziewne krótko działające uważa się jako jedne z najbardziej skutecznych leków rozszerzających oskrzela. Stosowane są w sporadycznej postaci astmy oraz w czasie jej zaostrzenia, przeciwdziałają wystąpieniu powysiłkowego skurczu oskrzeli. Wzrost zapotrzebowania na beta₂-mimetyki wziewne krótko działające jest dowodem gorszego kontrolowania astmy, świadczy o potrzebie wprowadzenia bardziej intensywnego leczenia długotrwałego. Salbutamol oraz fenoterol są najczęściej stosowane spośród tej grupy leków.

Lek antycholinergiczny krótko działający może być alternatywą dla osób, u których beta₂-mimetyki krótko działające nie sprawdzają się, jednak warto dodać, że jest znacznie mniej efektywny. Przedstawiciel z tej grupy leków to bromek ipratropium, w ciężkiej postaci

astmy może okazać się skuteczne dołączenie go do beta2-mimetyku krótko działającego [28].

Glikokortykosteroidy (GKS) podawane drogą doustną mogą okazać się konieczne u osób z ciężką postacią astmy, która jest niekontrolowana oraz gdy nie poddaje się leczeniu w 4 stopniu. Występuje duże prawdopodobieństwo pojawienia się efektów ubocznych, dlatego też leki te powinny być przyjmowane w jak najmniejszej ilości tzw. dawce podtrzymującej. Niektórym osobom w ciężkiej postaci astmy zalecana jest długotrwała terapia owymi lekami, zaś w przypadku łagodzenia zaostrzeń choroby terapia krótkotrwała okazuje się niezwykle istotna. Do przedstawicieli GKS podawanych drogą doustną zaliczamy: metyloprednizolon, prednizon oraz prednizolon [7].

Omalizumab jest monoklonalnym przeciwciałem anti-IgE. Stosowany jest w ciężkiej postaci astmy alergicznej u ludzi dorosłych oraz dzieci w wieku powyżej 12 lat. Poprzez jego stosowanie potrzeba przyjmowania leków doraźnych uległa zmniejszeniu, jak również ilość zaostrzeń w astmie ciężkiej oraz przyjęć do szpitala. Występowanie działań niepożądanych jest stosunkowo rzadkie, jednak wysoki koszt tego leku znacznie ogranicza jego stosowanie [29].

Swoista terapia alergenowa może okazać się skuteczna u osób borykających się z astmą alergiczną w stopniu lekkim, bądź umiarkowanym, gdy unikanie szkodliwych czynników środowiskowych i należyte leczenie farmakologiczne nie prowadzi do odpowiedniej kontroli choroby. W wyniku stosowania tej metody może dojść do zmniejszenia objawów, ograniczenia przyjmowania leków, a nawet przeobrażenia naturalnego przebiegu choroby [7].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Astma oskrzelowa zaliczana jest do najczęściej występujących schorzeń przewlekłych na świecie. W rosnącym stopniu dotyka współczesne społeczeństwo, obecnie liczba chorych na astmę oskrzelową wynosi około 300 milionów ludzi. Charakteryzuje się ona złożoną etiologią, niejednorodnym obrazem klinicznym, niezwykle istotne są tu czynniki genetyczne oraz środowiskowe [6,30].

Astma oskrzelowa jest poważnym problemem nie tylko społecznym, ale też ekonomicznym. Gdy jest nieleczone w znacznym stopniu pogarsza jakość życia chorych, stanowi przyczynę wielokrotnych hospitalizacji, inwalidztwa, jak również zgonów [7].

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z astmą oskrzelową.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta z astmą oskrzelową.

3. Ocena podejmowanych działań pielęgniarskich wobec pacjenta z astmą oskrzelową.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem została objęta 84-letnia pacjentka z rozpoznaną astmą oskrzelową, hospitalizowana w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Wojewódzkiego Szpitala w Łomży w terminie od 09.11.2018 r. do 23.11.2018 r.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku wraz z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Jako jedną z najbardziej użytecznych metod badawczych uważa się studium indywidualnego przypadku, które zaliczane jest to metod jakościowych [31]. Opiera się na gromadzeniu materiałów oraz informacji na temat pacjenta, w szczególności zwraca się uwagę na sytuację rodzinną, środowiskową, społeczną, psychiczną, czy materialno-bytową danej osoby.

Celem przeprowadzonych działań jest przeanalizowanie danego przypadku oraz właściwe zdefiniowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta, a w konsekwencji postawienie diagnozy oraz przystąpienie do należytych działań terapeutycznych.

Materiał badawczy do pracy zebrano na podstawie:

- Obserwacji pielęgniarskiej,
- Wywiadu,
- Analizy dokumentacji medycznej (historia choroby pacjenta, karta gorączkowa, indywidualna karta zleceń lekarskich),
- Pomiarów bezpośrednich i pośrednich.

Obserwacja pielęgniarska polega na gromadzeniu informacji o pacjencie za pomocą zmysłów, czyli tzw. metodą organoleptyczną, oraz poprzez wykorzystanie narzędzi np. ocena stopnia odleżyn według skali Norton. Tę metodę jakościową stosuje się do monitorowania stanu pacjenta, kontrolowania wykonywanych przez niego czynności, zachowania w różnych sytuacjach. Obserwacja pielęgniarska charakteryzuje się celowością, systematycznością, obiektywnością, selektywnością [32, 33].

Wywiad pielęgniarski definiowany jest jako zaplanowana rozmowa nie tylko z pojedynczym pacjentem, ale również z grupą osób. Przeprowadzany jest w celu zaczerpnięcia możliwie jak największej ilości niezbędnych informacji o pacjencie oraz jego środowisku. Wywiad pielęgniarski może być ukierunkowany na dany problem [32].

Analiza dokumentacji medycznej opiera się na ilościowej oraz jakościowej ocenie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. W jej skład wchodzi: historia choroby, wyniki badań diagnostycznych oraz następujące karty: gorączkowa, obserwacji, opieki pielęgniarskiej,

zleceń lekarskich wraz z wynikami konsultacji [33].

Pomiary są sprecyzowanym postępowaniem, wykonywane w celu skontrolowania parametrów życiowych pacjenta. Wyróżniamy pomiary bezpośrednie i pośrednie.

Pierwsze z nich polegają na przyrządowym tudzież bezprzyrządowym pomiarze danej cechy, odczytaniu wartości liczbowej oraz ocenie tego wyniku. Przykładem takich pomiarów jest pomiar tętna, oddechu, temperatury ciała.

O metodzie pośredniej mówimy gdy wynik pomiaru zostanie przeniesiony na odpowiedni wzorzec. W efekcie odczytanie i zinterpretowanie wyniku staje się możliwe. Pomiary wykonywane metodą pośrednią to m.in. pomiar stanu świadomości pacjenta, wydolności samoobsługowej, oceny ryzyka rozwoju odleżyn, czy też testy sprawdzające poziom wiedzy pacjenta [32].

Ażeby badania były przeprowadzone w sposób prawidłowy bardzo istotnym elementem jest posłużenie się odpowiednimi narzędziami badawczymi.

W pracy posłużono się następującymi narzędziami badawczymi:

1. **Skala Baxtera** jest wykorzystywana do monitorowania oraz oceny zagrożenia i przebiegu powikłań występujących na skutek kaniulacji naczynia obwodowego. Miejsce wkłucia oceniane jest od 0 do 5 punktów, cyfra 0 wskazuje na niewystępowanie zmian zapalnych w obrębie miejsca wkłucia, natomiast 5 punktów charakteryzuje się zaawansowanym stanem zapalnym.
2. **Skala Barthel** używana jest w celu określenia stanu ogólnego pacjenta oraz jego zapotrzebowania na pomoc w czasie przebywania na oddziale. W tej skali uwzględnia się stopień samodzielności chorego podczas wykonywania czynności życia codziennego. Pacjent ma możliwość uzyskania najwięcej 100 punktów, zaś najmniej 0 punktów. Najniższy wynik świadczy o zupełnej niesamodzielności chorego oraz potrzebie nieustannej opieki, natomiast uzyskanie maksymalnej liczby punktów charakteryzuje pacjenta samodzielnego wymagającego niewielkiej pomocy.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka M. Z., mająca 84 lata, dnia 9 listopada 2018 roku o godzinie 12:37 została przyjęta do Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży na Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii.

Chora przyjęta w trybie nagłym z objawami duszności, uczucia dyskomfortu w klatce piersiowej oraz zawrotami głowy. Z wywiadu wynika, że pacjentka cierpi na astmę oskrzelową, zaś chorobą współistniejącą jest nadciśnienie tętnicze. Osluchowo stwierdzono szmer oddechowy pęcherzykowy z wydłużonym wydechem osłabiony w dolnych partiach płuc.

W dniu obserwacji pacjentka osłabiona, skarży się na zawroty głowy oraz uczucie duszności i ciężkości w klatce piersiowej. Wykazuje trudności w oddychaniu, zauważyć można pojawiający się suchy kaszel zazwyczaj nasilający się w godzinach nocnych. Występuje nadmierna potliwość oraz nieustający obrzęk kończyn dolnych. Chora posiada odleżynę na lewym pośladku- zmiana III stopnia. Zastosowano opatrunek z Granuflexu, prowadzona jest profilaktyka p/odleżynowa. Według skali punktowej wg Norton pacjentka uzyskała 13 punktów, oznacza to, że jest w zwiększonej grupie ryzyka rozwoju odleżyn.

W dniu obserwacji wartość ciśnienia tętniczego wynosiła 154/95 mmHg, temperatura ciała była równa 38°C, liczba oddechów: 18/minutę, a tętno mierzyło 90 uderzeń/min.

Chora ma założone wkłucie obwodowe z objawami świadczącymi o toczącym się procesie zapalnym (zaczerwienienie, obrzęk, podwyższona temperatura ciała), według skali Baxter uzyskało ocenę 3. Ze względu na występujące objawy założono nowy dostęp naczyniowy.

Podczas rozmowy pacjentka w pełni świadoma z logicznym kontaktem, odczuwa lęk związany z hospitalizacją. W trakcie wykonywania czynności dnia codziennego wymaga pomocy drugiej osoby. Chora nie jest w pełni sprawna, porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego, z powodu porażenia kończyn dolnych, do którego doszło w wyniku wypadku komunikacyjnego. Pacjentka ma założoną pieluchę oraz cewnik Foley'a, gdyż nie jest w stanie kontrolować czynności fizjologicznych. Przyznała, że od kilku tygodni ma problem z wypróżnianiem, cierpi na zaparcia.

Z przeprowadzonego wywiadu pielęgniarskiego wynika, że chora nałogowo pali wyroby tytoniowe, uczulona jest na roztocza kurzu domowego. Okazało się, że pacjentka nie zażywa regularnie leków, często zapomina o przyjęciu zalecanej dawki.

Według skali Barthel pacjentka otrzymała 30/100 punktów, jest to równoznaczne z tym, iż nie jest ona w pełni samodzielna, potrzebuje pomocy innych. Zakwalifikowana została do III kategorii opieki (opieki wzmożonej).

Pacjentka mieszka w domu jednorodzinnym wraz z córką i zięciem, warunki mieszkaniowe dobre.

Obecnie jest emerytką, w pracy zawodowej zajmowała się sprzątaniem pomieszczeń biurowych oraz banków.

Masa ciała pacjentki wynosi 54 kg, wzrost 157 cm.

Pomiary przy przyjęciu były następujące: RR spoczynkowe 200/100 mmHg, HR 87 uderzeń/minutę.

Chora przyjmuje następujące leki:

- Budezonid LEK-AM 200µg wziew
- Astmodil 4mg p.o
- Ventolin 200µg wziew
- Furosemid 20mg i.v
- Prestarium 5mg p.o
- Haloperidol 1mg p.o
- Spironol 25 mg p.o
- Tritace 5mg p.o.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Trudności w oddychaniu z powodu zaostrzenia objawów astmy oskrzelowej

Cel: ułatwienie oddychania, zmniejszenie nasilenia duszności

Realizacja:

- zapewnienie wygodnej, ułatwiającej oddychanie pozycji ciała (pozycja wysoka lub półwysoka)
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia (utrzymanie temperatury 19-22°C, wilgotność 65-75%)
- bielizna osobista luźna, przepuszczająca powietrze, wykonana z naturalnych tkanin tj. bawełna, jedwab, len
- rozpoznanie i eliminacja czynników nasilających duszność np. aktywność fizyczna
- unikanie wykonywania wielu czynności pielęgnacyjnych w tym samym czasie lub jedna po drugiej
- pomoc podczas karmienia, zalecenie pacjentce aby jadła powoli, w małych ilościach
- zapewnienie ciszy i spokoju
- obserwacja zabawienia skóry
- kontrolowanie 3 razy w ciągu dnia wartości ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała, saturacji oraz ilości i charakteru oddechów oraz udokumentowanie ich w indywidualnej karcie pacjentki (8.00- RR: 154/95 mmHg, HR: 90u/min, temp.: 38°C, spO₂: 99%, liczba oddechów: 18/min; 13.00- RR: 159/98 mmHg, HR: 77u/min, temp.: 37,7°C, spO₂: 94%,

liczba oddechów: 20/min; 17.00- RR: 150/87 mmHg, HR: 81u/min, temp.: 37°C, spO₂: 99%, liczba oddechów: 15/min)

- zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza (zastosowano tlenoterapię bierną przez cewnik donosowy, przepływ: 5l/min.)
- podanie leków wziewnych zgodnie ze zleceniem lekarskim (Budezonid- 200µg 2 razy dziennie oraz Ventolin- 200µg 3 razy dziennie)
- podanie leków doustnych na zlecenie lekarza (Astmodil 4mg 1 raz dziennie)

Ocena podjętych działań: zaobserwowano poprawę wydolności oddechowej.

Diagnoza pielęgniarska 2: Zawroty głowy w przebiegu nadciśnienia tętniczego krwi

Cel: utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi w normie, poprawa samopoczucia chorej

Realizacja:

- kontrolowanie 3 razy dziennie podstawowych parametrów życiowych i udokumentowanie ich w indywidualnej karcie pacjentki (ilość i charakter oddechów, tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała, saturacja krwi (8.00- RR: 154/95 mmHg, HR: 90u/min, temp.: 38°C, spO₂: 99%, liczba oddechów: 18/min; 13.00- RR: 159/98 mmHg, HR: 77u/min, temp.: 37,7°C, spO₂: 94%, liczba oddechów: 20/min; 17.00- RR: 150/87 mmHg, HR: 81u/min, temp.: 37°C, spO₂: 99%, liczba oddechów: 15/min)
- zapewnienie wygodnej pozycji ułożeniowej
- obserwacja charakteru bólu, czasu występowania oraz ustępowania
- łagodzenie lęku, okazywanie zrozumienia
- pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego (toaleta całego ciała, zmiana bielizny osobistej)
- na zlecenie lekarza podanie leków obniżających ciśnienie tętnicze (Prestarium 5mg p.o 1 raz dziennie, Spironol 25 mg p.o 1 raz dziennie, Tritace mg p.o 1 raz dziennie)
- obserwacja ciśnienia tętniczego po podaniu leków, dokumentacja uzyskanych wyników

Ocena podjętych działań: wartość ciśnienia tętniczego krwi utrzymana w normie- 130/85 mmHg samopoczucie pacjentki uległo znacznej poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 3: Dyskomfort spowodowany suchym kaszlem występującym w godzinach nocnych objawiający się bezsennością, nasilającym się uczuciem duszności

Cel: złagodzenie odruchu kaszlowego

Realizacja:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia (temperatura: 19- 22°C, wilgotność: 65-75%)
- ułożenie chorej w pozycji wysokiej lub półwysokiej
- edukacja pacjentki oraz jej rodziny na temat drenażu ułożeniowego
- zastosowanie ćwiczeń oddechowych (dmuchanie do rękawiczki, dmuchanie przez słomkę, na kartkę papieru)
- przeprowadzenie inhalacji z 0,9% roztworem NaCl w celu nawilżenia dróg oddechowych
- podawanie zwiększonej ilości płynów do picia ok. 2-3l/dobę
- podawanie leków przeciwkaszlowych na zlecenie lekarza (syrop Herbapect 5ml 3-4 razy dziennie)

Ocena podjętych działań: intensywność kaszlu zmniejszyła się

Diagnoza pielęgniarska 4: Wystąpienie zakażenia w okolicy założonego wkłucia obwodowego objawiające się obrzękiem, zaczerwienieniem, podwyższoną temperaturą ciała do 38°C (3 stopień według skali Baxtera)

Cel: zniwelowanie objawów zakażenia w okolicy wkłucia obwodowego obniżenie temperatury ciała

Realizacja:

- usunięcie wkłucia obwodowego i założenie opatrunku
- wzmożona kontrola miejsca zmienionego zapalnie
- zastosowanie okładów z 3% roztworu kwasu borowego 2 razy dziennie
- podawanie leków obniżających temperaturę ciała na zlecenie lekarza (Pyralgin 1g, i.v)
- stosowanie miejscowego antybiotyku na zlecenie lekarza (Bactroban 2-3 razy dziennie) doustna antybiotykoterapia zgodnie ze zleceniem lekarskim (Augmentin 875 mg + 125 mg, p.o)

Ocena podjętych działań: problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Zaparcia spowodowane osłabioną perystaltyką jelit, brakiem aktywności ruchowej

Cel: zminimalizowanie zaparć uzyskanie większej regularności wydalania stolca

Realizacja:

- rozmowa z pacjentką wyjaśniająca przyczyny zaparć
- realizowanie zleconej diety (dieta bogatoresztkowa, z dużą ilością błonnika)
- polecenie spożywania suszonych śliwek, jabłek, picie jogurtu naturalnego lub kefiru
- spożywanie przez chorą posiłków o regularnych porach
- polecenie pacjentce picia przynajmniej 2-3l płynów dziennie

- masowanie okolicy pępka delikatnymi ruchami okrężnymi w kierunku ruchu wskazówek zegara przez 5 – 8 minut, dwa razy dziennie przed jedzeniem
- konsultacja z lekarzem w celu ustalenia, czy zaparcia nie są spowodowane przyjmowaniem leków
- na zlecenie lekarza wykonanie lewatywy oczyszczającej, kroplowego wlewu doodbytniczego, założenie czopka Bisacodylu

zapewnienie pacjentce intymności i poczucia godności osobistej podczas wykonywania zabiegów

Ocena podjętych działań: problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Osłabienie, uczucie zmęczenia w wyniku zaostrzenia objawów choroby

Cel: poprawa samopoczucia chorej

Realizacja:

- poprawa jakości snu oraz zapewnienie odpowiednich warunków odpoczynku (cisza, wietrzenie sali, eliminacja nadmiernego stresu)
- próba złagodzenia odruchu kaszlowego m.in. poprzez ułożenie chorej w pozycji wysokiej lub półwysokiej, zastosowanie inhalacji z 0,9% roztworem NaCl, ewentualne podanie leków przeciwkaszlowych na zlecenie lekarza (syrop Herbapect 5ml 3-4 razy dziennie)
- zmniejszenie nasilenia duszności m.in. poprzez zapewnienie wygodnej, ułatwiającej oddychanie pozycji ciała, utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia o temperaturze w przedziale 19-22°C oraz wilgotności wynoszącej 65-75%, eliminowanie czynników nasilających duszność
- monitorowanie stanu ogólnego i samopoczucia chorej
- eliminacja nadmiernego wysiłku poprzez przystosowanie środowiska pacjentki
- ocena wpływu przyjmowanych leków na ogólne samopoczucie chorej podanie leków rozszerzających oskrzela na zlecenie lekarza (Astmodil 4mg, p.o 1 raz dziennie, Ventolin-aerozol wziewny 200 µg 3 razy dziennie)

Ocena podjętych działań: samopoczucie pacjentki uległo poprawie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Występowanie odleżyny III stopnia na lewym pośladku spowodowanej długotrwałym unieruchomieniem

Cel: wyleczenie rany spowodowanej odleżyną, niedopuszczenie do rozwoju kolejnych

Realizacja: zmiana pozycji ułożeniowej co dwie godziny

- toaleta ciała 2 razy dziennie oraz doraźnie, jeśli zaistnieje taka potrzeba
- dokładne i ostrożne osuszanie umytej skóry, zabezpieczanie skóry w miejscach zagrożonych maściami lub kremami ochronno-odżywczymi, np.: Propolis, Sudocrem, Solcoseryl, Sepropol, Alantovit, Penaten, Linomag, PVC 30
- dwa razy dziennie toaleta rany odleżynowej
- przykładanie opatrunków Granuflex, Agvagel. Stosowanie maści gojącej Argosulfan
- stosowanie podpórek, woreczków, poduszek pod miejsca szczególnie narażone na powstawanie odleżyn
- stosowanie materaca przeciwoleżynowego
- zachowanie czystości bielizny pościelowej i osobistej, wyrównanie ich fałdów, w razie potrzeby jej zmiana
- ubieranie pacjentki zgodnie z temperaturą panującą na sali, unikanie przegrzania używanie bawełnianych materiałów
- codzienna ocena stanu rany i efektów pielęgnacji dokumentacja podjętych działań w indywidualnej karcie pacjentki, posłużenie się skalą oceniającą ryzyko rozwoju odleżyn tj. skala Norton (chora otrzymała 13 punktów).

Ocena podjętych działań: działania w trakcie realizacji problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Nadmierne pocenie się wynikające ze wzrostu temperatury ciała do 38 °C z powodu toczącego się procesu zapalnego w miejscu wklucia obwodowego

Cel: obniżenie temperatury ciała utrzymanie skóry w czystości o prawidłowych cechach wilgotności

Realizacja: wykonywanie toalety ciała rano i wieczorem lub w razie potrzeby częściej

- zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie potrzeby
- bielizna osobista luźna, przepuszczająca powietrze, wykonana z naturalnych tkanin tj.
- bawełna, jedwab, len
- zapobieganie odparzeniom skóry: dokładne osuszanie powierzchni skóry stykających się oraz jej nawilżanie
- częste podawanie płynów doustnie (najlepiej wody niegazowanej) 2-3l/dobę
- obniżenie temperatury ciała pacjenta poprzez zastosowanie okładów chłodzących
- pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, diurezy i odnotowywanie w indywidualnej karcie chorej (temp.: 37,7°C, RR: 159/98 mmHg, HR: 77u/min, diureza

dobowa: 1200ml)

- podawanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza (Pyralgin 1g, i.v).

Ocena podjętych działań: temperatura ciała pacjentki obniżyła się do 37 °C skóra utrzymana w czystości.

Diagnoza pielęgniarska 9: Obrzęk kończyn dolnych stopnia I będący wynikiem niewydolności krążeniowo-oddechowej oraz długotrwałym przebywaniem w tej samej pozycji

Cel: zniwelowanie obrzęku kończyn dolnych

Realizacja: ułożenie pacjentki z uniesionymi kończynami dolnymi powyżej poziomu serca, korzystanie z udogodnień w postaci wałków, klinów

- zastosowanie diety z ograniczoną ilością soli do 2g na dobę (w szpitalu zastosowano dietę łatwo strawną bezsolaną)
- prowadzenie bilansu płynów (płyny przyjęte drogą dojelitową oraz pozajelitową, wydalone z moczem, stolcem, potem)
- ocena stopnia zaawansowania obrzęków poprzez: codzienne ważenie pacjentki i ocenianie różnic w masie ciała, dokonywanie pomiarów części ciała objętych obrzękiem (zawsze na tej samej wysokości)
- wykonanie badania palpacyjnego poprzez uciśnięcie kciukiem miejsca obrzękniętego (obrzęk występujący u pacjentki jest miękki, ciastowaty, odwracalny)
- polecenie chorej aby unikała skarpetek ze ściągaczem, zaopatrzyła się w wygodne kapcie
- zapewnienie czystej, luźnej i przewiewnej bielizny osobistej i pościelowej
- dokładna higiena kończyn objętych obrzękiem (mycie w letniej wodzie, stosowanie łagodnych środków myjących, dokładne osuszanie przez przykładanie ręcznika)
- nawilżanie skóry balsamem, kremem, mleczkiem lub innymi specjalistycznymi
- preparatami np. Cutimed Acute, Venargin, Esceven
- edukacja chorej na temat negatywnego działania pokarmów bogatych w sól
- zachęcenie pacjentki do współpracy z fizjoterapeutą
- stosowanie leków na zlecenie lekarza (Furosemid 20mg i.v)

Ocena podjętych działań: na podstawie wykonanych pomiarów stwierdzono zmniejszenie się obrzęku kończyn dolnych.

Diagnoza pielęgniarska 10: Lęk pacjentki spowodowany uczuciem duszności i ciężkości w klatce piersiowej w przebiegu astmy oskrzelowej

Cel: uspokojenie pacjentki, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, zmniejszenie nasilenia duszności, zniwelowanie uczucia ciężkości w klatce piersiowej

Realizacja: zapewnienie chorej komfortu psychicznego poprzez towarzyszenie jej w stanach nasilonej duszności, zachowanie spokoju i opanowania

- okazanie życzliwości i zainteresowania problemami pacjentki
- wyjaśnianie i udzielanie odpowiedzi na pytania chorej w sposób spokojny oraz kompetentny
- zapewnienie pacjentki o naszej pomocy w razie wystąpienia ewentualnych trudności
- umożliwienie chorej kontaktu z lekarzem prowadzącym
- przeprowadzenie ćwiczeń oddechowych np. dmuchanie przez słomkę do butelki z wodą, dmuchanie na kartkę papieru podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza (Haloperidol 1mg, p.o)

Ocena podjętych działań: pacjentka uspokoiła się, zapewniono poczucie bezpieczeństwa

Diagnoza pielęgniarska 11: Deficyt wiedzy na temat konieczności regularnego przyjmowania wszystkich leków i ich wpływu na proces leczenia

Cel: zachęcenie pacjentki do systematycznego przyjmowania leków, uświadomienie konieczności regularnego leczenia

Realizacja:

- rozmowa z pacjentką na temat konieczności regularnego przyjmowania leków
 - przedstawienie chorej możliwych skutków, jakie mogą nastąpić gdy nie będzie systematycznie zażywać leków
 - ukazanie sposobów mających na celu przypomnienie o wzięciu zalecanej dawki np. ustawienie alarmu w telefonie, pisanie karteczek i przyklejanie ich w widoczne miejsca, korzystanie ze specjalnych kasetek na leki z podziałem na pory dnia, dni tygodnia
- rozmowa z rodziną pacjentki, przedstawienie istoty problemu.

Ocena podjętych działań: problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 12: Ograniczona możliwości samoopieki i samopielęgnacji spowodowanej dusznością oraz niedowładem kończyn dolnych

Cel: pomoc w zaspokojeniu potrzeb pielęgnacyjnych pacjentki

Realizacja:

- pomoc podczas czynności, których chora nie jest w stanie wykonać samodzielnie (toaleta całego ciała, zmiana bielizny pościelowej i osobistej)
- informowanie o czynnościach wykonywanych przy pacjentce, wyjaśnianie istoty przeprowadzanych działań
- aktywizowanie chorej
- dbanie o czystość otoczenia pacjentki
- edukacja rodziny chorej na temat sposobów udzielania pomocy pacjentce (techniki podnoszenia, wykonywanie toalety ciała)
- pomoc w wykonywaniu ćwiczeń biernych np. odwiedzenie i przywodzenie w stawie biodrowym, odwracanie i nawracanie stopy
- zapewnienie konsultacji z fizjoterapeutą.

Ocena podjętych działań: zaspokoiono potrzeby pielęgnacyjne pacjentki problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 13: Niepokój związany z hospitalizacją i procesem leczenia

Cel: złagodzenie lęku związanego z hospitalizacją i procesem leczenia

Realizacja:

- przedstawienie chorej personelu sprawującego opiekę na oddziale
- zapoznanie z regulaminem oddziału, kartą praw pacjenta
- zaprezentowanie planu dnia
- przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat choroby
- zapoznanie się z dolegliwościami, problemami oraz potrzebami chorej
- okazanie zainteresowania samopoczuciem pacjentki
- zapewnienie warunków do wypoczynku
- udzielenie wyczerpujących informacji dotyczących podejmowanych działań i metod leczenia
- umożliwienie kontaktu z lekarzem
- zapewnienie kontaktu z rodziną, duchownym

Ocena podjętych działań: złagodzone niepokój związany z hospitalizacją i procesem leczenia problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 14: Ryzyko wystąpienia niedotlenienia organizmu na skutek duszności z przebiegu astmy oskrzelowej

Cel: poprawa wentylacji, zapobieganie niedotlenieniu

Realizacja:

- ocena charakteru oraz nasilenia duszności (zaobserwowano nasilenie duszności po wysiłku fizycznym np. po przyjęciu posiłku, wykonywaniu czynności higienicznych, przeniesieniu się z wózka inwalidzkiego na łóżko)
- obserwacja zabarwienia skóry (podczas napadu duszności skóra i błony śluzowe blade)
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych oraz udokumentowanie ich w indywidualnej karcie pacjentki- ilość i charakter oddechów, tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura ciała, saturacja (liczba oddechów: 20/min, HR: 77u/min, RR: 159/98 mmHg, temp.: 37,7°C, spO₂: 94%)
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali: temperatura: 19-22°C, wilgotność: 65-75%
- zastosowanie pozycji wysokiej lub półwysokiej ułatwiającej oddychanie
- pomoc chorej w wykonywaniu czynności, które mogłyby przyczynić się do nasilenia duszności np. zmiana bielizny osobistej, toaleta ciała
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa w napadach duszności poprzez ciągły kontakt z personelem medycznym- przedstawienie pacjentce sposobu wzywania personelu w razie potrzeby np. poprzez naciśnięcie alarmowego przycisku przyłóżkowego
- podanie leków wziewnych zmniejszających duszność na zlecenie lekarza (Ventolin 200 µg)
- zastosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza (zastosowano tlenoterapię bierną przez cewnik donosowy, przepływ: 5l/min.).

Ocena podjętych działań: wentylacja prawidłowa (liczba oddechów: 15/min, spO₂: 99%, powłoki skórne lekko zaróżowione).

Diagnoza pielęgniarska 15: Zwiększone ryzyko ponownej hospitalizacji, pogłębienia się objawów astmy oskrzelowej oraz nadciśnienia tętniczego w wyniku negatywnego działania dymu tytoniowego

Cel: uświadomienie chorej o konieczności zerwania z nałogiem palenia papierosów

Realizacja:

- przedstawienie chorej negatywnego działania dymu tytoniowego na układ oddechowy oraz układ krążenia
- przekazanie pacjentce informacji na temat korzyści wynikających z zerwania z paleniem papierosów

- ukazanie chorej niefarmakologicznych sposobów radzenia sobie z nałogiem
- zachęcenie pacjentki do spożycia owoców, przekąsek, czy też żucia gumy w sytuacji, gdy
- poczuje chęć zapalenia papierosa
- zaproponowanie chorej po konsultacji lekarskiej stosowania farmakologicznych środków
- (plastry, gumy do żucia, pastylki do ssania, tabletki)
- przeprowadzenie rozmowy z rodziną pacjentki, dokładne przedstawienie istoty problemu

Ocena podjętych działań: chora zdaje sobie sprawę ze szkodliwości palenia papierosów i jego negatywnego wpływu na stan zdrowia działania w trakcie realizacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 16: Zwiększone ryzyko zakażenia wnikające z założenia nowego dostępu naczyniowego

Cel: zmniejszenie ryzyka zakażenia, zachowanie drożności kaniuli

Realizacja: wykonywanie wszelkich czynności zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki

- obserwacja miejsca wkłucia na podstawie skali Baxter (nie zaobserwowano zmian w miejscu wkłucia)
- wymiana opatrunku zgodnie z obowiązującymi standardami
- zmniejszenie ryzyka zakażenia poprzez nieprzemyślane częste wykonywanie zabiegów przy wkłuciu obwodowym
- wymiana wkłucia obwodowego po zaobserwowaniu cech procesu zapalnego: zaczerwienienia, obrzęku, bolesności w miejscu założonego wkłucia obwodowego

Ocena podjętych działań: wkłucie obwodowe drożne, bez cech procesu zapalnego według skali Baxter uzyskało ocenę 0.

Diagnoza pielęgniarstwa 17: Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu moczowego spowodowane założeniem cewnika Foley'a do pęcherza moczowego

Cel: uniknięcie zakażenia układu moczowego

Realizacja:

- dokładna i częsta toaleta okolicy cewnika i krocza
- zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas pielęgnacji cewnika i jego okolic
- ograniczenie manipulacji przy cewniku
- kontrolowanie ilości i zabarwienia oddawanego moczu
- dbanie o to, by worek na mocz znajdował się poniżej poziomu pęcherza moczowego
- podawanie preparatów na bazie żurawiny w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia zakażenia dróg moczowych

Ocena podjętych działań: nie doszło do zakażenia układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 18: Ryzyko wystąpienia odparzeń skóry okolic intymnych z powodu założonej pieluchy na skutek nie kontrolowania czynności fizjologicznych

Cel: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odparzeń w okolicach intymnych

Realizacja:

- codzienna systematyczna kontrola skóry pośladków oraz krocza (zaczerwienienie, obrzęk)
- dokładna toaleta ciała, później delikatne osuszanie miękkim ręcznikiem
- zastosowanie kremów, oliwki do nawilżenia skóry
- każdorazowa wymiana pieluchy po oddaniu stolca
- ubieranie chorej zgodnie z temperaturą panującą na sali, unikanie przegrzania, używanie bawełnianych materiałów

3. codzienna obserwacja i ocena stosowanych procedur

Ocena podjętych działań: nie doszło do wystąpienia odparzeń.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Astma oskrzelowa według Płusa [25] jest chorobą powiązaną z przewlekłym procesem zapalnym dróg oddechowych oraz nadreaktywnością oskrzeli. Charakteryzuje się występowaniem objawów ze strony układu oddechowego takich jak: duszność, uczucie ciężkości w klatce piersiowej, świszczący oddech oraz kaszel. Symptomy te mogą występować w różnym nasileniu, przyczyniają się do obturacji dróg oddechowych.

U pacjentki obserwuje się występowanie typowych objawów świadczących o przebiegu astmy oskrzelowej, mianowicie są to trudności w oddychaniu, charakterystyczny suchy kaszel pojawiający się najczęściej w godzinach nocnych, chora skarży się też na uczucie duszności i ciężkości w klatce piersiowej.

Powyższe objawy stanowiły jeden z głównych problemów pacjentki. U Kowala [12] czytamy, że u znacznej części chorych nie występuje pełen wachlarz objawów, tylko ich część. Duszność spowodowana jest działaniem różnorodnych czynników np. infekcjami dróg oddechowych, kontaktem z alergenami, działaniem czynników drażniących, jak również stresem, czy aktywnością fizyczną. Kowal pisze, że bardzo ważne jest różnicowanie duszności powysiłkowej, która jest charakterystycznym objawem astmy od duszności wysiłkowej typowej dla innych schorzeń. Kaszel u astmatyków jest nieefektywny, dlatego też odkrztuszanie dużej ilości wydzieliny podczas kaszlu nie świadczy o występowaniu tej

jednostki chorobowej.

Jako istotny czynnik ryzyka astmy uważa się palenie papierosów. Dowiedziono, że około 33% polskiego społeczeństwa pali wyroby tytoniowe. Przybylska-Kuć i wsp. [34] przeprowadzili badania na grupie 67 osób mieszcących się w przedziale 24-80 lat, skutkiem tego było zarejestrowanie najczęstszych chorób związanych z nikotynizmem. Na pierwszym miejscu został usytuowany rak płuc (94,03%), następnie wyszczególniono raka krtani (76,12%), zaś trzecie miejsce zajmuje zawał serca wraz z astmą (56,72%).

Przedstawione powyżej wyniki jednoznacznie wskazują na występowanie zależności pomiędzy działaniem dymu tytoniowego a rozwojem astmy. Z przeprowadzonego wywiadu pielęgniarskiego wynika, że pacjentka nałogowo pali papierosy, dodatkowo chorobą współistniejącą jest nadciśnienie tętnicze. Nabłonek wyścielający oskrzela osób cierpiących na astmę jest często uszkodzony oraz uwidacznia dalsze warstwy ścian oskrzeli. Z tego względu oskrzela u astmatyków charakteryzują się niezwyklej wrażliwością na drażniące działanie dymu tytoniowego. Może skutkować to nadreaktywnością oskrzeli, a nawet nieodwracalną obturacją dróg oddechowych. Podjęto działania mające na celu zminimalizowanie ilości wypalanych papierosów, a poprzez to zmniejszenie nasilenia objawów astmy oskrzelowej i unormowanie wartości ciśnienia tętniczego. Kluczowym elementem było przedstawienie pacjentce negatywnego działania dymu tytoniowego na układ oddechowy oraz układ krążenia, uświadomienie o korzyściach wynikających z zerwania z nałogiem (złagodzenie niepokojących objawów tj. uczucie duszności, ciężkości w klatce piersiowej, trudności w oddychaniu).

Podczas przeprowadzonego wywiadu z pacjentką uzyskano informację, że jest ona alergiczka, uczuloną na roztocza kurzu domowego. Dodatkowo przyznała się, że w pracy zawodowej zajmowała się sprzątaniem pomieszczeń. Chora uważa, iż objawy związane z astmą stały się bardziej uciążliwe po rozpoczęciu pracy zawodowej i utrzymują się do dnia dzisiejszego.

Kowal i wsp.[16] w swojej pracy zwracają uwagę na istnienie związku pomiędzy alergią na roztocza kurzu domowego a występowaniem nieprzemijających zmian w układzie oddechowym u osób cierpiących na astmę. Może to oznaczać, iż alergeny nie tylko oddziałują na rozwój procesu zapalnego, ale też powodują trwałe zmiany w budowie oskrzeli.

W leczeniu astmy dużą rolę odgrywa farmakoterapia. Pozwala to lepiej kontrolować chorobę oraz łagodzić objawy z nią związane. Podstawowym lekiem przyjmowanym przez pacjentkę jest Budezonid, będący glikokortykosteroidem wziewnym. Pomocniczo chora zażywa Astmodil w postaci doustnej. Dodatkowo przy nasilonej duszności chora przyjmuje Ventolin w formie aerozolu, którego substancją czynną jest salbutamol.

Runge Wood i wsp.[18] wykazują, że glikokortykosteroidy wziewne uważane są za najskuteczniejsze leki przeciwzapalne, jakie mogą stosować osoby dotknięte astmą oskrzelową. Ich zadaniem nie jest tylko zredukowanie objawów choroby, ale też poprawa funkcjonowania płuc oraz ograniczenie występowania zaostrzeń astmy. W swojej pracy przedstawiają dane, które świadczą o bezpieczeństwie i dobrej tolerancji przyjmowania glikokortykosteroidów wziewnych w odpowiednio dostosowanych dawkach. Jednak podkreślają też, że niektóre osoby mogą być bardziej narażone na pojawienie się zdarzeń niepożądanych jakie mogą wywołać glikokortykosteroidy przyjmowane drogą wziewną.

