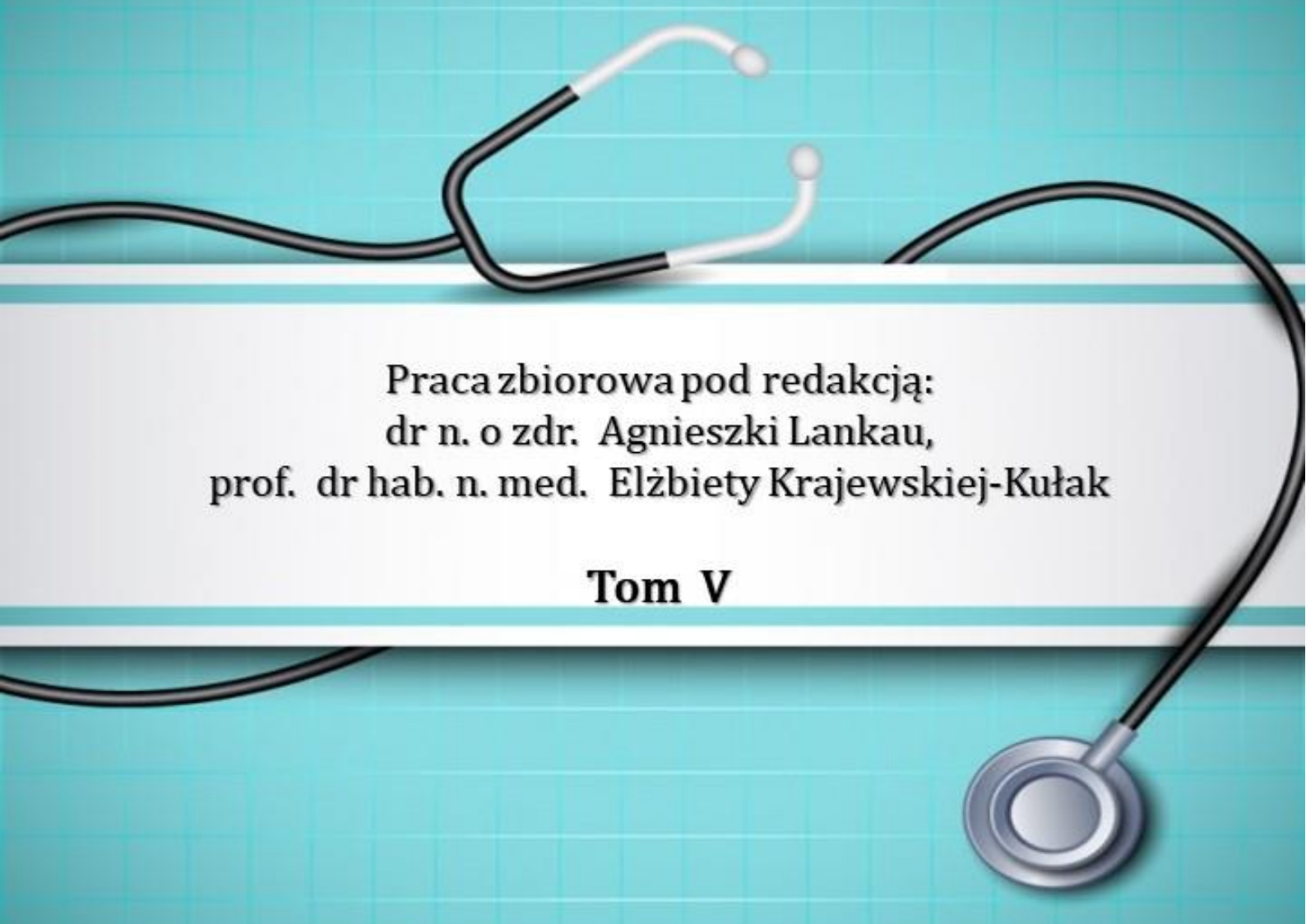


SYTUACJE TRUDNE W OCHRONIE ZDROWIA



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

Tom V

**SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM V**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu



SYTUACJE TRUDNE
W OCHRONIE ZDROWIA
TOM V

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

Białystok 2020

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- 978-83-958200-7-6

Wydanie I

Białystok 2020

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Rysunek ze strony designer by Freepik

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

Druk:

RobotA Piotr Duchnowski; ul. Baranowicka 115/302; 15-501 Białystok

Najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji jest przejście przez nią

Robert Lee Forst

Monografia, którą przekładamy Czytelnikowi jest owocem dyskusji naukowców i praktyków na tematy związane ze zdrowiem, chorobą i ogólnie pojętymi sytuacjami trudnymi w ochronie zdrowia. Interdyscyplinarne ujęcie problemów systemu ochrony zdrowia, problemów które cały czas ewaluują prowokują do podejmowania szeroko rozumianej działalności naukowej.

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

Intencją redaktorów było zwrócenie uwagi na istotne problemy, dokonujące się przemiany w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej osób, grup społecznych uczestniczących w systemie ochrony zdrowia. Podjęte w monografii rozważania mają charakter interdyscyplinarny, przedstawiają holistycznych wymiar opieki pielęgniarstwa wobec chorego oraz propozycje rozwiązań w sferze bio-psycho-społecznej. Mamy nadzieję, że poniższa pozycja znajdzie zastosowanie w pracy zawodowej pracowników ochrony zdrowia, jak i w procesie dydaktycznym.

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-Kulak

WYKAZ AUTORÓW

Paulina Bakier

Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Julia Bednarczyk

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

Bogumiła Chętnik

Oddział Psychiatryczny, Szpital Wojewódzki w Łomży

Karolina Dolistowska

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

Izabela Gawor

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

Agata Gołębiewska

Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Sylwia Jabłońska

Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Barbara Jankowiak

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

Katarzyna Kenigsman

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

Krystyna Klimaszewska

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

Marta Kochanowska

Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Krystyna Kowalczuk

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

Beata Kowalewska

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

Elżbieta Krajewska –Kulak

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

Justyna Kuczyc

Absolwenta kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Agnieszka Lankau

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

Mateusz Lech

Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Paulina Łączkowska

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Patrycja Łojek

Szpital Wojewódzki im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Łomży

Urszula Izabela Macuta

Absolwenta kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Magdalena Malesińska

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

Marcin Milewski

Student kierunku Ratownictwo Medyczne, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Rafał Milewski

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

Beata Olejnik

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Anna Owłasiuk

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Krystyna Piekut

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

Agata Sacharewicz

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Andrej Shpakou

Katedra Teorii Wychowania Fizycznego i Medycyny Sportowej, Uniwersytecie im. Janki Kupały w Grodnie

Gabriela Sokolowska

Doktorantka, Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Aleksandra Suchwałko

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

Paulina Szekalska

Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Kornelia Szorc

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

Karolina Szostak

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

Paula Szydłowska

Absolwenta kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Urszula Świerbińska

Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji oraz Pododdziałem Leczenia Bólu Białostockiego Centrum Onkologii

Aleksandra Waszkiewicz

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

Amanda Zajczyk

Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku

Anita Zakrzewska-Piekut

Oddział Ogólno psychiatryczny VI, SPPZOZ w Choroszczu

Wioleta Zienkiewicz

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

SPIS TREŚCI

1. Paulina Szekalska, Beata Kowalewska PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO.....	14
2. Bogumiła Chętnik, Beata Kowalewska CHOROBA PSYCHICZNA A ZABURZENIA PSYCHICZNE.....	32
3. Bogumiła Chętnik, Beata Kowalewska WPŁYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH NA STYGMATYZACJĘ CHORYCH	58
4. Karolina Szostak, Magdalena Malesińska, Anna Owłasiuk ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ZESPOŁEM NERCZYCOWYM...	118
5. Marta Kochanowska, Barbara Jankowiak PODSTAWY OSÓB MŁODYCH I OSÓB STARSZYCH NA TEMAT TRANSPLANTACJI.....	139
6. Anita Zakrzewska-Piekut, Beata Kowalewska OSTRY ZESPÓŁ WIĘNCOWY - PIELĘGNOWANIE PACJENTA	168
7. Paulina Łączkowska, Barbara Jankowiak OPINIA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT EUTANAZJI	188
8. Patrycja Łojek, Barbara Jankowiak CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA DOŁĘGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PIELĘGNIAREK	216
9. Rafał Milewski, Gabriela Sokołowska, Paulina Bakier, Sylwia Jabłońska, Mateusz Lech, Marcin Milewski OCENA STANU WIEDZY PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY NA TEMAT STANÓW NAGŁYCH U KOBIET W ZAAWANSOWANEJ CIĄŻY.....	244
10. Wioleta Zienkiewicz, Krystyna Klimaszewska POZIOM WIEDZY KOBIET NA TEMAT RAKA SZYJKI MACICY NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO	264

11. Julia Bednarczyk, Beata Kowalewska	
WPLYW WYCHOWANIA W RODZINIE NADUŻYWAJĄCEJ ALKOHOLU NA FUNKCJONOWANIE DZIECI I DOROSŁYCH	300
12. Karolina Dolistowska, Agata Sacharewicz, Krystyna Piekut, Magdalena Malesińska, Beata Olejnik, Anna Baranowska	
ZADANIA TERAPEUTYCZNE PIEŁĘGNIARKI NAD PACJENTEM Z POSOCZNICĄ	329
13. Katarzyna Kenigsmann, Krystyna Klimaszewska	
WYSTĘPOWANIE BÓLU KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK I PIEŁĘGNIARZY NA ODDZIAŁACH ZACHOWAWCZYCH I ZABIEGOWYCH.....	349
14. Krystyna Kowalczyk, Andrej Shpakou, Agnieszka Lankau, Elżbieta Krajewska –Kulak	
CZY UZALEŻNIENIA STANOWIĄ PROBLEM WSRÓD STUDENTÓW WYŻSZYCH UCZELNI?	374
15. Justyna Kuczyk, Krystyna Klimaszewska	
ROLA PIEŁĘGNIARSKA W EDUKACJI I PIEŁĘGNOWANIU PACJENTKI Z PADACZKĄ POURAZOWĄ PO USUNIĘCIU GUZA MÓZGU	383
16. Urszula Izabela Macuta, Agnieszka Lankau	
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE PACJENTA CHOREGO NA EPILEPSJE	406
17. Krystyna Kowalczyk, Agnieszka Lankau, Elżbieta Krajewska –Kulak	
WYBRANE ASPEKTY MIGRACJI POLSKICH PIEŁĘGNIAREK DO NORWEGII	426
18. Aleksandra Waszkiewicz, Agnieszka Lankau, Agata Gołębiowska	
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA WOBEC PACJENTA Z MYKOPLAZMATYCZNYM ZAPALENIEM PŁUC	434
19. Paula Szydłowska, Krystyna Klimaszewska	
OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ENDOPROTEZOPLASTYCE BIODRA	447
20. Aleksandra Suchwałko, Magdalena Malesińska, Anna Owłasiuk	
PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE DZIECKA Z HEMOFILIĄ.....	472

21. Kornelia Szorc, Agnieszka Lankau	
PROCES PIELEGNOWANIA NAD PACJENTEM Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM	494
22. Paulina Szekalska, Beata Kowalewska	
PIELEGNOWANIE PACJENTA PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO.....	513
23. Urszula Świerzbńska, Barbara Jankowiak	
OCENA POSTRZEGANIA ZAWODU PIELEGNIARKI W OPINII SPOŁECZEŃSTWA	531
24. Izabela Gawor, Agata Sacharewicz, Krystyna Piekut	
ROLA PIELEGNACYJNA I EDUKACYJNA PIELEGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z WRZODZIEJACYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO	559
25. Amanda Zajczyk, Beata Kowalewska	
PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTKI WE WCZESNYM OKRESIE PO ZABIEGU MASTEKTOMII	577

PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO

Paulina Szekalska¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Stawy kolanowe odgrywają dużą rolę w organizmie człowieka. Dają możliwość poruszania się [1,2]. Stawy te są z natury stabilne i wytrzymałe, muszą dźwigać ciężar całego ciała [3]. Często dochodzi do kontuzji, kiedy struktury stawowe muszą znieść obciążenie przewyższające ich fizjologiczną wytrzymałość [1,4,5]. Urazy stawów kolanowych najczęściej dotyczą osób aktywnych fizycznie [6]. Do urazu głównie dochodzi wskutek nieprawidłowo wykonywanych ćwiczeń [6]. Jednak nie tylko sportowcy są narażeni na kontuzje tego stawu. Uszkodzenia spotykają również osoby niezwiązane ze sportem. Zjawisko to obserwuje się u osób, u których stwierdzona jest choroba zwyrodnieniowa stawów, gdzie w parze idzie wysoka masa ciała [1,5,7].

Specyfika zabiegu artroskopii

Artroskopia stawu jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów operacyjnych w ortopedii. Jest techniką endoskopową stosowaną w leczeniu i/lub diagnostyce chorób i uszkodzeń struktur wewnątrzstawowych [8,9]. Stosunkowo małoinwazyjna procedura chirurgiczna. Zabieg może trwać od kilkadziesiąt minut do 2-3 godzin i jest wykonywany w znieczuleniu podpajęczynówkowym, zewnątrzoponowym lub ogólnym [10]. Zabieg wykonuje się w warunkach szpitalnych, z kilkudniową hospitalizacją lub w ramach chirurgii jednego dnia, ambulatoryjnie. Artroskopię dzieli się na zabieg diagnostyczny i artroskopię operacyjną [8].

Artroskopia diagnostyczna pozwala na dokładne zbadanie struktur wewnętrznych stawu. Podczas badania, lekarz ocenia błonę maziową wraz z jej fałdami, powierzchnię chrzęstną rzepek, powierzchnie stawowe kłykci udowego i piszczelowego, łąkotki, więzadła,

ruchomość rzepki. Podczas diagnostyki, jeśli pojawia się taka konieczność, pobierana jest do dalszych badań próbka płynu stawowego lub/i fragment tkanek [8,9].

Artroskopia operacyjna, metoda leczenia schorzeń i uszkodzeń stawu. Bardzo często artroskopia diagnostyczna przechodzi w artroskopię operacyjną w czasie tego samego znieczulenia [8]

Wskazaniami do zabiegu są:

- urazy i uszkodzenia struktur stawowych, tj. łąkotki, chrząstki stawowej, błony maziowej, więzadeł,
- urazy i uszkodzenia rzepki,
- niestabilność stawu,
- złamania śródstawowe,
- zmiany zwyrodnieniowe, reumatoidalne zapalenie stawów,
- obecność ciał obcych,
- nowotwory, torbiele okołostawowe,
- diagnostycznie, jako uzupełnienie badań klinicznych [8,11].

Podstawowym celem artroskopii jest zdiagnozowanie choroby stawu i oszacowanie stopnia zniszczenia [8]. Do pozostałych zadań zalicza się:

- naprawę lub usunięcie uszkodzonej łąkotki,
- usunięcie uszkodzonych fragmentów więzadeł [8,12],
- przygotowanie do rekonstrukcji np. więzadła krzyżowego przedniego,
- chondroplastyka - oczyszczanie uszkodzonej powierzchni chrząstki stawowej,
- przeszczep chrząstki stawowej,
- uwolnienie troczków rzepki,
- usunięcie błony maziowej [8].

Powikłania

Artroskopia stawu kolanowego, mimo iż jest małoinwazyjną metodą diagnozowania i leczenia schorzeń stawu, może powodować wystąpienie działań niepożądanych. Powikłania te nie pojawiają się często, ok. 1-2% pacjentów poddawana jest dalszemu leczeniu zmian powstałych w wyniku komplikacji w trakcie i po zabiegu [8].

Do najczęściej występujących powikłań zalicza się:

- krwawienie w jamie stawowej,
- uszkodzenie nerwów i naczyń krwionośnych w obrębie stawu kolanowego,

- uszkodzenie elementów stawu, tj. kości, więzadeł i chrząstki stawowej,
- infekcja rany operacyjnej,
- zakrzepica żył kończyny dolnej,
- zaburzenia czucia,
- algodystrofia (zespół Sudecka) – ból, obrzęk, zaburzenia krążenia, zaburzenia w odżywieniu skóry, osteoporoza w obrębie zajętej kończyny; kończyna ma wzmożoną wrażliwość na ucisk, zmianę temperatury, z czasem pojawia się upośledzona reaktywność na bodziec [13].

Specyfika znieczulenia podpajęczynówkowego

Znieczulenie podpajęczynówkowe jest coraz częściej stosowaną metodą pośród blokad centralnych [14 -18]. Wykorzystuje się ją w celu znieczulenia pacjentów, którzy mają zostać poddani zabiegowi operacyjnemu na kończynach dolnych lub w dolnych partiach jamy brzusznej [18]. Blokada ta po podaniu do przestrzeni podpajęczynówkowej środków znieczulających działa bezpośrednio na tkankę nerwową powodując poprzeczną blokadę rdzenia kręgowego, odwracalne porażenie włókien autonomicznych, ruchowych i czuciowych [19,20]. Pacjent po otrzymaniu takiego znieczulenia zachowuje pełną świadomość lecz nie odczuwa bólu, dotyku, temperatury oraz nie ma możliwości wykonania ruchu w znieczulonym obszarze [19,20].

Przebieg znieczulenia

Znieczulenie podpajęczynówkowe wykonuje się najczęściej w pozycji siedzącej chorego, ponieważ w pozycji tej jest lepiej uwidoczniła oś kręgosłupa. Pacjenta do znieczulenia można również ułożyć na boku [18]. Przed wykonaniem wkłucia, lekarz lokalizuje i dezynfekuje miejsce [18]. Nakłucie wykonuje się w okolicy lędźwiowego odcinka kręgosłupa pomiędzy wyrostkami kolczystymi L3-L4, L4-L5 [18,19]. Środek znieczulający podaje się do rdzeniowej przestrzeni podpajęczynówkowej, do płynu mózgowo-rdzeniowego [18,19,20,21]. Przestrzeń ta znajduje się między oponą miękką a twardą [18]. Po podaniu anestetyku pacjenta układa się na stole operacyjnym oraz kontroluje zakres znieczulenia. W czasie trwania zabiegu monitorowane są parametry życiowe, tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, rytm serca, wysycenie tkanek tlenem [18].

Popunkcyjne bóle głowy

Popunkcyjne bóle głowy - silny, tępy, pulsujący ból , zlokalizowany w okolicy potylicznej i/lub czołowej, pojawia się kiedy chory znajduje się w pozycji stojącej lub siedzącej, a ustępuje po przyjęciu pozycji leżącej [17,18,22]. Występuje częściej u ludzi

młodych i płci żeńskiej. Objawami towarzyszącymi są: nudności, wymioty, zawroty głowy, światłowstręt, zaburzenia widzenia, ból i sztywność karku, szum w uszach, zaburzenia słuchu [18,22].

Leczenie popunkcyjnego bólu głowy opiera się głównie na leczeniu samych objawów. Często dolegliwości ustępują samoistnie po kilku dniach [18,22]. W profilaktyce wystąpienia zespołu popunkcyjnego podejmuje się działania profilaktyczne, do których należą:

- stosowanie mniejszego rozmiaru igieł,
- stosowanie atraumatycznych igieł, które są tępo zakończone, dzięki czemu tkanki nie są rozrywane, a są rozsuwane,
- wprowadzenie skosu igły równoległe do osi długiej kręgosłupa - zmniejsza uszkodzenie włókien opony twardej,
- ponowne wprowadzenie mandrynu przed wyciągnięciem igły,
- pozostanie pacjenta w pozycji leżącej przez 24 godziny po znieczuleniu – opóźnia, a nie zapobiega wystąpienia bólu głowy [18,22].

Powikłania po zabiegach operacyjnych

Powikłania pooperacyjne są komplikacjami, które mogą wystąpić po zabiegu operacyjnym. Pod względem czasu, który upływa po zabiegu, komplikacje te dzieli się na wczesne i późne [23].

Wczesne powikłania rozwijają się w przeciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym i zalicza się do nich: ból rany pooperacyjnej, krwotok, nudności, wymioty, duszność, zatrzymanie moczu, ból głowy [23,24,25].

Powikłania późne pojawiają się po upływie 24 godzin od zabiegu. Wśród nich wyróżnia się: zapalenie płuc (rozwija się w 24-48 godzin po zabiegu), wzdęcia brzucha (24-48 godzin po zabiegu), ból rany pooperacyjnej, krwotok (po upływie 48 godzin lub 6.-7. dzień po zabiegu), rozejście się brzegów rany, zakażenie rany, przepukliny, przetoki, choroba zakrzepowo-zatorowa [23,24].

Wyżej wymienione powikłania mogą się pojawić, lecz nie muszą. Istotne znaczenie ma obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia tych komplikacji, pozwala na wcześniejsze wykrycie objawów, zapobiegania im oraz wprowadzenia prawidłowych interwencji, gdy już wystąpią [23].

CELE PRACY

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki w dobie „0” po artroskopii stawu kolanowego,

2. Opracowanie indywidualnego planu opieki wobec pacjentki.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Badaniem przeprowadzonym w okresie od 18.02.2019 roku do 21.02.2019 roku została objęta pacjentka w wieku 49 lat. Pacjentkę przebywającą w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku poddano zabiegowi artroskopii stawu kolanowego prawego w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Powodem wykonania zabiegu było zwyrodnieniowe uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej.

Materiał do pracy został zebrany na podstawie:

- wywiadu pielęgniarskiego – zaplanowana rozmowa z pacjentką (lub rodziną pacjentki), mająca na celu zgromadzenie wiarygodnych danych; wypełnienie arkusza danych o pacjencie, w którym zawarte są: dane personalne pacjentki, informacje o chorobach współistniejących, przebytych operacjach, przebytych chorobach, alergiach, nałogach, informacje o aktualnym stanie zdrowia pacjentki, opis stanu psychicznego, nastroju, informacje dotyczące warunków mieszkaniowych, stosunków panujących w rodzinie, sytuacji materialnej, dane o funkcjonowaniu i wydolności poszczególnych układów i narządów [narządy zmysłu (wzrok, słuch, węch), układ pokarmowy, układ oddechowy, układ sercowo-naczyniowy, układ wydalniczy, układ moczowo-płciowy, układ nerwowy, układ mięśniowo-szkieletowy, skóra]. Rozmowę przeprowadzono z pacjentką w trakcie pobytu pacjentki w szpitalu.
- obserwacji – gromadzenie danych (informacji) drogą spostrzeżeń bez ingerencji obserwatora. Pacjent po przyjęciu z bloku operacyjnego na oddział w przeciągu pierwszych 24 godzin wymaga intensywnego nadzoru, ocenie podlega:
 - układ oddechowy (drożność dróg oddechowych, liczba i charakter oddechów, zabarwienie powłok skórnych, saturacja),
 - układ krążenia (częsta kontrola tętna i ciśnienia tętniczego krwi),
 - układ moczowy (pacjent w przeciągu 8-12 godzin po zabiegu operacyjnym powinien oddać mocz),
 - stan świadomości,
 - zaburzenia wodno-elektrolitowe (prowadzenie bilansu płynów),
 - opatrunek (czy jest suchy, zabrudzony, przeciekający), dreny (ilość, kolor, gęstość

wydzieliny znajdującej się w drenie),

- ból (ocena bólu przez pacjenta wg skali numerycznej NRS (Numerical Rating Scale).

Obserwacja i pomiary były wykonywane w 1 godzinie co 15 min, w 2 godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny. analizy dokumentacji medycznej – analizowanie dokumentów i materiałów zebranych przez innych, dane sporządzone podczas wizyt lekarskich. Analizie zostały poddane dokumenty dotyczące: historii choroby, wyników badań (rezonans magnetyczny stawu kolanowego, karta informacyjna wypisu ze szpitala.

- pomiarów – wykonywanie różnych pomiarów w celu oceny funkcjonowania organizmu, np. pomiar podstawowych parametrów życiowych (tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, temperatura ciała), pomiar masy ciała, wzrostu. Uzyskane pomiary porównano z przyjętymi normami, tj. normy ciśnienia tętniczego krwi, wskaźnik BMI.

W oparciu o przeprowadzony wywiad pielęgniarSKI, obserwację, analizę dokumentacji medycznej, wykonane pomiary został opracowany proces pielęgnowania.

W procesie pielęgnowania zostały zawarte:

- diagnoza pielęgniarSKa,
- planowanie (obranie odpowiedniego celu),
- realizacja celu,
- ocena podjętych działań.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka J.S., lat 49, została przyjęta w lutym 2019 roku w trybie planowym na oddział Ortopedyczno-Urazowy Wojewódzkiego Szpitala Zespólonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z rozpoznaniem zwyrodnieniowego uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej kolana prawego, chondromalacji kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Pacjentka zakwalifikowana do leczenia operacyjnego metodą artroskopii

Pacjentka od 2017 roku odczuwała w stawie kolanowym prawym trzeszczenia, a od stycznia 2018 roku dodatkowo ból. W kwietniu 2018 roku pacjentkę skierowano do poradni specjalistycznej ortopedycznej. W badaniu RTG stawu kolanowego prawego stwierdzono początkową artrozę. Skierowano na dalsze badania (MRI- rezonans magnetyczny). Na podstawie wyniku rezonansu magnetycznego stwierdzono zwyrodnieniowe uszkodzenie chrząstki stawowej na powierzchniach obu kłykci przyśrodkowych, ogniska uszkodzenia

chrząstki stawowej rzepki II° (szczeliny powierzchowne na powierzchni stawowej) i III° (pęknięcia i fragmentacja chrząstki sięgające do rzepki bez jej odsłonięcia), uszkodzenia trzonu i rogu tylnego łąkotki przysródkowej, zmiany pourazowe więzadła krzyżowego przedniego. Po analizie wyników badań pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu artroskopii stawu kolanowego prawego.

Choroby współistniejące:

Pacjentka od 2017 roku jest pod stałą opieką kardiologa. Leczenie nadciśnienia tętniczego krwi. Stale przyjmuje leki:

- Lorista 100 mg (1x dziennie, rano),
- Bisocard 2,5 mg (1x dziennie, rano),
- Primacor 20 mg (1x dziennie, na noc).

Po wykonaniu testów alergicznych skórnych, stwierdzono u pacjentki alergię na nikiel. Pacjentka mieszka na wsi w domu jednorodzinnym z mężem i szwagierką. Warunki domowe określa jako dobre. Kobieta jest aktywna zawodowo, pracuje w pralni.

W dniu przyjęcia pacjentki do oddziału wykonano:

- badania krwi i surowicy, w których WBC 8,9 tys/ μ l, RBC 4,36 tys/ μ l, HGB 13 g/dl, CRP powyżej normy - 7,6 mg/l, pozostałe wartości w normie,
- pomiar masy ciała: 90 kg,
- pomiar wzrostu: 162 cm,
- BMI 34,29 – I stopień otyłości,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi: 140/86 mmHg; tętno 66/min.

Pacjentka do dnia operacji pozostała na czczo.

W dniu zabiegu rano przed zabraniem pacjentki na blok operacyjny wykonano pomiar ciśnienia tętniczego krwi 180/90 mmHg, tętna 74/min, temperatury ciała 36,6°C. O godzinie 9.30 pacjentkę przewieziono na Blok operacyjny. Zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym (do 2 godzin). Pacjentce 60 min przed zabiegiem podano dożylnie Cefazolin MIP Pharma 2g. W trakcie artroskopii wykonano resekcję łąkotki przysródkowej w obrębie uszkodzenia, rekonstrukcję chrząstki metodą mikrozłamań. Do jamy stawu kolanowego wprowadzono dren. Pacjentka wróciła na Oddział około godziny 12.

Leczenie farmakologiczne zalecone przez lekarza prowadzącego:

- Cefazolinum 2g dożylnie 1x dziennie,
- Clexane 40 mg podskórnice 1x dziennie,
- leki przeciwbólowe: Tramal 50 mg podskórnice doraźnie, Pyralgin 1g dożylnie

doraźnie.

W celu profilaktyki popunkcyjnego bólu głowy pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°, reżim łóżkowy przez 12 godzin. Prowadzono stałą obserwację, wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów, temperatury ciała, saturacji w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych z zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny. Pacjentka stabilna. Pacjentkę nawadniano poprzez doustną podaż płynów nawadniających, dożylną podaż Optilyte 500 ml i 0,9% NaCl 500 ml. Pacjentka uskarżała się na ból kolana, w skali NRS wskazała 8 pkt i ból w dolnym odcinku pleców, w skali NRS 5 pkt. Pacjentce podano podskórnie Tramal 50 mg i dożylnie Pyralgin 1g. Na okolicę operowanego stawu kolanowego stosowano chłodne okłady wg schematu 10-15 min lód/ godzina przerwy. W drenie wyprowadzonym z operowanego stawu obserwowano obecność krwistej wydzieliny. Objętość sączącej się wydzieliny rosła w tempie 10 ml/h. Po upływie 24 godzin, gdy objętość wydzieliny wyniosła 240 ml, wymieniono pojemnik połączony z drenem na nowy. Pacjentka odczuwała nudności, raz zwymiotowała. Podano pacjentce dożylnie Zofran 8 mg i kostki lodu do ssania. Po upływie 6 godzin od zabiegu pacjentka oddała mocz do basenu w objętości 370 ml. Kontakt słowny z pacjentką logiczny. Chora odczuwała dyskomfort psychiczny spowodowany przymusem leżenia w łóżku. Ogólnie pacjentka w dobrym nastroju, jest pozytywnie nastawiona na leczenie.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból stawu kolanowego i rany operacyjnej spowodowany zabiegiem operacyjnym, obecnością drenu w stawie oraz urazem nerwów czuciowych.

Cel: Zmniejszenie lub eliminacja dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie kończyny w pozycji zmniejszającej napięcie rany,
- zastosowanie chłodnych okładów w okolicę stawu kolanowego,
- obserwacja w kierunku dolegliwości bólowych, pomiar bólu 4x na dobę za pomocą skali NRS,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- kończynę dolną ułożono prosto, polecono pacjentce aby nie wykonywała ruchów w stawie kolanowym operowanej kończyny,
- w obrębie stawu ułożono kompresy chłodzące, stosowano wg schematu 10-15 min lód/ godzina przerwy,

- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych,
- podano pacjentce środki przeciwbólowe: podskórnie Tramal 50 mg, dożylnie Pyralgin 1g zgodnie z kartą zleceń.

Ocena podjętych działań:

po podaniu środków przeciwbólowych oraz zastosowaniu okładów chłodzących ból w skali NRS zmniejszył się z 8 pkt na 5 pkt.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko retencji moczu jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Oddanie moczu przez pacjentkę 6-8 godzin po zabiegu.

Działania pielęgniarskie:

- podanie basenu,
- uzyskanie od pacjentki informacji dotyczących dolegliwości wskazujących na zatrzymanie moczu, takich jak rozpieranie w podbrzuszu, uczucie parcia na pęcherz,
- prowokowanie diurezy poprzez opukiwanie okolicy nadłonowej, polewanie krocza ciepłą wodą, zastosowanie ciepłych okładów na krocze, ogrzanie basenu, odkręcenie kranu z wodą,
- pacjentce podano ogrzany basen,
- zastosowano ciepły okład na krocze,
- polano ciepłą wodą krocze pacjentki, opukano okolicę nadłonową,
- na sali przy łóżku pacjentki rozstawiono parawan.

Ocena podjętych działań:

- po upływie około 6 godzin od zabiegu pacjentka oddała mocz do basenu w ilości 370 ml.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów jako wczesnego powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Przeciwdziałanie wystąpieniu lub złagodzenie dolegliwości.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie pacjentki na płasko lub na boku z głową uniesioną pod kątem 30°,
- wietrzenie pomieszczenia, w którym przebywa pacjentka,
- polecenia wykonania głębokich oddechów,
- przygotowanie miski nerkowatej, ligniny,
- podanie pacjentce kostek lody do ssania,

- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- otworzono okna w celu wywietrzenia pomieszczenia w którym przebywa pacjentka,
- polecono pacjentce wykonanie głębokich oddechów,
- na stoliku przy łóżku pacjentki przygotowano miskę nerkowata i ligninę,
- pacjentce podano kostki lodu do ssania,
- pacjentce podano dożylnie Zofran (Ondansetron) 8 mg we wlewie kroplowym na zlecenie lekarza.

Ocena podjętych działań:

- pacjentka stale odczuwała nudności,
- pacjentka raz zwymiotowała,
- po podaniu dożylnym Zofranu nudności i wymioty ustąpiły

Diagnoza pielęgniarska 4: Możliwość wystąpienia popunkcyjnego bólu głowy jako powikłania nakłucia przestrzeni podpajęczynówkowej.

Cel: Zapobieganie wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- reżim łóżkowy,
- ułożenie pacjentki w pozycji na plecach z głową uniesioną pod kątem 30° lub w pozycji na boku z głową uniesioną pod kątem 30°,
- nawadnianie pacjentki poprzez przyjmowanie przez pacjentkę doustnie płynów nawadniających,
- nawadnianie pacjentki poprzez podaż płynów nawadniających i wieloelektrolitowych dożylnie we wlewie kroplowym zgodnie z kartą zleceń,
- prowadzenie bilansu płynów,
- pomiar parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczby oddechów,
- obserwacja w kierunku dolegliwości bólowych głowy.
- pacjentkę ułożono w łóżku na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- poinformowano pacjentkę o konieczności pozostania w łóżku przez 12 godzin i nie unoszeniu głowy powyżej 30°,
- poinformowano pacjentkę o konieczności przyjmowania doustnie płynów nawadniających,
- podano pacjentce 500 ml Optilyte i 500 ml 0,9% NaCl dożylnie we wlewie kroplowym zgodnie z kartą zleceń,

- wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych głowy.

Ocena podjętych działań:

- dolegliwości bólowe głowy nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia krwotoku do stawu kolanowego spowodowane przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

Cel: Wczesne wykrycie objawów krwawienia. Profilaktyka wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja opatrunku na ranie operacyjnej pod kątem stopnia przesiąknięcia wydzieliną i przesiąkania opatrunku,
- kontrola ilości i rodzaju wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- pomiar obwodu stawu kolanowego,
- obserwacja koloru i wilgotności skóry,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów i udokumentowanie w karcie obserwacyjnej.
- kontrolowano stopień zabrudzenia opatrunku wydzieliną,
- kontrolowano ilość i rodzaj wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- obserwowano stopień opuchlizny stawu kolanowego.

Ocena podjętych działań:

- opatrunek nie przesiąkał i nie był zabrudzony wydzieliną,
- obecność krwistej wydzieliny w drenie i w pojemniku połączonym z drenem w ilości 100 ml po upływie 10 godzin od zabiegu,
- staw kolanowy kończyny operowanej lekko opuchnięty,
- krwotok nie wystąpił.

Diagnoza pielęgniarska 6: Możliwość wystąpienia bólu w okolicy lędźwiowej kręgosłupa z powodu fizycznych i chemicznych podrażnień zakończeń nerwowych po nakłuciu do znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i ryzyka rozwoju powikłań.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie pacjentki w łóżku na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- wyjaśnienie pacjentce konieczności pozostania w zalecanej pozycji (profilaktyka popunkcyjnego bólu głowy),
- wyjaśnienie pacjentce przyczyny bólu,
- prowadzenie karty obserwacyjnej w kierunku wystąpienia i narastania dolegliwości bólowych,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30° i wyjaśniono konieczność pozostania w zalecanej pozycji,
- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych,
- podano pacjentce środki przeciwbólowe: podskórnie Tramal 50 mg, dożylnie Pyralgin 1g zgodnie z kartą zleceń.

Ocena podjętych działań:

- po podaniu środków przeciwbólowych dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko spadku temperatury ciała pacjentki jako wczesnego powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Wczesne wykrycie spadku temperatury ciała. Przeciwdziałanie wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- wykonywanie pomiarów temperatury ciała i dokumentowanie w karcie obserwacyjnej,
- dodatkowe okrycie pacjentki,
- podawanie pacjentce płynów infuzyjnych ogrzanych do temperatury pokojowej,
- zastosowanie termoforów do ogrzania pacjentki.
- pomiary temperatury ciała wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- dokumentowano pomiary temperatury w karcie obserwacyjnej,
- okryto pacjentkę dodatkowym kocem.

Ocena podjętych działań:

- temperatura ciała pacjentki nie spadła poniżej 36,4°C.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko spadku ciśnienia krwi tętniczej i zwolnienia pracy serca jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajeczynówkowego.

Cel: Wczesne wykrycie spadku ciśnienia tętniczego krwi i tętna oraz przeciwdziałanie wystąpieniu powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- kontrola parametrów ciśnienia tętniczego krwi, tętna i udokumentowanie w karcie obserwacyjnej,
- zapewnienie świeżego powietrza,
- poinstruowanie pacjentki w wykonywaniu ćwiczeń oddechowych.
- pomiary ciśnienia krwi tętniczej i tętna wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- otworzono okna w celu wywietrzenia sali w której przebywa pacjentka,
- zalecono pacjentce wykonywanie głębokich oddechów,
- poinstruowano pacjentkę w jaki sposób należy wykonywać ćwiczenia oddechowe za pomocą aparatu Triflo (Pacjent oddycha swobodnie, następnie wykonuje głęboki wydech, wkłada ustnik aparatu do ust i wykonuje głęboki wdech. Prawidłowo wykonany głęboki wdech pokonuje opór kulek i unosi je do góry).

Ocena podjętych działań:

- wartość ciśnienia tętniczego krwi nie spadła poniżej dla skurczowego >125 mmHg, dla rozkurczowego >82 mmHg,
- wartość tętna nie spadła poniżej 68 uderzeń na minutę.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia w ranie pooperacyjnej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji.

Działania pielęgniarskie:

- utrzymanie stałej temperatury ciała pacjentki, niedopuszczenie do wychłodzenia organizmu,
- obserwacja opatrunku na ranie operacyjnej pod kątem stopnia zabrudzenia wydzieliną i przesiąkania opatrunku, podczas zmiany opatrunku przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- kontrola ilości, rodzaju i zabarwienia wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku

połączonym z drenem,

- zabezpieczenie drenu przed zaginaniem, założenie szczelnego, jałowego opatrunku,
- zapewnienie szczelnego systemu drenującego,
- utrzymanie pojemnika połączonego z drenem poniżej poziomu łóżka,
- opróżnianie/wymienianie pojemnika połączonego z drenem w chwili gdy wydzielina zajmie całą objętość pojemnika, przynajmniej raz na dobę niezależnie od objętości wydzieliny znajdującej się w pojemniku drenującym,
- podczas opróżniania/wymiany pojemnika drenującego przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- pomiary temperatury ciała wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- dążono do utrzymania temperatury pokojowej w sali na której przebywa pacjentka,
- kontrolowano stopień zabrudzenia opatrunku na ranie operacyjnej,
- kontrolowano ilość, rodzaj i barwę wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- zabezpieczono dren przed zaginaniem, założono szczelny, jałowy opatrunek,
- upewniono się czy pojemnik podłączony do drenu jest szczelny i nieuszkodzony,
- pojemnik połączony z drenem podwieszono poniżej poziomu łóżka,
- pojemnik drenujący wymieniono raz w ciągu doby,
- podczas wymiany pojemnika z wydzieliną przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki.

Ocena podjętych działań:

- temperatura ciała pacjentki nie spadła poniżej 36,4°C i nie wzrosła powyżej 36,8°C,
- temperaturę w sali w której przebywa pacjentka utrzymywano w granicach 20-22°C,
- opatrunek nie przesiąkał i nie był zabrudzony wydzieliną,
- obecność krwistej wydzieliny w drenie i w pojemniku połączonym z drenem w ilości 100 ml po upływie 10 godzin od zabiegu,
- pojemnik drenujący wymieniono w chwili gdy objętość wydzieliny w pojemniku wyniosła 240 ml, tj. 24 godziny po zabiegu operacyjnym,
- pacjentka wymaga dalszej obserwacji w kierunku wystąpienia zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia zakażenia linii naczyniowej w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zapalenia w miejscu założonego wkłucia

obwodowego.

Działania pielęgniarские:

- umocowanie wkłucia za pomocą sterylnego opatrunku,
- zabezpieczenie wkłucia jałowym koreczkiem,
- przed podażą leku jak i po podaniu przepłukanie wkłucia 0,9% NaCl,
- zmiana opatrunku raz na dobę lub jeżeli zachodzi taka potrzeba, np. opatrunek odkleja się, jest brudny, przesiąknięty krwią,
- unikanie manipulacji przy dostępie naczyniowym,
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, bólu, obrzęku,
- dokumentowanie w karcie obserwacji daty założenia wkłucia i wyników obserwacji.
- wkucie zostało zabezpieczone sterylnym opatrunkiem,
- po każdej podaży płynów i leków drogą dożylną wkłucie było zabezpieczane jałowym koreczkiem,
- przed każdą podażą leku i po wkłucie było przepłukiwane 0,9% NaCl,
- opatrunek zmieniono następnego dnia rano,
- wszelkie czynności wykonywane przy wkłuciu były wykonywane sprawnie, bez zbędnych manipulacji,
- prowadzono kartę obserwacji.

Ocena podjętych działań:

- opatrunek nie był zabrudzony, nie przesiąkał,
- nie zaobserwowano zaczerwienienia, pacjentka nie zgłaszała bólu w obrębie miejsca wkłucia,
- pacjentka wymaga dalszej obserwacji w kierunku wystąpienia zapalenia.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

- Objęcie pacjentki indywidualnym planem opieki pozwoliło na określenie problemów pielęgnacyjnych. Najważniejszymi z nich były:
- Ból stawu kolanowego i rany operacyjnej spowodowany zabiegiem operacyjnym, obecnością drenu w stawie oraz urazem nerwów czuciowych.
- Ryzyko retencji moczu jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajęczynówkowego.
- Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów jako wczesnego powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego.

- Podjęte w indywidualnym planie działania pozwoliły na realizację postawionych celów i uniknięcie wystąpienia powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Pogorzała A.M., Kulesza K., Stryła W.: Leczenie usprawniające chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych z uwzględnieniem elementów badania przedmiotowego [w:] Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, Borowicz A.M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2017, 99-112.
2. Kopacz Ł., Lubkowska A., Bryczkowska I., Lietz-Kijak D., Śliwiński Z.: Efekt terapeutyczny działania krioterapii miejscowej na staw kolanowy, uzależniony od rozpoznania choroby zwyrodnieniowej. Fizjoterapia Polska, 2015, 1: 6-14.
3. Pogorzała A.M., Buczak J.: Przyczyny niestabilności stawu kolanowego po uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego i metody jej leczenia [w:] Horyzonty współczesnej fizjoterapii, Borowicz A.M.(red.), Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2016: 55-67.
4. Widuchowski W., Tomaszewski W., Widuchowski J., Czamara A.: Współczesne możliwości leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej – ze szczególnym uwzględnieniem stawu kolanowego. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2011, 4(6): 327-341.
5. Grzesiczak A., Wrzosek Z., Chantsoulis M., Ruta J., Sakowski J.: Ocena funkcji stawu kolanowego po przebytych uszkodzeniach łąkotki przyśrodkowej leczonej metodą laparoskopową. Kwartalnik Ortopedyczny, 2011, 3: 235-242.
6. Jelonek N., Zmarzłak J., Turska A.M., Budnik-Szymoniuk M., Cwajda-Białasik J.: Wybrane problemy pielęgnacyjne okresu okołoperacyjnego u pacjentki z nawracającym zwichnięciem rzepki – opis przypadku. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2018, 4: 141-147.
7. Pogorzała A.M., Palejko K.A.: Wykorzystanie skali WOMAC w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego na podstawie przypadku klinicznego [w:] Horyzonty współczesnej fizjoterapii, Borowicz A.M.(red.), Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2016, 29-42.
8. Neyrete P., Verdonk P., Selmi T.A.S.: Chirurgia kolana. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.

9. Wilczyńska D., Łysak A., Podczarska-Głowacka M.: Imagery use in rehabilitation after the knee joint arthroscopy. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 2015, 7 (4): 93-101.
10. Mielnik M., Hermanson J., Wawrzynek W., Kokot R., Czech Sz., Głogowski K., Kusak W., Szyluk K., Kukawska-Sysio K., Koczy B.: Konflikt udowo-panewkowy jako przyczyna dolegliwości bólowych stawu biodrowego u młodych dorosłych pacjentów. Sposoby diagnozowania i leczenia z zastosowaniem technik artroskopowych. *Chirurgia Polska*, 2015, 1-2: 69-74.
11. Frąszczak P., Małydk P.: Przydatność artroskopowej totalnej synowektomii w leczeniu wysiękowego zapalenia stawu kolanowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2011, 49, 3: 169-172.
12. Osteras H., Osteras B., Torstensen T.A.: Medical Exercise Therapy is Effective After Arthroscopic Surgery of Degenerative Meniscus of the Knee: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 2012, 4(6): 378-384.
13. Ogrodzka K., Bac A., Bursztyn J., Ridan T., Żak M.: Ocena skuteczności leczenia operacyjnego i procesu rehabilitacji pacjentów po urazowym uszkodzeniu łąkotki stawu kolanowego. *Fizjoterapia Polska*, 2016, 1: 62-72.
14. Ćwiek R., Lisowska B., Małydk P.: Ocena skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania pregabaliny u chorych poddanych aloplastykom stawów kolanowych wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym bupiwakainą z morfiną. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6: 151-161.
15. Daszuta K.K., Liberacka J., Ślusarz R.: Opieka pielęgniarska po znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2018, 2 (3): 21-38.
16. Olczak B., Kowalski G., Wieczorowska-Tobis K.: Kliniczne zastosowanie opioidów w blokadach centralnych. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014, 8: 328-338.
17. Agerson A.N., Scavone B.M.: Prophylactic Epidural Blood Patch After Unintentional Dural Puncture for the Prevention of Postdural Puncture Headache in Parturients. *Anesthesia & Analgesia*, 2012, 115 (1): 133-136.
18. Wojtaszek M., Ozga D.: Znieczulenie przewodowe miejscowe i regionalne [w:] *Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki*, Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 392-416.
19. Lisowska B., Wiśniewski T., Olszewska M., Małydk B., Ćwiek R., Słowińska I., Małydk

- P.: Znieczulenie podpajęczynówkowe – ocena porównawcza dwóch preparatów bupiwakainy, czy to samo to znaczy identyczne, czy tylko podobne?. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2011, 5: 28-39.
20. Obrzut D., Machała W.: Ocena efektywności leków używanych w analgezji podpajęczynówkowej u pacjentów poddanych planowym zabiegom operacyjnym. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6: 24-32.
21. Tomaszewski D., Bałkota M., Truszczyński A., Machowicz A.: Morfina podana do płynu mózgowo-rdzeniowego zwiększa częstość zatrzymania moczu u pacjentów znieczulanych podpajęczynówkowo do operacji ortopedycznych. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 2014, 1: 29–34.
22. Kostyra M., Nowacka E., Lisowska B.: Rola wykonywania łąty z krwi w leczeniu popunkcyjnych bólów głowy. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015, 9: 203-208.
23. Czupryna A., Kłapa Z., Kowalewska M., Kózka Marta, Kózka Maria, Kózka Mariusz, Solecki R., Szczepanik A. M., Nardzewska-Szczepanik M., Ścisło L., Walewska E., Zahradniczek K.: Okres okołoperacyjny [w:] *Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego*, Walewska E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 173-204.
24. Grabowska H., Grabowski W.: Zakres interwencji pielęgniarskich w opiece nad chorym w okresie okołoperacyjnym z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22 (3): 385–389.
25. Nowakowski P., Jurszewicz P.: Medycyna okołoperacyjna – strategie redukcji ryzyka. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014,16, 3: 313–316.

CHOROBA PSYCHICZNA A ZABURZENIE PSYCHICZNE

Bogumiła Chętnik¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Psychiatryczny, Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zaburzenia psychiczne są częścią doświadczania ludzkiej egzystencji. Występowały zawsze – świadectwa tego odnajdujemy już w kulturze antycznej, ale i wszędzie indziej: nie ma kraju, narodu, grupy społecznej, której by nie dotyczyły. Co więcej, nie ma człowieka, który nie doświadczyłby choćby chwilowej dysfunkcjonalności swego umysłu, zmysłów, ciała [1].

Terminologia psychiatryczna od zawsze budziła kontrowersje i nastroczała wiele trudności. Jest bowiem bardzo nieprecyzyjna i nieostra, czego przykładem są dwa podstawowe pojęcia psychiatryczne – „choroba psychiczna” i „zaburzenie psychiczne”, czasem używane zamiennie, chociaż nie są terminami jednoznacznymi. Zdecydowanie dłuższą tradycję ma termin „choroba psychiczna” [2].

W określeniu definicji pojęć choroby psychicznej i zaburzeń psychicznych, istnieje wiele niejasności. Pośród psychiatrów od dawna istnieje rozbieżność, w kwestii prawidłowego i racjonalnego definiowania poszczególnych pojęć. Podejmując problematykę chorób i zaburzeń psychicznych, powinno się rozważyć kwestię natury ogólnej. Nie sposób podjąć analizę wspomnianych pojęć, bez próby stworzenia definicji zdrowia psychicznego [3].

W przeciwieństwie do chorób somatycznych, gdzie jest możliwe ustalenie pewnych niezależnych symptomów, jak choćby obiektywna zmiana w organizmie, kryteria choroby psychicznej mogą być niewyraźne, a proces diagnostyczny może nigdy się nie skończyć. Biorąc pod uwagę powyższą kwestię, nie powinno dziwić, iż istnieje wiele definicji zarówno choroby psychicznej jak i zdrowia psychicznego [4].

Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania osoby w społeczeństwie. Tak więc, zdrowie psychiczne oznacza dużo więcej niż brak zaburzeń psychicznych [5].

Omówienie wszystkich koncepcji i podejść teoretycznych znacznie przekraczałoby ramy niniejszej pracy, jednakże aby podkreślić wielość rozumień, warto zapoznać się z wybranymi sformułowaniami. A zatem, zdrowy psychicznie jest ten [4]:

1. „u kogo nie występują objawy chorób psychicznych;
2. kto jest taki jak większość w danej zbiorowości;
3. kto jest przystosowany do kultury, w której żyje i spełnia jej wymagania;
4. kto jest zdolny/przystosowany do samodzielnej egzystencji i umie zaspakajać
 1. swoje potrzeby;
5. kto postrzega rzeczywistość w sposób realistyczny;
6. kto w pełni rozwija swoje możliwości;
7. kto potrafi realizować swoje cele życiowe;
8. kto nie ma defektów w strukturze psychicznej i funkcjach psychicznych;
9. u którego elementarne procesy psychiczne i fizjologiczne mieszczą się w granicach odpowiedniej ich siły i wzajemnego ustosunkowania”.

Choroba psychiczna, jest to zaburzenie czynności centralnego układu nerwowego, w konsekwencji którego pojawiają się objawy psychopatologiczne, zaburzające dowolną świadomą kontrolę zachowania, utrudniające lub uniemożliwiające przystosowanie do istniejących warunków, upośledzające lub zniekształcające zdolność do przewidywania przyszłości oraz upośledzające lub uniemożliwiające korzystanie z doświadczeń. W założeniach współczesnej psychiatrii [6]:

- żaden człowiek nie jest całkowicie zdrowy psychicznie, zaś żaden pacjent psychiatryczny nie jest chory psychicznie we wszystkich obszarach jego funkcjonowania;
- przewlekłość choroby psychicznej nie oznacza jej nieuleczalności;
- przewlekłe chory jest warunkowo zdrowy, albowiem w chorobie psychicznej obserwuje się liczne wahania zarówno pozytywne, jak i negatywne.

W szerokim rozumieniu, choroba psychiczna jest to stan patologiczny, charakteryzujący się jakościowym, ilościowym lub łącznie obydwoma zaburzeniami funkcji poznawczych i emocjonalnych przy uwzględnieniu tego, że norma, w stosunku do której odnosimy te zaburzenia jest zmienna, uwarunkowana biologicznie, społecznie i kulturowo [3].

W wąskim rozumieniu, termin choroby psychiczne obejmuje tylko psychozy (maniakalno-depresyjna, schizofreniczna, alkoholowa, starcza), pozostawiając poza tym zakresem pojęciowym pozostałe zaburzenia psychiczne. Uważa się także, iż pod pojęciem choroby psychicznej należy rozumieć takie zaburzenie czynności psychicznych jak (stałe i okresowe), które utrudniają lub uniemożliwiają adaptację społeczną jednostki, w konsekwencji występowania u niej objawów psychotycznych [3].