W swoich badaniach Suissa i wsp.[35] ukazują, iż leczenie glikokortykosteroidami wziewnymi zwiększało prawdopodobieństwo zapadalności na cukrzycę typu 2., zaś chorzy zażywający doustne leki przeciwcukrzycowe byli w grupie podwyższonego ryzyka leczenia insuliną.

Wyżej ukazane informacje wskazują na konieczność stosowania odpowiedniej dawki leku, indywidualnie dobranej do każdego pacjenta oraz wykonywania okresowych badań w celu oceny stanu zdrowia. Oprócz farmakoterapii bardzo ważne jest też leczenie niefarmakologiczne, czyli tak zwana edukacja. U Wardzyńskiej i wsp. [36] czytamy o różnicach jakie występują pomiędzy osobami starszymi, a młodszymi. Seniorzy zazwyczaj mają problemy z pamięcią, ich aktywność fizyczna ulega pogorszeniu, dochodzi do zaburzeń funkcji poznawczych, często towarzyszy im wielochorobowość, która skutkuje przyjmowaniem szeregu leków. Prawdopodobnie z tych względów osoby starsze wykazują trudności ze stosowaniem się do wskazań lekarza, co zdaniem autorów może stanowić przyczynę nasilenia się astmy u osób w podeszłym wieku. Z tej racji nie może zabraknąć elementu edukacji w procesie leczenia, odgrywa ona szczególną rolę.

Swoją postawą pacjentka daje do zrozumienia, że nie posiada wystarczającej wiedzy na temat astmy. Podczas rozmowy okazało się, że ma problem z systematycznym przyjmowaniem leków. Gdy objawy nie występują chora nie widzi potrzeby farmakoterapii lub często zapomina o wzięciu zalecanej dawki. Priorytetem było zachęcenie pacjentki do regularnego zażywania leków, poprzez wyjaśnienie istoty choroby- jej przewlekłego charakteru oraz przedstawienie możliwych konsekwencji związanych z zaniedbywaniem farmakoterapii. Chora wykazała szczególne zainteresowanie sposobami mającymi na celu przypomnienie o wzięciu zalecanej dawki leku np. korzystanie ze specjalnych kasetek na leki z podziałem na pory dnia, dni tygodnia, pisanie karteczek i przyklejanie ich w widoczne miejsca.

Nie tylko edukacja i farmakoterapia może wpływać pozytywnie na proces leczenia pacjenta z astmą oskrzelową. Thomas i wsp.[37] uważają, iż ćwiczenia oddechowe powinny

zostać wdrożone do standardowego leczenia uzupełniającego tej jednostki chorobowej. Dokonali zestawienia różnych publikacji, z których wynika, że wywierają one korzystny wpływ na objawy astmy- dochodzi do ich zmniejszenia, jakość życia chorych ulega poprawie, a ilość zażywanych leków może ulec zminimalizowaniu.

Również inni autorzy w swoich rozważaniach zwracają uwagę na znaczenie rehabilitacji oddechowej u osób z astmą. Szeliga i wsp.[38] przeprowadzili badanie na grupie 27 osób mających rozpoznaną astmę, poddano ich rehabilitacji oddechowej, czas trwania projektu wynosił 15 dni. U wszystkich uczestników zaobserwowano poprawę wydolności oddechowej.

Trudności w oddychaniu i napady kaszlu są jednymi z najbardziej dokuczliwych objawów z jakimi boryka się pacjentka. W realizacji działań pielęgniarских wzięto pod uwagę wykonanie ćwiczeń oddechowych oraz zapewnienie odpowiedniej pozycji ciała ułatwiającej oddychanie. Przeprowadzone ćwiczenia oddechowe polegały m.in. na dmuchaniu do rękawiczki, dmuchaniu przez słomkę, czy na kartkę papieru. Nie wymagają one specjalistycznych przyrządów, można wykonać je w dowolnym miejscu i czasie. Układano pacjentkę w pozycji wysokiej i półwysokiej, poinstruowano chorą o możliwości przyjęcia tzw. pozycji woźnicy- w przypadku nasilenia objawów oraz wystąpienia napadu.

W wyniku przeprowadzonych działań objawy astmy uległy zmniejszeniu, a poziom lęku obniżył się, chora odczuwa większy komfort, jej samopoczucie polepszyło się.

WNIOSKI

W oparciu o wyniki zrealizowanych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Astma oskrzelowa jest chorobą, która negatywnie wpływa na funkcjonowanie całego organizmu. Ze względu na ciągle wzrastającą liczbę chorych osób, astma określana jest mianem choroby cywilizacyjnej.
2. Ustalono indywidualny plan opieki pielęgniarской odnosząc się do obecnego stanu zdrowia pacjentki, przede wszystkim skupiono się na fizycznych dolegliwościach chorej.
3. Najważniejszymi i najbardziej uciążliwymi objawami występującymi u pacjentki są te, które wynikają z zaostrzenia się astmy oskrzelowej tj. uczucie duszności i ciężkości w klatce piersiowej, trudności w oddychaniu, suchy kaszel.
4. W wyniku podjęcia odpowiednich działań pielęgniarских doszło do zminimalizowania problemów pacjentki hospitalizowanej z powodu astmy oskrzelowej.
5. Szczególną rolę w procesie pielęgnowania odgrywa pielęgniarka, jej działania opierają się

na dogłębnej obserwacji chorej, pielęgnacji, eliminowaniu problemów procesie edukacji oraz okazywaniu wsparcia pacjentce oraz jej bliskim.

PIŚMIENNICTWO

1. Krenke R.: Astma oskrzelowa- aktualny stan wiedzy. *Medycyna i Pasje*, 2009, 3, 2-10.
2. Kiełbasińska J., Gwardys A.: Astma oskrzelowa. Studium przypadku. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2015, 12, 32-35.
3. <http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/en/> (05.12.2018)
4. Bochenek G., Sładek K.: Alergiczne choroby dolnych dróg oddechowych [w:] *Alergologia*, pod red. Obtulowicz K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 196-235.
5. Grzywa-Celińska A., Lachowska-Kotowska P., Prystupa A. i wsp.: Astma i stan astmatyczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19(4), 397-402.
6. Gierus J., Popielski K.: Teoretyczne podstawy badań [w:] *Astma Oskrzelowa. Perspektywa psychologiczno-egzystencjalna*, pod red. Gierus J., Popielskiego K. Difin, Warszawa 2011, 11-70.
7. Balińska-Miśkiewicz W.: Diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej u dorosłych. *Terapia i Leki*, 2009, 65(11), 793-803.
8. Panek M., Pietras T., Kupryś-Lipińska I. i wsp.: Analiza czynników wpływających na rozwój steroidooporności w etiopatogenezie astmy oskrzelowej o ciężkim przebiegu. *Postępy Biochemii*, 2010, 56(4), 373-382.
9. Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Gajewski P.: Astma [w:] *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, pod red. Szczeklika A. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 595-607, 723-738.
10. <http://www.ecap.pl/doktorat.pdf> (10.12.2018)
11. Rysiak E., Bogdańska E., Osińska M. i wsp.: Opieka farmaceutyczna w astmie. *Farmacja Polska*, 2018, 74(3), 184-188.
12. Kowal K.: Astma [w:] *Alergologia- kompendium*, pod red. Pawliczaka R. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018, 119-144.
13. Kryj-Radziszewska E., Bochenek G.: Definicja i patogeneza astmy [w:] *Astma oskrzelowa*, pod red. Bochenek G., Dońca Z., Kryj-Radziszewskiej E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 7-13.
14. Idzik K.: Czynniki środowiskowe i genetyczne wpływające na rozwój alergii dróg

- oddechowych. Medycyna Środowiskowa, 2012, 15(4), 142-149.
15. Kubsik B., Kowalski M.L.: Astma i otyłość. Alergia Astma Immunologia, 2010, 15(1), 19-25.
16. Kowal K., Bernatowicz P.: Rola alergenów roztoczy kurzu domowego w astmie. Alergia, 2012, 4, 9-13.
17. Peden D., Reed Ch.E.: Environmental and occupational allergies. Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology, 2010, 125, 150-161.
18. Runge Wood P., Hill V.L.: Praktyczne zasady leczenia astmy oskrzelowej. Pediatria po Dyplomie, 2010, 14(5), 29-42.
19. Tammemagi C.M., Davis R.M., Benninger M.S. et al.: Secondhand smoke as a potential cause of chronic rhinosinusitis: a case-control study. Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2010, 136(4), 327-334.
20. D'Amato G., Cecchi L., D'Amato M., Liccardi G.: Urban air pollution and climate change as environmental risk factors of respiratory allergy: an update. Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology, 2010, 20(2), 95-102.
21. Grabowska A., Popek M.: Leczenie zaostrzenia astmy oskrzelowej w pomocy doraźnej na tle wytycznych GINA 2011. Ostry Dyżur, 2013, 6(3), 96-98.
22. Paprocka-Borowicz M., Demczyszak I., Kuciel-Lewandowska J.: Fizjoterapia w chorobach układu oddechowego. Podręcznik dla studentów licencjatów wydziałów fizjoterapii. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009, 27-38.
23. Hill V.L., Runge Wood P.: Epidemiologia, patofizjologia oraz wstępna diagnostyka astmy oskrzelowej. Pediatria po Dyplomie, 2010, 14(4), 45-51.
24. Kruszyński Z.: Intensywna terapia stanu astmatycznego. Przygotowanie dawcy narządów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 17-20.
25. Płusa T.: Astma oskrzelowa [w:] Wybrane choroby dróg oddechowych u dorosłych, pod red. Targowskiego T. Termedia, Poznań 2015, 73-85.
26. Bochenek G., Doniec Z.: Badania dodatkowe w rozpoznawaniu i monitorowaniu astmy [w:] Astma oskrzelowa, pod red. Bochenek G., Dońca Z., Kryj-Radziszewskiej E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 32-45.
27. Płusa T.: Choroby układu oddechowego. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2014, 35-37.
28. Jaworska J., Lange J., Kulus M.: Leczenie astmy oskrzelowej u dzieci. Alergia Astma Immunologia, 2010, 15(1), 5-18.
29. Holgate S., Buhl R., Bousquet J. et al.: The use of omalizumab in the treatment of severe

- allergic asthma: A clinical experience update. *Respiratory Medicine*, 2009, 103(8), 1098-1113.
30. Wierzbicka A.: Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu oddechowego [w:] *Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, pod red. Talarskiej D., Zozulińskiej-Ziółkiewicz D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 123-146.
 31. <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/48/id/983> (01.02.2019)
 32. Krupienicz A.: *Podstawy pielęgniarstwa. Repetytorium przedegzaminacyjne*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018, 72-76.
 33. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Kilańska Z.: Ocenianie sytuacji zdrowotnej pacjenta i jego środowiska [w:] *Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej*, pod red. Zarzyckiej D., Ślusarskiej B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 272-276.
 34. Przybylska-Kuć S., Bartoszek E., Dec M. i wsp.: Świadomość pacjentów dotycząca powikłań związanych z paleniem papierosów. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014, 16(2), 153-154.
 35. Suissa S., Kezouh A., Ernst P.: Inhaled corticosteroids and the risks of diabetes onset and progression. *The American Journal of Medicine*, 2010, 123(11), 1001-1006.
 36. Wardzyńska A., Kowalski M.L.: Astma w wieku starszym. *Alergia Astma Immunologia*, 2015, 20(3), 159-166.
 37. Thomas M., Bruton A.: Breathing exercises for asthma. *Breathe*, 2014, 10(4), 313-322.
 38. Szeliga E., Bal-Bocheńska M., Zaniewska A., Magoń G.: Wpływ procesu rehabilitacji na efektywność leczenia chorych z astmą oskrzelową. *Young Sport Science of Ukraine*, 2011, 3, 311-318.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W WIEKU GERIATRYCZNYM

Sylwia Szot¹, Agnieszka Lankau²

1. Absolwent Studia I stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

W Polsce jak i na Świecie obserwuje się zjawisko starzenia się ludności. Dzieje się tak z powodu zmniejszenia liczby urodzeń i wydłużenia średniego okresu trwania życia. Prognozy demograficzne mówią o postępującym wzroście liczby osób starszych, najczęściej w okresie późnej starości. Pociąga to za sobą konsekwencje społeczno-ekonomiczne jak i zdrowotne. Zjawisko to wpływa na strukturę popytu na towary oraz usługi. Sytuacja na rynku pracy ulega pogorszeniu ze względu na fakt wzrostu populacji osób starszych. Wszystkie te zmiany stwarzają konieczność zwrócenia większej uwagi na problemy zdrowotne osób po 65 r.ż. [1].

Jakość życia i opieki medycznej nad osobami starszymi w Polsce daleko odbiega od standardów pozostałych krajów Unii Europejskiej. Często są pozostawieni sami sobie, ogarnięci poczuciem osamotnienia, lekceważeni przez otoczenie. Wymagają oni troskliwej opieki, zainteresowania, szacunku, czyli tego co, zapewnia im poczucie bezpieczeństwa. Zbyt mało uwagi poświęca się problemom osób w wieku podeszłym. Nie dostrzega się faktu, iż są drogocenną skarbnicą wiedzy, z której naprawdę warto korzystać i się uczyć.

Gerontologia zajmuje się rozpatrywaniem wszystkich aspektów życia seniorów. Natomiast głębsze spojrzenie na pielęgnację ludzi w starszym wieku przedstawia pielęgniarstwo geriatryczne. Głównym celem opieki geriatrycznej jest podejmowanie działań mających na celu jak najdłuższe utrzymanie niezależności wiekowej. Priorytetem jest szybkie rozpoznawanie czynników wpływających na obniżenie oraz ograniczenie samodzielności.

W praktyce polega to na objęciu osób w wieku starszym promocją zdrowia, programami profilaktycznymi, leczeniem przyczynowym schorzeń, usprawnianiem, a także prawidłową pielęgnacją [2].

Fizjologia osób w starszym wieku pomimo rozwoju nadal nie udziela odpowiedzi na wiele zagadnień i nie wyjaśnia precyzyjnie procesu starzenia się narządów i organizmu człowieka. Nadal nie jest jasny mechanizm powstawania zaburzeń w starszym wieku prowadzący do wyniszczenia.

Osoby w wieku podeszłym stanowią grupę, która jest zróżnicowana ze względu na stan zdrowia i sprawność psychofizyczną. Indywidualność biologiczna wymaga indywidualizacji opieki medycznej. Biorąc pod uwagę złożoność i ilość problemów medycznych, psychologicznych czy też społecznych należy położyć nacisk na współpracę z pozostałymi członkami zespołu opieki medycznej.

Geriatrya i gerontologia w Polsce

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) geriatrya to dziedzina medycyny, która zajmuje się zdrowiem, chorobami i opieką, a także pomocą osobom w wieku starszym [3].

Gerontologia to z kolei wielodyscyplinarny kierunek naukowy uwzględniający wszystkie aspekty starzenia, łącznie z czynnikami: zdrowotnymi, biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi. Geriatrya jako specjalność lekarska uwypukla trzy czynniki:

1. Znaczny wzrost liczby ludzi starszych powodowany wydłużeniem życia ludzkiego,
2. Specyficzny charakter fizjologii, patologii i terapii w wieku starszym;
3. Konieczność wypracowania i realizacji zasad profilaktyki geriatrycznej, zapobiegania chorobom i niedołęstwu starczemu, aby w miarę wzrostu liczby ludzi starych nie doszło do klęski społecznej [4].

Rozwój jak i zainteresowanie geriatricą w Polsce nastąpił znacznie później niż w krajach europejskich. Wynikało to z niższego wskaźnika starzenia demograficznego. Przełomem okazała się publikacja pracy gerontologicznej Mruka pt. „Zmiany nadnerczy w wieku starszym” w 1946r.

Następnie w 1956r. powstała pierwsza placówka geriatryczna w Polsce- Sanatorium Geriatryczne w Inowrocławiu zarządzane przez dr Starskiego. W 1960r. dzięki Jakubowskiej i Pędich powstała pierwsza geriatryczna poradnia w Opolu.

Natomiast w 1961 roku utworzono dwa oddziały geriatryczne – w Katowicach zarządzany przez Żachowską- Wachelko i w Łodzi przez Wiśniewską-Roszkowską. Kilka lat później w 1967 roku dr Dobrowolski powołał do istnienia Sekcję Geriatryczną Towarzystwa Lekarskiego, która przyspieszyła rozwój gerontologii i geriatrii w Polsce. Z kolei 1973 roku powstało PTG dzięki wsparciu profesora Piotrowskiego. W 1990 roku PTG opracowało „Projekt systemu opieki geriatrycznej”, w którym opisano 6 punktów dotyczących zasad opieki nad starszymi osobami. Wskazano na konieczność całościowej, interdyscyplinarnej, elastycznej opieki nad osobą starszą. Wnioskowano o oparcie opieki zdrowotnej na powszechnym systemie służby zdrowia z uwzględnieniem charakterystycznych potrzeb pacjentów w wieku podeszłym. Podkreślono znaczne zaniedbania w dziedzinie rehabilitacji i profilaktyki geriatrycznej. Nieco później bo w 1994 roku z inicjatywy profesora Wróblewskiego utworzono Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce. Dzięki owocnej współpracy KLSGwP i PTG powołano Zespół ds. Geriatrii przy Ministerstwie Zdrowia w 2007r. Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. (Dz.Urz.MZ.08.13.87 z dnia 12 grudnia 2008r.) w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii do jego obowiązków należy sporządzenie strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej jak i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia. Szerzenie profilaktyki przedwczesnego starzenia się i ograniczania niepełnosprawności osób starszych. Proponowanie ministrowi rozwiązań w zakresie poprawy jakości opieki geriatrycznej, zwiększenie dostępności świadczeń geriatrycznych [5].

Specjalizację lekarską z geriatrii utworzono dopiero w latach 80-tych dwudziestego wieku. Mogą ją uzyskać lekarze z drugim stopniem specjalizacji czy też z tytułem specjalisty chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, która trwa dwa lata. Natomiast w przypadku specjalizacji z medycyny rodzinnej, trwa trzy lata. Łącznie proces kształcenia lekarzy geriatrów wynosi siedem lat [6].

Wiele oddziałów i poradni geriatrycznych w Polsce nie dostosowuje się do nawet do minimalnych wymogów, aby móc je nazwać placówką geriatryczną. Po pierwsze nie uwzględniają wieku przyjmowanych chorych, który powinien być powyżej sześćdziesiątego roku życia. Po drugie nie ma podpisanej umowy co najmniej z jednym specjalistą w dziedzinie geriatrii. Po trzecie obserwuje się brak zapisu w statusie na temat oddziału lub poradni geriatrycznej. Zjawisko to świadczy o niedostosowaniu systemu opieki zdrowotnej do potrzeb starszej populacji. Nadal odnotowuje się zbyt mało szpitali z oddziałami geriatrycznymi, lekarzy z właściwą specjalizacją, pielęgniarek specjalistek z pielęgniarstwa geriatrycznego [7].

Dzisiejsza polityka państwa nie liczy się z prognozami demograficznymi dla kraju. Przez słabą opiekę medyczną większość obowiązków nad starszą i niedołężną osobą spada na rodzinę chorego [7].

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej szacuje się, że w 2014r. w Polsce było 321 geriatrów, czyli wskaźnik pokazuje 0,8 geriatry na 100 tysięcy mieszkańców. W 2013r. świadczeń udzielało 160 geriatrów. Dzieje się tak z powodu braku systemu i współmiernego finansowania geriatry. Pomimo opracowania „Standardów postępowania w opiece geriatrycznej” w 2007 r. Minister Zdrowia do tej pory nie wprowadził ich w formie rozporządzenia [8].

Gerontologia i geriatria w krajach Unii Europejskiej

Starzenie się społeczeństwa dotyczy każdego kraju zarówno słabo jak i wysoko rozwiniętych. Historia geriatry sięga starożytności, gdzie zaczęto się interesować wpływem stylu życia i sposobu odżywiania się na proces starzenia się organizmu. Przełomowym wydarzeniem w 1881 roku było przetłumaczenie na język angielski serii wykładów Charcota, w których poruszył tematykę schorzeń wieku podeszłego. Zapoczątkowało to rozwój medycyny w dziedzinie geriatry w Wielkiej Brytanii.

W 1914r. Ignaz Nascher wprowadził termin „geriatria” w książce *Geriatrics: choroby wieku podeszłego i ich leczenie wraz z fizjologią wieku podeszłego, opieką domową i instytucjonalną oraz raportami sądowo- lekarskimi*. W latach 30. XX wieku Marjory Warren szczegółowo opisała zasady postępowania w chorobach osób starszych jak i schemat planowania opieki geriatrycznej. W swojej pracy udało się jej wyodrębnić specyficzne problemy dotyczące tylko seniorów tj. zjawisko wielochorobowości, trudno zauważalny przebieg choroby, poważne konsekwencje jakie ciągną za sobą powikłania chorób jak ich leczenie. Wskazała odmiennosć opieki nad osobą starszą, która powinna zważać na: warunki życia, wykwalifikowany zespół terapeutyczny, holistyczny charakter opieki.

Z upływem czasu wzrastała świadomość potrzeby rozpoznawania i rozwiązywania problemów osób w wieku podeszłym. Stopniowo opisano główne problemy pielęgnacyjne takie jak zmniejszenie aktywności ruchowej, otępienie, upadki, zaburzenia czynności zwieraczy. Wprowadzenie geriatry jako specjalizacji lekarskiej nastąpiło w Anglii 1948 roku. Potraktowano ją równie ważnie jak inne specjalizacje.

Rozwój medycyny geriatrycznej w Niemczech zaczyna się w 1938 roku. Wówczas powstało Niemieckie Towarzystwo do Badań Starości (DGA, *Deutsche Gesellschaft für Altersforschung*) założone przez doktora Bürgera. Przeprowadzono badania nad starzeniem

się organizmu człowieka, wydano parę podręczników opisujących odrębności chorób wieku podeszłego. Okres wojenny uniemożliwił dalszą działalność.

W 1991 roku podjęto wspólną decyzję o połączeniu się w jedno Towarzystwo Niemieckie Gerontologii i Geriatrii, a w 1995 roku geriatrzy założyli Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej. Jego misją było wypromowanie specjalizacji ponad inne, przyciągnięcie uwagi organów politycznych. Poszerzenie badań geriatrycznych.

Przenosząc się do krajów byłego bloku socjalistycznego, warto zwrócić uwagę na Czechy. Rozwój geriatrii zapoczątkowała w 1958 roku prof. Bohumiła Prusika, będąca jednocześnie założycielką Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontologii. Nadzorowała pracę podkatedry geriatrii i gerontologii opierającą się na szkoleniu lekarzy w danej specjalizacji.

W 1983 roku wypuszczono pierwsze książki dla studentów geriatrii. Następnie w 1983 roku wprowadzono specjalizację lekarską trwającą 3 lata, ale dopiero po ukończeniu specjalności w chorobach wewnętrznych lub medycyny rodzinnej.

Po wprowadzeniu rozporządzenia przez Ministerstwo Zdrowia w 1979 roku zaczęły powstawać przychodnie i jak i oddziały geriatryczne, domy opieki.

Prof. Mateeff pobudził rozwój geriatrii w 1963 roku, rozpoczynając badania, szerząc wiedzę i praktykę w tej właśnie dziedzinie. Udało się wprowadzić tylko coroczne kursy dla lekarzy.

Oceniając rzeczywisty stan geriatrii w Europie należy również rozważyć zasoby ludzkie w opiece geriatrycznej. Wyznacznikiem ich jest liczba lekarzy geriatrów, poradni geriatrycznych, łóżek na oddziałach geriatrycznych. Odnosząc się do całej Unii Europejskiej opiekę geriatryczną świadczy ponad 10 000 lekarzy [9].

Niemniej każde państwo członkowskie różni się strukturą, zasobami, usługami, a także trybem szkolenia lekarzy. Pod względem ilości specjalistów dominuje Wielka Brytania oraz Niemcy. Natomiast na samym dole rankingu znajdują się Bułgaria, Islandia, Malta. Polska jest krajem, w którym geriatria jest uznana jako odrębna dziedzina medycyny, ale jej postęp jest utrudniony. Dzieje się tak ze względu na brak porozumienia w środowisku medycznym jak i politycznym.

Rosnący odsetek ludzi w starszym wieku przynosi nowe wyzwania i problemy przed służbą zdrowia. Chcąc temu podołać należy położyć nacisk na fachowe przygotowanie lekarzy jak i prawidłową organizację systemu opieki zdrowotnej.

Biologiczny aspekt starzenia się organizmu człowieka

Starość to nie choroba. To naturalny etap rozwoju osobniczego, który następuje po okresie dojrzałości. Oficjalne stanowisko WHO uznaje 60 rok życia za początek starości. Wyróżnia również trzy główne etapy:

- od 60 - 75 r.ż. – wiek podeszły (tzw. wczesna starość)
- od 75 - 90 r. ż - wiek starczy (tzw. późna starość)
- od 90 r. ż. I powyżej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność) [10].

Podczas procesu starzenia się zachodzą fizjologiczne zjawiska, obejmujące czynność tkanek i narządów w zdrowym ciele. Starzenie się to postępujące zmniejszanie się rezerw czynnościowych ustroju, utrudniające adaptację do zmian środowiskowych i prowadzące do pogarszania się sprawności organizmu [11].

Cykl ten jest ciągły i nieodwracalny, który bez czynnika patogenego nie powoduje rozwoju choroby. W normalnych warunkach zmniejsza się pojemność życiowa płuc, pojemność minutowa serca, filtracja nerkowa, absorpcja z przewodu pokarmowego i aktywność szpiku kostnego. Starzenie się organizmu obciążone sytuacjami stresowymi, ekspozycją na szkodliwe czynniki znacznie ułatwia rozwój chorób oraz sprawia, że ich przebieg jest cięższy i skutkuje większą śmiertelnością niż u osób młodych. Należy jednak pamiętać, że wiek kalendarzowy wcale nie oznacza, iż dwie osoby mające tyle samo lat będą na takim samym etapie starzenia się organizmu. Na proces ten wpływa tryb życia, przyjmowane leki, używki, przebyte choroby, stan psychiczny, czynnik społeczny (przynależność do grupy). Daje to podstawę twierdzeniu, że na własną starość to my sami „pracujemy” przez całe życie [12].

Zmiany fizjologiczne organizmu zachodzą na płaszczyźnie komórek, tkanek, narządów a także układów. Wraz z wiekiem zmniejsza się wzrost, ale zauważa się dużą zmienność tego procesu jeśli chodzi o jego początek jak i nasilenie. Obniżenie długości tułowia spowodowane jest zmianą postawy, wysokości kręków, nasilenie lordozy, zmniejszenie wysokości krążków międzykręgowych. Z kolei na zaniki strukturalne ma wpływ nasilenie krzywizny bioder i kolan, a co za tym idzie redukcja przestrzeni stawowej tułowia oraz kończyn. Zawartość lipidów w ciele wzrasta natomiast masa mięśniowa ulega spadkowi. Zauważa się spadek sztywności tkanki kostnej, pogorszenie koordynacji mięśniowo-nerwowej, a co za tym idzie mniejszą elastyczność i płynność ruchu. Cechą charakterystyczną jest utrata kolagenu skutkująca zmniejszeniem elastyczności skóry i zmarszczkami. Siwienie jest konsekwencją redukcji melanocytów w cebulkach włosowych. Szybkość wzrostu włosów

głowy, pachowych, łonowych zmniejsza się. Odmiennością u starszych kobiet jest wzmożony wzrost włosów na twarzy, który prawdopodobnie wynika ze zmian hormonalnych. Natomiast u starszych mężczyzn zauważa się wzrost brwi oraz włosów w nosie, uszach. Powoli następuje utrata uzębienia. Obserwuje się upośledzenie wzroku (szczególnie zdolność akomodacji soczewki), smaku (zwłaszcza słonego i gorzkiego) oraz upośledzenie słuchu (znacznie dla wysokich częstotliwości). Odnośnie zmian hormonalnych u kobiet zmniejszenie stężenia estrogenu jest porównywanie większe niż zmniejszenie stężenia całkowitego androgenu u mężczyzn. Dochodzi do spadku liczby komórek Langerhansa, które wspomagają układ immunologiczny. Dlatego też zwiększa się podatność na choroby. Przenosząc się do układu nerwowego spostrzega się ubytek liczby neuronów istoty szarej, mózdzku, hipokampa, który pełni zasadniczą rolę w procesach pamięciowych. W układzie sercowo-naczyniowym stwierdza się pogorszenie kurczliwości mięśnia sercowego, a w wyniku wydłużenie czasu skurczu, zwiększenie odporności na elektrostymulację serca. Główne tętnice wydłużają i pogrubiają się. W układzie oddechowym powiększa się tchawica i duże oskrzela. Następuje zmniejszenie elastyczności pęcherzyków płucnych, a w konsekwencji wzrost objętości płuc i redukcja pola powierzchni pęcherzyków płucnych. Wzrasta zamknięta objętość oddechowa płuc. W układzie pokarmowym zachodzi o wiele mniej zmian niż w innych układach. Można zauważyć osłabienie skurczu mięśni jelit, co prowadzi do zaparć ze względu wolniejszy transport pożywienia. Z upływem czasu wymiary wątroby ulegają zmniejszeniu. W trzustce następuje zanik groniasty. Masa nerek obniża się wraz z wiekiem. Spada liczba nefronów o długiej pętli Henlego, które odgrywają główną rolę w tworzeniu moczu zagęszczonego [13].

W związku z podanymi powyżej zmianami w obrębie organizmu człowieka nasuwa się pytanie, dlaczego się starzejemy. Z biegiem lat powstało kilka teorii ewolucyjnych, które starają się to wyjaśnić:

- **teoria mutacji somatycznych** (następuje kumulacja przypadkowych uszkodzeń materiału genetycznego, wynikiem czego jest upośledzenie zdolności regeneracyjnych organizmu. Mutacje te mogą być skutkiem ekspozycji na promieniowanie pochodzące z naturalnych źródeł);
- **teoria katastrofy błędów** (z upływem czasu następuje akumulacja błędów dotyczących przekazywania informacji genetycznej w komórkach, prowadząca do uszkodzenia funkcji komórkowych);

- **teoria wielorodnikowa** (ubocznym produktem metabolizmu tlenu są wolne rodniki, które reagując z innymi cząsteczkami uszkodzają je. Wraz z wiekiem wzrasta produkcja wolnych rodników i dochodzi do nagromadzenia się uszkodzeń tkankowych);
- **teoria modyfikacji białek** (w następstwie reakcji chemicznych tj. utlenianie, glikacja dochodzi do zmian w strukturze białek. Mogą się one odkładać, ulegać „sieciovaniu” i zaburzać funkcje komórek i tkanek);
- **teoria immunologiczna** (następuje pogorszenie sprawności układu immunologicznego, powodując spadek odporności na infekcje i zwiększa podatność na „autoagresję”);
- **teoria neuroendokrynną** (zmiany w układzie nerwowym i hormonalnym na osi podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz insulina, czynniki wzrostowe zaburzają reakcje ustroju na bodźce środowiskowe);
- **teoria starzenia się komórkowego** (komórki starzeją się na skutek skracania się lub uszkodzenia chromosomów. Mogą się podzielić określoną liczbę razy – limit Hayflicka. Komórki rozrodcze i macierzyste posiadają enzym telomerazę, który odbudowuje skrócone telomery) [14].

Wszystkie te teorie łączą przeświadczenie, iż proces starzenia się nie jest w sposób bezpośredni zjawiskiem genetycznie zaprogramowanym. Czynniki genetyczne w sposób pośredni zapobiegają mutacjom. System ten pozwala tylko na rozwinięcie się, dojrzewanie i rozmnażanie organizmu. Czynniki środowiskowe dokonują uszkodzeń, które nie naprawiane gromadzą się. W konsekwencji prowadzi to do starzenia się organizmu [15].

Starzenie się człowieka w aspekcie psychologicznym

Człowiek w całym swoim życiu przechodzi kolejne etapy rozwoju, które dotyczą funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychologicznego. Po okresie dorosłości, w którym to zdobył zawód, założył rodzinę, nawiązał więzy przyjaźni, ukształtował swój światopogląd, wiarę przyszedł okres senioralny. Zachodzi w nim wiele zmian osobniczych. Następuje stopniowe pogarszanie się zdolności adaptacyjnych, mniejsza tolerancja wysiłku fizycznego, rozwój chorób, zmiana nastawienia. Aspekt ten jest ogromnie ważny by zrozumieć zachowania, postawy człowieka w wieku podeszłym. W wielu przypadkach dochodzi do błędnej interpretacji zachowań seniora z powodu braku wiedzy o podłożu tych zmian. W rezultacie pojawiają się nieporozumienia, kłótnie a w najgorszym wypadku

całkowita izolacja osoby starszej [16].

Na poczucie jakości życia wpływa ograniczenie przestrzeni fizycznej. Tempo zmian zależy indywidualnie od osoby. Z czasem spacer do pobliskiego sklepu, wejście po schodach staje się przeszkodą nie do pokonania. Sfera społeczna kurczy się stopniowo – umiera ktoś bliski, znajomi odchodzą, zmniejsza się krąg sąsiadów, relacje społeczne gasną. W ujęciu psychologicznym procesu starzenia się obserwuje się zmiany w osobowości, osłabienie zdolności adaptacyjnych, funkcji poznawczych, odmienna reakcja na stres. Ujawniają się wówczas utrudniające normalne funkcjonowanie problemy. Jednym z nich jest osłabienie pamięci. Z czasem spada tempo przetwarzania informacji, zapamiętywania i zdobywanie nowych zdolności. Informacje zdobyte wcześniej są bardziej trwałe niż te, które wydarzyły się parę dni, godzin wcześniej. Doskonale pamiętają wydarzenia i emocje z lat młodzieńczych natomiast mają problem z zapamiętaniem, nazwisk, kiedy i czy już przyjęli lek, gdzie odłożyli okulary. Utrudnia to funkcjonowanie w życiu codziennym. Towarzyszy temu niepokój, rozdrażnienie, poczucie zagubienia oraz bezradności. Obserwuje się tendencję zmiany zakresu zainteresowań. Zmniejsza się możliwość adaptacji do nowych warunków, sytuacji, która utrudnia pozyskiwanie nowych doznań. U niektórych seniorów zauważa się postawę retrospektywną. Objawiają się izolacją, krytyką, utyskiwaniem na obecny stan rzeczy, zamykaniem się w sobie. Istotne są zmiany charakterologiczne. Niektóre cechy osobowości stają się bardziej wyraziste np. ktoś jest bardziej miły lub zrzędlawy. Często uwidaczniają się te cechy, które były pielęgnowane przez całe życie czy to ze względów zawodowych czy osobistych. Osłabieniu ulega chęć do kontaktów społecznych, człowiek starszy szybciej się męczy w dużym gronie. Niemniej pragną pamięci o ich osobie, okazywania uwagi, zrozumienia, poczucia bezpieczeństwa, miłości, rozmowy i szacunku. Przechodząc do sprawności intelektualnej stwierdzono, iż ogólna wiedza nie zanika, lecz spada jej wydajność. Wraz z wiekiem zmniejsza się biegłość w zapamiętywaniu, wydłuża się czas reakcji. Niemniej warto uwypuklić jeden bardzo pozytywny aspekt, w którym cechą charakterystyczną osoby dojrzałej jest mądrość. Postrzegana jako cenne źródło doświadczeń życiowych. W praktyce wykorzystywana jest do wyrażania słuszych sądów, w trudnych do rozwikłania problemach życiowych. Mądrość osób starszych jest nieoceniona, jednak można przypisać jej : ogromną wiedzę, intuicję, trafne spostrzeżenia, zwracanie uwagi na kontekst. Zauważono, że seniorzy stosują inne strategie pokonywania przeszkód życiowych. Przechodząc w kierunku motywacji człowieka w wieku podeszłym powszechne obserwacje wskazują, iż potrzebuje on zdecydowanie mocniejszych zachęt i wsparcia do podjęcia działania. Mniejsza skłonność do entuzjazmu i ogólne osłabienie motywacji wynika

prawdopodobnie ze spadku energii oraz pogorszeniem działania mechanizmów pobudzenia [17].

Starzenie się organizmu w aspekcie psychologicznym związane z wydarzeniami budującymi osobowość człowieka. Większość zależy od nastawienia i osobistej inicjatywy osoby w starszym wieku. Grunt to, aby senior nie przejmował się coraz to nowymi ograniczeniami, nie poddawał się poczuciu rezygnacji.

Badania naukowe wykazały, że kluczem jest zachowanie aktywności, która zwiększa samoocenę oraz sens życia [18]. Uzupełniając to towarzystwem rodziny, bliskich znajomych życie będzie zmierzać w znacznie innym, lepszym kierunku.

Starzenie się człowieka w ujęciu socjologicznym

Socjologia jest to dyscyplina naukowa, która mówi o zjawiskach, procesach społecznych i społeczeństwie. W spojrzeniu na pojęcie starości ujmuje kilka ważnych zagadnień:

- usytuowanie seniora w rodzinie, społeczeństwie
- potrzeby społeczne człowieka w wieku podeszłym
- pojęcie samotności i jej podłoże
- role społeczne ludzi w wieku starczym [19].

Człowiek stary ze względu na podobny bagaż doświadczeń, potrzeby społeczne, nastawienie do świata tworzy pokolenie. Chroni one wartości, zasady, prawa, które mogą być powodem konfliktów międzypokoleniowych. Na ludzi w wieku podeszłym można spojrzeć pod kątem źródła utrzymania jakim jest emerytura. Otrzymują ją na podstawie przepracowanych lat, uzyskiwanych dochodów oraz na podstawie prawa do zabezpieczenia z tytułu wieku. Są oni traktowani jako grupa bierna zawodowo [20].

Socjologowie opisują starość jako proces, w którym senior stopniowo wycofuje się z pełnionych ról społecznych, obszarów aktywności. Przechodzi z ekscytujących i odpowiedzialnych zadań społecznych do znacznie spokojniejszych, biernych form życia. Socjologia interesuje się również konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi, które wywołuje szybkie tempo starzenia się populacji. Podejmowany jest też aspekt wpływu pokolenia ludzi starych na wychowanie młodego pokolenia [21].

K. Wiśniewska-Roszkowska sugeruje, iż starość w europejskiej cywilizacji wbrew pozorom nie jest starością prawidłową, fizjologiczną. Wskazuje, że jest ona przedwczesna, patologiczna uzupełniona chorobami przewlekłymi [22].

Rozwój gerontologii napawa optymizmem, gdyż wskazuje, że starość może być aktywna, inspirująca oraz dająca motywację i satysfakcję z życia.

Wyzwaniem jest umiejętność wkroczenia w fazę wieku starczego, niedołęznego oraz zaakceptowania takiego stanu rzeczy. D. B. Bromley wyróżnił postawy charakteryzujące reakcje osoby wobec starzenia się:

- postawa konstruktywna, która cechuje się wewnętrznym zrównoważeniem, pogodzeniem się ze starością, optymistycznym zorientowaniem na przyszłość, zadowoleniem z siebie jak i innych,
- postawa zależności odznacza się zależnością od innych, biernością, zrezygnowaniem z pracy zawodowej, rodzina zapewnia poczucie bezpieczeństwa,
- postawa obronna, typ „opancerzonych”, określa ludzi samowystarczalnych, odczuwających lęk przed śmiercią, okazują zazdrość wobec młodych, nie dzielą się swoimi przeżyciami,
- postawa wrogości wobec siebie, cechuje się biernością, pasywnością, żalem i pretensją do
- samego siebie, myśl o śmierci jest wyzwoleniem, poczucie zbędności,
- postawa wrogości wobec otoczenia, przejawia się agresywnością, brakiem realizmu, izolacją, samowystarczalnością, rozgoryczeniem oraz zazdrością w kierunku młodych z powodu ich wieku [23].

Reasumując, to jaką postawę wykazuje człowiek zależy od wielu czynników. Wpływ mają na nią cechy charakteru, osobowości, stan zdrowia, kondycja ekonomiczna.

W badaniach porównawczych przeprowadzonych w Polsce ukazano zależność pomiędzy poczuciem osamotnienia a oceną jakości opieki stałej udzielanej przez dorosłe dzieci. Ludzie wykazywali mniejsze poczucie osamotnienia, gdy opieka świadczona była chętnie przez dzieci. Im chętniej opieka była świadczona przez potomstwo, tym rzadziej występowało zjawisko osamotnienia, przygnębienia [24].

Obecny stan wiedzy socjologicznej dotyczący procesu starzenia się i starości wskazuje, iż na całokształt człowieka składa się jego cały bagaż doświadczeń zebrany podczas całego życia [25].

Wielochorobowość oraz polipragmazja

W procesie starzenia się organizmu człowieka wyłaniają się specyficzne dolegliwości, schorzenia, które są charakterystyczne dla danej grupy wiekowej. Dołączają się one do

wcześniej występujących już chorób. Ponad połowa seniorów leczy się z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych. Wiąże się to z przyjmowaniem od kilku do kilkunastu leków dziennie, co oznacza polipragmazję – wielolekowość. Całość wynika z rozwoju medycyny jak i poprawy skuteczności leczenia wielu chorób [26].

Najczęściej występującą patologią w wieku podeszłym jest choroba zwyrodnieniowa stawów, którą diagnozują się u około 80 % seniorów [27].

Na drugim miejscu jest nadciśnienie tętnicze, które stwierdza się u 60-70 % osób w starszym wieku. Szacuje się, że po 65 r. ż. na cukrzycę choruje 20%. Natomiast u 25 % obserwuje się objawy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [27].

Uwypuklić należy również choroby psychiczne, gdzie przewlekłe zespoły depresyjne dotyczą 30 % populacji osób starszych, zespoły otępienne 10 %, a z wiekiem wzrasta nawet do 40 % [27].

Zjawisko polipatologii dotyka nie tylko chorego, ale i jego rodzinę, opiekunów, system opieki zdrowotnej oraz politykę zdrowotną. Konsekwencją jest pogorszenie sprawności, osamotnienie, spadek jakości życia, narastający stres, wyższa śmiertelność [28].

Powyższe pociąga to za sobą skutki ekonomiczne i społeczne. Obecnie istnieje niewielka ilość placówek, specjalistów, którzy objęli by osobę starszą kompleksową, kliniczną opieką [28].

Farmakoterapia osób w wieku podeszłym jest ogromnym wyzwaniem dla lekarzy. Większość wytycznych skierowana jest na leczenie pojedynczego schorzenia, zastosowanie tego schematu na pacjencie z wielochorobowością okazać się może nieskuteczne a nawet szkodliwe. Zachodzą interakcje lek-lek, lek-choroba [29].

Poważnym problemem jest „kaskada farmakologiczna”, która oznacza leczenie dolegliwości będących skutkiem niepożądanych działań leków, włączeniem kolejnego leku. Często niepoprzedzone kontrolą stanu zdrowia i badaniami okresowymi [29].

Wielelekowość jest to przyjmowanie większej ilości leków bez podstaw klinicznych. Rzecz jasna wzrasta koszt terapii, ryzyko wystąpienia skutków ubocznych, jatrogennych, niepełnosprawności, a w najgorszym wypadku kończy się śmiercią [30].

Wielochorobowość i polipragmazja znacznie przyspieszają tempo starzenia się organizmu człowieka, co uwidacznia się w wyglądzie seniora. Przystosowanie się do starości zależy od wielu indywidualnych czynników, aktualnej sytuacji czy po prostu ogólnego bilansu życiowego [30].

Wielkie problemy geriatryczne – rola pielęgniarki

Osoby w wieku podeszłym biorąc pod uwagę stan zdrowia i sprawność fizyczną stanowią bardzo różnorodną grupę. Wynika to z indywidualnego toku procesu starzenia się, występowania chorób przewlekłych oraz dodatkowo z przyjmowanych leków. Specyficzną cechą pacjenta starszego jest nawarstwianie się zmian chorobowych ze zmianami wynikającymi z naturalnego procesu starzenia się. Stanowi to wyzwanie w odnalezieniu różnicy i postawieniu prawidłowej diagnozy. W konsekwencji u każdego starszego pacjenta zachodzi konieczność weryfikacji występowania tzw. wielkich problemów geriatrycznych.

Należą do nich:

- upadki i urazy,
- zaburzenia zwieraczy (nietrzymanie moczu i stolca),
- otępienie,
- depresja [31].

Upadki i urazy

W procesie starzenia się zmienia się biomechanika narządu ruchu. Napotkać można problemy w korekcji postawy ciała. Zmienia się również wzorzec chodu na chód starczy. Charakteryzuje się on stawianiem mniejszych i wolniejszych kroków, trudności w unoszeniu stopy, ograniczeniem wymachów kończyn górnych. Wszystko to jest zależne od jednostek chorobowych. W chorobie Parkinsona chód przyspieszający, przy niedowładzie połowicznym spastycznym chód koszący, przy niedoborze witaminy B12 chód tylnopowrózkowy inaczej „tupiący” [32].

Prawdopodobieństwo upadku, urazu wzrasta wraz z wiekiem. Dzieje się to z powodu osłabienia siły mięśniowej, zaburzeń wzroku i słuchu, chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób neurologicznych, pogorszenia sprawności układu nerwowego, przyjmowanych leków. Oprócz czynników wynikających z procesu starzenia się oraz wielochorobowości wyróżniamy czynniki zewnętrzne : strome schody oraz brak poręczy, niedostateczne lub rażące oświetlenie, wysokie progi, nieumocowane dywaniki, śliska podłoga, nieodpowiednie obuwie (obcas, śliska podeszwa), brak zabezpieczeń i uchwyty w toalecie, bałagan (przewody elektryczne, drobne przedmioty na podłodze), za niskie lub za wysokie łóżko wysokie krawężniki [33].

Następstwami upadków są stłuczenia złamania, które często stanowią powód hospitalizacji. W starszym wieku najczęściej dochodzi do złamania szyjki kości udowej. Nawet drobny uraz powoduje złamanie kości promieniowej, żebra, kręgu bądź przyczynić się

do defektu kości nadgarstka, stawu kolanowego, skokowego. Wszystko to rzutuje na aktywność, samodzielność osoby starszej. Czasem występuje tzw. zespół poupadkowy, w którym senior przybiera bierną postawę, a nawet popada w depresję. Odbija się to na rodzinie, której przybywa więcej obowiązków bowiem muszą zapewnić stałą opiekę. Nieodzownym elementem są działania profilaktyczne obejmujące systematyczną ocenę stanu zdrowia, właściwą organizację otoczenia i środowiska, wyposażenie w specjalistyczny sprzęt medyczny np. okulary, aparaty słuchowe, laski, balkoniki. Zapewnienie odpowiedniego obuwia z antypoślizgową podeszwą, zapobieganie hipotonii ortostatycznej poprzez odpowiednią technikę wstawania, zakładanie pończoch elastycznych [34].

Najbliższym opiekunem medycznym osoby starszej jest pielęgniarka, która odgrywa istotną rolę w procesie leczenia i rehabilitacji. Potrafi realnie ocenić ryzyko wystąpienia upadku, określić warunki jakie panują w środowisku. Na ile to możliwe wdraża działania profilaktyczne. Kolejnym krokiem jest prowadzenie przez pielęgniarkę edukacji pacjenta, jak i jego rodziny obejmującą problematykę, zapobieganie upadkom oraz postępowanie po groźnym incydencie. Działania te mają na celu zapobieżenie powikłaniom a nawet hospitalizacji z powodu przykrych skutków upadku [35].

Zaburzenia funkcji zwieraczy

Nietrzymanie moczu i stolca stanowi znaczący problem medyczny, ponieważ pacjenci myślą, iż wynika to z procesu starzenia się i nie zgłaszają tego personelowi medycznemu. Wśród starszych osób znajdują się też takie, które uważają tę przypadłość za wstydliwą, krępującą. W efekcie zostaje to nierozpoznane i nie leczone. Schorzenie to jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale i społecznym. Destrukcyjnie wpływa na jakość życia seniorów. Dane szacunkowe podają, iż nietrzymanie moczu występuje dwukrotnie częściej u kobiet. Interesującym zjawiskiem jest stwierdzenie, że w populacji po 65 r. ż. w środowisku domowym nietrzymanie moczu pojawia się u 10-20 % kobiet, jednakże w domach opieki rośnie do 50-80% [36].

Z upływem czasu zachodzą fizjologiczne zmiany w obrębie układu moczowego zarówno kobiet jak i mężczyzn, które sprzyjają niekontrolowanemu oddaniu moczu. Następuje redukcja pojemności pęcherza moczowego, wzrasta objętość moczu zalegającego po mikcji, odczuwane są nagłe, niepowstrzymane skurcze pęcherza moczowego. U kobiet zmniejsza się maksymalne ciśnienie zamykania cewki moczowej, a także dochodzi do jej skrócenia. Natomiast u mężczyzn zwiększa się gruczoł krokowy. Potrzeba oddawania moczu

ujawnia się najczęściej od jednego do dwóch razy w nocy. Wszystkie te zmiany ułatwiają powstanie patologii, gdyż obniżają możliwości adaptacyjne organizmu. Ujawnienie nietrzymania moczu może być również spowodowane nieprawidłowym stylem życia, porodem, paleniem papierosów, negatywnymi czynnikami środowiskowymi, stanami chorobowymi takimi jak otyłość, zakażenia układu moczowego, choroba Parkinsona, udar mózg i wiele innych. Dokonano klasyfikacji najczęściej występujących rodzajów nietrzymania moczu:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- z przepełnienia (pęcherz nadreaktywny),
- mieszane,
- pozazwieraczowe,
- zwężenie drogi odpływu moczu [37].

W przebiegu nietrzymania moczu może rozwinąć się wiele powikłań. Jednym z nich jest podrażnienie skóry krocza, gdzie u osoby unieruchomionej łatwo powoduje pojawienie się odleżyn. Niebezpieczną konsekwencją jest posocznica wywołana zakażeniem dróg moczowych. Dolegliwość ta przyczynia się do izolacji społecznej, a nawet ujawnienia depresji. Działania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nietrzymaniem moczu powinny być dostosowywane indywidualnie do chorego, wieloaspektowe oraz długoterminowe. Skupia się na reaktywowaniu prawidłowego wydalania moczu bądź na pomocy w dostosowaniu się do funkcjonowania z taką dolegliwością. Do zadań pielęgniarki należy edukacja w zakresie właściwych wzorców stylu życia usprawniające nadzór wydalania moczu, czyli przestrzeganie godzin mikcji, po nocy całkowicie opróżnić pęcherz. Pomaganie w utrzymaniu higieny ciała, systematyczna toaleta krocza, stworzenie warunków ułatwiających szybkie oddanie moczu, zapewnienie materiałów higienicznych (pieluchomajtki, wkładki). Zachęcenie chorego do prowadzenia dzienniczka samokontroli, w którym odnotowuje się godziny oddania moczu lub incydenty mimowolnego moczenia. Ogromnie cenne jest okazywanie wsparcia, życzliwości i optymizmu, które motywują pacjenta. Pozytywny wpływ na chorego wywiera przebywanie w środowisku domowym, dlatego też istotne jest ograniczenie instytucjonalnej opieki oraz wsparcie w zacieśnianiu więzi rodzinnych.

Zaburzenia funkcji zwieraczy dotyczy, także nietrzymania stolca, czyli niezależna od woli, bezwiedna defekacja. Występuje rzadziej od nietrzymania moczu. Do potencjalnych przyczyn nietrzymania stolca zalicza się:

- zaklinowanie mas kałowych,

- upośledzenie czynności zewnętrznego zwieracza odbytu i mięśnia łonowo-odbytniczego,
- nadużywanie środków przeczyszczających,
- uszkodzenie nerwu lub uraz rdzenia kręgowego,
- upośledzenie funkcji zwieracza wewnętrznego odbytu przez neuropatię cukrzycową, wegetatywną,
- demencję,
- delirium,
- zaburzenia funkcji ruchowych,
- brak ułatwionego dostępu do toalety [36].

Następstwem jest ograniczanie kontaktów towarzyskich, poczucie wstydu, nieporadności, mogące przyczynić się do upadku, hospitalizacji. Objawy te potęgują się wraz ze zmniejszeniem samodzielności w wywiązywaniu się z czynności dnia codziennego. Postępowanie pielęgniarki jest leczniczo – opiekuńcze polegające na usuwaniu mas kałowych poprzez wlewki doodbytnicze, zwiększenie aktywności ruchowej pacjenta, nadzorowanie diety (wysokobłonnikowa, ograniczenie tłuszczu) i podaży płynów. Udzielenie pomocy chorym niepełnosprawnym w dotarciu do toalety, zachęty do podtrzymywania samodzielności, wspieranie w kształtowaniu poczucia własnej wartości. U osób leżących wdrożenie profilaktyki przeciwoleżynowej. Fundamentalną sprawą jest efektywna edukacja opierająca się na przygotowywaniu chorego i jego rodziny do samoopieki, stopniowe przekazywanie wiedzy w zakresie prozdrowotnego stylu życia, która ma na celu aktywizację pacjenta. Edukowanie w kierunku wsparcia emocjonalnego i społecznego [36].

Zaburzenia funkcji zwieraczy należą do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych. Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko ich wystąpienia. Problem ten traktowany jest jako wstydlivy, a w konsekwencji nie jest zgłaszany lekarzowi. Dlatego leczenie często jest utrudnione bądź niemożliwe.

Zespoły otępienne

Otępienie nazywane inaczej demencją tworzy zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu przeważnie przewlekłą lub postępującą. Występują zaburzenia pamięci, myślenia, orientacji, liczenia, rozumienia, zdolności mówienia. Zaburzenia wyższych funkcji potęgują dodatkowo zaburzenia emocjonalne, motywacji oraz zaburzenia zachowania. Demencja wzrasta wraz z wiekiem, gdzie wskaźnik rozpowszechnienia u osób po 85 r. ż.

sięga 40%. Warto wyróżnić najczęstsze przyczyny zaburzeń funkcji poznawczych i otępień :

- choroba Alzheimera,
- otępienie naczyniopochodne (wielozawałowe, encefalopatia Binswanger),
- otępienie alkoholowe,
- otępienie z ciałami Lewy'ego,
- otępienie w przebiegu choroby Parkinsona [38].

Do rzadszych przyczyn zaliczamy :

- niedobory witamin (tiamina, wit. B12),
- zaburzenia endokrynne/niewydolność narządów (niedoczynność tarczycy, nerek),
- przyczyny infekcyjne (gruźlica, kiła, pasożyty, neuroinfekcje grzybicze),
- przyczyny toksyczne,
- zaburzenia psychiczne,
- nowotwory [38].

Pielęgowanie chorych z otępieniem powinno zmierzać nie tylko do hamowania postępu choroby, zapobiegania powikłaniom, ale i do zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, poprawy jakości życia oraz na ile to możliwe opóźnienia wystąpienia uzależnienia od pomocy drugiej osoby. Rola pielęgniarki jest coraz trudniejsza wraz z postępem choroby. Pogarsza się możliwość współpracy z chorym, pomimo przytomności ciężko jest nawiązać kontakt. Kluczowym problemem opiekuńczym jest pogarszanie się pamięci. Należy odpowiednio planować zajęcia chorego, prowadzić kontrolę przyjmowanych posiłków, załatwiania potrzeb fizjologicznych. Skuteczne okazuje się podtrzymywanie regularnego rozkładu dnia oraz eliminacja zbędnych zmian otoczenia czy opiekuna chorego.

Rozwój otępienia stopniowo ogranicza sprawność samoobsługi. Korzystne będzie pozwolenie osobie starszej na samodzielne wykonywanie codziennych czynności bez pośpieszania. W miarę pogłębiania się dolegliwości, wyposażenie pomieszczeń w poręcze, drabinki, zabezpieczenia antypoślizgowe. Podając posiłek trzeba pamiętać o odpowiedniej temperaturze, aby nie dopuścić do poparzenia.

W zaawansowanym okresie choroby ogromnie ważna jest kontrola parametrów życiowych. Chory nie będzie w stanie skarżyć się na dolegliwości, to pielęgniarka musi umieć rozpoznać objawy gorączki, hipotermii czy duszności.

W komunikacji z osobą z demencją niezwykle istotne jest łagodne podejście, życzliwość, oraz spokój. Często chory nie będzie rozumiał naszych słów niemniej miły ton głosu, przyjazne gesty potrafią niwelować strach, lęk.

Depresja

Depresja nie jest naturalnym elementem procesu starzenia ani wynikiem ostrych czy przewlekłych chorób. Obecna wiedza medyczna twierdzi, iż jest najczęściej spotykanym, najrzadziej rozpoznawanym zaburzeniem psychicznym u chorych powyżej 65 r. ż. Zgromadzone dane epidemiologiczne nie podają jednoznacznych wyników, oscylują od 5 do 44% [39].

Nieleczona przyczynia się do wzrostu chorobowości, ograniczenia funkcjonowania i pogorszenia jakości życia. Depresja to szeroka odpowiedź psychologiczna i emocjonalna jednostki na różne relacje interpersonalne, okoliczności społeczne. Zaburzenia nastroju cechują się obniżeniem nastroju, utratą zainteresowań, uczuciem nieszczęścia, rozczarowania, frustracji [40].

W 10. rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) dokonano klasyfikacji depresji w wieku podeszłym :

- organiczne zaburzenia nastroju – F06.3
- afektywne zaburzenia nastroju – F30-F39 [41].

W starszym wieku depresję rozpoznaje się częściej u kobiet zwłaszcza wdów, rozwiedzionych. Kolejnymi czynnikami wyzwalającymi pojawienie się depresji są:

- typ osobowości skłonny do depresji,
- nadużywanie leków,
- nadużywanie alkoholu,
- brak wsparcia ze strony rodziny,
- brak wsparcia ze strony znajomych
- izolacja społeczna,
- nasilająca się niewydolność fizyczna [42]

Zaobserwowano, iż depresja występuje w chorobach takich jak udar, padaczka, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona [42].

Pielęgniarka w opiece nad chorym musi odznaczać się ogromną cierpliwością. Do jej zadań należy dbanie o regularne przyjmowanie posiłków płynów oraz leków. Motywowanie i aktywizowanie poprzez spacer, prostą gimnastykę, terapię zajęciową. Okazywanie wsparcia psychologicznego, dzięki koncentracji uwagi na dodatnich stronach, zaniechanie negowania ich przeżyć oraz zmienianie na siłę toku myślenia chorego. Najważniejsze jednak są starania mające na celu zrozumienie przeżyć pacjenta. Czasem wystarczy zapewnienie towarzystwa i wysłuchanie chorego [42].

ZAŁOŻENIE I CELE PRACY

Wzrastające tempo starzenia się ludzkiej populacji stwarza konieczność zapewnienia optymalnego leczenia z uwzględnieniem zmieniających się warunków fizjologicznych, przewlekłej czy też przewlekłych chorób i dosyć często dodatkowej opieki. Opieka nad pacjentem w starszym wieku wymaga holistycznego podejścia.

Pielęgniarka musi być świadoma swoich przekonań i poglądów, które dotyczą procesu starzenia się oraz umierania. Powinna rozumieć zachowania osób starszych, gdy są chorzy oraz potrafić rozpoznać zmieniające się objawy możliwych chorób. Sposób w jaki myślimy o osobie w wieku podeszłym wpływa na jakość sprawowanej nad nim opieki. Niezbędne jest okazywanie wyrozumiałości dla wszystkich problemów chorej. Ważne jest również dążenie do doskonalenia się. Profesjonalne sprawowanie opieki nad osobą starszą wymaga szerokiej wiedzy, zaangażowania i samodyscypliny.

Celem pracy było:

1. Określenie/zidentyfikowanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych u pacjentki w wieku geriatrycznym.
2. Ustalenie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
3. Dokonanie oceny działań pielęgniarskich wykonanych podczas wizyt domowych.
4. Opracowanie wskazówek dla pacjentki i jej rodziny dotyczące dalszego postępowania z chorobą.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto kobietę w wieku 84 lat. Badania zostały przeprowadzone 14. 01. 2017r. w domu chorej. Pacjentka wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań.

Zaobserwowano wiele problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W celu przeprowadzenia badań zastosowano metody badawcze takie jak obserwacja wywiad, analiza dokumentacji medycznej, pomiary bezpośrednie i pośrednie, metoda indywidualnych przypadków. W celu ustalenia indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej zastosowano metodę procesu pielęgnowania.

Obserwacja – opiera się na świadomym, systematycznym dostrzeganiu wyglądu zewnętrznego pacjenta, jak się zachowuje w określonej sytuacji zdrowotnej, opiekuńczej oraz zwrócenie uwagi na czynność poszczególnych układów i narządów [43]

Wywiad – zaplanowana rozmowa z pacjentem lub rodziną, która ma na celu uzyskanie informacji o pacjencie, jego środowisku, stanowiąca podstawę do sprawowania nad nim opieki [43].

Analiza dokumentacji medycznej – analiza, której dokonuje się na podstawie historii choroby, wyników badań diagnostycznych, wyników konsultacji [43].

Pomiar – jest to czynność wykonywana przez pielęgniarkę, mająca na celu dostarczenie danych do ilościowego opisu danej cechy występującej u pacjenta (pomiar tętna, oddechu, temperatury, ciśnienia tętniczego krwi, ciężaru ciała i wzrostu) [43].

Proces pielęgnowania opiera się na rozpoznaniu stanu : biologicznego, psychicznego, społecznego, duchowego, kulturowego. Polega na planowanych i celowych działaniach pielęgniarstkich, które mają przyczynić się do poprawy stanu zdrowia chorego. W procesie pielęgnowania wyróżniamy cztery etapy:

- I. etap - diagnoza pielęgniarstka (pozyskiwanie i interpretacja danych o pacjencie i jego środowisku kończące się stawianiem diagnozy pielęgniarstkiej).
- II. etap - planowanie opieki nad pacjentem i środowiskiem (zweryfikowanie celów opieki pielęgniarstkiej, ustalenie potrzebnych zasobów ludzkich i rzeczowych, formułowanie planu opieki nad pacjentem oraz jego rodziną).
- III. etap - realizowanie planu opieki nad chorym (przygotowanie się pielęgniarki i pacjenta, zastosowanie ustalonego wcześniej planu opieki).
- IV. etap - ocena wyników (analizowanie stanu rozpoznanego z etapu I, formułowanie oceny)[44].

Proces pielęgnowania charakteryzuje się holistycznym podejściem do pielęgnowanego, celowością i planowością działań pielęgniarstkich, ciągłością i dynamiką wykonywanych czynności [45].

WYNIKI

Opis przypadku

S. M. kobieta lat 84, wdowa od sześciu lat, mieszka w mieście w domu razem z synem i jego rodziną. Posiada troje dorosłych dzieci oraz średnie wykształcenie.

Kobieta mieszka z synem i jego żoną w domu jednorodzinnym. Pracowała na poczcie, a po przejściu na emeryturę zajmuje się głównie pracą w ogrodzie. Kobieta może liczyć na wsparcie rodziny emocjonalne jak i materialne. Rodzina wykazuje braki w wiedzy dotyczącej

istoty choroby, przyczyn i możliwości zapobiegania ponownemu udarowi. Sytuacja materialna dobra.

Alkohol spożywała jedynie okazjonalnie w małych ilościach. Codziennie wypija filiżankę kawy. W 14.07.2015 r. hospitalizowana w szpitalu z powodu udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu.

Z wywiadu wynika, że chora od ponad piętnastu lat ma rozpoznane nadciśnienie tętnicze, a od pięciu lat utrwalone migotanie przedsionków, osteoporozę oraz hiperlipidemię. W przeciągu 4 lat doszło do dwóch złamań: złamania nadgarstka a potem kości promieniowej. Chora twierdzi, iż leki stara się przyjmować regularnie. Posiłki przygotowywane są przez synową, która uwzględnia jej preferencje żywieniowe. Zidentyfikowano czynniki ryzyka chorób naczyniowych: otyłość, brak aktywności fizycznej, dieta z przewagą tłuszczu zwierzęcych, palenie tytoniu. Przyjmuje dosyć mało płynów 1-1,5l dziennie łącznie z dietą.

W dniach obserwacji parametry życiowe średnio wynosiły: RR 155/95 mm Hg, HR 62, 13 oddechów na minutę, temp. 36,6°C. Waga ciała 87 kg, wzrost 158 cm, BMI 34,85, co świadczy o pierwszym stopniu otyłości.

Pacjentka leżąca, wymaga pomocy w samoopiece i samopielęgnacji. Skóra lepka, na kości ogonowej zauważono odleżynę wg. Klasyfikacji Torrance'a jest to II stopień charakteryzujący się nieblednącym zaczerwienieniem, uszkodzeniem mikrokrążenia oraz bólem. Na kończynach dolnych widoczne są symetryczne, ciastowate obrzęki w okolicy kostek. Chora zgłasza ból głowy, który pojawił się o godzinie czternastej. Zmierzono ciśnienie o godzinie 15, które wynosiło 155/95 mm Hg. Uskarża się na zaparcia, które występują od miesiąca. Ostatni stolec oddała cztery dni temu.

Chora ma utrzymywany od 3 miesięcy Cewnik Foley'a. Jest zmieniany co cztery tygodnie przez pielęgniarkę z pobliskiej przychodni. W dniach obserwacji cewnik jest drożny, nie zaobserwowano cech zakażenia. Występują trudności w żuciu pokarmów oraz wymowie niektórych głosek z powodu niewielkiego niedowładu twarzowo językowego. Kobieta uskarża się na ciągłe zmęczenie i apatię. Zgłasza obawy o własny stan zdrowia, nie wierzy w poprawę. Niewiele wie na temat własnej choroby, czynników ryzyka ponownego udaru oraz żywienia w osteoporozie. Rodzina również posiada braki w wiedzy dotyczącej opieki, ale jest zaangażowana i pomocna. Raz w tygodniu do pacjentki przychodzi fizjoterapeuta. W skali oceny podstawowych czynności życia codziennego ADL pacjentka otrzymała 2 pkt. Chora wymaga pomocy w zakresie samoobsługi jak i samopielęgnacji ze względu na niedowład lewej kończyny górnej jak i dolnej.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej**Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort wywołany bólem głowy z powodu podwyższonego ciśnienia tętniczego (155/95 mm Hg)****Cel:**

- zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- poprawa komfortu
- obniżenie ryzyka powikłań

Realizacja:

- kontrola parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała)
- zapewnienie ciszy oraz optymalnych warunków intymności,
- eliminowanie bodźców z środowiska: silnego światła, hałasu,
- wywietrzenie pokoju,
- poszukać w miarę możliwości odpowiedniej, indywidualnej pozycji, ułożenia ciała
- temperatura otoczenia powinna wynosić 20-22st C, zapewnić wilgotność 50-70%
- zastosowanie zimnych okładów na czole, karku
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem (pozytywne myślenie, rozmowa o problemach, ustalenie jakie sytuacje są stresujące i unikanie ich w miarę możliwości, ograniczenie reakcji żywiołowych, chwila refleksji i zastanowienia
- polecenie zaniechania palenia papierosów,
- zmniejszenie spożycia sodu (soli kuchennej) do minimum,
- unikanie potraw tłustych, smażonych, ograniczenie produktów mięsnych i przetworzonych, wystrzeganie się słodczy, kawy, mocnej herbaty, napojów gazowanych, spożywanie większej ilości warzyw i owoców,
- regularne przyjmowanie leków zleconych przez lekarza (Amlopin) a w razie braku poprawy
- kontakt z lekarzem rodzinnym,

Ocena podjętych działań: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się. Samopoczucie chorej uległo poprawie.

Diagnoza pielęgnarska 2: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji z powodu niedowładu połowiczego lewostronnego

Cel:

- pomoc chorej z czynnościach samoobsługowych,
- mobilizowanie do zwiększenia samodzielności w wykonywaniu czynności samoobsługowych,
- poprawa wydolności opiekuńczej rodziny i pacjentki

Realizacja:

- ocena sprawności pacjentki przy użyciu skali Barthel,
- ustalenie zakresu wymaganej pomocy,
- przekazanie informacji rodzinie o występujących problemach w samopielęgnacji oraz zaangażowanie ich do współpracy,
- mobilizowanie chorej do wykonywania prostych ćwiczeń oraz chwalenie za podejmowane próby,
- zachęcanie pacjentki do używania niedowładnych kończyn,
- zachowanie szczególnej ostrożności w odniesieniu do „chorej” strony (zwracanie się do chorej od strony niedowładnej, podchodzenie do chorej od strony niedowładnej, umieszczenie stolika po stronie niedowładnej),
- pomoc chorej w trakcie mycia poprzez podtrzymanie niedowładnej kończyny,
- angażowanie niedowładnej ręki do mycia (nakładanie myjki najpierw na zdrową a potem na niedowładną rękę),
- stworzenie bezpiecznych warunków podczas spożywania posiłków (pomoc w przybraniu pozycji siedzącej, sprzęt do karmienia powinien być pozbawionych ostrych elementów, dopasowanie sztućców do ręki pacjentki poprzez umocowanie bandażem lub materiałem, zabezpieczenie talerza podkładką antypoślizgową, podawanie posiłków o umiarkowanej temperaturze, aby zapobiec poparzeniom, podczas jedzenia zdrową rękę zwracanie uwagi na niedowładną kończynę tak by była podparta o blat stolika czy też kolano),
- obserwacja powrotu mięśniowego oraz wykorzystywanie sprzętu pomocniczego w celu utrzymania pozycji funkcjonalnej kończyn (wałki z ręcznika, koca, separator palców z tworzywa piankowego, podpórki pod piętę, przymocowanie do łóżka uchwytów oraz drabinki),
- edukacja rodziny o sposobach wykonywania toalety ciała w łóżku chorej,

- zademonstrowanie i nauka rodziny o sposobach podnoszenia i zmiany pozycji chorej

Ocena podjętych działań: Pacjentka wraz z rodziną chętnie współpracuje, bezpiecznie posługuje się sprzętem pomocniczym. Zgłasza potrzebę pomocy w wykonywaniu trudniejszych czynności. Ma trudności z połykaniem pokarmu.

Diagnoza pielęgniarska 3: Pogłębianie się rany odleżynowej II stopnia na kości ogonowej

Cel: zapobieganie rozwojowi odleżyny, - całkowite wyleczenie odleżyny

Realizacja:

- ocena stopnia odleżyny w skali Torrance'a (II),
- zmiana pozycji ułożeniowej co 2 godziny z uwzględnieniem techniki zmiany pozycji pacjentki z unikaniem tarcia,
- zastosowanie odciążenia ucisku (materac przeciwoleżynowy, kliny, wałki, opatrunki odciążające ucisk),
- wykonywanie toalety ciała dwa razy dziennie oraz w razie potrzeby (używanie środków myjących o pH 5,5, dokładne i ostrożne osuszanie skóry, zabezpieczenie skóry kremami ochronno-odżywczymi np. Sudocrem, Linomag- unikanie nakładania grubej warstwy,
- zapewnienie naturalnej, przewiewnej, bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej, pozbawionej szwów, zgrubień ,
- ułożenie ciała pacjentki z dostępem powietrza do miejsc szczególnie narażonych na pogłębienie zmian (pozycja na boku i z 30 st. nachyleniem, eliminacja gumowych i foliowych podkładów),
- delikatne nacieranie, masowanie skóry, omijanie okolic nad wyniosłościami kostnymi, które ma celu wspomaganie przepływu krwi w okolicy kości krzyżowej,
- zmiana opatrunku dwa razy dziennie lub w razie potrzeby (przemywanie wodą destylowaną oraz zastosowanie opatrunku typu Granuflex, stosowanie maści gojącej Argosulfan),
- codzienna obserwacja i ocena stanu rany i efektów pielęgnacji,
- wspomaganie gojenia się odleżyny poprzez wprowadzenie diety wysokobiałkowej; 1,5-2g białka/kg masy ciała, wprowadzenie pokarmów zawierających witaminę C, cynk, magnez,
- mobilizowanie chorej do aktywności, udzielanie pochwał za próby podjęcia aktywności,

- edukacja pacjentki i jej rodziny o czynnikach sprzyjających rozwojowi odleżyn, nauka zabiegów wspomagających ukrwienie skóry,
- poinformowanie o konieczności unikania nadmiaru zasypek, talku
- przestrzeganie podstawowych zasad komunikacji interpersonalnej, posługiwania jest prostym i zrozumiałym językiem, uwzględnienie prawa rodziny do własnych poglądów

Ocena podjętych działań: Pacjentka była pod ciągłą i zindywidualizowaną opieką w zakresie pielęgnacji odleżyny. Odleżyna nie rozwija się, stopień II. Nie zaobserwowano powstania innych ran odleżynowych. Rodzina chętnie stosuje zalecane zasady pielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Utrudnione żucie i połykanie pokarmów spowodowane niedowładem twarzowo-językowym

Cel:

- ułatwienie chorej przyjmowania posiłków,
- przeciwdziałanie zakrztuszeniu
- przeciwdziałanie niedożywieniu

Realizacja:

- obserwacja i ocena występowania zaburzeń połykania,
- odpowiednie przygotowywanie posiłków (rozdrobienie, pokrojenie na mniejsze kawałki),
- wspomaganie diety dodatkami żywieniowymi zagęszczającymi posiłki (Nutriton),
- towarzyszenie podczas spożywania jedzenia,
- systematyczne podawanie małych posiłków; 5-6 w ciągu dnia,
- ułożenie pacjentki siedząco, tak by szyja była przedłużeniem kręgosłupa,
- unikanie pośpiechu podczas spożywania pokarmu,
- stworzenie spokojnej i cichej atmosfery, unikanie mówienia podczas jedzenia,
- zabezpieczenie odzieży pacjentki ręcznikiem w razie ewentualnego zwrócenia pokarmu,
- podawanie w trakcie karmienia napojów w celu przepłukania drogi pokarmowej i ułatwieniu poślizgu kęsom potrawy,
- po zakończonym posiłku należy pozostawić pacjentkę w pozycji siedzącej przez 20 minut, aby uniknąć zakrztuszenia się resztkami pokarmu
- wykonanie toalety jamy ustnej po zakończonym posiłku

Ocena podjętych działań: Pacjentka nie krztusi się podczas spożywania pokarmu.

Stan odżywienia bardzo dobry; BMI 34,85

Diagnoza pielęgniarska 5: Gromadzenie się płynów w układzie charakteryzujące się ciastowatymi obrzękami kończyn dolnych z powodu upośledzenia czynności serca

Cel:

- zmniejszenie obrzęku,
- nie dopuszczenie do powstania powikłań (skaleczenie i infekcja zranionego miejsca)

Realizacja:

- szczególna pielęgnacja skóry w obrębie kończyn dolnych (mydło o naturalnym pH, delikatne osuszanie, natłuszczanie skóry, zachowanie szczególnej ostrożności podczas ubierania), obserwacja pod kątem cech stanu zapalnego lub ewakuacji płynu surowiczego,
- pomiar obwodów kończyn w miejscu obrzęku, pomiar masy ciała oraz prowadzenie bilansu płynów,
- regularne mierzenie ciśnienia oraz tętna, zapisywanie w notesie,
- zapewnienie luźnej, bawełnianej, przewiewnej odzieży,
- tymczasowe układanie kończyn powyżej poziomu serca z wykorzystaniem udogodnień,
- dieta lekkostrawna z ograniczeniem podaży soli oraz płynów do 2l/dobę,
- stosowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza, obserwacja efektów ubocznych leków (Furosemid)

Ocena podjętych działań: Obrzęk nie uległ zmianie. Nie zaobserwowano żadnych zranień.