Zdrowie psychiczne jest też elementem modeli zdrowia. Według założeń modelu biopsychospołecznego, zdrowie lub choroba, jest to rezultat działania szerokiej grupy czynników – biologicznych, psychologicznych i społecznych. Czynniki te działają jednocześnie i wpływają na siebie. Osoba może aktywnie wpływać na te czynniki, przez co wpływa na swoje zdrowie. Model ten jest najbardziej zbliżony do opisu rzeczywistości; uwzględnia wielość różnych zjawisk, problemów i czynników wpływających na zdrowie [5].

A zatem, choroba psychiczna nie jest jedynie obiektywnym stanem, lecz również etykietą społeczną, nadawaną tym, którzy łamią przyjęte normy i których społeczeństwo chce widzieć jako chorych.

Zaburzenia psychiczne można rozumieć jako ogół zaburzeń i zachowań, które są przedmiotem zainteresowania (profilaktyka, diagnostyka, leczenie) psychiatrii klinicznej. Zaburzenia psychiczne, to uruchamiane przez stres wzorce reakcji człowieka, polegające na źle przystosowanym i zakłóconym jego funkcjonowaniu psychobiologicznym. Czynniki wywołujące zaburzenia psychiczne są bardzo różnorodne: stać się nimi może wydarzenie traumatyczne (np. śmierć najbliższej osoby, powódź, wojna) wywołujące zespół stresu pourazowego. Znaczący wpływ na zaburzenie psychiczne mają też czynniki osobnicze, stres, reakcje samoobronne, problemy wynikające z życia emocjonalnego [3].

W powszechnie przyjętych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania DSM V oraz ICD 10 termin „choroba psychiczna” nie występuje, został on zastąpiony określeniem „zaburzenie” (*disorder*). Autorzy ICD-10 wyjaśniają, że termin „zaburzenie”, jest używany w całej klasyfikacji celem uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących terminu „choroba” (*disease or illness*). Nie jest to termin ścisły, używany w celu wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniem funkcjonowania indywidualnego [3].

Istnieje też w psychiatrii pojęcie zaburzeń psychotycznych (psychoz), które utożsamiane są z chorobą psychiczną rozumianą w sposób węższy. Tak więc nie każde

zaburzenie psychiczne jest psychozą (chorobą psychiczną), zaś każda psychoza (choroba psychiczna) jest zaburzeniem psychicznym [1].

Rozpoznanie i klasyfikacja chorób i zaburzeń psychicznych

Choroby psychiczne są stanem, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym a światem urojeń i halucynacji, na przykład podczas występowania zaburzeń psychotycznych, zaburzeń urojeniowych, schizofrenii, depresji, nerwicy czy psychotycznych zaburzeń afektywnych. Człowiek doświadcza wówczas rozbicia granic własnego „ja”, czemu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Występuje wiele rodzajów chorób psychicznych, które różnią się między sobą w zakresie etiologii, objawów, przebiegu, sposobów leczenia itd. [7].

Podstawowym globalnym systemem klasyfikacji dla statystycznej i klinicznej dokumentacji zaburzeń jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD), opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia [8].

W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – system ICD-10, wyodrębniająca zasadnicze grupy diagnostyczne i ich kody [7]:

1. Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi – F00–F09;
2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji
3. psychoaktywnych – F10–F19;
4. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe – F20–F29;
5. Zaburzenia nastroju (afektywne) – F30–F39;
6. Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – F40–F49;
7. Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
8. – F50–F59;
9. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych – F60–F69;
10. Upośledzenie umysłowe – F70–F79;
11. Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) – F80–F89;
12. Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym – F90–F98;
13. Nieokreślone zaburzenia psychiczne – F99 [7].

Funkcjonuje również system DSM-V, powstały w USA. Oba systemy są spójne oraz wzajemnie kompatybilne. Jednolitość kryteriów rozpoznania danej jednostki chorobowej umożliwia sprawną komunikację między psychiatrami, psychologami klinicznymi i innymi

specjalistami pochodzącymi z różnych państw i różnych obszarów kulturowych. Dzięki temu np. rozpoznanie schizofrenii w Polsce opiera się na tych samych kryteriach, co w Chinach czy w Afryce. System ujednolicił także wyniki badań klinicznych i sprawia, że psychiatrzy na całym świecie posługują się tym samym systemem pojęciowym. Przywołane klasyfikacje są co pewien czas rewidowane ze względu na postęp w badaniach naukowych i zmiany koncepcji teoretycznych. Obecnie przygotowana jest nowa wersja klasyfikacji ICD-11. Klasyfikacje opracowane na podstawie zgromadzonych opisów objawów pozwalają zdiagnozować i różnicować poszczególne jednostki chorobowe czy zaburzenia [1].

Aby zaburzenie psychiczne mogło być zdiagnozowane jako psychoza, muszą być spełnione następujące warunki: muszą pojawić się objawy wytwórcze, czyli omamy i urojenia, którym często towarzyszą formalne zaburzenia myślenia; chory nie może mieć poczucia choroby – świat urojeń i omamów jest dla niego światem realnym [9].

Epidemiologia zaburzeń psychicznych

Istniejące dane i prognozy na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są poważnym i narastającym problemem na całym świecie. W Polsce systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Tendencja ta najprawdopodobniej będzie się nasilać w przyszłości, z uwagi na zwiększenie poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego [5].

Depresja dotyczy 350 milionów światowej populacji, w tym 1,5 miliona Polaków. Badania ostatnich dziesięcioleci wskazują na wzrostowy trend zachorowania, skłaniający do postrzegania depresji w aspekcie choroby cywilizacyjnej. Szczególnie dotyczy to populacji po 65 r.ż., gdzie odsetek zachorowań sięga 20% i wiąże się z niepełnosprawnością, zwiększoną śmiertelnością pacjentów i gorszymi wynikami leczenia chorób przewlekłych [10]. Przewiduje się, że do 2020 roku będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym. Szacuje się że 0,9-17,1 osób na 100 może przeżyć epizod ciężkiej depresji w ciągu całego życia [11].

W świetle licznych badań naukowych dotyczących współwystępowania depresji oraz chorób przewlekłych, skuteczne badania przesiewowe oraz farmakoterapia zaburzeń depresyjnych wydają się mieć istotne znaczenie w efektywnej terapii chorób somatycznych. Natomiast z ekonomicznego punktu widzenia depresja stanowi znaczące obciążenie dla budżetu Państwa, szacowane na około 2,6 miliarda złotych w skali roku [10].

Zachorowanie może mieć miejsce w każdym przedziale wiekowym, a szczyt jego występowania szacuje się najczęściej pomiędzy 30-tym a 40-tym oraz 50-tym a 60-tym rokiem życia. Częstotliwość zachorowań na depresję w dużej mierze uzależniona jest od

kryteriów zastosowanych w diagnostyce tej choroby i od grupy ludności wybranej do badania. Zmiany w metodach wykrywalności choroby spowodowały, że w ostatnich dziesięcioleciach zarejestrowano o wiele większą liczbę jej przypadków w całej populacji niż było to wcześniej do przewidzenia. Wśród chorych na depresję blisko 2/3 stanowią kobiety. Uzasadnia się to brakiem powszechnie panującego wyobrażenia o kobietach, które częściej niż mężczyźni, ze względu na sposób postrzegania ich płci i form zachowań w kulturze, skrywają i negują emocje, kierując je do wewnątrz. Istotną rolę odgrywają w tym przypadku również wahania hormonalne i związane z nim większe narażenie na stres [11].

Wiedza dotycząca epidemiologii schizofrenii uległa znacznemu pogłębieniu w ciągu ostatnich trzydziestu lat. W okresie tym doprecyzowano kryteria diagnostyczne, zwrócono uwagę na czynniki genetyczne i interakcje genotypu z czynnikami środowiskowymi. Stosunkowo stabilna zapadalność na schizofrenię, z szacunkową wartością około 15 przypadków/100000 osób rocznie, wspiera hipotezę dotyczącą etiologii genetycznej [12].

W skali świata szacuje się, że aktualnie żyje około 10 milionów ludzi z różnymi formami psychoz. W świetle przewidywanego wzrostu długości życia, liczba ta podwoi się do roku 2030, a potroi – do 2050. Statystyki przebiegu schizofrenii nie podlegają znaczącym zmianom pomimo postępów w farmakoterapii oraz podejmowaniu różnych form oddziaływania środowiskowego. Międzynarodowe badania WHO wykazały, że schizofrenię można rozpoznać we wszystkich regionach świata [13].

Rozpowszechnianie zaburzeń afektywnych na świecie w ciągu życia [1]:

- 7–12% u mężczyzn i 20–25% u kobiet;
- Roczna chorobowość to 6–12% w populacji osób dorosłych;
- Kobiety 2–3 krotnie częściej chorują na depresję niż mężczyźni;
- Rozpowszechnienie choroby afektywnej dwubiegunowej typu I jest jednakowe u obu płci i obejmuje około 1% populacji;
- Prawdopodobieństwo nawrotu leczonej depresji w ciągu życia wynosi 80%;
- W przebiegu depresji zaburzenia lękowe z napadami paniki są 19 razy częstsze niż w populacji osób bez depresji;
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne są 11 razy częstsze u osób z depresją niż bez depresji;
- Zaburzenia w postaci fobii są 9 razy częstsze w przebiegu zaburzeń afektywnych niż bez tych zaburzeń;
- 10–15% osób z depresją popełnia samobójstwo;
- Występuje duża współchorobowość ADHD i choroby afektywnej dwubiegunowej.

Na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne cierpi około 2–3% populacji, niemal wszystkie osoby z OCD przeżywają trudności w relacjach z innymi (92% ma kłopot w ich nawiązaniu z powodu zaniżonej samooceny; 73% doświadcza problemów w rodzinie, a 62% – w przyjaźni, co wiąże się z ryzykiem rozstania), blisko połowa ma problemy związane ze sferą zawodową (58% ma kłopot z kontynuowaniem nauki, 47% z utrzymaniem pracy, 40% jest do pracy niezdolnych), 13% osób podejmuje próbę samobójczą wskutek cierpienia z powodu natręctw. Ponad 90% osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi spełnia również kryteria dotyczące innych zaburzeń psychicznych, w tym depresji, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, zaburzeń jedzenia, lękowych, osobowości i schizofrenii, co komplikuje znacznie proces diagnozy i leczenia[14].

Rzetelne dane dotyczące chorobowości związanej z zaburzeniami psychicznymi przedstawia badanie Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP). Badanie to, zakończone i ogłoszone w formie raportu w 2012 roku, jest pierwszą w Polsce analizą stanu zdrowia psychicznego Polaków. Populację badano za pomocą Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CIDI). Próbę badaną stanowiło 10 tys. osób w wieku 18–64 lat [1].

Badanie wykazało, że w Polsce przynajmniej jedno z zaburzeń psychicznych objętych klasyfikacjami ICD-10 i DSM-IV można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% populacji. Oznacza to, że dotkniętych nimi jest około sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Spośród nich co czwarta osoba cierpiała przynajmniej na dwa rodzaje zaburzeń, a co dwudziesta piąta – na trzy i więcej. Przynajmniej trzy rodzaje zaburzeń występują u około ćwierci miliona osób w Polsce[1].

W Polsce wskaźniki rozpowszechnienia wynoszą 2,7/1000 w poradniach zdrowia psychicznego, a w szpitalach psychiatrycznych 0,8/1000. Oznacza to, że w poradniach leczą się około 104 000 ludzi a w lecznictwie zamkniętym 31 000 [15].

Zaburzenia lękowe (nerwicowe) dotyczą 10% populacji, w tym 4,3% to fobie specyficzne, a 1,8% fobie społeczne. Zaburzenia nastroju (choroba afektywna jednobiegunowa i dwubiegunowa) w chwili przeprowadzania badań dotyczyły 3,5% populacji. Z innych źródeł wynika, że ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu życia wynosi 17% (trzykrotnie częściej występują one u kobiet niż u mężczyzn). Należy pamiętać, że w badaniu EZOP oceniano wystąpienie zaburzenia w momencie badania, a nie w ciągu całego życia. Według innych badań zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenia, dotyczą ok. 1% populacji. Schizofrenia jest chorobą, która rozpoczyna się w młodym wieku i trwa do końca życia.

Średni wiek wystąpienia jej pierwszych objawów u mężczyzn lokuje się w przedziale 15–24 lat, u kobiet zaś 25–30 lat [1].

Ponadto z badań przeprowadzonych przez EZOP wynika, iż [1]:

- depresja: 3,0% (estymacja: 2,7–3,3 %);
- dystymia (przewlekła depresja): 0,6% (estymacja: 0,5–0,8 %);
- mania: 0,4% (estymacja: 0,3–0,5%);
- zaburzenia afektywne ogółem: 9,6% (estymacja: 8,9–10,3%).

Osobnym zagadnieniem w epidemiologii zaburzeń psychicznych jest umieralność wynikająca z samobójstw. Dane statystyczne wykazują, iż w wyniku samobójstwa śmierć ponosi więcej osób niż w wypadkach drogowych. Uważa się, że 50% samobójstw spowodowanych jest zaburzeniami psychicznymi. W 2012 roku w Polsce było 4177 prób samobójczych zakończonych zgonem. Spośród nich 808 wywołanych było zaburzeniami psychicznymi. Samobójstwem zagrożone są osoby cierpiące na zaburzenia afektywne, zwłaszcza mężczyźni w średnim wieku oraz samotni. Co dziesiąty chory na schizofrenię usiłuje popełnić samobójstwo[1].

Warto w tym miejscu przytoczyć także dane dotyczące jednego z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego – współczynnika zgonów z powodu samobójstw. Wiadomo, że depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka odebrania sobie życia (szacuje się, że ok. 80% ofiar samobójstw cierpiało na jakiś rodzaj tej choroby). Polska na tle państw Unii Europejskiej należy do krajów o największej liczbie samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Wskaźnik ten wynosi 16,6. Dla porównania: w Niemczech – 9,2, a w dotkniętych kryzysem ekonomicznym Hiszpanii i Grecji odpowiednio – 5,1 i 3,8 [16].

Charakterystyka najczęstszych zaburzeń psychicznych

Schizofrenia

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jak i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V-TR) schizofrenia, to grupa zaburzeń psychotycznych tj. zaburzenia myślenia, spostrzegania i afektu o dużym nasileniu, które prowadzi do istotnych zaburzeń funkcjonowania społecznego [17].

Schizofrenia – objawy negatywne (osiowe) [21]:

- Autyzm;
- Obniżenie uczuciowości wyższej;
- Bładość afektywna;

- Rozpad struktury osobowości: rozkojarzenie, dereizm, paratymia, paramimia, parafonia, ambisentencja, ambitendencja, ambiwalencja, paralogia.

Schizofrenia – objawy pozytywne (wytwórcze) [18]:

- Złudzenia (iluzje) i omamy;
- Niespójne urojenia;
- Depersonalizacja;
- Transytywizm;
- Symboliczność;
- Dziwaczne zachowania;
- Paramnezje;
- Zaburzenia odżywiania się, snu, cyklu miesięcznego.

Oprócz wspólnego rdzenia – objawów osiowych, schizofrenia cechuje się różnorodnością dodatkowych objawów, które często przeważają nawet nad objawami osiowymi i tworzą obraz kliniczny choroby. Wyróżnia się najczęściej, postać paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, nieodróżnioną, rezydualną i postać prostą schizofrenii [19].

Zgodnie z ICD-10 kryterium diagnostyczne schizofrenii, to co najmniej jeden z zespołów wymienionych w punkcie 1, lub co najmniej dwa z objawów wymienionych w punkcie 2 – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu psychiatrycznego, utrzymującego się co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu) [20]:

1. a. echo, nasyłanie, zabieranie, rozgłaszanie myśli, b. urojenia oddziaływania, wpływu, o władnięcia c. omamy słuchowe komentujące, dyskutujące w 3 os. lub inne głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała d. utrwalone urojenia innego rodzaju (niedostosowane kulturowo),
2. e. utrwalone omamy z jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia przez co najmniej miesiąc i towarzyszą im urojenia f. neologizmy, przerwy, wstawki w toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia g. zachowania katatoniczne h. objawy ubytkowe.

Ponadto należy wykluczyć stan maniackalny i depresyjny oraz czy zaburzenie nie jest związane z chorobą mózgu, zatruciem, uzależnieniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnej [12].

Bardziej precyzyjne wyjaśnienie etiologii choroby proponują Adam Bilikiewicz, Janusz Lewandowski i Piotr Radziwiłowicz. Dziela przyczyny schizofrenii na [21]:

- Czynniki genetyczne – uwzględnia się tu badania przeprowadzane wśród bliźniąt i w rodzinach adopcyjnych. Zdaniem Tima Crowa, genów chorobotwórczych należy szukać wśród genów odpowiedzialnych za rozwój lateralizacji mózgowej i kompetencji językowej (tzw. pseudoautosomalny region chromosomów płciowych);
- Czynniki przed- i okołoporodowe (konceptja neurorozwojowa) – z wywiadów wśród schizofreników i ich rodzin wynika, że choroba występuje częściej u osób, których matki przechodziły infekcje wirusowe, szczególnie w drugim trymestrze ciąży (powodujące dysfunkcje OUN), a także u osób, które w okresie okołoporodowym doznały urazu struktur hipokampa, kory mózgu oraz jąder podstawy;
- Układy neuroprzekaźnikowe w ośrodkowym układzie nerwowym – stwierdza się, że nadmierne wydzielanie dopaminy do układu limbicznego jest odpowiedzialne za wystąpienie objawów pozytywnych schizofrenii; objawy negatywne związane są z niedoborem dopaminy na drodze ze śródmózgowia do kory czołowej, odpowiedzialnej za planowanie i myślenie abstrakcyjne; dopamina jako neurotransmitter łączy regulacje myślenia i reakcje emocjonalne, czyli dwie sfery upośledzone w schizofrenii;
- Czynniki psychodynamiczne i rodzinne – w większości schizofrenicy cechują się prymitywnymi reakcjami obronnymi, co jest konsekwencją fiksacji we wczesnych stadiach rozwoju osobowości; badania wskazują na wpływ sytuacji rodzinnej na stan chorobowy osoby cierpiącej na schizofrenię; w rodzinie chorego zauważa się nieprawidłowe wzorce komunikowania się, a także patologię rodziny;
- Stresy i czynniki psychospołeczne – pierwszy epizod choroby, a także jej nawroty najczęściej wywołane są przez reakcję stresową; ponieważ chorzy na schizofrenię reprezentują deficyt kompetencji społecznych, takim stresorem może okazać się nadmierna stymulacja psychospołeczna, jednak zaniechanie takiej stymulacji może pogłębić u chorego objawy negatywne.

Osoby chorujące na schizofrenię charakteryzuje większe ryzyko wystąpienia otyłości, hiperlipidemii, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu. Standardowy współczynnik umieralności z przyczyn naturalnych, takich jak choroba sercowo-naczyniowa i cukrzyca, także jest znacznie wyższy u pacjentów, u których rozpoznano schizofrenię. Związane jest to ze sposobem odżywiania, stylem życia, przyjmowanymi lekami oraz aktywnością fizyczną [22].

Charakterystyczna długotrwałość przebiegu przejawia się tendencją do nawracania, przewlekania albo nawet utrwalania się zaburzeń, często prowadzącą do defektywnego stylu życia, nacechowanego wycofaniem, biernością, ograniczeniem sposobu wyrażania emocji,

zainteresowań i potrzeb. Powstająca w konsekwencji dezadobatacja życiowa ma przebieg obejmujący cechy somatyczne, osobowe i aspekty przystosowania się chorego. Wszystko to sprawia że pacjent wymaga długotrwałego, kompleksowego leczenia, wszechstronnego wsparcia społecznego, a często świadczeń związanych z niepełnosprawnością [23].

Badania biochemiczne udowadniają, że u osób chorych dochodzi do zaburzenia 3 bardzo ważnych układów neuroprzekąźnictwa: dopaminergicznego, serotonergicznego i glutaminergicznego. Stosowanie neuroleptyków starszej generacji wiązało się głównie z blokowaniem receptorów dopaminergicznych, co powodowało wiele skutków ubocznych - aż do wtórnego upośledzenia funkcjonowania. Natomiast silniejszym powinowactwem do receptorów serotonergicznych charakteryzują się nowe, atypowe neuroleptyki. Są one bardziej skuteczne w zwalczaniu objawów negatywnych oraz zmniejszają występowanie objawów niepożądanych [22].

Zaburzenia nerwicowe

Zaburzenia nerwicowe lub nerwice (nerwica sytuacyjna) (ICD-10: F40–F48) stanowią zaburzenia czynnościowe układu nerwowego bez jego organicznego uszczerbku. W odróżnieniu od schizofrenii (F20) lub zaburzeń osobowości borderline (F60.31) w przypadku reaktywnych zaburzeń nerwicowych nie dochodzi do zakłócenia oceny rzeczywistości. Nerwice to psychopochodne zaburzenia czynnościowe, o niejednorodnym obrazie klinicznym, zwykle z przewagą zmian w zakresie procesów emocjonalnych, ich przyczyną są szeroko rozumiane urazy psychiczne, różnorodne trudne sytuacje życiowe o różnej sile oddziaływania i czasie trwania [24].

Rozpowszechnienie nerwic w krajach uprzemysłowionych wynosi około 10%, stanowiąc 5–15% rozpoznań lekarzy pierwszego kontaktu oraz 40% rozpoznań specjalistów psychiatrów. Wśród pacjentów kobiety przeważają nad mężczyznami w proporcji około 2:1. Osiowym objawem nerwicy jest lęk, prowadzący do narastających trudności w życiu indywidualnym oraz społecznym [25].

Zestawienie jednostek diagnostycznych wg ICD-10, pod którymi kryją się różne, tradycyjne nazwy nerwicy [26]:

- F34.1 Nerwica depresyjna (dystymia);
- F40.1 Nerwica społeczna (fobie społeczne);
- F41. Napady paniki, nerwica lękowa, depresja lękowa, histeria lękowa (inne zaburzenia lękowe);
- F42. Nerwica anankastyczna, nerwica obsesyjna, nerwica natręctw, nerwica obsesyjno- -kompulsywna (zaburzenie obsesyjno-kompulsywne);

- F43. Nerwica urazowa (zaburzenie stresowe-pourazowe),
- F44. Nerwica konwersyjna, histeria (zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]);
- F45. Nerwica hipochondryczna, nerwica serca, żołądka (zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia autonomiczne pod postacią somatyczną);
- F48. Neurastenia, nerwica psychasteniczna, nerwica zawodowa (inne zaburzenia nerwicowe);
- F60.9 Nerwica charakteru (zaburzenia osobowości BNO);
- F68.0 Nerwica roszczeniowa (inne zaburzenia osobowości i zachowania) [26].

Teoria poznawcza wyjaśnia nerwicę jako błędne postrzeganie, przetwarzanie i ocenę zagrażających faktów, indukujących emocję lęku, a następnie nieadaptacyjną próbę ucieczki od lękotwórczego bodźca. Teorie uczenia się ujmują nerwice jako niewłaściwie wyuczone reakcje mogące zmniejszyć lęk i jego przejawy, powstałe na drodze modelowania lub naśladownictwa w interakcji z cechami osobowości przedchorobowej, np. egocentryzmem, uległością, dominacją i agresywnością. W teoriach psychodynamicznych podkreśla się rolę nieświadomych, intrapsychicznych, nierozwiązanych w dzieciństwie konfliktów. K. Horney uważa, że powstały w ten sposób w dzieciństwie lęk podstawowy bierze udział w kształtowaniu się neurotycznych postaw „od”, „ku” i „przeciwko ludziom” w życiu dorosłych. W teorii O.F. Kernberga struktura osobowości neurotycznej stanowi konsekwencję fiksacji rozwoju jednostki na etapie konsolidacji ego i superego, psychotycznej – na etapie normalnego autyzmu lub symbiozy, a borderline – pośrednim, stanowiąc kontinuum na dymensji zaburzeń pomiędzy nerwicą a psychozą. Zaburzenia nerwicowe mają charakter przemijający i reaktywny, a zaburzenia osobowości względnie trwałe (nerwica charakteru). Wysoka skłonność do manipulacji jest powiązana z osobowością makiaweliczną, tj. instrumentalnym traktowaniem innych ludzi, zgodnie z zasadami „cel uświęca środki”, „po trupach do celu” oraz brakiem empatii, skłonnością do kłamania oraz specyficznym postrzeganiem innych ludzi jako naiwnych i tchórzliwych. Osoba manipulująca może wykorzystywać wysoki poziom lęku jako stanu u osoby manipulowanej, zaś sama zwykle wykazuje niski poziom lęku jako cechy. Można przypuszczać, że podejmowaniu manipulacji innymi ludźmi mogą sprzyjać lęk, wrogość i poczucie winy – charakterystyki osobowości neurotycznej. U źródła powstania nerwic leży lęk podstawowy wywołany brakiem poczucia bezpieczeństwa u dziecka. Wysoki poziom lęku, poczucie winy czy wrogość mogą skłaniać do podejmowania manipulacji, w związku z niskim poziomem umiejętności zaspokajania potrzeb społecznych. Wrogość może być powiązana

z instrumentalnym traktowaniem innych ludzi. Neurotyzm i makiawelizm oraz skłonność do manipulowania innymi ludźmi mogą być zatem ze sobą ściśle powiązane [24].

W leczenie nerwic stosuje się oddziaływania psychoterapeutyczne i farmakologiczne.

Zespoły afektywne (maniakalny, depresyjny, choroba afektywna dwubiegunowa)

W obecnym rozumieniu zaburzeń afektywnych dominuje podział tych zaburzeń na tak zwane jednobiegunowe i dwubiegunowe. Koncepcja ta wydaje się mieć ugruntowaną pozycję we współczesnej psychiatrii [27].

Do charakterystycznych objawów epizodu maniakalnego należą [1]:

- wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny;
- wzmożona rozmowność, wielomówność;
- odwracalność uwagi, trudności w koncentracji;
- zmniejszona potrzeba snu;
- zwiększona energia seksualna;
- lekkomyślność w postępowaniu (np. w wydawaniu pieniędzy, w nawiązywaniu kontaktów, w tym seksualnych);
- wzmożona łatwość nawiązywania kontaktów i niezachowywanie dystansu;
- podwyższony nastrój przechodzący stopniowo w drażliwość, a następnie agresywną dysforię.

Epizod maniakalny, podobnie jak depresyjny, może mieć różne stopnie nasilenia: od łagodnego do ciężkiego, przy czym w przypadku niektórych epizodów o ciężkim przebiegu mogą dodatkowo pojawiać się objawy psychotyczne. Epizod maniakalny rzadko występuje w sposób izolowany. W przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych pojawiają się epizody depresyjne trwające zazwyczaj dłużej niż maniakalne i pojawiające się częściej niż maniakalne [1].

Depresja zaliczana jest do najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu chorób afektywnych. Terminu depresja używa się do określenia obniżonego (depresyjnego) nastroju, którego istotą jest przygnębienie, niezdolność odczuwania radości, utrata zainteresowań. Chorobę depresyjną w znaczeniu ogólnym definiuje się jako stan usposobienia charakteryzujący się poczuciem nieodpowiedzialności, uczuciem przygnębienia, obniżeniem aktywności, smutkiem i podobnymi objawami. Każde z zaburzeń nastroju, w których powyższe objawy przybierają charakter skrajny ulegają znacznemu nasileniu świadczą o zaistnieniu depresji, stanowiącej zespół cech mających wiele odmian [11].

Depresja nie jest jedną chorobą, jest to grupa zaburzeń o podobnych objawach. Bardzo ważne jest szybkie postawienie właściwej diagnozy, gdyż umożliwia to wdrożenie

adekwatnej, dostosowanej do potrzeb pacjenta terapii. Rozpoznanie dokonuje się na podstawie danych uzyskanych z wywiadu i badania klinicznego. Pacjenci często nie werbalizują pewnych dolegliwości, należy zatem dopytać o obecność przygnębienia, spadku aktywności, zainteresowania otoczeniem, o zaburzenia snu, rytmów biologicznych. Istotne jest poczucie winy, niskiej wartości i pesymistycznej oceny przyszłości. Jeżeli objawy utrzymują się powyżej dwóch tygodni, istnieją podstawy do ewentualnego rozpoznania epizodu depresyjnego o różnym stopniu nasilenia, od łagodnego, przez umiarkowany do ciężkiego. Omawiany epizod depresyjny, zgodnie z interpretacją autorów klasyfikacji ICD-10 obejmuje obecne w psychiatrii europejskiej pojęcie depresji endogennej, występującej w przebiegu chorób afektywnych, natomiast w amerykańskiej klasyfikacji DSM-V, pojęcie to wpisuje się w obraz tak zwanej dużej depresji (major depression). Depresja w chorobach afektywnych przebiega w sposób zróżnicowany. Podczas pracy z chorymi niejednokrotnie widać obraz kliniczny odbiegający od typowej depresji prostej, czyli takiej, w której dominuje obniżenie nastroju, a pozostałe objawy są obecne, miernie nasilone, żaden z nich nie wysuwa się natomiast na pierwszy plan [28].

Wyodrębnia się także następujące typy depresji [28]:

- Depresja zahamowana lub z zahamowaniem. Obraz kliniczny zdominowany przez zaburzenia napędu psychoruchowego. Pacjenci stają się coraz bardziej spowolniali, dochodzi do spadku tempa myślenia aż do jego zahamowania, a w skrajnych przypadkach do wystąpienia osłupienia depresyjnego. Pozostałe objawy depresyjne są obecne, ich ekspresja jest jednak ograniczona lub wręcz niemożliwa;
- Depresja anankastyczna, czyli z natręctwami. Typowe dla tej postaci jest wysuwające się na pierwszy plan obsesyjne myślenie, nawracające wyobrażenia często o charakterze suicydalnym. Pacjent werbalizuje nawracające przykre myśli, szczególnie te o wydźwięku negatywnym. Mogą pojawić się treści nietypowe dla danego człowieka, na przykład bluźniercze czy dotyczące skrzywdzenia osób ważnych dla pacjenta. Często staje się to przyczynkiem do wystąpienia poczucia winy i niskiej samooceny;
- Depresja lękowa, inaczej agitowana to postać, w której dominuje przeżywanie stanów lękowych, z ich komponentą psychiczną, somatyczną i behawioralną. Pacjent trwa w stałym poczuciu napięcia, zagrożenia, pojawia się towarzyszący niepokój manipulacyjny, ruchowy, aż do pobudzenia. Typowym objawem są wyraźne zaburzenia snu. W tej postaci mamy do czynienia z wysokim ryzykiem samobójstwa;
- Depresja urojeniowa, zwana też psychotyczną, charakteryzuje się obecnością interpretacji i ocen depresyjnych w takim nasileniu, że osiągają one wymiar urojeń. Są to najczęściej

urojenia o charakterze winy, kary, poniżenia, grzeszności, zubożenia, także nihilistyczne. Często są również nastawienia ksobne, z nieufnością i poczuciem zagrożenia. Pacjenci przeżywają stały lęk, towarzyszy im niepokój ruchowy. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest duże;

- Depresja hipochondryczna, czasem nazywana bólową. Część pacjentów z depresją przejawia szczególną koncentrację na stanie zdrowia somatycznego. Występują u nich przewlekłe skargi na dolegliwości bólowe, zaburzenia związane z dysfunkcjami autonomicznymi, poczuciem braku zdrowia somatycznego. Niekiedy trudno jest z pacjentem w ramach konwersacji wyjść poza tę tematykę.

Rozważając działania zapobiegające depresji, należy mieć na względzie fakt, iż jest ona chorobą ogólnoustrojową. Depresja, zwłaszcza nieleczone, powoduje wzrost ryzyka występowania zaburzeń somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza długotrwałe, zwiększają ryzyko zaburzeń depresyjnych. Współistniejąca z chorobą somatyczną depresja jest zwykle stanem przewlekłym, miernie nasilonym, opornym na leczenie, zwiększającym inwalidztwo i śmiertelność [16].

W klasyfikacji DSM-5 dwubiegunowe i pokrewne zaburzenia nastroju zostały wydzielone jako osobny rozdział obejmujący [27]:

- zaburzenie dwubiegunowe typu I;
- zaburzenie dwubiegunowe typu II;
- zaburzenie cyklotymiczne;
- zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne wywołane substancjami psychoaktywnymi lub lekami;
- zaburzenie dwubiegunowe i pokrewne powstałe w wyniku choroby somatycznej;
- zaburzenie dwubiegunowe określone inaczej i pokrewne;
- zaburzenie dwubiegunowe nieokreślone i pokrewne.

Pomimo powszechnego stosowania powyższych klasyfikacji do diagnozowania różnych odmian zaburzeń nastroju, pojęciem wzbudzającym nadal liczne kontrowersje jest tak zwany stan mieszany (zwany też epizodem mieszanym), zwłaszcza jego definicja oraz pozycja nozologiczna. Za stany mieszane uznawane są epizody zaburzeń nastroju, w których współistnieją objawy depresji i manii [27].

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) charakteryzuje się patologicznymi zmianami nastroju i aktywności o charakterze epizodów maniakałnych, hipomaniakałnych, depresyjnych lub mieszanych [29].

W obecnie stosowanych systemach kwalifikacyjnych pojęcie „*zaburzenie afektywne dwubiegunowe*” odnosi się do grupy schorzeń afektywnych, w których przebiegu pacjenci doświadczają epizodów obniżonego i podwyższonego (lub drażliwego) nastroju. Według ICD-10 zaburzenia dwubiegunowe rozpoznaje się w przypadku wystąpienia co najmniej dwóch epizodów chorobowych z wyraźnie zaburzonymi nastrojami i aktywnością, przy czym co najmniej jednym przeżytym epizodem musi być epizod maniackalny, hipomaniackalny lub mieszany. Z kolei w 5-tej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) wśród zaburzeń dwubiegunowych i pokrewnych wyróżniono: ChAD typu I (pacjent przeżył co najmniej jeden typowy epizod maniackalny z dodatkowymi epizodami depresyjnymi i hipomaniackalnymi lub bez nich), ChAD typu II (pacjent miał co najmniej jeden epizod depresyjny i jeden hipomaniackalny, nie występowały pełne epizody maniackalne) oraz zaburzenie cyklotymiczne (trwające co najmniej 2 lata okresy podwyższonego i obniżonego nastroju, które nie spełniają kryteriów pełnego epizodu zaburzenia nastroju). Wyszczególniono także kategorię obejmującą zaburzenia dwubiegunowe spowodowane inną chorobą lub innym problemem zdrowotnym lub substancjami psychoaktywnymi [30].

W literaturze wyróżnia się następujące podtypy choroby dwubiegunowej [30]:

- typ I – klasyczny wariant z epizodami depresyjnymi i maniackalnymi;
- typ II – duża depresja + spontaniczne epizody hipomaniackalne;
- typ II 1/2 – duża depresja + cyklotymia;
- typ III – duża depresja + hipomania wywołana lekami przeciwdepresyjnymi;
- typ III 1/2 – duża depresja + hipomania wywołana alkoholem lub innymi substancjami psychoaktywnymi;
- typ IV – duża depresja u osoby z temperamentem hipertymicznym;
- typ V – depresja z epizodami mieszanymi;
- typ VI – z cechami pseudootępienia depresyjnego (wariant o późnym początku).

Choroba afektywna dwubiegunowa często rozpoczyna się jednym lub kilkoma epizodami depresyjnymi, po których pojawia się epizod manii lub hipomanii. W takiej sytuacji początkowo diagnozowana jest depresja nawracająca. Do objawów choroby afektywnej dwubiegunowej zalicza się [31]:

- Epizod depresyjny. Epizod depresyjny przejawia się stopniowo obniżającym się nastrojem, czyli smutkiem, utratą radości i cieszenia się tym, co do tej pory sprawiało radość, utratą zainteresowań. U pacjenta z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, zwłaszcza po wcześniejszym epizodzie manii/hipomanii, szczególnie

wyraźnie odczuwalny może być spadek energii i aktywności życiowej (tzw. napędu psychoruchowego). Objawia się to: poczuciem stopniowej utraty energii życiowej, zmęczeniem, trudnością w rozpoczynaniu czy podejmowaniu nawet prostych decyzji czy codziennych działań (takich jak wstanie z łóżka, wykonanie czynności higienicznych), znacznym spowolnieniem tempa myślenia i wypowiedzi, zaburzeniami koncentracji i uwagi, zaburzeniami pamięci;

Może dojść do tzw. zahamowania psychoruchowego – pacjent pozostaje wtedy w bezruchu, nie można z nim nawiązać kontaktu słownego czy wzrokowego.

Może pojawić się tzw. myślenie depresyjne (poczucie niskiej wartości, pesymistyczna ocena własnej przeszłości, teraźniejszości, poczucie braku perspektyw na przyszłość, beznadziejności).

W nasilonej depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej mogą występować tzw. objawy wytwórcze (psychotyczne), najczęściej są to: depresyjne urojenia, rażąco niezgodnego z rzeczywistością poczucia winy.

Rzadko towarzyszą temu tzw. halucynacje słuchowe (m.in. głosy oskarżające pacjenta).

- Epizod maniakalny charakteryzuje się znacznie podwyższonym nastrojem – czyli nadmiernym poczuciem radości i szczęścia (euforii), zazwyczaj niedostosowanym do sytuacji, ale też wesołkowatością i nadpobudliwością. Stan pacjenta maniakalnego może jednak szybko przejść od poczucia nadmiernego szczęścia do drażliwości, a nawet agresji czy wrogości. Niekiedy w manii pojawia się tzw. nastrój ekspansywny, z tendencją do dominacji, forsowania własnych planów i pomysłów oraz narzucania innym własnej woli;

W przebiegu ciężkiej, bardzo nasilonej manii mogą pojawić się tzw. objawy wytwórcze (psychotyczne), na przykład urojenia wielkościowe – rażąco niezgodne z rzeczywistością, głębokie i niepoddające się korekcie poczucie własnej wyjątkowości, wszechmocy, bycia bardzo ważną osobą czy wysokiej pozycji społecznej, posłannictwa, misji.

- Epizod hipomaniakalny, w porównaniu z epizodem manii, charakteryzuje się występowaniem mniejszej liczby objawów i mniejszym ich nasileniem oraz krótszym czasem trwania. U pacjenta dochodzi do podwyższenia nastroju i napędu psychoruchowego, ale z możliwością kontroli swoich zachowań i przynajmniej częściowym wobec nich krytycyzmem;

- Epizod mieszany przejawia się jednoczesnym występowaniem objawów zarówno depresji, jak i manii/hipomanii. Spowolnieniu psychoruchowemu może towarzyszyć przyspieszenie myśli, aż do gonitwy myśli, niepokój, drażliwość. Z kolei większej aktywności może towarzyszyć poczucie smutku, utraty radości i sensu życia, myśli samobójcze;
- Okres remisji to stan bez objawów chorobowych (remisja pełna) bądź z dyskretnie utrzymującymi się lub lekko nasilonymi, nielicznymi objawami choroby (remisja niepełna).

Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) jest ciężkim, nawracającym zaburzeniem psychicznym oraz poważnym problemem zdrowia publicznego. Według danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) ChAD zajmuje szóste miejsce wśród czynników powodujących największą niezdolność do pracy określaną jako utrata lat pracy z powodu niepełnosprawności u osób młodych. Ponadto osoby z tą chorobą mogą wykazywać trudności w prawidłowym funkcjonowaniu [32].

Progresja choroby afektywnej dwubiegunowej często wiąże się z większą liczbą epizodów, objawami subklinicznymi pomiędzy epizodami, wyższym współczynnikiem chorób towarzyszących, podwyższonym ryzykiem samobójstwa, większą liczbą hospitalizacji oraz słabszą odpowiedzią na leczenie. Ponadto liczne badania wykazały silną zależność między liczbą epizodów zaburzeń nastroju i niekorzystnymi efektami klinicznymi, w szczególności zaburzeniami poznawczymi i funkcjonowania. Z drugiej jednak strony przebieg ChAD jest bardzo niejednorodny; podczas gdy niektórzy pacjenci wracają do zdrowia już po kilku epizodach, inni od początku choroby wykazują jej zwiększone nasilenie. Tak sprzeczne wyniki mogą być spowodowane, przynajmniej w części, zróżnicowaną podatnością i odpornością danej populacji [32].

Bardzo często zdarza się, że choroba dwubiegunowa długo pozostaje nierozpoznana bądź mylnie zdiagnozowana jako inne zaburzenie. Średni czas między początkiem choroby, a postawieniem właściwej diagnozy wynosi 5–10 lat. Ponad 60% osób z rozpoznaniem ChAD podaje, że wcześniej otrzymało od jednej do czterech innych diagnoz, a nawet 1/3 pacjentów może być błędnie zdiagnozowana przez 10 lat albo dłużej. Obecnie diagnozę stawia się na podstawie wywiadu i obserwacji obrazu klinicznego. Brak obiektywizacji procesu diagnostycznego ma wpływ na opóźnione rozpoznanie choroby dwubiegunowej [30].

Zaburzenia jednobiegunowe leczy się lekami przeciwdepresyjnymi. Z kolei zaburzenia dwubiegunowe leczone są lekami normotymicznymi (sole litu i niektóre leki przeciwpadaczkowe) oraz neuroleptykami drugiej generacji [1].

Zaburzenia nawyków i popędów (zaburzenia obsesyjno-kompulsywne)

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne sprawiają poważne trudności w życiu codziennym dotkniętych nimi ludzi i mogą (zwłaszcza w swej ciężkiej postaci) znacząco upośledzać ich psychospołeczne funkcjonowanie [14].

Kompulsje i obsesje w znacznym stopniu utrudniają nie tylko życie osoby chorej, ale również jej najbliższych. Obsesje to uporczywe, natrętne myśli, które towarzyszą choremu bez względu na porę dnia i nocy. Myśli pojawiające się w głowie chorego zwykle są całkowicie sprzeczne ze światopoglądem i charakterem osoby chorej, a mimo tego traktowane są jako własne. Jest to zaburzenie z wszelkimi konsekwencjami, jakie niesie ze sobą społeczne postrzeganie osoby chorej psychicznie. Zarówno myśli, jak i czynności natrętne są przyczyną znacznego lęku, który może nasilać się przy próbach przeciwstawienia się czynnościom przymusowym. Chory, próbując zredukować poziom lęku, poddaje się stereotypowym działaniom, rytuałom czy natrętnym myślom, mimo że postrzega je jako bezsensowne. Uczucie lęku bywa połączone z takimi przykrymi objawami fizjologicznymi, jak: silne bicie serca, suchość w ustach, poty. Fobia (in. lęk) jest oznaką rozwijającej się choroby. Charakterystyczną cechą jest to, że chory dokładnie zna źródła swoich obaw i stara się uniknąć sytuacji, które mogą je wywołać. Tego typu lęki są dla chorych nie do przezwyciężenia. Rodzina i przyjaciele osób cierpiących na fobię często sądzą, że skoro chodzi tu o nierozsądne obawy, to chorzy mogą bez problemu normalnie żyć. Jest to błędne myślenie, podobnie jak przy depresji [33].

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, jest to złożone zaburzenie o niezmiernie różnorodnych objawach. Różnorodność tę zwyczajowo ogranicza się przez grupowanie symptomów w konceptualnie spójne podtypy: (1) czyszczenie (obsesje zanieczyszczenia i kompulsje czyszczenia/mycia); (2) symetria (obsesje symetrii oraz kompulsje powtarzania, porządkowania i liczenia); (3) zakazane myśli lub tabu (np. obsesje agresywne seksualne lub religijne i związane z nimi kompulsje – zachowania neutralizujące); (4) krzywda (np. obawy przed zrobieniem krzywdy sobie lub innym i kompulsje sprawdzania)[14].

Inne obsesje i kompulsje dotyczyć mogą wątpliwości odnośnie codziennych aktywności (pozostawienie otwartych drzwi, włączonego gazu), potrzeby posiadania informacji/pamiętania (tablic rejestracyjnych, reklam itp.), natrętnego skupienia na funkcjach organizmu (tzw. obsesje somatyczne), intruzywnych, nieagresywnych wyobrażeń i myśli,

przesądów („czarny kot”, „cmentarz”), szczęśliwych/pechowych numerów, kolorów itp. Należy pamiętać, że pacjenci często mają objawy z więcej niż tylko jednego podtypu[14].

Zaburzenia te nie muszą występować jako aktywność ruchowa, ale mogą mieć formę ukrytych zachowań, np. modlenia się, powtarzania określonych słów. Charakter objawów i ich nasilenie u większości pacjentów zmieniają się w czasie. Mogą też występować okresy remisji. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne charakteryzują się długotrwałym przebiegiem. Pacjenci często chorują latami, zanim zdecydują się na leczenie [34].

Kryteria diagnostyczne DSM-5 są dla OCD stosunkowo proste. Obsesje i/lub kompulsje muszą być czasochłonne (muszą pochłaniać co najmniej godzinę dziennie) lub powodować znaczące cierpienie bądź istotne zakłócenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach. Ponieważ wgląd w chorobę jest związany z rokowaniem w leczeniu, musi on być określony u wszystkich pacjentów, u których rozpoznaje się OCD. Stopień wglądu może być: (1) dobry lub zadowalający, (2) słaby i (3) zerowy – to brak wglądu/przekonania urojeniowe. Brak wglądu oznacza, że chory uważa z całą pewnością, iż związane z OCD przekonania są prawdziwe. Oznacza to na ogół brak motywacji do leczenia, jak również gorsze rokowanie. Oprócz oceny stopnia wglądu należy też sprawdzić, czy pacjent miał w przeszłości lub ma obecnie zaburzenie tikowe [14].

PODSUMOWANIE

Przebieg schizofrenii u każdego pacjenta jest inny, jednak w ostrej fazie choroby główny nacisk kładzie się na zmniejszenie nasilenia objawów, przy jednocześnie maksymalnym zmniejszaniu nasilenia działań niepożądanych. Po opanowaniu objawów pozytywnych i zmniejszeniu ryzyka związanego z agresywnym i zagrażającym choremu zachowaniu uwagę kieruje się głównie na kwestie ponownej integracji społecznej pacjenta i poprawy jakości jego życia, przy jednoczesnej kontynuacji wysiłków mających na celu zmniejszenie nasilenia objawów choroby (tzn. uzyskanie remisji). Psychofarmakologia umożliwia obecnie szeroki zakres oddziaływania na dysfunkcyjny centralny układ nerwowy. Wśród dostępnych środków znajdują się leki posiadające udowodnioną skuteczność oraz szeroko poznany zakres potencjalnych objawów niepożądanych. Mechanizm ich działania został udowodniony i związany jest z blokowaniem receptorów dopaminowych – głównie podklasy D2. Ograniczenie dostępu dopaminy do jej receptorów odpowiada za działanie przeciwpsychotyczne – redukujące takie objawy jak omamy i urojenia. Siła działania przeciwdopaminowego stała się kryterium ich przyporządkowania do leków przeciw

psychotycznych pierwszej generacji. Leki te stosowane są nadal w zaostrzeniach procesów psychotycznych, a w uzasadnionych klinicznie przypadkach również w terapii długoterminowej – głównie w postaci iniekcji. Leki przeciw psychotyczne drugiej generacji należą obecnie do najczęściej stosowanych w farmakoterapii schizofrenii. W odróżnieniu od klasycznych (LPIG) ich działanie przeciwdopaminowe jest słabsze, a podstawowy mechanizm polega na blokowaniu przekazywania serotoniny – głównie mediowanego przez receptory 5HT podklasy 2A. Pomimo różnic pomiędzy przedstawicielami leków tej grupy w sile blokowania innych receptorów niż dopaminowe D2 i serotoninowe 5HT_{2A} z pewnym uproszczeniem można stwierdzić, że pozbawione są one następstw zbyt silnego blokowania układu dopaminowego (np. jatrogennego parkinsonizmu), co negatywnie wpływa na współpracę lekarz–pacjent, zwiększając ryzyko nawrotu. Leki atypowe z reguły są lepiej tolerowane przez pacjentów, jednak i one dają odroczone w czasie objawy niepożądane. Warto nadmienić, że coraz częściej wykorzystywane są formy iniekcyjne LPIG, szczególnie przydatne w przypadku pacjentów niewspółpracujących i/lub źle tolerujących leki przeciw psychotyczne pierwszej generacji [35].

Zasadą jest stosowanie oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych w leczeniu zaburzeń nerwicowych. Leczeniem z wyboru jest psychoterapia. Ważne jest również zwracanie uwagi na współchorobowość, która jest bardzo częsta w zaburzeniach nerwicowych. Objawy nerwicowe w przebiegu uzależnienia od substancji, depresja, inne zaburzenia nerwicowe są negatywnym predykatorem terapii. Mogą decydować o potrzebie hospitalizacji psychiatrycznej, bądź wysuwają się na pierwszy plan w kolejności terapii czy to farmakoterapii czy psychoterapii. W leczeniu nerwic stosuje się benzodiazepiny w celu likwidacji objawów [36]:

- Jednoczesna skuteczność w zmniejszaniu lęku, napięcia, zaburzeń snu i różnych fizycznych objawów lęku;
- Szybki początek działania (często w ciągu minut od podania);
- Stosunkowo dobra tolerancja (działania niepożądane rzadko są przyczyną odstawiania);
- Względne bezpieczeństwo w przypadku przedawkowania (zwłaszcza w monoterapii).

W leczeniu nerwic stosuje się Selektynne Inhibitory Wychwytu Zwrotnego Serotoniny (SSRI), obecnie są rekomendowane jako leki I rzutu w wielu zaburzeniach nerwicowych, min: fobia społeczna, zaburzenie stresowe pourazowe, zespół lęku uogólnionego, zaburzenie lękowe z napadami lęku, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Leczenie można łatwiej uzyskać dawką terapeutyczną, a dawka ta wymaga rzadkich

modyfikacji. SSRI dają mniej objawów ubocznych (w porównaniu z innymi lekami stosowanymi w farmakoterapii nerwic) takich jak suchość w ustach, niewyraźne widzenie, zawroty głowy, zaparcia, co powoduje, że mniejszy odsetek pacjentów rezygnuje z terapii tymi lekami z powodu niemożliwych do zaakceptowania skutków ubocznych [36].

W leczeniu CHAD podstawową rolę odgrywa farmakoterapia. Stosuje się leki stabilizujące nastrój (np. karbamazepinę, kwas walproinowy, lit itp.) oraz neuroleptyki. Psychoedukacja odgrywa szczególnie ważną rolę w leczeniu CHAD i zapobieganiu nawrotom. Jej skuteczność została potwierdzona w badaniach [37].

Terapia poznawczo-behawioralna stanowi grupę interwencji psychoterapeutycznych o dobrze potwierdzonej efektywności w przypadku zaburzeń lękowych, depresyjnych, osobowościowych, odżywiania oraz zespołu uzależnień. Większość badań wskazuje na obiecujące wyniki stosowania CBT u chorych z ChAD. Ostatnia metaanaliza badań wskazuje, że pod wpływem CBT następuje zmniejszenie częstości nawrotów choroby, zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych oraz nasilenia manii, a także występuje poprawa funkcjonowania psychospołecznego, aczkolwiek w niektórych badaniach wyniki są niejednoznaczne. W wielu pracach podkreśla się potrzebę dalszych badań nad stosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych, wypracowania jednoznacznych standardów i zaleceń terapeutycznych jej prowadzenia oraz lepszych sposobów oceny ich skuteczności [38].

Im młodszy pacjent, mniej nasilone objawy, prawdopodobna etiologia psychogenna istniejącego u niego zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, tym bardziej wydaje się wskazane rozpoczęcie leczenia od terapii psychoterapeutycznej. Czasem należy również zastosować terapię rodzinną i dopiero wówczas, gdy te działania nie przynoszą rezultatów, trzeba rozpatrzyć możliwość leczenia farmakologicznego. Inaczej jest w przypadku starszych pacjentów, u których istnieją dane wskazujące przede wszystkim na biologiczne uwarunkowania tych zaburzeń lub objawy tego zaburzenia są poważnie nasilone i w istotnym stopniu zaburzają ich codzienne funkcjonowanie. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne prawdopodobnie jest najtrudniejszym do leczenia zaburzeniem lękowym i u wysokiego odsetka chorych, mimo stosowania adekwatnej farmakoterapii (odpowiedni lek we właściwych dawkach, podawany przez odpowiednio długi czas), nie uzyskuje się zadowalających efektów długoterminowych. Poszczególne leki z grupy SSRI i kłomipramina mają podobną skuteczność, chociaż są różnie tolerowane, przy czym pacjent może nie uzyskać poprawy podczas kuracji jednym z nich, a odpowiedzieć na leczenie za pomocą innego leku spośród wymienionych. Największe znaczenie ma prawdopodobnie długotrwałe

leczenie, a nie duże dawki podawanych leków. Najkrótszy wymagany okres dla oceny skuteczności stosowanego leku u osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, wynosi 8–12 tygodni leczenia. Terapię należy kontynuować przez następne miesiące. Czasem istotną poprawę uzyskuje się nawet po 1/2 roku stosowania leku i narasta ona przez następne 6 miesięcy [39].