Diagnoza pielęgniarska 6: Występowanie zaparć z powodu długotrwałego unieruchomienia oraz nieprawidłowej diety

Cel: Eliminacja problemu i wywołanie wypróżnienia

Realizacja:

- zebranie informacji dotyczących stosowanej diety,
- polecenie spożywania 2l płynów na dobę,
- zastosowanie diety bogatoresztkowej; urozmaicanie posiłków błonnikiem 30-40g/dzień np. dodawanie otrąb do zup, jogurtów,
- włączenie do diety suszonych śliwek, jabłek, fig, soku z cytryny (w formie koktajli ze

- względu na utrudnione połykanie)
- wypijanie szklanki ciepłej, przegotowanej wody przed śniadaniem,
- regularne spożywanie pokarmu o stałych porach,
- masowanie brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara,
- omówienie z chorą czynników zwiększających prawdopodobieństwo występowania zaparc (nieprawidłowa dieta, słaba aktywność fizyczna),
- poinformowanie chorej o przeciwwskazaniach i konsekwencjach stosowania silnych środków przeczyszczających,
- zastosowanie czopka glicerynowego

Ocena podjętych działań: Pacjentka ma nadal problem z oddaniem stolca. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 7: Obniżenie nastroju, apatia, labilność emocjonalna wywołane długotrwałym unieruchomieniem i zależnością od drugiej osoby

Cel: - poprawa samopoczucia, organizacja czasu wolnego

Realizacja:

- objęcie troskliwą, życzliwą opieką, okazywanie empatii oraz szczerego zainteresowania,
- objaśnienie metod terapeutycznych, które mają na celu odzyskanie utraconej sprawności narządu ruchu,
- unikanie bezczynności i długiego przebywania w łóżku,
- mobilizowanie do wykonywania prostych czynności, które nie sprawiają chorej trudności,
- organizacja czasu wolnego zgodnie z zainteresowaniami, pasjami chorej,
- zachęcanie do wysiłku umysłowego (rozmowa o zainteresowaniach, filmach, wspomnieniach, czytanie książek, czasopism),
- utrzymywanie kontaktu podczas wykonywania czynności leczniczo-pielęgnacyjnych, mający na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,
- skupianie uwagi na czynnościach, które nie sprawiają trudności, dostrzeganie i chwalenie każdego postępu,
- pozostawianie pacjentce „pracy domowej”, którą powinna wykonać w wolnym czasie np. proste ćwiczenia fizyczne, nie koncentrowanie uwagi na ograniczeniach spowodowanych chorobą, wprowadzenie stałych pór snu i wypoczynku

- pomoc w zaakceptowaniu choroby poprzez udzielenie informacji co do istoty, przebiegu i leczenia choroby, udzielanie wsparcia w sytuacjach problemowych
- dodawanie otuchy i wiary w siebie,
- nie składanie chorej obietnic bez pokrycia

Ocena podjętych działań: Nastrój pacjentki uległ poprawie. Zaczęła czytać książki i rozwiązywać „prace domowe”. Przyznaje, że czasem wracają do niej złe myśli i gorszy nastrój.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Utrudniona komunikacja z powodu niedowładu twarzowo-językowego

Cel:

- poprawa komunikowania się,
- eliminacja czynników utrudniających komunikację

Realizacja:

- nawiązywanie kontaktu terapeutycznego w celu zachęcenia do mówienia,
- wytłumaczenie pacjentce istoty zaburzenia oraz możliwości poprawy mowy,
- przedstawienie czynników utrudniających poprawną wymowę (stres, sucha jama ustna, zmęczenie, niewystarczająca ilość przyjmowanych płynów, suche powietrze w pomieszczeniu),
- unikanie ponagłania chorej, pozostawienie dostatecznie długiej ilości czasu na udzielenie
- odpowiedzi,
- zachęcenie do powolnego spokojnego wypowiadania się, stosowanie przerw między zdaniami, formułowanie krótkich zdań,
- motywowanie i nauka pacjentki do wykonywania nieskomplikowanych ćwiczeń (gimnastyka oddechowa, głośne śpiewanie czy czytanie, wdmuchiwanie powietrza przez słomkę do kubka z wodą, wzmacnianie języka przez oblizywanie warg, robienie przerw pomiędzy zdaniami),
- w przypadku zmęczenia zachęcenie do wyrażenia myśli na papierze

Ocena podjętych działań: Chora nawiązuje próby komunikacji z otoczeniem. Wyraża aprobatę w stosunku do ćwiczeń aparatu mowy. Mowa jest dostatecznie zrozumiała.

Diagnoza pielęgnarska 9: Trudności z całkowitym zaprzestaniem palenia papierosów uwarunkowane brakiem motywacji

Cel: - wzmocnienie motywacji do porzucenia nałogu

Realizacja:

- wspólnie z chorą podjęcie prób odnalezienia motywacji do zerwania z nałogiem,
- uwypuklenie faktu, iż palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka ponownego udaru mózgu,
- zwrócenie uwagi na negatywny wpływ na aktywność fizyczną a wręcz jej pogorszenie,
- zaangażowanie rodziny do pomocy w rzuceniu palenia,
- udzielanie pochwał za każdą zmniejszoną liczbę wypalanych papierosów,
- omówienie i wytyczenie sposobów pomagających zaprzestać palenie,
- odwracanie uwagi poprzez organizację czasu wolnego,

Ocena podjętych działań: Chora regularnie zmniejsza liczbę wypalanych papierosów.

Dostrzega zalety i poprawę stanu zdrowia.

Diagnoza pielęgnarska 10: Deficyt wiedzy na temat diety w osteoporozie

Cel: Edukacja pacjentki na temat żywienia w osteoporozie

Realizacja:

- objaśnienie znaczenia choroby oraz wpływ diety bogatej w wapń i witaminę D3 (dzienne zapotrzebowanie na wapń wynosi 1500 mg na dobę a na witaminę D3 800-1000 jm. Dziennie, zażywania wapnia wieczorem, ponieważ zmniejsza nocny szczyt aktywności przytarczyc),
- zapoznanie pacjentki z konsekwencjami nie stosowania się do diety,
- edukacja chorej na temat prawidłowych zasad komponowania posiłków, by utrzymać odpowiednią masę ciała,
- zalecenie włączenia do diety; produktów mlecznych o niskiej zawartości tłuszczów, kozie
- mleko i sery, jarmużu, szpinaku, brokułów, fasoli, ryby, sardynki,
- wyeliminowanie z diety: serów topionych, tłustych produktów mlecznych (śmietanki), produkty, które upośledzają wchłanianie Ca; szczaw, rabarbar, rzodkiewka, buraki, używki (herbata, kawa,); produkty przyspieszające wydalanie Ca; cola, kawa, mocna herbata, niekorzystne jest duże spożycie białka pochodzenia zwierzęcego.

Ocena podjętych działań: Chora została zapoznana z zasadami żywienia w przebiegu osteoporozy. Wyraża obawę czy synowa będzie potrafiła zapewnić jej taką dietę.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Starzenie się populacji skutkuje wzrostem kosztów opieki medycznej jak i świadczeń socjalnych. Prawidłową reakcją powinna być reorganizacja systemu opieki zdrowotnej. Jak zatem skutecznie funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce? Co należy zrobić, aby osoby w podeszłym wieku poczuły, że żyją w przyjaznym kraju?

W celu usprawnienia obecnej sytuacji powinny powstać oddziały rehabilitacyjne dla przewlekle chorych i jednostek paliatywno-hospicyjnych. Podjęcie działań w kierunku rozwoju rehabilitacji i opieki psychologicznej osób w podeszłym wieku. Rozwój bazy oraz kadry geriatrycznej. Włączenie geriatрії do obowiązkowego programu kształcenia na kierunku lekarskim. Ogromnym wsparcie było by dofinansowanie procedur geriatrycznych przez sam NFZ. Niestety pomimo ogromnej wiedzy polskich gerontologów na temat zabezpieczenia jak i dostępu do świadczeń osób starszych i ich potrzeb, informacje te nie są wykorzystywane przez obecnych polityków. Pomimo ogólnego postępu ludzkości w systemie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku zauważa się rażące braki i niedociągnięcia. Nadal nie spełnia się podstawowych standardów jakimi są: powszechność, jakość oraz kompleksowość zaspokajania złożonych potrzeb [46].

Zyta Beata Wojszel twierdzi, iż w przebiegu ostrej choroby, której towarzyszy unieruchomienie dochodzi do pogorszenia kondycji fizycznej oraz osłabienia możliwości powrotu osoby starszej do pełni zdrowia [47]. Faktycznie u pacjentki aktywność fizyczna znacznej zmalała. Doszło do pogorszenia samopoczucia, braku chęci do ćwiczeń oraz prób samodzielnego wykonywania toalety. W konsekwencji zaobserwowano wyłonienie się odleżyny II stopnia na kości ogonowej. Stan ogólny uległ pogorszeniu.

Bardzo groźnym problemem okazuje się być ból głowy spowodowany podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi. Wysokie wartości ciśnienia tętniczego mogą spowodować kolejny udar. W trakcie rozmowy wyszło na jaw, iż pacjentka nieregularnie przyjmuje leki hipotensyjne. Przyznała, że nie pamięta kiedy powinna je brać. Zbigniew Gaciong podał złotą zasadę dotyczącą leczenia nadciśnienia tętniczego. Każdą wskazówkę, zalecenie, sposób dawkowania należy utrzymywać w formie pisemnej [48]. Przypomnienia o zażywaniu leków zapisane na karteczce w pokoju pacjentki uchroniły ją przed kolejnym bólem głowy

spowodowanym podwyższonym ciśnieniem będącym konsekwencją niesystematycznego przyjmowania leków.

Podczas wywiadu wyszły na jaw braki w wiedzy dotyczącej żywienia w osteoporozie, na którą pacjentka cierpi już kilka lat. Lekarz ze względu na hiperlipidemię zalecił wyłączenie z diety tłustego mleka oraz jego przetworów. Agata Skop-Lewandowska podkreśla nieodpowiedni sposób żywienia, który był następstwem, zbyt rygorystycznych ograniczeń żywieniowych, co wynikało ze zdiagnozowania innej choroby [49]. Pacjentka zbyt drastycznie przestrzegała zalecanych ograniczeń. Z kolei Szajkowski na podstawie przeprowadzonych badań twierdzi, iż polskie społeczeństwo po prostu nie docenia roli nabiału jako źródła niezbędnych dla zachowania zdrowia składników pokarmowych [50]. Pacjentka bojąc się o hiperlipidemię i stosując się do zaleceń lekarza postanowiła wyłączyć z diety nabiał. Decyzja ta nie była spowodowana niedocenianiem mleka, lecz brakiem wiedzy.

Dość częstym zjawiskiem okazuje się być obniżony nastrój oraz apatia spowodowana niemożnością samodzielnego przemieszczania się i uzależnienia od pomocy innej osoby. Według Marii Radziwoń-Zaleskiej depresja jest najbardziej spotykaną dysfunkcją psychiczną u pacjentów powyżej 65 r.ż., z zwłaszcza w chorobach OUN, np. w stanach po udarze [51]. U chorej wystąpiła labilność emocjonalna. Jednak po zorganizowaniu czasu wolnego, pokazania innych form spędzania czasu nastrój pacjentki uległ znacznej poprawie. Był to jednorazowy epizod. Nieoceniony wpływ na polepszenie samopoczucia chorej miał wkład rodziny, która zrozumiała jak ważne jest poświęcanie czasu chorej.

Pilch i współautorzy wykazuje, że liczba oraz stopień odleżyn pacjentów wzrasta wraz z osłabieniem ich stanu funkcjonalnego [52]. Twierdzenie te popiera Muszalik i współautorzy podkreślając, iż niska ocena w skali ADL była podstawowym czynnikiem zagrożenia odleżynami [53]. U pacjentki odleżyna pojawiła się dopiero po dwóch latach od wystąpienia udaru i unieruchomienia. Rodzina zauważyła zależność między zmniejszeniem aktywności fizycznej, obniżeniem nastroju a wystąpieniem odleżyny. Kiedy podjęto próby mobilizacji chorej do wykonywania jakiegokolwiek aktywności zaobserwowano poprawę w gojeniu się odleżyny.

U osób leżących, unieruchomionych przez dłuższy czas często występują zaparcia. Robson i wsp. przedstawiła badania przekrojowe, które nie wiążą małego spożycia błonnika z rozwojem zaparcia [54]. Natomiast z moich obserwacji wynika, iż zwiększenie błonnika do 30- 40 g na dobę ułatwiło chorej wypróżnienie.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne:

- Dyskomfort wywołany bólem głowy z powodu podwyższonego ciśnienia tętniczego (155/95 mm Hg).
- Deficyt samoopieki i samopielęgnacji z powodu niedowładu połowicznego lewostronnego.
- Pogłębianie się rany odleżynowej II stopnia na kości ogonowej.
- Utrudnione żucie i połykanie pokarmów spowodowane niedowładem twarzowo-językowym.
- Gromadzenie się płynów w układzie charakteryzujące się ciastowatymi obrzękami kończyn dolnych z powodu upośledzenia czynności serca.
- Występowanie zaparć z powodu unieruchomienia oraz nieprawidłowej diety.
- Obniżenie nastroju, apatia, labilność emocjonalna wywołane długotrwałym unieruchomieniem i zależnością od drugiej osoby,
- Utrudniona komunikacja z powodu niedowładu twarzowo-językowego
- Trudności z całkowitym zaprzestaniem palenia papierosów uwarunkowane brakiem motywacji,
- Deficyt wiedzy na temat diety w osteoporozie,

Holistyczna opieka pielęgniarstwa jest niezwykle ważna, pomimo niedowartościowania i niedoceniania, zwłaszcza jeśli chodzi o pracę środowiskową. Wielochorobowość, niesprawność fizyczna czy psychiczna, problemy społeczne i środowiskowe są ogromnym wyzwaniem dla zawodu pielęgniarstwa. Pielęgniarka musi postrzegać osobę starszą w sposób indywidualny, ze swoimi ograniczeniami, wartościami czy też prawami i obowiązkami. Fundamentem pielęgniarstwa geriatrycznego jest specjalistyczna wiedza gerontologiczna, geriatryczna.

Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarstwa, w którym wyróżniono najważniejsze problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Realizacja działań pielęgniarstwa przyniosła ulgę pacjentce, uśmierzyła ból, poprawiła samopoczucie.

Przeprowadzono edukację pacjentki jak i jej rodziny w zakresie istoty choroby, jej przebiegu, sposobach prawidłowej pielęgnacji oraz o zasadach prawidłowej diety i rehabilitacji.

PIŚMIENICTWO

1. Kostka T.: Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 10-12.
2. Cybulski M., Krajewska-Kułak E.: Opieka nad osobami starszymi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 105.
3. Polak A., Porzych K., Kędziora-Kornatowska K. i wsp.: Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii — interdyscyplinarnej nauki o starzeniu i starości. *Gerontologia Polska* 2007, 15, 51–53.
4. Markowicz-Tronczyńska E., Markowicz-Tronczynska G.: Rozwój gerontologii i geriatrii szansą dla ludzi XXI wieku [w:] *Profile starości*, pod red. Leońskiej L., Woźniaka Z., Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2000, 32.
5. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J. i wsp.: Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontologia Polska* 2008, 16(3), 150.
6. Szczerbińska K., Pietryka A.: Rozwój geriatrii w krajach europejskich — jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2). *Gerontologia Polska* 2008, 16 (3), 140.
7. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A. i wsp.: Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatria. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii. *Gerontologia Polska* 2005, 13, 67–83.
8. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-geriatrycznej.html> (29.04.2017).
9. Hastie I., Duursma S.: Geriatricmedicine in the European Union: unification of diversity. *AgingClin. Exp. Res.* 2003, 15, 347–351.
10. <http://pssegostyn.pis.gov.pl/plikijednostki/wssegorzow/pssegostyn/userfiles/file/Oswiata/%C5%9ADZ%20informacja.pdf> (12.03.2017 r.).
11. Witkowski J.: Aspekt biologiczny [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, pod red. Wiczorkowskiej-Tobis K., Talarskiej D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 17.
12. Kocemba J., Grodzicki T.: *Zarys gerontologii klinicznej*. Wydawnictwo MCKP UJ, Kraków 2000.
13. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołędź J. A.: *Fizjologia starzenia się*. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2012.
14. Witkowski J.: Aspekt biologiczny [w:] *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*.

- Podręcznik dla studiów medycznych, pod red. Wieczorkowskiej-Tobis K., Talarskiej D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 20-22.
15. Kędziora-Kornatowska K.: Biologiczne aspekty starzenia się organizmu człowieka [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo, pod red. Kędziory-Kornatowskiej K., Muszalik M. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 7-8.
 16. Kołodziej W.: Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości [w:] Wybrane problemy osób starszych, pod red. Nowickiej A. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2006, 60-63.
 17. Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A.: Ludzka starość, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2015, 116-123.
 18. Polak A., Porzych K.: Psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo, pod red. Kędziory-Kornatowskiej K., Muszalik M. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 16-18.
 19. Kotlarska-Michalska A.: Starość w aspekcie socjologicznym [w:] Profile starości, pod red. Leońskiej L., Woźniaka Z., Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2000, 87.
 20. Kotlarska-Michalska A.: Starość w aspekcie socjologicznym [w:] Profile starości, pod red. Leońskiej L., Woźniaka Z., Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2000, 88.
 21. Szatur-Jaworska B.: Aktywność osób starszych w sferze publicznej [w:] Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom, pod red. Szukalskiego P., Szatur-Jaworowskiej B. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014,.29.
 22. Wiśniewska-Roszkowska K.: Starość jako zagrożenie, Wydawnictwo Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1989, 7.
 23. Bromley D. B.: Psychologia starzenia się. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969.
 24. Piotrowski J.: Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1973.
 25. Grylewska B.: Pacjent z polipragmazją [w:] Geriatria w przypadkach klinicznych, pod red. Grodzicki T. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2015, s.63-65.
 26. Wieczorkowska-Tobis K.: Specyfika pacjenta starszego [w:] Fizjoterapia w geriatrici pod red. Wieczorkowska-Tobis K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011,. 19.
 27. Wieczorkowska-Tobis K., Józwiak A., Kropińska S.: Analiza potencjalnych błędów farmakoterapii geriatrycznej w oparciu o kryteria Beersa u chorych wypisywanych do

- domu po hospitalizacjach z przyczyn internistycznych. Leki, których stosowanie jest potencjalnie niewłaściwe u starszych chorych bez względu na sytuację kliniczną. *Geriatrics*. 2008, 2, 312- 316.
29. Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E.: Farmakoterapia geriatryczna. *Czas. Aptek.* 2008, 170(2),12-15.
 30. Bień B.: Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie [w:] Polska starość, pod red. Synaka B. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, 97-99.
 31. Wojszel Z. B.: Wielkie zespoły geriatryczne występujące u osób starszych [w:] Opieka nad osobami starszymi, pod red. Cybulskiego M., Krajewskiej-Kułąk E. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, s1.
 32. Kędziora-Kornatowska K., Biercewicz M.: Upadki i zaburzenia lokomocji [w:] *Geriatrics i Pielęgniarstwo Geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*, pod red. Wieczorkowskiej- Tobis K., Talarskiej D. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 247.
 33. Strugała M., Krysiak I.: Potrzeba ruchu i wypoczynku [w:] Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych, pod red. Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szwalkiewicz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 201.
 34. Wojszel Z. B.: Wielkie zespoły geriatryczne występujące u osób starszych [w:] Opieka nad osobami starszymi, pod red. Cybulskiego M., Krajewskiej-Kułąk E. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016, 59-61.
 35. Strugała M., Krysiak I.: Potrzeba ruchu i wypoczynku [w:] Opieka nad osobami przewlekle chorymi w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych, pod red. Talarskiej D., Wieczorkowskiej-Tobis K., Szwalkiewicz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 200-203.
 36. Kostka T.: Nietrzymanie moczu i stolca [w:] *Choroby wieku podeszłego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 138-144.
 37. Radziszewski P., Dobroński P.: Nietrzymanie moczu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
 38. Sobów T., Barcikowska M., Liberski P.: Zespoły otępienne [w:] *Neurologia*, pod red.
 39. Kozubski W., Liberski P. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 255-257.
 40. Bilikiewicza A., Parnowski T.: Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się [w:] *Psychiatria* pod red. Bilikiewicz A. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2002,. 697.

41. Rosenthal T. C., Williams M. E., Naughton B.: Geriatria. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
42. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1994.
43. Manthorpe J., Iliffe S.: Depresja wieku podeszłego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 61-69.
44. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 266-272.
45. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 242-246.
46. Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, pod red. Ślusarskiej B., Zarzyckiej D., Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 247.
47. Fala A. M.: Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce. Spartańska Fundacja na rzecz rozwoju Narodowego Instytutu Geriatrii i Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, Warszawa 2016, 3-4.
48. Wojszel Z. B.: Wielkie zespoły geriatryczne występujące u osób starszych [w:] Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 58.
49. Gaciong Z.: Nadciśnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia pod red. K. Galus, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, 46.
50. Skop Lewandowska A., Ostachowska-Gąsior A., Kolarzyk E.: Żywnościowe czynniki rozwoju osteoporozy w podeszłym wieku. Gerontologia Polska, 2012, 20(2), 53-58.
51. Szajkowski Z.: Ocena zawartości Mg, Ca i P w całodziennych racjach pokarmowych osób w wieku emerytalnym na podstawie badań ankietowych i analitycznych. Now. Lek. 2001, 1., 32-39.
52. Radziwoń-Zaleska M.: Depresja u osób starszych [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia, pod red. Galus K. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, 253.
53. Pilch D., Wojciechowska M., Grochans E. i wsp.: Ocena pacjentów opieki długoterminowej w zakresie występowania upadków oraz zagrożenia odleżynami związanych z ich stanem funkcjonalnym. Gerontologia Polska, 2017, 25, 45-52.

55. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K, Zielińska-Więczkowska H i wsp.: The global risk of pressure ulcers among elderly patients: initial diagnosis. *Folia Med. Copernicana*, 2013, 1, 1-6.
56. Robson K. M., Lembo A.: Najczęstsze zaburzenia ze strony układu pokarmowego u osób w wieku podeszłym [w:] *Geriatra*, pod red. Pączek L., Niemczyk M. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009, 699.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO

Magdalena Marcelina Dzirko¹, Anna Baranowska²

1. Absolwentka Studia I kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwór w znaczeniu dosłownym oznacza „nowy twór”. Jest to niepoprawna tkanka rosnąca autonomicznie i jest nieskoordynowana z prawidłowymi tkankami. Szybkość rozrostu nowotworu zależne jest od dopływu krwi oraz w niektórych przypadkach od stymulacji hormonalnej. Nowotwór powstać może ze wszystkich tkanek, których komórki posiadają umiejętność rozmnażania się [1]. Do przyczyn powstawania nowotworów możemy zaliczyć między innymi czynniki chemiczne, fizyczne, używki, rodzaje diety, promieniowanie oraz infekcje wirusowe. Nowotwory podzielić możemy na dwie podstawowe grupy:

Nowotwory łagodne

Są to masy tkankowe rosnące powoli, które przesuwają ale nie niszczą tkanek sąsiednich. W niektórych przypadkach rozrastanie się guza zostaje zatrzymane na długi okres. Większa część nowotworów łagodnych otoczona jest torebką. Komórki nowotworowe są bardzo podobne do tkanki z której się wywodzą. Nowotwór łagodny nie daje przerzutów oraz nie nacieka węzłów chłonnych. Jego leczenie jest skuteczne, ponieważ po usunięciu takiej zmiany nawroty nie występują.

Nowotwory złośliwe

Nie są one otoczone torebką. Cechy charakterystyczne takich nowotworów to wzrost naczyń w obrębie nowotworu oraz szybki rozwój. Dają przerzuty do narządów odległych oraz naciekają struktury sąsiadujące [2].

Kolejny podział jaki możemy wyróżnić jest to podział na typ:

- nabłonkowy
- nienabłonkowy, czyli ze względu na tkanki z jakich nowotwór się wywodzi.

Nowotwory nabłonkowe łagodne dzielimy na gruczolaki, brodawczaki oraz torbielaki, zależnie od nabłonka z którego pochodzi zmiana. Złośliwy nowotwór nabłonkowy możemy określić pojęciem raka. Nowotwory nienabłonkowe łagodne to np. mięśniak oraz tłuszczak. Ich nazwy wywodzą się od tkanki z której powstają. Złośliwe nowotwory nienabłonkowe nazywa się mięsakami [3].

Anatomia i fizjologia jelita grubego

Jelito grube jest końcowym odcinkiem układu pokarmowego. Jest to miejsce rozwijania się bogatej flory bakteryjnej, która odpowiada za rozkład resztek pokarmów. Zachodzi tu również proces odwadniania treści jelita oraz formowanie kału. Jelito grube dzielimy na 3 odcinki: jelito ślepe, okrężnica oraz odbytnica. Całkowita długość jelita grubego to 130-150 cm. Ściana jelita grubego zbudowana jest z trzech warstw: błony surowiczej, błony mięśniowej właściwej, oraz błony śluzowej. Miejsce połączenia jelita cienkiego i jelita grubego nazywa się zastawką krętniczo-kątniczą. Nie pozwala ona cofać się zawartości jelita grubego. Pierwszym odcinkiem jelita grubego jest kątnica położona w prawym dole biodrowym a od razu po niej zaczyna się okrężnica. Dzieli się na cztery części: wstępującą, poprzeczną, zstępującą oraz esowatą. Dalej jest odbytnica oraz odbyt kończący przewód pokarmowy. Jelito grube jest narządem silnie unaczynionym. Doprowadzana jest tu krew tętnicza za pomocą tętnicy kręzkowej górnej i kręzkowej dolnej. Górna odpowiada za unaczynienie poprzecznicy, wstępnicy oraz okolicy zastawki krętniczo-kątniczej, natomiast dolna odpowiada za unaczynienie zstępnicy i górnej części odbytnicy [4,5].

Definicja nowotworu jelita grubego

RJG jest złośliwym nowotworem nabłonkowym, który rozwija się w odbytnicy lub okrężnicy [6]. Nowotwór atakuje warstwy jelita grubego: błonę śluzową, błonę podśluzową oraz warstwę mięśniową. Termin „rak” określa nowotwory, które mogą dawać przerzuty. Jeżeli chodzi o nowotwory jelita grubego nazwę „rak” stosuje się do zmian naciekających co najmniej błonę podśluzową [7]. Nowotwór jelita grubego może naciekać narządy sąsiednie: pęcherz moczowy, macicę, prostatę oraz ściany jamy brzusznej. Poprzez naczynia chłonne daje przerzuty do węzłów chłonnych natomiast przez naczynia krwionośne do wątroby, mózgu, płuc czy też kości [8].

Możemy wyróżnić 4 stopnie zaawansowania raka. Stopnie 0-II określają nowotwór, który ograniczony jest do ściany jelita. Stopień III zajmuje regionalne węzły chłonne. W IV stopniu widoczne są przerzuty do odległych narządów, np. wątroba, płuca [9].

Epidemiologia

Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym nowotworem złośliwym na świecie wśród mężczyzn (660 000 przypadków) oraz drugim u kobiet (570 000 przypadków). Mężczyźni chorują 2 razy częściej niż kobiety. 60% przypadków zauważa się w krajach rozwiniętych [10]. Niestety, nowotwór rozpoznaje się dość późno, co prowadzi do niskiej skuteczności leczenia i stosunkowo wysokiej śmiertelności [11]. Od 1980 roku nastąpił czterokrotny wzrost liczby zachorowań u mężczyzn oraz trzykrotny u kobiet [12]. Większość zachorowań występuje po 50 roku życia, natomiast szczyt przypada na 8 dekadę życia [13]. W ciągu roku można odnotować 650000 zgonów na świecie z powodu nowotworu jelita grubego. Największą zapadalność notuje się w Europie Zachodniej oraz Ameryce Północnej [14].

RJG należy do najczęściej wykrywalnych nowotworów w Polsce. Zapada na niego ponad 13000 mieszkańców, z czego umiera 9000 [15].

Rokowanie

Nowotwory jelita grubego stanowią około 12% zgonów nowotworowych. Większość z nich notuje się po 60 roku życia. Rokowanie chorych z RJG poprawia się w wielu krajach w przeciągu ostatnich kilku lat. W krajach o wysokich dochodach, takich jak Australia czy Stany Zjednoczone 5-letnie przeżycie osiąga około 65% chorych. Umieralność u płci żeńskiej jest nieco niższa. Najistotniejszy czynnik prognostyczny to stopień zaawansowania nowotworu w momencie postawienia diagnozy, dlatego też największe znaczenie dla zwiększenia przeżycia u chorych z RJG ma edukacja społeczeństwa na temat profilaktyki oraz diagnostyki nowotworu [10].

Etiologia i patogeneza

Mechanizmy powstawania oraz zapobiegania procesowi nowotworowemu nie są do końca znane i są obiektem ciągłych badań [16]. RJG powstaje ze zmian, które zachodzą w genomie komórki, czyli mutacji w genach odpowiedzialnych za hamowanie niekontrolowanej proliferacji (między innymi mutacje w genach hMSH, hMLH1, PMS1) oraz

w genach, które odpowiedzialne są za naprawę uszkodzonego DNA [17]. Duża część przypadków RJG powstaje z polipów. Najpierw małe polipy powstają z komórek nabłonka jelita grubego. Najczęściej nie dają one żadnych objawów. Niektóre z komórek nadmiernie się rozrastają, powstają z nich dysplazje i rozwija się nowotwór [12]. U osób z chorobami zapalnymi jelit, takimi jak choroba Leśniowskiego-Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego przez lata dochodzi do dysplazji błony wyściełającej odbytnicę i okrężnice, która z biegiem czasu może zamienić się w raka. Przekształcenie się zmiany łagodnej w złośliwą trwa około dziesięciu lat [18].

RJG rozwija się najczęściej u osób po 50 roku życia. Ogromny wpływ na rozwój nowotworu ma dieta. Dieta bogata w czerwone mięso, tłuszcze nasycone oraz węglowodany sprzyja procesowi onkogennemu. Dużą rolę odgrywa także obecność takich substancji jak etanol, nitrozaminy oraz węglowodory aromatyczne, które znaleźć można w grillowanym i przypalonym jedzeniu. Ryzyko zachorowania na RJG skutecznie obniża zaś dieta bogata w błonnik [19]. Ponadto istotną rolę odgrywa palenie tytoniu i brak aktywności fizycznej [20]. Predyspozycje rodzinne to: zespół Lynka, zespół FAP oraz występujący w rodzinie RJG. Osoby chore na Chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego są również narażone na ten nowotwór [21]. Wpływ na zachorowalność ma także przynależność etniczna i rasowa. Badania wykazują, że wyższe ryzyko zachorowań zauważa się u Afroamerykanów [13].

Dieta

Sposób odżywiania jest jednym z głównych czynników, które wpływają na rozwój RJG. Dzięki odpowiedniej diecie możliwe byłoby uniknięcie około 50% nowotworów. Najczęściej wymieniany czynnik ryzyka to duża ilość czerwonego mięsa w diecie. Podczas obróbki termicznej z mięsa uwalniają się węglowodory aromatyczne oraz nitrozaminy, które mają działanie mutagenne. Wykazano także, że spożywanie alkoholu ma związek ze zwiększonym ryzykiem zachorowania. Spożycie około 30 g etanolu na dobę może zwiększyć ryzyko zachorowania nawet dwukrotnie.

Substancje dietetyczne, które wykazują korzystne działanie to między innymi białko zawarte w produktach mlecznych, drobiu oraz rybach. W produktach tych jest duża zawartość metianiny, która uczestniczy w naprawie DNA. Ponadto kwasy omega-3 zawarte w rybach wykazują działanie antykancerogenne. Jako czynnik zmniejszający ryzyko zachorowania na RJG wymienia się także błonnik, którego źródłem są warzywa, owoce i zboża. Pobudza on

perystaltykę jelit i zwiększa objętość stolca, przez co szkodliwe substancje są szybciej wydalane z organizmu. Znaczącą rolę w profilaktyce RJG ma również suplementacja wapnia, a co za tym idzie witaminy D₃, która aktywuje kanały wapniowe w jelicie. Substancje, które potencjalnie zapobiegają procesowi kancerogennemu to także β -karoten oraz witaminy A, C i E ze względu na ich funkcję antyoksydacyjną i przeciwzapalną [7].

Objawy

Najczęstszym objawem klinicznym u chorych na RJG jest krwawienie z odbytu a co za tym idzie osłabienie związane z niedokrwistością z niedoboru żelaza oraz zmiana rytmu wypróżnień w postaci zaparć lub biegunek. Inne objawy zależne są od lokalizacji guza. Objawy występujące w raku prawej połowy okrężnicy to tępy ból w okolicy podbrzusza po prawej stronie, zaparcia, osłabienie, utrata masy ciała oraz ciemny stolec, zmieszany z krwią. Objawy jakie możemy wymienić przy raku lewej połowy okrężnicy to wzdęcia, bóle brzucha, nudności, wymioty, tzw. Stolec ołówkowy, domieszka jasnoczerwonej krwi w stolcu oraz zmiana rytmu wypróżnień. Przy raku odbytnicy typowymi objawami są świeża krew na stolcu, uczucie niepełnego wypróżnienia, biegunka poranna, bolesne parcia na stolec, ból brzucha oraz krocza [22].

Diagnostyka

Słaby poziom wiedzy społeczeństwa w temacie choroby oraz objawów jakie jej towarzyszą zwiększa liczbę zachorowań [23]. W przypadku podejrzenia RJG należy wykonać dokładne badanie podmiotowe i przedmiotowe. Badanie podmiotowe to wywiad dotyczący między innymi lokalizacji bólu, obecności krwawienia, charakteru wypróżnień oraz rodzinnego występowania nowotworu. Do podstawowych badań, które służą do wykrywania RJG należą:

- Badanie per rectum. Pozwala ono wykryć guza zlokalizowanego 5-7 cm od zwieraczy odbytu. Jeżeli podczas badania zostaje stwierdzona zmiana, wtedy wykonuje się kolonoskopię [24].
- Test na obecność krwi utajonej w kale. Powinien być wykonywany regularnie, maksymalnie co dwa lata. Jeżeli wynik jest dodatni również konieczna jest kolonoskopia [20].
- Badania endoskopowe (kolonoskopia, sigmoidoskopia oraz rektoskopia). Umożliwiają one wykrycie guza i pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Kolonoskopia jest podstawowym badaniem w rozpoznaniu RJG i powinna być

wykonana zawsze kiedy występuje podejrzenie nowotworu. Jest badaniem o największej swoistości i czułości w rozpoznaniu nowotworu jelita grubego. Pozwala ocenić całe jelito grube oraz końcowy odcinek jelita cienkiego [25].

- Wlew doodbytniczy. Jest badaniem radiologicznym umożliwiającym ocenę jelita grubego. Do jelita podawany jest środek kontrastowy po czym wykonana jest seria zdjęć rentgenowskich [7].

Jeżeli chcemy ocenić proces zaawansowania nowotworu konieczne jest wykonanie badań obrazowych takich jak USG, MRI lub TK jamy brzusznej i miednicy oraz RTG klatki piersiowej w projekcji przednio-tylnej i bocznej. Badania te pozwalają wykryć przerzuty do innych narządów. Do monitorowania pacjentów z RJG służy również marker nowotworowy CEA [26].

Leczenie

Leczenie RJG polega na skojarzonym stosowaniu różnych metod terapii. W zależności od stopnia zaawansowania stosuje się leczenie chirurgiczne, chemioterapię oraz radioterapię [9]. Metody mogą być stosowane osobno lub jako leczenie skojarzone, to znaczy kilka różnych metod jednocześnie lub kolejno po sobie. Podstawową i najbardziej popularną metodą leczenia RJG jest zabieg chirurgiczny. Usuwany zostaje guz nowotworowy oraz okoliczne węzły chłonne [27,28].

U pacjentów z wczesną postacią raka często stosuje się leczenie uzupełniające po wycięciu guza pod postacią chemioterapii [29]. Chemioterapia ma na celu polepszenie wyników leczenia chirurgicznego. Stosowana jest aby zniszczyć możliwe przerzuty [20]. Polega na podawaniu cytostatyków, które na celu mają zniszczenie komórek nowotworowych. Podstawowe leki używane w RJG to pochodne fluoropirymidyn (5-fluorouracyl, kapecytabina), pochodne topoizomerazy i DNA (irinotekan) oraz pochodne platyny (oksaliplatyna) [30]. Chemioterapia pooperacyjna, tak zwana uzupełniająca wskazana jest u chorych z przerzutami do węzłów chłonnych lub w II stopniu zaawansowania z czynnikami wskazującymi na ryzyko nawrotu [29]. Opiera się ona na fluorouracylu, który powinien być podawany minimum pół roku [3].

Chemioterapia uzupełniająca najczęściej prowadzona jest jako druga po leczeniu chirurgicznym, natomiast w niektórych przypadkach kiedy nowotwór jest bardzo zaawansowany chemioterapia stosowana jest jako leczenie pierwszego rzutu [20]. Mowa jest wtedy o chemioterapii paliatywnej. Głównym jej celem jest opóźnienie progresji choroby oraz poprawa jakości życia, czyli zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą [3].

Stosuje się tutaj metodę FOLFOX (kwas folinowy + oksaliplatyna) lub metodę FOLFIRI (kwas folinowy + oksaliplatyna lub irinotekan) [31].

Radioterapia polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego. Komórka pochłania energię promieniowania w skutek czego uszkodzają się jej struktury. Pod wpływem promieniowania dochodzi również do rozkładu wody, przez co powstają wolne rodniki uszkodzające komórkę. Radioterapia stosowana może być samodzielnie lub w połączeniu z chemioterapią [32].

Skutki uboczne chemioterapii

Leki cytostatyczne niszczą komórki nowotworowe ale powodują także śmierć zdrowych komórek organizmu, w związku z czym terapia cytostatykami powoduje wiele skutków ubocznych. Powikłania mogą pojawić się w trakcie leczenia jak i również po jego zakończeniu. Można podzielić je na:

- Bezpośrednie – występują one od kilku minut do kilku dni po zastosowaniu (np. wymioty, nudności)
- Wczesne – występują w pierwszych tygodniach po zastosowaniu leczenia (np. zmiany zapalne błon śluzowych przewodu pokarmowego, wypadanie włosów)
- Późne – pojawiają się w pierwszych miesiącach po leczeniu (np. niedokrwistość, neuropatie obwodowe, kardiomiopatia)
- Odległe – pojawiają się po kilku miesiącach lub latach po zakończeniu leczenia (wtórne nowotwory)

Objawy jednak podzielić można ze względu na rodzaj podawanego leku. Analogi pirymidyn, takie jak fluorouracyl oraz kapecytabina, które są najczęściej stosowane w przypadku RJG powodują uszkodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, biegunki, nudności oraz wymioty. Fluorouracyl podawany w dużych dawkach działać może także negatywnie na układ nerwowy. Kolejnym lekiem często stosowanym w RJG jest irinotekan, który tak jak wyżej wymienione leki powoduje biegunkę, nudności, wymioty ale również brak apetytu oraz wypadanie włosów [33].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Rak jelita grubego jest drugim co do częstości nowotworem występującym w Polsce. Z powodu małej wiedzy społeczeństwa na temat choroby oraz objawów jakie jej towarzyszą

zachorowalność systematycznie wzrasta. Szansa wyleczenia nowotworu jest największa we wczesnym stadium choroby, dlatego tak ważne są badania skriningowe. Brak wiedzy o metodach leczenia oraz badaniach profilaktycznych jest skutkiem rozpoznania choroby w stadium zaawansowania. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rakiem jelita grubego nie powinna opierać się tylko na łagodzeniu objawów związanych z chorobą. Najważniejszą rolę odgrywa tutaj edukacja pacjenta w na temat objawów, czynników ryzyka, profilaktyki oraz badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego.

Głównym celem pracy było opisanie najistotniejszych problemów pielęgnacyjnych, z którymi spotyka się personel pielęgniarski w trakcie opieki nad pacjentem z RJG.

Cele szczegółowe:

- Określenie problemów pielęgnacyjnych chorego z rakiem jelita grubego.
- Ustalenie indywidualnego planu pielęgnowania.
- Realizacja zaplanowanych działań.
- Ocena podjętych działań.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęty został osiemdziesięcioletni pacjent przyjęty dnia 5.12.2017 roku na oddział Chorób Wewnętrznych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce z podejrzeniem nowotworu jelita grubego.

Metoda badawcza wykorzystana w pracy to metoda indywidualnego przypadku oraz proces pielęgnowania, gdzie w pierwszym etapie stosowane są niżej wymienione metody zbierania danych o pacjencie.

- Wywiad (rozmowa z pacjentem oraz jego rodziną na temat stanu zdrowia chorego, przebytych chorób oraz występujących dolegliwości).
- Obserwacja (dostrzeganie wyglądu oraz zachowania chorego mające na celu obiektywne wykrycie objawów).
- Analiza dokumentacji medycznej (analizowanie informacji o chorym na podstawie wyników badań oraz dokumentacji. W oparciu o arkusz do zbierania informacji o pacjencie skonstruowany został opis przypadku.
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych (wyróżniamy pomiar bezpośredni, który polega na pomiarze przyrządowym danej wartości oraz jej odczytaniu, np. pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, masy ciała oraz pomiar

pośredni polegający na przeniesieniu wyniku na skalę i odczytaniu za jej pomocą dokładnego wyniku, np. skala Glasgow).

Dzięki wymienionym wyżej metodom zebrano dane o pacjencie, zapoznano się ze stanem chorego, określono indywidualne problemy i deficyty w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, ustalono działania pielęgniarstwa, ich realizację oraz ocenę i weryfikację podjętych działań [34].

WYNIKI

Opis przypadku

Osiemdziesięcioletni pacjent E.D. dotychczas nieleczony został przyjęty 11.10.2016 roku do Oddziału Chorób Wewnętrznych Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. Dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce w trybie planowym z powodu uogólnionego osłabienia, zawrotów głowy oraz chudnięcia. Przedmiotowo powłoki skórne blade, bolesność palpacyjna lewego śródbrzusza.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedokrwistość z niedoboru żelaza z poziomem HGB 6,1 g%. Choremu przetoczono 2j KKCz uzyskując poprawę. W USG jamy brzusznej pogrubienie ściany jelita grubego po stronie lewej. Wykonano kolonoskopię stwierdzającą nacieki esicy, który nie przepuszcza aparatu. W badaniu histopatologicznym wycinków adenocarcinoma G-2. Diagnostykę poszerzono o TK jamy brzusznej, gdzie stwierdzono patologiczne pogrubienie ściany esicy. Chorego konsultowano chirurgicznie. Wyniki badania CEA - 137,6 ng/ml (prawidłowa wartość CEA mieści się w granicach 0,0 – 3,4 ng/ml). Rozpoznano nowotwór jelita grubego.

02.02.2018 wykonana została hemikolektomia lewostronna z resekcją esicy i fragmentem sieci z guzem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Gojenie się rany prawidłowe. W tym czasie pacjent przyjmował leki opioidowe (Dolcontral) oraz Fraxiparyne.

Zastosowana została chemioterapia uzupełniająca – 8 x kapecytabina (13.05.2017 – 18.10.2017). Przebieg wlewu chemioterapii bez powikłań, bezpośrednia tolerancja leczenia dobra.

W czerwcu 2018 roku nastąpiła progresja choroby. Zakwalifikowano chorego do leczenia metodą FOLFIRI:

Irinotekan 269 mg iv dz 1 Folinian wapnia 299 mg iv dz 1-2 Fluorouracyl 598 mg iv dz 1-2 Fluorouracyl 897 mg iv wlew 22 godziny dz 1-2

Po pierwszym cyklu chemioterapii chory skarżył się na brak apetytu, nudności oraz

biegunkę. Do października 2018 roku pacjent otrzymał łącznie 8 kursów wg schematu FOLFIRI, na prośbę pacjenta przerwano leczenie systemowe. W marcu 2019 roku w TK jamy brzusznej i miednicy stwierdzono progresję choroby oraz wzrost markerów nowotworowych, zdecydowano o wznowieniu chemioterapii paliatywnej.

Na podstawie wywiadu ustalono, że chory mieszka z żoną w małej miejscowości. Warunki mieszkaniowe są dobre. Nie zostały stwierdzone żadne uczulenia. Podstawowe parametry życiowe: RR: 125/80 mmHg, HR: 65 uderzeń/min, temperatura: 36,4°C.

Na chwilę obecną pacjent jest leżący, niesamodzielny, karmiony drogą doustną. Założony został cewnik Foleya. Pacjent ma założony venflon na prawym przedramieniu. Występują bardzo silne bóle brzucha oraz wzdęcia spowodowane procesem nowotworowym. Od kilku dni nasilone są również nudności, wymioty oraz biegunka spowodowane chemioterapią. Z tego powodu występuje również suchość w jamie ustnej. Pacjent bez apetytu, stale traci na wadze. Chory jest negatywnie nastawiony do leczenia oraz do zmiany sposobu odżywiania, jest w słabym stanie psychicznym.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Silne bóle brzucha spowodowane procesem nowotworowym.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawa samopoczucia pacjenta

Plan opieki:

- obserwacja charakteru oraz lokalizacji bólu,
- pomiar natężenia bólu za pomocą skali VAS,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR, HR, temperatura),
- odwrócenie uwagi pacjenta od dolegliwości bólowych poprzez rozmowę na tematy niezwiązane z hospitalizacją oraz chorobą.

Realizacja:

- zmierzono poziom bólu za pomocą skali VAS
- wykonano iniekcję domięśniową (Tramal 100 mg).

Ocena podjętych działań:

RR: 125/85 mmHg, HR: 90 uderzeń/min, temperatura: 36,8°C. Pacjent oceniał ból na 8 punktów w skali VAS. Podano 100 mg Tramalu, po czym dolegliwości bólowe zmalały do 4 punktów w skali VAS. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 2: Ryzyko odwodnienia spowodowane uporczywymi wymiotami oraz biegunką.

Cel: Zapobieganie odwodnieniu, wyrównanie gospodarki wodno-elektrolitowej oraz zapewnienie warunków do utrzymania higieny osobistej.

Plan opieki:

- zapewnienie czystej miski nerkowatej oraz ligniny przy łóżku pacjenta,
- niedopuszczenie do zachłyśnięcia, ułożenie na boku lub w pozycji siedzącej,
- zapewnienie higieny jamy ustnej, umożliwienie przepłukania jamy ustnej po każdym wymiotach,
- obserwacja częstości oraz rodzaju wymiocin,
- obserwacja charakteru, ilości oraz częstości wypróżnień,
- prowadzenie bilansu płynów,
- zapewnienie pacjentowi intymności podczas wypróżnienia,
- kontrola stanu skóry, w razie potrzeby natłuszczanie okolicy odbytu zważając na drażniące działanie stolca,
- podanie leków przeciwwymiotnych oraz przeciwbiegunkowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- nawadnianie dożylne pacjenta zgodnie ze zleceniem lekarza,
- obserwacja pacjenta w kierunku odwodnienia (elastyczność oraz napięcie skóry, suchość skóry, błon śluzowych, zapadanie gałek ocznych),
- pomiar masy ciała.

Realizacja:

- została założona karta bilansu płynów,
- podano Ondansetron na zlecenie lekarza,
- pacjent został ułożony w pozycji siedzącej, zapewniono miskę nerkowatą, ligninę oraz wodę do przepłukiwania jamy ustnej,
- podłączono nawodnienie dożylne (płyn Ringera 500 ml oraz NaCl 0,9% 500 ml) na zlecenie lekarza,
- po każdym wypróżnieniu wykonana została toaleta okolicy krocza.

Ocena podjętych działań: Pacjent w dalszym ciągu wymiotuje. Odnotowany został zerowy bilans płynów. Skóra napięta i elastyczna, nie doszło do odwodnienia. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 3: Ryzyko powstania odleżyn spowodowane unieruchomieniem pacjenta.

Cel: Zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Plan opieki:

- zmiana pozycji minimum co 2 godziny,
- obserwacja stanu skóry przy każdej zmianie pozycji, ocena ryzyka powstania odleżyn (skala Norton),
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego,
- przy ułożeniu w pozycji bocznej oddzielić kończyny dolne poduszkami,
- ochrona stóp przed nadmiernym uciskiem na białą pościelową, zastosowanie udogodnień (wałki, podpórki),
- przy każdej zmianie pozycji oraz przy kąpieli delikatny masaż miejsc narażonych na ucisk z użyciem oliwki,
- dokładne ścielenie łóżka, zwracanie uwagi na to aby nie zostawić fałdów, dbanie o czystość białej pościelowej,
- toaleta ciała minimum 2 razy dziennie oraz kiedy zaistnieje taka potrzeba, delikatne osuszanie ciała po kąpieli za pomocą miękkiego ręcznika,
- smarowanie miejsc narażonych na ucisk maściami, np. Propolis, Sudocrem, Linomag,
- wymiana pampersa oraz toaleta krocza po każdym oddaniu stolca,
- ubieranie chorego zgodnie z temperaturą, unikanie przegrzewania,
- dbanie o suchość białej pościelowej i osobistej,
- wzbogacenie diety w witaminy i składniki mineralne, szczególnie witaminę C, cynk, magnez,
- zastosowanie diety wysokobiałkowej, 1,5-2 g białka na kilogram masy ciała na dobę.

Realizacja:

- zastosowano skalę Norton w celu ustalenia ryzyka powstania odleżyn
- czterokrotnie wykonano zmianę pozycji ciała pacjenta oraz zastosowane zostały wałki pod stopy oraz poduszka między kolana,
- zmieniono pampers po wypróżnieniu, wykonano toaletę krocza,
- wykonano toaletę całego ciała pacjenta, plecy oraz pośladki nasmarowane zostały oliwką,
- została przeprowadzona edukacja pacjenta oraz rodziny na temat diety wysokobiałkowej oraz przykładowych produktów bogatych w witaminę C, cynk oraz

magnez

Ocena podjętych działań: Według zastosowanej skali Norton, pacjent narażony jest na powstanie odleżyn, zagrożenie oceniono na 13 punktów. Na chwilę obecną brak widocznych zmian skórnych, odleżyny nie występują. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Brak apetytu oraz utrata masy ciała spowodowana procesem nowotworowym.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wyniszczenia organizmu, uzupełnienie niedoborów żywieniowych.

Plan opieki:

- częsta kontrola masy ciała, nauczanie rodziny oraz pacjenta obliczania wskaźnika BMI w celu samodzielnej kontroli masy ciała,
- wyjaśnienie wpływu spożywania danych pokarmów na dolegliwości ze strony układu pokarmowego,
- rozpisanie przykładowego jadłospisu z pacjentem oraz jego rodziną,
- ocena stanu odżywienia, rozmowa z pacjentem na temat ilości i rodzajów posiłków spożywanych przed hospitalizacją,
- mobilizowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń żywieniowych,
- kontrola stanu nawodnienia organizmu (napięcie skóry, wypełnienie żył szyjnych, uczucie pragnienia),
- nawadnianie dożylne pacjenta na zlecenie lekarza,
- prowadzenie bilansu płynów,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- posiłki powinny być nieduże objętościowo ale częste (5-6 razy na dobę), podawane o tych samych porach,
- stosowanie preparatów wysokoenergetycznych i wysokobiałkowych (np. Nutridrink).

Realizacja:

- założona została karta bilansu płynów,
- przeprowadzono edukację na temat diety i konieczności jej przestrzegania
- zmierzono podstawowe parametry życiowe takie jak ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczbę oddechów, temperaturę oraz masę ciała, obliczono BMI,
- na zlecenie lekarza podano płyn Ringera 500 ml,
- z pomocą rodziny został rozpisany przykładowy trzydniowy jadłospis dla pacjenta
- przeprowadzono edukację na temat diety lekkostrawnej

Ocena podjętych działań: Zerowy bilans płynów. RR: 125/85 mmHg, HR: 90 uderzeń/min, temperatura: 36,8°C, 16 oddechów na minutę, masa ciała: 75 kg. BMI: 24,3. Chory z pomocą rodziny oblicza wskaźnik BMI. Pacjent nie odzyskał apetytu, niechętnie spożył trzy małe posiłki oraz dwa napoje Nutridrink, wypił pół litra wody. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 5: Suchość w jamie ustnej oraz ryzyko grzybicy spowodowane chemioterapią.

Cel: Zmniejszenie suchości jamy ustnej, poprawa komfortu pacjenta. Niedopuszczenie do grzybicy.

Plan opieki:

- kostki lodu lub ananasa do ssania,
- motywowanie pacjenta do picia większej ilości wody,
- smarowanie warg wazeliną lub oliwą z oliwek,
- wykonanie toalety jamy ustnej minimum 3 razy dziennie (dokładnie oczyścić dziąsła, tkanki znajdujące się pomiędzy wewnętrzną częścią policzka a zębami oraz grzbiet języka),
- regularne płukanie jamy ustnej (5-6 razy dziennie) płynami o działaniu antybakteryjnym (np. Caphosol),
- wyjmować protezę zębową na noc, zakładać tylko wtedy kiedy jest taka konieczność, np. do posiłku,
- używać delikatnej pasty do zębów, bez substancji pieniących aby nie podrażniała błony śluzowej (możemy stosować pastę dla dzieci),
- płukanie jamy ustnej mieszanką mięty, szalwii i siemienia lnianego (zmniejsza uczucie suchości),
- stosowanie niedrażniącej diety, to znaczy płynnej, półpłynnej lub rozdrobnionych posiłków.

Realizacja:

- nasmarowano wargi wazeliną,
- proteza nakładana była tylko w celu spożywania posiłków,
- została przygotowana mieszanka mięty, szalwii i siemienia lnianego, którą pacjent płukał jamę ustną,
- posiłki, które pacjent spożywał były rozdrobnione.

Ocena podjętych działań: Pacjent sam pamięta o konieczności płukania jamy ustnej, zgłasza delikatną poprawę po płukaniu miętą i szalwią. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 6: Uczucie pełności po posiłkach spowodowane wzdęciami.

Cel: Unormowanie perystaltyki oraz wyeliminowanie wzdęć.

Plan opieki:

- poinformowanie pacjenta o konieczności dokładnego żucia pokarmów oraz spokojnego spożywania posiłków,
- obserwacja konsystencji stolca oraz częstości wypróżnień,
- wyeliminowanie z diety tłustych, wzdymających produktów (kapusta, fasola, dania smażone, napoje gazowane),
- edukacja pacjenta na temat zalecanej diety i konieczności spożywania minimum 2 litrów płynów dziennie, założenie suchej rurki doodbytniczej,
- podanie leków zmniejszających wzdęcia na zlecenie lekarza,
- masaż powłok brzusznych okrężnymi ruchami.

Realizacja:

- częstość i rodzaj wypróżnień zapisywana na karcie gorączkowej,
- przeprowadzono edukację na temat diety lekkostrawnej i konieczności jej stosowania
- podano Espumisan na zlecenie lekarza,
- założona została sucha rurka.

Ocena podjętych działań: Wykonany został masaż powłok brzusznych, jednak bezskutecznie. Założono suchą rurkę, pacjent poczuł chwilową ulgę jednak wzdęcia wróciły. Chory nadal czuje dyskomfort. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 7: Dyskomfort pacjenta spowodowany ogólnym stanem zdrowia oraz pobytem w szpitalu.

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego. Poprawa nastroju pacjenta.

Plan opieki:

- częste przebywanie i rozmowa z chorym,
- informowanie o celu wykonywanych czynności przy pacjencie,
- okazywanie współczucia oraz zrozumienia,
- poinstruowanie rodziny jak wykonywać czynności higieniczne przy chorym,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem prowadzącym,

- zachęcanie pacjenta do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb w miarę jego możliwości,
- unikanie konfliktowych sytuacji, niewdawanie się w niepotrzebne dyskusje z chorym.

Realizacja:

- rodzina została poinformowana jak wykonywać toaletę chorego oraz poinstruowana na temat zmiany pozycji oraz profilaktyki przeciwoleżynowej
- pacjent miał możliwość rozmowy z lekarzem prowadzącym,
- motywowano pacjenta do samodzielnego spożywania posiłków,
- w miarę możliwości spędzano czas z pacjentem na rozmowie.

Ocena podjętych działań: Pacjent chętnie spożywał posiłki samodzielnie. Uspokoiła go rozmowa z lekarzem prowadzącym. Samopoczucie nieco się poprawiło.

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika Foleya.

Cel: Uniknięcie zakażenia.

Plan opieki:

- dbałość o higienę krocza,
- nawadnianie pacjenta (minimum 2 litry płynów na dobę),
- codzienna wymiana worka na mocz,
- obserwacja ukierunkowana na objawy infekcji dróg moczowych (podwyższona temperatura ciała, złe samopoczucie, ból),
- pilnowanie aby worek był odpowiednio zamocowany, żeby nie był przyciśnięty oraz żeby nie doszło do zatkania.

Realizacja:

- po każdym wypróżnieniu zmieniono pampers oraz wykonano toaletę krocza,
- worek na mocz został zmieniony,
- na zlecenie lekarza podano 500 ml NaCl 0,9%.

Ocena podjętych działań: Nie zauważalne są żadne objawy świadczące o infekcji dróg moczowych. Worek cały czas zawieszony był na haczykach przy łóżku. Temperatura ciała 36,7°C. Nie doszło do zakażenia dróg moczowych.

Diagnoza pielęgnarska 9: Zwiększone ryzyko zakażeń ze względu na obniżoną odporność spowodowaną chemioterapią.

Cel: Zapobieganie zakażeniom.

Plan opieki:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania czynności przy chorym (np. zakładanie wkłuc dożylnych, podłączanie wlewów dożylnych, pobieranie krwi),
- dbanie o właściwe odżywianie chorego,
- dokładna obserwacja parametrów życiowych pacjenta, które mogą świadczyć o zakażeniu: temperatura, RR, HR,
- obserwacja miejsc wkłuc dożylnych w kierunku stanu zapalnego (zaczerwienienie, bolesność miejsca wkłucia), regularna wymiana wkłuc oraz odnotowanie daty założenia.

Realizacja:

- została wykonana zmiana miejsca wkłucia dożylnego z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.

Ocena podjętych działań: Miejsce wkłucia bez cech zapalenia. Problem do dalszej obserwacji.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- Regularny pomiar masy ciała oraz obliczanie BMI (minimum raz w tygodniu)
- W celu zmniejszenia ryzyka odleżyn należy:
 - dbać o suchość bielizny pościelowej oraz osobistej
 - zmieniać pozycję minimum co 2 godziny
 - natłuszczać miejsca narażone na ucisk oliwką
 - wykonywać toaletę całego ciała 2 razy dziennie oraz kiedy jest taka potrzeba, delikatnie osuszać skórę, nie pocierać
 - wprowadzić do diety produkty bogate w witaminę C (np. papryka, pomarańcza, jarmuż, brokuł, czarna porzeczka, kiwi), cynk (np. pieczarki, pestki dyni, sezam, tofu, natka pietruszki) oraz magnez (np. pestki dyni, słonecznika, płatki owsiane, kasza jęczmienna, banany, wędzona makrela, marchew)
- Przyjmowanie regularne leków według zlecenia lekarza.
- Stosować się do diety zalecanej w raku jelita grubego.

Dieta w nowotworze jelita grubego powinna przede wszystkim dostarczać odpowiedniej liczby protein, tzn. minimum 1g na kg masy ciała. Największe ilości białka znaleźć możemy w chudym mięsie, jajach, rybach oraz chudym nabiale. Konieczna jest także podaż węglowodanów, które mają niski indeks glikemiczny. Są to np. brązowy ryż, pełnoziarniste pieczywo, kasze. W diecie obecne powinny być także tłuszcze nienasycone z grupy omega 3. Znaleźć je możemy w tłustych rybach morskich, oleju rzepakowym, siemieniu lnianym oraz orzechach włoskich. Zalecane jest również spożywanie oliwy z oliwek.

Lekkostrawna dieta stosowana w raku jelita grubego wyklucza spożywanie pokarmów smażonych, pikantnych, grillowanych oraz wędzonych. Zamiast tego przygotowujemy posiłki na parze, gotowane lub duszone. Bezwzględnie zakazane jest spożywanie:

- Alkoholu
- Cukru
- Kawy, mocnej herbaty
- Wysoko przetworzonych produktów, takich jak konserwy, gotowe dania
- Słonych przekąsek (paluszki, krakersy, chipsy)
- Napojów gazowanych
- Żywności po upływie terminu ważności Należy także unikać czerwonego mięsa.

Planując jadłospis należy pamiętać o tym, żeby spożywać kilka mniejszych posiłków w ciągu dnia w miarę regularnych odstępach (około 3-4 godziny). Do każdego posiłku dodawać w miarę możliwości chociaż niewielką ilość gotowanych warzyw. Płyny powinny być spożywane w ilości nie mniejszej niż 2 litry dziennie uwzględniając przede wszystkich niegazowaną wodę mineralną. Ze względu na obniżony apetyt chorego, powinno się zadbać o estetykę podawanych posiłków oraz produkty lubiane przez chorego.

Substancje, które należy uwzględnić w diecie podczas chemioterapii:

- Cynk (orzechy, jaja, nabiał)
- Karoteny (pietruszka, jarmuż, szpinak, dynia)
- Selen (ryby, jaja, kasza gryczana)
- Wapń (produkty mleczne, migdały, słonecznik, brokuł)
- Witamina D (tłuste ryby morskie, żółtka jaj, mleko)
- Witamina C (natka pietruszki, papryka, kiwi)
- Witamina E (orzechy, pestki, oleje roślinne)

Przykładowy jadłospis**Dzień 1****Śniadanie:**

2 kromki pełnoziarnistego chleba cienko posmarowane masłem,
2 plasterki chudej, gotowanej szynki drobiowej,
dwa liście sałaty,
pomidor bez skórki
słaba herbata

II śniadanie:

Nutridrink Protein 125 ml

Obiad:

Zupa krem z dyni, posypana natką pietruszki oraz pestkami dyni - 200 ml
Pulpety drobiowe posypane koperkiem
Brązowy ryż ugotowany na sypko (2-3 łyżki)
Ugotowany burak, starty na tarce, polany łyżką oleju rzepakowego

Podwieczorek:

Nutridrink Protein 125 ml

Kolacja:

2 kromki pełnoziarnistego pieczywa,
twaróg z jogurtem naturalnym oraz natką pietruszki,
pomidor bez skórki
Herbatka ziołowa

Dzień 2**Śniadanie:**

Grahamka z pastą rybną (np. świeży dorsz, marchew, pietruszka, seler, wszystko ugotować, rozdrobnić i wymieszać, dodać natkę pietruszki i łyżkę oleju rzepakowego)
Zielona herbata

II śniadanie:

Nutridrink protein 125 ml

Obiad:

Miseczka zupy pomidorowej z 2 łyżkami makaronu
2 ziemniaki ugotowane na parze, posypane koperkiem
Ryba gotowana na parze (np. łosoś, około 200g)

Surówka z około 5 listków sałaty, starta marchewka, skroplone oliwą z oliwek

Podwieczorek:

Nutridrink protein 125 ml

Kolacja:

Jajecznica na parze z dwóch jajek

2 kromki pełnoziarnistego pieczywa,

papryka

Herbatka ziołowa

Dzień 3

Śniadanie:

Grahamka,

ser twarogowy

chuda gotowana szynka drobiowa,

pomidor bez skórki

Zielona herbata

II śniadanie:

Nutridrink protein 125 ml

Obiad:

Zupa koperkowa 200 ml

Pierś z kurczaka gotowana na parze (około 200g)

Kasza gryczana ugotowana na sypko (50g)

Miseczka gotowanej marchewki posypana natką pietruszki

Podwieczorek:

Nutridrink protein 125 ml

Kolacja:

Makaron z serem (2-3 łyżki makaronu posypać chudym twarogiem, pomidorem bez skórki oraz łyżką oleju rzepakowego)

Herbatka ziołowa

WNIOSKI

- U pacjenta wskazano problemy pielęgnacyjne w sferze fizycznej oraz psychicznej.

Najważniejsze z nich to:

- Silne bóle brzucha spowodowane procesem nowotworowym.
- Ryzyko odwodnienia spowodowana uporczywymi wymiotami oraz biegunką.
- Ryzyko powstania odleżyn spowodowane unieruchomieniem pacjenta.
- Brak apetytu oraz utrata masy ciała spowodowana procesem nowotworowym.
- Na podstawie ustalonych problemów pielęgnacyjnych, z którymi pacjent się zmagał ustalono indywidualny plan pielęgnowania, gdzie w głównej mierze skupiono się na walce z bólem, niedopuszczeniu do odwodnienia chorego oraz powstania odleżyn.
- Zaplanowane działania zostały zrealizowane oraz kolejno ocenione. Sformułowano wskazówki do dalszej samoopieki oraz samopielęgnacji pacjenta, przeprowadzono edukację na temat zalecanej diety i żywienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Domagała W., Chosia M., Urańska E.: Nowotwory. [w:] Podstawy Patologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 107-124.
2. Piech-Góralczyk A.: Nowotwory.[w:] Patomorfologia kliniczna. Podręcznik dla studentów. Kruś S., Skrzypek-Fakhour E. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 159-170.
3. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-wprowadzenie/> _data pobrania: 20.02.2019
4. Michajlik A., Ramotowski W.: Układ Trawienny. [w:] Anatomia i fizjologia człowieka. Widłak-Piernikowa T. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 193-196.
5. Pituchowa-Sokołowska J.: Anatomia człowieka. Leżańska T. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 303-308.
6. Chrobak- Bień J., Gawor A., Gąsiorowska A.: Wiedza chorych na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2016, 6(3): 187-195.
7. Deptała A., Wojtukiewicz M.(red): Rak jelita grubego. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
8. Rosek M.: Rak jelita grubego. Fundacja Rodziny Waksmundzkich PROJAN, Warszawa 2014.
9. Rutkowski A.: Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego w Polsce. Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy 2013, 5(4): 152-161.

10. Zyśk R., Wysocki P., Wyrwicz L.: Colorectal cancer — the social significance of changes in the epidemiology and treatment options in Poland. *Onkologia w PraktyceKlinicznej* 2014, 10(4): 212–223.
11. Klimczak A., Kempieńska-Mirowska B., Mik M., Dziki Ł., Dziki A.: Colorectal cancer mortality in Poland – analysis of regional variation. *Archives of Medical Science* 2014, 10(1): 63-67.
12. Kubiak A., Kyler W., Trojanowski M.: Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2014, 95(3): 636-642.
13. Król S., Kapka-Skrzypczak L.: Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w Polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine* 2011, 14(4): 75-80.
14. Siepsiak M., Połom A., Adrych K.: Profilaktyka raka jelita grubego. *Farmacja Współczesna* 2015, 8: 1-5.
16. Krakowska M., Potemski P.: Nowe możliwości leczenia chorych na przerzutowego raka jelita grubego w Polsce. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja* 2017, 3(4): 175-180.
17. Wasilewska E., Złotkowska D., Pijagin M.: Rola mikroflory jelitowej i bakterii probiotycznych w profilaktyce i rozwoju raka jelita grubego. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2013, 67: 837-847.
18. Żelazowski M., Bednarek A.: Molecular models of carcinogenesis in colorectal cancer. *WspółczesnaOnkologia* 2010, 14(3): 181-188.
19. Potemski P.: Epidemiology, screening and staging of colorectal cancer. *Oncology in Clinical Practice* 2010, 6(6): 283-289.
20. Kałędkiewicz E., Doboszyńska A.: Dietoprofilaktyka raka jelita grubego. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2012, 8(5): 171-177.
21. Janczak M.: Rak jelita grubego. *Chirurgia po Dyplomie* 2017, 4
22. Klimczak A., Kubiak K., Cybulska M., Kula A., Dziki A., Malinowska K.: Etiologia raka grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju. *Polski Merkurusz Lekarski* 2010, 28(165): 223-226.
23. Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Frasz J., Jawień A.: Kliniczne Objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne. *Współczesna Onkologia* 2009, 13(1): 34-40.
24. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski JT.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych.

- Problemy Higieny i Epidemiologii 2013, 94(2): 166-171.
25. Wiraszka G., Kielar M., Stępień R.: Ocena zagrożenia rakiem jelita grubego w Polsce na podstawie analizy współczynników epidemiologicznych. *Studia Medyczne* 2015, 31(1): 66-74.
 26. Kotowski B., Kamiński M.F., Rupiński M., Kraszewska E.: Analiza jakości kolonoskopii w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. *Gastroenterologia Kliniczna* 2009, 1(1): 45-53.
 27. Karges W., Al. Daholuk S.: *Gastroenterologia. [w:] Interna w 5 dni.* Kokot F. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 251-255.
 28. Łacko A.: Rak jelita grubego. *Postępy Nauk Medycznych* 2011, 24(2): 137-145.
 29. Papamichael D., Audisio R.A., Glimelius B.: Treatment of colorectal cancer in older patients: International Society of Geriatric Oncology (SIOG) consensus recommendations 2013. *Annals of Oncology* 2015, 26: 463-476.
 30. Bujko K.: Leczenie chorych na raka odbytnicy. *Gastroenterologia Kliniczna* 2011, 3(2): 65-71.
 31. Wojtukiewicz M., Sierko E., Szambora P.: Antiangiogenic treatment of colorectal cancer patients. *Oncology in Clinical Practice* 2009, Vol 5, Supp.A: 15-21.
 32. Radecka B.: Systemowe leczenie chorych na uogólnionego raka jelita grubego – znaczenie współpracy wielodyscyplinarnej w poprawie przeżycia i optymalnym wykorzystaniu refundowanych w Polsce metod leczenia. *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja* 2016, 2(Supl. E): 3-13.
 33. Bujko K.: Radioterapia u chorych na raka jelita grubego. *Gastroenterologia Kliniczna* 2013, 5(4): 162-167.
 34. Koper A.(red): *Opieka pielęgniarska w chemioterapii. [w:] Pielęgniarstwo Onkologiczne.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 234-243.
 35. Ciechaniewicz W.: *Pielęgniarstwo Ćwiczenia 1.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

OPIEKA PIELEGIARSKA NAD PACJENTEM Z EPILEPSJĄ

Weronika Kwiatek¹, Anna Baranowska²

1. Absolwentka I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Epilepsja jest trudną, przewlekłą i jedną z częstych chorób neurologicznych. Można się z nią zetknąć u ludzi wszystkich ras na każdej szerokości geograficznej. WHO szacuje, że na świecie chorych na padaczkę jest około 40 milionów, a w Polsce około 400 tysięcy. Padaczka charakteryzuje się napadami różnego rodzaju, które nawracają. Mogą to być krótkotrwałe zaburzenia równowagi, nagłe skurcze mięśniowe albo długotrwałe, uogólnione drgawki. Powodują je synchroniczne, nagłe wyładowania w mózgu, które są zwykle krótkotrwałe i dotyczą całych grup neuronów [1,2,3].

Rys historyczny

Epilepsja, inaczej padaczka jest jedną tych chorób, które znane są od bardzo dawna. Pierwsze doniesienia o niej pochodzą z Mezopotamii, a dokument, który o nich mówi pochodzi z 1050r. p.n.e. Przez długi czas padaczkę uważano za „świętą chorobę”, a to ze względu na to, że jej napady traktowane były jako przejaw owładnięcia przez byty demoniczne. Mniej więcej od V w. p.n.e. słowo „padaczka” zaczęło nabierać obecnego znaczenia. Przyczynił się do tego Hipokrates, który w 400 r. p.n.e. stwierdził, że epilepsja jest chorobą mózgu, która powinna być leczona lekami i dietą, a nie czarami lub zaklęciami. W naszym kraju pierwsze poświęcone padaczce teksty, które były napisane przez Polaków pochodzą z XVI wieku. Rodakiem, który wówczas badał zagadnienia dotyczące tej choroby był Ludwik Perzyna. W jego dziełach pojawiają się nazwy łacińskie takie jak: „epilepsja” oraz „morbuscaducus”, ale również nazwy polskie: „wielka niemoc” i „wielka choroba” [1,4].

Epidemiologia

W populacji ogólnej chorobowość ocenia się na 5-10/1000 ludzi, a roczną zapadalność szacuje się na 50/100 tys. Wskaźniki różnią się w zależności od badanej grupy wiekowej i od obszaru. WHO ocenia, że na padaczkę cierpi ok. 40 milionów osób na świecie, z czego 15% mieszka w krajach o wysokim PKB. W państwach wolniej rozwijających się chorobowość ocenia się na 6-10/1000, a roczną zapadalność na 100-190/100 tys. [5].

Zaobserwowano dwa szczyty zachorowania. Są to: wczesny wiek dziecięcy oraz wiek podeszły, powyżej 65r.ż. W populacji osób, które ukończyły ten wiek zachorowalność rośnie z każdym rokiem [2].

Etjopatogeneza

Rozwój epilepsji w organizmie człowieka jest wieloczynnikowy. Określone czynniki środowiskowe i genetyczne przyczyniają się do różnych typów napadów oraz decydują o momencie ich wystąpienia w życiu człowieka [2].

Genetyczne uwarunkowania przyczyniają się do padaczki determinując dany rodzaj napadów albo zespół padaczkowy (padaczki idiopatyczne, np. nocna padaczka czołowa lub padaczka uogólniona napadów nieświadomości). Jak również wywołując chorobę ogólnoustrojową, w której występują napady padaczkowe, np. lissencephalia-bezzakrętowość albo stwardnienie guzkowate. Genetyka może predysponować neurony do patologicznych pobudzeń, które wywołały nieswoiste czynniki uszkodzające, jak uraz, zapalenie czy udar (np. epilepsja pourazowa, poudarowa) [2,6].

Genetycznie uwarunkowane błędy w budowie: kanałów jonowych (potasowych, sodowych, wapniowych lub chlorkowych), receptorów nikotynowych i niektórych podjednostek receptorów kwasu γ -aminomasłowego (GABA) leżą u podłoża padaczek idiopatycznych [6].

Zmiany czynności receptorów bądź białek, np. białka bogatego w leucynę), jak również kanałopatie, prowadzą do nieprawidłowej nadpobudliwości neuronów w morfologicznie zmienionej tkance oraz tych otaczających zmienioną tkankę nerwową (poniedokrwiennienie, pourazowo, pozapalnie) [6].

Te dwa rodzaje zmian prowadzą do napadu padaczkowego, który jest klinicznie jawnym napadem. Dodatkowo czynniki genetyczne mogą mieć wpływ na skuteczność leczenia, zmieniając absorpcję leku, jego metabolizm, transport, tolerancję i wiązanie receptorowe [6].

Czynnikami wpływającymi na wystąpienie epilepsji są również:

- choroby zakaźne (takie jak zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych)
- urazy głowy
- uszkodzenia okołoporodowe (zakażenia wrodzone lub okołoporodowe OUN, niedotlenienie, zespoły niedoborowe, zaburzenia metaboliczne, krwotoki okołokomorowe, krwotoki dokomorowe)
- leki obniżające próg drgawkowy
- choroby zwyrodnieniowe mózgu
- choroby naczyniowe mózgu
- nowotwory pierwotne i przerzutowe OUN [2].

Napady padaczkowe

Napadami padaczkowymi określamy synchroniczne, napadowe i nadmierne wyładowania neuronów kory mózgowej manifestujące się za pomocą zaburzeń zachowania, przytomności, emocji oraz funkcji czuciowych bądź ruchowych. Zazwyczaj o nagłym początku, trwające minuty lub sekundy, zwykle ustępujące samoistnie. Czynnikami prowokującymi są: brak snu, stres, nieregularny rytm dobowej aktywności, migające światła np. stroboskopowe, alkohol, brak odpowiedniego odżywienia [7,8].

Podział napadów padaczkowych jest rzeczą dość skomplikowaną, ze względu na ogromną liczbę ich rodzajów. Napady padaczkowe możemy podzielić na trzy grupy [9].

Jedną z nich są napady częściowe, inaczej ogniskowe. Wśród tych zaś możemy wyróżnić napady: proste podczas, których świadomość jest zachowana; złożone, które przebiegają z zaburzeniami świadomości oraz napady częściowe przeradzające się we wtórnie uogólnione [9].

Napady ogniskowe proste dzielimy w zależności od tzw. ogniska padaczkorodnego, czyli często wyodrębnionego i ograniczonego obszaru kory mózgowej, w którym to dochodzi do wyładowań padaczkowych. Klasyfikacji tej dokonuje się na podstawie objawów. A mogą być to objawy ruchowe, czuciowe (w tym somatosensoryczne, węchowe, wzrokowe, słuchowe, smakowe, z zawrotami głowy), psychiczne (zaburzenia pamięci, omamy), autonomiczne (dolegliwości w nadbrzuszu, wypieki, zblednięcie, objawy źreniczne) [9].

Napady ogniskowe złożone dzieli się na takie, które od samego początku przebiegają z zaburzeniami świadomości i na takie, których początek jest prosty. Do tej grupy należą też napady, którym towarzyszą automatyzmy [9].

Kolejną grupą są **napady uogólnione o pochodzeniu nieogniskowym** (niedrgawkowe bądź drgawkowe). Wśród nich wyróżniamy: napady toniczno-kloniczne, kloniczne, toniczne, nieświadomości (typowe lub atypowe), miokloniczne (złożone lub proste) oraz atoniczne [9].

Napad toniczno-kloniczny zaczyna się nagłym tonicznym skurczem mięśni postawnych i mięśni oddechowych, co można zaobserwować poprzez wyprężenie kończyn i tułowia, krzyk, sinice, wokalizację (głośny krzyk, zwany również krzykiem padaczkowym spowodowany energicznym wytłoczeniem powietrza, które przechodzi przez zaciśnięte struny głosowe), przygryzienie języka oraz upadek. Oczy chorego są otwarte, a gałki oczne skierowane są do boku lub góry. Jako drugie pojawiają się drgawki kloniczne. Pod koniec tej fazy następuje zmniejszenie napięcia mięśni, również zwieraczy, a to skutkuje oddaniem moczu. Napad trwa od 60 do 120 sekund. Gdy on się skończy, chory wstępuje w stan ponapadowy. Świadczą o tym hiperwentylacja, senność, splątanie i ogólne osłabienie. Zdarza się, że przed tym rodzajem napadu wystąpią objawy nieswoiste tzw. prodromy padaczkowe. Są to zmiany nastroju, słabo sprecyzowany lęk, bóle głowy, drażliwość, bezsenność, zmniejszenie koncentracji. Mogą one pojawić się do kilku godzin przed incydem napadowym. Wyróżniamy również napady, które zawierają fazę tylko kloniczną lub tylko toniczną [2,9,10].