W ciągu ostatnich lat wraz z intensywnym rozwojem farmakoterapii obserwujemy rozwój alternatywnych oddziaływań terapeutycznych, co wskazuje na zmianę podejścia do leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Celem terapii są nie tylko działania eliminujące objawy uboczne stosowanych leków, ale przede wszystkim poprawa jakości życia pacjentów, zwłaszcza w sferze funkcjonowania społecznego i poznawczego. Terapia usprawniania poznawczego, jest powszechnie stosowana w rehabilitacji osób z uszkodzeniem mózgu, a także coraz częściej u osób cierpiących na zaburzenia psychiatryczne, obsesyjno - kompulsyjne czy odżywiania się. Funkcjonowanie intelektualne chorych na schizofrenię ulega wyraźnemu obniżeniu już na dwa lata przed pierwszym epizodem psychiatrycznym. Trening funkcji poznawczych polega na ćwiczeniu pamięci, procesów uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych czy umysłowej elastyczności. Daje szansę na poprawę funkcjonowania poznawczego, przyspieszenie i utrwalenie efektów farmakoterapii. Zapewnia również lepszą współpracę z chorym, zwiększając jego udział w dalszym procesie rehabilitacyjno-leczniczym, co w efekcie może przyczynić się do kontynuowania przez niego aktywności zawodowej i poprawy jego funkcjonowania społecznego. Terapia usprawniania poznawczego (CRT) jest interwencją poznawczą cechującą się dużą skutecznością w poprawie funkcji poznawczych. Pacjent uczy się przekształcalnych schematów poznawczych, poprawia się jego metapoznanie oraz motywacja do działania [40].

PIŚMIENNICTWO

1. Podgórska-Jachnik D., Pietras T.: Praca socjalna z osobami zaburzonymi psychicznie i ich rodzinami, Wydawnictwo Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
2. Glinowiecki M.: Schizofrenia w rodzinie a system wsparcia społecznego. Analiza socjologiczna. Praca doktorska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2017, 28-46.
3. Załustowicz A. L.: Jakość życia dorosłych kobiet z wybranymi zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej. Praca doktorska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2013, 12-74.

4. Gondek T. M.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji społecznej u pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. *Psychogeriatra Polska*, 2015, 12 (3-4), 91-96.
5. Trzcińska E.: Osoby z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy. *Zeszyty Naukowe. Zbliżenie Cywilizacyjne*, 2017, XIII (1), 90-104.
6. Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska*, 2014, 48 (6), 1201-1211.
7. Sozańska D.: Między fascynacją a dystansem. Społeczny odbiór osób chorych psychicznie a ich wizerunek w kulturze masowej – analiza wybranych przypadków. *Labor et Educatio*, 2014, 2, 105 – 117.
8. Gromulska L.: Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64, 127-132.
9. Miturska H., Kurpas D., Kaczmarek M.: Psychologiczne i społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby psychicznej [w:] *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*, pod red. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M., Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009, 9-11.
10. Regulska A.: Pomoc społeczna wobec zjawiska wykluczenia społecznego osób z chorobami psychicznymi. *Forum Pedagogiczne*, 2015, 1, 187-194.
11. Gaebel W., Zielasek J., Reed G. M.: Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska*, 2017, 51 (2), 169-195.
12. Wciórka J.: Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych [w:] *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, pod red. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., t. 1. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2010, 305–98.
13. Osińska M., Kazberuk A., Celińska-Janowicz K.: Depresja – choroba cywilizacyjna XXI wieku. *Geriatra*, 2017, 11, 123-129.
14. Lelonek B., Wiraszko G.: Depresja – współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji [w:] *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*, pod red. Kowalczyk K., Krajewskiej-Kulak K., Cybulskiego M., Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016, 16-32.
15. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowicz T.: Raport: Schizofrenia. Perspektywa społeczna, Sytuacja w Polsce, Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2012.

16. Śmierciak N., Krzyściak W., Szwejca M. i wsp.: Wybrane czynniki ryzyka schizofrenii: pomiędzy różnorodnością modeli etiologicznych a psychiatrią spersonalizowaną. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2018, 18 (4), 388-398.
17. Krzyszkowiak W., Kuleta-Krzyszkowiak M., Krzanowska E.: Leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD) i zaburzeń powiązanych (OCRD). *Psychiatria Polska*, 2019, 53 (4), 825-843.
18. Wciórka J.: Psychozy schizofreniczne[w:] *Psychiatria*, pod red. Bilikiewicza A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 284-302.
19. Dominiak M., Antosik-Wójcińska A., Baron M.: Rekomendacje postępowania w zakresie zapobiegania, wykrywania i leczenia. *Depresja*. Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013.
20. Rybakowski F.: Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne[w:] *Pielęgniarstwo Psychiatryczne* pod. red. Górna K., Jaracz K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 186-210.
21. Mosiołek A.: Schizofrenia jako choroba funkcjonowania społecznego. *Psychiatria*, 2015, 12 (3), 128-136.
22. Wciórka J.: Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
23. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T.: Schizofrenia. *Perspektywa Społeczna, Sytuacja Społeczna*.
https://www.janssen.com/poland/sites/www_janssen_com_poland/files/raport_schizofrenia_perspektywa_spoleczna._sytuacja_w_polsce.pdf; pobrano dnia 27 listopad 2019.
24. Tomaszuk-Wieczorek R., Larysz D.: Zaburzenia dyskursu w schizofrenii. *Logopedia Silesiana*, 2013, 2, 60-72.
25. Sieradzki A.: Schizofrenia i jej konsekwencje zdrowotne jako problem zdrowia publicznego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2019, 9 (4), 309-313.
26. Hajduk A., Owsianowska J., Robaszkiewicz R. i wsp.: Ocena jakości pacjentów ze schizofrenią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89 (3), 437-440.
27. Mandal E., Horak A.: Taktyki manipulacji pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi w życiu codziennym i podczas terapii. *Psychiatria Polska*, 2016, 50 (1), 65-76.
28. Siwiak-Kobayashi M.: Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe [w:] *Psychiatria*, pod red. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J., T. 3. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, 382-408.

29. Jabłoński M.: Farmakoterapia zaburzeń nerwicowych – warunki optymalnego wyboru leczenia. *Psychiatria po Dyplomie*, 2011, 8, 1, 60-62.
30. Giziński L. M, Drózd W.: Stany mieszane – pozycja nozologiczna i konsekwencje kliniczne. *Psychiatria*, 2015, 12, 3, 142-146.
31. Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J.: Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria*, 2014, 11, 3, 141-147.
32. Cichoń L., Janas-Kozik M., Siwiec A.: Obraz kliniczny i leczenie choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci. *Psychiatria Polska*, 2018, 113, 1-16.
33. Gorostowicz A., Siwek M.: Trudności w diagnostyce choroby afektywnej dwubiegunowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2018, 18 (1), 61-73.
34. Borowiecka-Kluza J., Siwek M.: Choroba afektywna dwubiegunowa. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/69890,choroba-afektywna-dwubiegunowa>; pobrano dnia 02 grudzień 2019.
35. Rodrigues A. A., Rosa A. R., Kunz M. i wsp.: Choroba afektywna dwubiegunowa – etapy przebiegu i neuroprogresja choroby. *Psychiatria Polska*, 2014, 48 (2), 231-243.
36. Michałowska E.: Konieczność, przeznaczenie, fatum – osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi o sobie i swojej chorobie. Analiza postów uczestników psychologicznego forum internetowego. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 2014, X, 1, 95-114.
37. Całun-Nadulska P., Sikora J. M.: Terapia zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego w podejściu poznawczo-behawioralnym. *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 2019, 19 (2), 210-215.
38. Bogdańska E., Rysiak E., Czajkowski P. i wsp.: Schizofrenia – problem społeczny i ekonomiczny. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2016, 4 (49), 396-399.
39. Kopacz.: *Psychiatria*. https://www.umlub.pl/gfx/umlub/userfiles/_public/menu_wydzialy/i_wydzial/2015_psychiatria_seminaria/dr_n._med._grzegorz_kopacz.pdf; pobrano dnia 19 kwiecień 2020.
40. Jakuszkowiak – Wojten K., Gałuszko – Węgielnik M., Wojtas A.: Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Akademia Psychiatria*, 2012, 9, 1, 36-41.

WPLYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH NA STYGMATYZACJĘ CHORYCH

Bogumiła Chętnik¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Psychiatryczny, Szpital Wojewódzki w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Osoby chore psychicznie przez większość społeczeństwa postrzegane są krytycznie. Ma to związek zarówno z historią, jak i współcześnie kształtowanymi systemami światopoglądowymi. Stygmatazacja dotyczy prawie wszystkich chorych z zaburzeniami psychicznymi [1].

Szeroko ujmując pojęcie stygmatazacji (od greckiego słowa stigma, czyli znak), odnosi się do postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi w związku z charakteryzującymi tę grupę właściwościami fizycznymi albo psychicznymi, stylem życia, systemem wartości czy innymi atrybutami [2].

Autorzy G.B. Link i J.C. Phelan w swojej pracy „Conceptualizing stigma” uznali, iż o zjawisku stygmatazacji można mówić wówczas, kiedy współistnieją powiązane z sobą elementy, takie jak [3]:

- etykietowanie, czyli identyfikacja i określanie niektórych ważnych społecznych różnic,
- stereotypizacja, czyli powiązanie różnic społecznych ze stereotypami,
- oddzielenie „nas” od „nich” w oparciu o utworzone stereotypów (czyli zwiększenie dystansu społecznego),
- utrata statusu społecznego i dyskryminacja, których doświadcza osoba napiętnowana.

Warto wspomnieć, że w dostępnej w języku polskim literaturze występują trzy pojęcia, których zakres jest zbieżny, żeby nie powiedzieć tożsamy: stygmatazacja, naznaczenie społeczne, piętnowanie [3].

W Słowniku języka polskiego czasownik naznaczyć, jest tożsamy znaczeniowo z piętnowaniem i stygmatazacją. W fachowej literaturze anglojęzycznej zazwyczaj używany

jest termin stygmatyzacja (stigma), zaś w odniesieniu do działań ukierunkowanych na pozbawianie praw – dyskryminacja (discrimination) [3].

Piętnowanie (stygmatyzowanie) to nadawanie komuś negatywnej etykiety, która najczęściej informuje, że jest on mniej wartościowy z powodu czegoś w jego psychice, zachowaniu lub wyglądzie, co przeszkadza nam lub innym ludziom z naszego otoczenia. Pojawia się zwykle wtedy, gdy boimy się kogoś, nie rozumiemy go, nie chcemy mieć z nim do czynienia, albo gdy chcemy wykluczyć go z naszej grupy [4].

Przypisywanie negatywnych, zgeneralizowanych i uproszczonych właściwości jakiejś grupie ludzi wyróżnionej w procesie stygmatyzacji, to posługiwanie się stereotypami. Z kolei stereotyp, jest to schemat reprezentujący grupę albo rodzaj osób wyróżnionych z uwagi na jakąś łatwo zauważalną cechę określającą ich społeczną tożsamość. W związku z tym stereotyp jest zbiorem niedostatecznie uzasadnionych zbiorowych sądów czy przekonań o członkach jakiejś społeczności [2].

Zgodnie z konceptualizacją zjawiska stygmatyzacji stworzoną przez Linka i Phelan stygmatyzacja występuje wtedy, gdy pojawiają się cztery komponenty składające się na tę postawę [2]:

1. Wyodrębnienie różnicy, np. kalectwa fizycznego, i nadanie etykiety osobie lub osobom, u których ta różnica została zauważona.
2. Przypisanie niepożądanych cech etykietowanym ludziom, stanowiących odzwierciedlenie uformowanych wcześniej stereotypów.
3. Oddzielenie grupy osób oznaczonych etykietką („ich”) od grupy własnej („nas”).
4. Zaetykietowane osoby doświadczają utraty statusu i dyskryminacji, np. zostają.
5. Pozbawione prawa do zatrudnienia, opieki medycznej itp.; pociąga to za sobą nie tylko degradację społeczną, ale także ekonomiczną.

Jak zatem wynika z powyższych rozważań, proces stygmatyzacji jest zatem procesem reakcji społecznej, społecznej identyfikacji i naznaczania. Charakteryzującym się sprowadzeniem, zredukowaniem całej osobowości oraz wszystkich cech człowieka do jednego wymiaru, jednej dominującej cechy związanej z określonym stygmatem. W związku z tym często mówi się, iż stygmat odgrywa rolę oślepiającą, stając się jedynym źródłem oczekiwań i stereotypowego obrazu nosiciela, inne cechy są bowiem niedostrzegane i ulegają unieważnieniu lub marginalizacji [3].

Postrzeganie chorych psychicznie

Ludzie z zaburzeniami psychicznymi po usłyszeniu diagnozy, muszą się zmierzyć nie tylko z własną, nową sytuacją zdrowotną, lecz także z reakcją otoczenia. Przez przeważającą

część społeczeństwa będą znacząco odróżniać się od innych. Towarzyszyć im będzie już na stałe rozpoznanie choroby psychicznej, z której objawami muszą wygrać, aby zachować siebie. W konsekwencji, w krótkim czasie chory psychicznie ma w swoim najbliższym otoczeniu personel psychiatryczny, innych chorych psychicznie, leki psychotropowe, szpital psychiatryczny i być może bliskich, jeśli go jeszcze nie opuścili [5].

Według P. Haywarda i J. Bright w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp zbudowany jest z czterech głównych stwierdzeń [4]:

1. Chory psychicznie jest niebezpieczny.
2. Chory psychicznie ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan.
3. Chory psychicznie cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia.
4. Chory psychicznie jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych.

Osoby chore psychicznie są przez społeczeństwo etykietowane. Etykietowanie polega na wyróżnieniu i nazwaniu pewnych istotnych różnic, przy czym - co charakterystyczne - etykietami mogą stać się tylko takie cechy, które są społecznie istotne, jak na przykład kolor skóry, preferencje seksualne czy też choroba psychiczna, chociaż społeczne znaczenie poszczególnych cech może się oczywiście różnić w różnych miejscach i różnym czasie. Wspomniana etykieta nie jest właściwością osoby, ale jest jej przypisywana, a jej zasadność jest kwestią otwartą. Ponadto biorąc pod uwagę fakt, że nie ma ostrych granic między zdrowiem a chorobą psychiczną, etykieta chorego psychicznie nie jest po prostu cechą, ale do pewnego przynajmniej stopnia - produktem pewnego procesu społecznego. Przy czym co charakterystyczne, etykiety przypisywane tym samym grupom społecznym mogą różnić się ładunkiem emocjonalnym: niektóre są obraźliwe, na przykład „świr”, „wariat”, inne natomiast mniej lub bardziej poprawne, na przykład „chory psychicznie”, „pacjent”. Kolejnym elementem procesu społecznego piętnowania jest stereotypizacja, polegająca na powiązaniu wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami. Przykładowo, na stereotyp chorych psychicznie składają się zazwyczaj przekonania o ich agresywności, nieprzewidywalności, mniejszej sprawności intelektualnej, niezdolności do świadomego podejmowania decyzji. Oddzielenie „nas” od „nich” to następny etap procesu stygmatyzacji. Negatywny stereotyp powiązany z pewną kategorią osób jest bowiem przesłanką do uznania ich za „istoty odmienne”, inne od „normalnej” reszty. W takim postrzeganiu jednostki jako fundamentalnie odmiennej zawarte jest przekonanie, że nie jest ona w pełni człowiekiem. Oczywiście wpływ stereotypów nie zawsze jest silny i bezpośredni, ale zawsze systematyczny i wszechobecny, ponieważ stereotypy usprawiedliwiają złe traktowanie napiętnowanych i to

nie tylko przez jednostki, ale i przez grupy. Na gruncie stereotypów pojawia się następnie społeczne odrzucenie, wykluczenie i dyskryminacja, czyli niewłaściwe wybiórcze, nieuzasadnione, negatywne traktowanie poszczególnych jednostek [3].

W społeczeństwie polskim bardzo powszechne jest postrzeganie osoby z zaburzeniami psychicznymi tylko w kontekście jej choroby, a indywidualne cechy niemal całkowicie znikają z pola widzenia. Na pierwszy plan wysuwa się choroba psychiczna, która definiuje osobę, najczęściej w pejoratywnym sensie, budzącym lęk i niepewność, co wzmacnia negatywny stereotyp. Odczucie lęku w trakcie kontaktu z osobą chorą psychicznie jest czymś „naturalnym” dla osób nieposiadających wiedzy ani doświadczenia w zakresie psychiatrii. Nieprzewidywalność zachowania i możliwość powodowania zagrożenia to bardzo często wymieniane cechy w charakterystyce tej grupy pacjentów [6].

W badaniu przeprowadzonym przez Bognę Wciórkę i Jacka Wciórkę wykazano, że bardzo wiele zachowań najczęściej postrzeganych jako negatywne automatycznie przypisywanych jest osobom leczącym się psychiatrycznie. Zaliczono do nich: zachowania niezrozumiałe, agresję, brak higieny osobistej, zobojętnienie wobec własnego losu, nieuzasadniony strach czy unikanie innych ludzi [6].

Dyskryminacja chorych psychicznie na poziomie relacji międzyludzkich przejawia się w traktowaniu tych ludzi w sposób pogardliwy, w podkreślaniu ich niższości intelektualnej, odmienności i niepełnosprawności. Przejawy dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi mogą dotyczyć również polityki społecznej państwa, które z racji dyskryminujących stereotypów społecznych odkłada rozwiązanie problemów ludzi chorych psychicznie na później [4].

Czynniki mające wpływ na postrzeganie osób chorych psychicznie

Stygmatyzacja chorych psychicznie, jest wieloetapowym procesem prowadzącym do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji oraz wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego. Wyodrębniono szereg czynników społecznych, które mają wpływ na proces zdrowienia chorego. Odbiór społeczny, przekaz medialny dotyczący choroby, sieć społeczna chorego, postawa oraz funkcjonowanie rodziny i bliskich, kariera zawodowa, a wreszcie sam chory – mogą sprzyjać albo być przeszkodą w dążeniu do zdrowia [7].

Jak wynika z badań Wciórki i Wciórki, na uwagę zasługuje również fakt, że społeczeństwo polskie wyklucza osoby po przebytej chorobie psychicznej z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. W szczególności dotyczy to ról społecznych związanych z braniem odpowiedzialności za inne osoby. Kolejnym problemem jest okoliczność, że

stygmatyzacja z powodu choroby psychicznej znacznie utrudnia zdrowienie i powrót chorych do optymalnego funkcjonowania, pomimo wdrożenia prawidłowego leczenia. Chorzy często poddają się procesowi autostygmatyzacji, przez co powrót do zdrowia staje się jeszcze trudniejszy. Według Beldiego i wsp. jedną z głównych przyczyn stygmatyzacji pacjentów psychiatrycznych jest brak zadowalającego leczenia. Jednakże pomimo wdrożenia nowych metod leczenia stereotypy nie zmieniły się wyraźnie [6].

Podstawą stygmatyzacji są procesy percepcyjne, które prowadzą na początku do ocen, a następnie do kategoryzacji na „lepszyc” i „gorszych” czy na „normalnych” i „nienormalnych”. Duże znaczenie dla procesu stygmatyzacji, a zatem dla kształtowania społecznych interakcji piętnowanej jednostki mają przy tym określone parametry samego znaku. Są to: jakość estetyczna przypisywana danej osobie, odpowiedzialność za jego zaistnienie (sprawstwo), kierunek możliwych zmian, wpływ stygmatu na zdolności komunikowania się danej jednostki, a także reakcje emocjonalne wzbudzone przez stygmaty w otoczeniu [1].

Dotychczasowe badania nad postawami społeczeństwa polskiego wobec osób niepełnosprawnych wykazują, że ludzie niepełnosprawni częściej wywołują negatywne emocje niż osoby pełnosprawne. Deklarowane w badaniach postawy wobec chorych psychicznie zależą m.in. od: wykształcenia, wieku, pozycji zawodowej i społecznej oraz od miejsca zamieszkania. Im wyższy poziom wykształcenia, tym bardziej otwarte i tolerancyjne postawy wobec chorych psychicznie, ale jednocześnie większe poczucie zagrożenia chorobą psychiczną [6].

Sklonność do stygmatyzacji i negatywnych postaw wobec osób chorych psychicznie jest uwarunkowana również innymi czynnikami socjodemograficznymi, takimi jak: częstość kontaktu z osobami chorymi psychicznie, wiedza na temat choroby, własne doświadczenia w tym zakresie, uwarunkowania kulturowe, wyznawany system wartości. Ludzie, którzy z przyczyn zawodowych czy osobistych mają częstszy kontakt z osobami chorymi psychicznie, prezentują bardziej pozytywne postawy wobec nich niż ludzie, którzy chorych psychicznie spotykają rzadko. Poziom wiedzy na temat chorób psychicznych zwykle koreluje z zawodem, częstością kontaktu z chorymi i z własnymi doświadczeniami w tej dziedzinie. Im jest on wyższy, tym mniejsze prawdopodobieństwo stygmatyzacji osób chorych psychicznie. Jeśli chodzi o wyznawany w życiu system wartości, to osoby skłaniające się ku wartościom liberalnym i nowoczesnym, stawiające indywidualizm, tolerancję czy sprawiedliwość wyżej niż wartości materialne czy osiągnięcia zawodowe będą bardziej skłonne do pozytywnych postaw i mniejszego dystansu wobec chorych psychicznie [6].

Obszary wykluczenia osób chorych psychicznie

W odniesieniu do osób chorujących psychicznie, pojęcie stygmatyzacji obejmuje swoim zasięgiem kilka negatywnych, powiązanych ze sobą i nakładających się na siebie, postaw prezentowanych w społeczeństwie. Należy wspomnieć to o: dystansowaniu się (unikaniu wchodzenia w nieformalne kontakty), dewaluacji i stereotypizacji (upowszechnianiu negatywnych, uproszczonych, stereotypowych opinii dotyczących wymienionej grupy ludzi), delegitymacji (wprowadzeniu prawnych ograniczeń możliwości działania w jakimś obszarze), segregacji – blokowaniu dostępu do pewnych form aktywności, „zarezerwowanych” dla osób zdrowych, oraz eksterminacji – najbardziej drastycznej formy dyskryminacji w postaci fizycznego niszczenia życia, która miała miejsce w Polsce w latach 1939–1945, kiedy to najeźdźcy hitlerowscy zamordowali ok. 20 000 chorych psychicznie przebywających w szpitalach lub innych placówkach leczniczych, a która współcześnie odradza się w głosach o ograniczaniu im pomocy medycznej i socjalnej. W strukturze każdej z tych postaw wyróżnić można trzy składniki: poznawczy – złożony z sądów i opinii, afektywny – określony przez uczucia i emocje, oraz behawioralny – wyrażający się w działaniach. Nasilenie poszczególnych składników w wymienionych typach postaw jest zróżnicowane. Na przykład dewaluacja i stereotypizacja posiłkuje się głównie strukturami poznawczymi, dystansowanie się bywa wyrazem lęku przed kontaktem z drugą osobą (aspekt afektywny), pozbawianie kogoś praw jest wynikiem zamierzonej aktywności (aspekt behawioralny) [2].

Wykluczenie społeczne jest pojęciem złożonym, wieloznacznym, wielopłaszczyznowym, istnieje wiele nurtów definicyjnych. Termin ten jest najczęściej definiowany w kategoriach braku uczestnictwa bądź niezdolności do uczestnictwa w ważnych sferach życia zbiorowego: społecznych, gospodarczych, politycznych i kulturowych oraz w normalnych aktywnościach charakterystycznych dla danego społeczeństwa [8].

Ze względu na wielowymiarowy charakter wykluczenia społecznego trudno jest stworzyć jego syntetyczną definicję. Dlatego proponuje się stosować raczej ujęcie opisowe, wskazujące możliwe obszary wystąpienia tego zjawiska oraz odpowiadające mu symptomy. Należy przy tym podkreślić, że w związku ze zmieniającą się rzeczywistością społeczno-gospodarczą lista symptomów wykluczenia społecznego jest ciągle uzupełniana.

Wykluczenie z aktywności zawodowej, prowadzące do bezrobocia

Praca jest jedną z podstawowych form działalności ludzkiej. Niestety, aż 95% pracodawców nie widzi możliwości zatrudnienia osób chorych psychicznie. Szczególnie dotyczy to osób chorych na schizofrenię, którym ciężko znaleźć pracę na jakimkolwiek

stanowisku. Wynikać to może ze stygmatyzacji osób chorych psychicznie lub z wewnętrznych przyczyn tkwiących w danej osobie. Zatrudnienie pracownika z chorobą psychiczną niesie za sobą nie tylko zagrożenia, ale także korzyści dla pracodawcy. Dla osób z chorobą psychiczną praca jest natomiast źródłem leków, ale także radości. Ma ona istotne znaczenie dla stabilizacji zdrowia psychicznego [1].

Zatrudnienie osób chorujących psychicznie bardzo często ma charakter okresowy – nieodłącznie związany z przebiegiem choroby. Lepszemu samopoczuciu towarzyszy chęć podjęcia aktywności zawodowej. Praca często jest jednak źródłem dużego stresu, w najgorszej sytuacji prowadzącego do kolejnego epizodu choroby i hospitalizacji. Częściej doświadczane emocje inicjują chęć wycofania się i rezygnacji z zatrudnienia. Wykluczenie zawodowe przejawia się przede wszystkim w niechęci pracodawców do zatrudniania osób z tym rodzajem niepełnosprawności. Utrata pracy i problemy z ponownym jej podjęciem (lub podjęciem pierwszej pracy) powodują u chorych negatywne konsekwencje w wielu warstwach życia. Brak codziennych bodźców i obowiązków, z którymi wiąże się praca, znacznie utrudnia ich powrót do zdrowia, rodzi poczucie niskiej wartości oraz małej skuteczności własnych działań. Osoby te tracą kontakty społeczne z osobami zdrowymi. Długotrwałe problemy z podjęciem aktywności zawodowej powodują przyjęcie biernej, bezczynnej postawy, która utrudnia radzenie sobie z codziennymi problemami. Jednocześnie nie można zapominać o wiążącym się z bezrobociem ubóstwie i zależnością finansową od innych – czy to systemu opieki społecznej, czy członków najbliższej rodziny [9].

Wykluczenie społeczne w wymiarze aktywności zawodowej, a w efekcie również w wymiarze ekonomicznym, ujawnia się w przypadku osób chorujących psychicznie nie tylko poprzez trudności w znalezieniu pracy w ogóle, ale też poprzez niski status zawodów, których wykonywanie zleca się osobom niepełnosprawnym – często są to stanowiska niewymagające specjalistycznej wiedzy i umiejętności, takie jak stróż czy sprzątacze. Problem degradacji zawodowej szczególnie mocno dotyka osoby chorujące psychicznie, które wcześniej zajmowały wysokie stanowiska. Osoby te, nie mając innej alternatywy, bardzo często podejmują się pracy znacznie poniżej swoich kwalifikacji. Sytuacja taka w sposób oczywisty powoduje frustrację i w konsekwencji utrudnia powrót do zdrowia, a także, w dalszej perspektywie, utrwała syndrom bierności zawodowej. Innym problemem jest także podejmowanie pracy niezgodnej z kwalifikacjami i indywidualnymi predyspozycjami. Wiąże się to zatem z dysonansem wśród chorych, którzy z jednej strony chcą być aktywni i pracują, a także nie mogą sobie pozwolić na rezygnację z dochodów, a z drugiej mają świadomość pracy poniżej swoich kompetencji [9].

Chorzy psychicznie często uważani są za pracowników nieproduktywnych, niewiarygodnych, wymagających specjalnej troski i nadzoru. Jak pisze Ewa Warchoła-Sławińska i in., od lat zaburzenia psychiczne znajdują się na trzecim miejscu wśród medycznych przyczyn niezdolności do pracy. Tymczasem praca jest dla chorych na schizofrenię jedyną, dostępną także w szpitalu, aktywnością korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego. Pomaga ona w redukcji poziomu apatii i społecznego wycofania. Stanowi jedno z podstawowych kryteriów adaptacji chorych na schizofrenię do życia w społeczeństwie [4].

Wykluczenie z konsumpcji, prowadzące do niedostatku i ubóstwa

W literaturze przedmiotu używa się wymiennie takich terminów jak: bieda, ubóstwo, niedostatek, krytyczna sytuacja życiowa, upośledzenie społeczne. Już samo to wskazuje na niejednoznaczność omawianego pojęcia. Ubóstwo jest zjawiskiem złożonym, niejednokrotnie ciężko stwierdzić, czy dana osoba lub rodzina jest uboga. Socjolodzy i badacze, definiując problem ubóstwa, posługują się jednym z dwóch różnych pojęć: ubóstwa bezwzględnego i ubóstwa względnego. Ubóstwo bezwzględne opiera się na pojęciu minimum życiowego – elementarnych warunków, jakie muszą być spełnione, aby jednostka mogła przetrwać fizycznie i zachować zdrowie. Ubóstwo dotyczy tych, którzy są pozbawieni podstawowych środków, takich jak wystarczająca ilość pożywienia, schronienie i ubranie. Pojęcie ubóstwa bezwzględnego ma zastosowanie uniwersalne. Uważa się, że norma odpowiadająca minimum życiowemu jest mniej więcej taka sama dla wszystkich ludzi w podobnym wieku i o podobnej kondycji fizycznej, bez względu na to, gdzie żyją. O każdym, kto gdziekolwiek na świecie żyje w warunkach niespełniających tej uniwersalnej normy, można powiedzieć, że żyje w ubóstwie [10].

Wykluczenie ze społeczności normalnych, przyczyniające się do samotności i izolacji

Przede wszystkim piętno choroby psychicznej przyczynia się do społecznego wykluczenia i izolacji naznaczonych nim osób, a tym samym do zmniejszenia szans życiowych i możliwości samorealizacji oraz do utraty statusu społecznego. To społeczne wykluczenie może dotyczyć bardzo wielu dziedzin, m.in. takich jak: relacje z sąsiadami, ze znajomymi, z rodziną, szanse znalezienia partnera życiowego, uczestnictwo w życiu publicznym, możliwości kształcenia się. Najbardziej powszechną konsekwencją stygmatyzacji człowieka z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest pozbawienie go możliwości pełnienia ról rodzinnych i zawodowych, pozbawienie go kontaktów towarzyskich, czyli faktyczne wykluczenie społeczne. W konsekwencji do osamotnienia i izolacji społecznej [4].

Wykluczenie z mechanizmów wpływu i władzy, czyli marginalizacja kulturowa i społeczna

Wykluczenie społeczne jest procesem (bo takiego należy tutaj użyć słowa), który dotyka coraz więcej jednostek i grup społecznych. Jest to w pewnym stopniu spowodowane dominującą we współczesnych społeczeństwach tendencją do oddzielania lub nakładania wyraźnej odrębności dwóch światów: świata niepewności, marginalizacji i braku perspektyw oraz świata dostatku i bezpieczeństwa. Społeczeństwo nie toleruje bowiem żadnych odstępstw od przyjętych i zinternalizowanych norm oraz zasad. W takim społeczeństwie słabość, bezbronność i nadmierna wrażliwość traktowane są jako wady. Do grup najbardziej zagrożonych wykluczeniem społecznym należą niewątpliwie niepełnosprawni psychicznie. Proces stygmatyzacji sprawia, że osoby z zaburzeniami psychicznymi napotykają na swojej drodze coraz więcej barier, które ograniczają ich uczestnictwo w życiu społecznym, utrudniając dostęp do wielu dóbr. W ten oto sposób stają się oni ludźmi „zbędnymi”, funkcjonującymi w „społecznej próżni” [3].

Wszak wykluczenie i marginalizacja społeczna dotykająca słabszych to zjawiska niezwykle trudne do pogodzenia z poczuciem sprawiedliwości, tym bardziej, że ich olbrzymi zasięg nie jest obojętny dla kultury politycznej, dla żywotności społeczeństwa obywatelskiego oraz życia publicznego w każdym społeczeństwie. Stosunek do ludzi chorych psychicznie to w dużym stopniu miara humanistycznych stosunków w społeczeństwie. I jeśli uznamy, że kulturę i sprawność danego społeczeństwa ocenić można zarówno po jego nastawieniu do ludzi słabych i bezbronnych, jak i po zakresie pomocy i wsparcia, jakie są im udzielane, to wykluczenie społeczne tej kategorii osób można będzie jednocześnie uznać za przejaw niewydolności tradycyjnej polityki społecznej i podległych jej służb społecznych [3].

Przypisywanie człowiekowi choremu psychicznie roli osoby małowartościowej, bezużytecznej, powoduje ograniczenie jego aktywności, a na zasadzie samospełniającego się proroctwa umniejsza kompetencje intelektualno-społeczne, wtórnie pogłębiając społeczną alienację. Według Magdaleny Kosche do skutków stygmatyzacji społecznej zaliczyć można również: izolację, nieufność, unik, wrogość, agresję czy podejrzliwość, ostracyzm, odrzucenie, marginalizację, separację, wykluczenie ze społeczności oraz dyskryminację. Skutkami mogą być nawet akty terroryzmu, terroru społecznego czy też przemocy [4].

Przeciwdziałanie wykluczeniu

Do tej pory nie są dostępne żadne dane potwierdzające skuteczność kampanii społecznych i edukacyjnych mających na celu zwalczanie skłonności do stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Wprawdzie takie działania są prowadzone, jednak bardzo

często brakuje opisów, publikacji, podsumowań, które mogłyby potwierdzić ich efektywność, a tym samym przyczynić się do szerszego rozpropagowania metod destygmatyzujących na świecie. Szerszy zasięg kampanii przeciwko stygmatyzacji oraz szczegółowe opracowanie ich efektów pozwoliłyby nie tylko na zmniejszenie skali stygmatyzacji, ale przede wszystkim polepszenie jakości życia osób chorych psychicznie i ich rodzin [6].

Wydaje się, że na postawy społeczne wobec osób chorych psychicznie najłatwiej jest wpływać zwiększając wiedzę społeczeństwa o chorobach psychicznych. Na takim założeniu opiera się większość programów walki ze stygmatyzacją chorobami psychicznymi, podczas których informuje się o naturze tych chorób, ich przyczynach, możliwościach leczenia i konsekwencjach, a także pokazuje się, że osoby chore psychicznie chcą i mogą prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Jak jednak podkreśla Ewa Jackowska postawy stygmatyzujące osoby chore psychicznie mają swoje złożone uwarunkowania i zakorzenienia. Stąd akcje społeczne i inne działania – które miałyby zmienić postawy społeczeństwa w tym zakresie, powinny odwoływać się nie tylko do sfery poznawczej odbiorców, przez przekazanie im podstawowej wiedzy z zakresu psychopatologii, ale też do uczuciowości wyższej, szczególnie do empatii, oraz przypominać o respektowaniu społecznej normy równości. Negatywne skutki stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego coraz częściej skłaniają do refleksji i zmuszają do tworzenia planów pomocowych, programów walki z wykluczeniem itp. Rzadko jednak programy te odnoszą się do przeciwdziałania mechanizmom wykluczenia społecznego, co ściśle wiązałoby się z edukacją społeczną młodzieży. Najczęściej łagodzą skutki przez działania doraźne. Możemy sobie wyobrazić, jakie skutki w życiu społecznym i ekonomicznym przyniosłaby promocja wśród dzieci, młodzieży i dorosłych idei solidaryzmu, konstruktywnego działania w grupie i odpowiedzialności za swoją społeczność. Niekorzystne i negatywne stereotypy osób chorych psychicznie są zatem podtrzymywane przez media i niektóre środowiska opiniotwórcze. Na przykład osoby chorujące na schizofrenię są często przedstawiane w mediach jako niebezpieczni przestępcy czy osoby zagrażające społeczeństwu [4].

Przeciwdziałanie stygmatyzacji stało się w ostatnich latach jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej psychiatrii i skupia zainteresowanie badaczy, pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a przede wszystkim pacjentów i ich rodzin, często zrzeszających się w organizacjach podejmujących walkę o pełne uznanie przysługujących chorującym psychicznie ich praw. Wystarczy wspomnieć Ogólnopolski program zmiany postaw wobec psychiatrii „*Odnaleźć siebie*” o charakterze edukacyjnym. Jego nadrzędnym celem jest przełamanie barier związanych z leczeniem zaburzeń

psychicznych, mitów nagromadzonych wokół psychiatrii oraz wyeliminowanie lęku przed wizytą u lekarza psychiatrii. Tylko odpowiednio wczesna diagnoza i szybko rozpoczęta terapia dają większą szansę na normalne życie. Naczelnym założeniem jest zbudowanie pozytywnego wizerunku psychiatrii wśród innych nauk medycznych. Wydaje się jednak, że w toczącej się w naszym kraju debacie publicznej dotyczącej dyskryminacji i wykluczenia społecznego różnych grup mniejszościowych chorzy psychicznie są obecni w dużo mniejszym stopniu niż np. homoseksualiści czy mniejszości narodowe lub etniczne [4].

Wydaje się jednak, że w toczącej się w naszym kraju debacie publicznej dotyczącej dyskryminacji i wykluczenia społecznego różnych grup mniejszościowych chorzy psychicznie są obecni w dużo mniejszym stopniu niż np. homoseksualiści czy mniejszości narodowe lub etniczne. W naszym kraju powstają także celowe, choć niewielkie inicjatywy na rzecz integracji osób z zaburzeniami psychicznymi i przeciwdziałania stygmatyzacji. Przejawy nietolerancji, lęku i nieracjonalnych obaw przed osobami chorymi psychicznie niejednokrotnie prowadzą do trwałego wykluczenia tych ludzi z życia społecznego. Stwarza to jedną z najpoważniejszych barier na drodze do udzielania skutecznej pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom. Towarzyszy temu niechęć do korzystania z pomocy psychiatrów, psychologów i innych specjalistów zajmujących się leczeniem tych chorób. Kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw, zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji jest jednym z ustawowych zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce [4].

CELE PRACY

Celem pracy było zbadanie opinii respondentów na temat występowania stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel ogólny wzbogacono celami szczegółowymi:

1. Poznanie opinii respondentów na temat reakcji osób z otoczenia na informację o chorobie psychicznej.
2. Postrzeganie prawa do pracy zawodowej i edukacji w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów Oddziału Psychiatrycznego i Poradni Zdrowia Psychicznego Szpitala im. Kardynała Wyszyńskiego w Łomży. Grupę badawczą stanowiło 130 pełnoletnich pacjentów. Badania były prowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz składał się z 2 części:

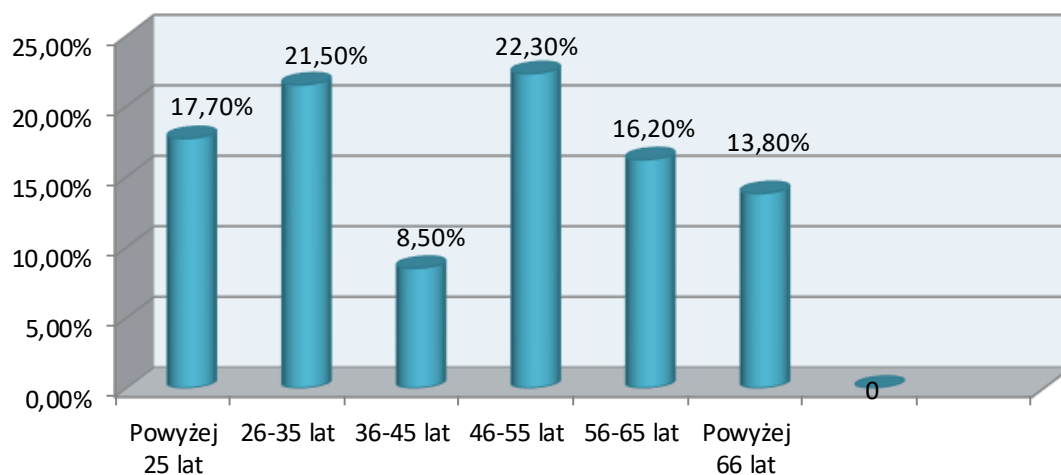
- metryczkowej, zawierającej niezbędne dane o pacjencie; płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, sytuacja rodzinna, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód, miejsce i czas pobytu w szpitalu,
- szczegółowej, złożonej z 24 pytań dotyczących problemu stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Pytania były jedno- bądź wielokrotnej odpowiedzi. Ankieta miała charakter anonimowy, respondenci zostali poinformowani, że uzyskane dane badawcze posłużą wyłącznie pracy naukowej. Na przeprowadzenie badań uzyskano pozytywną opinię Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży o ocenianym projekcie badawczym.

Odpowiedzi respondentów na pytania ankietowe umieszczono w bazie danych, a następnie poddano analizie przy użyciu programu SPSS wersja 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel i przedstawiono w formie opisowej i graficznej (tabele, ryciny). W celu weryfikacji zależności między zmiennymi na skalach nominalnych wykorzystano test niezależności χ^2 . W analizach porównawczych opisano tylko te pytania, dla których ujawniły się istotne różnice ze względu na czynniki społeczno-demograficzne. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy standaryzowanym poziomie istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

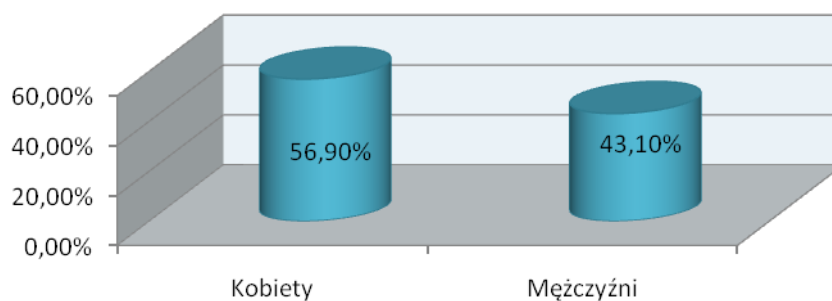
Charakterystyka grupy badawczej

W badaniu udział wzięło 130 osób w różnym wieku. Badanych poniżej 25 roku życia było 17,7%. Ankietowani mający między 26 a 35 lat stanowili 21,5% próby. Respondentów w wieku między 46 a 55 lat było 22,3%. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 1.



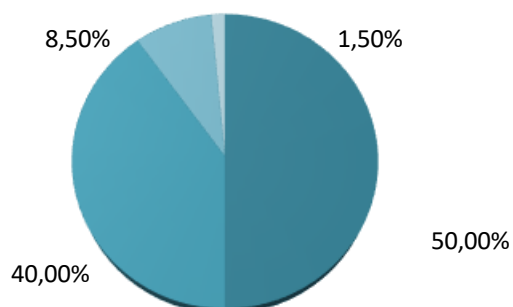
Rycina 1. Podział badanych pod względem wieku

Większość ankietowanych stanowiły kobiety 56,9% (Rycina 2).



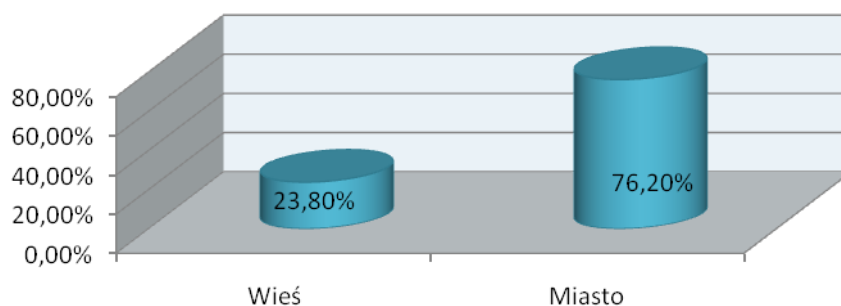
Rycina 2. Podział badanych pod względem płci

Połowę respondentów stanowiły osoby stanu wolnego. Czterech na dziesięciu badanych było w związku małżeńskim. Osoby owdowiałe stanowiły 8,5% próby. Szczegółowe dane zaprezentowano na Rycinie 3.



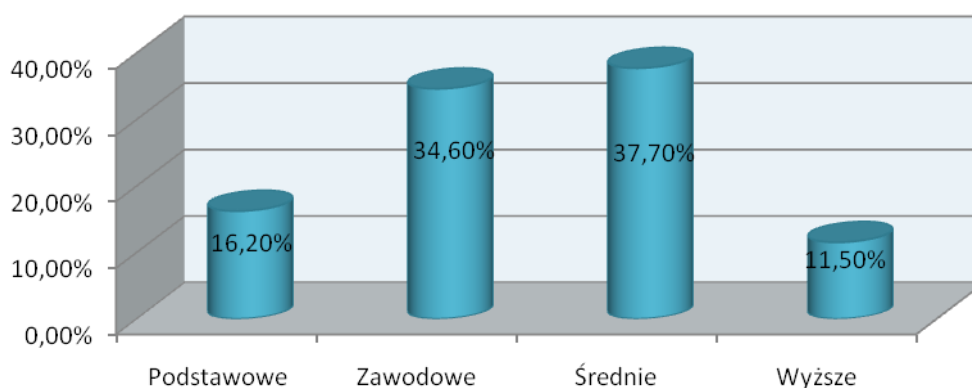
Rycina 3. Podział badanych pod względem stanu cywilnego

Trzy czwarte ankietowanych mieszkało w miastach (Rycina 4).

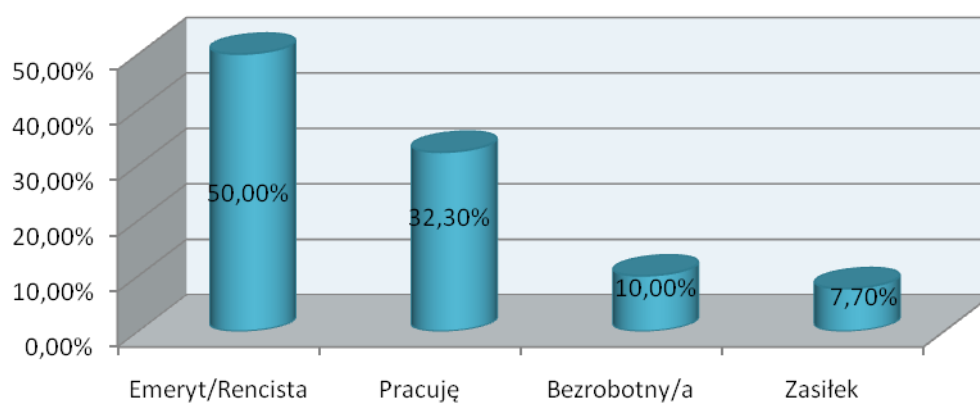


Rycina 4. Podział badanych pod względem miejsca zamieszkania

Najwięcej badanych posiadało wykształcenie średnie (37,7%). Wykształcenie zawodowe miało 34,6% ankietowanych, a podstawowe 16,2%. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 5.



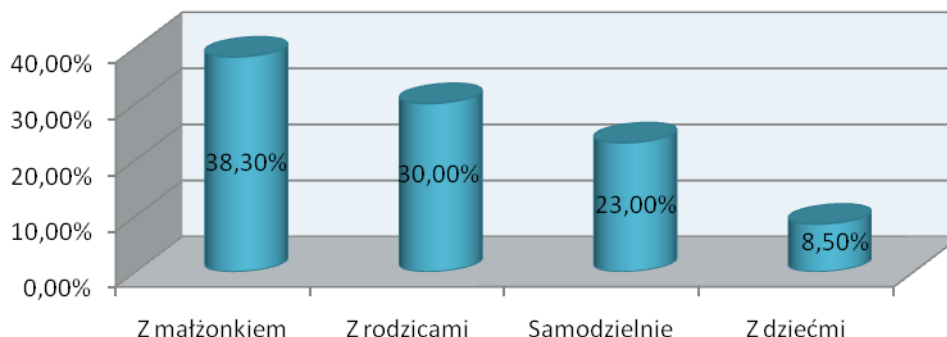
Rycina 5. Podział badanych pod względem wykształcenia



Rycina 6. Podział badanych pod względem aktywności zawodowej

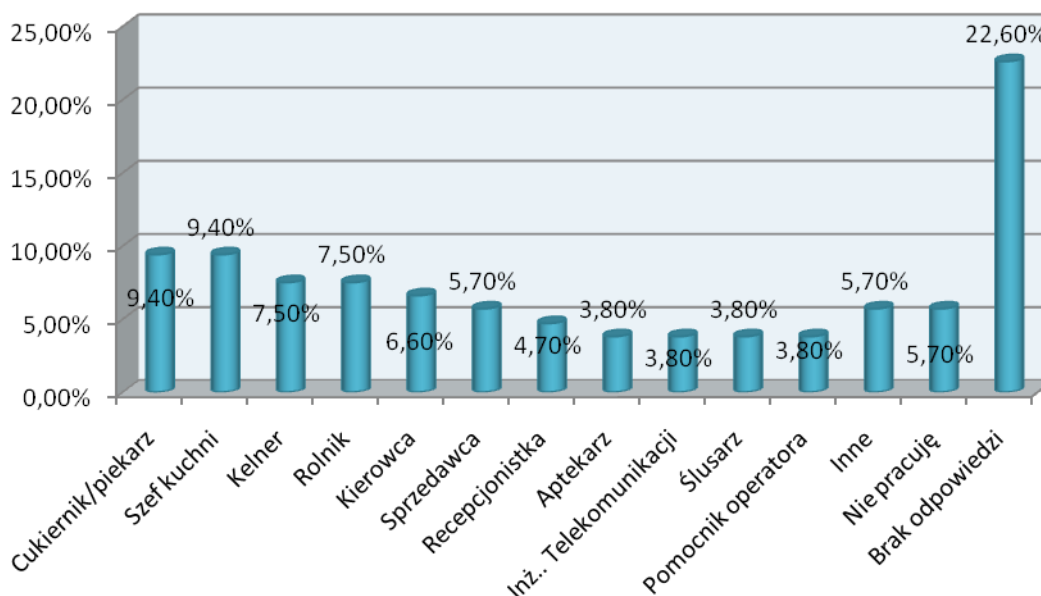
Połowa ankietyowanych to emeryci lub renciści. Osoby pracujące stanowiły 32,3% próby. Co dziesiąty respondent był bezrobotny, a zasiłek pobierało 7,7% badanych. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 6.

Najwięcej badanych mieszkało ze współmałżonkiem (38,5%). Z rodzicami mieszkało 30% ankietyowanych, samodzielnie 23% (Rycina 7).



Rycina 7. Podział badanych pod względem osób z którymi mieszka

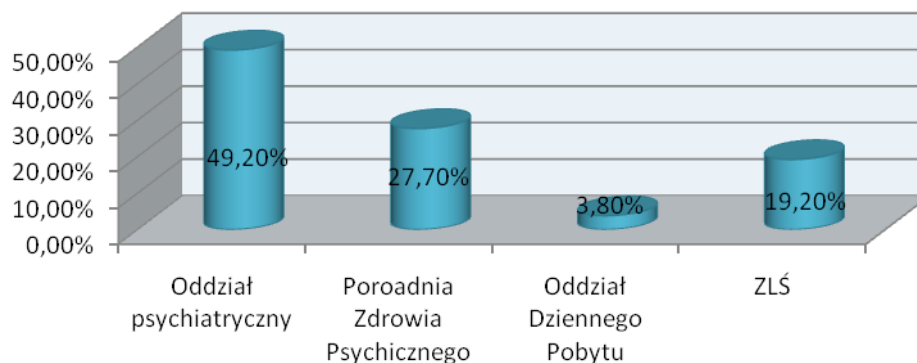
W badanej próbie najwięcej było osób uprawiających zawód cukiernika (9,4%) lub szefa kuchni (9,4%). W dalszej kolejności były takie zawody jak kelner, rolnik, kierowca czy sprzedawca. Szczegółowe zestawienie zawarto na Rycinie 8.



Rycina 8. Podział badanych pod względem wykonywanego zawodu

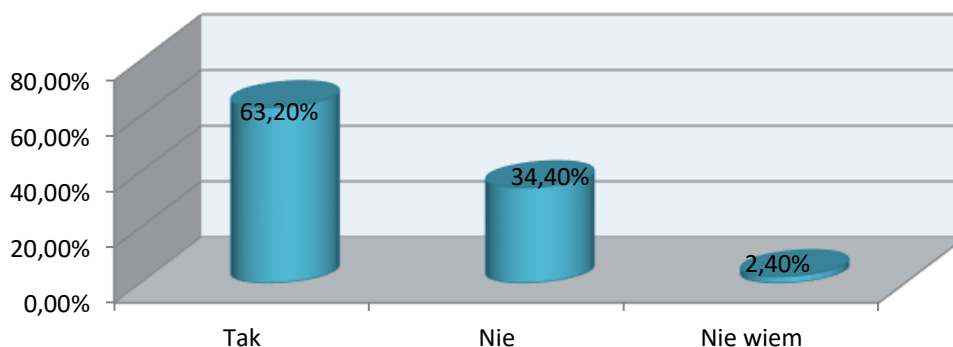
Prawie połowa badanych leczyła się na oddziałach psychiatrycznych. W poradni zdrowia psychicznego leczyło się 27,7% ankietyowanych. W trybie Zespołu Leczenia

Środowiskowego leczyło się 19,2% respondentów. Szczegółowe zestawienie zawarto na Rycinie 9.

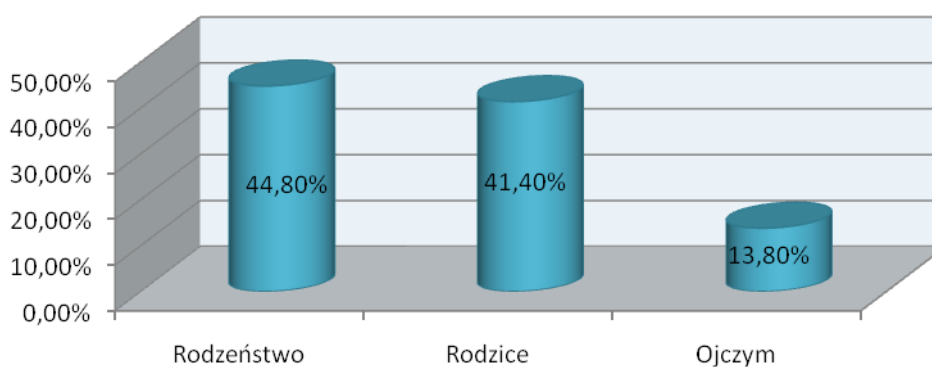


Rycina 9. Podział badanych pod względem miejsca leczenia w szpitalu

Większość badanych przyznała, że w ich rodzinach występowały choroby psychiczne (63,2%). Chorób takich nie zdiagnozowano w przypadku rodzin 34,4% ankietowanych (Rycina 10).



Rycina 10. Podział badanych pod względem występowania zaburzeń psychicznych w rodzinie



Rycina 11. Podział badanych pod względem stopnia pokrewieństwa osoby, która cierpiała z powodu zaburzeń psychicznych

Najczęściej osobami, które miały zaburzenia w rodzinie było rodzeństwo (44,8%). Rodzice cierpieli na zaburzenia u 41,4% badanych. Szczegółowe dane zawarto na Rycinie 11.

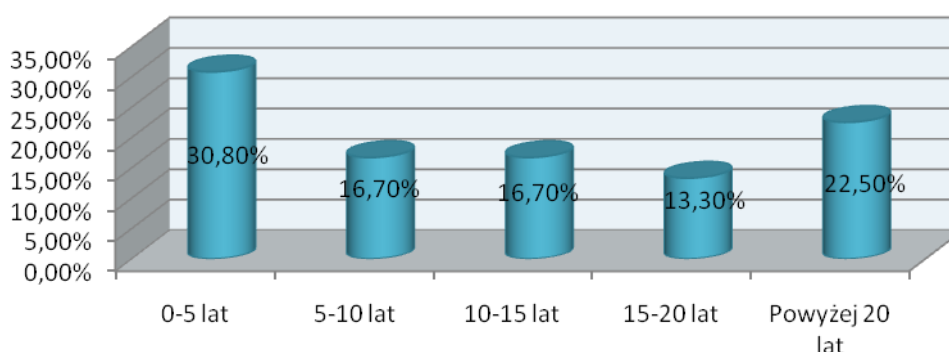
Analiza części szczegółowej ankiety

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że nie uważa siebie za osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne (58,5%). Odmiennego zdania było 28,5% ankietowanych, a 13% respondentów nie miało na ten temat jednoznacznej opinii (Tabela I).

Tabela I. Postrzeganie siebie jako osobę z zaburzeniami psychicznymi

Czy uważa się Pan/Pani za osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne?	N	%
Nie	76	58,5
Tak	37	28,5
Nie wiem	17	13,0
Razem	130	100

Z problemami ze zdrowiem psychicznym od pięciu lat lub krócej zmagало się 30,8% badanych. 16,7% ankietowanych tego typu problemy miało już od 5-10 lat. Tyle samo ankietowanych zmagало się z tego typu zaburzeniami 10-15 lat. Od 15 do 20 lat problemy natury psychicznej leczyło 13,3% badanych. Szczegółowe dane zaprezentowano na Rycinie 12.



Rycina 12. Ilość czasu zmagania się z problemami natury psychicznej

Większość ankietowanych miało zdiagnozowaną schizofrenię (62,5%). Na depresję cierpiało 15% badanych. Choroba afektywna dwubiegunowa dotyczyła 6,7% respondentów. Szczegółowe zestawienie zawarto w Tabeli II.

Tabela 1II. Zdiagnozowane zaburzenia psychiczne

Jakiego rodzaju zaburzenie psychiczne ma Pan/Pani zdiagnozowane	N	%
Schizofrenia	75	62,5
Depresja	18	15,0
Choroba afektywna dwubiegunowa	8	6,7
Nerwice	5	4,2
Inne	14	11,6
Razem	130	100

Innego rodzaju choroby współistniejące miało 61,9% ankietowanych. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli III.

Tabela III. Występowanie chorób współistniejących

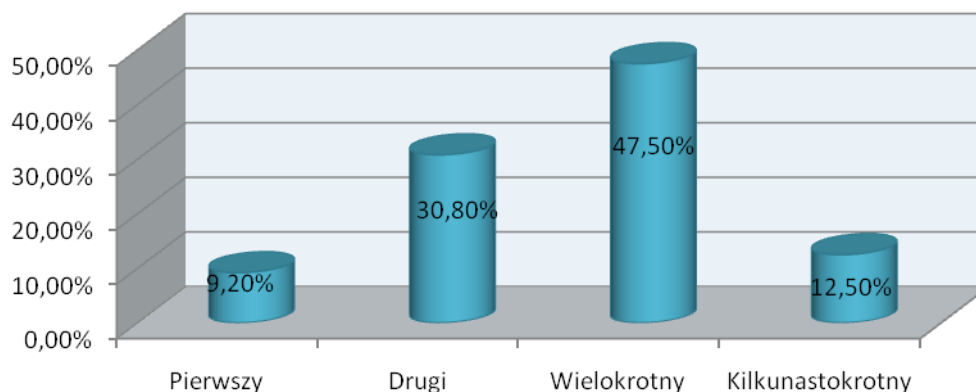
Czy zdiagnozowano u Pana/Pani innego rodzaju choroby współistniejące	N	%
Tak	60	61,9
Nie	29	29,9
Nie wiem	8	8,2
Razem	130	100

Najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi były astma, nadciśnienie oraz depresja (po 23,7%). Na otyłość cierpiało 19% badanych, a na cukrzycę 14,4%. (Tab. IV).

Tabela IV. Rodzaje chorób współistniejących

Jakie choroby współistniejące występują u Pani/Pana?	N	%
Astma	10	23,7
Nadciśnienie	10	23,7
Depresja	10	23,7
Otyłość	8	19,0
Cukrzyca	6	14,4
Zaburzenia psychotyczne	4	9,5
Rak	4	9,5
Razem	52	100

Pierwszy raz leczenie podejmowało 9,2% badanych, a drugi raz 30,8%. Wielokrotnie leczenie podejmowało już 47,5% respondentów. Szczegóły przedstawiono na Rycinie 13.



Rycina 13. Podejmowanie leczenia

Blisko połowa ankietowanych przyznała, że ukrywa swoją chorobę przed innymi (46,2%). Szczegółowe zestawienie odpowiedzi zawarto w Tabeli V.

Tabela V. Ukrywanie choroby przed innymi

Czy ukrywa Pan/Pani swoją chorobę przed innymi?	N	%
Zdecydowanie tak	27	20,8
Raczej tak	33	25,4
Trudno powiedzieć	8	6,2
Raczej nie	40	30,7
Zdecydowanie nie	22	16,9
Razem	130	100

Połowa badanych przyznała, że o ich chorobie wiedzą rodzice. Partner lub współmałżonek miał świadomość choroby w przypadku 40% ankietowanych. Jedna trzecia badanych wtajemniczyła w to swoich przyjaciół. Szczegółowe zestawienie odpowiedzi zawarto w Tabeli VI.

Tabela VI. Osoby z otoczenia wiedzące o chorobie*

Kto z Pana/Pani otoczenia wie o chorobie?	N	%
Rodzice	66	50,8
Żona/mąż/partner/partnerka	52	40,0

Przyjaciele	43	33,1
Sąsiedzi	37	28,5
Dzieci	31	23,8
Dziadkowie	28	21,5
Pracodawca	23	17,7
Wybrani znajomi	21	16,2
Wszyscy znajomi	20	15,4
Współpracownicy	11	8,5
Nikt nie wie o mojej chorobie	3	2,3

* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że w chorobie mają wsparcie rodziców (56,2%). Pielęgniarka wspierała 29,2% ankietowanych, współmałżonek/partner 28,5%, lekarz 26,9%, a dziadkowe 24,6% respondentów. Wsparcie psychologa miało 22,3% badanych. Szczegółowe zestawienie odpowiedzi zawarto w Tabeli VII.

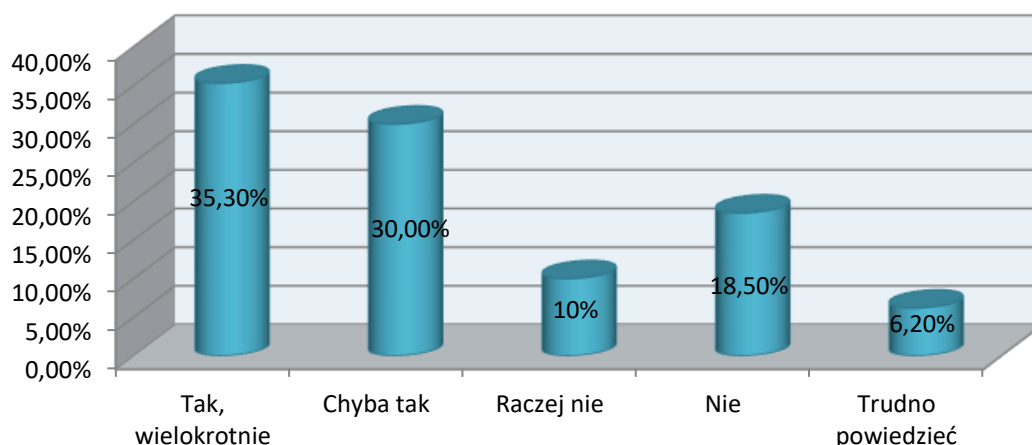
Tabela VII. Osoby wspierające w chorobie*

Kto Pana/Panią wspiera w chorobie?	N	%
Rodzice	73	56,2
Pielęgniarka	38	29,2
Żona/mąż/partner/partnerka	37	28,5
Lekarz	35	26,9
Dziadkowie	32	24,6
Psycholog	29	22,3
Dzieci	28	21,5
Psychoterapeuta	15	11,5
Przyjaciele	13	10,0
Znajomi	13	10,0
Inni	9	6,9
Rodzeństwo	8	6,2
Sąsiedzi	6	4,6
Pracodawca	6	4,6
Współpracownicy	2	1,5

* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

35,3% ankietowanych przyznało, że zdarzały im się sytuacje, kiedy ich choroba stała się w jakiś sposób widoczna dla otoczenia. Trzech na dziesięciu respondentów było raczej pewnych tego typu sytuacji. Podobna ilość badanych przyznała, że nie spotkała ich taka sytuacja (Rycina 14). 35,3% ankietowanych przyznało, że zdarzały im się sytuacje, kiedy ich

choroba stała się w jakiś sposób widoczna dla otoczenia. Trzech na dziesięciu respondentów było raczej pewnych tego typu sytuacji. Podobna ilość badanych przyznała, że nie spotkała ich taka sytuacja (Rycina 14).



Rycina 14. Sytuacje ujawniające chorobę

U prawie 50% badanych, którzy mieli sytuację, w której ich choroba była widoczna dla otoczenia takim objawem było przeklinanie (47,7%). Ataki paniki przydarzyły się 36,7% badanych, taka sama ilość osób miała objaw spowolnienia. Zachowania agresywne przejawiało 23,9% ankietowanych. Szczegółowe odpowiedzi zawarto w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Zdarzenia uwidaczniające chorobę*

Jeśli tak, to proszę wskazać jakiego rodzaju było to zdarzenie?	N	%
Przeklinanie	52	47,7
Ataki paniki	40	36,7
Spowolnienie	40	36,7
Pokrzykiwanie	34	31,2
Śmiech nieadekwatny do sytuacji	27	24,8
Zachowania agresywne	26	23,9
Pobudzenie nerwowe	20	18,3
Niekontrolowane ruchy ciała (machanie rękami, nogami, tiki	14	12,8
Atak słowny wobec innych osób adekwatny do rzeczywistości	10	9,2
Przygnębienie	4	3,7

* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Najczęstszą reakcją ludzi, którzy dowiadują się o chorobie ankietowanych, to baczne obserwowanie (36,4%). 20,7% respondentów przyznało, że ludzie stają się milczący oraz, że starają się okazywać wsparcie. Deklaracje, że w razie potrzeby można na nich liczyć składane były 19% badanych. Namowy do systematycznego leczenia zdarzały się u 15,7% ankietowanych. Szczegółowe zestawienie odpowiedzi zawarto w Tabeli IX.

Tabela IX. Reakcje ludzi na chorobę*

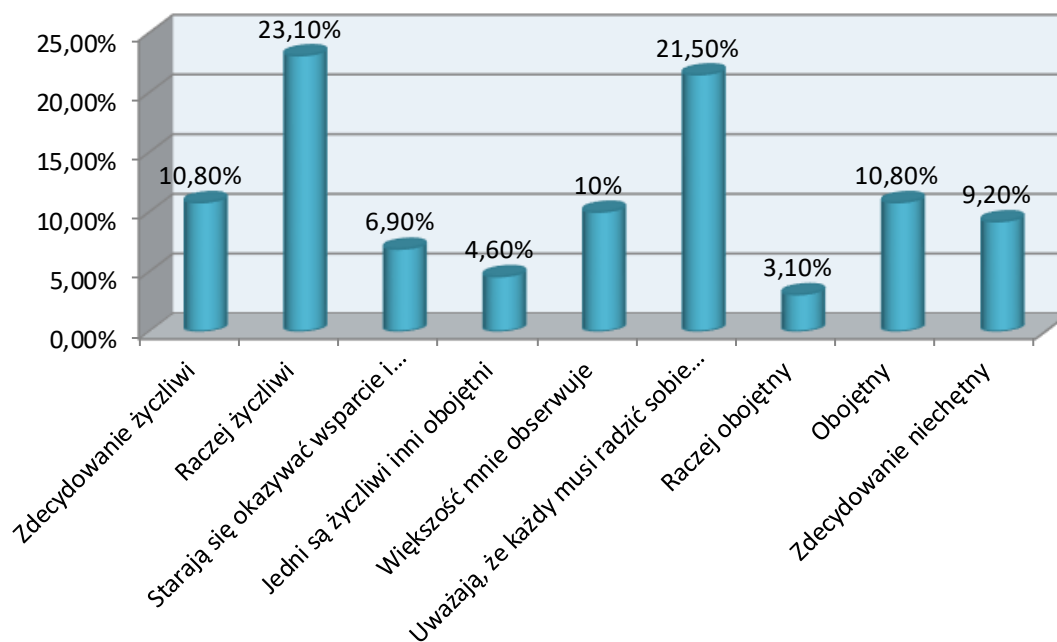
Jak reagują ludzie, kiedy dowiadują się o Pana/Pani chorobę?	N	%
Zaczynają mnie bacznie obserwować	44	36,4
Stają się milczący	25	20,7
Starają się okazać wsparcie	25	20,7
Deklarują, że w razie potrzeby zawsze mogą na nich liczyć	23	19,0
Namawiają mnie do systematycznego leczenia	19	15,7
Nic nie zmienia się w naszych dotychczasowych relacjach	17	14,0
Ograniczają kontakty ze mną	15	12,4
Starają się okazać życzliwość	13	10,7
Nie wiedzą jak się zachować	12	9,9
Zaczynają unikać spotkań ze mną	10	8,3
Pytają czy to choroba rodzinna	7	5,8
Zadają mnóstwo pytań które powodują, że się denerwuję	6	5,0
Deklarują, że mogą na nich liczyć ale postawa mówi że nie chcą mieć ze mną nic wspólnego lub się mnie boją	4	3,3
Nikt poza najbliższymi nie wie	4	3,3

* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Jedna trzecia badanych odnotowała życzliwy stosunek otoczenia do ich choroby. 6,9% respondentów przyznało, że ludzie starają się okazywać im wsparcie i pomoc.

Jeden na dziesięciu badanych przyznał, że większość osób ich obserwuje. 21,5% respondentów przyznało, że ludzie uważają, że każdy musi radzić sobie sam, bo każdy ma swoje kłopoty. Szczegółowe dane zawarto na Rycinie 15.

Nigdy z przejawami dyskryminacji nie spotkało się 34,6% badanych. Czasami przejawy dyskryminacji odnotowywało 45,4% ankietowanych (Tabela X).



Rycina 15. Ogólny stosunek otoczenia do choroby

Tabela X. Spotykane się z przejawami dyskryminacji

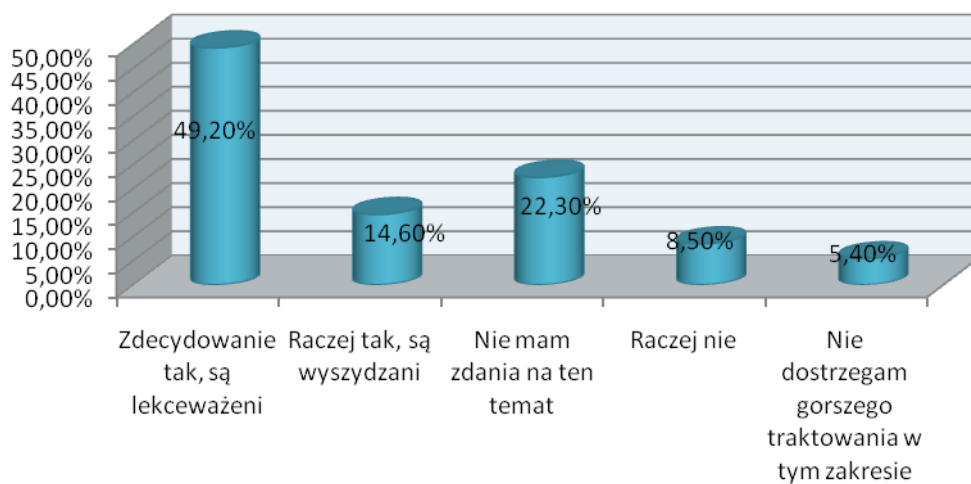
Czy kiedykolwiek spotkał(a) się Pan(i) z przejawami dyskryminacji?	N	%
Nigdy	45	34,6
Czasami	59	45,4
Często	3	2,3
Zawsze	23	17,7
Razem	130	100

Zdaniem 37,6% ankietowanych osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zatrudniane. Co dziesiąty był zdania, że takim osobom jest trudno znaleźć pracę, a nawet jak znajdą pracę to są ciągle obserwowani i oceniani przez pryzmat choroby. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XI.

Prawie dwie trzecie badanych było zdania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są lekceważeni lub wyszydzani. 14,6% ankietowanych nie odnotowało, aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. Szczegółowe dane zestawiono na Rycinie 16.

Tabela XI. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do pracy/zatrudnienia

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do pracy, zatrudnienia?	N	%
Zdecydowanie tak, nikt nie chce zatrudniać takich osób	47	37,6
Raczej tak, trudno jest znaleźć pracę	6	4,8
Raczej tak, nawet jak znajdzie się pracę to jest się ciągle obserwowanym i ocenianym przez pryzmat choroby	7	5,6
Nie mam zdania na ten temat	42	33,6
Nie dostrzegam gorszego traktowania w tym zakresie	2	1,6
Wszystko zależy od pracodawcy	21	16,8
Razem	130	100



Rycina 16. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do poszanowania godności osobistej

Prawie połowa respondentów zgodziła się z tym, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji (46,2%). Przeciwnego zdania było 19,2% ankietowanych. Szczegółowe dane zestawiono w Tabeli XII.

Tabela XII. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do wykształcenia/edukacji

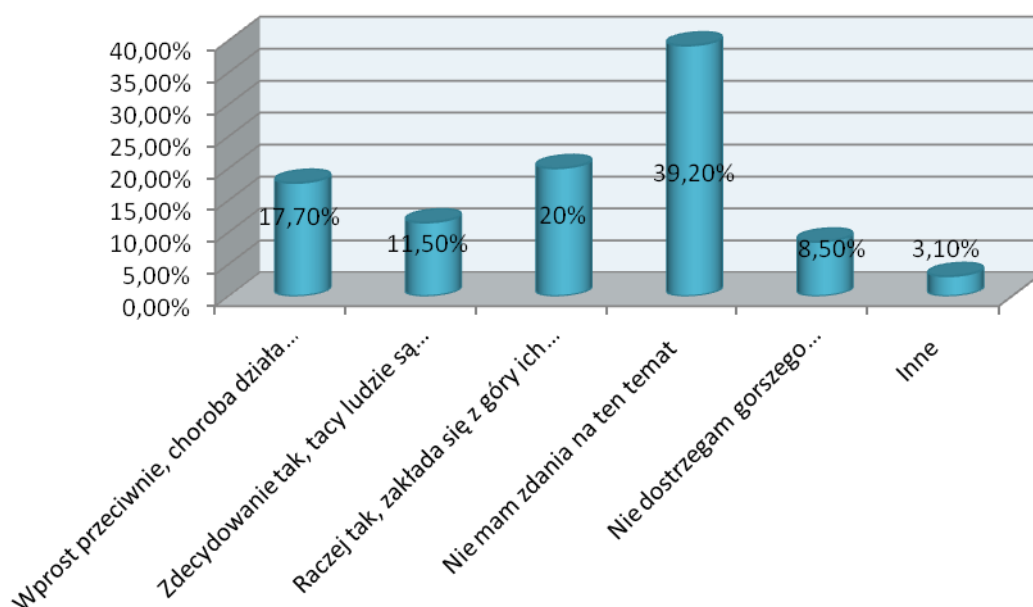
Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, N edukacji?	N	%
Zdecydowanie tak, uważa się takich ludzi za mniej zdolnych i niedostosowanych społecznie	33	25,4
Raczej tak, uważa się, iż nie są wytrwali w dążeniu do celu	11	8,5
Raczej tak, uważa się, iż nie będą w stanie skupić się na nauce	16	12,3
Nie mam zdania na ten temat	45	34,6
Raczej nie	6	4,6
Zauważa się bardziej ich talenty i predyspozycje	13	10,0
Nie dostrzegam gorszego traktowania w tym zakresie	6	4,6
Razem	130	100

Niemal czterech na dziesięciu anektowanych uważało, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowane jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku. 26,9% respondentów przyznało, że nie widzi takiego problemu, a jedna trzecia nie miała na ten temat zdania. Szczegółowe dane zestawiono w Tabeli XIII.

Tabela XIII. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do ochrony majątku

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku?	N	%
Zdecydowanie tak, uważa się, że majątek nie jest im potrzebny	29	22,3
Raczej tak, uważa się, że mogą mieć trudności w gospodarowaniu pieniędzy	21	16,2
Raczej tak, uważa się, że mogą je bezmyślnie wydawać	1	,8
Nie mam zdania na ten temat	44	33,8
Raczej nie	22	16,9
Zdecydowanie nie, uważa się, że te osoby potrzebują większej ochrony	3	2,3
Nie dostrzegam gorszego traktowania w tym zakresie	10	7,7
Razem	130	100

31,5% badanych było zdania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. 17,7% ankietowanych było przeciwnego zdania uważając, że choroba wpływa na korzyść takich osób. Szczegółowe dane zestawiono na Rycinie 17.



Rycina 17. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do sprawiedliwego sądu

Według 31,5% respondentów dla osób z zaburzeniami psychicznymi brakuje opieki i wsparcia społecznego, a 6,9% było zdania, że ze strony pracowników pomocy społecznej brakuje zrozumienia. Jedna czwarta ankietowanych nie odnotowała gorszego traktowania w tym zakresie. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XIV.

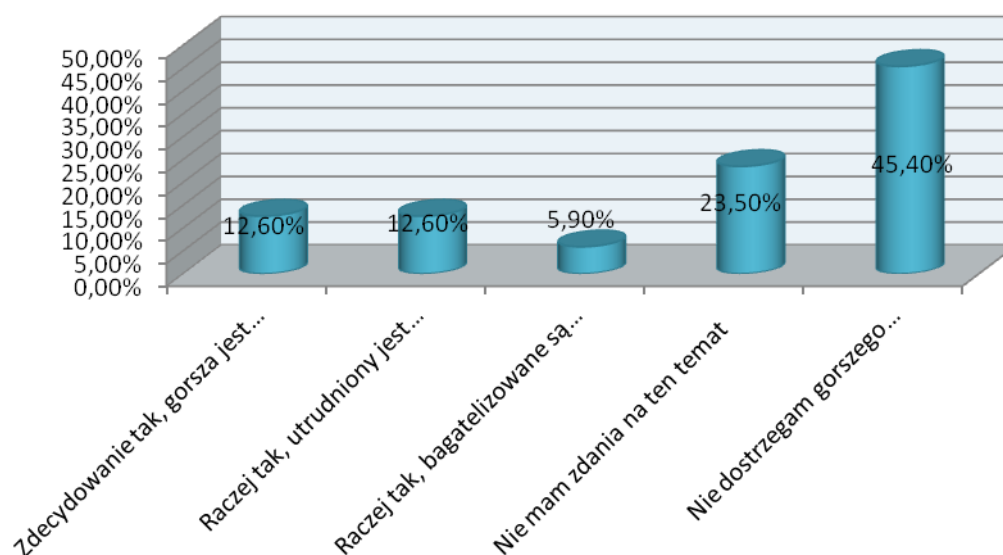
31,1% ankietowanych zgadzała się ze stwierdzeniem, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Odmiennej zdania było 45,4% badanych, a 23,5% nie ma na ten temat zdania. Szczegółowe dane zawarto na Rycinie 18.

31,5% badanych słyszało pod swoim adresem słowo „dziwak”. Jedna czwarta słyszała słowo „psychol”, 15% „odmieniec”. 23,1% badanych słyszało, że jest osobą taką, jak każda

inna. Natomiast 10,8% nie słyszało, żadnego specyficznego określenia w swoim kierunku. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XV.

Tabela XIV. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do opieki społecznej

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?	N	%
Zdecydowanie tak, brak jest opieki i wsparcia społecznego	41	31,5
Raczej tak, brak jest zrozumienia ze strony pracowników pomocy społecznej	9	6,9
Nie mam zdania na ten temat	48	36,9
Nie dostrzegam gorszego traktowania w tym zakresie	32	24,6
Razem	130	100



Rycina 18. Osoby z zaburzeniami psychicznymi, a ich traktowanie w kontekście prawa do leczenia

Badani najczęściej wskazywali na obojętność jako odczucie dominujące wśród ludzi wobec nich. Jedna trzecia ankietowanych wskazała na współczucie. Z chęcią niesienia pomocy spotkało się 20,8% respondentów. 15,4% odczuwało dystans ze strony innych ludzi. Z zainteresowaniem lub ciekawością spotkało się po 12,3% ankietowanych. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XVI.

Tabela XV. Usłyszane określenia pod swoim adresem*

Czy któreś z wymienionych określeń usłyszał/a Pan/Pani pod swoim adresem?	N	%
Dziwak	41	31,5
To osoba, jak każda inna	30	23,1
Inne	27	20,8
Psychol	26	20,0
Odmieniec	19	14,6
Żadne z wymienionych	14	10,8
Potencjalny przestępca	11	8,5
Osoba nieprzewidywalna, niebezpieczna	9	6,9
Świr	8	6,2
Zdolny ale leniwy	4	3,1

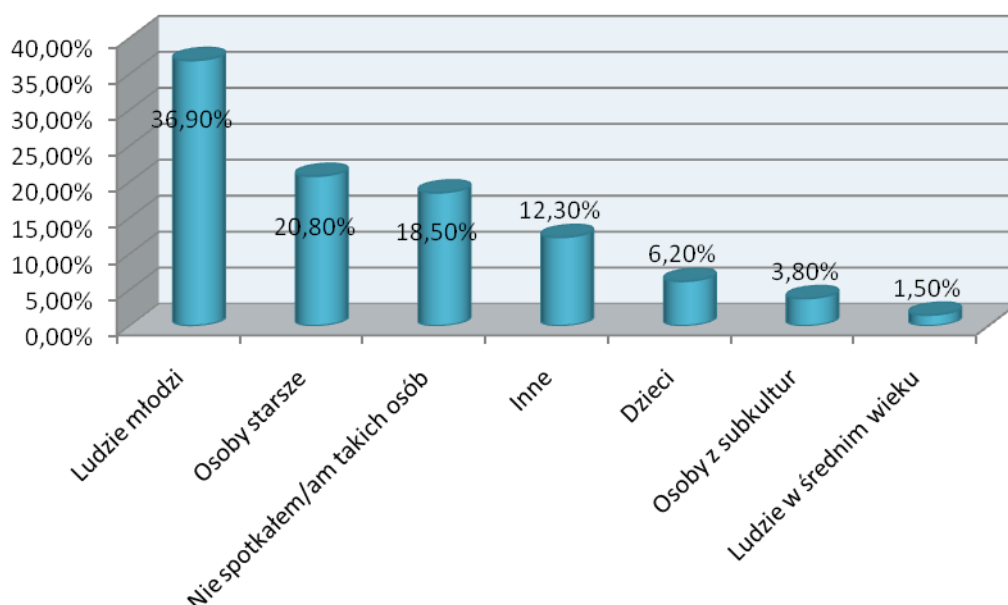
* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Tabela XVI. Odczucia dominujące wśród ludzi w odniesieniu do ankietowanych*

Proszę wskazać, jakie z poniżej wymienionych odczuć dominują wśród ludzi wobec Pana/Pani	N	%
Obojętność	45	34,6
Współczucie	43	33,1
Chęć niesienia pomocy	27	20,8
Dystans	20	15,4
Strach	18	13,8
Odraza	18	13,8
Zainteresowanie	16	12,3
Ciekawość	16	12,3
Życzliwość	14	10,8
Przychylność	14	10,8
Lęk	13	10,0
Szyderstwo	13	10,0
Akceptacja	12	9,2
Niechęć	4	3,1
Inne	1	0,8

* Liczba nie sumuje się do 100%, gdyż badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Według 36,9% badanych grupą najbardziej im nieprzychylną byli ludzie młodzi. 20,8% ankietowanych przyznało, że są to osoby starsze, a 18,5% odpowiedziało, że nie spotkało takich osób. Szczegółowe dane zawarto na Rycinie 19.



Rycina 19. Grupa wiekowa najbardziej nieprzychylna w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi

Najbardziej negatywny wpływ na jakość życia miały takie czynniki jak: nawroty choroby (26,9%), skutki uboczne od leków psychotropowych (23,8%), nietolerancja oraz zależność od innych (po 20,8%). Niska samoocena negatywnie wpływała na jakość życia 16,9% ankietowanych, a poczucie bycia innym 16,2%. Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XVII.

Tabela XVII. Czynniki związane z chorobą mające najbardziej negatywny wpływ na jakość życia*

Jakie czynniki związane z chorobą mają najbardziej negatywny wpływ na Pana/Pani jakość życia?	N	%
Nawroty choroby	35	26,9
Skutki uboczne od leków psychotropowych	31	23,8
Nietolerancja, brak zrozumienia społecznego	27	20,8
Zależność od innych	27	20,8
Niska samoocena	22	16,9
Poczucie bycia innym	21	16,2

Trudności w znalezieniu pracy	15	11,5
Pobyty w szpitalu	15	11,5
Ograniczenia samodzielności	14	10,8
Stygmatazacja, piętnowanie z powodu choroby	13	10,0
Lęk i bariery psychologiczne	12	9,2
Samotność, izolacja społeczna	7	5,4
Inne	2	1,5
Ograniczone kontakty społeczne	1	0,8

* Liczba odpowiedzi nie sumuje się do 130, gdyż w badani mogli wybrać kilka odpowiedzi.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji a wiek

Ponad połowa badanych powyżej 55 roku życia przyznała, że nigdy nie spotkała się z przejawami dyskryminacji (56,4%). Wśród ankietowanych w wieku 36-55 lat 27,5% przyznało, że nie spotkało się z tego typu zachowaniami, a w grupie respondentów do 35 lat było to 23,5%. W tej ostatniej grupie odnotowano największy odsetek osób, które przyznały, że często lub zawsze spotykają się z przejawami dyskryminacji (27,5%). Czasami z tego typu zachowaniami spotykało się 55% osób w wieku 36-55 lat.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji istotnie zależy od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=13,092$; $p<0,05$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XVIII.

Tabela XVIII. Spotykane się z przejawami dyskryminacji a wiek

Czy kiedykolwiek spotkał(a) się Pan/Pani z		wiek		
przejawami dyskryminacji?		do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
Nigdy	N	12	11	22
	%	23,5%	27,5%	56,4%
Czasami	N	25	22	12
	%	49,0%	55,0%	30,8%
Często/zawsze	N	14	7	5
	%	27,5%	17,5%	12,8%

Wśród osób do 35 roku życia 70,6% uważało, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. W grupie 36-55 – latków podobnej opinii było 60%, a wśród badanych w wieku 56

lat i starszych odsetek ten wynosi 59%. W tej ostatniej grupie odsetek osób, które nie zauważają tego typu traktowania był najwyższy w porównaniu do pozostałych grup wiekowych i wynosi 15,4%.

Istnieje tendencja do udzielania określonych odpowiedzi na to pytanie w zależności od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=9,273$; $p=0,055$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XIX.

Tabela XIX. Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/i zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej?	wiek			
		do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
Tak	N	36	24	23
	%	70,6%	60,0%	59,0%
Nie mam zdania	N	13	6	10
	%	25,5%	15,0%	25,6%
Nie zauważam	N	2	10	6
	%	3,9%	25,0%	15,4%

W grupie badanych do 35 roku życia odsetek osób będących zdania, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji wyniósł 49%. Wśród ankietowanych w wieku 36-55 lat było to 62,5%, a w grupie 56+ 25,6%. W tej ostatniej grupie ponad połowa nie miała na ten temat określonego zdania (56,4%).

Postrzeganie prawa do edukacji wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=14,903$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XX.

Ponad połowa badanych w wieku 36-55 lat uważała, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku (57,5%). W grupie badanych do 35 roku życia odsetek podobnie myślących wyniósł 45,1%, a wśród 56 – latków i starszych 12,8%. W tej ostatniej grupie ponad połowa nie miała na ten temat zdania (53,8%), a jedna trzecia uważała, że nie ma takiego problemu.

Postrzeganie prawa do ochrony majątku wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=18,881$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXI.

Tabela XX. Postrzeganie prawa do edukacji w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji?	Wiek	do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
	N	25	25	10
Tak / raczej tak	%	49,0%	62,5%	25,6%
	N	16	7	22
Nie mam zdania	%	31,4%	17,5%	56,4%
	N	10	8	7
Nie dostrzegam	%	19,6%	20,0%	17,9%

Tabela XXI. Postrzeganie prawa do ochrony majątku w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku?	Wiek	do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
	N	23	23	5
Tak	%	45,1%	57,5%	12,8%
	N	15	8	21
Nie mam zdania	%	29,4%	20,0%	53,8%
	N	13	9	13
Nie dostrzegam	%	25,5%	22,5%	33,3%

Zdaniem jednej trzeciej badanych w wieku 35 lat lub młodszych ludzie z zaburzeniami psychicznymi nie są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. Wśród 36-55 –latków odsetek podobnie myślących wyniósł 37,5%, a w grupie 56+ 5,1%. W tej ostatniej grupie jedna trzecia była odmiennej opinii, a 61,5% nie miało na ten temat zdania.

Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=14,548$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXII.

Tabela XXII. Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu?	Wiek			
		do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
Nie dostrzegam	N	17	15	2
	%	33,3%	37,5%	5,1%
Zgadzam się	N	16	12	13
	%	31,4%	30,0%	33,3%
Nie mam zdania	N	18	13	24
	%	35,3%	32,5%	61,5%

Ponad połowa ankietowanych w wieku do 35 lat zgodziła się z tym, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Wśród 36-55 – latków odsetek ten wyniósł 42,5%, a w grupie wiekowej 56+ było to 15,4%.

Postrzeganie prawa do opieki społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależało od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=23,104$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXIII.

Trzy czwarte badanych w wieku 56 lat lub starszych przyznało, że nie dostrzega aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Podobnego zdania było 37,5% badanych w wieku 36-55 lat oraz 26,2% wśród 35-latków lub młodszych.

Postrzeganie prawa do leczenia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od wieku badanych ($\chi^2_{(4)}=30,507$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXIV.

Tabela XXIII. Postrzeganie prawa do opieki społecznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?	Wiek			
		do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
Tak / raczej tak	N	27	17	6
	%	52,9%	42,5%	15,4%
Nie mam zdania	N	11	11	26
	%	21,6%	27,5%	66,7%
Nie dostrzegam	N	13	12	7
	%	25,5%	30,0%	17,9%

Tabela XXIV. Postrzeganie prawa do leczenia w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wiek

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia?	wiek			
		do 35 r.ż.	36-55 lat	56 +
Tak / raczej tak	N	18	19	0
	%	42,9%	47,5%	0,0%
Nie mam zdania	N	13	6	9
	%	31,0%	15,0%	24,3%
Nie dostrzegam	N	11	15	28
	%	26,2%	37,5%	75,7%

Spotkanie się z przejawami dyskryminacji a płeć

Dwie trzecie kobiet było zdania, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. Wśród mężczyzn odsetek podobnie myślących wyniósł 60,7%. Mężczyźni znacznie częściej niż kobiety odpowiadali, że nie zauważają tego typu traktowania (21,4% vs. 8,1%).

Istnieje tendencja do określonego postrzegania prawa do poszanowania godności osobistej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi w zależności od płci badanych ($\chi^2_{(2)}=5,110$; $p=0,078$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXV.

Tabela XXV. Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a płeć

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej?		Płeć	
		Kobieta	mężczyzna
Tak	N	49	34
	%	66,2%	60,7%
Nie mam zdania	N	19	10
	%	25,7%	17,9%
Nie zauważam	N	6	12
	%	8,1%	21,4%

Tabela XXVI. Postrzeganie prawa do opieki społecznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a płeć

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?		Płeć	
		Kobieta	mężczyzna
Tak / raczej tak	N	37	13
	%	50,0%	23,2%
Nie mam zdania	N	22	26
	%	29,7%	46,4%
Nie dostrzegam	N	15	17
	%	20,3%	30,4%

Zdaniem połowy badanych kobiet, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Odsetek mężczyzn, którzy zgodzili się z tym stwierdzeniem wyniósł 23,2%. W grupie tej trzech na dziesięciu

ankietowanych odpowiedziało, że nie dostrzega tego typu zachowań, podczas gdy wśród kobiet podobnie myślących było 20,3%.

Postrzeganie prawa do opieki społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od płci badanych ($\chi^2_{(2)}=9,671$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXVI.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji a stan cywilny

Prawie połowa badanych stanu wolnego odbiera stosunek otoczenia do ich choroby jako życzliwy. Wśród osób będących w związkach małżeńskich w podobny sposób myśli 36,5% badanych, a w grupie osób po rozwodzie lub owdowiałych odsetek ten wynosi 15,4%. Osoby te w dużej mierze odbierają stosunek otoczenia do ich choroby jako niechętny (30,8%).

Odbieranie stosunku otoczenia do choroby ankietowanych było istotnie zależne od ich stanu cywilnego ($\chi^2_{(4)}=18,176$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXVII.

Tabela XXVII. Stosunek otoczenia do choroby a stan cywilny

Jaki jest ogólny stosunek otoczenia do Pana/Pani choroby?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty /	owdowiały/a po rozwodzie
Życzliwy	N	32	19	2
	%	49,2%	36,5%	15,4%
Raczej obojętny	N	33	25	7
	%	50,8%	48,1%	53,8%
Niechętny	N	0	8	4
	%	0,0%	15,4%	30,8%

Połowa osób będących w związku małżeńskim przyznała, że nigdy nie spotkała się z przejawami dyskryminacji. Wśród badanych będących stanu wolnego, nigdy z dyskryminacją nie spotkało się 20%, a w grupie osób owdowiałych lub po rozwodzie było to 46,2%.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji było istotnie zależne od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=14,655$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXVIII.

Tabela XXVIII. Spotykane się z przejawami dyskryminacji a stan cywilny

Czy kiedykolwiek spotkał(a) się Pan/Pani z przejawami dyskryminacji?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Nigdy	N	13	26	6
	%	20,0%	50,0%	46,2%
Czasami	N	38	18	3
	%	58,5%	34,6%	23,1%
Często/zawsze	N	14	8	4
	%	21,5%	15,4%	30,8%

Zdaniem 78,5% badanych stanu wolnego, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. Podobnego zdania było 76,9% osób po rozwodzie lub owdowiałych. W grupie respondentów będących w związku małżeńskim odsetek podobnie myślących wyniósł 42,3%.

Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi był istotnie zależny od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=28,738$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXIX.

Tabela XXIX. Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a stan cywilny

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Tak	N	51	22	10
	%	78,5%	42,3%	76,9%
Nie mam zdania	N	4	24	1
	%	6,2%	46,2%	7,7%
Nie zauważam	N	10	6	2
	%	15,4%	11,5%	15,4%

Według 52,3% osób stanu wolnego, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku. Wśród badanych będących w związku małżeńskim odsetek ten wyniósł 31,8%, a w grupie osób owdowiałych lub po rozwodzie 7,7%.

Postrzeganie prawa do ochrony majątku wśród osób z zaburzeniami psychicznymi był istotnie zależny od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=33,454$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXX.

Tabela XXX. Postrzeganie prawa do ochrony majątku w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a stan cywilny

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Tak	N	34	16	1
	%	52,3%	30,8%	7,7%
Nie mam zdania	N	10	30	4
	%	15,4%	57,7%	30,8%
Nie dostrzegam	N	21	6	8
	%	32,3%	11,5%	61,5%

Jedna trzecia ankietowanych stanu wolnego nie dostrzega, aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. W grupie osób będących w związku małżeńskim odsetek podobnie myślących wyniósł 21,2%, a wśród osób owdowiałych lub po rozwodzie 7,7%.

Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=20,889$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXI.

Tabela XXXI. Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a stan cywilny

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Nie dostrzegam	N	22	11	1
	%	33,8%	21,2%	7,7%
Zgadzam się	N	23	9	9
	%	35,4%	17,3%	69,2%
Nie mam zdania	N	20	32	3
	%	30,8%	61,5%	23,1%

Zdaniem 46,2% ankietowanych stanu wolnego, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Podobnie myślało 38,5% respondentów po rozwodzie lub owdowiały i 28,8% w związku małżeńskim. Relatywnie najwięcej badanych, którzy nie dostrzegli takiego problemu, było wśród osób po rozwodzie lub owdowiały (46,2%).

Postrzeganie prawa do opieki społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=21,573$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXII.

Tabela XXXII. Postrzeganie prawa do opieki społecznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a stan cywilny

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?	Stan cywilny			
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Tak / raczej tak	N	30	15	5
	%	46,2%	28,8%	38,5%
Nie mam zdania	N	15	31	2
	%	23,1%	59,6%	15,4%
Nie dostrzegam	N	20	6	6
	%	30,8%	11,5%	46,2%

Ponad połowa osób stanu wolnego zgodziła się z tym, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Wśród ankietowanych będących w związkach małżeńskim ze stwierdzeniem tym zgodziło się 11,8%, a w grupie osób po rozwodzie lub owdowiały żadna nie zgodziła się z tą opinią. Zdecydowana większość tych osób uważała, że taki problem nie istnieje (83,3%).

Postrzeganie prawa do leczenia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od stanu cywilnego badanych ($\chi^2_{(4)}=34,006$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXIII.

Tabela XXXIII. Postrzeganie prawa do leczenia w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a stan cywilny

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia?		Stan cywilny		
		panna/kawaler	mężatka/żonaty	owdowiały/a /po rozwodzie
Tak / raczej tak	N	31	6	0
	%	55,4%	11,8%	0,0%
Nie mam zdania	N	7	19	2
	%	12,5%	37,3%	16,7%
Nie dostrzegam	N	18	26	10
	%	32,1%	51,0%	83,3%

Spotykanie się z przejawami dyskryminacji a miejsce zamieszkania

Według 43,4% badanych mieszkających w miastach, stosunek otoczenia do ich choroby był życzliwy, podobnego zdania było 32,3% mieszkańców wsi. W tej drugiej grupie większość uważała, że stosunek otoczenia do ich choroby był raczej obojętny (67,7%).

Odbieranie stosunku otoczenia do choroby ankietowanych był istotnie zależny od ich miejsca zamieszkania ($\chi^2_{(2)}=7,044$; $p<0,05$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXIV.

Tabela XXXIV. Stosunek otoczenia do choroby a miejsce zamieszkania

Jaki jest ogólny stosunek otoczenia do Pana/Pani choroby?		Miejsce zamieszkania	
		wieś	miasto
Życzliwy	N	10	43
	%	32,3%	43,4%
Raczej obojętny	N	21	44
	%	67,7%	44,4%
Niechętny	N	0	12
	%	0,0%	12,1%

Zdaniem 48,4% mieszkańców wsi ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej, podobnego zdania było 68,7% badanych mieszkających w miastach.

Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od miejsca zamieszkania badanych ($\chi^2_{(2)}=12,662$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXV.

Tabela XXXV. Postrzeganie poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a miejsce zamieszkania

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej?		Miejsce zamieszkania	
		wieś	miasto
Tak	N	15	68
	%	48,4%	68,7%
Nie mam zdania	N	14	15
	%	45,2%	15,2%
Nie zauważam	N	2	16
	%	6,5%	16,2%

Tabela XXXVI. Postrzeganie prawa do opieki społecznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a miejsca zamieszkania

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?		Miejsce zamieszkania	
		wieś	Miasto
Tak / raczej tak	N	6	44
	%	19,4%	44,4%
Nie mam zdania	N	20	28
	%	64,5%	28,3%
Nie dostrzegam	N	5	27
	%	16,1%	27,3%

Według 44,4% mieszkańców miast ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Podobnego zdania było 19% osób mieszkających na wsi. W tej drugiej grupie większość nie miała na ten temat zdania (64,5%).

Postrzeganie prawa do opieki społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od miejsca zamieszkania badanych ($\chi^2_{(2)}=13,449$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXVI.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji a wykształcenie

Według 66,7% badanych z wykształceniem wyższym stosunek otoczenia do ich choroby jest życzliwy, podobnego zdania było 53,1% osób z wykształceniem średnim, 22,1% z zawodowym i 33,3% z podstawowym.

Odbieranie stosunku otoczenia do choroby ankietowanych, było istotnie zależne od ich wykształcenia ($\chi^2_{(6)}=28,987$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXVII.

Tabela XXXVII. Stosunek otoczenia do choroby a wykształcenie

Jaki jest ogólny stosunek otoczenia do Pana/Pani choroby?		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	Wyższe
Życzliwy	N	7	10	26	10
	%	33,3%	22,2%	53,1%	66,7%
Raczej obojętny	N	10	31	23	1
	%	47,6%	68,9%	46,9%	6,7%
Niechętny	N	4	4	0	4
	%	19,0%	8,9%	0,0%	26,7%

Zdaniem 42,9% osób z wykształceniem podstawowym, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. W grupie badanych z wykształceniem zawodowym odsetek podobnie myślących wyniósł 51,1%, wśród osób z wykształceniem średnim 83,7%, a z wykształceniem wyższym 67%. W tej ostatniej grupie relatywnie najwięcej osób uważało, że takiego problemu nie ma (33,3%).

Postrzeganie prawa do poszanowania godności osobistej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest istotnie zależne od wykształcenia badanych ($\chi^2_{(6)}=35,771$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXVIII.

Tabela XXXVIII. Postrzeganie prawa do poszanowania godności osobistej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wykształcenie

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej?		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Tak	N	9	23	41	10
	%	42,9%	51,1%	83,7%	66,7%
Nie mam zdania	N	9	19	1	0
	%	42,9%	42,2%	2,0%	0,0%
Nie zauważam	N	3	3	7	5
	%	14,3%	6,7%	14,3%	33,3%

Zauważyć można, że im lepiej wykształcenie są badani, tym częściej uważają, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku. Wśród osób z wykształceniem wyższym odsetek osób myślących w ten sposób wyniósł 66,6%, a w grupie z wykształceniem podstawowym 23,8%. Warto również zwrócić uwagę na to, że im słabiej wykształceni byli ankietowani, tym częściej deklarowali brak zdania na ten temat.

Postrzeganie prawa do ochrony majątku wśród osób z zaburzeniami psychicznymi było istotnie zależne od wykształcenia badanych ($\chi^2_{(6)}=32,212$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XXXIX.

46,7% ankietowanych z wykształceniem wyższym nie dostrzegło tego, aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. Podobnego zdania było 18,4% osób z wykształceniem średnim, 37,8% z zawodowym i 4,8% z podstawowym. Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że 46,7% osób z wykształceniem wyższym było odmiennej opinii.

Tabela XXXIX. Postrzeganie prawa do ochrony majątku w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wykształcenie

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku?		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Tak	N	5	16	20	10
	%	23,8%	35,6%	40,8%	66,7%
Nie mam zdania	N	13	23	7	1
	%	61,9%	51,1%	14,3%	6,7%
Nie dostrzegam	N	3	6	22	4
	%	14,3%	13,3%	44,9%	26,7%

Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od wykształcenia badanych ($\chi^2_{(6)}=20,841$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XL.

Tabela XL. Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wykształcenie

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu?		Wykształcenie			
		Podstawowe	zawodowe	średnie	Wyższe
Nie dostrzegam	N	1	17	9	7
	%	4,8%	37,8%	18,4%	46,7%
Zgadzam się	N	9	7	18	7
	%	42,9%	15,6%	36,7%	46,7%
Nie mam zdania	N	11	21	22	1
	%	52,4%	46,7%	44,9%	6,7%

Im lepiej wykształcenie byli ankietowani, tym częściej przyznawali, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Wśród osób z wykształceniem podstawowym odsetek osób tak myślących wyniósł 9,5%, a w grupie badanych, którzy ukończyli uczelnię wyższą było to 66,7%.

Postrzeganie prawa do opieki społecznej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi istotnie zależy od wykształcenia badanych ($\chi^2_{(6)}=24,851$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLI.

Tabela XLI. Postrzeganie prawa do opieki społecznej w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wykształcenie

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej?		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Tak / raczej tak	N	2	14	24	10
	%	9,5%	31,1%	49,0%	66,7%
Nie mam zdania	N	15	21	11	1
	%	71,4%	46,7%	22,4%	6,7%
Nie dostrzegam	N	4	10	14	4
	%	19,0%	22,2%	28,6%	26,7%

Ponad połowa badanych z wykształceniem średnim uważała, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Podobnie myślała jedna trzecia badanych z wykształceniem wyższym, 24,4% z wykształceniem zawodowym i 4,8% z podstawowym.

Tabela XLII. Postrzeganie prawa do leczenia w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a wykształcenie

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia?		Wykształcenie			
		podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Tak / raczej tak	N	1	11	20	5
	%	4,8%	24,4%	52,6%	33,3%
Nie mam zdania	N	5	19	4	0
	%	23,8%	42,2%	10,5%	0,0%
Nie dostrzegam	N	15	15	14	10
	%	71,4%	33,3%	36,8%	66,7%

Postrzeganie prawa do leczenia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od wykształcenia badanych ($\chi^2_{(6)}=30,647$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLII.