Napady nieświadomości pojawiają się najczęściej od 4 do 10 r. życia i mogą być prowokowane przez hiperwentylację (np. nadmuchiwanie balonów), fotostymulację (np. gry wideo), jednak ich obraz może się różnić. Typowe napady polegają na gwałtownym, trwającym ok. 10 sekund braku reaktywności. Po upływie tego czasu, epileptyk wraca do poprzedniej aktywności i nawet może nie zdawać sobie sprawy z przebytego zajścia. W trakcie napadu oczy są otwarte, a napięcie mięśni zachowane. Mogą mu towarzyszyć drobne automatyzmy (np. ruchy palców lub mięśni mimicznych) albo zmiany autonomiczne (bładość, rozszerzenie źrenic, zaczerwienienie, tachykardia). Nietypowe napady nieświadomości mają zupełnie inny czas trwania, ponieważ jest to ponad 20 s. Charakteryzują się również tym, że mają większą ilość objawów ruchowych (np. zmniejszenie napięcia mięśni postawnych lub zwiększenie ich napięcia, które można zaobserwować, gdy chory wygina tułów w łuk), lecz niepowodujących upadku [10,11].

Napady miokloniczne mogą być poprzedzone zaburzeniami świadomości, ale nie zawsze są zauważalne ze względu na krótki czas trwania. Mogą być ogniskowe, ale powodują upadki jeśli obejmują mięśnie postawne. Ten rodzaj napadów może towarzyszyć dużej ilości zespołów padaczkowych (np. młodzieńczej padaczce mioklonicznej, zespołowi Dravet). Mioklonie obejmują całe ciało lub występują w swoistych grupach mięśni,

bywają spontaniczne lub występują po prowokacji bodźcami czuciowymi, mogą występować obustronnie (asynchronicznie bądź synchronicznie) lub jednostronnie [2,9,12].

Napady atoniczne charakteryzują się niespodziewanym spadkiem napięcia w mięśniach postawnych, mogącym spowodować upadek, stąd też nazywa je się napadami padania. Zdarza się, że są ograniczone do innej grupy mięśni, wówczas powodują opadnięcie żuchwy lub skłon głowy. Ich czas trwania to ok. 5s, towarzyszą im utrata świadomości oraz brak zaburzeń ponapadowych [2,9,12].

Istnieje również grupa, do której zaliczają się wszystkie pozostałe rodzaje napadów, których nie da się jednomyślnie sklasyfikować, np. napady zgięciowe.

Czas trwania napadu oraz obraz kliniczny jest różny dla poszczególnych typów napadów.

W zależności od długości czasu napadu wyróżnia się następujące:

- ok. 10 s – napady nieświadomości
- ok. 60-120 s – uogólniony napad toniczno-kloniczny
- ok. 120 s – napad ogniskowy przechodzący w obustronny napad drgawkowy [2].

Postępowanie w przypadku napadu w warunkach przedszpitalnych

Postępowanie z pacjentem, który doznał napadu padaczkowego w warunkach pozaszpitalnych:

- przede wszystkim polega na zapewnieniu drożności dróg oddechowych oraz ochronie przed urazem.
- osoba taka powinna być usunięta z niebezpiecznej dla niego strefy
- należy pod głowę podłożyć coś miękkiego, tak aby uniknąć urazu głowy
- nie powinno się wkładać do jamy ustnej jakichkolwiek przedmiotów, mogą one spowodować wymioty lub złamanie zębów
- jeśli napad trwa dłużej niż kilka minut, a osoba nim dotknięta jest zdiagnozowanym epileptykiem i ma przy sobie diazepam w formie czopków, wówczas należy zaaplikować go.
- osoby z pierwszym w życiu napadem powinny zostać przewiezione do szpitala. W tym celu należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego
- po zakończonym napadzie należy pacjenta ułożyć w pozycji bocznej bezpiecznej [13,14].

Rodzaje padaczek

Padaczka nie jest jednorodną chorobą, ale zbiorem różnych, złożonych dysfunkcji mózgu o szerokim zakresie objawów i odmiennej etiologii, z których dominujące są napady padaczkowe. Różnorodność obrazu elektrofizjologicznego i klinicznego oraz stopnia rozwoju bądź uszkodzenia mózgu stanowiących przesłankę do prognozowania efektów leczenia, były podstawą do klasyfikacji zespołów padaczkowych [2].

Według International League Against Epilepsy padaczki i zespoły padaczkowe dzieli się na:

- I. Idiopatyczne, czyli takie, które są głównie uwarunkowane genetycznie i objawiają się jako napady uogólnione lub ogniskowe.

Mowa tutaj o:

- Łagodne drgawki okresu noworodkowego (występujące rodzinie lub nie)
- Łagodna padaczka okresu dziecięcego
- Dziecięca i młodzieńcza padaczka z napadami nieświadomości
- Młodzieńcza padaczka miokloniczna (tutaj również uogólnione napady toniczno-kloniczne występujące po przebudzeniu)
- Padaczka idiopatyczna, nieokreślona.

- II. Objawowe napady o początku częściowym, które współistnieją ze strukturalnym uszkodzeniem mózgowia uwarunkowanym genetycznie lub nabytym, np.: dysplazją korową, urazem głowy, guzem bądź są uwarunkowane metabolicznie. Do grupy tych padaczek należą m.in.:

- Zespół Lennoksa-Gastauta
- Zespół Westa (napady zgięciowe)
- Zespół Landaua-Kleffnera (nabyta afazja padaczkowa)
- Padaczka czołowa
- Padaczka skroniowa
- Padaczka pourazowa
- Padaczka częściowa ciągła (zespół Rasmussena)
- Inne padaczki objawowe.

- III. Kryptogenne- napady o początku częściowym, których przyczyna wystąpienia jest nieustalona

- Napady okresu noworodkowego
- Drgawki gorączkowe

- Padaczka odruchowa
- Inne nieokreślone [9,15].

Wybrane zespoły padaczkowe

Padaczka skroniowa- najczęściej występujący zespół padaczkowy u dorosłych. Obszar padaczkorodny zajmuje przyśrodkowe struktury płata skroniowego, zwłaszcza hipokamp, zakręt przyhipokampowy oraz jądro migdałowe. Pierwsze napady zwykle rozpoczynają się w okresie dojrzewania lub w późnym dzieciństwie. Zazwyczaj odnotowuje się napady częściowo złożone, których część przechodzi we wtórne uogólnienie. Z reguły występuje aura, która obrazuje się w dolegliwościach brzusznych. Innymi cechami behawioralnymi są: zaburzenia świadomości, zapatrzenia z bezruchem oraz automatyzmy oralne, takie jak mlaskanie. Na ogół występuje okres ponapadowego splątania [9,16].

Padaczka czołowa- pewne wzorce wielu różnorodnych typów napadów czołowych zależą od określonego umiejscowienia punktu wyjścia wyładowań napadowych i dróg, po których biegną nieprawidłowe pobudzenia. Pomimo tej różnorodności, przyjmuje się, że jeśli wystąpi określony zespół cech, wówczas możemy stwierdzić, że to padaczka płata czołowego:

- skłonność do napadów gromadnych i nocnych
- krótkie napady, których początek i koniec jest nagły, bez okresu ponapadowego lub z krótkotrwałym
- czytelne i dziwaczne przejawy ruchowe, takie jak: wyrzucanie miednicy w górę, asynchroniczne uderzanie kończynami oraz głośne wokalizacje
- minimalne zmiany w EEG
- stan padaczkowy w przeszłości [9, 17].

Padaczka pourazowa najczęściej występuje po urazach odniesionych w walce. Ryzyko jej rozwoju zależy bezpośrednio od ciężkości urazu, koreluje również z całkowitą objętością zniszczonej tkanki nerwowej ocenioną w tomografii komputerowej. Urazy głowy uznawane są za ciężkie, jeśli w ich wyniku dochodzi do krwiaka wewnątrz-mózgowego lub wewnątrzczaszkowego, stłuczenia mózgu, stanu niepamięci lub nieprzytomności powyżej 24godz. albo utrwalonych zaburzeń neurologicznych, takich jak: niedowład połowiczy, otępienie lub afazja. Lekkie urazy nie zwiększają istotnie ryzyka wystąpienia napadów. Wczesne napady pourazowe pojawiają się w ciągu 1-2tyg. po urazie, ale tylko późne, nawracające napady (takie które pojawiają się po wyleczeniu ostrych następstw urazu)

należy traktować jako padaczkę pourazową. Z kolei wczesne napady, choćby odosobnione, zwiększają ryzyko rozwoju padaczki pourazowej. Napady związane z uderzeniem pojawiają się bezpośrednio po urazie. Mówi się, że ich wystąpienie jest ostrą reakcją mózgu na uraz, Nie zwiększają one jednak ryzyka późniejszej padaczki [9,18,19,20].

Specjalnymi zespołami padaczkowymi są zespoły, w których napady uogólnione i ogniskowe wywoływane są przez określoną aktywność pacjenta lub swoiste bodźce. Światło jest to przykład bodźca prostego, natomiast muzyka-złożonego. Aktywność również dzielimy na prostą, taką jak np. ruch bądź złożoną-intelektualną, idealnym przykładem będzie czytanie. Najczęstszy typ padaczki odruchowej jest wyzwalany przez bodziec świetlny. Światłoczułość występuje znacznie częściej wśród kobiet niż mężczyzn i częściej u osób z padaczką idiopatyczną napadów uogólnionych, czasami ogniskową z płata potylicznego, niż w padaczkach innych typów. Napady z przestraszenia są podobne do drgawek tonicznych i wiążą się z występowaniem ogniska w płacie czołowym. Mogą być wyzwalane przez nagły ruch, dotyk, hałas. Kolejnym swoistym zespołem, w którym kloniczne drgawki żuchwy (mogące przechodzić w napad uogólniony) jest padaczka wyzwalana dłuższym czytaniem. Wśród bodźców wyzwalających odnotowuje się trudności w czytaniu oraz obcy język czytanego tekstu. Pozostałe padaczki odruchowe obejmują napady prowokowane przez dotknięcie, ruch, ciepłą wodę, procesy intelektualne, jedzenie, szczególne rodzaje muzyki, działania arytmetyczne. Mechanizmy tych padaczek odruchowych nie zostały jeszcze odkryte. Unikanie czynności wyzwalających napady jest zazwyczaj skuteczniejsze niż farmakoterapia [2].

Leczenie

Celem leczenia jest przede wszystkim ustąpienie lub minimalizacja częstości napadów, ułatwienie funkcjonowania społecznego odpowiednio do wydolności psychofizycznej chorego oraz poprawa jakości życia [21].

Decyzja o rozpoczęciu leczenia wciąż jest indywidualna, choć nadal aktualna jest zasada, że przebycie dwóch niesprowokowanych napadów ją uzasadnia. Tutaj wyjątkami są: padaczka rolandyczna, drgawki proste gorączkowe u dzieci oraz napady, których można uniknąć poprzez wyeliminowanie czynników wyzwalających (np. padaczka światłoczuła lub z odstawienia alkoholu). W tych przypadkach nie rozpoczyna się leczenia LPP (lekami przeciwpadaczkowymi). Oczywiście istnieją wskazania do rozpoczęcia farmakoterapii już po pierwszym napadzie:

- pewne rozpoznanie zespołu padaczkowego z niekorzystnym przebiegiem

- szczególny rodzaj napadu (ogniskowy, głównie złożony, z ponapadowym porażeniem Todda lub z pozytywnym wywiadem rodzinnym)
- zdecydowane rozpoznanie napadu i ustalenie przyczyny (w urazie okołoporodowym bądź inne, ogniskowe uszkodzenie mózgu, zwłaszcza z wynaczynieniem krwi) [2,21].

Napady padaczkowe są następstwem nieprawidłowej synchronicznej i nadmiernej pobudliwości grupy neuronów. Leki przeciwpadaczkowe (LPP) hamują je, lecz nie leczą podłoża etiologicznego zespołów padaczkowych.

Tabela I. Leki stosowane w leczeniu poszczególnych napadów padaczkowych

Leki stosowane w leczeniu poszczególnych rodzajów napadów padaczkowych	
Rodzaj napadu	Leki
Padaczka związana z umiejscowieniem	
Częściowe proste i złożone; wtórnie uogólnione	Karbamazepina, lewetyracetam, lakozamid, walproinian, gabapentyna, perampanel, klobazam, lamotrygina, topiramat, okskarbazepina, pregabalina, zonisamid, fenytoina, prymidon, fenobarbital, ezogabina,
Napady pierwotnie uogólnione	
Toniczno-kloniczne	Walproinian, lamotrygina, topiramat, lewetyracetam, zonisamid, karbamazepina, okskarbazepina, fenytoina
Napady nieświadomości	Walproinian, lamotrygina, etosuksymid, zonisamid
Miokloniczne	Walproinian, klonazepam, lewetyracetam
Toniczne	Walproinian, felbamat, klonazepam, zonisamid, rufinamid

Źródło: [22,23]

LPP mają za zadanie redukować hypersynchronizację i zatrzymywać nieprawidłowe wzniesienie pobudzenia. Mechanizm działania tych leków polega na przywróceniu nieprawidłowej dotychczas równowagi pomiędzy neuronalnym pobudzeniem i hamowaniem, dzięki modulacji funkcjonowania potencjałozależnych kanałów jonowych (potasowych, wapniowych, sodowych), wzmocnieniu synaptycznej neurotransmisji hamującej oraz

osłabieniu pobudliwości neuronalnej. Dobór leków zależy przede wszystkim od typu napadów i rodzaju zespołu padaczkowego. Istotnymi czynnikami, które należy uwzględnić są: wiek chorego (ponieważ u dzieci występuje większa podatność na uszkodzenia wątroby, a u osób starszych utrudniona jest eliminacja leku), możliwe objawy niepożądane (rzutują one na układ krwiotwórczy, endokrynnny, metabolizm kości, funkcje wątroby oraz na intelekt), okres prokreacji u kobiet, choroby towarzyszące, interakcje lekowe oraz wymaganą częstość stosowania [2, 4, 9].

Tabela II. Działania niepożądane leków przeciwpadaczkowych

Działania niepożądane leków przeciwpadaczkowych:	
Ostre	Późne
nadmierne uspokojenie	znużenie
zaburzenia uwagi i pamięci	sedacja
dolegliwości żołądkowo-jelitowe	zmęczenie
zmienność nastroju	senność
senność	drażliwość
zaburzenia równowagi, zawroty głowy	brak koncentracji
oczopląs, dwojenie	bóle głowy
dyzartria	obniżenie funkcji intelektualnych

Źródło: [2,9]

Stan padaczkowy

Stan padaczkowy stanowi zagrożenie życia, powinien być szybko rozpoznany i intensywnie leczony. Przyjęło się, że definiuje się go jako nieprzerwany napad padaczkowy, który utrzymuje się co najmniej 30 min albo powtarzające się napady, pomiędzy którymi epileptyk nie odzyskuje świadomości. Jeśli zaś napad trwa powyżej 5min wówczas stanowi zagrażający stan padaczkowy. Padaczka w wywiadzie jest najczęstszym czynnikiem ryzyka wystąpienia stanu padaczkowego [24,25].

Stan padaczkowy z uogólnionymi napadami drgawkowymi u dorosłych zdarza się najczęściej bez wcześniejszego wywiadu w kierunku padaczki. Roczna zapadalność wynosi 3,6-6,6 przypadków na 100 000 w Europie.

Przyczynami CSE (*convulsive status epilepticus*) są zazwyczaj: choroby naczyniowe mózgu, infekcje ośrodkowego układu nerwowego, guzy mózgu, anoksja albo hipoksja, ostre zaburzenia metaboliczne (np. hipokaliemia, hipoglikemia), ostawienie alkoholu etylowego i niektórych leków, zatrucia oraz u pacjentów ze stwierdzoną wcześniej padaczką zbyt niskie stężenie LPP, z reguły wskutek niedostosowania się do zaleceń [26].

Stan padaczkowy niedrgawkowy (NCSE) często bywa niesłusznie traktowany jako zaburzenia psychiczne i otępienne, zatrucie, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku. Do prawidłowego rozpoznania konieczne jest wykonanie badania EEG. Manifestacją kliniczną NCSE są zaburzenia świadomości lub zachowania wraz z ciągłą aktywnością napadową w badaniu elektroencefalograficznym [26].

Typy NCSE:

- stan padaczkowy napadów częściowo złożonych (inaczej CPSE)
- stan padaczkowy napadów nieświadomości
- stan padaczkowy z minimalnymi objawami ruchowymi (chory jest w stanie śpiączki, a w obrazie EEG odnotowuje się ciągłą aktywność napadową) [27].

Powodami wystąpienia ogniskowego stanu padaczkowego lub stanu padaczkowego napadów częściowych prostych są: leczenie operacyjne padaczki, przebyty stan padaczkowy drgawkowy, stosowanie zbyt niskich dawek LPP, nieodpowiedni dobór leków przeciwpadaczkowych [26].

Postępowanie w stanie padaczkowym

Leczenie powinno rozpocząć się już po pierwszym napadzie drgawkowym, jeśli pacjent nie odzyskuje świadomości. Natychmiast należy odizolować pacjenta od przedmiotów, które mogą narazić go na urazy, zapewnić drożność dróg oddechowych, kontrolować parametry życiowe (takie jak: tętno, ciśnienie tętnicze), zapewnić dostęp do żyły, podać diazepam w dawce 10mg dożylnie (0,15mg/kg, z prędkością 2-5mg/min) lub diazepam doodbytniczo 10- 20mg, lorazepam 4mg i.v. (0,1mg/kg, wlew z prędkością 2mg/min; możliwe jest powtórzenie tej dawki przy braku skuteczności) lub klonazepam 1mg dożylnie. Jeżeli po 5min drgawki nie ustąpią należy kontynuować dotychczasowe działania, włączając w to tlenoterapie (4-6 l tlenu/min) oraz pobrać krew na badania: stężenia glukozy, mocznika, elektrolitów (K, Mg, Na, Ca), kreatyniny, morfologia krwi, ocena układu krzepnięcia, gazometria, stężenia alkoholu etylowego, stężenia leków przeciwpadaczkowych (u pacjentów z padaczką w wywiadzie). Należy zapobiegać hipertermii podając paracetamol i stosując ochładzanie. Jeśli chory jest w stanie hipoglikemii podaje się 40ml 40% glukozy dożylnie. W

przypadku alkoholizmu lub wyniszczenia organizmu leczenie rozpoczyna się od podania tiaminy (100mg i.v. w ciągu 3- 5min). Nie wolno podawać fenytoiny i glukozy bądź fenytoiny i diazepamu przez ten sam dostęp żylny z powodu możliwości wytrącenia. Gdy napady drgawkowe utrzymują się ponad 10 min wówczas mówi się o tzw. utrwalonym stanie padaczkowym wtenczas podaje się albo fenytoinę w pompie infuzyjnej w dawce 15-18mg/kg z prędkością 50 mg/min. przy jednoczesnym monitorowaniu EKG i ciśnienia tętniczego, albo kwas walproinowy w dawce 25-45 mg/kg i.v. z prędkością 3-6 mg/kg/min. Jeśli dotychczasowe próby opanowania stanu drgawkowego nie przyniosły oczekiwanego skutku wtedy po 30min stwierdza się stan padaczkowy odporny na leczenie, wówczas wraz z asystą lekarza anestezjologa przeprowadza się intubację oraz wprowadza się pacjenta w znieczulenie ogólne pod kontrolą EEG. Leki: propofol, midazolam oraz tiopental podaje się, aż do wyciszenia aktywności napadowej widocznej w zapisie elektroencefalogramu. Takie leczenie jest prowadzone przez dobę, a następnie podejmowana jest próba wyprowadzenia pacjenta ze znieczulenia [26,28].

Czynnikami, które wskazują na niepomyślne rokowanie są: długi czas trwania napadu padaczkowego, podeszły wiek, brak reakcji na leczenie, współistnienie choroby naczyniowej mózgu, niedotlenienie, konieczność stosowania wentylacji mechanicznej, płeć żeńska oraz liczne choroby towarzyszące [26].

ZAŁOŻENIE I CEL PRACY

Epilepsja jest jedną z najczęściej występujących chorób neurologicznych nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Nie ingeruje w znacznym stopniu w funkcjonowanie jednostki dotkniętej padaczką, mimo to w społeczeństwie nadal krąży wiele mitów dotyczących tej choroby.

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych zaobserwowanych u osoby chorej na epilepsję.
2. Opracowanie planu opieki pielęgniarzkiej wobec pacjenta, u którego zdiagnozowano padaczkę ogniskową w postaci napadów prostych i złożonych w prawej okolicy płata skroniowego.
3. Przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji w nowych dla niego warunkach choroby.

4. Edukacja rodziny pacjenta w zakresie funkcjonowania osoby chorej na epilepsję.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto 49-letniego mężczyznę z padaczką ogniskową w postaci napadów prostych i złożonych z ogniskiem w prawej okolicy płata skroniowego, hospitalizowanego w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badania przeprowadzono w dniu 20.12.2018r.

W pracy wykorzystano metodę indywidualnych przypadków z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

Do badań wykorzystano proces pielęgnowania oraz metody zbierania danych o pacjencie: obserwacja pielęgniarska, pomiar, wywiad oraz analiza dokumentacji medycznej.

- Obserwacja pielęgniarska – to najstarsza metoda gromadzenia danych o pacjencie, która polega na wnikliwej, świadomej oraz dokładnej obserwacji pacjenta, sposobu jego zachowania w określonej sytuacji. Jest to metoda pojedyncza lub uzupełniająca
- Pomiar – działanie podejmowane przez pielęgniarkę w celu ilościowego określenia danej cechy pacjenta. Może być wykonywany metodą bezpośrednią, z użyciem przyrządu pomiarowego (np. RR, temperatura) bądź metodą pośrednią, czyli poprzez przeniesienie uzyskanego pomiaru na określony wzór (np. wynik BMI, czyli wskaźnika masy ciała).
- Wywiad pielęgniarski – ukierunkowana, zaplanowana rozmowa, mająca na celu doprowadzenie do zgromadzenia autentycznych danych o pacjencie. Może odbywać się bezpośrednio z podmiotem opieki bądź z jego rodziną, bliskimi. Pozwala na zebranie prawdziwych informacji o stanie pacjenta.
- Analiza dokumentacji medycznej – przeprowadzona na podstawie wszelkich dostępnych dokumentów pacjenta (wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych, historia choroby, indywidualna karta zleceń lekarskich), które mogą być wykorzystane do postawienia prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej.

Proces pielęgnowania jest to systematyczny i uporządkowany sposób określenia indywidualnych problemów człowieka, ustalenie propozycji ich rozwiązania, realizowanie oraz ocenianie tych rozwiązań. Jest projektem opieki pielęgniarskiej, który wykorzystuje świadome stosowanie stanu psychicznego, biologicznego i społecznego [29].

Etapy procesu pielęgnowania:

- Rozpoznawanie stanu pacjenta i jego środowiska - w tym etapie gromadzimy dane o pacjencie, analizujemy oraz formułujemy diagnozę pielęgnarską
- Planowanie opieki pielęgnarskiej nad pacjentem i jego środowiskiem - ustala się indywidualny cel opieki pielęgnarskiej, dobieramy działania i sprzęt do realizowania działań, które wynikają z założonych celów opieki pielęgnarskiej
- Realizowanie planu opieki pielęgnarskiej - opiera się na przygotowaniu pielęgnarki, chorego oraz rodziny do realizowania planu opieki oraz wykonaniu określonych wcześniej w nim czynności.
- Ocena wyników opieki świadczonej na rzecz pacjenta- w tym etapie analizuje się uzyskane wyniki opieki, ocenia się działania podjęte w stosunku do pacjenta oraz formułuje się ocenę ich [30].

WYNIKI**Opis przypadku**

Pacjent J.K. lat 49, hospitalizowany w dniach 18-21.12.2018r. w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Klinicznego Szpitala w Białymstoku z powodu drugiego w życiu napadu padaczkowego.

Pierwszy incydent napadowy oceniony jako czynnościowy został przez pacjenta zignorowany, w konsekwencji nie trafił on do szpitala w celu diagnostyki.

Według zeznań świadków drugi napad charakteryzował się podobnymi cechami. Poprzedzony był uczuciem gorąca oraz przyśpieszonym biciem serca. Incydenty polegały na bełkotliwej mowie i mimowolnych ruchach przypominających klaskanie. Po ustąpieniu napadu chory oddał moc.

Pacjent nie pamięta obu incydentów.

Rodzina zauważyła zmiany w zachowaniu chorego, twierdzą, że jest osoba znerwicowaną, bardzo drażliwą oraz pobudliwą. Od roku pacjent skarży się na rozdrażnienie, zaburzenia pamięci oraz bóle głowy.

Pacjent ma wykształcenie wyższe, pracuje w sektorze Ochrony Zdrowia, ma dwoje dzieci, nie pali papierosów, alkohol spożywa sporadycznie, nie chorował poważnie. Swoją sytuację materialną ocenia na bardzo dobrą. Mieszka w domu jednorodzinnym na przedmieściach miasta wojewódzkiego. Sport uprawia regularnie, trzy razy w tygodniu, zazwyczaj biegając lub jeżdżąc na rowerze.

Przy przyjęciu na oddział pacjent był przytomny, zgłaszał zaburzenia pamięci świeżej i dawnej.

W badaniu internistycznym nie stwierdzono odchyleń od normy, waga 88kg, wzrost 186cm, ciśnienie tętnicze 128/82 mm HG, czynność serca miarowa 81/min. oraz 16 oddechów/min.

Pacjent używa na co dzień okularów, jest krótkowidzem.

W badaniu neurologicznym - bez zespołu neurologicznego.

W wykonanym badaniu elektroencefalograficznym opisano czynność podstawową prawidłową, składającą się w odprowadzeniach potylicznych z rytmu alfa o częstotliwości 9-10 Hz i amplitudzie do 50 mV oraz rytmu beta, reakcja zatrzymania obecna, na tym tle widoczne były liczne uogólnione fale theta 6-7 Hz z ogniskiem w prawej okolicy czołowo-skroniowej, podczas Fs i Hw nasilała się amplituda ww. fal. Ze względu na wywiad i niejasny charakter incydentu zlecono EEG po deprywacji snu. Jego zapis wykazał czynność prawidłową podstawową, obecność pojedynczych fal 6-7 Hz o amplitudzie czynności podstawowej, liczniejszych niż w badaniu spoczynkowym. W Hw synchroniczne wyładowania fal ostrych w prawej okolicy skroniowej, Fs bez wpływu na zapis.

Zapis video-EEG: w trakcie badania zarejestrowano 3 napady, 1 w czasie czuwania oraz dwa podczas snu, trwające do 1min. o podobnej morfologii. Napady rozpoczynają się wokalizacją, następnie występują automatyzmy oralne oraz ruchy rękoma przypominające klaskanie. W czasie napadów w zapisie EEG występuje uogólniona czynność napadowa fal ostrych i fal wolnych rozpoczynających się w prawej okolicy skroniowej. W związku z przyjmowanymi lekami przeciwpadaczkowymi chory zgłasza trudności w koncentracji oraz wzmożoną senność w ciągu dnia.

U 49-letniego pacjenta rozpoznano padaczkę ogniskową w postaci napadów prostych i złożonych z ogniskiem w prawej okolicy płata skroniowego.

Obecnie pacjent przeżywa lęk i strach o swój stan zdrowia, stresuje się hospitalizacją oraz przeprowadzanymi badaniami diagnostycznymi, boi się jak poradzi sobie w nowych dla niego warunkach choroby.

Chory skarży się na zaburzenia koncentracji, pamięci oraz na wzmożoną senność wynikające z przyjmowanych przez niego LPP.

Mężczyzna obawia się również powszechnej w społeczeństwie stygmatyzacji dotyczącej chorych na epilepsję.

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej**Diagnoza pielęgniarstwiej 1: Ryzyko wystąpienia uszkodzeń ciała w przypadku przeżycia napadu padaczkowego.**

Cel: Uniknięcie uszkodzeń ciała powstałych na skutek napadu padaczkowego.

- Zapewnienie bezpieczeństwa podczas napadu padaczkowego poprzez zastosowanie następujących działań: usunięcie chorego z niebezpiecznej strefy, ułożenie w pozycji bezpiecznej, podłożenie pod głowę czegoś miękkiego oraz nie podawanie niczego do picia.
- Zabezpieczenie dróg oddechowych poprzez: rozluźnienie ubrania wokół szyi, ułożenie chorego w pozycji pośredniej, która zapobiega aspiracji wymiocin i śliny do tchawicy oraz zapadnięciu języka, nie podawanie nic do picia. Po ustąpieniu napadu ułożenie pacjenta na boku.
- Monitorowanie stanu pacjenta: Układ oddechowy:
 - pomiar liczby oddechów
 - pomiar pulsoksymetrii (po napadzie)
 - obserwacja powłok skórnych Stan świadomości:
 - ocena świadomości za pomocą skali Glasgow Coma Scale Układ krążenia:
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi
 - monitoring EKG
 - pomiar glikemii
- Podanie LPP zgodnie ze zleceniem lekarskim: rektalnie, jeśli pacjent nie ma założonego dostępu żylnego lub dożylnie, pod warunkiem, że wkłucie dożylnie zostało założone przed napadem lub po jego ustąpieniu
- Zapewnienie odpoczynku w ciszy i spokoju po ustąpieniu napadu drgawkowego, co umożliwi pacjentowi szybszy powrót do równowagi fizyczno-psychicznej
- Pomoc przy wykonaniu czynności higienicznych po odzyskaniu pełnej świadomości, takich jak: umycie, przebranie chorego po odzyskaniu pełnej świadomości.

Diagnoza pielęgniarstwiej 2: Obawa pacjenta o nietrzymanie moczu podczas ewentualnego napadu padaczkowego.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta w związku z możliwością nietrzymania moczu podczas napadu padaczkowego.

Realizacja:

- Pomoc przy wykonaniu lub wykonanie za pacjenta czynności higienicznych, takich jak: przebranie zanieczyszczonego ubrania i bielizny pacjenta, zmiana brudnej bielizny pościelowej toaleta ciała pacjenta
- Wywietrzenie sali
- Rozmowa z pacjentem i wyjaśnienie okoliczności związanych z nietrzymaniem moczu

Ocena podjętych działań: Dzięki rozmowie z pacjentem obawa zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko zagrożenia życia pacjenta związanego z ewentualnym wystąpieniem stanu padaczkowego.

Cel: Uniknięcie stanu zagrożenia życia spowodowanego stanem padaczkowym.

Realizacja:

- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi podczas stanu padaczkowego
- Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych
- Podanie leków przeciwdrgawkowych zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Monitorowanie stanu pacjenta

Ocena podjętych działań: Ocena niemożliwa z powodu niewystąpienia u pacjenta stanu padaczkowego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Lęk i niepokój pacjenta spowodowany badaniami diagnostycznymi.

Cel: Zmniejszenie niepokoju pacjenta związanego z przeprowadzanymi badaniami diagnostycznymi.

Realizacja:

- Poinformowanie pacjenta o zaplanowanych badaniach diagnostycznych:
 - EEG (elektroencefalografia)
 - TK (tomografia komputerowa)
 - badania biochemiczne krwi
- Wyjaśnienie choremu celowości wykonywanych badań, wytłumaczenie przebiegu badania oraz procedur związanych z przygotowaniem do badania
- Przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych

- Wykonanie badań bądź asystowanie w czasie badań, zgodnie z obowiązującymi standardami i algorytmami postępowania
- Obserwacja pacjenta w trakcie badań
- Zapewnienie odpoczynku w spokoju i ciszy po wykonanych badaniach diagnostycznych

Ocena podjętych działań: Lęk i niepokój pacjenta zmniejszył się w wyniku zastosowanych działań pielęgniarских.

Diagnoza pielęgniarська 5: Niepokój i lęk związany z hospitalizacją. Cel: Zmniejszenie lęku związanego z hospitalizacją.

Realizacja:

- Zapoznanie pacjenta z personelem pracującym w oddziale
- Przedstawienie chorego innym pacjentom z sali
- Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału
- Poinformowanie chorego o możliwościach kontaktu z rodziną:
- Odwiedziny w Klinice Neurologii są możliwe w dni powszednie w godz. 13:00-17:00 oraz w weekendy i święta w godzinach 11:00-16:00
- Zapoznanie chorego z Kartą Praw Pacjenta
- Przekazanie informacji o lekarzu prowadzącym
- Poinformowanie o lokalizacji kaplicy na terenie szpitala oraz zapewnienie
- kontaktu z duchowym, jeśli pacjent wyraża taką zgodę

Ocena podjętych działań: Odczuwane lęk zdecydowanie zmniejszył się dzięki działaniom pielęgniarским.

Diagnoza pielęgniarська 6: Możliwość wystąpienia zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Cel: Uniknięcie zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Realizacja:

- Zapewnienie drożności wkłucia
- Raz na dobę zmiana okleiny wokół dostępu naczyniowego
- Obserwacja skóry wokół dostępu żylnego pod kątem występowania objawów zapalenia, tj. obrzęku, zaczerwienienia, bólu, podwyższonej temperatury ciała)
- Prowadzenie kontrolki wkłucia obwodowego

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas używania dostępu naczyniowego

Ocena podjętych działań: W wyniku zastosowanych działań pielęgniarских nie doszło do zakażenia w miejscu wkłucia obwodowego.

Diagnoza pielęgniariska 7 : Zaburzenia koncentracji, pamięci i nadmierna senność z powodu ubocznego działania LPP.

Cel: Poprawa koncentracji, pamięci i zmniejszenie senności pacjenta.

Realizacja:

- Upewnienie się, że pacjent systematycznie przyjmuje zlecone leki przeciwpadaczkowe
- Poinformowanie pacjenta o konieczności powiadomienia personelu medycznego w przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwości i objawów ubocznych
- Podaż leków na zlecenie lekarza

Ocena podjętych działań: Dzięki zastosowanym działaniom zaburzenia koncentracji, pamięci i nadmierna senność zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniariska 8: Niezdolność do samoopieki i samopielęgnacji w ewentualnym stanie padaczkowym.

Cel:

- Zwiększenie stopnia samoopieki i samopielęgnacji oraz poprawa jakości życia.
- Toaleta i zapewnienie drożności dróg oddechowych

Realizacja:

- Toaleta jamy ustnej
- Toaleta i utrzymanie w czystości skóry chorego
- Ochrona oczu i rogówki przed wysychaniem
- Toaleta przeciwoleżynowa, właściwe ułożenie i częsta zmiana pozycji ułożenia ciała
- Karmienie pacjenta przez zgłębnik nosowo-żołądkowy
- Dopajanie chorego przez zgłębnik nosowo-żołądkowy
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej
- Zmiana pampersa
- Zmiana worka na mocz

Ocena podjętych działań: Ocena niemożliwa z powodu niewystąpienia u pacjenta stanu padaczkowego.

Diagnoza pielęgnarska 9: Lęk przed wystąpieniem kolejnego napadu. **Cel:** Zmniejszenie obaw przed wystąpieniem kolejnego napadu.

Realizacja:

- Omówienie z chorym czynników, które mogą wyzwać napad padaczkowy: zbyt krótki sen, gorączka, alkohol, stres, używki, stosowanie niektórych leków, przegrzanie ciała (zwłaszcza głowy), intensywny wysiłek fizyczny, błyski świetlne na monitorze telewizora lub komputera, niedożywienie, bodźce świetlne wytwarzane przez lampy stroboskopowe
- Rozmowa z pacjentem na temat identyfikacji charakterystycznych dla niego czynników, które odpowiadają za wystąpienie napadu padaczkowego oraz objawów poprzedzających napad
- Poinformowanie pacjenta o konieczności regularnego przyjmowania leków i obserwacji reakcji organizmu na stosowane LPP
- Zachęcenie epileptyka do prowadzenia książeczki napadów padaczkowych (odnotowywanie częstości i okoliczności napadów)
- Nauczenie stosowania technik relaksacyjnych w przebiegu zwiększonego napięcia emocjonalnego
- Nauczenie pacjenta przyjmowania pozycji zapewniającej bezpieczeństwo przed zbliżającym się napadem
- Nauczenie rodziny pacjenta zasad udzielania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia napadu
- Motywowanie chorego do przestrzegania zasad zleconej farmakoterapii

Ocena podjętych działań: W wyniku zastosowanych działań pielęgnarskich lęk przed wystąpieniem kolejnego napadu zmniejszył się.

Diagnoza pielęgnarska 10: Brak wiedzy na temat padaczki ze strony rodziny pacjenta.

Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy rodziny pacjenta na temat epilepsji.

Realizacja:

- Przekazanie rodzinie pacjenta podstawowych informacji na temat padaczki
- Edukacja rodziny w zakresie postępowania w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego
- Zapoznanie rodziny pacjenta z czynnikami wywołującymi napady padaczkowe:
 - infekcje

- bodźce świetlne
- niesystematyczne leczenie
- alkohol
- hiperwentylacja
- pozbawienie snu
- Zapewnienie kontaktu z psychologiem (umówiono wizytę psychologa na godzinę 14:30) oraz grupą wsparcia (Polskie Stowarzyszenie Ludzi Cierpiących na Padaczkę znajduje się w budynku przy ulicy Fabrycznej 57 w Białymstoku na XI p.; można się również z nim skontaktować pod numerem telefonu: 85-654 57 51)

Ocena podjętych działań: Uzyskana wiedza przez rodzinę pacjenta pozwala na lepsze przystosowanie się chorego w środowisku. Rodzina chorego będzie umiała postępować w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego.

Diagnoza pielęgnarska 11: Niepokój pacjenta o własne zdrowie i dalsze funkcjonowanie w warunkach choroby.

Cel: Zmniejszenie niepokoju pacjenta związanego ze stanem zdrowia i funkcjonowaniem w warunkach choroby.

Realizacja:

- Udzielenie pacjentowi informacji na temat stowarzyszeń działających na rzecz osób z padaczką:
 - Polska Liga Przeciwpadaczkowa (www.epilepsy.org.pl)
 - Polskie Stowarzyszenie Ludzi Cierpiących na Padaczkę (www.padaczka.bialystok.org.pl)
 - Fundacja Epileptologii (www.epilepsy.pl)
- Zaproponowanie pacjentowi czytanie prasy i innych materiałów edukacyjnych dla chorych na padaczkę i ich rodzin, np. EPI (kwartalnik)

Ocena podjętych działań:

Pacjent ze spokojem podchodzi do własnego funkcjonowania w warunkach choroby.

Diagnoza pielęgnarska 12: Trudności w adaptacji związanej z funkcjonowaniem społecznym, rodzinnym i zawodowym.

Cel: Zwiększenie stopnia adaptacji i akceptacji w chorobie.