Spotykane się z przejawami dyskryminacji a aktywność zawodowa

Według 59,5% badanych pracujących stosunek otoczenia do ich choroby był życzliwy, podobnego zdania było 13% osób będących na zasiłku oraz 38,5% emerytów lub rencistów.

Odbieranie stosunku otoczenia do choroby ankietowanych, było istotnie zależne od ich aktywności zawodowej ($\chi^2_{(4)}=20,177$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLIII.

Tabela XLIII. Stosunek otoczenia do choroby a aktywność zawodowa

Jaki jest ogólny stosunek otoczenia do Pana/Pani choroby?	Aktywność zawodowa			
		pracując	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Życzliwy	N	25	3	25
	%	59,5%	13,0%	38,5%
Raczej obojętny	N	13	20	32
	%	31,0%	87,0%	49,2%
Niechętny	N	4	0	8
	%	9,5%	0,0%	12,3%

Z przejawami dyskryminacji nigdy nie spotkało się 42,9% osób pracujących, 35,4% będących na emeryturze lub rencie oraz 17,4% będących na zasiłku. W tej ostatniej grupie było relatywnie najwięcej osób, które z przejawami dyskryminacji spotykają się często lub zawsze (39,1%).

Spotykane się z przejawami dyskryminacji było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=10,855$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLIV.

Zdaniem 42,5% osób pracujących, ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do pracy, zatrudnienia. Podobnego zdania było 81,5% bezrobotnych lub na zasiłku i 9,7% emerytów lub rencistów. W tej ostatniej

grupie odnotowano relatywnie najwięcej osób, które nie dostrzegają tego problemu lub uważają, że zależy to od pracodawcy.

Tabela XLIV. Spotykanie się z przejawami dyskryminacji a aktywność zawodowa

Czy kiedykolwiek spotkał(a) się Pan/Pani z przejawami dyskryminacji?	Aktywność zawodowa			
		pracując	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Nigdy	N	18	4	23
	%	42,9%	17,4%	35,4%
Czasami	N	21	10	28
	%	50,0%	43,5%	43,1%
Często/zawsze	N	3	9	14
	%	7,1%	39,1%	21,5%

Postrzeganie prawa do pracy wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=14,274$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLV.

Tabela XLV. Postrzeganie prawa do pracy w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a aktywność zawodowa

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do pracy, zatrudnienia?	Aktywność zawodowa			
		pracując	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Tak / raczej tak	N	17	18	25
	%	42,5%	81,8%	39,7%
Nie mam zdania	N	17	1	24
	%	42,5%	4,5%	38,1%
Nie dostrzegam / zależy od pracodawcy	N	6	3	14
	%	15,0%	13,6%	22,2%

78,3% badanych będących na zasiłku lub bezrobociu uważało, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji. Podobnego zdania było 47,6% badanych, którzy pracują i 33,8% będących na emeryturze lub rencie.

Postrzeganie prawa do edukacji wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=14,290$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLVI.

Tabela XLVI. Postrzeganie prawa do edukacji w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a aktywność zawodowa

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji?	Aktywność zawodowa			
		pracując	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Tak / raczej tak	N	20	18	22
	%	47,6%	78,3%	33,8%
Nie mam zdania	N	14	2	29
	%	33,3%	8,7%	44,6%
Nie dostrzegam	N	8	3	14
	%	19,0%	13,0%	21,5%

Niemal trzy czwarte badanych będących bezrobotnymi lub na zasiłku uważała, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku. Podobnego zdania było 42,9% badanych pracujących i 24,6% na emeryturze lub rencie.

Postrzeganie prawa do ochrony majątku wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=18,763$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLVII.

Jedna piąta ankietowanych będących na emeryturze lub rencie uważała, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. Wśród badanych będących na zasiłku lub bezrobociu podobnie myślało 26,1% osób, a w grupie respondentów pracujących 35,7%.

Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=16,544$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLVIII.

Tabela XLVII. Postrzeganie prawa do ochrony majątku w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a aktywność zawodowa

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku?	Aktywność zawodowa			
		pracuję	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Tak	N	18	17	16
	%	42,9%	73,9%	24,6%
Nie mam zdania	N	12	5	27
	%	28,6%	21,7%	41,5%
Nie dostrzegam	N	12	1	22
	%	28,6%	4,3%	33,8%

Tabela XLVIII. Postrzeganie prawa do sprawiedliwego sądu w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a aktywność zawodowa

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu?	Aktywność zawodowa			
		pracuję	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Nie dostrzegam	N	15	6	13
	%	35,7%	26,1%	20,0%
Zgadzam się	N	9	14	18
	%	21,4%	60,9%	27,7%
Nie mam zdania	N	18	3	34
	%	42,9%	13,0%	52,3%

Według 65,2% respondentów będących na zasiłku lub bezrobociu ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Podobnie stwierdziło 37,5% badanych pracujących i 12,5% będących na emeryturze lub rencie. W tej ostatniej grupie stosunkowo najwięcej osób odpowiedziało, że nie dostrzega tego typu problemu (64,3%).

Postrzeganie prawa do leczenia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, było istotnie zależne od aktywności zawodowej badanych ($\chi^2_{(4)}=29,066$; $p<0,01$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli XLIX.

Tabela XLIX. Postrzeganie prawa do leczenia w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi a aktywność zawodowa

Czy Pana/Pani zdaniem ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia?	Aktywność zawodowa			
		Pracuję	bezrobotny/a / zasiłek	emeryt/rencista
Tak / raczej tak	N	15	15	7
	%	37,5%	65,2%	12,5%
Nie mam zdania	N	8	7	13
	%	20,0%	30,4%	23,2%
Nie dostrzegam	N	17	1	36
	%	42,5%	4,3%	64,3%

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Zaburzenia psychiczne, to pojęcie bardzo szerokie, obejmujące wszystkie zakłócenia czynności psychicznych uważane zgodnie z wiedzą medyczną za nieprawidłowe [11].

Z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad połowa ankietowanych przyznała, że nie uważa siebie za osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne (58,5%). Odmiennego zdania było zaś 28,5% ankietowanych. Zatem znaczny odsetek badanych mimo lekarskiej diagnozy, nie identyfikował się ze swoją chorobą.

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż najwięcej badanych (30,8%), z problemami ze zdrowiem psychicznym zmagало się od pięciu lat lub krócej, zaś 22,5% respondentów od ponad 20 lat leczyło się z powodu chorób psychicznych.

W Polsce utrzymuje się szczególna sytuacja wysokich społecznych oczekiwań, którym podporządkowane są decyzje polityczno-ekonomiczne, a to przekłada się na szczególny stosunek do pracy, często kosztem własnego zdrowia. To, że rośnie liczba osób z zaburzeniami psychicznym – lękowymi i o charakterze depresyjnym wynika z coraz większego poczucia braku bezpieczeństwa ekonomicznego, społecznego i zdrowotnego.

Koresponduje to z nasileniem ogólnych zagrożeń zdrowotnych takich jak choroby układu krążenia i nowotwory. To też są konsekwencje przekształceń społeczno-ekonomicznych: prywatyzacji, wolnego rynku, wycofywania się państwa z jego funkcji opiekuńczych. Można zauważyć, że osoby starsze tęsknią do dawnej stabilności, boją się – słysząc, że niedługo może zabraknąć pieniędzy na emeryturę, wpadają w lęk i przerażenie, że poziom ich życia gwałtownie się pogorszy. Z kolei osoby młode żyją w poczuciu lęku o pracę, że nie mogą jej znaleźć albo, że mając ją mogą ją stracić [12].

Z analizy badań własnych wynika, iż zdecydowanie ponad połowa ankietowanych miała zdiagnozowaną schizofrenię (62,5%), zaś na depresję cierpiało 15% badanych. 61,9% badanych pacjentom towarzyszyły innego rodzaju choroby współistniejące. Wśród chorób występujących były astma, nadciśnienie, otyłość i cukrzyca.

Pierwszy raz leczenie podejmowało tylko 9,2% badanych, zaś wielokrotnie już 47,5% respondentów.

Badania opinii publicznej od lat wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są trwale narażone na niepokojące zjawiska stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia. W badaniach CBOS z października 2012 r. („Stosunek do osób chorych psychicznie. Komunikat z badań”) 73% respondentów uznało, że choroby psychiczne należą do tych schorzeń, które ukrywa się przed innymi ludźmi jako wstydlive. Z deklaracji badanych wynika, że choroby psychiczne zaliczane są do wstydlivych, które ukrywa się przed innymi. Pogląd taki podzielało niemal trzy czwarte ankietowanych (73%), a przeciwnego zdania było niespełna jedna czwarta (23%)[cyt. za 13].

Jak pokazały badania własne, blisko połowa ankietowanych przyznała, że ukrywa swoją chorobę przed innymi (46,2%). Połowa badanych przyznała, że o ich chorobie wiedzą rodzice, zaś partner lub współmałżonek miał świadomość choroby w przypadku 40% ankietowanych. Tylko 1/3 badanych wtajemniczyła w to swoich przyjaciół.

W chorobie psychicznej bardzo ważne jest, aby Ci ludzie mieli wsparcie bliskich im osób. Zdaniem profesora Bronowskiego [cyt. za 14] chodzi o to, żeby bliscy chorych zdobyli prawdziwe informacje, czym jest choroba psychiczna, jakie są jej mechanizmy jej działania, czego mogą się spodziewać, jak sobie radzić w trudnych momentach i żeby przestali się bać. Aby mieli możliwość porozmawiać z profesjonalistami, dołączyć do grupy wsparcia, podzielić się własnymi doświadczeniami z innymi w takiej samej sytuacji. Najczęściej mają taką możliwość, gdy chory trafia do szpitala. Na oddziale są wówczas organizowane specjalne zajęcia, tzw. psychoedukacji. Dzięki temu rodzice, partnerzy, małżonkowie mają możliwość dowiedzieć się, co dzieje się z ich bliskimi [14].

Z badań własnych wynika, iż ponad połowa ankietowanych przyznała, że w chorobie mają wsparcie rodziców (56,2%). 1/3 respondentów miała wsparcie w chorobie wśród pielęgniarek oraz współmałżonków/partnerów. Natomiast profesjonalną pomoc (psychologa) w tych trudnych chwilach, miało tylko 22,3% badanych.

35,3% ankietowanym zdarzały im się sytuacje, kiedy ich choroba stała się w jakiś sposób widoczna dla otoczenia. U prawie połowy tych badanych, takim objawem było przeklinanie (47,7%). Ataki paniki przydarzyły się 36,7% badanych, taka sama ilość osób miała objaw spowolnienia. Zachowania agresywne przejawiało 23,9% ankietowanych.

Z badań CBOSU z października 2012 roku wynika, iż prawie 2/3 badanych (65%) deklaruje, że ma życzliwy stosunek do chorych psychicznie, w tym nieco ponad połowa (52%) określa swoje nastawienie jako „raczej życzliwe”. Nieliczni respondenci przyznają się do niechęci (5%), a co czwarty (26%) – do obojętności [cyt. za 13].

Z analizy badań własnych wynika, iż najczęstszą reakcją ludzi, którzy dowiadują się o chorobie ankietowanych, to baczne obserwowanie (36,4%). 20,7% respondentów przyznało, że ludzie stają się milczący i że starają się okazywać wsparcie. Deklaracje, że w razie potrzeby można na nich liczyć składane były 19% badanych.

Ponadto można stwierdzić, iż prawie połowa badanych stanu wolnego, 66,7% badanych z wykształceniem wyższym odbiera stosunek otoczenia do ich choroby jako życzliwy. Takiego zdania było 43,4% badanych mieszkających w miastach, zaś większość ludzi mieszkających na wsi uważa, że stosunek otoczenia do ich choroby był raczej obojętny (67,7%). Również 59,5% badanych pracujących stosunek otoczenia do ich choroby był życzliwy.

Stygmatyzacja osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych jest zjawiskiem powszechnym na całym świecie, również w Polsce. W wielu europejskich krajach prowadzone są badania nad rozpowszechnieniem i skutkami zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji, w celu skuteczniejszego mu przeciwdziałania. Gromadzenie danych dotyczących stygmatyzacji i dyskryminacji osób z doświadczeniem zaburzenia psychicznego pozwolić może, między innymi, na przygotowanie opartych o wiedzę kampanii medialnych, dzięki którym można częściowo zredukować uprzedzenia wobec osób z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. W Polsce badania nad stygmatyzacją dotyczącą takich osób należą do rzadkości, ponadto brak jest wykorzystania wyników takich badań w praktyce klinicznej. Jedną z przyczyn tego stanu jest dostępność niewielkiej liczby narzędzi, które służyłyby do gromadzenia danych dotyczących tego zagadnienia w powtarzalny sposób [15].

Stygmatyzowanie w dalszym ciągu pozostaje jednym z największych problemów oraz wyzwań z zakresu zdrowia psychicznego. Stygmatazacja obniża bowiem skuteczność wysiłków terapeutycznym oraz utrudniają proces zdrowienia [16, 17].

Z badań własnych wynika, iż nigdy z przejawami dyskryminacji nie spotkało się 34,6% badanych. Takiego wskazania dokonała ponad połowa badanych powyżej 55 roku i będących w związku małżeńskim oraz niespełna połowa osób owdowiałych lub po rozwodzie. Z przejawami dyskryminacji nigdy nie spotkało się 42,9% osób pracujących. Czasami przejawy dyskryminacji odnotowuje 45,4% ankietowanych. Wśród respondentów do 35 lat odnotowano największy odsetek osób, które przyznały, że często lub zawsze spotykają się z przejawami dyskryminacji (27,5%), zaś czasami z tego typu zachowaniami spotyka się 55% osób w wieku 36-55 lat. Z przejawami dyskryminacji często lub zawsze spotykają się także badani będący na zasiłkach - 39,1%.

Pejoratywnym określeniom w kierunku osób zaburzonych psychicznie towarzyszy dystans społeczny. W badaniu z 2008 roku (CBOS) respondenci zostali zapytani o swój stosunek do pełnienia przez osoby leczone psychiatrycznie różnych ról społecznych. Na podstawie tychże badań można stwierdzić, iż im większa odpowiedzialność związana z daną rolą i im bliższy byłby kontakt z respondentem, tym większy dystans i odrzucenie. Natomiast role mniej znaczące spotykają się z akceptacją [cyt. za 16].

Jedynie 17% tych osób było aktywnych zawodowo. Praca zawodowa dla osób chorych psychicznie może mieć istotne znaczenie dla stabilizacji ich stanu psychicznego. Objawy chorobowe mają wpływ na funkcjonowanie zawodowe. Wynikiem tego może być obniżona wydajność pracy, problemy z komunikacją ze współpracownikami i klientami, obniżone tempo pracy, zaburzenia koncentracji, a to z kolei może wpływać na ryzyko urazów i wypadków w miejscu pracy [1].

Z badań własnych wynika, iż zdaniem 37,6% ankietowanych osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zatrudniane. Co dziesiąty był zdania, że takim osobom jest trudno znaleźć pracę, a nawet jak znajdzie się pracę to jest się ciągle obserwowany i oceniany przez pryzmat choroby. Niespełna połowa badanych pracujących dokonała wskazania, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do pracy, zatrudnienia i aż 81,5% bezrobotnych lub na zasiłku.

Z badań CBOSU z października 2012 roku wynika, iż Polacy dostrzegali też dyskryminację osób chorych psychicznie na rynku pracy (80%) oraz – w mniejszym stopniu – w zakresie prawa do poszanowania godności osobistej (64%), wykształcenia (57%) czy sprawiedliwego sądu (46%) [cyt. za 13].

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, prawie 2/3 badanych było zdania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są lekceważeni lub wyszydzani. 70,6% badanych do 35 roku życia i 2/3 badanych kobiet uznało, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. Takiego wskazania dokonało także 78,5% badanych stanu wolnego i 76,9% osób po rozwodzie lub owdowiały. Częściej takiego wskazania dokonywali również mieszkańcy miast – 68,7% i osoby legitymujące się wykształceniem średnim.

Tylko 14,6% ankietowanych nie odnotowało, aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do poszanowania godności osobistej. Relatywnie najwięcej osób z wykształceniem wyższym uważa, że takiego problemu nie ma (33,3%).

Z badań przeprowadzonych przez CBOS 2007 roku wynika, iż większość respondentów uznała, że osoby chore psychicznie są traktowane gorzej niż osoby zdrowe. Najwięcej osób było zdania, że gorsze traktowanie przejawia się przede wszystkim w kwestii prawa do pracy (80%), prawa do poszanowania godności osobistej (77%) oraz prawa do edukacji (70%) [cyt. za 17].

Z badań własnych wynika, iż niespełna połowa respondentów zgadza się z tym, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia, edukacji (46,2%). Takiego zdania było 62,5% badanych w wieku 36-55 lat życia, aż 78,3% badanych będących na zasiłku lub bezrobociu. Przeciwnego zdania było tylko 19,2% ankietowanych.

Dyskryminacja jest niewłaściwym traktowaniem danej jednostki z powodu jej przynależności do określonej grupy społecznej i prezentowaniu wobec niej negatywnych, wybiórczych i nieuzasadnionych zachowań. Nie zawsze musi mieć bezpośredni charakter, ale może przybierać bardziej ukryte formy np. związane z utrwalaniem nierówności pomiędzy grupami w dostępie do środków finansowych czy innych dóbr społecznych [17].

Niemal czterech na dziesięciu ankietowanych uważało, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowane jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku. Takiego zdania była ponad połowa (57,5%) badanych w wieku 36-55 lat, połowa osób stanu wolnego oraz 3/4 badanych będących bezrobotnymi lub na zasiłku. 26,9% respondentów przyznało, że nie widzi takiego problemu, a jedna trzecia nie ma na ten temat zdania.

Ponadto można stwierdzić, że im lepiej wykształceni są badani, tym częściej uważają, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku.

Z raportu z badania ilościowego typu „Omnibus” przeprowadzonego przez CBOS na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w 2007 wynika, iż większość Polaków stykających się z osobami zaburzonymi psychicznie najczęściej reaguje współczuciem (58%), któremu u co trzeciego ankietowanego towarzyszy chęć udzielenia pomocy (32%) oraz uczucie litości (31%). Na jednoznacznie negatywne reakcje w stosunku do osób chorych psychicznie, czyli niechęć, złość i niezadowolenie, wskazał zaledwie przeszło co dziesiąty badany (14%). Jednakże wydaje się, iż ten odsetek nie oddaje w pełni tego zjawiska. Poglębione analizy wykazały, że odczucia te często idą w parze ze strachem. Poza tym niemal co piąty respondent przyznał, że osoby zaburzone psychicznie stykają się z uprzedzeniem otoczenia, w wyniku czego stają się ofiarami dyskryminacji (18%). Negatywne i nieprawidłowe podejście ogółu społeczeństwa do tych osób, zmniejsza ich szanse na zatrudnienie, założenie rodziny czy normalne życie po przebytych kryzysie psychicznym. W efekcie pojawia się u nich postawa rezygnacji i wycofania, a także spadek aktywności życiowej [cyt. za 18].

Z badań własnych wynika, iż 31,5% badanych było zdania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu. Takie zdanie miała 1/3 badanych w wieku 35 lat lub młodszych i 36-55 – latków oraz 1/3 respondentów pracujących.

Jedna trzecia ankietowanych stanu wolnego nie dostrzega, aby ludzie z zaburzeniami psychicznymi byli gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do sprawiedliwego sądu oraz niespełna połowa (46,7%) ankietowanych z wykształceniem wyższym. 17,7% ankietowanych jest przeciwnego zdania uważając, że choroba wpływa na korzyść takich osób.

Z badań CBOS przeprowadzonych w październiku 2012 roku wynika, iż w kwestii szanowania praw osób chorych psychicznie w dostępie do opieki społecznej zdania są podzielone – tyle samo ankietowanych uważa, że w tym zakresie są one traktowane gorzej niż inni, co sądzi, że tak samo (po 39%) [cyt. za 13].

Z analizy badań własnych wynika, że według 31,5% respondentów dla osób z zaburzeniami psychicznymi brakuje opieki i wsparcia społecznego. Ponad połowa ankietowanych w wieku do 35 lat zgadza się z tym stwierdzeniem. Zdaniem połowy badanych kobiet ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Zdaniem 46,2% ankietowanych stanu wolnego i 44,4% mieszkańców miast ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej. Ponadto im lepiej wykształceni byli

ankietowani, tym częściej przyznawali, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niż pozostali, jeśli chodzi o prawo do opieki społecznej.

Tylko 1/4 ankietowanych nie odnotowała gorszego traktowania w tym zakresie. Relatywnie najwięcej badanych, którzy nie dostrzegają takiego problemu było wśród osób po rozwodzie lub owdowiały (46,2%).

Panujące w dalszym ciągu stereotypy na temat chorób psychicznych, często odzwierciedlają dawny, paternalistyczny obraz psychiatrii nie pozbawionej stygmatów i uprzedzeń, daleki od możliwości pogłębionej eksploracji badawczej, pełen fobii oraz nieprzewidywalnych zachowań pacjentów z dysfunkcją psychiczną. Przyjęcie takiej perspektywy utrudnia, a nawet wyklucza udzielenie psychicznie chorym pomocy i wsparcia, których oczekują, a jest to powinność od której nie wolno się uchylać [19].

31,1% ankietowanych zgadza się ze stwierdzeniem, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do leczenia. Takiego wskazania dokonała ponad połowa osób stanu wolnego i z wykształceniem średnim. A także 2/3 respondentów będących na zasiłku lub bezrobotnych.

Odmiennego zdania było 45,4% badanych. Takiego wskazania dokonało 3/4 badanych w wieku 56 lat lub starszych. Im młodszy badani i gorzej wykształceni, tym mniejszy odsetek ankietowanych przychylających się do stwierdzenia, że ludzie z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowani niżeli pozostali. Żadna z badanych po rozwodzie lub owdowiały nie dokonała takiego wskazania. Respondenci na emeryturze lub rencie nie dostrzega tego typu problemu (64,3%).

Z badań przeprowadzanych przez Centrum Badań Opinii Publicznej wynika, że dominują tu słowa o zabarwieniu pogardliwym i negatywnym. Zwrotów neutralnych i pozytywnych było zdecydowanie mniej. Najczęściej pojawiały się określenia podkreślające odmienność: „wariat”, „czubek”, „świr”, czy podkreślające niższość intelektualną, jak: „nienormalny”, „upośledzony umysłowo”, „idiota”, „debil”. Zdarzały się też określenia pod adresem zaburzonych psychicznie podkreślające chorobę, brak odporności czy równowagi psychicznej: „chory psychicznie, chory inaczej, schizofrenik, ułomek”. Rzadziej pojawiały się określenia podkreślające zrozumienie, współczucie, np. „nieszczęśliwa osoba, pokrzywdzony przez los, biedak, czy trochę inny człowiek”. Widać wyraźnie, że dominowały tu słowa o zabarwieniu pogardliwym i negatywnym. Zwrotów neutralnych i pozytywnych było zdecydowanie mniej [cyt. za 16].

Z badań własnych wynika, iż 31,5% badanych słyszało pod swoim adresem słowo „dziwak”. Jedna czwarta słyszała słowo „psychol”, 15% „odmieniec”. Tylko 23,1% badanych

słyszało, że jest osobą taką, jak każda inna. Natomiast 10,8% nie słyszała, żadnego specyficznego określenia w swoim kierunku.

Choroba psychiczna budzi niepokój, wywołuje zaciekawienie oraz wiąże się z negatywnymi reakcjami. W ostatnich latach podjęto liczne próby zmiany tego wizerunku. Zrealizowano wiele akcji społecznych. Chorzy i ich rodziny zrzeszeni w organizacjach coraz częściej pojawiają się w mediach, organizują szkolenia i seminaria docierające do szerokiego grona odbiorców. Celem tych działań jest przekonanie społeczeństwa, że nie potrzebują litości i współczucia, a wystarczająca wobec nich jest postawa zrozumienia i akceptacji [17].

Z badań własnych wynika, iż badani najczęściej wskazywali na obojętność jako odczucie dominujące wśród ludzi wobec nich. 1/3 ankietowanych wskazała na współczucie.

Z chęcią niesienia pomocy spotkało się 20,8% respondentów, zaś 15,4% odczuwało dystans ze strony innych ludzi.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2007 roku wynika, iż najczęściej wskazywanymi odczuciami wobec osób chorych było współczucie (58%), chęć niesienia pomocy (32%) oraz litość (31%). Mówiono także o zakłopotaniu (29%), strachu (28%) oraz bezradności (26%). Chorzy psychicznie budzili także zażenowanie (5%) oraz rozbawienie (3%) [cyt. za 17].

Ponadto w oparciu o przeprowadzone badania można stwierdzić, iż według 36,9% badanych grupą najbardziej im nieprzychylną byli ludzie młodzi. 20,8% ankietowanych przyznało, że są to osoby starsze. Tylko 18,5% odpowiedziało, że nie spotkało takich osób.

Choroba wpływa degradingo na wszystkie sfery funkcjonowania człowieka i wręcz burzy jego porządek egzystencjalny. Wyniki badania jakości życia możemy zastosować do identyfikacji potrzeb życiowych chorych i poprawy efektywności procesu terapeutycznego oraz alokacji i planowania opieki psychiatrycznej, a porównując wyniki subiektywnej jakości życia z oceną kliniczną stanu zdrowia pacjentów, można próbować ustalić, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem i nasileniem poszczególnych objawów, a subiektywną oceną jakości życia chorych [19].

Z badań własnych wynika, iż najbardziej negatywny wpływ na jakość życia mają takie czynniki jak: nawroty choroby (26,9%), skutki uboczne od leków psychotropowych (23,8%), nietolerancja oraz zależność od innych (po 20,8%).

Stygmatyzacja dotyczy prawie wszystkich chorych z zaburzeniami psychicznymi. W większym stopniu dotyka to jednak osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne. Coraz więcej osób choruje na depresję, co powoduje mniejszy stopień stygmatyzacji [16].

Znaczna część społeczeństwa odbiera chorych psychicznie w sposób negatywny i postawa ta nie ulega zmianie od lat. Dzieje się tak pomimo popularyzacji wiedzy na temat chorób psychicznych (szczególnie na temat biologicznego ich modelu) oraz coraz większej akceptacji leczenia psychiatrycznego. Stygmatyzacja chorego psychicznie jest wieloetapowym procesem prowadzącym do odrzucenia jednostki, jej dyskryminacji i wyłączenia z funkcjonowania w różnych dziedzinach życia społecznego [20].

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wyłonienie następujących wniosków:

1. 2/3 badanych nie uważało siebie za osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne.
2. Prawie 1/3 ankietowanych pacjentów zmagala się z problemami psychicznymi od pięciu lat bądź krócej.
3. Prawie połowa respondentów podejmowała leczenie wielokrotnie i prawie tyle samo ukrywało swoją chorobę przed innymi.
4. 1/3 ankietowanym zdarzały się sytuacje, kiedy ich choroba stała się w jakiś sposób widoczna dla otoczenia (przeklinanie, atak paniki, objaw spowolnienia, sporadycznie zachowania agresywne).
5. Najczęstszą reakcją ludzi, którzy dowiadują się o chorobie ankietowanych było ich baczne obserwowanie (1/3).
6. Prawie połowa respondentów odbierała stosunek otoczenia do ich choroby jako życzliwy.
7. Nigdy z przejawami dyskryminacji nie spotkała się zaledwie 1/3 badanych. Takiego wskazania najczęściej dokonywali badani powyżej 55 roku życia, będący w związku małżeńskimi pracujący.
8. Zdaniem ponad 1/3 ankietowanych, osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są zatrudniane.
9. Blisko 2/3 badanych uważała, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi są lekceważeni lub wyszydzani.
10. Prawie połowa respondentów zgadzała się z tym, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej traktowane niżeli pozostali, jeśli chodzi o prawo do wykształcenia/ edukacji.

11. Ponad 1/3 ankietowanych uważała, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są gorzej, traktowane jeśli chodzi o prawo do ochrony majątku, sprawiedliwego sądu i prawa do leczenia.
12. 1/3 badanych słyszała pod swoim adresem słowo „dziwak”, „psychol” i „odmieniec”.
13. Według badanych grupą najbardziej im nieprzychylną byli ludzie młodzi.
14. Zdaniem ankietowanych negatywny wpływ na jakość ich życia miały takie czynniki jak: nawroty choroby (1/4), skutki uboczne od leków psychotropowych (1/4), nietolerancja oraz zależność od innych (po 1/5).

PIŚMIENNICTWO

1. Napierała M.: Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2017, 12, 3, 118-125.
2. Rebe-Jabłońska J.: Diagnoza i leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. *Psychiatria*, 2009, 4 (4), 160-174.
3. Wilkos E., Tylec A., Kułakowska D. i wsp.: Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska*, 2013, XLVII, 4, 621-634.
4. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 2009, 6, 655-670.
5. Maciaszek J.: Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi. *Studia Politicae Universitatis Silesiensis*, 2012, 9, 299-315.
6. Iwanicka-Maciura A., Boratyn-Dubiel L.: Wykluczenie społeczne osób chorych psychicznie [w:] *Wykluczenie społeczne. Diagnoza, wymiary i kierunki działań*, pod red. Pokrzywy M., Wilka S. Wydawnictwo Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2013, 135-153.
7. Tyszkiewicz M., Podogrodzka M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. *Psychiatria Polska*, 2013, 47 (6), 1011-1022.
8. Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. *Psychiatria Polska*, 2018, 52 (1), 93-102.
9. Klimczak W., Kubiński G., Sikora-Wiśniewska E.: *Wykluczenie społeczne w Polsce. Monografia*. Wydawnictwo Exante, Warszawa 2017.

10. Morysińska A., Gola W., Zielińska D.: Wsparcie osób chorujących psychicznie na rynku pracy. *Zasada Równego Traktowania Prawo i Praktyka*, 2014, 15, 5-9.
11. Mokrzycka K.: Wykluczenie społeczne (ekonomiczne, cyfrowe, polityczne, przestrzenne) i jego wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy regionu [w:] *Wykluczenie społeczne. Diagnoza, wymiary i kierunki działań*, pod red. Pokrzywy M., Wilka S. Wydawnictwo Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2013, 95-113.
12. Pilch T., Barman T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Żak, Warszawa 2010.
13. Kmiecik Z.R.: *Losy wariata i głupka w państwie i społeczeństwie*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
14. Heitzman J.: Zdrowie psychiczne Polaków – aktualne zagrożenia. *Wrzechświat*, 2013, 114, 4-6, 94 – 97.
15. Dobrowolska A.: Gdy najbliżsi chorują psychicznie. *Polityka* 2014, 27.
<https://www.polityka.pl/jamyoni/1580731,1,gdy-najblizsi-choruja-psychicznie.read>;
pobrano dnia 19 kwiecień 2020.
16. Gondek T. M.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji społecznej u pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. *Psychogeriatra Polska*, 2015, 12 (3-4), 91-96.
17. Glinowiecki M.: Schizofrenia w rodzinie a system wsparcia społecznego. Analiza socjologiczna. Praca doktorska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2017, 28-46.
18. Jędrzejek, Kostrowiecka, Wigura i wsp.: Polska prasa o osobach z zaburzeniami psychicznymi. Raport. Wydawnictwo Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016.
19. Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T.: Jakość życia a doświadczanie schizofrenii. *Hygeia Public Health*, 2014, 49 (4), 679-684.
20. Borusiewicz-Niziołek M.: Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi na rynku pracy II. Wydawnictwo PFRON, Warszawa 2013.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ZESPOŁEM NERCZYCOWYM

Karolina Szostak¹, Magdalena Malesińska², Anna Owłasiuk³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Zespół Nerczycowy to zespół objawów chorobowych spowodowany nadmierną utratą białka wraz z moczem, którego ilość przekracza możliwości kompensacyjne organizmu. Taki stan utraty białka nazywany jest białkomoczem, przy zespole nerczycowym i wynosi on około 3,5g/dobę lub 50 mg/kg masy ciała na dobę. Nieuchronnym następstwem Zespołu Nerczycowego jest schyłkowa niewydolność nerek [1,2].

Etiologia i patogeneza Zespołu Nerczycowego

Patomechanizm powstania Zespołu Nerczycowego jest dobrze znany. Uważa się, że za powstania Zespołu Nerczycowego jest odpowiedzialne uszkodzenie błony filtracyjnej kłębuszków nerkowych mechaniczne, jak i czynnościowe. Przy prawidłowej budowie i funkcjonowaniu błony kłębuszków nerkowych może zadziałać czynnik, który sprawi, że bariera w błonie filtracyjnej kłębuszków nerkowych stanie się nieszczelna, a przez to białko o dużej masie będzie mogło przedostać się do przesączu [3].

Przyczyny zespołu nerczycowego można podzielić na:

- 1) wrodzone glomerulopatie
- 2) nabyte
 - ✓ pierwotne
 - ✓ wtórne

Określenie wrodzony i niemowlęcy zespół nerczycowy stosuje się w przypadkach, kiedy to objawy rozpoznaje się odpowiednio w wieku 0–3 miesięcy i 4–12 miesięcy [4]. W zależności od reakcji na leczenie zespół nerczycowy można podzielić na:

- Steroidowrażliwy - jest to taki Zespół Nerczycowy, w którym białkomocz ustępuje po 6-8 tygodniach leczenia glikokortykosterydami.
- Steroidozależny - ten Zespół Nerczycowy charakteryzuje się powrotem białkomoczu podczas redukcji dawki lub wciągu 2 tygodni od zakończenia terapii.
- Steroidooporny - jest to Zespół Nerczycowy, który niereaguje na leczenie sterydami, wyróżniamy pierwotny i wtórny.
- Zespół Nerczycowy z częstymi nawrotami - Jest to rodzaj Zespołu Nerczycowego, w którym w ciągu 6 miesięcy wystąpiły co najmniej 2 nawroty [4].

Epidemiologia

Zespół Nerczycowy dotyka 1 do 3 dzieci na 100 000 dzieci poniżej 16 roku życia. U 80% pacjentów występuje więcej niż jeden rzut choroby, zazwyczaj wywołany stanem zapalnym [5].

Według badania przeprowadzonego w latach 2008–2012w Klinice Nefrologii Dziecięcej w Lublinie przez Aleksandrę Sobieszczańska-Droździel, MarięZajączkowską oraz Pawła Droździela, średni wiek zachorowania dziecka na Zespół Nerczycowy ocenia się na około 5 rok życia. Średni wiek zachorowania u dziewczynek jest wyższy niż u chłopców. W badaniach uwzględniono medianę, która jest lepszym wskaźnikiem, gdyż usuwa się skrajne wartości. Wartość mediany osiąga 3,5 rok życia [6].

W badaniach stwierdzono, iż Zespół Nerczycowy w 84% przypadków jest spowodowany submikroskopowym zapaleniem nerek. Na drugim miejscu jest ogniskowe i segmentalne stwardnienie kłębuszków nerkowych, a błoniaste zapalenie kłębuszków stanowi 2,5% przypadków wystąpienia Zespołu Nerczycowego [7].

Objawy Zespołu Nerczycowego

Do objawów Zespołu Nerczycowego zaliczamy:

- mocz, który się pieniaświadczyoobecności dużych ilości białka w moczu,
- obrzęki tkanki podskórnej powstają w okolicy oczu i twarzy; wieczorem obrzęki lokalizują się w okolicy kończyn dolnych i kostek,
- wzmożone pragnienie,
- okresowe zwwyżki ciśnienia tętniczego lub zaburzenia ortostatyczne.
- żółtaki powiek przy wysokim stężeniu lipidów w krwi,

- utrata białek powoduje przebiegi do jam; często do jamy brzusznej, jamy opłucnowej i osierdza; przebiegi mogą powodować duszność, bóle brzucha, wymioty i wodobrzusze [8].

Powikłania Zespołu Nerczycowego

W każdej chorobie występują powikłania wynikające z naturalnego przebiegu choroby.

Do powikłaństrych Zespołu Nerczycowego należą:

- obrzęk płuc,
- obrzęk mózgu,
- powikłania zakrzepowo-zatorowe,
- obniżenie odporności,
- niewydolność nerek [4].

Powikłania związane ze stosowaniem glikokortykosteroidów

Dzieci te chorują na osteoporozę, niskorosłość, posterydową zaćmę. Często występuje u nich również otyłość wynikająca ze wzmożonego apetytu. Może rozwinąć się cukrzyca posterydowa. Dzieci z Zespołem Nerczycowym muszą uważać na wszystkie urazy, gdyż mogą doprowadzić one do złamań, co ma związek z zaburzeniem funkcjonowania gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Przy stosowaniu sterydoterapii mogą wystąpić również wrzody trawienne. Dzieci te mają również obniżoną odporność, wskutek czego częściej chorują.

Przy przewlekłej sterydoterapii może dojść do niedokrwistości, czy do posocznicy posterydowej[9].

Ocena kliniczna Zespołu Nerczycowego

Podstawowymi metodami diagnostycznym Zespołu Nerczycowego są wywiad, badanie przedmiotowe, pomiar parametrów życiowych oraz wyniki badań laboratoryjnych krwi.

Wywiad

Najważniejszym etapem ustalania diagnozy jest wywiad. Wywiad w pediatrii jest specyficzny, gdyż zbierając go osoba przeprowadza rozmowę z opiekunem dziecka, ale nie może pominąć dziecka w rozmowie [10,11].

Dziecko mimo młodego wieku może być źródłem cennych informacji. Wywiad powinien być zebrany w rzetelny i wnikliwy sposób. W wywiadzie pediatrycznym bardzo ważne jest zapewnienie odpowiednich warunków, które pozwolą w ciszy i spokoju zebrać wywiad. Prawidłowo zebrany wywiad powinien odpowiadać na poniższe zagadnienia [10,11].

- Dane osobowe – jest to tak zwana część metryczkowa. Należy ustalić imię i nazwisko dziecka, PESEL. Następnie należy ustalić informacje o opiekunach prawnych: imiona i nazwiska; zawód, który wykonują oraz numer kontaktowy.
- Skargi główne– w tej części najważniejsze jest ustalenie głównej przyczyny zgłoszenia się o pomoc. Występowanie poszczególnych objawów chorobowych powinno być ustalone w sposób chronologiczny. W tej części należy pogłębić wywiad.
- Dolegliwość ze strony innych układów i poszczególnych narządów – dziecko jest specyficznym pacjentem. Na każde dziecko należy patrzeć pod względem holistycznym, a nie tylko skupić się na głównych dolegliwościach.
- Choroby współistniejące i przebyte – podczas wywiadu bardzo ważne jest ustalenie, czy dziecko jest przewlekłe chore. Czy u dziecka występuje alergia oraz, czy w ostatnim czasie było chore. Te informacje pomogą ustalić, czy główne dolegliwości mogą być związane z naturalnym przebiegiem choroby przewlekłej, czy skutkiem odległym przebytej choroby.
- Wywiad dotyczący ciąży, porodu i okresu noworodkowego -w tej części wywiadu ważne jest ustalenie wszelkich informacji dotyczących przebiegu ciąży i porodu, narażenia na czynniki szkodliwe. Powinniśmy zapytać się o rozwój dziecka do tej pory.
- Wywiad socjalno-bytowy – ta część stanowi informacje o warunkach bytowych rodzin oraz o ich statusie ekonomicznym, co pozwoli dostosować leczenie do ich możliwości. W tej części należy poruszyć temat diety dziecka. Należy również ustalić czy w ciągu ostatnich 3 tygodni dziecko miało kontakt z chorobami zakaźnymi.
- Wywiad rodzinny- wywiad rodzinny jest bardzo ważny, gdyż niektóre choroby wykazują zwiększoną tendencję do pojawiania się w poszczególnych pokoleniach lub mogą być dziedziczne.
- Wywiad dotyczący szczepień- profilaktyka jest również istotna. Należy ustalić, czy szczepienia były przeprowadzone zgodnie z kalendarzem szczepień.

Badanie przedmiotowe

Badanie przedmiotowe powinniśmy zacząć od wykonania pomiarów, takich jak: wzrost, waga, ciśnienie tętnicze krwi oraz temperatura. Początkowo oceniamy stan świadomości dziecka, jak i ogólne wrażenie przy pierwszym kontakcie. Podczas badania przedmiotowego musimy ocenić budowę ciała, sposób poruszania się oraz stan odżywiania.

Powinniśmy zwrócić uwagę na stan skóry i paznokci oraz na występowanie i ewentualną lokalizację obrzęków. U dzieci z Zespołem Nerczycowym obrzęki będą lokalizować się na twarzy szczególnie rano a wieczorem w okolicy kostek. Często obrzęki te są uogólnione. Charakterystyczną cechą Zespołu Nerczycowego jest tworzenie się przesięków do jam ciała. Należy zwrócić szczególną uwagę na badanie klatki piersiowej i jamy brzusznej. W badaniu klatki piersiowej musimy przyjrzeć się ruchom oddechowym i zaobserwować, jaki jest tor oddechowy. Policzyc, ile oddechów na minutę wykonuje dziecko. Należy zbadać też drżenie głosowe, może pojawić się zniesienie drżenia, co może świadczyć o obecności płynu w jamie opłucnowej. Następnie należy osłuchać klatkę piersiową. Szmer powinien być pęcherzykowy i symetryczny. W Zespole Nerczycowym przy obecności płynu szmer będzie ściszony. Możemy również opukać klatkę piersiową. Przy przesiękach odgłos będzie stłumiony. Następnym etapem badania powinno być badanie serca, gdyż tam również mogą tworzyć się przesięki. Należy policzyć częstość uderzeń serca na minutę oraz osłuchać tony serca. Tony serca powinny być dobrze słyszalne, w Zespole Nerczycowym tony mogą być ściszone. Tętno powinno być miarowe, lecz u dzieci fizjologią jest wystąpienie niemiaryowości oddechowej. W kolejnej części badania powinniśmy skupić się na jamie brzusznej. Fizjologicznie brzuch powinien być miękki, niebolesny, niewysklepiony ponad powłoki. U dzieci z Zespołem Nerczycowym brzuch może być bolesny, wysklepiony ponad powłoki. Opukowo można usłyszeć odgłos stłumiony, świadczący o obecności płynu w jamie brzusznej. Podczas badania powinniśmy pamiętać o ocenie zewnętrznych narządów moczowo-płciowych. Szczególnie należy zwrócić uwagę u chłopców na wygląd prącia i moszny, obecność stulejki, jak i patologiczne wycieki z cewki moczowej [10,11].

Badania laboratoryjne

U dzieci z Zespołem Nerczycowym badania laboratoryjne są równie ważne, jak wywiad. Na ich podstawie można pogłębić diagnostykę. U każdego dziecka należy wykonać [12]:

- morfologię krwi,
- CRP lub OB,
- jonogram osocza,
- równowagę kwasowo-zasadową,
- poziom kreatyniny w surowicy,
- lipidogram,
- proteinogram,
- wit D3,

- GFR,
- badanie ogólne moczu, oraz dobową zbiórkę moczu.

W badaniach laboratoryjnych krwi przy zespole nerczycowym możemy zaobserwować:

- hiponatremię,
- hipokalcemię,
- hipoalbuminemię,
- hipoproteinemię, czyli zwiększoną ilość α 1- i β 2 mikroglobulin,
- obniżenie, IgG, IgM,
- hipercholesterolemię,
- hipertriglicerydemię.

W badaniach laboratoryjnych moczu przy Zespole Nerczycowym można zauważyć nasilony białkomocz ponad 300 mg na dobę. Bardzo ważnym badaniem w Zespole Nerczycowym jest dobowy zbiórka moczu. Celem tego badania jest bezpośrednie określenie szybkości przesączania kłębuszkowego. Badanie to polega na zbieraniu moczu dziecka przez 24 godziny do zbiorczego słoja. Badanie to określa skład moczu, jak i wydalanie związków chemicznych [12].

Badania obrazowe

Przy diagnozowaniu Zespołu Nerczycowego ważne jest wykonanie badań obrazowych. Ich głównym celem jest wykrycie przesieków do jam ciała. Ultrasonografia jest badaniem bezpiecznym i nieinwazyjnym. Przy użyciu USG można ocenić kształt, wielkość i położenie nerek oraz zaobserwować powstałe przesieki do jamy brzusznej, oraz wykluczyć wady wrodzone widoczne w tym badaniu. Wykonanie RTG klatki piersiowej pozwoli ocenić kształt serca oraz upowietrzenie płuc, oraz wykryć przesieki do jamy opłucnej. Tomografia komputerowa jest bardzo dokładnym badaniem obrazowym, ale ze względu na wysokie promieniowanie w stosunku do powierzchni ciała dziecka i odległe skutki promieniowania, tomografia nie jest zalecana dla dzieci [13].

Biopsja nerki

Aby określić postać Zespołu Nerczycowego jest niezbędna biopsja nerki. Polega ona na pobraniu fragmentu miąższu nerki pod kontrolą USG. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym, lecz u niektórych dzieci może być niezbędne przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Wskazania do wykonania biopsji nerki [14]:

- Kłębuszkowe zapalenie nerek,

- Izolowany białkomocz nieznanego pochodzenia,
- Zespół nerczycowy
- Izolowany krwimocz,
- Ocena wdrożonego leczenia.

Od biopsji można odstąpić przed 12 rokiem życia, kiedy jest to pierwszy epizod tej choroby [14]. W badaniu morfologicznym pobranej próbki możemy wyróżnić poniższe postacie [6,14]:

- Zespół Nerczycowy ze zmianami minimalnymi.
- Zespół Nerczycowy z ogniskowym lub segmentowym stwardnieniem, szkliwieniem kłębuszków nerkowych.

Postępowanie i leczenie Zespołu Nerczycowego

Leczenie Zespołu Nerczycowego można podzielić na leczenie przyczynowe, objawowe i leczenie mające na celu zapobieganie powikłaniom.

Leczenie przyczynowe

Zespół Nerczycowy zależy od przyczyny. Idiopatyczny Zespół Nerczycowy bardzo dobrze reaguje na terapię sterydami. Obecnie stosuje się prednizon w dawce 60 mg/m² / 24h i 40mg/ m² / 48 godzin lub 2 mg/kg/24h i 1.5 mg/kg/48h. Są dwa sposoby wyliczania dawek prednizonu u dzieci. Sposób zależny od masy ciała nie jest tak skuteczny u dzieci, których masa ciała nie przekracza 30 kg, dlatego u takich dzieci preferuje się używanie sposobu zależnego od powierzchni ciała [15]. Optymalna długość leczenia nie powinna przekraczać 6 miesięcy [16].

W leczeniu przyczynowym stosuje się również leki z grupy antyproliferacyjnych takie jak:

- Chlorambucyl- w dawce wstępnej 0,2 mg/kg/mc. Przez okres krótszy niż dwa miesiące. Wskazaniem do zastosowania tego leku jest steroidozależny Zespół Nerczycowy, Zespół Nerczycowy z częstymi nawrotami oraz wystąpienie działań niepożądanych steroidoterapii.
- Cyklofosfamid- można zastosować w dawce wstępnej 2 mg/kg/mc. Lek ten można stosować przez 3 miesiące.
- Mykofenolan mofetylu - lek ten stosuje się w dawce 1,2 mg/kg/mc. Terapia powinna trwać 12 miesięcy i wymaga stałego monitorowania poziomu leku we krwi. Kolejną grupą leków mających zastosowanie w leczeniu przyczynowym są inhibitory kalcyneuryny:

- CyklosporynaA - lek ten stosuje się w dawce 2-6 mg/kg/mc/dobę. Cyklosporyna A służy głównie do podtrzymania remisji.
- Takrolimus – dawka wstępna, jaką należy zastosować to 0,2-0,3 mg/kg/mc/dobę. Obecnie leczenie można podzielić na leczenie rzadkich rzutów Zespołu Nerczycowego, częstych rzutów Zespołu Nerczycowego oraz leczenie wspomagające w okresie remisji.

Leczenie rzadkich rzutów Zespołu Nerczycowego według Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej

Leczenie rzadkich nawrotów Zespołu Nerczycowego polega na stosowaniu prednizonu w dawce 60 mg/m² / 24h lub 2mg/kg/24 h do uzyskania 3 ujemnych wyników na obecność białka w moczu. Następnie redukuje się dawkę prednizonu do 40 mg/m²/48 godz. i stosowanie jej przez kolejne 4 tygodnie [16].

Leczenie częstych rzutów Zespołu Nerczycowego według Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej

Leczenie częstych nawrotów Zespołu Nerczycowego polega na stosowaniu prednizonu w dawce 60 mg/m²/dobę lub 2 mg/kg/dobę do uzyskania remisji. Według Polskiego Stowarzyszenia Nefrologów dziecięcych zalecany sposób redukcji dawki to prednizon w dawce 40 mg/m²/48 godz. lub 1,5 mg/kg/48 godz. przez 4 tygodnie, a następnie redukcja dawki w czasie krótszym niż 3 miesiące. Gdy nawrót Zespołu Nerczycowego objawia się ciężkim stanem dziecka, można zastosować 3-6 dawek uderzeniowych metyloprednizonolu w dawce 10–15 mg/kg masy ciała na 24 lub 48 godz. [16].

Leczenie wspomagające w okresie remisji według Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej

Remisję uzyskaną podczas terapii sterydami można podtrzymywać, stosując Cyklosporynę A lub Mykofenolanmofetylu. Leki immunosupresyjne zmniejszają ryzyko kolejnych nawrotów[16]. Cyklosporyna A wymaga stałego monitorowania jej poziomu we krwi, gdyż może prowadzić do nefrotoksyczności[17,18]. W podtrzymaniu remisji można zastosować inhibitory kalcyneuryny. Leki te mają działanie immunomodulujące, przeciwzapalne. W przypadku niewystarczającej odpowiedzi na leczenie konwencjonalne można zastosować Takrolimus. Ma mniejsze działania niepożądane związane ze zmianami kosmetycznymi. Aby uniknąć nawrotu choroby, u niektórych dzieci należy zastosować leczenie skojarzeniowe inhibitorami kalcyneuryny i mykofenolanmofetylu [16].

Leczenie biologiczne

Leczenie biologiczne nie jest jeszcze popularną metodą, gdyż sposób działania tych leków nie został jeszcze dokładnie poznany. Metodę tę nazywa się często terapią ratującą

życie. Po wyczerpaniu już wszystkich tradycyjnych metod zostaje ona jedną, w której pokłada się nadzieję. Leczenie biologicznie wpływa na funkcjonowanie układu odpornościowego. Najczęściej stosowanym lekiem z tej grupy jest Rytuksymab. Lek ten podaje się w dawce 375mg/m²/dawkę. Zazwyczaj są to 4 dawki podawane co tydzień w formie wlewów dożylnych lub podskórnie. W badaniach przeprowadzonych w 2008 roku zauważono, iż zastosowanie leczenia biologicznego spowodowało, że aż u 85% dzieci można było zmniejszyć dawkę leku immunosupresyjnego [18, 19]. Kolejnym lekiem alternatywnym jest Lewamizol. Lek ten stosuje się w dawce 2,5 mg/kg/mc. codziennie lub co drugi dzień. Lek ten nie jest zarejestrowany w Polsce i obecnie jest niedostępny.

Leczenie dietetyczne

Dieta w zespole nerczycowym jest bardzo ważna. Jej podstawowym zadaniem jest ograniczenie obrzęków, hiperlipemii i zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej. Dieta powinna być lekkostrawna, normokaloryczna. Powinna składać się z 4-5 posiłków dziennie i zawierać odpowiednią ilość białka. Zaleca się 0.7-0.8 g białka na kg/mc/24h. W czasie rzutów choroby ilość białka należy zwiększyć o ilość białka utraconego z moczem. Dieta ma też wpływ na powstanie obrzęków, dlatego zaleca się ograniczenie spożycia soli w diecie do 35 mg/kg mc/dobę [20].

Dieta w zespole nerczycowym ma za zadanie obniżyć stężenie cholesterolu i triglicerydów. Dieta powinna zawierać obniżoną ilość tłuszczu. Zapotrzebowanie energetyczne z rozpadu tłuszczu powinno wynosić 30% dziennego zapotrzebowania. Spożycie cholesterolu powinno wynosić poniżej 300 mg/dobę. W trakcie terapii dzieci z Zespołem Nerczycowym należy pamiętać, że stosowanie sterydów, jak i utrata minerałów oraz białka z moczem może doprowadzić do niedoborów, a w konsekwencji do zmian w układzie kostnym takich, jak osteoporoza. Utarta białek ma także wpływ na ilość wit. D3. Dzieci z zespołem nerczycowym powinny mieć stałą suplementację wit. D3 szczególnie w okresie rzutu choroby w dawce 2000 IU/dobę. Przy odstawieniu sterydów zaleca się dodatkową suplementację przez trzy miesiące. W szczególności w okresie między październikiem a marcem, kiedy to w naszym klimacie mamy mniejszy dostęp naturalnego światła [21].

W diecie należy również zwiększyć ilość spożywanego wapnia lub stosować dodatkową suplementację tego pierwiastka. Gdy naturalny sposób jest niewystarczający lub spowodowany dietą eliminacyjną z różnych powodów [16].

W diecie nerczycowej podczas rzutów choroby należy również ograniczyć spożycie płynów. Uniwersalnym wskaźnikiem służącym do ustalenia ilości płynów w diecie jest ilość

moczu wydalanego w ciągu doby. W przypadku wystąpienia obrzęków zaleca się ograniczenie ilości płynów do 700 ml/24 h.

Leczenie powikłań wynikających z Zespołu Nerczycowego

Leczenie obrzęków

Podstawowym powikłaniem w Zespole Nerczycowym są obrzęki. Mogą być one zlokalizowane w konkretnych lokalizacjach lub utajone. Dlatego tak ważna jest kontrola masy ciała u dzieci. W leczeniu obrzęków największe znaczenie ma zastosowanie diety, która ogranicza spożycie soli w diecie do 35 mg/kg mc./dobę. Przy hiponatremii ograniczamy również podaż płynów [16]. Gdy pomimo zastosowania diety obrzęki narastają, jest to wskazanie do zastosowania farmakoterapii, można stosować leki moczopędne. Takie leczenie można wdrożyć gdy ocenimy stan wodno-elektrolitowy w organizmie dziecka. Włączenie farmakoterapii jest możliwe przy normowolemii i lub hiperwolemii.

Można zastosować terapię skojarzoną furosemid z inhibitorem kanału sodowego. Przy takiej terapii może wystąpić hipokaliemia i alkaloz [16,22]. Dzieci z obrzękami, ale i z hipowolemią wymagają uzupełnienia łożyska naczyniowego. Dostępnymi preparatami zalecanymi są: zastosowanie 20-procentowego roztworu albumin w dawce 0,5–2 g/kg mc./dobę przy stężeniu albumin w surowicy < 15 g/l, lub Dekstran 40 w dawce 5–10 ml/kg mc./dobę, następnie zastosowanie furosemidu w dawce 5–10 mg/kg mc./dobę [16].

Leczenie powikłań zakrzepowo-zatorowych

Kolejnym powikłaniem jest zwiększone ryzyko zakrzepicy. Ryzyko to wzrasta, gdy nasila się białkomocz. Leczenie przeciwzakrzepowe wdraża się, gdy ryzyko zakrzepicy jest wysokie. Przy podjęciu decyzji o zastosowaniu profilaktyki bardzo ważny jest wywiad, gdyż podstawowym wskazaniem do profilaktyki jest choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie [16,23].

Gdy zostanie podjęta decyzja o zastosowaniu profilaktyki zakrzepowo-zatorowej, zalecane jest zastosowanie 2–3 mg/kg/dobę kwasu acetylosalicylowego u dzieci powyżej 12 roku życia lub zastosowanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej 50 j./kg/dobę s.c. [16].

Leczenie zaburzeń lipidowych

Jednym z powikłań wynikającym z naturalnego przebiegu choroby jest wystąpienie zaburzeń lipidowych. W niektórych przypadkach zastosowanie diety jest nieskuteczne. Dlatego można wdrożyć dodatkowo leczenie farmakologiczne i zastosować inhibitory HMG-CoA reduktazy [16]. Statyny można dopuścić do zastosowania w terapii pod warunkiem, że zaburzenia lipidowe są znaczne. Należy wówczas zwrócić uwagę na to, iż

mogą wchodzić w interakcje zcyklosporyną więc zastosowanie statyn może spowodować osłabienie działania cyklosporyny [16].

Profilaktyka Zespołu Nerczycowego

Nawroty choroby często bywają skutkiem infekcji. Dlatego tak ważne jest, aby dzieci były pod stałą kontrolą poradni specjalistycznych. Zaleca się skontrolowanie dzieci laryngologicznie i stomatologicznie, aby móc zlokalizować i wdrożyć leczenie prawdopodobnych ognisk infekcji [16,24].

Szczepienia Ochronne u dzieci z Zespołem Nerczycowym

Stosowanie leków wpływa negatywnie na odporność dzieci z Zespołem Nerczycowym. Ryzyko wystąpienia infekcji jest wyższe niż u ich zdrowych rówieśników. Zauważono, iż dzieci z Zespołem Nerczycowym częściej chorują na zakażenia paciorkowcowe. Przebieg wszelkich chorób jest znacznie cięższy i może zagrażać życiu [16].

Dlatego tak ważna jest profilaktyka zakażeń u dzieci z Zespołem Nerczycowym. W Polsce chore dzieci są objęte kalendarzem szczepień ochronnych, który jest w razie konieczności zmodyfikowany przez lekarza rodzinnego. Modyfikacja najczęściej wynika z zaostrzenia Zespołu Nerczycowego [16,25].

Nie zaleca się unikania szczepień, gdyż grozi to brakiem odporności na wiele chorób i możliwymi zaostrzeniami objawów w czasie infekcji. Dzieci chorujące na Zespół Nerczycowy powinny być objęte dodatkowymi szczepieniami przeciwko zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*, ospie wietrznej i wirusowi grypy. Należy się zastanowić nad zaszczepieniem nie tylko dzieci, ale i wszystkich domowników. Należy unikać szczepień szczepionkami żywymi, gdyż obniżenie odporności może spowodować objawy niepożądane [16,26].

Monitorowanie Dziecka z Zespołem Nerczycowym

Dzieci z Zespołem Nerczycowym wymagają stałego monitorowania. Stopień obserwacji dziecka jest uzależniony od przebiegu choroby i sposobu leczenia. Przebieg łagodny wymaga kontroli masy ciała, wzrostu i BMI. Przy łagodnym przebiegu należy kontrolować również ciśnienie tętnicze krwi oraz wykonywać badanie ogólne moczu, jak i w warunkach domowych oznaczać białko w moczu. W umiarkowanym przebiegu, jak i ciężkim do podstawowego monitorowania należy dodatkowo wykonywać badania kreatyniny oraz profilu lipidowego [27]. Przydatne w kontroli stanu dziecka jest założenie dzienniczka samokontroli. To pozwoli zauważyć zmiany wagi, co może sugerować początek nawrotu choroby.

Problemy dzieci z Zespołem Nerczycowym i ich rodzin

Zespół Nerczycowy jest chorobą przewlekłą. Dzieci muszą zmagać się z różnymi ograniczeniami i przyjmowaniem wielu leków. Restrykcyjna dieta, zmniejszona ilość podaży płynów i częste hospitalizacje negatywnie wpływają na dzieci w czasie rzutów choroby. Ograniczenie aktywności fizycznej i stosowanie sterydów wpływa też na ich wygląd i problemy z rówieśnikami. Dzieci przewlekłe chore wykazują wycofanie w stosunku do innych. Zachowują się antyspołeczne, co może być skutkiem nieprzyjemnych zabiegów terapeutycznych, wynikających z procesu leczenia. Dzieci są często negatywnie nastawione do różnego rodzaju działań. Według badań dzieci przewlekłe chore mają niższą samoocenę od rówieśników. Każdy rzut choroby jest dla dzieci sytuacją trudną i przyczyną silnego stresu [28].

Choroba dziecka wpływa także na całą rodzinę. Rodzice muszą być przygotowani do pełnienia opieki w domu. Jest to trudne zadanie, gdyż opiekunowie muszą sobie radzić nie tylko z problemami życia codziennego, ale i z wymaganiami, jakie przed nimi stawia przewlekła choroba ich dziecka. W badaniach zauważono, iż rodzice dzieci przewlekłe chorych są częściej narażeni na obniżony nastrój i depresje niż rodziny kontrolne. Wynika to z tego, iż jedno z opiekunów przejmuje główne obciążenie wynikające z opieki nad dzieckiem. Problemy finansowe spowodowane zakupem specjalistycznych leków nie ułatwiają życia rodzinnego. Choroba dziecka ma też wpływ na relacje małżeńskie, jak i rodzinne [29].

Wsparcie dzieci z Zespołem Nerczycowym

Opiekunowie prawni opiekujący się dzieckiem z zespołem nerczycowym często muszą zrezygnować z pracy. Dzieci te wymagają indywidualnych zajęć w domu spowodowanych obniżoną odpornością i częstych hospitalizacji. Dlatego opiekunowie mogą wystąpić o orzeczenie o niepełnosprawności. Wniosek o przyznanie orzeczenia składa się wraz z niezbędną dokumentacją medyczną do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Zespół ustala termin posiedzenia składu orzekającego. Na komisji lekarz bada stan zdrowia i określa ograniczenia dziecka. Po komisji w ciągu 14 dni zostaje przyznany stopień niepełnosprawności. Orzeczenie może zostać przyznane na czas stały albo na czas określony. Orzeczenie umożliwia skorzystanie z ulg socjalnych, opiekuńczych i podatkowych. Dzięki orzeczeniu o niepełnosprawność opiekunowie mogą zyskać zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne. Obecnie zasiłek pielęgnacyjny od dnia 1 listopada 2019 wynosi 215,84 zł i jest przyznawany niezależnie od dochodu, jaki posiada opiekun [29].

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeśli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 18 roku życia lub w trakcie nauki szkolnej nie później niż do 25 roku życia. Świadczenie to jest przyznawane opiekunowi prawnemu lub faktycznemu, który zrezygnował, lub nie podejmuje zatrudnienia w celu sprawowania opieki nad dzieckiem. Od 1 stycznia 2019 świadczenie pielęgnacyjne udzielane jest w wysokości 1583 zł. Rodzice mogą również ubiegać się o zasiłek rodzinny w takiej samej kwocie, co rodzice dziecka zdrowego, lecz w tym przypadku próg dochodowy jest niższy i wynosi on 764 zł netto. Wysokość zasiłku jest uzależniona od wieku dziecka. Dzieci do 5 roku życia mogą liczyć na zasiłek w wysokości 95 zł. Dzieci do 18 roku życia mogą dostać 124 zł, a 135 zł przysługuje dzieciom do ukończenia 24 roku życia. Pod warunkiem, iż dziecko nadal się uczy. Ponadto można skorzystać również z dodatku na rehabilitację i kształcenie dziecka. Dodatek również jest uzależniony od wieku dziecka, do 5 roku życia można otrzymać 80 zł, a powyżej 5 roku życia 100 zł miesięcznie [29].

Edukacja dzieci z Zespołem Nerczycowym

Jeśli stan dzieci na to pozwala, rodzice mogą posłać dziecko przewlekłe chore do przedszkola czy szkoły. Nauczyciele i opiekunowie są w pełni przeszkoleni do postępowania z dzieckiem z problemami zdrowotnymi. Żeby dziecko mogło uczestniczyć na zajęciach, należy złożyć wniosek w wybranej przez opiekuna placówce. Następnie niezbędne jest wyrażenie zgody przez dyrektora, który musi zapewnić odpowiednie warunki. Obowiązkiem rodziców jest poinformować placówkę, jaką jednostką chorobową jest ich dziecko, jakie leki i kiedy należy je stosować oraz przedstawić odpowiednią dokumentację medyczną. Opiekunowie również muszą poinformować o diecie, jaką stosuje dziecko. Jeśli szkoła lub przedszkole wywiązuje się ze swoich obowiązków, dziecko jest bezpieczne i nie ma obaw o jego zdrowie. Jeśli natomiast stan dziecka nie pozwala na uczestnictwo w tradycyjnych zajęciach, można skorzystać z indywidualnego nauczania. O przyznaniu indywidualnego nauczania decyduje dyrektor po zapoznaniu się z orzeczeniem z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wniosek wydawany jest po zapoznaniu się z zaświadczeniem lekarskim na określony czas. Indywidualne nauczanie polega na tym, iż to nauczyciele przychodzą do domu ucznia. Tygodniowa liczba godzin została ustalona w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej jest zależna od wieku. Dzieci z indywidualnym nauczaniem mają również zapewnione różne formy uczestniczenia w życiu szkolnym bądź przedszkolnym. Należy pamiętać, iż obowiązek szkolny jest też realizowany w szpitalu, gdy pobyt jest krótszy niż 9 dni, można odstąpić od obecności na zajęciach [30].

Pomoc fundacji

Dzieci chore na Zespół Nerczycowy mogą liczyć na pomoc fundacji charytatywnych. Fundacje nie tylko wspierają finansowo podopiecznych i ich opiekunów. Jednym z celów powstania fundacji charytatywnych jest organizacja i umożliwienie dostępu do najnowocześniejszych metod leczenia. Pomagają w realizacji pasji życiowej oraz w spełnianiu marzeń. Fundacje organizują również turnusy rehabilitacyjne oraz edukują opiekunów. Aby fundacja charytatywna mogła objąć opieką takie dziecko, należy wypełnić formularz zgłoszenia prośby o pomoc. Każda fundacja posiada swój własny wzór. Należy go wysłać na adres elektroniczny lub tradycyjny adres fundacji z niezbędnymi dokumentami.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Zespół Nerczycowy jest chorobą przewlekłą. U 80% dzieci występuje więcej niż jeden rzut choroby. Nie jest znana konkretna przyczyna powstania Zespołu Nerczycowego. Dlatego tak ważne jest, aby pielęgniarki wiedziały, na czym polega Zespół Nerczycowy, znały objawy jak i powikłania wynikające z naturalnego przebiegu choroby, jak i powikłania wynikające z terapii.

Celem pracy było:

1. Objasnienie, na czym polega Zespół Nerczycowy.
2. Analiza objawów oraz powikłań wynikających z Zespołu Nerczycowego.
3. Określenie roli pielęgniarki w rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych u dziecka z Zespołem Nerczycowym.
4. Sporządzenie przykładowego jadłospisu dla dziecka z Zespołem Nerczycowym.
5. Przygotowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej.
6. Przygotowanie zaleceń do dalszej opieki nad dzieckiem z Zespołem Nerczycowym.
7. Wykonanie broszury informacyjnej dla opiekunów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Do napisania niniejszej pracy licencjackiej posłużył przypadek 8 letniego chłopca, który został przyjęty do Kliniki Pediatrii i Nefrologii w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Przy tworzeniu pracy posłużono się metodą analizy indywidualnego przypadku. Wykorzystano poniższe techniki badawcze:

- wywiad

- obserwacja dziecka
- analiza dokumentacji medycznej oraz wyników badań laboratoryjnych
- wykonano pomiary parametrów życiowych.

Opis przypadku

We wrześniu 2019 roku do Kliniki Pediatrii i Nefrologii w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku został przyjęty 8-letni chłopiec z rozpoznanym w lipcu 2013 roku steroidozależnym Zespołem Nerczycowym w przebiegu ogniskowego segmentalnego szkliwienia kłębuszków nerkowych. Został przyjęty z powodu narastających obrzęków, białkomoczu oraz objawów alergii, które utrzymywały się od kilku dni przed hospitalizacją.

Chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie. Ma młodszego brata. Mama jest pielęgniarką pracującą zmianowo. Ojciec prowadzi własną działalność gospodarczą.

Mieszka w mieście. Warunki bytowe i ekonomiczne są bardzo dobre. Ostatnia hospitalizacja miała miejsc w sierpniu 2019 roku, której celem była kontrola dotychczasowego leczenia.

W chwili przyjęcia do Kliniki Pediatrii i Nefrologii można było zaobserwować niewielki obrzęk powiek, zaczerwienienie spojówek oraz swędzącą wysypkę na tułowie i kończynach górnych. Przy przyjęciu wykonano pomiary masa ciała 38.2 kg, wzrost 139 cm, BMI 19.77, RR 112/69 mmHg, temperatura 36.5°C. Przy przyjęciu zlecono wykonanie badań laboratoryjnych, w których stwierdzono niskie wskaźniki stanu zapalnego, prawidłowe parametry funkcji nerek, nieznaczne obniżenie poziomu albumin. W badaniu ogólnym moczu występuje białkomocz w wysokości 524mg%. W dziennej zbiorce moczu białko występuje w ilości 4937 mg.

Dzięki informacjom uzyskanym w przeprowadzonym wywiadzie, analizie wyników badania przedmiotowego, analizie dokumentacji medycznej i przeglądowi aktualnego piśmiennictwa, został stworzony indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Nasilenie obrzęków spowodowane Zespołem Nerczycowym.

Cel: Zmniejszenie obrzęków.

Działania pielęgniarskie:

- Kontrola masy ciała 1x dziennie rano.
- Kontrola obrzęków poprzez mierzenie obwodów rąk i nóg 1x dziennie rano.

- Eliminacja soli w diecie.
 - Ograniczenie spożycia płynów.
 - Kontrola bilansu płynów i założenie dobowej zbiórki moczu.
 - Pomoc z zaakceptowaniem obrzęków i wyjaśnienie celu diety niskosolnej oraz ograniczenie napojów.
 - Zwiększenie ilości białka w diecie.
 - Podanie leków według indywidualnej karty zleceń.

Ocena: Zaobserwowano, iż obrzęki nie narastają.

Diagnoza pielęgniarska 2: Łzawienie i świąd skóry spowodowany reakcją alergiczną.

Cel: Zmniejszenie łzawienia i świądu skóry.

Działania pielęgniarskie:

- Zadbanie o to, aby piżama dziecięca jak i bielizna pościelowa były wykonane z naturalnych materiałów najlepiej z bawełny.
- Kołdra nie powinna być ciepła.
- Paznokcie powinny być przycięte w taki sposób, aby nie wychodziły poza opuszki palców.
- Na zlecenie lekarza powinno zastosować się emolienty, aby wzmocnić naturalną barierę skóry.
- Zastosować farmakoterapię zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Odwrócenie uwagi od świądu, proponując obejrzenie tv lub zabawę z dziećmi w świetlicy oddziałowej.

Ocena: Uczucie świądu zostało zmniejszone i uzyskano poprawę samopoczucia chłopca.

Diagnoza pielęgniarska 3: Uczucie pragnienia spowodowane ograniczeniem przyjmowanych płynów.

Cel: Zmniejszenie uczucia pragnienia.

Działania pielęgniarskie:

- Założenie kontrolki bilansu płynów.
- Podczas codziennej toalety jamy ustnej zastosowanie łagodnych past do mycia zębów.
- Wyeliminowanie ostrych, słodkich i słonych potraw.
- Posiłki powinny być letnie, nie gorące.
- Ssanie niewielkich kostek lodu co 4 godziny.
- Nawilżanie ust wodą i pomadką ochronną.

- Odwrócenie uwagi dziecka od uczucia pragnienia poprzez kontakt z osobami najbliższymi.

Ocena: Udało się zmniejszyć uczucie pragnienia

Diagnoza pielęgniarska 4: Zaburzenia nastroju i emocji spowodowane terapią sterydami.

Cel: Zmniejszenie skutków psychologicznych wynikających ze stosowania sterydów.

Działania pielęgniarskie:

- Pokazanie technik relaksacyjnych dostosowanych do wieku dziecka.
- Odwrócenie uwagi dziecka poprzez zabawę. Zastosowanie zabaw wyciszających takich jak kolorowanki i puzzle.
- Zaproponowanie rodzicom pomocy psychologa.
- Uświadomienie rodziców, iż stan w jakim znajduje się ich dziecko jest spowodowany terapią sterydami. Zalecenie opiekunom, aby poświęcali dziecku więcej czasu. Pokazywali swoje uczucia względem dziecka.

Ocena: Pomimo podjętych działań dziecko dalej jest stabilne emocjonalnie.

Diagnoza pielęgniarska 5: Niechęć do spożywania pokarmów spowodowanych dietą niskosodową.

Cel: Zmniejszenie niechęci do spożywania pokarmów.

Działania pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie, dlaczego konieczne jest wprowadzenie diety bezsolnej.
- Przygotowanie ulubionych potraw dziecka w miarę możliwości.
- Potrawy powinny być ciepłe, niegorące.
- Potrawy powinny być aromatyczne z dodatkiem świeżych ziół.
- Kontrola nad ilością spożywanych posiłków.
- Edukacja rodziców i małego pacjenta dotycząca zalecanych jak i niezalecanych produktów żywieniowych.

Ocena: Uzyskano poprawę. Chłopiec z chęcią zjada tylko ulubione potrawy.

Diagnoza pielęgniarska 6: Brak akceptacji własnej choroby i pobytu w szpitalu.

Cel: Zaakceptowanie choroby w tym częstych pobytów w szpitalu.

Działania pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie, na czym polega choroba.
- Zapewnienie dostępu do ulotek informacyjnych.
- Rozmowa z rodzicami mająca na celu zasugerowanie dodatkowej pomocy psychologicznej.

Ocena: Zaakceptowanie pobytu w szpitalu.

Diagnoza pielęgniarska 7: Częste infekcje spowodowane stosowaniem leków immunosupresyjnych.

Cel i: Zmniejszenie ryzyka infekcji.

Plan opieki i realizacja:

- Odizolowanie dziecka w miarę możliwości od innych dzieci. Zalecana jest sala 1 osobowa.
- Dbanie o higienę osobistą, częsta zmiana bielizny osobistej jak i przestrzeganie reżimu sanitarnego.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie wykonywania zabiegów.
- Szczególna dbałość o wkłucie dożylnie, kontrola wkłucia 2 x dziennie i odnotowanie wyników kontroli w karcie.

Ocena: Nie wystąpiły objawy mogące świadczyć o początkach infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Strach wynikający z potrzeby założenia wkłucia dożylnego.

Cel: Zmniejszenie strachu przed założeniem

Działania pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie celu założenia wkłucia.
- Zapewnienie towarzystwa rodziców podczas wykonywania zabiegów.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Założenie karty wkłucia dożylnego, co umożliwi stałą kontrolę.
- Zabezpieczanie wkłucia przed jego usunięciem.
- Założenie siateczki i zasłonięcie wkłucia, aby pomóc w zaakceptowaniu wkłucia.
- Zapewnienie drożności poprzez przepłukiwanie wkłucia solą fizjologiczną przed i po iniekcji.
- Codzienna ocena wkłucia i odnotowanie w karcie obserwacji wkłucia obwodowego.

Ocena: Strach został zminimalizowany. Wkłucie założono i nie zaobserwowano objawów wynikających z zakażenia wkłucia dożylnego

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- Dalsze stosowanie diety niskosodowej, lekkostrawnej, normo-białkowej. W chwilach, gdy dziecko ma niechęć do spożywania posiłków, najlepiej przyrządzić ulubione potrawy.

- Regularne pomiary ciśnienia tętniczego oraz masy ciała i zapisywanie ich w dzienniczku samokontroli 1 raz dziennie.
- Wykonywanie badania ogólnego moczu, co 2-3 dni do czasu ustąpienia białkomoczu.
- Po ustaniu białkomoczu regularne kontrole w poradni nefrologicznej.
- Obserwacja stanu dziecka i kontrola diurezy.
- Ograniczenie czasu spędzanego przed telewizorem i komputerem na rzecz spędzania czasu na świeżym powietrzu, aktywność fizyczna powinna być dostosowana do możliwości dziecka.
- Ochrona dziecka przed infekcjami, dbanie o higienę osobistą.
- Nie unikanie szczepień ochronnych.
- Przestrzeganie pór przyjmowania leków.
- Dbanie o kondycję psychiczną dziecka poprzez bliski kontakt oraz wyjaśnianie wątpliwości.

WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu zarówno z dzieckiem, jak i opiekunami oraz po analizie dokumentacji medycznej jak i wykonaniu pomiarów wyodrębniono 8 problemów pielęgnacyjnych.
2. Opracowano indywidualny plan opieki nad dzieckiem z Zespołem Nerczycowym.
3. Zostały wyłonione wskazówki dalszej pielęgnacji dla opiekunów.
4. Stworzono broszurę informacyjną dla rodziców dziecka

PIŚMIENNICTWO

1. Gajewski P. (red.): Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012, 721-723.
2. Ziółkowska H. Zespół nerczycowy. *Pediatrics po Dyplomie* 2013; 17(6): 17–28.
3. Andczak A., Myśliwiec M., Puszczak P. (red.) *Wielka Interna-Nefrologia*. Warszawa 2009: wydawnictwo Medical Tribune Polska: 130-131.
4. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. *Kidney International Supplements* 2012; 2: 163–171.
5. Sobieszczańska-Drożdżel A., Zajączkowska, P. Drożdżel M. „Sytuacja demograficzno-społeczna oraz uwarunkowania środowiskowe dzieci z zespołem nerczycowym” *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, Tom 19, Nr 1, 13–20.

6. Kochman D., Wiśniewska B. „Problemy biopsychospołeczne dziecka hospitalizowanego w okresie zaostrzenia zespołu nerczycowego i sposoby ich rozwiązywania przez pielęgniarkę”. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2016.2(2):13-23.
7. Dominika Kalinowska (red.) *Patofizjologia-Repetitorium*. Wydanie I. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2018, 172-174.
8. Borzęcka H., Zajączkowska M., Majewski M., Sikorab P., Książek E., Bieniaś B., Wieczorkiewicz-Płaza A., Powikłania przewlekłej sterydoterapii u dzieci z zespołem nerczycowym – obserwacje własne” *Family Medicine&PrimaryCareReview* 2012, 14, 3: 339–341.
9. Obuchowska A.(red.) *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Warszawa 2019: PZWL Wydawnictwo Lekarskie. 33-41.
10. Kawalec W., Grenda R., Kulus M. (red.): *Pediatric Tom 1*. Warszawa 2013: PZWL Wydawnictwo Lekarskie. 77-134.
11. Kokut F., Hyla-Klekot L., Kokot S. (red.) *Badania laboratoryjne zakres norm i interpretacja*. Warszawa 2015: PZWL Wydawnictwo Lekarskie. 304-345.
12. Pruszyński B., red.) *Radiologia – diagnostyka obrazowa: RTG,TK,USG i MR*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2014. 510-515.
13. Bojanowska M., Białobrzaska B. „Biopsja nerki własnej i przeszczepionej - holistyczna opieka nad pacjentem” *Forum Nefrologiczne* 2010, tom 3, nr 4, 317-325.
14. Feber J., Al-Matrafi J., Farhadi E. i wsp. Prednisone dosing per body weight or body surface area in children with nephrotic syndrome — is it equivalent? *Pediatr. Nephrol.* 2009; 24: 1027–1031.
15. Ziółkowska H., Bałasz-Chmielewska I., Grenda R., Musiał K., Ogarek I , Szczepańska M., Zachwieja J., Żurowska A. „Zalecenia Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej (PTNFD) dotyczące postępowania z dzieckiem z zespołem nerczycowym” *Forum Nefrologiczne* 2015, tom 8, nr 4, 238–256.
16. Ishikura K., Ikeda M., Hattori S. i wsp. Effective and safe treatment with cyclosporine in nephrotic syndrome: a prospective, randomized multicenter trial. *Kidney Int.* 2008; 73: 1167–1173.
17. Liberek T., Wołyniec W., Renke M., Weber E., Rutkowski B. „Leki biologiczne w nefrologii” *Forum Nefrologiczne* 2013, tom 6, nr 3, 139-149.
18. Hyla-Klekot L., Kucharska G., Gacka E. „ Podstawy immunopatogenetyczne i doświadczenia kliniczne zastosowania leków biologicznych w terapii przewlekłych kłębuszkowych zapaleń nerek u dzieci ” *Pediatr Med. Rodz* 2010, 6 (4) 291-297.

19. Krawczyński M.(red.)Żywienie dzieci w zdrowiu i chorobie. Help-Med.Kraków 2015. 269-277.
20. Banarjee S., Basu S., Sengupta J. Vitamin D in nephrotic syndrome remission: a case control study. *Pediatr. Nephrol.* 2013; 28: 1983–1989.
21. Myśliwiec M. Obrzęki i leczenie diuretykami. W: Myśliwiec M. (red.) *Nefrologia.* Medical Tribune Polska, Warszawa 2010. 100-108
22. Park S.J., Shin J.I. Complications of nephrotic syndrome. *Korean J. Pediatr.* 2011; 54: 322–328.
23. Olczak-Kowalczyk D.,Pańczyk-Tomaszewska M., Piróg A., Mizerska-Wasiak M., Roszkowska-Blaim M. „Leczenie stomatologiczne w zapobieganiu i terapii nawrotu zespołu nerczycowego u dzieci. Opis dwóch przypadków ” *Borgis - Nowa Stomatologia* 2/2012, s. 69-74.
24. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2019 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020. *Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia*, poz. 87 z 16 października 2019 r.
25. Czajka H., Wysocki J. „Szczepienia w profilaktyce chorób zakaźnych”. *Vademecum.* Helpmed, Kraków 2010.
26. Gipson D.,Massengill S., Yao L., Nagaraj S., Smoyer W., Mahan J., Wigfall D., Miles P., Powell L., Jen-Jar L., Howard Trachtman H., GreenbaumL.,”Leczenie zespołu nerczycowego u dzieci”*Pediatrics po Dyplomie* Vol. 14 Nr 5, Październik 2010 12-26
27. Kowaluk-Romanek M.”Choroba przewlekła a zachowanie przystosowawcze dzieci w młodszym wieku szkolnym”*Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, Tom 18, Nr 4, 348-353.
28. Pawlak-Bratkowska M., Pilarz E. , Tkaczyk M.,” Ocena poziomu lęku i depresji u rodziców dzieci z zespołem nerczycowym – sposoby radzenia sobie z nimi i metody wsparcia” *PediatrMedRodz* 2013, 9 (2), p. 179–185.
29. Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r.Stan prawny aktualny na dzień: 20.11.2019.
30. Ustawa- Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r.Stan Prawny aktualny na dzień: 20.11.2019.

PODSTAWY OSÓB MŁODYCH I OSÓB STARSZYCH NA TEMAT TRANSPLANTACJI

Marta Kochanowska¹, Barbara Jankowiak²

1. Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Termin „transplantacja” wywodzi się z języka łacińskiego od słowa „transplantare”, co oznacza czynność polegającą na szczepieniu. Słowo powstało ze złożenia „trans” – „za, poza, z tamtej strony” i „plantatio” – sadzenie roślin, gdzie „plant” to właśnie roślina, latorośl [1].

Transplantacja to więc przeszczepianie lub przemieszczanie jakiegoś narządu bądź jego części w obrębie ciała tego samego osobnika lub dwóch osobników - w obrębie tego samego gatunku lub pomiędzy różnymi gatunkami. Transplantacja organów jest metodą leczenia, która polega na wyrównaniu ubytku w organizmie człowieka. Polega na operacyjnym przeniesieniu tkanki, narządu bądź umieszczenie martwego substratu. Celem jest ratowanie życia człowieka lub poprawienie czynności jego organizmu. Jest rozumiana również jako sztuczne przeniesienie organów, tkanek, komórek dawcy martwego lub żywego ściśle określonego biorcy [1].

Rodzaje transplantacji

Wyróżnia się następujące rodzaje przeszczepów, biorąc pod uwagę podobieństwo genetyczne między dawcą a biorcą:

- Przeszczepy autogeniczne (własno pochodne) - oznacza tkankę przemieszczoną w obrębie tego samego osobnika.
- Przeszczepy izogeniczne (syngeniczne) - dwa różne osobniki, ale identyczne pod względem genetycznym.
- Przeszczepy allogeniczne - tkanki przeszczepione pomiędzy różnymi genetycznie osobnikami, ale tego samego gatunku.
- Przeszczepy ksenogeniczne (heterologiczne) - tkanki przeniesione pomiędzy osobnikami dwóch innych gatunków, w których dawca to zwierzę.

Pobranie narządu lub tkanki może nastąpić od dawcy *ex mortuo* bądź *ex vivo*.

Transplantacja **ex mortuo** związana z pobieraniem komórek, tkanek bądź narządów ze zwłok ludzkich w celu diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych. Przeszczepy te są bardziej pożądane z uwagi z np. szerszego kręgu potencjalnych dawców i braku dla nich zagrożeń zdrowotnych (gdzie przeciwnieństwem są dawcy żywi), a także przemawiają za tym względy ekonomiczne. Jednak bezwzględny warunek przeprowadzenia przeszczepu *ex mortuo* to stwierdzenie śmierci dawcy [2].

Transplantacja **ex vivo** jest to pobieranie narządów od żywych dawców. Aby dokonać tego rodzaju przeszczepu należy spełnić kryteria formalne. Mogą one być rozpatrywane podmiotowo i przedmiotowo. Wymóg podmiotowy to pokrewieństwo i więzi krwi pomiędzy dawcą a biorcą w przypadku nie regenerujących się tkanek. Wymóg nie jest wymagany jeśli tkanki mają zdolności do regeneracji, np. szpik kostny. Mówi o tym artykuł 12 Ustawy z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [3].

Kolejne wymogi podmiotowe to wiek i motywacja dawcy. Decyzję może podjąć jedynie osoba pełnoletnia, a w przypadku osób nieletnich decyzja może być podjęta poprzez przedstawiciela ustawowego wraz z pozytywnym werdyktem sądu opiekuńczego. Można domniemywać o pobudkach altruistycznych dawcy oraz chęci bezinteresownej pomocy kosztem własnego organizmu. O zasadzie *non profit*, czyli kategorycznego wyłączenia zapłaty za oddanie komórek, tkanek i narządów mówi Ustawa z dnia 1 lipca 2005r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [3]. Jej nie przestrzeganie wiąże się z karą pozbawienia wolności do nawet dwóch lat, jej ograniczenia bądź karą grzywny. W wymogach natury podmiotowej wyróżnia się również: zdolność do czynności prawnych (np. osoby chore umysłowo, nieletni), ograniczenia podmiotu (osoby pozostające w jakimś stosunku zależności, np. więźniowie) oraz odmowę do operacji zarówno dawcy jak i biorcy (zgoda na zabieg biorcy jest tożsama z przyjęciem nowego organu). Wymogami przedmiotowymi są: zdrowie i życie biorcy i dawcy, oświadczenie woli oraz prawny charakter komórki, tkanki i narządu. Mimo, że wiele ludzi popiera idee transplantologii to nie zawsze ma to odzwierciedlenie w czynach. Społeczeństwo do tych kwestii ciągle podchodzi z dystansem. Przyczyny wciąż ograniczonych przeszczepów *ex vivo* wiążą się z sytuacją rodzinną. Pomóc mogą częste i szczere rozmowy. Podjęcie decyzji utrudniają uczucia, brak motywów altruistycznych, pobudki egoistyczne i chęć zysku. Ludzie mają obawy zarówno medyczne, jak i psychologiczne. Wciąż niezbędne jest dostarczanie aktualnej wiedzy. Łatwo przystępne i pomocne będą kampanie społeczne. W Polsce

przeszczepy rodzinne w 2012 r. stanowiły około 5%. W skali światowej to dość słaby wynik, dla porównania przeszczepy rodzinne w Szwecji stanowią około 30-40 % wszystkich transplantacji [4].

Transplantacja a prawo

Medycyna transplantacyjna wciąż spotyka się z licznymi problemami etycznymi, społecznymi i prawnymi. Priorytetem jest rola instytucji, organizacji oraz osób propagujących rzetelne informacje dotyczące dawstwa narządów. Niestety ponad połowa chorych, którzy oczekują na przeszczep umiera nie doczekawszy zabiegu. Brak potencjalnych dawców i częsty sprzeciw najbliższej rodziny zmarłego pacjenta na pobranie narządów są czynnikami ograniczającymi liczbę wykonywanych transplantacji. Opory społeczne wynikają z błędnych stereotypów, przekonań oraz niewiedzy. Wielu ludzi wciąż nie rozumie czym jest śmierć mózgowa. Komisja Harwardzka w 1968 roku przyjęła definicję śmierci mózgowej, która mówi, że człowiek umiera, kiedy zniszczenia pnia mózgu są nieodwracalne. Dzięki zgodzie rodziny na przeszczep ex mortuo można uratować życie nawet sześciu osób, bądź poprawić jakość ich życia [5].

Transplantacja w prawie polskim

Aby propagować idee transplantacji w mediach społecznościowych często propaguje się podpisywanie oświadczenia woli. Jednak takie oświadczenia nie mają mocy prawnej, są jedynie drukami informacyjnymi [5].

W polskim prawie obowiązuje Ustawa z 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [5].

Jest ona aktem regulującym kilka zagadnień. Składa się z 12 rozdziałów. Obejmuje zakres przedmiotowy: zasady pobierania, przechowywania oraz przeszczepiania komórek, w tym krwiotwórczych komórek szpiku, krwi obwodowej i krwi pępowinowej czy tkanek i narządów pochodzących od zmarłego i żywego dawcy, a także zasady testowania, obróbki, przechowywania i dystrybucji komórek oraz tkanek ludzkich [5].

W polskiej Ustawie w obrębie dopuszczalności transplantacji ex mortuo przyjęto model sprzeciwu ścisłego. Zgodnie z polskim prawem, każdy kto za życia nie wyraził sprzeciwu może być potencjalnym dawcą. Sprzeciw można wyrazić w trzech formach:

- wpis w centralnym rejestrze sprzeciwów,
- oświadczenie pisemne z własnoręcznym podpisem,
- oświadczenie ustne złożone w obecności przynajmniej dwóch świadków, potwierdzone przez nich pisemnie.

Przed pobraniem organów zmarłej osoby lekarz lub osoba upoważniona, zasięgają informacji czy sprzeciw nie został zgłoszony w żadnej z tych form. W przypadku osoby nieletniej bądź małoletni sprzeciw może wyrazić przedstawiciel ustawowy [5].

Aby działania transplantacyjne w obrębie kraju przebiegały w poprawny sposób potrzebne są skoordynowane mechanizmy. Obejmują organizację, nadzór i autoryzację wszystkich procesów identyfikacji i kwalifikacji dawcy oraz pobrania, transportu, przechowywania, alokacji oraz dystrybucji i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów. Aby realizować te powyższe zadania niezbędna jest współpraca koordynatorów na szczeblach: lokalnym, regionalnym i centralnym [6].

Ośrodki transplantacyjne pracują na uznanych kryteriach kwalifikacyjnych, które pozwalają na identyfikację kandydatów, gdy taka metoda wydaje się dla nich najkorzystniejsza. W procesie kwalifikacyjnym bardzo ważne jest ustalenie przeciwwskazań, które mogą czynić całą procedurę niecelową bądź z bardzo dużym ryzykiem. Kwalifikacją zajmuje się wielodyscyplinarny zespół. Pacjent przechodzi drobiazgową ocenę konsultacyjną różnych specjalistów. Ostatecznie podczas zebrania zespołu transplantacyjnego umieszcza się chorego na aktywnej liście oczekujących z rozważeniem wszystkich wątpliwości i zgłoszeniem zastrzeżeń. Koordynator przesyła dane chorego, który jest zakwalifikowany w ośrodku lokalnym do ogólnopolskiego Centrum Organizacyjno-Koordynującego Poltransplant, który prowadzi centralną listę biorców [7].

Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant działające na terenie Polski prowadzi krajową listę oczekujących (KLO). W większości krajów została przyjęta trójstopniowa struktura sieci koordynatorów transplantacyjnych: poziom szpitala dawcy, ośrodka transplantacyjnego i organizacji transplantacyjnej. Dla osób pełniących te funkcje stosuje się nazewnictwo: koordynator szpitalny, regionalny i centralny. Przeważnie te funkcje pełni osoba z wykształceniem medycznym (lekarz, pielęgniarka). Zadania koordynatora transplantacyjnego: organizacja, nadzór, koordynacja i dokumentacja pracy zespołów transplantacyjnych z zakresie identyfikowania i kwalifikowania dawców, opieki nad nimi, pobierania wielonarządowego, alokacji, dystrybucji oraz przeszczepiania narządów, jak również wczesnej i późnej opieki nad biorcą przeszczepu. Ponadto odpowiada również za kształtowanie wizerunku transplantologii klinicznej [8].

Transplantacja w świetle prawa na świecie

W prawodawstwie światowym istnieją dwa główne modele określenia dysponenta przeszczepów z osoby zmarłej: francusko-belgijski oraz anglo-amerykański [5].

Analizując różne ustawodawstwa można wyróżnić trzy modele dotyczące pobierania organów.

Model francuski to model sprzeciwu. Opiera się on na zgodzie domniemanej zmarłego, jeżeli za życia nie zgłosił wyraźnego sprzeciwu.

W drugim modelu - **model amerykańsko-kanadyjski** (model zgody) - niezbędna jest aprobatą przeszczepu wyrażona przez potencjalnego dawcę osobiście, jeszcze za jego życia.

Model stanu wyższej konieczności, który wprowadzony jest w Bułgarii, zakłada dopuszczalność pobierania organów, nawet jeśli potencjalny dawca zgłosił sprzeciw. Model ten zakłada, że najcenniejszym dobrem jest życie człowieka, dla którego jest jeszcze szansa na przeżycie. Jest to rozwiązanie najkorzystniejsze dla rozwoju transplantologii. Budzi jednak wiele kontrowersji, np. traktowanie ciała ludzkiego jak przedmiotu czy pozbawienie człowieka możliwości decydowania o byciu dawcą [2].

Transplantacja w religiach świata

Bioetyka próbuje rozstrzygnąć wiele zależności jakie płyną ze stosowania terapii transplantacyjnej i określa granice działań, często kontrowersyjnych. Problematyka dotycząca określonych postaw etycznych, mająca odzwierciedlenie w przysiędze Hipokratesa, swoje miejsce otrzymała także w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Zwłokom należy być właściwy szacunek, a uczucia bliskich krewnych osoby zmarłej nie mogą być obrażone w jakikolwiek sposób poprzez pobieranie narządów. Krewni mają prawo pożegnać się ze zmarłym. Należy wykluczyć rutynowe i bezduszne traktowanie zmarłego [9].

Zagadnienia transplantacji, jak również wiele zagadnień dotyczących biomedycyny to przedmiot szerokiego zainteresowania społecznego, w tym także z punktu widzenia religii. Transplantacja dotyczy wielu osób, dawcy, jak i biorcy, którzy pochodzą z różnych kulturowych, religijnych czy wyznaniowych kręgów. Różnią się płcią, rasą, wiekiem i pochodzeniem etnicznym. Zadanie staje się szczególne, aby pogodzić te różne poglądy z uszanowaniem każdej zainteresowanej sytuacją osoby. Istotne jest, że każda z zaangażowanych osób wyznaje różne i określone systemy religijno-moralne, co warunkuje ich postępowanie, sposób myślenia, realizację przekonań oraz wypełnianie obowiązków, nakazów i zakazów [9].

Na transplantację nie wpływa tylko aspekt medyczny, lecz także aspekt społeczny i religijny kształtuje podejście do tego tematu poszczególnych zbiorowości. Jeśli społeczeństwo jest bardziej multikulturowe i multietniczne to dyskusja jest bardziej zawila oraz wymaga analizy większej liczby stanowisk i czynników, szczególnie gdy są to religie niechrześcijańskie, gdzie większa jest mnogość odłamów [4].

Kościół katolicki

Przekonania religijne oraz etyczne mają duży wpływ na postawy ludzi. Chrześcijańskie spojrzenie na dawstwo organów przedstawił podczas I Międzynarodowego Kongresu Transplantacji Narządów w 1991 roku i w encyklice *Evangelium vitae* z 1995 roku Jan Paweł II. Poparł on oddawanie narządów słowami: „na szczególne uznanie zasługuje oddawanie narządów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorych, pozbawionych niekiedy wszelkiej nadziei” [5].

Stanowisko judaizmu

W judaizmie podstawową zasadą jest poszanowanie ludzkiego życia i jest to największa wartość. Dominującym założeniem jest zachowanie życia ludzkiego. Z tego powodu w momencie zagrożenia życia prawa żydowskie przestają obowiązywać [4].

Żydzi w myśl zasady *pikuah nefes* popierają transplantację od dawców zmarłych uznając, że w obliczu braku innych możliwości leczniczych przeszczepienie narządu to jedyna możliwa forma ratunku dla pacjenta jest nie tylko czynem godnym, a wręcz wielką zasługą. Żydowskie prawo zabrania czerpania jakichkolwiek korzyści materialnych ze śmierci człowieka. Pobranie narządów musi być pilne oraz celowe. To oznacza, że musi bezwzględnie ratować życie u określonego chorego, natomiast niedopuszczalne jest pobieranie organów w celach magazynowania, badań naukowych czy ćwiczeń. Pobrane części ciała, a nie wykorzystane muszą być pochowane wraz z ciałem. Konsultacji z rabinem przed pobraniem wymaga każdy przypadek, ponieważ każdy jest inny. Zabroniony może być przeszczep od dawców żywych, ponieważ może prowadzić do utraty lub pogorszenia stanu zdrowia lub nawet życia przez dawcę [4].

Islam a transplantacje

Sposób interpretacji słów Mahometa jest zależny od uwarunkowań historyczno-kulturowych i terytorialnych.

Większość muzułmańskich duchownych popiera transplantację organów jako metodę terapeutyczną, a za chwilę śmierci uznaje śmierć mózgu. Jednak zdarzają się, szczególnie wśród odłamów fundamentalistycznych, krytyczne głosy względem transplantacji, szczególnie patrząc przez pryzmat problemu orzekania śmierci i uznając transplantację jako metodę niegodną, która bezczęści zwłoki zmarłego.

Autotransplantacja jest dopuszczalna, gdy:

- przeszczep jest ze względów innych niż upiększenie.
- nie ma zagrożenia życia wynikającego z usunięcia komórek lub tkanek oraz ich umieszczeniu w organizmie z powrotem.

- silne domniemanie, iż operacja przeszczepu zakończy się sukcesem.

W przypadku homotransplantacji ex-mortuo jest dopuszczalne pobranie narządu od dawcy gdy:

- zagrożone jest życia biorcy, jeśli nie wykona się przeszczepu,
- istnieje silne domniemanie powodzenia transplantacji.
- ma pobranie organów jest zgoda dawcy za życia bądź jego rodziny po śmierci.

W przypadku homotransplantacji ex-vivo: żywy dawca ofiaruje organ bądź jego część do przeszczepu innemu potrzebującemu muzułmaninowi, bez uzyskania jakiegokolwiek rekompensaty w tego tytułu. Muszą być spełnione następujące warunki:

- silne domniemanie, że transplantacja powiedzie się sukcesem,
- dawca nie może ofiarować organu istotnego dla życia – gdy ratując szkodę wyrządza się taką samą.

Podczas operacji przeszczepu (fazie przygotowania i po niej):

- nie dopuszcza się handlu organami,
- niektóre z organów nie mogą być przeszczepiane (jak jądra, jajniki) – cechy genetyczne nie mogą być zmienione.

Gdy stwierdzono śmierć mózgową, nie dopuszcza się przeszczepów, gdy nie ustaną podstawowe funkcje życiowe.

- dawca musi być osobą zdolną do wszystkich czynności prawnych,
- dopuszcza się wykorzystanie tkanek organu usuniętego z organizmu z powodu choroby [4].

Buddyzm

Traktuje oddanie organów jako poziom najwyższego poświęcenia jednostki dla dobra drugiego człowieka. Zgoda na oddanie organów to indywidualna sprawa każdego wiernego. Decyzja należy do osoby oraz powinna być wyraźnie określona. W przypadku dawcy niepełnoletniego konieczna jest zgoda rodziny. Gdy za życia zmarły nie określił swojej woli to bierze się pod uwagę zdanie rodziny. Według buddystów śmierć następuje dopiero gdy dusza opuszcza ciało, co następuje po trzech dniach od śmierci klinicznej [4].

Hinduizm a transplantacje

Hinduizm nie zakazuje transplantacji i darowania organów na ten cel. Kwestie te to indywidualna sprawa jednostki, a oddawanie swoich narządów to najwyższy stan miłosierdzia [4].

Stanowisko Świadków Jehowy względem transplantacji

Obecnie Świadkowie Jehowy nie widzą przeszkód w transplantacji organów i przeszczepianiu komórek. Ta kwestia to indywidualna decyzja każdego wiernego. W opinii wyznawców Pismo Święte nie zawiera wyraźnego zakazu, aby przyjmować cudze tkanki i narządy. Jednak wciąż aktualny jest zakaz transfuzji – jej wykonanie to ciężki grzech. Konieczny warunek do wykonania transplantacji to wykonanie zabiegu bez przetaczania krwi, a również oczyszczenie organu z obecnej krwi [4].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Zbadanie opinii społeczeństwa w przedziale wiekowym 18-20 lat oraz +50 na temat transplantacji.
2. Porównanie wyników badań pomiędzy grupami wiekowymi.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie miało charakter ogólnospołeczny. Przeprowadzono je na dwóch grupach wiekowych – 18-20 lat oraz 50+. Zebrano 200 kwestionariuszy ankiety.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety opracowany na podstawie dostępnej literatury naukowej. Ankieta była dobrowolna, a udział w niej anonimowy.

Kwestionariusz ankiety składał się z części metryczkowej (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wyznanie) oraz pytań zasadniczych, które dotyczyły wiedzy na temat transplantacji, podejścia ankietowanego do zagadnienia oraz środków pozyskiwania wiedzy na ten temat przez społeczeństwo.

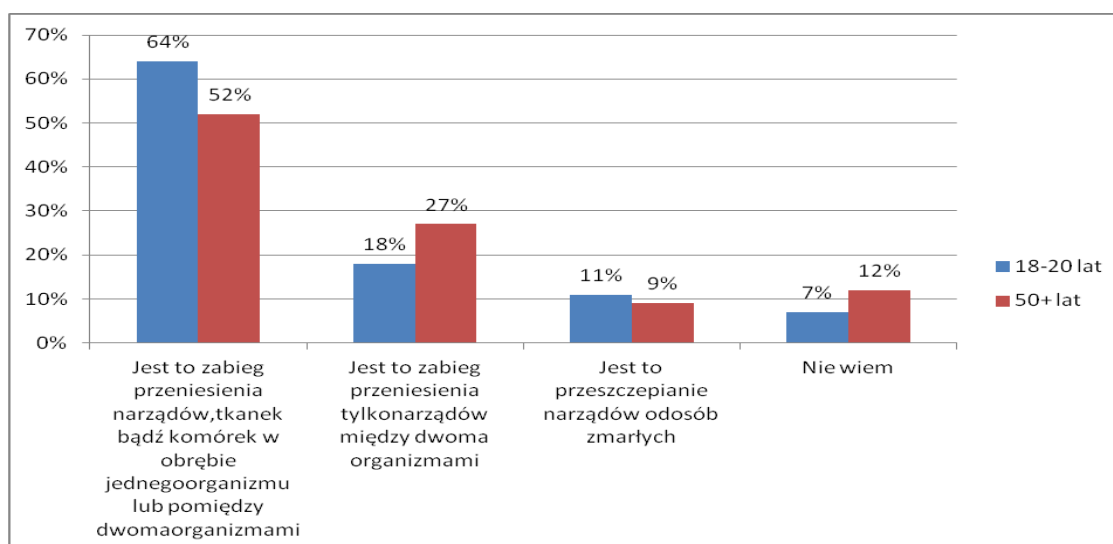
Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Biotycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o numerze R-I-002/455/2019.

WYNIKI

W grupie badanej wzięło udział 200 osób: 100 osób w grupie wiekowej 18-20 lat oraz 100 osób w grupie wiekowej 50+. W młodszej wiekowej grupie było 42% mężczyzn oraz 58% kobiet. 41% osób mieszkało w mieście, a 59% na wsi. Wśród tej grupy było 89%

wyznawców katolicyzmu oraz 11% ateistów. Wśród grupy wiekowej 50+ było 14% mężczyzn i 86% kobiet. W mieście mieszkało 75% osób, na wsi 25%. Jedna osoba była ateistą, reszta osób to katolicy.

W grupie osób 18 – 20 lat na pytanie „Co to jest transplantacja”, 64% ankietowanych odpowiedziało poprawnie, że jest to zabieg przeniesienia narządów, tkanek bądź komórek w obrębie jednego organizmu lub pomiędzy dwoma organizmami, 7% nie wiedziało co to jest. W grupie wiekowej 50+ ankietowani słusznie odpowiedzieli w 52%. Na definicję: przeszczepienie od osób zmarłych wskazało 9% respondentów. Szczegółowe wyniki zamieszczone są na Rycinie 1.