Realizacja:

- Edukacja na temat pracy zawodowej. W Polsce nie ma żadnych szczegółowych rozporządzeń ani przepisów prawnych regulujących ograniczenia w zakresie nauki zawodu pacjentów chorych na epilepsję.
- Rozmowa na temat korzystania z komputera i telewizora. Czynniki, które mogą wywołać napad padaczkowy, kwalifikowanymi jako fotowrażliwość są: sztuczne i słoneczne światło, ekran telewizora, wzory geometryczne, gry wideo i komputerowe. Zalecane jest używanie okularów ze spolaryzowanymi szklami w kolorze zielonym lub niebieskim.
- Edukacja na temat korzystania z telefonu komórkowego. Nie ma przeciwwskazań do używania telefonów komórkowych.
- Rozmowa na temat prawa jazdy. Zdiagnozowana epilepsja jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do uzyskania licencji zawodowego kierowcy. Natomiast nie ma przepisów prawnych, które regulowałyby kwestię posiadania amatorskiego prawa jazdy. Wzorem innych krajów zaleca się, aby osoby po zakończonym leczeniu, po upływie 2-5 lat mogły ubiegać się o amatorskie prawo jazdy.
- Edukacja na temat aktywności fizycznej i uprawiania sportów. Zaleca się umiarkowaną aktywność fizyczną. Przeciwwskazane są: nurkowanie, skoki spadochronowe, szybownictwo, wspinaczka bez asekuracji, natomiast sporty takie jak: pływanie, ćwiczenia gimnastyczne na przyrządach, wspinaczka, jeździectwo powinny być uprawiane pod nadzorem. Zaleca się, aby do jazdy rowerowej stosować ochraniacze i kask.

Ocena podjętych działań: Pacjent zaadoptował się do nowej sytuacji.

Diagnoza pielęgniarska 13: Stygmatyzacja i występowanie fałszywych stereotypów na temat chorych na padaczkę w społeczeństwie.

Cel: Poprawa jakości życia oraz samooceny chorego.

Realizacja:

- Dialog z pacjentem na temat stereotypów istniejących w społeczeństwie na temat epilepsji.
- Zwrócenie szczególnej uwagi na fakt, że:
 - padaczka nie jest to choroba psychiczna
 - epilepsja nie jest chorobą zaraźliwą

- choroba ta nie zawsze wymaga leczenia przez całe życia
- padaczkę można skutecznie leczyć
- napady nie zawsze mają charakter drgawek i nie zawsze przebiegają z utratą świadomości
- chorzy mogą doskonale funkcjonować w społeczeństwie i odnosić sukcesy w różnych dziedzinach życia

Ocena podjętych działań: Rozmowa z pacjentem i obalenie fałszywych stereotypów związanych z padaczką poprawiło samoocenę pacjenta i znacznie wpłynęło na jakość jego życia.

WNIOSKI

1. Na podstawie zebranych informacji o pacjencie i jego chorobie, ustalono diagnozy pielęgniarские zarówno w sferze biologicznej, psychicznej jak i społecznej. Najistotniejsza jednak była możliwość wystąpienia zagrożenia życia i uszkodzeń ciała w wyniku przejścia napadu padaczkowego.
2. Plan opieki pielęgniarской sformułowano w odniesieniu do aktualnego stanu zdrowia pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy psychologicznej ze strony pielęgniarki w zakresie pokonywania lęków związanych z chorobą oraz adaptacji do nowej sytuacji.
3. Rolą pielęgniarki była obserwacja pacjenta, kontrola parametrów życiowych, edukacja otoczenia pacjenta oraz przede wszystkim wspieranie epileptyka w chorobie.

Postulat:

Istnieje potrzeba zwiększania wiedzy i świadomości wśród społeczeństwa na temat epilepsji.

PIŚMIENNICTWO

1. Jędrzejczak J.: Padaczka: Neurologia podręcznik dla studentów medycyny: Kozubski W., Liberski P. (red): PZWL: 2014: 663-682
2. Pierzchała K.: Padaczka: Neurologia: Stępień A. (red): MEDICAL TRIBUNE POLSKA: 2015: 171-197
3. Plech A.: Padaczka – aspekt terapeutyczny, socjalny i ekonomiczny: Journal of Ecology and Health: 2010: 14(4): 205-211
4. Kacperska M. J., Jastrzębski K., Kozera-Kępiński A., Klimek A.: Wybrane

- farmakokinetyczne interakcje leków w trakcie leczenia padaczki. Część I: AktualnościNeurologiczne: 2013: tom 13(1): 40-49
5. Filipiska K.: Padaczka – choroba społeczna XXIw.: Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu: 2016: 3(1)
 6. Różycka A., Dorszewska J., Jagodziński P.P.: Zaburzenia czynności kanałów jonowych w patogenezie padaczek idiopatycznych: Neurologia i Neurochirurgia Polska: 2011: tom45: 42-56
 7. Zachwieja J.: Wpływ wybranych czynników na jakość życia osób z padaczką: Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne: 2013: tom 2(3): 117-124
 8. Owczarek K.: The concept of quality of life: ActaNeuropsychologica: 2010: tom 8(3): 207- 213
 9. Bazil C. W., Srinivasan S., Pedley T. A.: Epilepsy and seizures disorders: Merritt's Neurology: Louis E. D., Mayer S. A., Rowland L. P. (red): Wolters Kluwer Health: 2016: 515-539
 10. Jędrzejczak J.: Klasyfikacja padaczek i napadów padaczkowych: Polski Przegląd Neurologiczny: 2008: tom 4: 40-41
 11. Benbadis S. R.: Nonepileptic behavioral disorders: diagnosis and treatment: Continuum: 2013: 19(3): 715-729
 12. Pittau F., Korff C.M., Nordli D.R. Jr.: Epileptic spasm in epilepsy with myoclonic-atonic seizures (Doose syndrome): Epileptic Disord: 2016: tom 18(3): 289-296
 13. Sowizdraniuk J., Lesiewicz-Misiurna M.: Poziom wiedzy nauczycieli szkół podstawowych z zakresu udzielania pierwszej pomocy: Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne: 2018: 8(4): 253-261
 14. Owczarek K.: Znaczenie interakcji między chorymi, społeczeństwem i mediami: Epileptologia: 2008: 16: 69-77
 15. Lindsay K.W., Bone I., Fuller G.: Padaczka – klasyfikacja: Neurologia i neurochirurgia: Kozubski W. (red): ElsevierUrban&Partner Wrocław: 2013: 100
 16. Żesławka-Faleńczyk A.: Zaburzenia lękowe u pacjentów chorych na padaczkę skroniową: Wrocław Medical University 2011: tom 1: 111-120
 17. Majkowski J.: Nietypowe formy napadów padaczkowych: Polski Przegląd Neurologiczny: 2008: tom 4: 90-91
 18. Łukasiuk K., Bednarczyk J.: Czy można zapobiec rozwojowi padaczki nabytej?: Wszechświat: 2014: tom 115: 36-39

19. Węglowski P.: Epilepsja pourazowa jako późne powikłanie urazu czaszkowo-mózgowego: *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*: 2013: 3(4): 381-384
20. Hunt. R.F., Boychuk J.A., Smith B.N.: Neural circuit mechanizm of post-traumatic epilepsy: *Frontiers in Cellular Neuroscience*: 2013: 89-98
21. Rejdak K.: Współczesne algorytmy diagnostyczne i standardy terapeutyczne w nowo rozpoznanej padaczce u dorosłych: *Polski Przegląd Neurologiczny*: 2010: tom 6: 131-136
22. Rejdak K., Rola R., Mazurkiewicz-Bełdzińska M., Halczuk I., Błaszczuk B., Rysz A., Ryglewicz D.: Diagnostyka i leczenie padaczki u osób dorosłych - rekomendacje Polskiego Towarzystwa Neurologicznego: *Polski Przegląd Neurologiczny*: 2016: tom 12: 15-27
23. Kacperska M. J., Jastrzębski K., Kozera-Kępiński A., Klimek A.: Wybrane farmakokinetyczne interakcje leków w trakcie leczenia padaczki. Część II: Aktualności Neurologiczne: 2013: tom 13(1): 50-55
24. Claassen J., Hirsch J. H.: Stan padaczkowy: Stany zagrożenia życia w neurologii klinicznej: Kozubski W.: PZWL: 2011: 81-97
25. Rejdak K.: Stan padaczkowy: *Polski Przegląd Neurologiczny*: 2010: tom 6: 44-45
26. Sienkiewicz-Jarosz H.: Stan padaczkowy: Stany nagłe Neurologia: Sienkiewicz-Jarosz H.: Medical Tribune Polska: 2016: 85-92
27. Bosak M.: Niedrgawkowy stan padaczkowy u dorosłych: *Family Medicine&PrimaryCareReview*: 2015: 17(4): 299-305
28. Jędrzejczak J., Alejandro A.: Postępowanie w stanie padaczkowym: *Neurologia po Dyplomie*: 2011: 6(1): 53-61
30. Płaszewska-Żywko L.: Założenia procesu pielęgnowania: Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red): PZWL: 2008: 27-34
31. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Kilańska D.: Ocenianie sytuacji zdrowotnej pacjenta i jego środowiska: Podstawy pielęgniarstwa: Założenia Koncepcyjno – Empiryczne Opieki Pielęgniarstwa: Zarzycka D., Ślusarska B. (red): PZWL: 2017: 272-276

POZIOM WIEDZY SPOŁECZEŃSTWA WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH

Magdalena Sienkiewicz¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Szpital Wojewódzki w Łomży, oddział Laryngologii
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Jedną z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka stanowi zdrowie. Na poprawne funkcjonowanie życia zdrowotnego mają takie aspekty jak zadowolenie z życia fizycznego, psychicznego, społecznego.

Zdrowie wśród społeczeństwa jakby mogło wydawać się to nie tylko brak choroby, ale również podstawą do osiągnięcia innych ważnych w życiu aspektów m.in. takich jak więzi emocjonalne, status finansowy oraz pozycja w społeczeństwie. Stwierdzenie, iż pieniądze szczęścia nie dają jest błędne. Znaczna część ludzi uznaje je jako nieodzowny element satysfakcji z życia, co prowadzi do poprawy komfortu życia oraz zdrowia.

W czasach powszechnej dostępności leków sprzedawanych bez recept (OTC) społeczeństwo bierze odpowiedzialność za własne zdrowie i to każda jedna jednostka w społeczeństwie staje się aktywnym uczestnikiem procesu leczenia. O stosowaniu, dawkowaniu tych leków decyduje sam pacjent oraz bierze za to odpowiedzialność. W kwestii samoleczenia może również być pomocny farmaceuta lub ulotka dołączona do opakowania farmaceutyku.

Proces samoleczenia w Polskim społeczeństwie jest bardzo powszechny co za tym idzie ma wiele zalet jak i wad. Do jednych z zalet procesu radzenia sobie z dolegliwościami ze strony organizmu jest: oszczędność czasu i pieniędzy oraz odpowiedzialność za własne zdrowie, zaś do wad należą: nieprawidłowe dawkowanie leków, nieodpowiednie łączenie leków, nieprawidłowe stosowanie leków.

Poprzez szeroką dostępność środków farmaceutycznych na rynku farmaceutycznym wydawanych bez recept ich popyt stale rośnie. Do grup leków sprzedawanych bez recept

(OTC) należą leki takie jak: środki zwiększające odporność organizmu, leki stosowane na ból gardła, środki przeciwzapalne oraz przeciwbólowe, minerały lub witaminy.

Mechanizm powstania bólu

Odczucie bólu w życiu każdego człowieka odgrywa rolę ostrzegawczo-obronną towarzyszy wielu stanom chorobowym. Określany jest jako sygnał subiektywnego, przykrego, nieprzyjemnego doznania czuciowo-emocjonalnego. Ból jest negatywną emocją, jednakże to podstawowy objaw, oznaka sygnalizująca potrzebę poszukiwania pomocy medycznej. Ból wymusza ograniczenie aktywności oraz zwiększa wrażliwość, pomimo swego nieprzyjemnego charakteru wyzwała w organizmie reakcję obronną, która hamuje dalszy rozwój urazów lub choroby. Odczucie bólu wydłużającego się w czasie przeradza się z funkcji ostrzegawczej w źródło cierpienia co wpływa na znaczne obniżenie jakości życia. Ból jest spostrzeżeniem powstającym w wyniku psychicznej interpretacji [1].

Ból, z którym w dużej mierze mamy do czynienia jest bólem receptorowym, który powstaje w wyniku podrażnienia receptorów bólowych znajdujących się na całej powierzchni ciała. W wyniku somatosensorycznych uszkodzeń struktur układu nerwowego występuje ból niereceptorowy - neuropatyczny. Występujący ból bez przerwania ciągłości tkanek, jednakże określany mianem takiego bólu jest ból niereceptorowy-psychogeny [1, 2].

Obniżenie progu bólowego powoduje znaczną ilość negatywnych emocji, stanów są to m.in. izolacja, odseparowanie od społeczeństwa, brak snu, gniew, lęk, smutek. Wysoki próg bólowy wpływa na poprawność relacji międzyludzkich, poprawę stanu zdrowia, umiarkowaną aktywność fizyczną.

Nocicepcja – jest to proces powstania odczucia bólu, w którym wyróżnia się cztery etapy są to:

- transdukcja – przekształcenie bodźca uszkodzającego tj. mechanicznego, termicznego, chemicznego w impuls elektryczny przewodzony włóknami nerwowymi. Do tego procesu dochodzi w obwodowych zakończeniach nerwów nocyceptorów. Ich źródło znajduje się między innymi w zwoju trójdzielnym. Do organizmu napływa wyrzut wielu substancji chemicznych uwolnionych podczas uszkodzenia tkanki jest to m.in. histamina, serotoniny, cytokiny, bradykinina. To właśnie te uwolnione substancje chemiczne odpowiadają za obrzęk, zaczerwienienie, nadwrażliwość miejsca.
- transmisja – jest to inaczej przewodzenie bodźca z receptorów do zwoju rdzeniowego, gdzie uwalniane są aminokwasy pobudzające, neurokininy, peptydy. Zostają one przetransportowane do rogów tylnych rdzenia kręgowego.

- modulacja – to etap zwany inaczej hamowaniem, pobudzeniem, sumowaniem bodźców. Informacja bólowa przekazywana jest dalej do m.in. istoty białej rdzenia kręgowego oraz sznurów tylnych.
- percepcja – ma miejsce w korze mózgowej, jej zadaniem jest uświadomienie bólu i odpowiednie zareagowanie organizmu. W tym etapie kształtowane są emocje zachowań z zapamiętanym bólem są to lek, gniew, agresja [2].

Systematyzacja powstania bólu

Dla prawidłowego uregulowanie mechanizmu powstania bólu niezbędna jest jego klasyfikacja. Dzięki odpowiedniej klasyfikacji dolegliwości bólowych można dokonać właściwego rozpoznania oraz odpowiedniego podjęcia leczenia lub doboru środków terapeutyczno-leczniczych. Ból można podzielić na dwa rodzaje:

- neurofizjologiczny,
- kliniczny.

Ból receptorowy jest zwany również bólem fizjologicznym. Ból receptorowy powstaje w momencie podrażnienia receptorów czuciowych zlokalizowanych w powłokach skórnych na skutek działania mechanicznego, termicznego, chemicznego i w dalszej części przekazany do układu sensorycznego. Jego najczęstsze występowanie można zaobserwować w jednostkach chorobowych takich jak:

- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- zespół bólowy kręgosłupa,
- osteoporoza
- fibromialgia [2].

Ból neuropatyczny jest rodzajem bólu przewlekłego oraz okreśłany mianem bólu patologicznego. Powstaje w wyniku uszkodzenia lub choroby somatosensorycznej części układu nerwowego. Przyczyną jest pierwotne uszkodzenie mózgu, nerwów obwodowych, rdzenia kręgowego. Do najczęstszego wystąpienia bólu neuropatycznego zalicza się: zaburzenia metaboliczne, uraz, zakażenia, niedokrwienie, promieniowanie oraz czynniki chemiczne. Charakterystyczne cechy bólu neuropatycznego to: palenie, pieczenie, pulsacyjność, uczucie miazdżenia. Jego cechą charakterystyczną jest również fakt oporności na działanie środków farmaceutycznych. Jednostki chorobowe, które sprzyjają powstaniu bólu neuropatycznego są:

- półpasiec,

- cukrzyca,
- ból fantomowy
- neuropatia obwodowa [1, 2].

Ból ostry charakterystyczną jego cechą jest krótki czas trwania do miesiąca oraz bardzo duże natężenie. Ma określoną przyczynę oraz lokalizację i pojawia się nagle. Podczas trwania bólu ostrego mogą wystąpić objawy ze strony organizmu takie jak: nudności, podwyższenie temperatury ciała, lęk, pocenie się. Ból z klasyfikacji bólu ostrego nie pozostawia trwałych następstw, a leczenie polega na usunięciu przyczyny co zazwyczaj jest wystarczające oraz skuteczne. Skuteczne leczenie bólu ostrego zapobiega rozwinięciu się i powstaniu bólu przewlekłego. Ból ostry powstaje w wyniku uszkodzenia tkanek, skurczu mięśni, chorób układu nerwowego, zaburzeń układu nerwowego. Najpowszechniejszymi bólami ostrymi obserwowanymi w społeczeństwie są bóle pooperacyjne, pourazowe, kolka nerkowa, ból wieńcowy oraz pooparzeniowe [3].

Ból przewlekły o tym rodzaju bólu można mówić, gdy utrzymuje się on powyżej 3 miesięcy lub gdy utrzymuje się mimo wygojonych tkanek. Określany jest mianem choroby samej w sobie, gdyż wymaga wielokierunkowego postępowania terapeutycznego. U osób z bólem przewlekłym obserwuje się znaczne obniżenie jakości życia obejmujące aspekty fizyczne, psychiczne, społeczne, ich nasilenie zależy od natężenia bólu oraz czasu trwania. Częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem i przypada na osoby po 65 roku życia. Leczenie bólu przewlekłego powinno być skierowane na przyczynę bólu, w przypadku niemożności wdrażania leczenia przyczynowego należy uwzględnić program leczenia wielokierunkowego. Program leczenia wielokierunkowego powinien uwzględniać farmakoterapię, fizjoterapię, rehabilitację, techniki inwazyjne oraz psychologiczne metody leczenia dolegliwości bólowych [2, 3].

Definicja leków przeciwbólowych

Leki przeciwbólowe to preparaty działające na ośrodkowy układ nerwowy w sposób hamujący powodując zmniejszenie odczucia bólu.

Leki przeciwbólowe można podzielić na 2 grupy farmakologiczne, które różnią się od siebie właściwościami farmakologicznymi, mechanizmem działania, zastosowaniem.

- Opioidowe leki przeciwbólowe są to leki, które działają silnie przeciwbólowo oraz upośledzając ośrodkowy układ nerwowy. Opioidy hamują odczucie dolegliwości bólowych poprzez pobudzenie receptorów opioidowych. Receptory opioidowe mają miejsce w ośrodkowym, jak i obwodowym układzie nerwowym. Opioidowe leki

przeciwbólowe są to środki nazywane również lekami narkotycznymi, ponieważ wywołują tolerancję oraz lekozależność, gdyż są niebezpieczne przy stosowaniu jednorazowym występuje możliwość przedawkowania, przy stosowaniu przewlekłym występuje ryzyko uzależnienia, narkomanii. Powodują wystąpienie zależności fizycznej oraz psychicznej, w szybkim stopniu podczas ich stosowania rozwija się działanie euforyczne.

- Nieopiodowe leki przeciwzapalne są to leki działające przeciwgorączkowo, przeciwzapalnie o mniejszym nasileniu działania przeciwbólowego niż leki opiodowe. Ta grupa leków nie powoduje na ogół przyzwyczajenia oraz w minimalnym stopniu prowadzi do nadużywania [4].

Zasady stosowania leków przeciwbólowych

W 1986 roku została stworzona drabina analgetyczna przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Drabina analgetyczna jest to schemat przedstawiający podawanie leków przeciwbólowych oraz innych środków farmaceutycznych. Grupa leków jaką są NLPZ mieści się na pierwszym miejscu drabiny analgetycznej i stanowi dużą grupę leków o powszechnym zastosowaniu. Główną zasadą drabiny analgetycznej jest pomiar natężenia bólu. Wybór leku oraz jego dawka zależy od stopnia natężenia bólu, dlatego też ważnym parametrem przy wyborze leku jest jego okres półtrwania. Różnice okresu półtrwania mają wpływ na ich bezpieczeństwo podczas stosowania. Drabina analgetyczna przedstawia trzy poziomy natężenia bólu [5].

Do oceny bólu zastosowana jest skala skuteczności leczenia przeciwbólowego NRS. Ból w tej skali oceniany jest numerycznie i zawiera 11 stopni nasilenia bólu od 0 do 10. Zasady działania skali NRS polegają na określeniu, wskazaniu jak silny jest ból, poprzez wskazanie na odpowiednią liczbę biorąc pod uwagę fakt, iż 0 oznacza brak dolegliwości bólowych, zaś 10 stanowi najgorszy ból, nie do zniesienia [5].

Poziom pierwszy drabiny analgetycznej przedstawia leczenie bólu o niewielkim nasileniu w skali (NRS) od 0 do 4. Na tym szczeblu drabiny analgetycznej zalecane jest stosowanie nieopiodowych leków przeciwbólowych (NLPB) do których należą niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), paracetamol, metamizol.

Podstawowym mechanizmem działania wymienionych leków jest hamowanie syntezy prostaglandyn, które wykazują działanie prozapalne, probólowe.

Drugi poziom drabiny analgetycznej przedstawia poziom nasilenia bólu powyżej 4 do 6 w skali NRS. W tym szczeblu drabiny analgetycznej stosujemy leki należące do grupy „słabych” opioidów podtrzymując leczenie z szczebla 1, gdyż uzupełniają one działanie analgetyczne, co pozwala na ograniczenie nasilenia potencjalnych działań niepożądanych.

Trzeci poziom drabiny analgetycznej to poziom, w którym mamy doczynienia z bólem przekraczającym nasilenie według skali NRS 6. W tym szczeblu drabiny analgetycznej stosujemy leki z grupy tzw. „silnych” opioidów. Łączenie „silnych” opioidów z NLPB pozwala na uzyskanie synergizmu działania pomiędzy analgetykami oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia działań niepożądanych [4, 5].

Mechanizm działania leków

Zasadniczym mechanizmem działania Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych (NLPZ) jest zmniejszenie aktywności cyklooksygenazy (COX). Cyklooksygenaza jest to enzym, który przekształca kwas arachidonowy (AA) w prostaglandyny H-PGH₂. Prostaglandyny usprawniają m.in. funkcję komunikacji procesu bólowego oraz procesu zapalnego i to ona odgrywają największą rolę w reakcjach zapalnych. Cyklooksygenaza to kluczowy enzym w syntezie prostanoidów.

Wyróżnia się trzy rodzaje enzymu o różnej lokalizacjach oraz działaniu:

- Cyklooksygenaza COX-1 postrzegany jest jako enzym „konstruktywny” bezpośrednio związany z udziałem w regulacji homeostazy, a w warunkach fizjologicznych uznaje się ją za główne źródło prostaglandyn w błonie śluzowej, nerkach, płytkach krwi. Hamowanie aktywności COX-1 skutkuje wystąpieniem typowych działań niepożądanych.
- Cyklooksygenaza COX-2 jest to tzw. izoforma „zapalna” uaktywnia się w momencie reakcji zapalnej i odpowiada za efekt przeciwzapalny. Obecność jest jej stwierdzona zarówno w procesach zapalnych, ośrodkowym układzie nerwowym, komórkach śródbłonna oraz nerkach, sercu. Działanie COX-2 wywiera wpływ na syntezę prostacykliny, która w znacznym stopniu wykazuje zależności obkurczająca naczynia oraz antyagregacyjne. Blokowanie cyklookzygenazy COX-2 powoduje znaczne obniżenie stężenia prostacyklin, które zapobiegają przed powstaniem zakrzepu.
- Cyklooksygenaza COX-3 główną lokalizacją jej jest mózg, jednakże funkcje oraz rolę jaką odgrywa nie są do końca znane [6].

Wymienione izoenzymy COX, są kodowane przez różnego rodzaju geny, mimo tego mają podobne centra aktywne oraz zbliżone masy cząsteczkowe. W dużej mierze większość dostępnych NLPZ ma większe powinowactwa z formą cyklooksygenaza „konstruktywną”, czyli COX-1. Dlatego też przy częstym stosowaniu tych leków jest możliwość wystąpienia działań niepożądanych, głównie na tle wrzodotwórczym. NLPZ hamując działanie COX-1, COX-2 dążą do zatrzymania procesu zapalnego, poprzez blokowanie syntezy nadtlenków kwasu arachidowego, co w rezultacie powoduje również zablokowanie powstających prostaglandyn oraz tromboksanów. Podczas przyłączenia kwasu arachidonowego NLPZ działają blokująco, co powoduje niemożność zadziałania enzymu cyklooksygenaza. Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne są substancjami, które działają podczas znoszenia słabych bólów nocycceptycznych, neurogennych. Podczas stosowania NLPZ nie stwierdza się wpływu na pochodzenia psychogenne.

Paracetamol wywołuje efekt hamujący na syntezę prostaglandyn, wykazuje on działanie przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe, lecz nie wykazuje działania przeciwzapalnego. Dlatego też nie jest zaliczany do grupy NLPZ.

Działanie przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe w paracetamolu stanowią odpowiednią selektywną inhibicję cyklooksygenazy COX-3, którą można zlokalizować w centralnym ośrodkowym układzie nerwowym [6].

Podział leków przeciwbólowych

NLPZ - Niesteroidowe leki przeciwzapalne

To grupa leków najczęściej wybieranych przez Polaków. NLPZ obejmują sobą liczną grupę leków o różnej budowie chemicznej, różnorodnym zastosowaniu oraz sile działania. Wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwgorączkowe.

Wskazaniem do zastosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) mogą być dolegliwości bólowe, choroby reumatyczne, choroby tkanki łącznej, zaburzenia nerwowo-naczyniowe, nowotwory oraz gorączka, gdzie farmaceutki mają zadanie stłumienia stanu zapalnego. Wszystkie farmaceutyki zaliczane do tej grupy leków łączą podobny mechanizm działania, którego celem jest hamowanie syntezy związków, które są mediatorami powstających stanów zapalnych oraz przekaźnikami bodźców bólowych. Wybór substancji przeciwbólowej powinien być uzależniony od częstości oraz długości dolegliwości bólowych.

Przy bólu przewlekłym zaleca się stosowanie farmaceutyku o przedłużonym okresie półtrwania, zaś przy bólu przemijającym o krótszym okresie półtrwania. Przy wyborze środków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia skutków ubocznych. Powszechny oraz łatwy dostęp do tej grupy farmaceutyków sprzyja nadużywaniu tych substancji czynnych. Nadmierne stosowanie niesteroidowych leków przeciwbólowych może w konsekwencji doprowadzić do nadmiernej utraty żelaza z organizmu czego przyczyną może być rozwój niedokrwistości. Substancjami czynnymi powszechnie dostępnymi na rynku sprzedaży są: kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, metamizol [7].

Kwas acetylosalicylowy (ASA)

Jest pochodną kwasu salicylowego. Wykazuje działanie przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe, przeciwgorączkowe oraz w znacznie mniejszym stopniu działanie przeciwbólowe.

Stosowanie kwasu acetylosalicylowego ogranicza się do minimum z powodu wystąpienia efektów ubocznych. Dawki kwasu acetylosalicylowego do doby to od 75 do 100 mg, maksymalna dawka do 160 mg. Wyjątek stanowi sytuacja przy profilaktyce zakrzepicy, wtedy dawka dobową może sięgać 320mg kwasu acetylosalicylowego na dobę. Nie zaleca się stosowanie u dzieci poniżej 12 roku życia ASA, ponieważ wiąże to się ze wzrostem wystąpienia zespołu Reye'a, który w czasie trwania infekcji wirusowej może doprowadzić do wystąpienia nagłych wymiotów oraz do wystąpienia objawów encefalopatii oraz stłuszczenia wątroby. Zespół Reye'a prowadzi do śpiączki lub zgonu [8, 9].

Kwasu acetylosalicylowego wykazuje negatywne działanie na przewód pokarmowy, dlatego też nie powinny stosować go osoby z chorobą wrzodową dwunastnicy lub żołądka, gdyż ASA hamuje wydzielanie śluzu, astmatycy, ponieważ jest zwiększone ryzyko wystąpienia duszności. Bezwzględne przeciwwskazania występują u kobiety w ciąży oraz kobiety w trakcie karmienia.

Kwas acetylosalicylowy sprawdza się z stosowaniu doraźnym tj. ból mięśni, głowy, zębów oraz walki z objawami przeziębienia, grypy. Przyczynia się do wspomagania leczenia miażdżycy oraz choroby wieńcowej, a także hamuje ryzyko kolejnego ataku u osób po przeżytym zawale. Kwas acetylosalicylowy dostępny jest na Polskim rynku farmaceutycznym bez recepty. Preparatami kwasu acetylosalicylowego są m.in.: Polopiryna, Aspiryn, Asprocol [8, 9].

Ibuprofen

Pochodny kwasy propionowego, wykazuje działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, przeciwgorączkowe. Mechanizm działania farmaceutyku polega na hamowaniu cyklooksygenazy COX-1 oraz COX-2. Ibuprofen zmniejsza objawy stanu zapalnego tj. ból, obrzęk, podwyższona temperatura. Hamuje proces zlepiania się płytek krwi w mniejszym stopniu niż kwas acetylosalicylowy. Ibuprofen szybko jest wchłaniany po zastosowaniu doustnym, częściowo wchłania się w żołądku i jelicie cienkim. Jego maksymalne stężenie we krwi jest osiągalne od 1 h 2h. Wskazaniem do jego stosowania mogą być bóle o umiarkowanym nasileniu tj. ból zęba, ból głowy, ból mięśni, bólach menstruacyjnych, przebiegu przeziębienia, grypy. Bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania farmaceutyku jest alergia na jakikolwiek składnik preparatu, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, perforacją lub krwawieniem z przewodu pokarmowego. Działaniami niepożądanymi mogącymi wystąpić po stosowaniu ibuprofenu jest ból brzucha, nudności, wymioty, ból głowy, wysypka, świąd, pokrzywka, biegunka, wzdęcia [6, 8].

Metamizol

Stanowi on w grupie niesteroidowych leków przeciwzapalnych jeden z najsilniejszych leków przeciwbólowych o działaniu przeciwzapalnym, przeciwgorączkowym, wykazuje również słabe działanie spazmolityczne.

Metamizol to farmaceutyk, który dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego, metabolizowany jest w wątrobie, a wydalany w głównej mierze przez nerki. Czynne produkty rozpadu metamizolu hamują aktywność cyklooksygenaza typu 3 (COX-3). COX-3 występuje w rdzeniu kręgowym oraz mózgowiu, a metamizol w łatwy sposób przechodzi bariery mózgowe do ośrodkowego układu nerwowego, w ten sposób zmniejszając aktywność cyklooksygenaza.

Prostaglandyny zwiększają pobudliwość receptorów i ułatwiają przewodnictwo w nerwach czuciowych, a zahamowanie COX-3 zniesie to działanie i wywrze skutek analgetyczny.

Metamizol jest lekiem przydatnym w leczeniu bólu, zwłaszcza o charakterze spastycznym u osób, których stosowanie farmaceutyków opioidowych może być niebezpieczne. Jak każda stosowana substancja chemiczna może doprowadzić do wystąpienia działań niepożądanych, zaliczyć tu można krwawienie z przewodu pokarmowego, uszkodzenie narządów mięsnych, kurczliwość naczyń lub agranulocytozę [10].

Paracetamol

To N-acetylo-p-aminofenol pochodna pirazolonu, to lek przeciwbólowy o działaniu przeciwgorączkowym oraz rozkurczowym. Paracetamol w przeciwieństwie do niesteroidowych leków przeciwzapalnych nie wykazuje działań przeciwzapalnych. Można domniemywać, że ten farmaceutyk jest lekiem bezpiecznym, gdyż jego stężenie toksyczne jest 6-10 razy większe od stężenia terapeutycznego. Wskazaniem do jego stosowania jest krótkotrwałe leczenie umiarkowanych dolegliwości bólowych, jest to lek pierwszego rzutu w leczeniu gorączki. Paracetamol jest to środek po który społeczeństwo sięga najczęściej, gdyż jego powszechna dostępność bez recepty lekarskiej (OTC) pozwala na zdobycie go we wszelkiego rodzaju sklepach spożywczych, stacjach benzynowych czy drogeriach. Taka powszechność oraz brak kontroli nad ilością sprzedaży prowadzi do nadużywania leku czego konsekwencją może być wystąpienie działań niepożądanych, zatrucie a nawet zagrożenia życia. Kluczowym stwierdzeniem może być fakt, iż ten farmaceutyk powinien być stosowany „na własną rękę” bez konsultacji z lekarzem jedynie przez kilka dni, w przeciwnym razie może to doprowadzić do m.in. ciężkiej niewydolności nerek lub wątroby.

Paracetamol w połączeniu z NLPZ w znacznym stopniu zwiększa skuteczność działania przeciwbólowego w tym uśmierzania bólu pourazowego, pooperacyjnego, zwyrodnieniowego. Paracetamol w przeciwieństwie do NLPZ nie powoduje skutków ubocznych tj. owrzodzenie błony śluzowej żołądka, upośledzenia czynności płytek, napadów duszności indukowanych aspiryną oraz nie powoduje depresji ośrodka oddechowego. Mimo niewielkiej ilości występowania działań niepożądanych zawsze należy stosować się do zaleceń dołączonych do ulotki farmaceutyku, gdyż przedawkowanie może spowodować uszkodzenie wątroby. Paracetamol jako środek farmaceutyczny dostępny bez recepty (OTC) na rynku farmaceutycznym występuje również w połączeniu z innymi substancjami czynnymi między innymi takimi jak: Apap, Calpol, Panadol, Coldrex [11,12].

Skutki uboczne stosowania Paracetamolu

Według dostępnych danych stosowanie paracetamolu w dawce 4g na dobę może spowodować wystąpienie skutków ubocznych w postaci reakcji skórnej, złym samopoczuciu, nudności oraz wymioty czy zaburzenia hematologiczne.

Paracetamol to środek, który w 90% metabolizowany jest w wątrobie i po przekroczeniu zalecanej dawki dobowej może dojść do uszkodzenia wątroby.

5% dawki paracetamolu metabolizowane jest przez nerki, kolejne 5% ulega przekształceniu w postać N-acetylo-p-benzochinoiminy (NAPQI).

N-acetylo-p-benzochinoiminy (NAPQI) to toksyczny metabolit, który jest hamowany przez sulfhydrylowe glutationu i wydalany z moczem jako kwas merkapturowego.

W momencie przedawkowania Paracetamolu grupy glutationu zostają wyczerpane, więc w tym momencie toksyczny metabolit NAPQI wchodzi w reakcję z hepatocytami i to powoduje w dużej mierze spadek funkcji układów enzymatycznych co prowadzi do uszkodzenia wątroby.

W wyniku przewlekłego stosowania farmaceutyku jakim jest Paracetamol najbardziej podatne na jeden ze skutków uboczny jakim jest uszkodzenie wątroby są osoby niedożywione, odchudzające się, zakażone wirusem HCV lub HIV, nadużywające alkohol oraz zażywające leki indukujące cytochrom P450 np.: barbiturany.

Jednakże najpoważniejszym działaniem niepożądanym jest efekt hepatotoksyczny, który zazwyczaj jest obserwowany przy zażyciu powyżej 10g/dobę.

Więcej niż 90% tego farmaceutyku biotransformowana jest w wątrobie, dlatego też w momencie przedawkowania oraz wysycenia szlaków metabolicznych, okres półtrwania paracetamolu wydłuża się z 1,5-3 godziny do nawet 12 godzin.

Podczas podejrzenia przedawkowania paracetamolu nie zważając na jego przewidywany okres półtrwania, należy określić jego stężenie. Wyniki badania należy zinterpretować wykorzystując do tego norm na przykład Rumacka-Matthew'sa, które pomogą ocenić prawdopodobieństwo oraz stopień uszkodzenia wątroby i wskazania do zastosowania „odtrutki” N-acetylocysteiny.

Paracetamol to farmaceutyk, który dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego około 60%. Paracetamol nie wpływa w zły sposób na układ pokarmowy dzięki swej nie kwasowej budowie chemicznej oraz słabym wpływie na cyklooksygenazę 1 (COX-1).

Paracetamol stosowany w zaleconych ilościach oraz odstępach czasowych nie wiąże się z albuminami, nie drażni błony śluzowej żołądka oraz nie uszkadza nerek. Mimo tego stwierdzenia badania epidemiologiczne wskazują na fakt, iż paracetamol stosowany w dawkach powyżej 2,5 grama, zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony układu pokarmowego takich jak perforacja lub krwawienie.

Długotrwałe, przewlekłe stosowanie Paracetamolu prowadzi do rozwoju nadciśnienia tętniczego krwi oraz zaburzenia funkcjonowania czynności nerek.

Na rynku farmaceutycznym dostępna jest ogromna ilość preparatów farmaceutycznych posiadających w swoim składzie paracetamol oraz farmaceutyki samego

paracetamolu pod różnymi nazwami handlowymi, w różnych dawkach.

W związku z powyższym tak ważnym oraz istotnym elementem w społeczeństwie jest edukacja w zakresie stosowania oraz dawkowania leków dostępnych bez recepty lekarskiej (OTC) [11, 13].

Efekt hepatotoksyczny

Efekt hepatotoksyczny jest najpoważniejszym działaniem niepożądanym, gdyż może on wywołać ostrą niewydolność wątroby, która może prowadzić do martwicy wątroby.

Efekt hepatotoksyczny obserwowany jest zazwyczaj przy użyciu paracetamolu powyżej 10 g/dobę, jednak nie jest to regułą i znane są przypadki, w których do uszkodzenia wątroby doszło przy stosowaniu znacznie niższych dawek leku.

Do uszkodzenia wątroby a w konsekwencji do śmierci może dojść w momencie niewłaściwego przyjmowania farmaceutyku podczas:

- nieodpowiedniego odchudzania,
- nadużywania alkoholu,
- nadużywania papierosów,
- nadużywania innych substancji odurzających,
- w połączeniu z innymi lekami.

Należy pamiętać, że terapia leczenia bólu paracetamolem jest bezpieczna, dobrze tolerowana oraz skuteczna w momencie przyjmowania zalecanej dawki terapeutycznej [14].