Rycina 1. Pojęcie transplantacji według ankietowanych

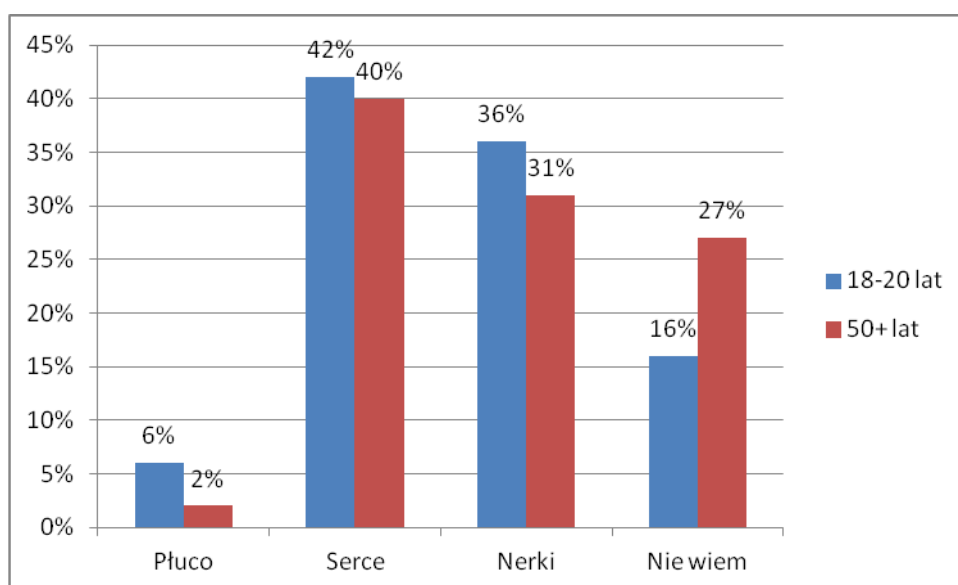
Na pytanie „Co w Polsce najczęściej przeszczepia się od zmarłych dawców” ankietowani w wieku 18-20 lat wskazali na serce, w 42% i płuco w 16%, w grupie wiekowej 50+ na serce padło 40% odpowiedzi, a na płuco 2%, co prezentuje Rycina 2.

Na pytanie „Jakie narządy można pobrać od żywych dawców do przeszczepu” ankietowani w wieku 18-20 lat wskazali poprawnie na nerkę w 85%, na serce odpowiedziało 2% respondentów. W grupie 50+ osoby poprawnie udzieliły odpowiedzi w 89%, a 2% odpowiedzi padło na trzustkę, co przedstawia Rycina 3.

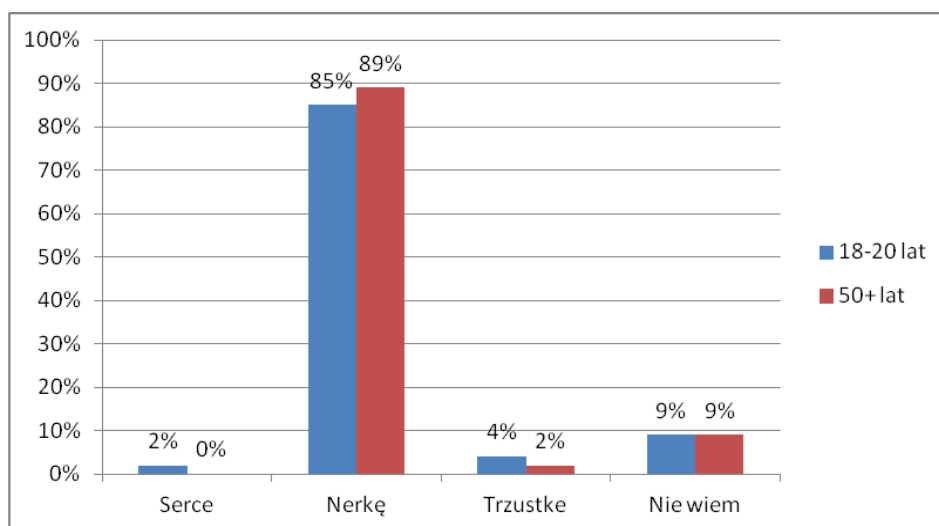
Aby zostać dawcą można wybrać jedno z trzech rozwiązań: wypełnić specjalną deklarację o zamiarze oddania narządów lub tkanek do przeszczepu, nosić przy sobie wypełnione oświadczenie woli lub poinformować o swojej woli rodzinę. 69% ankietowanych w grupie badanej 18-20 lat udzieliła prawidłowej odpowiedzi, 8% osób nie wiedziało co

należałoby zrobić. 54% ankietowanych 50+ udzieliło prawidłowej odpowiedzi. 1% respondentów wskazało, iż należy poinformować o swojej woli rodzinę (Rycina 4).

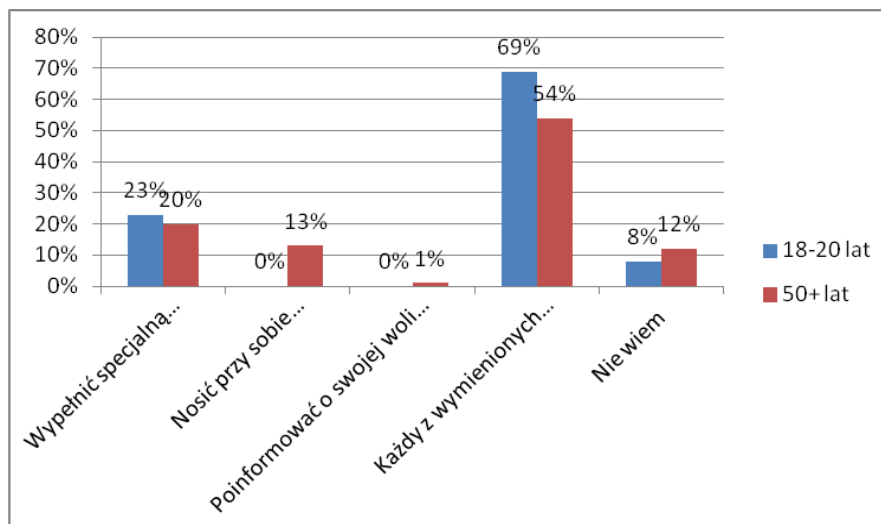
Do bezwzględnych przeciwwskazań do bycia dawcą należą: zarażenie wirusami (np. HIV), grzybami czy bakteriami oraz zachorowania na nowotwory złośliwe, miażdżycę uogólnioną oraz choroby immunologiczne, czy też choroby uszkodzające dany narząd. Najwięcej ankietowych (82%) w wieku 18-20 lat wskazało na odpowiedź o zarażeniu wirusem HIV, a 4% osób udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. W grupie 50+ 84% respondentów odpowiedziało o zakażeniu wirusem HIV, a 3% osób wskazało na nadwagę. Odpowiedź na poszczególne czynniki przedstawia Rycina 5.



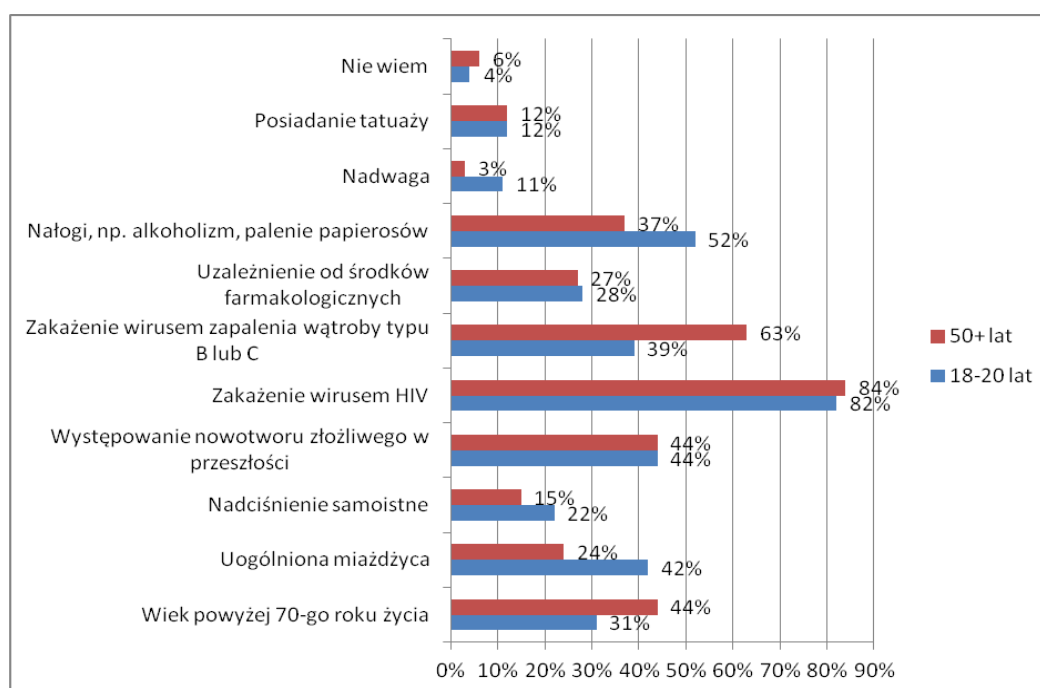
Rycina 2. Najczęściej przeszczepiane narządy według badanych



Rycina 3. Narządy, które można pobrać od żywych dawców do przeszczepu



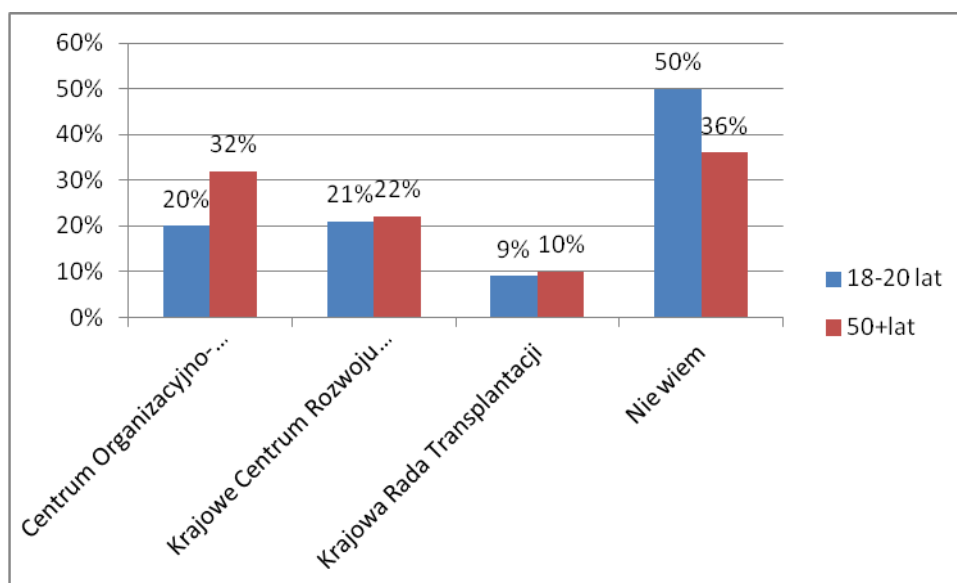
Rycina 4. Odpowiedzi badanych na pytanie „Co należy zrobić, aby zostać dawcą”



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

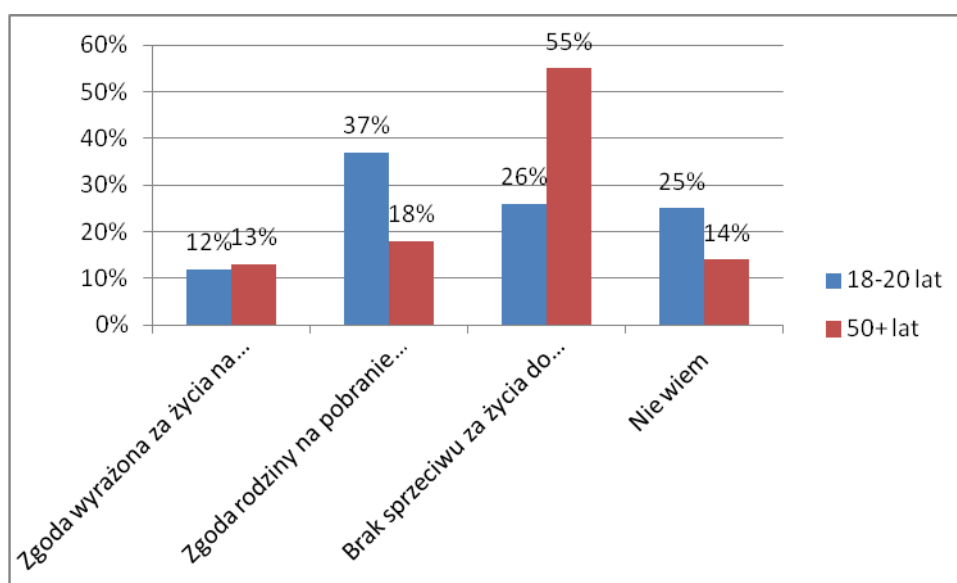
Rycina 5. Odpowiedzi badanych na pytanie „Jakie są przeciwwskazania do bycia dawcą”

Ankietowani w grupie 18-20 lat na pytanie „jaka instytucja w Polsce zajmuje się koordynacją przeszczepiania narządów” w 50% nie znała odpowiedzi, a 9% ankietowanych wskazało na Krajową Radę Transplantacji. Wśród grupy wiekowej 50+ 36% nie wiedziało, na którą wskazać odpowiedź, a 10% osób wskazało Krajową Radę Transplantacji. Odpowiedzi szczegółowe przedstawia Rycina 6.



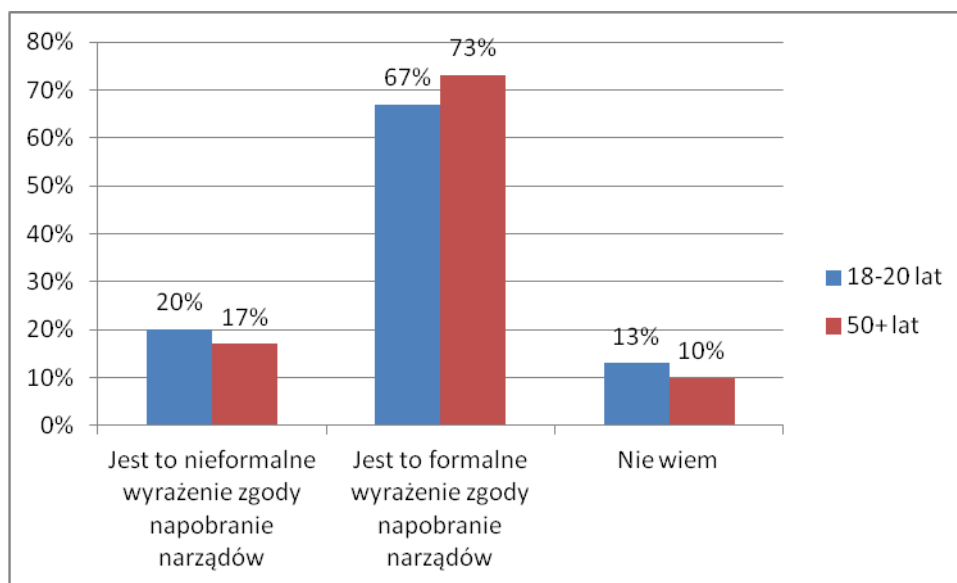
Rycina 6. Instytucje w Polsce zajmujące się koordynacją przeszczepiania narządów

37% respondentów w wieku 18-20 lat wskazało na odpowiedź, iż zgoda domniemana jest to zgoda rodziny na pobranie narządów do przeszczepu po śmierci osoby bliskiej. Natomiast 12% osób odpowiedziało, że zgoda domniemana jest zgodą wyrażoną za życia na pobranie organów po śmierci. Na pytanie „czym jest zgoda domniemana” ankietowani 50+ w 55% dobrze odpowiedzieli, że jest to brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepu po śmierci, a 13% osób wskazało na zgodę wyrażoną za życia, co prezentuje Rycina 7.



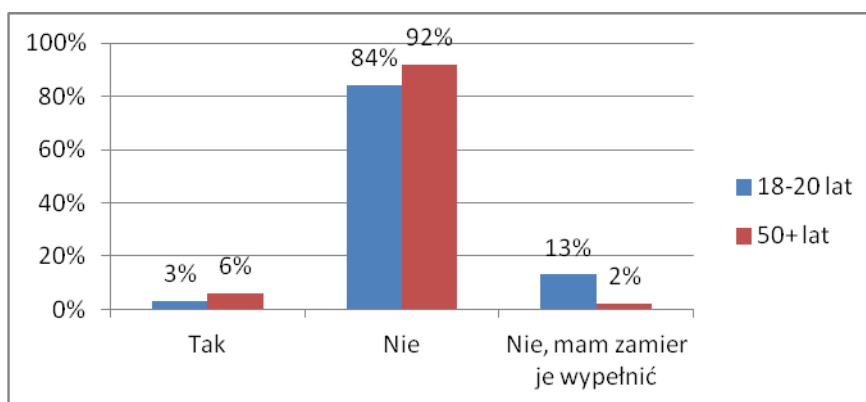
Rycina 7. Odpowiedzi badanych na temat „Czym jest zgoda domniemana”

67% respondentów w wieku 18-20 lat uważało oświadczenie woli za formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów po śmierci, natomiast 13% osób nie wiedziało, która to z form. 73% osób 50+ wskazało, iż jest to formalne oświadczenie, a 10% osób nie wiedziało, która to z form. Pozostałe odpowiedzi przedstawia Rycina 8.



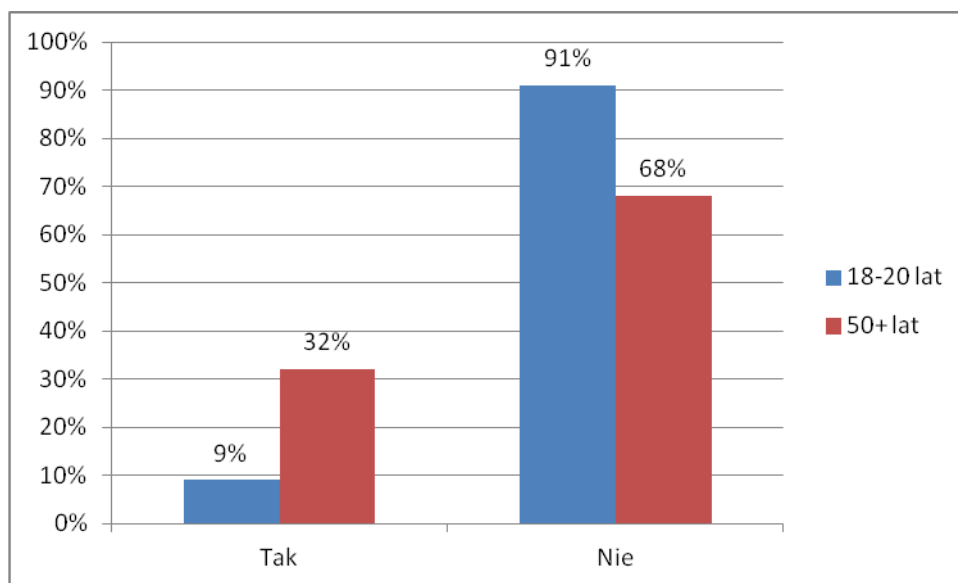
Rycina 8. Odpowiedzi ankietowanych na temat „Czym jest oświadczenie woli”

84% osób w młodszej grupie wiekowej nie nosi przy sobie wypełnionego oświadczenia woli, a zaledwie 3% ankietowanych nosi je przy sobie. W starszej grupie wiekowej 92% ankietowanych nie nosi przy sobie wypełnionego oświadczenia woli, 2% badanych ma zamiar je wypełnić. Wyniki przedstawiono na Rycinie 9.

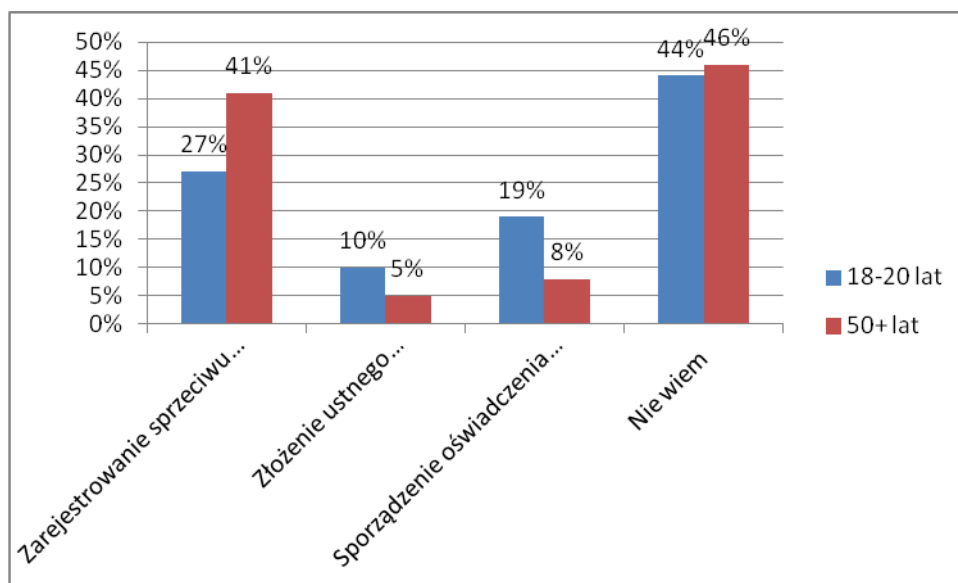


Rycina 9. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy noszą przy sobie wypełnione oświadczenie woli”

91% ankietowanych w przedziale wiekowym 18-20 lat nie wie co to Centralny Rejestr Sprzeciwów, 9% wie czym jest rejestr. 68% respondentów w przedziale 50+ nie wie czym jest Centralny Rejestr Sprzeciwów, a 32% respondentów zna odpowiedź. Wyniki prezentuje Rycina 10.



Rycina 10. Odpowiedzi ankietowanych o Centralnym Rejestrze Sprzeciwów

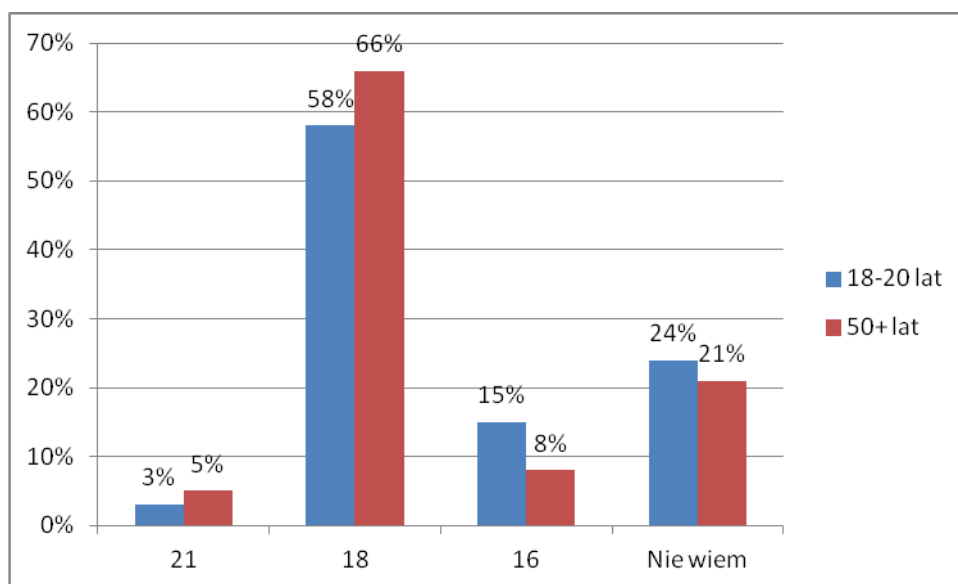


Rycina 11. Odpowiedzi respondentów dotyczące sposobów zgłaszania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci

44% respondentów w wieku 18-20 lat odpowiedziało, że nie wie jakie są sposoby zgłoszenia sprzeciwu na pobieranie narządów po śmierci. 10% osób uważało, iż należy złożyć ustne oświadczenie w obecności 3 świadków. 46% ankietowanych 50+ odpowiedziało, że nie

wie jakie są sposoby, aby złożyć sprzeciw na pobieranie narządów, a 5% badanych wskazało na formę złożenia ustnego oświadczenia przy 3 świadkach. Wyniki szczegółowe przedstawiono na Rycinie 11.

Aby zgłosić osobiście sprzeciw w zakresie pobierania od niego narządów należy być pełnoletnim, na co wskazało 58% ankietowanych 18-20 lat, a 3% osób na 21 lat. Respondenci 50+ poprawnie wskazali na wiek 18 lat osoby, która chce zgłosić sprzeciw na pobieranie od niego po śmierci narządów w 66%, natomiast w 5% wskazało na 21 lat. Dokładne odpowiedzi pokazano na Rycinie 12.

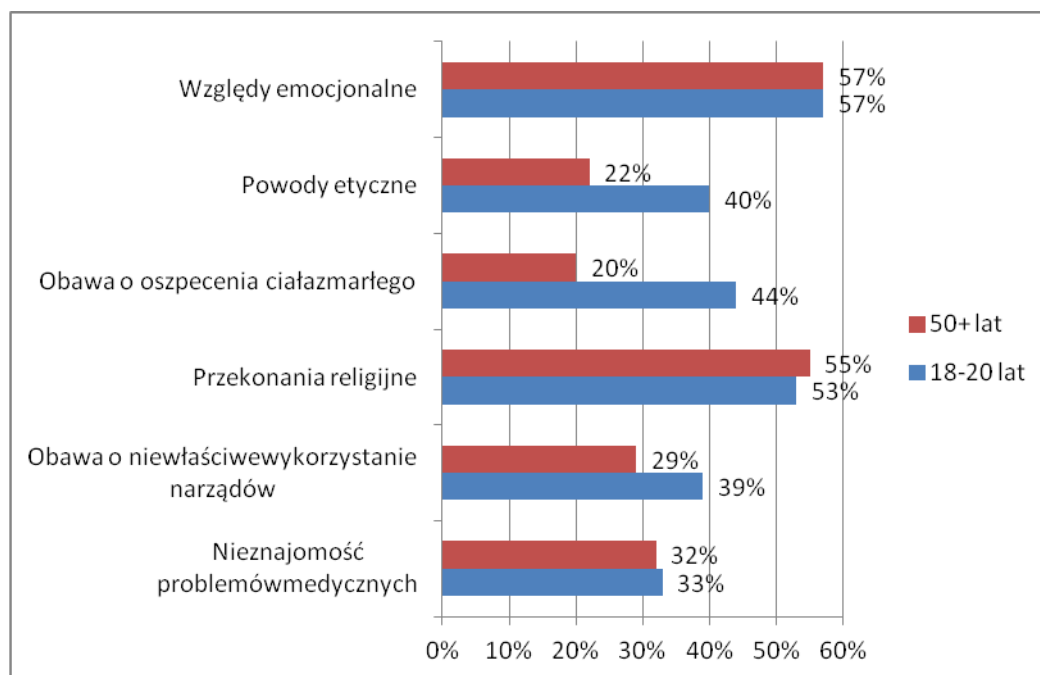


Rycina 12. Odpowiedzi ankietowanych o wiek, w jakim można złożyć sprzeciw na pobieranie narządów po śmierci

Według ankietowanych 18-20 lat najczęstszym powodem wyrażenia sprzeciwu rodzin wobec zamiaru pobrania narządów od bliskich zmarłych są względy emocjonalne (57%), a najmniejszy wpływ ma nieznajomość problemów medycznych (33%). Według respondentów 50+ lat również najczęstszym powodem wyrażania sprzeciwu są względy emocjonalne (57%), a najrzadszym powody etyczne (22%). Wyniki szczegółowe przedstawiono na Rycinie 13.

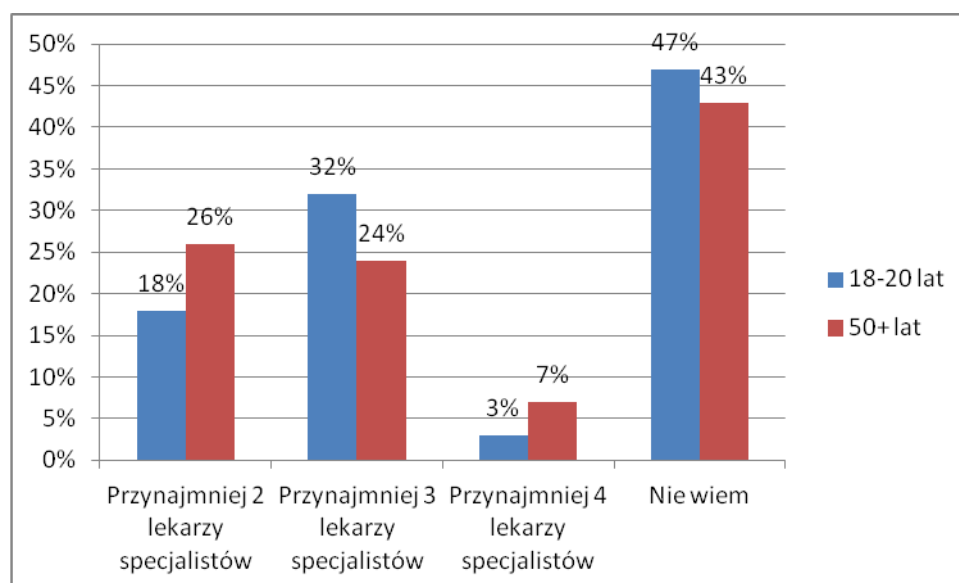
Na pytanie „Ilu lekarzy specjalistów musi wchodzić w skład komisji orzekającej śmierć mózgu” pacjenta młodszy respondenci w 47% wskazali na odpowiedź „nie wiem”,

a w 3% na odpowiedź 4 lekarzy. Starsi ankietowani w 43% wskazali, iż nie wiedzą, ilu powinno być lekarzy, a 7% osób wskazało 4 lekarzy. Wyniki przedstawiono na Rycinie 14.



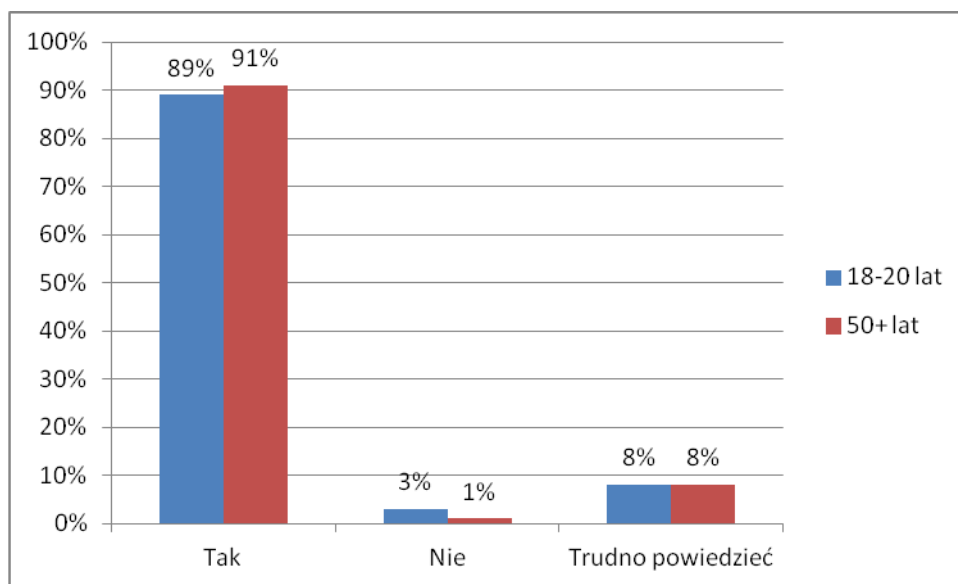
*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 13. Powody wyrażenia sprzeciwu rodzin wobec zamiaru pobrania narządów od bliskich zmarłych

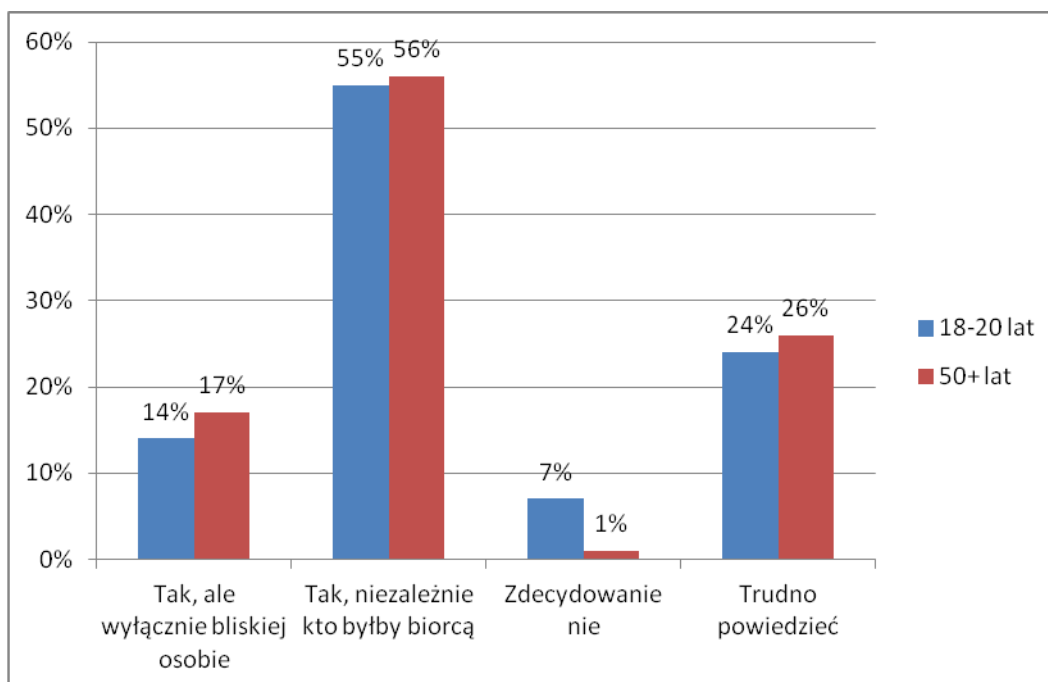


Rycina 14. Odpowiedzi ankietowanych na pytanie „Ilu lekarzy specjalistów powinno wchodzić w skład komisji orzekającej śmierć mózgu pacjenta”

89% ankietowanych w młodszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia, a tylko 3% uważało, że nie. 91% respondentów w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów, aby ratować życie innym osobom. Zaledwie 1% uważało, że nie. Wyniki przedstawiono na Rycinie 15.



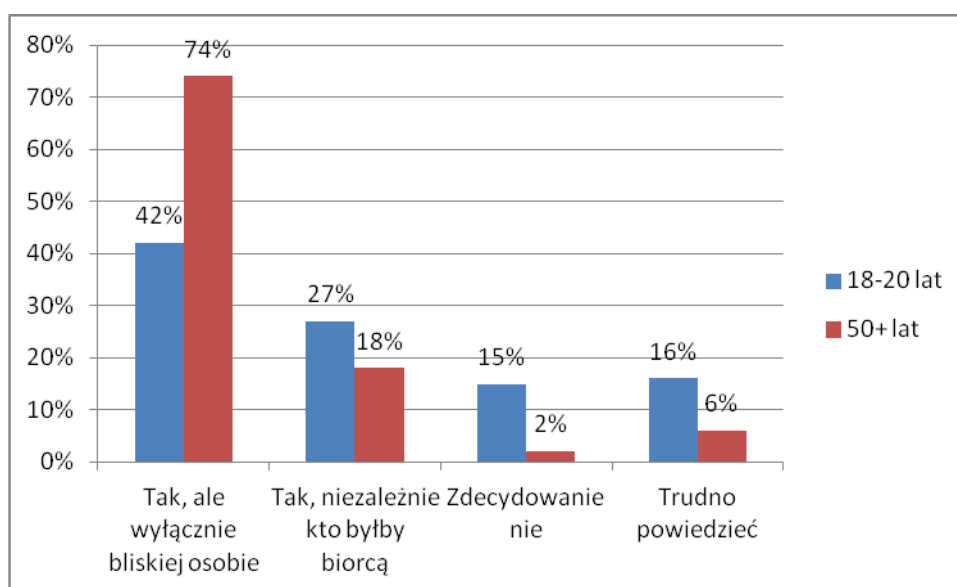
Rycina 15. Odpowiedzi respondentów „Czy warto przeszczepiać narządy w celu ratowania ludzkiego życia”



Rycina 16. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy zgodziliby się zostać dawcami po swojej śmierci”

Na pobranie swoich narządów po śmierci niezależnie kto byłby biorcą zgadza się aż 55% ankietowanych młodszych, a 7% zdecydowanie nie zgadza się na pobranie narządów po swojej śmierci. 56% ankietowanych starszych wyrażało chęć na oddanie swoich narządów po śmierci, niezależnie kto byłby biorcą. Zdecydowanie nie przekazałoby nikomu swoich narządów 1% osób. Dane przedstawiono na Rycinie 16.

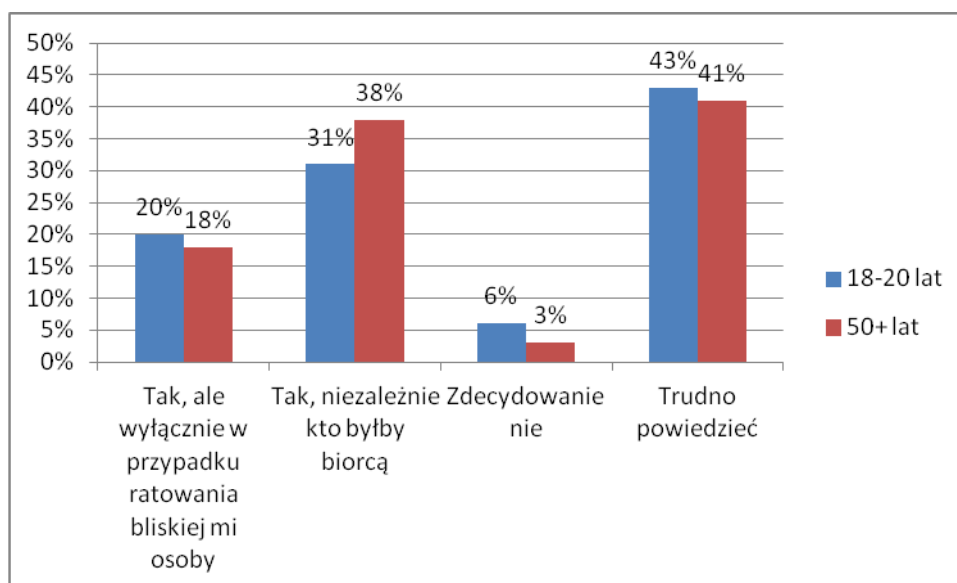
Na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgodziliby się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat, a 15% nie zdecydowałoby się na ten krok. Aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie, a 2% zdecydowanie nie. Wyniki przedstawiono na Rycinie 17.



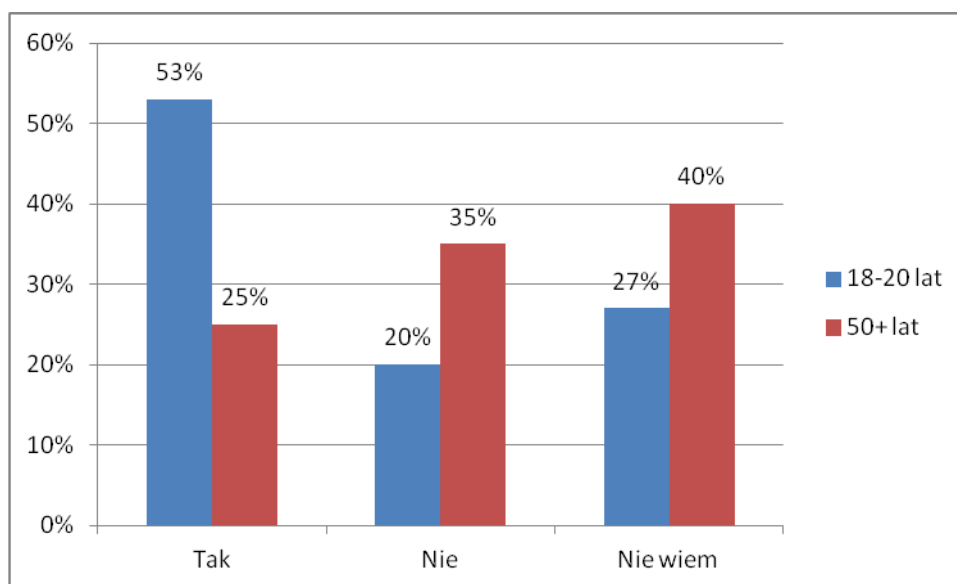
Rycina 17. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy zgodziliby się stać żywymi dawcami nerki/fragmentu wątroby”

W przypadku śmierci bliskiej osoby 43% osób w młodym wieku trudno powiedzieć czy zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innego człowieka. 6% ankietowanych nie zgodziłoby się kategorycznie. 41% osób w starszym wieku trudno powiedzieć czy zgodziłoby się na pobranie jej organów. 6% ankietowanych zdecydowanie by się nie zgodziło, jak prezentuje Rycina 18.

53% ankietowanych młodszych uważało, że biorca powinien poznać dawcę, 20% osób było odmiennego zdania. 40% respondentów starszych nie miało zdania, czy biorca powinien poznać dawcę, dla 25% osób był to dobry pomysł. Szczegółowe podsumowanie wyników przedstawiono na Rycinie 19.

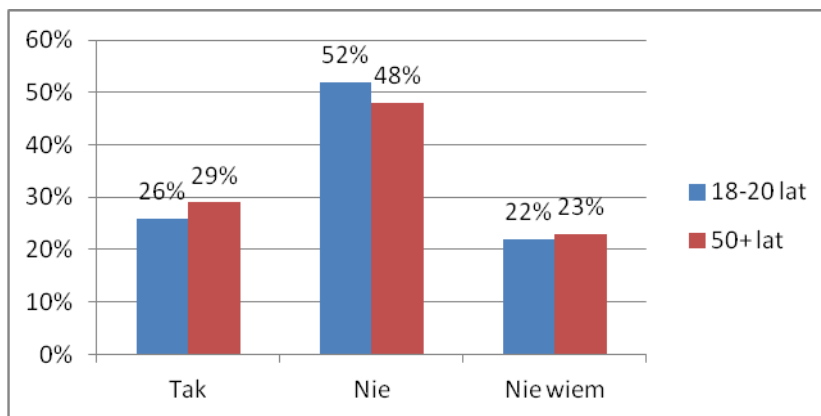


Rycina 18. Odpowiedzi respondentów „Czy w przypadku śmierci bliskiej osoby zgodziliby się na pobranie od niej narządów do przeszczepu dla innych osób”



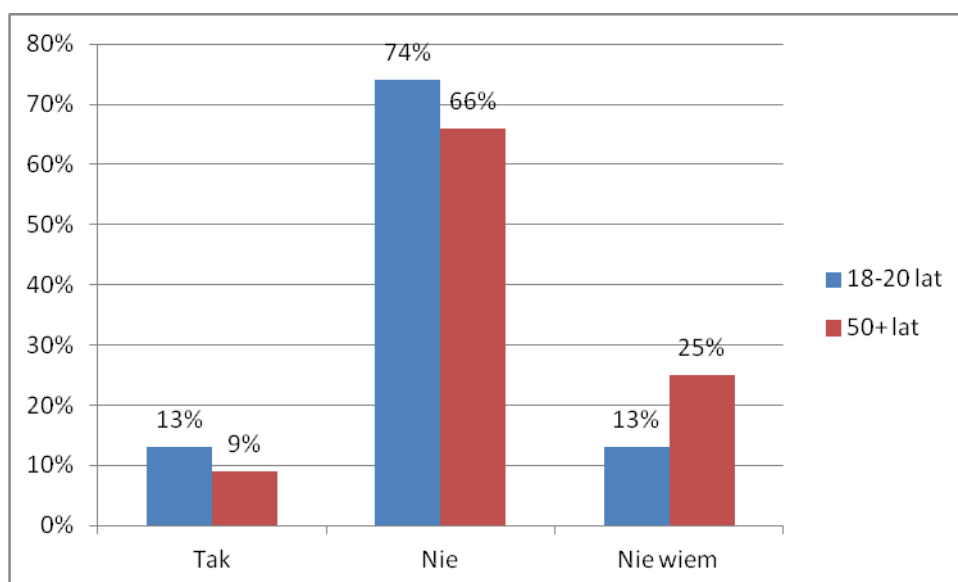
Rycina 19. Odpowiedzi uczestników badanie na pytanie „Czy dawca powinien poznać dawcę”

52% bliskich osób ankietowanych w wieku młodszym nie zna ich woli na temat dawstwa narządów, 22% ankietowanych nie ma wiedzy na ten temat. 58% bliskich w wieku starszym nie zna ich woli na temat dawstwa narządów, 23% respondentów nie ma wiedzy na ten temat. Wyniki ukazano na Rycinie 20.



Rycina 20. Odpowiedzi badanych na temat „Czy ich bliscy znają ich wolę na temat dawstwa narządów”

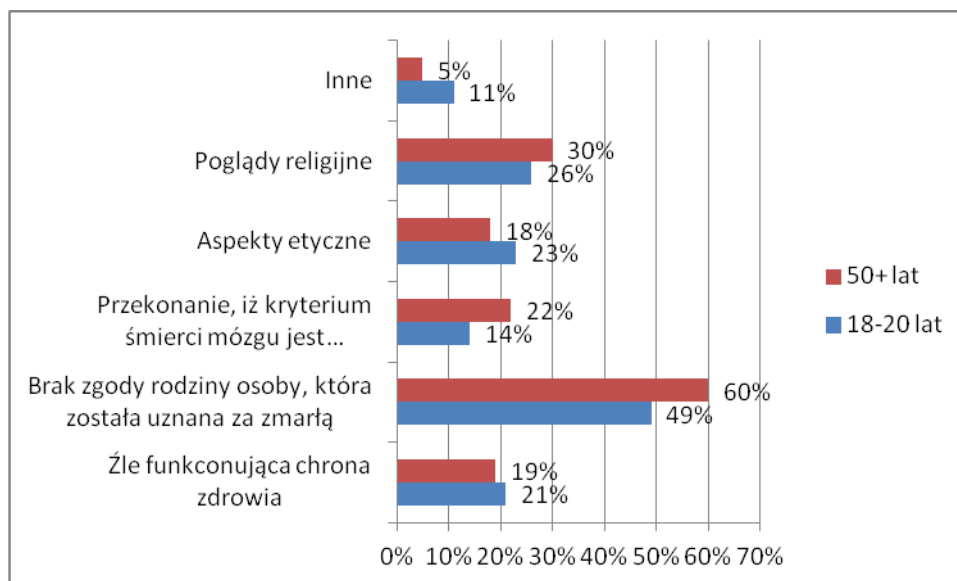
74% ankietowanych młodych było zdania, że lekarze powinni uszanować wolę rodziny sprzeciwiającej się na pobranie od bliskiej zmarłej im osoby narządów i tkanek. 13% osób uważało, że pomimo sprzeciwu rodziny, narządy od zmarłego powinny być wykorzystane dla innych osób. Według 66% starszych respondentów lekarze powinni uszanować wolę rodziny, gdy ta nie wyraża zgody na pobranie od bliskiego zmarłego narządów do transplantacji. 9% osób uważało, że zespół lelański powinien przeprowadzić działania transplantacyjne, mimo sprzeciwu rodziny. Wyniki przedstawia Rycina 21.



Rycina 21. Zestawienie odpowiedzi badanych na pytanie „Czy lekarze powinni uwzględnić zdanie rodziny w czynnościach transplantacyjnych”

Według ankietowanych w wieku 18-20 lat na ilość transplantacji w Polsce wpływa najczęściej: brak zgody rodziny na pobranie organów (49%), a najmniej przekonanie, iż kryterium śmierci mózgu jest niewystarczające za uznanie osoby za zmarłą (14%). 49%

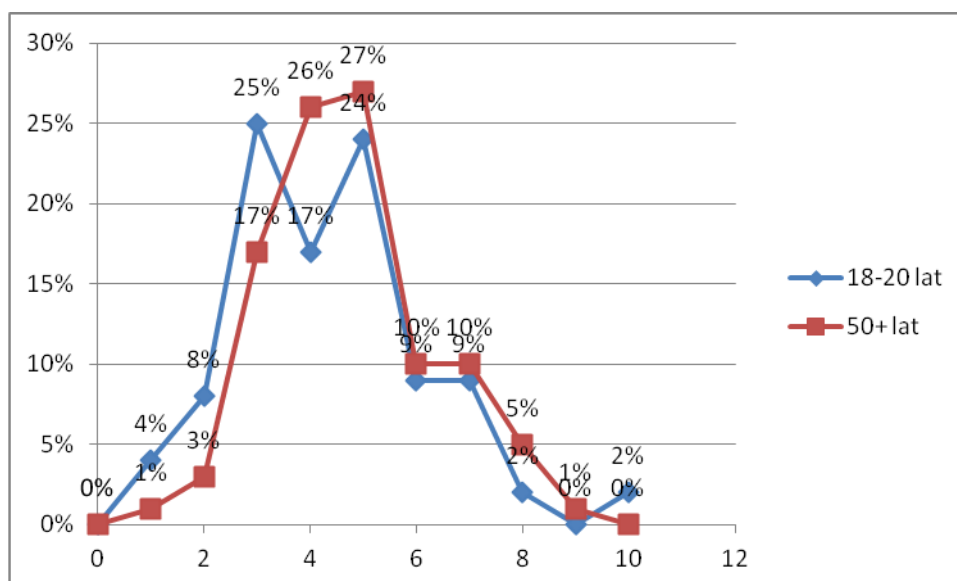
respondentów w wieku 50+ uważało brak zgody rodziny na pobranie organów, jako najczęstszy czynnik wpływający na ilość transplantacji, a najmniejszy wpływ mają aspekty etyczne (18%). Poszczególne odpowiedzi przedstawia Rycina 22.



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 22. Czynniki wpływające na ilość transplantacji w Polsce

W skali 0-10 punktowej 25% respondentów w młodszej grupie wiekowej ocenia swoją wiedzę na 3 punktów, a po 2% na 8 i 10 punktów. 27% respondentów w młodszej grupie wiekowej ocenia swoją wiedzę na 5 punktów, a po 1% na 1 i 9 punktów. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 23.



Rycina 23. Przedstawienie wyników w skali 0-10 na temat wiedzy respondentów

DYSKUSJA

W drugiej połowie poprzedniego wieku transplantacje stały się rewolucją w medycynie. Transplantacja jest to zabieg przeniesienia narządów, tkanek bądź komórek w obrębie jednego organizmu lub pomiędzy dwoma organizmami. Obecnie przeszczep jest jednym ze sposobów postępowania leczniczego, które ratuje życie, poprawia jego jakość i przywraca zdrowie, dzięki czemu chorzy mogą zacząć powoli wracać do normalnego funkcjonowania. Dziś są najszybciej rozwijającą się dziedziną medycyny, jak również najbardziej kontrowersyjną. Spora część ludzi wciąż niechętnie zgadza się na pobieranie organów od bliskiej osoby zmarłej. Ważnym powodem jest brak wiedzy społecznej na ten temat, nierozumienie pojęcia śmierci mózgowej oraz zbyt małe ukształtowanie świadomości społecznej o korzyściach płynących z tej formy leczenia. Najczęściej przeszczepianymi narządami są nerki.

Jak podają autorzy w artykule „Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów” [10] prawidłową odpowiedź na temat definicji transplantacji udzieliło aż 80% badanych z miasta oraz 82% ze wsi. Wiedzę na temat najczęściej przeszczepianych narządów w Polsce posiadało 88% badanych z miasta oraz 82% ze wsi [10].

W prowadzonym niniejszym badaniu poprawnej odpowiedzi na to „Czym jest transplantacja” udzieliło 64% w grupie wiekowej 18-20 lat i 52% w grupie wiekowej 50+. Poprawnie na to „Jakie narządy są najczęściej przeszczepiane” odpowiedziało 38% młodszych i 31% starszych badanych.

W większości przypadków (68% ze wsi i 72% badanych z miasta) na pytanie „Czym jest oświadczenie woli” udzielono nieprawidłowej odpowiedzi, czyli że to nieformalne wyrażenie zgody na pobranie narządów. Poprawną definicję: formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów - wskazało 10% osób z miasta oraz 6% osób ze wsi. 18% osób z miasta i 26% osób ze wsi uznała, iż oświadczenie woli to dokument prawny, który reguluje zgodę na pobieranie narządów [10].