Zatrucia paracetamolem można przedstawić w czterech fazach:

- **Faza 1** – od 30 min do 24 godzin po przyjęciu leku obserwuje się ból brzucha, nudności, wymioty, nadmierną potliwość, osłabienie, blade powłoki skórne.
- **Faza 2** – od 24 do 72 godzin od momentu przyjęcia leku obserwuje się objawy takie jak ból zlokalizowany w prawym podżebrzu, wzrost transaminazy, bilirubiny, INR, może również wystąpić oliguria.
- **Faza 3** – od 72 do 96 godzin po przyjęciu farmaceutyku następuje szczytowy wzrost transaminazy oraz INR, narastająca niewydolność wątroby, niewydolność nerek, encefalopatia wątrobowa, żółtaczką, uszkodzenie mięśnia sercowego.
- **Faza 4** – to faza trwająca od 4 dni do 2 tygodni. W tej fazie przedstawione są trzy dalsze możliwe postępowania w przebiegu zatrucia paracetamolem jest to: regeneracja wątroby, przeszczep wątroby, zgon pacjenta. Jeżeli postępowanie szpitalne przebiegnie

pomyślnie i zapobiegnie zgonowi pacjenta w okresie od 4 dni do 2 tygodni, chory przejdzie w fazę zdrowienia i objawy z fazy 3 zaczną powoli się cofać [15].

Klasyfikacja NLPZ

Każdy NLPZ wykazuje w dużej mierze podobne działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe. Różnice wykazują natomiast pod kątem:

- działań izoenzymów cyklooksygenaza
 - nieselektywne inhibitory COX
 - selektywne inhibitory COX-1
 - względnie selektywne inhibitory COX-2
 - wysycone selektywnie inhibitory COX-2
- przeciwwskazaniami w stosowaniu NLPZ
- możliwością wystąpienia działań niepożądanych
- farmakokinetyką [13].

Skutki uboczne stosowania NLPZ

NLPZ jak każda grupa środków farmaceutycznych niesie ze sobą możliwość wystąpienia skutków ubocznych tzw. działań niepożądanych. Na szczycie najczęściej występujących skutków ubocznych są ze strony układu pokarmowego, zalicza się tu m.in. wzdęcia, wymioty, biegunka. Może to doprowadzić do powstania w przewodzie pokarmowym do stanu zapalnego błony śluzowej, nadżerek, wybroczyn [16].

Kolejnym działaniem niepożądanym jest uszkodzenie wątroby. Uszkodzenie wątroby może pojawić się po krótkim czasie stosowania leków w szczególności podczas przekroczenia dawki terapeutycznej.

Powikłania sercowo-naczyniowe podczas stosowania NLPZ w dużej mierze przyczyniają się współistniejące już choroby są to m.in. RZS, cukrzyca, niewydolność serca, choroba wieńcowa, przebyty zawał, przebyty udar, przewlekłe choroby nerek. Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony sercowo-naczyniowej ma również wpływ wybór preparatu, czas stosowania oraz dawki leku.

Uszkodzenie nerek mogą powodować NLPZ najczęściej u osób z chorymi nerkami. Podczas stosowania leków w największej liczbie przypadków dochodzi do zatrzymania sodu i wody, wzrostu ciśnienia tętniczego oraz nasilenia obrzęków. NLPZ mogą również upośledzić przesączanie kłębuszkowe. Dawki w takim przypadku powinny być dobierane do wieku oraz sprawności nerek [12].

Zmiany skórne- skóra odpowiada za poza wątrobowy metabolizm leków i przez to można doprowadzić do pojawienia się zmian skórnych. Najczęstszymi zmianami wynikającymi ze skutków ubocznych przyjmowania NLPZ jest pokrzywka, rumień, osutki polekowe, obrzęk naczynioruchowy oraz plamice [6].

Wpływ środków przeciwbólowych na organizm człowieka

Żadne leki, również te przeciwbólne nie pozostają bez wpływu na organizm człowieka. Szczególnie niekorzystne jest ich przewlekłe przyjmowanie w maksymalnych bądź jeszcze większych dawkach niż są zalecane.

Każdy człowiek w różny sposób reaguje na ból, co wiąże się z różnorakim ryzykiem wystąpienia uzależnienia u poszczególnych osób. Wybitni uczeni twierdzą, że uzależnienie od farmaceutyków w dużej mierze zależy od czynników takich jak: wiek powyżej 65 roku życia, wcześniejsze stosowanie leków psychotropowych, epizodów depresji, przyjmowania narkotyków. Nadmierne przyjmowanie środków farmaceutycznych prowadzi do uzależnienia. Uzależnienie od leków jest to toksykomania lub inaczej lekomania. Przymus psychiczny lub fizyczny wywołuje stan stałego lub okresowego przyjmowania leków. Organizm człowieka przyzwyczaja się do preparatu, który często przyjmuje przez to zmniejsza się siła jego działania, co za tym idzie trzeba brać coraz większe dawki a to przyczynia się do nasilenia objawów ubocznych. Lek przeciwbólowy zmienia fizyczne i psychiczne czynności organizmu w diametralny sposób. Najczęstsze uzależnienia stanowią uzależnienia psychiczne. W uzależnieniu psychicznym od preparatów przeciwbólowych to psychika powoduje strach przed możliwością wystąpienia bólu i domaga się przyjęcia kolejnej dawki [12, 16].

Uzależnienie fizyczne stanowi mniejszą część problemu. Jednakże jest ono na tyle silne w momencie nagłego odstawienia leku, którego domaga się organizm, że może spowodować zaburzenia pracy narządów wewnętrznych. Do najczęstszych problemów zalicza się problemy z oddychaniem, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia ciśnienia tętniczego, problemy z układem pokarmowym.

Niezależnie od argumentów, których używamy podczas sięgania po farmaceutyki ich nadużywanie jest groźne dla organizmu. Nie tylko w dużej mierze prowadzi organizm do uzależnienia, ale zarówno oddala prawdziwą przyczynę poznania bólu, konkretnej choroby.

Układ pokarmowy

Według dostępnych danych epidemiologicznych problemy ze strony układu pokarmowego wśród osób przyjmujących NLPZ stanowi około 30%. Powodem może być

między innymi fakt, że NLPZ są to słabe kwasy przez to mogą bezpośrednio uszkadzać śluzówkę żołądka.

Wpływ środków przeciwbólowych na układ pokarmowy jest jednym z najczęstszych powikłań. Do najpopularniejszych powikłań zalicza się dyspepsję, czyli bóle w nadbrzuszu, utrata apetytu, poposiłkowe uczucie pełności, biegunka, zaparcia, wzdęcia. Niesie za sobą uszkodzenia górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego są objawy przypominające m.in. nieżyt żołądkowy są to na przykład brak łaknienia, nudności, wymioty [17].

Powikłania ze strony układu pokarmowego po stosowaniu Niesteroidowych Leków przeciwzapalnych może mieć różnoraki charakter. Do powikłań ze strony układu pokarmowego zalicza się:

- dyspepsję,
- zwężenie, zapalenie jelita grubego,
- perforację,
- owrzodzenie z przewodu pokarmowego,
- krwawienie z przewodu pokarmowego.

W dużej mierze społeczeństwo przyjmując środki przeciwbólowe jako jeden z niepokojących objawów zgłasza niestrawność. Proces uszkodzenia przewodu pokarmowego wynika zarówno z syntezy ochraniającej przewód pokarmowy prostanoidów jak i z oddziaływania z komórki żołądka, co zwiększa przepuszczalność błony komórkowej organizmu oraz zmniejszenie sekrecji śluzu [16, 17].

Inhibitory pompy protonowej (IPP) to grupa leków stosowana profilaktycznie, ze skutecznym efektem zmniejszenia powikłań ze strony układu pokarmowego. Stosowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP) nie jest zalecane każdej osobie ze względu na działania niepożądane. Ich głównymi konsumentami są pacjenci ze zwiększonym ryzykiem powikłań ze strony układu pokarmowego m.in. choroby wrzodowej, krwawienia z przewodu pokarmowego. Podczas stosowania farmaceutyków inhibitorów pompy protonowej (IPP) ryzyko m.in. owrzodzeń układu pokarmowego zmniejsza się nawet 10-krotnie [6].

Uszkodzenia wątroby

Niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą wykazywać działania hepatotoksyczne, jednym z warunków jej wystąpienia jest wysokie stężenie NLPZ w wątrobie i drogach żółciowych. Polekowe uszkodzenie wątroby spowodowane jest głównie uszkodzeniem komórek wątroby poprzez zwiększony poziom aktywności aminotransferazy oraz

utrudnionym odpływem żółci tzw. cholestazą [14].

Układ krążenia

Używanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) może wywołać zagrożenie życia zakrzepowymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi, udarem mózgu lub zawałem mięśnia sercowego. Ryzyko wystąpienia zagrożenia zwiększa się wraz z długością użytkowania leków. Osoby leczone niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) mają większą skłonność do podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi. Ta przypadłość podwyższonego ciśnienia krwi spowodowana jest zahamowaniem prostaglandyn, które mają działanie naczynio-rozkurczowe oraz zwiększają wydalanie jonów sodowych, to w konsekwencji prowadzi do magazynowania nadmiaru wody oraz sodu w organizmie. Ryzykiem powszechnego stosowania NLPZ przez osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze krwi jest wystąpienie zastoinowej niewydolności krążenia. Populacja społeczeństwa w podeszłym wieku łączące niesteroidowe leki przeciwzapalne z diuretykami w znacznym stopniu przyczyniają się do zwiększenia możliwości wystąpienia niewydolności krążenia [6].

Blokowanie cytooksygenazy prowadzi do gromadzenia się kilku czynników, które w konsekwencji prowadzą do obciążają układ krwionośny. Choroby przyczyniające się do wystąpienia powikłań ze strony układu krwionośnego to m.in. choroba wieńcowa, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, RZS, przewlekłe choroby nerek [6, 15].\

Nerki

Prostaglandyny pełnią znaczącą rolę w prawidłowym funkcjonowaniu nerek, jednak ich hamowanie spowodowane jest wystąpieniem działań niepożądanych po stosowaniu środków przeciwbólowych.

Prostaglandyny pełnią ważną rolę, a mianowicie poszerzają naczynia, powodują osłabienie oporu naczyniowego oraz wzrost przepływu krwi przez nerki. W mechanizmie sprzężenia zwrotnego prostaglandyny działają sprzecznie w stosunku do wazopresyny czyli hormonu antydiuretykowego.

Dzięki prostaglandynom i prostacyklinom wskaźnik przesączania kłębuszkowego (GFR) utrzymany jest na prawidłowym poziomie. GFR obniża się wraz z wiekiem i te osoby narażone są w większym stopniu na wystąpienie działań niepożądanych podczas stosowania NLPZ [18].

Najczęstszymi chorobami wywołanymi przez działania niepożądane NLPZ ze strony nerek są:

- Śródmiąższowe zapalenie nerek – w śródmiąższu nerek zauważalny jest naciek zapalny, w który skład wchodzi eozynofile, limfocyty, makrofagi. Poprawne funkcjonowanie nerek po przebytych śródmiąższowym zapaleniu nerek w dużej mierze może być nieodwracalne.
- Ostra martwica cewek – jest to martwica komórek cewek, spowodowane jest to działaniem neurotoksycznym niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) lub krytycznym niedokrwieniem.
- Ostra niewydolność nerek – patomechanizm ostrej niewydolności nerek jest upośledzenie funkcji nerek ze zwiększoną obecnością stężenia kreatyniny we krwi, obejmuje również działania zaburzenia funkcjonowania gospodarki wodno-elektrolitowej tj. zmniejszenie wydalanego moczu poniżej 500 ml/dobę.
- Przewlekła niewydolność nerek – czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu przewlekłej niewydolności nerek przez niesteroidowe leki przeciwzapalne jest niedokrwienie części rdzeniowej nerki oraz nadciśnienie tętnicze [19].

W czasach nieustającego postępu medycyny specjaliści są w stanie zapobiec oraz leczyć co raz większą liczbę chorób, czego jest konsekwencją co raz większa sprzedaż leków między innymi takich jak:

- inhibitory konwertazy angiotensyny,
- beta-blokery
- diuretyki.

Połączenie tych leków z niesteroidowymi lekami pomoże spowodować działania niepożądane takie jak: hipowolemię, zwężenie tętniczek, konsekwencji niewydolność nerek. Ostra niewydolność nerek wywołana przez niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) może powstać w momencie hipoperfuzji.

- dysfunkcje nerek
- zespoły wykazujące skłonność do rozwoju nefropatii takie jak miażdżyca, cukrzyca lub nadciśnienie tętnicze krwi czy też niewydolność serca.
- przewlekłe stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych w chorobach takich jak reumatoidalne zapalenie stawów lub bólach związanych z chorobami zwyrodnieniowymi.

Należy zwrócić również uwagę na fakt, że u osób z prawidłowym przyjmowaniem ilości soli oraz wody dla organizmu niesteroidowe leki przeciwzapalne nie powodują znacznej redukcji wskaźnika GFR.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Ból jest w dużej mierze nieodzownym elementem towarzyszącym w większości chorób oraz sam w sobie stanowi chorobę. Występuje on z różnym nasileniem oraz częstością i towarzyszy w życiu codziennym społeczeństwa.

Bój toczony z bólem odbywa się często na drodze samoleczenia oraz powszechnej dostępności wszelkiego rodzaju środków przeciwbólowych.

Głównym założeniem w leczeniu bólu jest dążenie do zminimalizowania częstości jego występowania oraz czasu trwania. Poprawę komfortu funkcjonowania oraz życia spowoduje zwiększona podatność na leczenie bólu.

Cele pracy:

1. Określenie poziomu wiedzy badanych grup w województwie podlaskim na temat stosowania leków przeciwbólowych.
2. Ocena wiedzy społeczeństwa w województwie podlaskim pod kątem celu stosowania leków przeciwbólowych.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Materiał do pracy zebrano z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji złożony z czterech pytań metryczkowych i siedemnastu pytań merytorycznych dotyczących posiadanej wiedzy oraz oceny pod kątem stosowania leków przeciwbólowych.

Badanie przeprowadzono wśród 100 mieszkańców województwa podlaskiego, w terminie od 04.02. 2019 roku do 29.03. 2019 roku. Do badania włączone były osoby w wieku od 18 lat.

Respondenci otrzymywali kwestionariusz w formie elektronicznej zamieszczony na stronie internetowej, z informacją, że ankieta jest anonimowa, dobrowolna, i istnieje możliwość rezygnacji z uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie.

WYNIKI

Do przeprowadzonego badania przystąpiło 100 mieszkańców województwa podlaskiego. Wśród badanych respondentów 85% stanowiły kobiety oraz 15% mężczyźni.

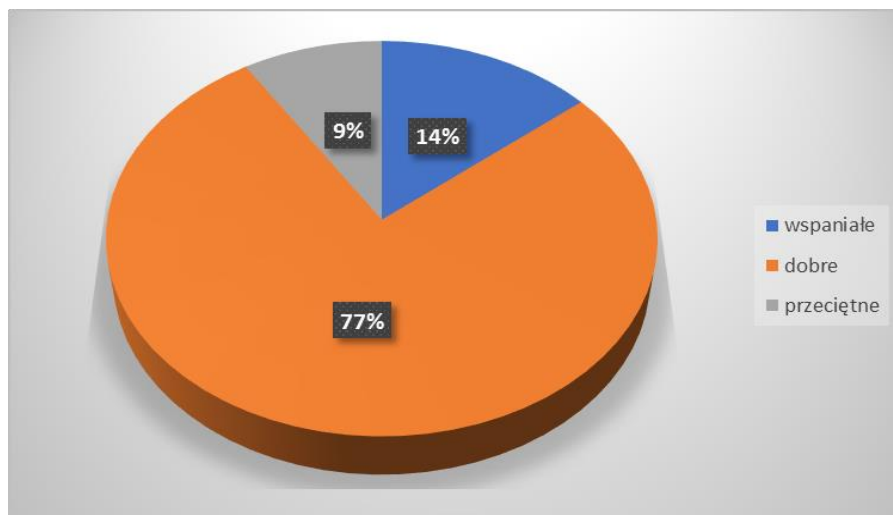
Wiek respondentów został przedstawiony w następujących przedziałach wiekowych: 18-24, 25-30, 31-40, 41-55, 56 i więcej.

Najliczniejszą grupą ankietowanych stanowił wiek 18-24 lat co stanowi 47%. Ankietowani z przedziału wiekowego 25-30 lat stanowią 24%. Respondenci w wieku 31-40 lat stanowią 19%. Osoby z przedziału wiekowego 41-55 lat stanowią 8%, a w przedziale 56 i więcej jest 2% ankietowanych.

Wśród zebranych wyników 60% respondentów zadeklarowało, że mieszka w mieście, a 40% mieszka na wsi.

Spośród ankietowanych osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 44%, 42% osoby z wykształceniem średnim. Respondenci z wykształceniem zawodowym stanowili 7%, a z wykształceniem podstawowym 7%.

Ankietowani na pytanie o samoocenę stanu zdrowia w 77% ocenili je na dobre, w 14% jako wspaniałe, 9% jako przeciętne. Żaden z respondentów nie ocenił swego stanu zdrowia jako zły (Ryc. 1).



Ryc.1. Samoocena respondentów odnośnie stanu zdrowia

Respondenci przeprowadzonej ankiety w 77% ocenili swój stan zdrowia na dobry. Mimo to, aż 46% respondentów deklaruje, że odczuwa ból przynajmniej raz w miesiącu, a 30% osób co kilka dni.

18% stanowią osoby ankietowane odczuwające dolegliwości bólowe rzadziej niż raz w miesiącu, zaś 6% to osoby, które uskarżają się na dolegliwości bólowe codziennie.

Respondenci na pytanie o częstość stosowania farmaceutyków przeciwbólowych w 47% odpowiedzieli, że stosują rzadziej niż raz w miesiącu. Raz w miesiącu zadeklarowało 39% ankietowanych, 14% co kilka dni. Nikt z ankietowanych nie sięga po środki przeciwbólowe codziennie.

Na pytanie „Przy jakim natężeniu bólu w skali od 1 do 10 (przyjmując, że 1 to brak bólu, 10 największe natężenie bólu) stosuje Pan(i) środki przeciwbólowe?”, najwięcej osób (22 osoby) oceniło, że stosuje środek przeciwbólowy przy natężeniu bólu na 8, natomiast najmniejsza liczba osób zadeklarowała, że przy natężeniu bólu według skali 3 i 4.

Respondentom zadano pytanie „Czy Pana(i) zdaniem stosowanie środków przeciwbólowych jest bezpieczne dla człowieka?” uzyskano następujące odpowiedzi przedstawione w tabeli poniżej. 37% ankietowanych wybrało odpowiedź „Tak” w tym największą część stanowiły kobiety 31%. Odpowiedź „Nie” stanowiła 42% w tym największą liczbą ankietowanych również stanowią kobiety 38%. Osoby niemające zdania odnośnie pytania stanowiły 21% i w tym przypadku również kobiety dominowały 16% (Tabela I).

Tabela I. Bezpieczne stosowanie leków przeciwbólowych – odpowiedzi respondentów z uwzględnieniem płci

	Ogółem	Kobieta	Mężczyzna
Tak	37%	31%	6%
Nie	42%	38%	4%
Nie, nie mam zdania	21%	16%	5%
Razem	100%		

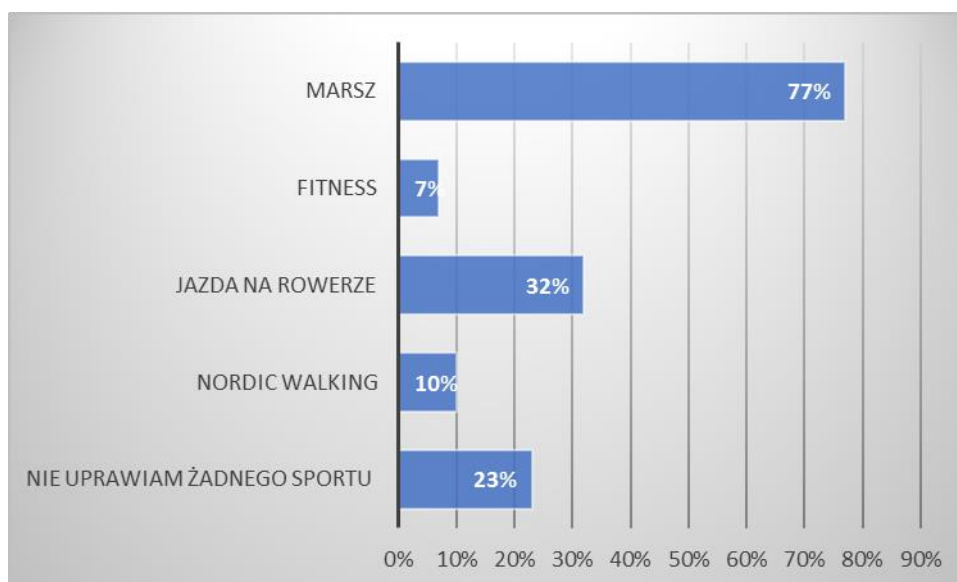
Respondentom zadano pytanie „Czy Pan(i) przed zastosowaniem leku przeciwbólowego przestrzega dawki załączonej w ulotce danego leku?” uzyskano następujące odpowiedzi, które przedstawiono w tabeli. 54% ankietowanych wybrało odpowiedź „Tak, zawsze” w tym największą część stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Najmniejszy odsetek stanowiła odpowiedź „Nie” 15% w tym, także największy udział stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (Tabela II).

Pytanie skierowane do respondentów odnośnie najczęstszego powodu sięgania po środki przeciwbólowe, było pytaniem wielokrotnego wyboru. Najczęstszą przyczyną sięgania

po leki przeciwbólowe są bóle głowy, ankietowani wskazali tą odpowiedź, aż w 64%. Respondenci bóle menstruacyjne wskazali w 51%, ból zęba w 38%, ból stawów w 7%.

Tabela II. Zastosowanie się do ulotki przez ankietowanych przed zastosowaniem farmaceutyku – odpowiedzi respondentów z uwzględnieniem wykształcenia

	Ogółem	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Tak, zawsze	54%	2%	4%	23%	25%
Tak, ale rzadko	31%	4%	3%	16%	8%
Nie	15%	3%	4%	1%	7%
Razem	100%				



Ryc.2. Rodzaje uprawianego sportu

Na odpowiedź jakim czynnikiem kierują się podczas wyboru środka przeciwbólowego 61% wskazało odpowiedź „wcześniejsze stosowanie”. Polecane przez lekarza, farmaceutę zostało wskazane w 22%. Ankietowani wskazali, że w 13% wpływ na decyzję przy wyborze farmaceutyku ma polecenie przez rodzinę, znajomych. Wpływ ceny stanowi 4%, natomiast nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „reklama”.

Jednym z najczęstszych sposobów radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi stosowanych wśród przebadanej grupy osób w 63% jest stosowanie leków przeciwbólowych bez recepty, 19% stanowią osoby, które stwierdziły, że czekają aż ból sam ustąpi. 14% ankietowanych stosuje domowe metody leczenia jest to m.in. masowanie, chłodne okłady.

Tylko 4% respondentów udzieliło odpowiedzi, że w przypadku dolegliwości bólowych udaje się do lekarza.

Na pytanie dotyczące najczęstszego miejsca zakupu środków przeciwbólowych ankietowani w znacznie większości, bo aż w 90% udzielili odpowiedzi „apteka”, 8% zadeklarowało, że zakupu dokonuje w sklepie spożywczym, natomiast 2% na stacji benzynowej.

Pytanie kierowane do respondentów dotyczyło najczęściej stosowanego środka przeciwbólowego. Dominująca ilość ankietowanych, bo aż w 47% wskazała za najczęstszy farmaceutyk Ibuprom, 21% stanowi Paracetamol, 17% Apap, po 4% stanowią Pyralgin oraz Aspiryna, 1% Etopiryna. Odpowiedź „inne” stanowi 6% i są to takie leki jak: Solpadine, Traumal, Panadol Femina, Nurofen Express Forte, Antidol, Mefacit.

Na pytanie „Czy kiedykolwiek przyjmuje Pan(i) leki w większej dawce niż zaleca ulotka?” respondenci w 55% odpowiedzieli „nie”. Do sporadycznego przekroczenia dopuszczalnej dawki leku zalecanej w ulotce przyznało się 26%. 19% ankietowanych przyznało, że przekracza dopuszczalną dawkę leku.

Ankietowanym zadano pytanie „Czy jest Pan(i) świadomy(a) działań niepożądanych mogących wystąpić po zażyciu środków przeciwbólowych?” uzyskano następujące odpowiedzi, które zostały przedstawione w tabeli poniżej. 85% ankietowanych wybrało odpowiedź „Tak” w tym największą część stanowiły osoby z wykształceniem średnim oraz wyższym. Odpowiedzi „Nie” udzieliło 15% w tym, największy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem wyższym 7% (Tabela III).

Tabela I. Świadomość ankietowanych o skutkach ubocznych mogących wystąpić podczas stosowania farmaceutyków przeciwbólowych

	Ogółem	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Tak	85%	5%	6%	37%	37%
Nie	15%	2%	1%	5%	7%
Razem	100%				

Na pytanie odnoszące się do tego czy grupa badanych osób kiedykolwiek zwraca uwagę na skład leku przeciwbólowego 37% ankietowanych odpowiedziało, że rzadko zwraca uwagę na skład leku przeciwbólowego, 35% badanych odpowiedziało, że sprawdza skład środków przeciwbólowych, 28% nie sprawdza składu farmaceutyków.

Na pytanie dotyczące tego czy ankietowani czytają ulotki dołączone do farmaceutyków odpowiedzieli następująco: w 41% tylko czasami sięgają do ulotki. 34% badanych zawsze odnosi się do ulotki dołączonej do farmaceutyku, aż 25% osób biorących udział w ankiecie zadeklarowało, że nigdy nie czyta ulotki dołączonej do leku przeciwbólowego.

Na pytanie zadane respondentom „Czy posiada Pan(i) w domu większy zasób środków przeciwbólowych?” uzyskano następujące odpowiedzi, które zostały zawarte w tabeli. 46% ankietowanych odpowiedziało, że posiada zapas środków przeciwbólowych, w tym niewielką większość stanowią osoby zamieszkałe w mieście. Odpowiedzi „nie” udzieliło 54% ankietowanych, w tym największą liczbą ankietowanych stanowiły osoby zamieszkałe w mieście (Tabela IV).

Tabela IV. Posiadanie zapasów środków przeciwbólowych w domu przez grupę badawczą

	Ogółem	Miasto	Wieś
Tak	85%	25%	21%
Nie	15%	35%	19%
Razem	100%		

Ankietowani na pytanie odnośnie samooceny w 93% zadeklarowali, że nie stosują zbyt dużej ani zbyt często środków przeciwbólowych. Odmiennego zdania było 7% respondentów, którzy uważają, że dawkują zbyt dużą i zbyt często farmaceutyki przeciwbólne.

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Środki przeciwbólne są preparatami po które najczęściej sięga społeczeństwo. To zjawisko jest wynikiem dostępności tych farmaceutyków w dużej mierze bez recept co stanowi łatwą dostępność, a kolejnym argumentem przemawiającym o ich wysokiej sprzedaży są mass media.

Dane, które udało się zebrać z przeprowadzonej ankiety w społeczeństwie pozwalają wysunąć wnioski pod kątem powszechności konsumpcji leków przeciwbólowych.

W badanej grupie 39% respondentów zadeklarowała, że stosuje środki przeciwbólne raz w miesiącu.

Badania na temat stosowania środków przeciwbólowych Aleksandry Czerw oraz współautorów z 2013 roku przedstawiają dane, że w 90% badane społeczeństwo sięga po leki przeciwbólowe dostępne bez recepty [20].

Powszechny dostęp do farmaceutyków przeciwbólowych pozwala producentom na szybszy rozwój i powstawanie nowych preparatów przeciwbólowych, lecz z tą samą substancją czynną. Taki rozwój przemysłu farmaceutycznego może w dużej mierze spowodować przedawkowania leków z powodu braku wiedzy społeczeństwa odnośnie składu preparatu. Na podstawie zgromadzonych danych wśród społeczeństwa województwa podlaskiego najczęstszym preparatem używanym przez osoby zamieszkujące ten teren w 47% jest Ibuprom. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Małgorzatę Cichońską oraz współautorów również na piedestale społeczeństwo postawiło Ibuprom oraz Apap [21].

Spółeczeństwo domniemając, iż leki przeciwbólowe, które są dostępne bez recepty są bezpieczne i nie mają negatywnego wpływu na organizm ludzki. Te teorie są bardzo mylne oraz zgubne, ponieważ kwas acetylosalicylowy w połączeniu z niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym zwiększa ryzyko wywołania działań niepożądanych m.in. krwawienie z przewodu pokarmowego.

Szeroki zakres działań niepożądanych mogą wywołać NLPZ są to na przykład zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym, zaburzenia w funkcjonowaniu nerek, a w przypadku Paracetamolu do uszkodzenia wątroby. Dlatego też bardzo istotnym elementem jest edukacja oraz nakłanianie społeczeństwa do sięgania po ulotki dołączone do preparatów celem uniknięcia wystąpienia działań niepożądanych.

Respondenci na pytanie dotyczące czytania ulotki dołączonej do środka farmaceutycznego odpowiadali w następujący sposób: 34% respondentów czyta ulotki dołączane do leku, 41% sporadycznie sięga po załączoną treść do specyfiku, 25% nigdy nie sięga po ulotkę. Według Bażydło M. oraz współautorów z przeprowadzonych badań w 2010 roku wynika, iż 93% badanych osób czyta dołączoną ulotkę do opakowania z lekiem [22].

Analiza znajomości możliwości wystąpienia działań niepożądanych w badaniach własnych wypadła dużo lepiej niż chęć sięgnięcia społeczeństwa po ulotkę dołączoną do środka przeciwbólowego. Świadomość respondentów o działaniach niepożądanych mogących wystąpić po podczas stosowania środka przeciwbólowego wynosi 85%. Do odwrotnego wyniku podczas przeprowadzonych badań doszła Ewa Nowakowska-Zajdel, w których ponad połowa badanych oświadczyła o nieświadomości możliwości wystąpienia działań niepożądanych [23].

Ból jest jednym z najgorszych doznań w życiu każdego człowieka, to on w dużej mierze sprawia powstanie negatywnych emocji, cierpienia. W pytaniu skierowanym do respondentów o wskazanie najczęstszego doznania bólu, podczas którego sięgają po środek przeciwbólowy jest ból głowy 64%, bóle menstruacyjne 51%, ból zęba 38%. Do podobnego konsensusu doszła Aleksandra Czerw i współautorzy, gdzie ankietowani typowali również bóle głowy, menstruacyjne [20].

Na zadane pytanie respondentom odnośnie bezpieczeństwa środków przeciwbólowych 42% ankietowanych odpowiedziało, że nie są to bezpieczne substancje lecznicze. Do innych wyników badań doszła Małgorzata Cichońska oraz współautorzy, w ich badaniach grupa badawcza uznała środki przeciwbólowe za bezpieczne specyfiki w 52% [21].

W XXI wieku głównym przekazem wiadomości jest Internet oraz mass media, są to główne czynniki oddziaływania na człowieka poprzez reklamę. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że nikt z ankietowanych nie wytypował odpowiedzi reklama. Ankietowani jako główny wskaźnik przy wyborze środka przeciwbólowego wytypowali wcześniejsze stosowanie w 61%. Do odmiennych wyników doszła autorka przeprowadzonych badań Monika Szpringer, gdzie głównymi czynnikami kierującymi konsumentów do zakupu środków przeciwbólowych była reklama [24].

Zebrane dane jednoznacznie pokazują, że przebadana grupa społeczeństwa województwa podlaskie w 90% wytypowała zakup środka przeciwbólowego w aptece. 8% zadeklarowało, że dokonuje zakupu w sklepie spożywczym, a 2% na stacji benzynowej. Podobne wyniki uzyskała Cichońska pisząc o typowanych miejscach przez ankietowanych, gdzie w 72% to miejsce stanowiła apteka [21].

Kolejnym pytaniem skierowanym do respondentów było zapytanie odnośnie gromadzenia farmaceutyków przeciwbólowych w domu. Odpowiedzi były zbliżone do siebie. 54% ankietowanych odpowiedziało, że nie posiada zapasu środków przeciwbólowych w domu, 46% zadeklarowało, że posiada zapas. Z danych udostępnionych przez Cichońska wynika, że 76% badanego społeczeństwa posiada zapas środków przeciwbólowych w domu [21].

W przeprowadzanym badaniu własnym zwrócono również uwagę na fakt samooceny społeczeństwa województwa podlaskiego odnośnie ilości spożywanych leków przeciwbólowych. Samoocena grupy badawczej pod kątem dawkowania farmaceutyków dała jednoznaczną odpowiedź, w 93% osoby biorące udział w ankiecie odpowiedzieli, że nie zażywają środków przeciwbólowych w nadmiarze.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań w społeczeństwie województwa podlaskiego wyciągnięto następujące wnioski:

1. Przeprowadzone badania wśród respondentów potwierdziły powszechność stosowania środków przeciwbólowych w społeczeństwie podlaskim.
2. Badania wykazały stosowanie farmaceutyków przeciwbólowych statystycznie kilka razy w miesiącu.
3. Badania przeprowadzone wśród badanej grupy wykazały, że najczęściej wybieranym środkiem przeciwbólowym jest Ibuprom.
4. Najczęstszymi przyczynami sięgania po środki przeciwbólne respondenci wskazali ból głowy, bóle menstruacyjne oraz ból zęba.
5. Kryterium najczęstszego wyboru leku przeciwbólowego jest jego wcześniejsze stosowanie.
6. Najczęściej wybieranym miejscem dokonywania zakupu leków przeciwbólowych wśród ankietowanych jest apteka.

PIŚMIENNICTWO

1. Dobrogowski J., Zajączkowska R., Dutka J.: Patofizjologia i klasyfikacja bólu. Przegląd Neurologiczny, 2011, 7, 1, 20-30.
2. Wordliczek J., Dobrogowski J.: Mechanizm powstania bólu [w:] Leczenie bólu, pod red. Wordliczek J., Dobrogowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 1-29.
3. Domżał T. M.: Ból przewlekły- problemy kliniczne i terapeutyczne. Polski Przegląd Neurologiczny, 2008, 4, 1, 211-215.
4. Woron J., Dobrogowski J., Wordliczek J.: Wybór opioidów i ich dawkowanie w leczeniu bólu. Medycyna po Dyplomie, 2011, 181, 4, 77-78.
5. Woron J., Dobrogowski J., Wordliczek J. i wsp.: Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO. Medycyna po Dyplomie, 2011, 8, 52-61.
6. Rell K.: Wybrane aspekty bezpieczeństwa leczenia NLPZ. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2011, 1, 7, 41-48.
7. Paż A.: Leki przeciwbólne dostępne bez recepty- czy zawsze są bezpieczne? Terapia i Leki, 2008, 1, 47-50.

8. Danysz A., Buczek W.: Farmakologia bólu [w:] Kompendium farmakologii i farmakoterapii, pod red. Błażejewska E. Wydawnictwo URBAN&PARTNER, Wrocław 2008, 201-234.
9. Czyż M., Watała C.: Aspiryna – cudowne panaceum? Molekularne mechanizmy działania kwasu acetylosalicylowego w organizmie. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2005, 59, 105-115.
10. Drobnik L.: Metamizol – lek ciągle nowoczesny. Anestezjologia Intensywna Terapia, 2004, 2, 135-142.
11. Kurek K., Grycmacher-Łapko V., Janowska E., Wiśniewska M., Safranow K.: Nadwrażliwość natychmiastowa na niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Wzorce objawów, typy reakcji i towarzyszące cechy atopii. Alergia Astma Immunologia, 2010, 3, 15, 144-153.
12. Olszanecki R., Jawień J., Bujak-Giżnicka B.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne [w:] Farmakologia tajemnice, pod red. Korbut R. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, 53-64.
13. Dobrogowski J., Wordliczek J., Szczudlik A.: Zastosowanie leków opioidowych w leczeniu bólu pochodzenia nienowotworowego oraz silnych leków opioidowych u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego (BPNN) [w:] Leczenie bólu, pod red. Wordliczek J., Dobrogowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 84-93.
14. Bąk M., Kicińska – Krogulska M., Czerniak P., Michowicz A., i wsp.: Toksyczne uszkodzenie wątroby – współczesny pogląd na etiopatogenezę. Medycyna Pracy, 2011, 2, 62, 203–210.
15. Page R.L., O'Bryant L. C., Cheng D., Dow T.J., Ky B., Stein C.M., Spencer A. P., Trupp R.J., Lindenfeld J.: Drugs that may cause or exacerbate heart failure. Circulation, 2016, 9, 1-38.
16. Janiec W., Śliwiński L., Nowińska B.: Niesteroidowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe oraz leki przeciwgorączkowe [w:] Kompendium farmakologii, PZWL, Warszawa 2008, 264-265.
17. Korzeniowska K., Szalek E., Kaźmierczak E.: Bezpieczeństwo stosowania paracetamolu. Farmacja Współczesna, 2010, 3, 153-156.
18. Hałoń A. Zmiany cewkowo-śródmiąższowe w kłębuszkowych chorobach nerek. Polish Journal of Pathology, 2011, 1, 19-31.

19. Misurac J.M., Knoderer C. A., Leiser J. D.: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are an important cause of acute kidney injury in children. *Jurnal Pediatrican*, 2013, 6, 162, 1159-1159.
20. Czerw A., Religioni U., Dziedzic D., Augustynowicz A.: Wpływ czynników socjo-demograficznych na zjawisko samoleczenia bólu. *Hygeia Public Health*, 2013, 4, 48, 560-565.
21. Cichońska M., Sudy J., Kawa A., Pasiak K.: Stosowanie leków przeciwbólowych i witamin dostępnych bez recepty. *ACTA Scientifica Academia Ostroviensis*, 2012, 3, 165-198.
22. Bażydło M., Żulak- Bączkowska K., Zaremba-Pechmann L.: Analiza stosowania leków OTC bez konsultacji z lekarzem w poszczególnych grupach wiekowych oraz ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w tym zakresie. *Family medicine & primary care review*, 2010, 2, 12, 127-130.
23. Nowakowska-Zajdel E.: Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych wśród młodzieży miasta Zawiercie. *Annales Academiae Medicas Silensis*, 2007, 5, 372-375.
24. Szpringer M., Olędzka M., Kosecka J., Sobczyk B., Grabowska P.: Stosowanie leków dostępnych bez recepty przez osoby dorosłe oraz ocena wpływu reklamy na konsumentów. *Studia Medyczne*, 2015, 1, 31, 42–47.

ISBN- 978-83-954952-2-9