W prezentowanej pracy 67% respondentów w wieku 18-20 lat uważało oświadczenie woli za formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów po śmierci, natomiast 20% za nieformalne wyrażenie woli. 73% osób 50+ wskazało, iż jest to formalne oświadczenie, a 17% osób za nieformalne.

Według 20% respondentów z miasta oraz 4% ze wsi, liczba przeszczepów wykonywanych w Polsce nie jest wystarczająca [10].

W niniejszym badaniu 56% osób w wieku 18-20 lat uważało, że niewystarczająca liczba osób zgadza się na pobranie swoich narządów, 3% myślało, że ilość dawców jest wystarczająca. Według 64% ankietowanych w wieku 50+ niewystarczająca liczba osób oddaje swoje narządy. 2% ankietowanych było odmiennej opinii.

Spośród odpowiedzi na pytanie „O postawę ankietowanych odnośnie transplantacji narządów w przypadku śmierci kogoś bliskiego oraz możliwości pobrania od niej narządów do przeszczepu” 82% osób z miasta oraz 70% osób ze wsi, zgodziłoby się na transplantację w przypadku ratowania czyjegoś życia [10].

W prowadzonym badaniu w grupie młodszej w przypadku śmierci bliskiej osoby 31% ankietowanych zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 20% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby. W grupie starszej w przypadku śmierci bliskiej osoby 38% ankietowanych zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 18% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby.

Zdecydowana większość badanych respondentów, bo 90% z miasta i 100% ankietowani ze wsi, zgodziłoby się na przeszczepienie swojego narządu w przypadku ratowania życia osobie bliskiej. Zgodę na transplantację swoich narządów po swojej śmierci wyraziłoby 84% osób z miasta oraz 74% ze wsi [10].

W badaniu na pobranie swoich narządów po śmierci niezależnie kto byłby biorcą zgodziło by się aż 55% ankietowanych młodszych, a 14% osób wyłącznie bliskiej osobie. 56% ankietowanych starszych wyrażało chęć na oddanie swoich narządów po śmierci, niezależnie kto był by biorcą, a 17% tylko jeśli byłaby to bliska osoba.

Większość badanych (64% z miasta oraz 58% ze wsi) wskazała definicję zgody domniemanej, jako niewyrażenie sprzeciwu za życia na pobranie narządów [10].

W prowadzonym badaniu na pytanie „Czym jest zgoda domniemana” ankietowani 50+ w 55% odpowiedzieli, że jest to brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepu po śmierci, a 26% w grupie wiekowej 18-20 lat.

Woźniak na łamach Pielęgniarstwa XXI wieku [11] opisuje badania przeprowadzone w 2004 roku, gdzie objęto grupę 104 pacjentów. Ankietowani w większości akceptowali przeszczepianie narządów jako metodę leczenia i wyrażali zgodę na oddanie narządów po śmierci. Część osób (10%) wyraziło chęć zostania żywym dawcą dla członków najbliższej rodziny [11].

W prezentowanym badaniu na pobranie swoich narządów po śmierci niezależnie kto byłby biorcą zgodziło się aż 55% ankietowanych młodszych, a 14% osób wyłącznie bliskiej osobie. 56% ankietowanych starszych wyraziło chęć na oddanie swoich narządów po śmierci,

niezależnie kto był by biorcą, a 17% tylko jeśli byłaby to bliska osoba. Na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgodziło się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat i aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie.

Liskiecki, Płocka-Molińska i Kędziorska-Konatowska [12] opisują badania, gdzie na pytanie dotyczące akceptacji przeszczepiania narządów większość ankietowanych (94%) wypowiadała się twierdząco, natomiast 6% było temu przeciwnie [12].

W prowadzonym badaniu 89% ankietowanych w młodszej grupie i 91% w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

Z danych w artykule „Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów” [13] wynika, iż 90% respondentów akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych, natomiast 4,2% osób jest przeciwna takim zabiegom [13].

W prowadzonym badaniu 89% ankietowanych w młodszej grupie i 91% w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

Przeprowadzone badania wykazują, iż 70,8% ankietowanych mogłoby być dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia [13].

W badaniu na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgadziłoby się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat i aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie.

Z przedstawionych danych wynika, iż 75% respondentów zgodziłaby się, aby w celu przeszczepienia go innej osobie, po ich śmierci pobrano jakiś narząd, 5,8% osób nie zgodziłoby się [13].

W badaniu na pobranie swoich narządów po śmierci niezależnie kto byłby biorcą zgodziło się aż 55% ankietowanych młodszych, a 14% osób wyłącznie bliskiej osobie. 56% ankietowanych starszych wyraziło chęć na oddanie swoich narządów po śmierci, niezależnie kto był by biorcą, a 17% tylko jeśli byłaby to bliska osoba.

W badaniach opisanych w artykule „Postawy studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku wobec dawstwa narządów” [14] 84,2% badanych poparła przeszczepianie narządów od osób zmarłych. Zaledwie 0,6% opowiedziało się ankietowanych przeciwko takiej metodzie [14].

W prowadzonym badaniu 89% ankietowanych w młodszej grupie i 91% w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

Większość respondentów (77,7%) wyraziłaby zgodę na oddanie narządów do transplantacji w sytuacji wystąpienia u siebie śmierci mózgowej [14].

W badaniu na pobranie swoich narządów po śmierci niezależnie kto byłby biorcą zgadziło się aż 55% ankietowanych młodszych, a 14% osób wyłącznie bliskiej osobie. 56% ankietowanych starszych wyraziło chęć na oddanie swoich narządów po śmierci, niezależnie kto byłby biorcą, a 17% tylko jeśli byłaby to bliska osoba.

Zgodę na oddanie narządów bliskich, gdy stwierdzi się u nich śmierć mózgową wyraziło 59,4% respondentów [14].

Ankietowani w 31% w grupie młodszej w przypadku śmierci bliskiej osób zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 20% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby. W grupie starszej w przypadku śmierci bliskiej osoby 38% ankietowanych zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 18% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby.

Badanych zapytano też o zgodę na oddania narządów osobie, która jest w potrzebie. Prawie połowa ankietowanych (45,9%) zadeklarowała wyrażenie zgody na dawstwo narządów osobie będącej w potrzebie „nawet za życia”. 22,8% deklaroowało gotowość oddania narządu nawet osobie nieznaomej, ale potrzebującej, natomiast 5,1% osobie znajomej [14].

W badaniu na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgodziło się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat i aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie.

„Pielęgniarki wobec problemu transplantacji,, [15] opisuje badania, w których pielęgniarki w 75% wskazały, że akceptują w pełni przeszczepienie narządów lub tkanek od dawców żywych - jako jedną z metod leczenia [15].

W prowadzonym badaniu 89% ankietowanych w młodszej grupie i 91% w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

50% pielęgniarek udzieliło twierdzącej odpowiedzi na pytanie dotyczące pobrania narządów od kogoś z członka rodziny w przypadku śmierci. 59% pielęgniarek zdecydowanie wolałoby wiedzieć o fakcie pobrania narządów z ciała bliskiej jej osoby zmarłej, 20% zgodziłoby się z decyzją zespołu, a 8% chciałaby wiedzieć kto otrzymał narządy [15].

Ankietowani w grupie młodszej w przypadku śmierci bliskiej osoby 31% ankietowanych zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 20% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby. W grupie starszej w przypadku śmierci bliskiej osoby 38% ankietowanych zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast 18% osób tylko dla ratowania bliskiej osoby. 53% ankietowanych młodszych i 25% starszych uważa, że biorca powinien poznać dawcę.

Wiosną 2002 roku przeprowadzone zostały badania, w których wzięli udział mieszkańcy województwa śląskiego [16]. Uzyskane wyniki pokazują, że 65% ankietowanych uważa, że to decyzja członków rodziny odnośnie transplantacji powinna stanowić podstawę do pobierania narządów od zmarłego. W opinii 78% respondentów przeszczep ratuje życie drugiemu człowiekowi [16].

W przeprowadzonym badaniu 74% ankietowanych młodych i 66% starszych respondentów było zdania, że lekarze powinni uszanować wolę rodziny sprzeciwiającej się na pobranie od bliskiej zmarłej im osoby narządów i tkanek. 89% ankietowanych w młodszej grupie wiekowej i 91% respondentów w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

Opinia mieszkańców Podkarpacia [17] pokazuje, iż respondenci (87,75%) zgodziłoby się na oddanie własnej nerki dla ratowania najbliższej rodziny [17].

W badaniu na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgładziłoby się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat i aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie.

Z raportu badań opracowany przez Kośmider – Cichomską [18] wynika, że zdecydowana większość Polaków (78%) w wieku powyżej 15 lat akceptuje pobieranie narządów od zmarłych w celu ratowania życia osobom chorym i ich leczenia [18].

Ankietowani w 89% w młodszej grupie wiekowej i 91% w starszej grupie wiekowej uważało za słuszne przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innym osobom lub poprawy ich stanu zdrowia.

W analizie badań Pietruszki oraz Falkowskiej - Pijagin [19] 56% osób ankietowanych byłoby gotowa oddać swój narząd za życia [19]. W ocenie badań Gorzkiewicz B. i wsp. [20] aż 97% respondentów byłaby w stanie osobie spokrewnionej bądź bliskiej oddać nerkę za życia [20].

W badaniu na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgadziliby się 42% ankietowanych w wieku 18-20 lat, a 27% nie zależnie kto byłby biorcą.

Aż 74% osób w wieku 50+ lat zgodziłoby się oddać nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie w potrzebie, a 18% nawet niespokrewnionej osobie.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy społeczeństwa w przedziale wiekowym 18-20 lat oraz 50+ na temat transplantacji jest na porównywalnym poziomie. Ankietowani znają ogólne zagadnienia na temat transplantologii. Informacje te jednak nie są usystematyzowane.
2. W grupie badanej 50+ więcej osób chciałoby oddać swoje narządy obcej osobie oraz przekazać bliskiej osobie w potrzebie po swojej śmierci niż w grupie 18-20. W grupie wiekowej starszej na przekazanie bliskiej osobie swojej nerki bądź fragmentu wątroby zgadzała się większa ilość ankietowanych. Natomiast większa ilość osób w grupie młodszej przekazałoby nawet niespokrewnionej osobie narządy.
3. W grupie młodszej, w przypadku śmierci bliskiej osoby, mniej osób zgodziłoby się na pobranie jej organów do przeszczepu dla innej osoby, natomiast więcej dla ratowania bliskiej osoby. Wśród grupy 18-20 lat mniej osób rozmawia ze swoimi bliskimi na temat transplantacji i woli przekazania narządów.
4. Ankietowani w obu grupach uważają, że rodziny nie chcą wyrażać zgody na pobranie narządów od ich zmarłych bliskich ze względów emocjonalnych i przekonań religijnych. Ok. 90% osób młodszych i osób starszych zgadza się z ideą transplantacyjną, aby przeszczepiać narządy w celu ratowania ludzkiego życia. Ok. 60% w obu grupach respondentów uważało, że ilość dawców narządów jest zbyt niska. Według ankietowanych na ilość transplantacji w Polsce wpływa najczęściej: brak zgody rodziny na pobranie organów, poglądy religijne. Młodszy respondenci podają również aspekty etyczne oraz źle funkcjonująca chroń zdrowia, a starsi błędne przekonanie, iż kryterium śmierci mózgu są niewystarczające.
5. Według badań wiedza pochodzi głównie z Internetu i telewizji. Dużą możliwością dotarcia do osób starszych jest prasa, a u osób młodszych odpowiednia edukacja szkolna. Ankietowani uważają za słuszne akcje społeczne w mediach na temat transplantacji. Na szerzenie wiedzy wśród społeczeństwa na temat transplantacji mogłyby wpłynąć najbardziej: pogadanki w szkołach dla młodzieży, spoty telewizyjne, ogólnospołeczne konferencje oraz informacje udzielane przez personel POZ.

PIŚMIENNICTWO

1. Guzik-Makaruk Ewa M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium prawno porównawcze. Wyd. Temida 2, Białystok 2008.
2. Paszkowska M.: Dopuszczalność prawna transplantacji jako metody leczenia. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. Wydawnictwo UR 2011, Rzeszów 2011, 4: 545–55.
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005 nr 169 poz. 1411).
4. Madecki M.: Religie świata a transplantacje. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016; 10: 139-144.
5. Olejniczak E., Kukiela B.: Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa. Wyd. Folia Linguistica, Łódź, 2012.
6. Milecka A., Czerwiński J. Rola i zadania koordynatora transplantacji. W: Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A. (red.). Wytyczne dotyczące zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. *Via Medica*, Gdańsk 2009: 45–56.
7. Nieszporek T., Więcek A.: Kwalifikacja chorych do przeszczepienia nerki [w:] *Transplantologia kliniczna. Przeszczepy wielonarządowe*, Cierpka L., Durlik M. (red.). Wyd. Termedia, Poznań 2015, 17-33.
8. Wawrzynowicz-Syczewska M.: Transplantacja wątroby [w:] *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*, Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa 2017, 256-267.
9. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Transplantacje narządów w perspektywie transkulturowej. *Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2016; 1: 52-60.
10. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G., Naszydlowska E., Koziel D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health* 2013, 48(1): 40-45.
11. Woźniak I.: Wiedza o transplantacji narządów i postawy społeczeństwa wobec problemu oddawania narządów do przeszczepów. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005, 1 (9): 9-12.
12. Lisiecki T., Płocka-Molińska M., Kędziora-Kornatowska K.: Postawy społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004: 296-302.

13. Humańska M., Dudek K. M.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów [w:] Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Toruń 2017.
14. Lisowska D. , Budzińska K., Ścieranka M., Mazur A., Smoleń E.: Postawy studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej IM. Jana Grodka w Sanoku wobec dawstwa narządów. *Journal of Education, Health and Sport* 2017, 7(8):1684-1699.
15. Siennicka K. M., Marczewski K.: Pielęgniarki wobec problemu transplantacji. *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2018, 3 (1): 55–83.
16. Kosmala J, Kowal K.: Reakcje rodziny jako element warunkujący zabiegi transplantacyjne w opiniach środowiska medycznego [w:] *Dar życia i jego społeczny kontekst. Zabiegi transplantologiczne w świadomości społecznej*, Pawica B, Szczepański MS. (red.). Tychy 2003: 40–54.
17. Majchrowicz B., Kalita K.: Postawy wybranych grup społecznych wobec świadomej zgody na pobieranie narządów do przeszczepów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2012, 1: 86–97.
18. Kośmider – Cichomska A.: Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań. IPSOS, Warszawa 2002: 4-56.
19. Pietruszka M., Falkowska – Pijagin.: Zjawisko transplantacji w opinii środowiska medycznego Szpitala Ogólnego w Kolnie. *Zeszyty Naukowe* 2009; 40: 21-36.
20. Gorzkowicz B., Majewski W., Tracz E i wsp.: Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18, 2: 111–116.

OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY - PIELEGNOWANIE PACJENTA

Anita Zakrzewska-Piekut¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Ogólno psychiatryczny VI, SPPZOZ w Choroszczy
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Ostre zespoły wieńcowe powstają na skutek nagłego zaburzenia ilości dostarczanego tlenu do mięśnia sercowego a jego zapotrzebowaniem. Dzielimy je na niestabilną dławicę piersiową, zawał z uniesieniem załamka ST (STEMI) oraz zawał bez uniesienia załamka ST (NSTEMI).

Aby stwierdzić wystąpienie OZW muszą współlistnieć trzy czynniki:

- 1) Bodziec zewnętrzny bądź wewnętrzny uszkadzający blaszkę,
- 2) Podatność blaszki na uszkodzenie, przez którą bodziec uszkadzający jest w stanie spowodować nadżerkę bądź pęknięcie,
- 3) Skłonność do tworzenia zakrzepów wewnątrz naczynia [1,2].

1. Niestabilna dławica piersiowa

Niestabilna dławica piersiowa powstaje na skutek szybkiego zwężania światła naczynia wieńcowego [1].

2. Zawał mięśnia sercowego

Zawał mięśnia sercowego powstaje na skutek zamknięcia tętnicy wieńcowej co w konsekwencji prowadzi do martwicy mięśnia sercowego. Ostry zawał serca występuje w postaci uniesień odcinka ST w zapisie elektrokardiograficznym nazywany „zawał STEMI” oraz bez uniesień odcinka ST w EKG zwany „zawał NSTEMI”. Zawał serca NSTEMI powoduje świeże bądź narastające ograniczenie przepływu krwi przez tętnice wieńcowe. Poza objawami w badaniu podmiotowym i przedmiotowym występuje wzrost stężenia markerów martwicy w surowicy krwi. Pacjenci stanowią niejednorodną grupę, ze względu na złożony patomechanizm choroby. Obejmuje on zakrzepicę na pękającej blaszce miażdżycowej,

zwiększające się zwężenie tętnicy ze skurczem tętnicy, co w konsekwencji doprowadza do ograniczenia podaży tlenu w stosunku do zapotrzebowania mięśnia sercowego. Zawał serca STEMI powstaje na skutek ograniczenia bądź zahamowania przepływu krwi przez tętnicę wieńcową wskutek skrzepliny powstałej w miejscu pękniętej blaszki miażdżycowej. Poza objawami w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, wzrostem stężenia troponin sercowych uwidacznia się uniesienie odcinka ST w zapisie EKG [1,2].

Po raz pierwszy zawał mięśnia sercowego opisano w 1912r. Choroba dotyczyła głównie ludzi starszych oraz występowała rzadko. Od 1920 roku nastąpiła tendencja wzrostowa zapadalności na tę chorobę. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych dwudziestego wieku doszło do maksymalnej zapadalności i umieralności na zawał mięśnia sercowego. Na chwilę obecną zawał serca stanowi obok chorób nowotworowych, najczęstszą przyczynę zgonów. Częstość zawałów STEMI w Polsce to ponad 100000 przypadków, z czego kobiety stanowią ok 25-30%. Osób hospitalizowanych jest natomiast około 50000 przypadków. Mimo rozwoju i postępu medycyny zawał mięśnia sercowego charakteryzuje się wysoką śmiertelnością sięgającą do 40%. Jest również główną przyczyną nagłych zgonów sercowych również u osób, u których nie stwierdzono uprzednio problemów kardiologicznych [1,2,3,4].

Wraz ze wzrostem edukacji wśród społeczeństwa i zmian nawyków, zmniejszyło się występowanie ostrego zawału mięśnia sercowego. Przyczyniły się do tego następujące czynniki:

- Modyfikacja czynników ryzyka.
- Edukacja pacjenta w zakresie skutków palenia tytoniu.
- Lepsze warunki socjoekonomiczne.
- Rozwój w dziedzinie farmakologii.
- Stale zwiększająca się ilość pracowni hemodynamicznych oraz Oddziałów Intensywnej Opieki Kardiologicznej.
- Zwiększona rola rehabilitacji kardiologicznej.
- Ocena ryzyka po wystąpieniu zawału [5].

Etiologia i patogeneza

Zawał mięśnia sercowego jest jednym z powikłań choroby niedokrwiennej serca. Do wystąpienia zawału serca predysponują te same czynniki, które występują w chorobie wieńcowej i należą do nich:

- Płęć

- Wiek
- Cukrzyca
- Hiperlipidemia
- Nadciśnienie tętnicze krwi
- Nikotynizm
- Stres
- Złe nawyki żywieniowe, otyłość
- Zbyt mała aktywność fizyczna [6,7].

Martwica mięśnia sercowego, powstaje na skutek nie wystarczającej ilości tlenu w stosunku do zapotrzebowania.

W niemal 90% przypadków za rozwój zawału mięśnia sercowego odpowiedzialne są zmiany w tętnicy wieńcowej. Zwężenia spowodowane są przez zmiany miażdżycowe. Bezpośrednio na zwężenie bądź zamknięcie naczynia wpływa oderwanie blaszki miażdżycowej i krwawienie. Martwica rozpoczyna się po upływie 15-30 minut od zaprzestania przepływu krwi.

Na dynamikę objawów wpływa wiek pacjenta, gdyż w przypadku osób starszych często dochodzi do wytworzenia krążenia obocznego, który spowalnia proces rozwoju martwicy oraz wielkości zamkniętego naczynia. Zawał mięśnia sercowego występuje zazwyczaj w godzinach od 6 rano do 12 w południe, prawdopodobnie ze względu na zwiększoną aktywność adrenergiczną oraz zwiększoną agregację płytek krwi. Do przyczyn zawału mięśnia sercowego zaliczamy:

- Makroangiopatia,
- mikroangiopatia,
- skurcz naczyń wieńcowych,
- wady naczyń wieńcowych,
- poliglobulia,
- zatrucie tlenkiem węgla,
- przedawkowanie narkotyków
- niedokrwistość,
- niewydolność oddechowa.

Konsekwencje jakie zostaną spowodowane przez niedokrwienie mięśnia sercowego zależą od wielkości obszaru oraz czasu niedokrwienia. Najczęstszą lokalizacją zawału

mięśnia sercowego jest komora lewa, jednak martwica może wystąpić w każdym obszarze mięśnia sercowego [1,7,8,9,10].

Objawy kliniczne

Objawy kliniczne możemy podzielić na podmiotowe, czyli takie, które odczuwa i zgłasza chory oraz przedmiotowe, które są stwierdzone na podstawie obserwacji i badań.

- Objawy podmiotowe

a) Ból

- Najbardziej charakterystycznym objawem jest ból zlokalizowany w klatce piersiowej, występujący za mostkiem o charakterze ucisku, gniecenia, pieczenia, rozpierania, który często poprzedza wysiłek bądź stres.
- Może promieniować do lewego barku, zdarza się, że występuje w obrębie szyi, pleców (promieniowanie do okolicy międzyłopatkowej), żuchwy. Przy wystąpieniu zawału ściany dolnej ból może lokalizować się w okolicy nadbrzusza.
- Ból utrzymuje się powyżej 20 minut, bez poprawy po podaniu nitrogliceryny.
- Czynnikiem prowokującym może być stres, emocje, wysiłek fizyczny, bądź obfity posiłek.
- Natężenie bólu, nie jest zależne od pozycji w jakiej znajduje się pacjent

a) Dusznosc, występująca zwłaszcza u pacjentów starszych oraz przy ostrej niewydolności lewej komory

b) Osłabienie, zawroty głowy, omdlenie

c) Przy jednoczesnym wystąpieniu tachyarytmii, uczucie kołatania serca

d) Uczucie lęku, obawa przed śmiercią

- Objawy przedmiotowe

a) Stan podgorączkowy (występuje zazwyczaj u pacjentów z rozległym zawałem serca)

b) Bładość powłok skórnych, wzmożona potliwość, które pochodzą ze strony układu współczulnego na skutek silnego bólu

c) Tachykardia, czyli zwiększona częstotliwość pracy serca powyżej 100 uderzeń na minutę

d) Dodatkowe pobudzenia nadkomorowe wywołujące niemiarywość

e) Bradykardia, czyli zmniejszona częstotliwość pracy serca poniżej 60 uderzeń na minutę.

Występuje rzadko, głównie w zawałe dolnej ściany serca.

f) Wzrost ciśnienia tętniczego krwi, głównie na skutek bólu.

g) Wystąpienie szmerów nad sercem

- Przejściowy szmer skurczowy (w przypadku zawału ściany dolnej serca)

- Nagle pojawiający się, głośny szmer występujący nad koniuszkiem

h) Sinica obwodowa zazwyczaj pojawia się na skutek wstrząsu kardiogenego [7,8,9,10,11].

Diagnostyka

1. Badanie przedmiotowe

- a) Badanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury powierzchniowej ciała, liczby oddechów, przytomności.
- b) Badanie wydolności układu oddechowego, np. poprzez kontrolę nasycenia hemoglobiny krwi obwodowej tlenem pulsoksymetrem.
- c) Ocena stanu skóry - wilgotność i bladość może świadczyć o rozpoczynającym się wstrząsie
- d) Badanie żył szyjnych
- e) Osluchanie płuc
- f) Osluchanie serca

2. Badania laboratoryjne

- a) Pełna morfologia krwi
- b) Elektrolity
- c) INR (International Normalized Ratio) – wskaźnik krzepnięcia krwi
- d) Troponiny sercowe I i T, pobierane z krwi surowiczej krwi, których podwyższona wartość świadczy o wystąpieniu zawału mięśnia sercowego. Troponina T jest najbardziej czułym i swoistym markerem martwicy mięśnia sercowego. Stężenie troponin wzrasta już po ok 3h od wystąpienia zawału.
- e) Stężenie białka CK-MB, jest to kinaza keratynowa specyficzna dla mięśnia sercowego
- f) Mioglobina – pojawia się najszybciej, jednak nie powinna stanowić podstawy diagnostyki, ze względu na brak swoistości dla mięśnia sercowego.
- g) Stężenie fibrynogenu i CRP w osoczu
- h) Leukocyty – między drugą a czwartą dobą pojawia się szczyt leukocytozy [9,10,11,12,13].

3. Elektrokardiografia

U Każdego pacjenta z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego należy wykonać 12 odprowadzeniowe EKG. W zawale z uniesieniem odcinka ST – STEMI, występuje uniesienie załamka ST powyżej bądź równe 1mm w dwóch sąsiadujących odprowadzeniach. Wyjątkiem są odprowadzenia V₂ i V₃, które zależą od dwóch czynników:

- a) Mężczyźni powyżej 40.rz. $\geq 2,5\text{mm}$, poniżej 40.rz. $\geq 2\text{mm}$
- b) Kobiety niezależnie od wieku $\geq 1,5\text{mm}$.

U części chorych nie obserwuje się zmian w pierwszym zapisie EKG, jeśli zostało wykonane wkrótce po pojawieniu się pierwszych objawów. Kolejne zapisy ukazują dynamikę i postęp zawału [8,11,14].

4. Echokardiografia

Badanie istotne w różnicowaniu zawału z bólem w klatce piersiowej innego pochodzenia. Pozwala na wykrycie zatorowości płucnej, tętniaka rozwarstwiającego aorty czy zapalenia osierdzia. Echokardiografia pozwala również na wykryciu powikłań zawału, do których mogą należeć pęknięcie ściany serca, ponowny zawał, pęknięcie przegrody międzykomorowej. Powikłania te, występują stosunkowo rzadko. Badanie te, pozwala na ocenę rozległości zmian martwiczych [14].

5. Angiografia wieńcowa

Wykonanie tego badania pozwala na ocenę drożności naczyń wieńcowych. Podanie środka kontrastowego i obserwacja wypełnienia nim naczyń pozwala na ocenę rozszerzenia bądź zwężenia naczynia, określenie ilości naczyń, które zostały zmienione chorobowo. Jeśli naczynie jest całkiem zamknięte środek kontrastowy nie przechodzi dalej. W przypadku pacjentów z zawałem mięśnia sercowego, angiografię wieńcową można rozszerzyć o część leczniczą. Angioplastykę wykonuje się w celu poszerzenia naczyń, które zostały zwężone bądź zamknięte. W niektórych przypadkach konieczne jest wszczepienie stentów [14,15].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka możemy podzielić na modyfikowalne, czyli zależne od pacjenta, oraz niemodyfikowalne, czyli takie na których wystąpienie pacjent wpływu nie posiada [6,9,14,16].

Leczenie i powikłania zawału mięśnia sercowego

Wystąpienie zawału mięśnia sercowego wymaga szybkiej interwencji lekarskiej. Leczenie można podzielić na dwa etapy, przedszpitalną pomoc medyczną oraz szpitalną, do której dochodzi zazwyczaj na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. W ciągu pierwszych godzin od wystąpienia objawów zawału mięśnia sercowego dochodzi do największej ilości zgonów. U znacznej części pacjentów do nagłego zatrzymania krążenia dochodzi na skutek migotania komór. Przy szybkiej interwencji medycznej jest to mechanizm zatrzymania krążenia, który daje duże szanse na powrót czynności życiowych. Z tego powodu niezwykle ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie monitorowania, które pozwoli na szybkie wykrycie zaburzeń rytmu serca. Pacjent z objawami klinicznymi powinien zażyć

nitraty w dawce 0,4 mg s.l. co 5 minut nieprzekraczającej łącznej ilości trzech dawek. Nitrogliceryna zmniejsza dolegliwości bólowe oraz wpływa korzystnie na hemodynamikę poprzez rozszerzanie naczyń żylnych oraz rozkurczanie tętnic wieńcowych. Przeciwwskazaniem do stosowania nitratów jest ciśnienie tętnicze krwi $<90\text{mmHg}$ bądź podejrzenie zawału ściany dolnej. Badania naukowe udowodniły zmniejszoną śmiertelność u osób, u których zostało zastosowane leczenie przeciwplatekcyjne. U pacjenta, u którego występują objawy wskazujące na OZW należy niezwłocznie podać nasycającą dawkę kwasu acetylosalicylowego (ASA) w dawce 300 mg. Heparyna niefrakcjonowana w połączeniu z ASA uzupełniają leczenie fibrynolityczne. Dawka wynosi $70\text{--}100\text{mg/kg.m.c. iv}$. Kolejnym lekiem stosowanym przez Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) jest kłopidogrel w dawce 300mg, bądź 600mg u pacjentów którzy zostaną skierowani na PCI. Zamiennie wykorzystywany jest ticagrelor w dawce 180mg. Oprócz leczenia przyczynowego ostrych zespołów wieńcowych należy zastosować leczenie przeciwbólowe. U pacjentów, u których nitraty nie wykazały wystarczającego działania przeciwbólowego podaje się morfinę. Dawka początkowa to 3-5mg w zależności od nasilenia bólu. Morfina wykazuje również działanie uspokajające. Tlen należy podać tylko w przypadku objawów niewydolności oddechowej bądź spadku saturacji $<94\%$. Pacjent może być transportowany do szpitala jedynie w pozycji leżącej, bądź na krześle kardiologicznym [14,17].

Po przyjeździe pacjenta na oddział należy podjąć decyzje wyboru metody reperfuzji. Oprócz tego pacjent powinien być zmonitorowany, wykonane EKG, przeprowadzony wywiad, badanie fizykalne, oraz pobrana krew. Należy zastosować fibrynolizę, pierwotną PCI (percutaneous coronary intervention, angioplastyka tętnicy wieńcowej) bądź połączenie obu tych metod. Leczenie fibrynolityczne należy zastosować jeśli czas od wystąpienia objawów przekracza 120 min bądź szpital nie dysponuje oddziałem, który pozwoli na przeprowadzenie PPCI. W leczeniu fibrynolitycznym najczęściej wykorzystywanym lekiem jest alteplaza. Stosuje się również tenekteplazę bądź streptokinazę. Fibrynoliza jest najbardziej skuteczna po wdrożeniu jej przed upłynięciem 2 godzin od wystąpienia niedokrwienia. Istnieją również przeciwwskazania do wykonania fibrynolizy [14,17,18,19].

Przeciwwskazania bezwzględne do wykonania fibrynolizy:

- Udar mózgu bez wskazanej przyczyny
- Krwawienie śródczaszkowe
- Udar niedokrwienny mózgu, jeśli wystąpił ostatnich 6 miesięcy
- Uszkodzenie OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy)

- Uraz bądź operacja w przeciągu 3 tygodni
- Skaza krwotoczna
- Rozwarstwienie aorty
- Krwawienie z przewodu pokarmowego w przeciągu miesiąca [19,20,21].

Przeciwwskazania względne do wykonania fibrynolizy:

- Leczenie przeciwzakrzepowe
- Ciąża oraz pierwszy tydzień połogu
- Nadciśnienie niereagujące na leczenie $>180\text{mmHg}$
- Infekcyjne zapalenie wsierdza
- Zaawansowana choroba wątrobowa.

PCI może zostać wykonana u pacjentów, u których występują przeciwwskazania do leczenia fibrynolitycznego. Również w przypadku tej metody dochodzi do powikłań, mimo że zmniejsza w dużej mierze śmiertelność u pacjentów [19,20,21].

Powikłania PCI:

- Udar mózgu
- Tamponada serca
- Zamknięcie bocznej gałęzi zamykanej tętnicy
- Reakcja uczuleniowa na podany środek kontrastowy
- Zaburzenia rytmu serca [21].

Do powikłań zawału mięśnia sercowego należą:

- Pęknięcie wolnej ściany serca
- Pęknięcie przegrody międzykomorowej
- Ostra niedokrwienność niedomykalność mitralna
- Zaburzenia rytmu serca tj. migotanie komór, migotanie i trzepotanie przedsionków
- Wstrząs kardiogeny
- Ostra niewydolność serca powstała na skutek rozległego niedokrwienia [14].

Zadania pielęgniarki

- Poinformowanie chorego o czynnościach pielęgniarskich wykonywanych względem pacjenta
- Ocena zaburzeń hemodynamicznych
- Reakcja na zgłoszenia odczuwania bólu
- Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych

- Właściwe ułożenie chorego
- Kaniulacja żyły
- Podaż tlenu w zależności od saturacji pacjenta
- Monitorowanie pacjenta, kontrola parametrów życiowych.
- Udział w badaniach, pobieranie krwi do badań
- Zapobieganie powikłaniom
- Pomoc choremu w zabiegach pielęgnacyjnych
- Udzielenia wsparcia emocjonalnego
- Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny

Rehabilitacja kardiologiczna

Rehabilitacja kardiologiczna powoduje zmniejszenie ryzyka negatywnych skutków unieruchomienia. Rehabilitacja ma za zadanie:

- Poprawę wydolności serca
- Pomoc w zaakceptowaniu choroby i ograniczeniach z niej wynikających
- Zmniejszenie skutków unieruchomienia
- Zmiana złych nawyków
- Poprawa stanu psychicznego i fizycznego
- Zmniejszenie strachu, zapobieganie rozwojowi depresji
- Uświadomienie pacjentowi konieczności zmiany stylu życia w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia ponownego epizodu zawałowego.

Pierwszym etapem jest doprowadzenie pacjenta do jak najszybciej samodzielności. Pierwszego dnia po zabiegu pacjent powinien zostać w bezruchu.

Drugiego dnia należy wdrożyć bierne ruchy w łóżku trzeciego zaś pozycja siedząca z nogami wiszącymi, pionizacja przy łóżku, w kolejnych dniach pacjent stara się chodzić po korytarzu oraz do toalety.

Drugi etap ma na celu zwiększenie tolerancji wysiłkowej oraz wydolności krążenia. W trzecim etapie najważniejszym jest podtrzymanie dotychczas osiągniętych efektów.

Jego czas trwania jest najdłuższym i powinien trwać do końca życia. Korzystne efekty uzyskuje się dzięki zmniejszeniu czynników ryzyka, zakończeniu palenia tytoniu, obniżeniu i regulacji ciśnienia tętniczego krwi, wyrównaniu poziomu lipidów we krwi.

Jeśli rehabilitacja zostanie wdrożona wcześniej istnieje mniejsze ryzyko wystąpienia ponownego zawału oraz jest znacznie poprawia się jakość życia pacjenta [22,23].

Nagły zgon sercowy

Definicja nagłego zgonu sercowego (Sudden Sardiatic Heath – SCD) była niejednokrotnie zmieniana. Obecnie SCD definiuje się jako „naturalny zgon z powodów sercowych, poprzedzony nagłą utratą przytomności, gdy objawy poprzedzające wystąpiły nie wcześniej, niż przed jedną godziną” . Cechami, które klasyfikują zgon do SCD jest brak wystąpienia urazu oraz to, że jest niespodziewany. Główną przyczyną wystąpienia nagłych zgonów sercowych jest choroba wieńcowa serca oraz niewydolność serca. Ryzyko wystąpienia SCD jest tym większe, im więcej przyczyn powodujących chorobę wieńcową i niewydolność serca występuje u pacjenta. Do czynników możemy zaliczyć płeć męską, nadciśnienie tętnicze krwi, otyłość, palenie papierosów, wysoki poziom LDL (low-density lipoprotein- lipoproteina niskiej gęstości), cukrzyca, wystąpienie choroby wieńcowej w wywiadzie rodzinnym[24,25].

W większości przypadków do SCD dochodzi na skutek migotania komór (Ventricular Fibrillation, VF) bądź częstoskurcz komorowy (Ventricular Tachycardia, VT), który jest niestabilny hemodynamicznie. Zdarza się, że bezpośrednim mechanizmem nagłego zgonu sercowego jest bradykardia z zaburzeniami rytmu serca, która przechodzi w asystolie bądź PEA (pulseless electrical activity, aktywność elektryczna bez tętna) [24,25].

CELE PRACY

Niniejsza praca ma na celu:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po zawale mięśnia sercowego.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki.
3. Opracowanie zaleceń dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego z uwzględnieniem diety oraz trybu życia.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem został objęty 84letni pacjent, hospitalizowany od 10.02.2020 do 18.02.2020 na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Na Oddział pacjent został przywieziony przez ZRM z powodu podejrzenia zawału mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST a wobec niego zostało wdrożona pierwotna PCI.

Materiał został zgromadzony na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej (historii choroby, indywidualnej karcie zleceń lekarskich) oraz pomiarów. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku

71 letni pacjent został przywieziony na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku przez Zespół Ratownictwa Medycznego. ZRM został wezwany do bólu w klatce piersiowej utrzymującego się od 20 minut. Hospitalizowany z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego-zawału ściany dolnej z uniesieniem odcinka ST.

Ból w klatce piersiowej wystąpił 02.01.2020r o godzinie 5:30. O godzinie 6 pacjent wezwał ZRM.

Pacjent zgłosił ból promieniujący do lewego barku, w skali VAS oceniony przez pacjenta na 7. O 6:15 został przywieziony na Oddział.

Po przeprowadzeniu badań oraz uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań, pacjent został poddany koronarografii, w której stwierdzono 100% zamknięcie proksymalne gałęzi przedniej zstępującej.

Pacjenta poddano angioplastyce z założeniem stentu metalowego.

Stosowana farmakoterapia: Kwas acetylosalicylowy 300mg, Kłopidogrel 300mg.

W kolejnych dobach: Kwas acetylosalicylowy 75mgx1, Kłopidogrel 75mgx1, Ramipril 5mgx1, Bisoprolol 5mgx1, Spironolakton 25mgx1, Simwastatyna 40mg/dobę.

Badanie echokardiograficzne przeprowadzono w drugiej dobie hospitalizacji. Powiększenie lewej komory, przerost ściany lewej komory.

Badania laboratoryjne:

- Lipidogram: Cholesterol całkowity: 281 mg/dL, Trójglicerydy: 119 mg/dL, HDL-C: 54 mg/dL, LDL-C: 209mg/dL .
- Elektrolity: K+: 4,0 mmol/l, Na+: 149 mmol/l, Cl-: 100 mmol/l.
- Pozostałe: Kinaza keratynowa :350, CK-MB: 100, Fibrynogen :375mg/dL, Troponina I: 870 µg/l, D-dimery: 1200, WBC – 15,9, RBC 2,98, HGB– 10, PLT– 470, CRP – 15,2.

Plan indywidualnej opieki pielęgniarskiej

Problem pielęgnacyjny 1: Ból w obrębie klatki piersiowej, spowodowany zawałem mięśnia sercowego

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Podjęte działania pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia, charakteru oraz czasu trwania dolegliwości bólowych
- Zastosowanie leczenia przeciwbólowego według Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich
- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja
- Kontrola czynności elektrycznej serca przy pomocy kardiomonitora
- Zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju
- Kontrola efektów leczenia p/bólowego oraz obserwacja zmian w parametrach życiowych

Ocena wykonanych działań: Cel osiągnięto, uzyskano zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Problem pielęgnacyjny 2: Ryzyko wystąpienie krwawienia/krwiaka w miejscu nakłucia tętnicy.

Cel: Ograniczenie ryzyka wystąpienia krwawienia, zatrzymanie krwawienia w sytuacji jego wystąpienia.

Podjęte działania pielęgniarskie:

- Poinformowanie pacjenta o konieczności pozostania w pozycji leżącej, ewentualnie z uniesieniem kończyny o 30 stopni
- Poinformowanie pacjenta o konieczności trzymania wyprostowanej kończyny oraz działaniach niepożądanych nagłego zginania bądź poruszania
- Kontrola opatrunku, nasiąknięcia charakteru treści
- W przypadku pojawienia się krwiaka obserwacja jego wielkości i ewentualnego narastania, wezwanie lekarza, usunięcie opatrunku i uciśnięcie miejsca nakłucia z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Wypełnienie łóżyska naczyniowego wlewem płynów iv. na zlecenie lekarza
- Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji co 15-30 min do poprawy stanu pacjenta

Ocena wykonanych działań: Uzyskano normalizację parametrów życiowych, ograniczenie skutków krwawienia.

Problem pielęgnacyjny 3: Deficyt wiedzy pacjenta na temat zabiegu PCI i jego konsekwencji

Cel: Dostarczenie pacjentowi wiedzy pacjenta na temat PCI.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Poinformowanie pacjenta o:
 - wskazaniach do zabiegu
 - poprawie jakości życia po wykonaniu zabiegu
 - podpisaniu zgony na wykonanie zabiegu
- Przygotowanie pacjenta do zabiegu, ewentualne ogolenie miejsca wkłucia
- Umożliwienie choremu kontaktu z lekarzem i rozmowy na temat leczenia i planowanego zabiegu.

Ocena wykonywanych działań: pacjent został po informowany o istocie zabiegu przez lekarza oraz podpisał zgodę na wykonanie zabiegu.

Problem pielęgnacyjny 4: Duszność spowodowana upośledzeniem pracy serca

Cel: Zmniejszenie duszności

Podjęte działania pielęgniarские:

- Kontrola saturacji, podłączenie pulsoksymetru
- Podanie tlenu przez węży tlenowe bądź maskę w zależności od wartości saturacji
- Ocena jakości i ilości oddechów
- Ułożenie półsiedzące
- Zadbanie o prawidłowy mikroklimat pomieszczenia
- Unikanie stresu przez pacjenta

Ocena wykonanych działań: Zmniejszenie uczucia duszności.

Problem pielęgnacyjny 5: Nudności i wymioty spowodowane podaniem środka kontrastującego

Cel: zmniejszenie nudności oraz zachowanie higieny w czasie wymiotów.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Ułożenie półsiedzące w celu zminimalizowania ryzyka zakrztuszenia wymiocinami
- Zapewnienie dostępu do miski nerkowatej i ligniny
- Pomoc w czynnościach higienicznych w przypadku zabrudzenia treścią wymiotną
- Wymiana pościeli w przypadku zabrudzenia wymiocinami
- Podaż leków przeciwwymiotnych zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich
- Obserwacja nasilenia nudności oraz ilości i jakości wymiotów

Ocena wykonanych działań: Nudności i wymioty ustąpiły.

Problem pielęgnacyjny 6: Strach przed kolejnym zawałem

Cel: Zmniejszenie niepokoju

Podjęte działania pielęgniarские:

- Pomoc w adaptacji pacjenta do warunków szpitalnych oraz pogodzenia się z chorobą
- Pozytywne nastawienie pacjenta do personelu medycznego i wzbudzenie chęci współpracy
- Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
- Zapewnienie spokoju
- Okazanie zrozumienia.
- **Ocena wykonywanych działań:** Pacjent stał się spokojny.

Problem pielęgnacyjny 7: Dyskomfort spowodowany unieruchomieniem

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu

Podjęte działania pielęgniarские:

- Zaspokojenie potrzeb
- Pomoc w uruchamianiu
- Troskliwe podejście do pacjenta
- Pomoc w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych, tj. podanie kaczki, basenu
- Pomoc przy zmianie bielizny osobistej

Ocena wykonywanych działań: Niepokój pacjenta został zmniejszony.

Problem pielęgnacyjny 8: Trudności z wypróżnieniem

Cel: Ułatwienie wypróżnienia

Podjęte działania pielęgnacyjne:

- Nawodnienie pacjenta
- Podanie leków wypróżniających na zlecenie lekarza
- Wykonanie lewatywy przy braku poprawy po zażyciu leków na zlecenie lekarza
- Zapewnienie dostępu do basenu

Ocena wykonywanych działań: Chory wypróżnił się.

Problem pielęgnacyjny 9: Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył w obrębie unieruchomionej kończyny.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakrzepicy

Podjęte działania pielęgnacyjne:

- Monitorowanie parametrów układu krzepnięcia
- Ocena palpacyjna kończyny, obserwacja w kierunku zmian sugerujących zakrzepicę
- Kontrola tętna na tętnicy kończyny
- Poinformowanie o konieczności zgłaszania mrowienia, zaburzeń czucia

Ocena wykonywanych działań: U pacjenta zakrzepica nie wystąpiła.

Problem pielęgnacyjny 10: Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn

Podjęte działania pielęgniarские:

- Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn, użycie skali Norton
- Prowadzenie karty odleżyn
- Zmiana pozycji ciała co 2,5h
- Staranne naciąganie pościeli
- Obserwacja skóry pod kątem otarć, zaczerwień
- Pielęgnacja skóry w miejscach, w których jest zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn
- Zmiana pampersów i toaleta ciała pacjenta
- Dokładne osuszanie skóry pacjenta po zabiegach pielęgnacyjnych
- Udokumentowanie działań pielęgniarских
- Wczesne uruchamianie pacjenta dostosowane do stanu ogólnego

Ocena wykonywanych działań: Właściwa pielęgnacja oraz obserwacja spowodowały, że u pacjenta nie doszło do rozwoju odleżyn.

Problem pielęgnacyjny 11: Deficyt wiedzy na temat choroby

Cel: Zwiększenie poziomu wiedzy

Podjęte działania pielęgniarские:

- Poinformowanie pacjenta o korzyściach wynikających ze stosowania diety niskocholesterolowej i niskosodowej
- Poinformowanie o korzyściach wynikających z ograniczenia picia mocnej herbaty.
- Uświadomienie pacjenta o szkodliwości palenia papierosów.
- Wykazanie związku między paleniem papierosów i ryzykiem wystąpienia zawału mięśnia sercowego.
- Edukacja odnośnie metod ułatwiających rzucenie palenia.
- Wykazanie pozytywnych aspektów spędzania czasu na świeżym powietrzu.

- Przekazanie wiedzy odnośnie rozpoznania objawów zawałowych i zalecenie wezwania ZRM
- Edukacja pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

Ocena wykonywanych działań: Pacjent został wyedukowany.

Problem pielęgnacyjny 12: Uzależnienie od nikotyny, która jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego

Cel: Przekonanie pacjenta o konieczności rezygnacji z palenia wyrobów nikotynowych.

Podjęte działania pielęgniarские:

- Edukacja pacjenta na temat negatywnego wpływu papierosów na układ sercowo-naczyniowy.
- Przedstawienie wyrobów farmaceutycznych, które mogą być pomocne w rezygnacji z palenia
- Przedstawienie ulotek i broszur informacyjnych o szkodliwości palenia papierosów
- Przedstawienie korzyści finansowych wynikających z rzucenia palenia
- Zaproponowanie rozmowy z psychologiem

Ocena wykonywanych działań: Pacjent wykazuje zainteresowanie tematem rzucenia papierosów. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Zalecenia dla pacjenta po wyjściu ze szpitala

Po wyjściu ze szpitala pacjent powinien regularnie zażywać wypisane leki. Nieocenione w pierwszych dniach po hospitalizacji jest wsparcie osób najbliższych. Niemniej należy pamiętać, aby pacjent w miarę swoich możliwości mógł rozwijać rozpoczęte podczas hospitalizacji uruchamianie. Jeśli lekarz prowadzący nie widzi przeciwwskazań należy wykonywać drobne obowiązki domowe. Jeśli lekarz nie zaleci inaczej odpowiednią formą aktywności fizycznej są spacer. W przypadku wystąpienia bólu w klatce piersiowej należy niezwłocznie skonsultować się z lekarzem.

Osoba, u której wystąpił zawał mięśnia sercowego powinien niezwłocznie wprowadzać zasady zdrowego odżywiania. Należy zrezygnować z palenia papierosów, spożywania alkoholu oraz picia mocnej kawy. Substancje smoliste, które są zawarte a papierosach powodują wzrost tempa narastania blaszek miażdżycowych. Palenie powoduje przyspieszony proces zrostania stentów. Palenie bierne jest również niewskazane. W celu ułatwienia trudnego procesu jakim jest rzucenie palenia, pacjent może się wspomagać nikotynową terapią zastępczą w postaci plastrów bądź tabletek.

Zróżnicowana i dobrze zbilansowana dieta pozwala zmniejszyć ryzyko ponownego wystąpienia zawału. Pacjent powinien ograniczyć spożywanie nasyconych kwasów tłuszczowych oraz wykluczyć z diety izomery trans kwasów tłuszczowych, które są zawarte w wyrobach cukierniczych. Należy ograniczyć spożywanie soli do 3,5g dziennie. Dieta powinna być bogata w warzywa, owoce, ryby morskie oraz produkty pełnoziarniste.

Już w ciągu pierwszych dni po wyjściu ze szpitala i braku przeciwwskazań lekarskich, pacjent powinien wdrażać spacer w formie aktywności fizycznej. Przy braku dyskomfortu spowodowanego bólem bądź dusznością, powinno się wydłużać dystans. Intensywną aktywność jak np. jazda na rowerze powinno się rozpocząć po konsultacji z lekarzem.

Pacjent powinien być pod stałą opieką poradni kardiologicznej. Należy kontrolować parametry ciśnienia tętniczego krwi, oraz wagę. Nadciśnienie, otyłość zwiększają ryzyko ponownego wystąpienia zawału mięśnia sercowego.

WNIOSKI

1. Na podstawie wywiadu, przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej, wykonanych pomiarów oraz obserwacji pacjenta zostały wyłonione następujące problemy pielęgnacyjne:
 - Ból w obrębie klatki piersiowej, spowodowany zawałem mięśnia sercowego
 - Ryzyko wystąpienia krwawienia/krwiaka w miejscu nakłucia tętnicy.
 - Deficyt wiedzy pacjenta na temat zabiegu PCI i jego konsekwencji
 - Duszność spowodowana upośledzeniem pracy serca
 - Nudności i wymioty spowodowane podaniem środka kontrastującego
 - Strach przed kolejnym zawałem
 - Dyskomfort spowodowany unieruchomieniem
 - Trudności z wypróżnieniem
 - Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył w obrębie unieruchomionej kończyny.
 - Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem
 - Deficyt wiedzy na temat choroby
 - Uzależnienie od nikotyny, która jest czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego
2. Zebrany materiał badawczy pozwolił na opracowanie indywidualnego planu opieki dostosowanego do potrzeb i problemów pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Kośmicki M.:Choroba niedokrwienna serca Stabilna i niestabilna dławica piersiowa – budowa blaszki miażdżycowej i jej konsekwencje kliniczne. Kardiologia Oparta na Faktach, 2010, 2:137-151.
2. Budaj A., Bednarz B., Leśniak W.: Ostre zespoły wieńcowe. Medycyna praktyczna, 2019. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.5.2>.Data pobrania: 20.02.2020.
3. Januszewicz A., Naruszewicz M., Rużyłło W.: Postępowanie z chorym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym. Medycyna Praktyczna Kraków 2005.
4. PZH Narodowy instytut Zdrowia Publicznego: Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce” (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014.
5. Szyguła-Jurkiewicz B., Szymik M., Mrozowska B., Schmidt B., Michalak A.: Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje ostrego zawału serca. Leki psychotropowe u chorych po ostrym zawale serca. Choroby Serca i Naczyń, 2011, 8: 62–69.
6. Modrzejewski W., Musiał W.J. Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo- -naczyniowego — jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Via Medica, 2010, 1:106-114.
7. Szymańska A.L., Małkowska B.,Ładny J. R. Zawał mięśnia sercowego, niestabilna choroba wieńcowa, tętniak aorty piersiowej i zator tętnic płucnych jako najczęstsze przypadki hospitalizacji pacjentów z bólem w klatkach piersiowych. Przegląd Kardiadiabetologiczny, 2012, 7: 78–84.
8. K. Thygesen, J.S. Alpert, H.D. White; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction Journal of the American College of Cardiology, 2007, 50: 2173–2195.
9. Pałczak E., Uchmanowicz I. Analiza czynników wpływających na jakość życia po zawale mięśnia sercowego. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław2012, 2:29–37.
10. Smarż K., Zaborska B.:Zawał prawej komory serca i jego następstwa. Postępy Nauk Medycznych,2010, 3: 968-973.
11. Sobień B., Kopeć G. Objawy zawału serca. Medycyna Praktyczna, 2012. <https://www.mp.pl/pacjent/objawy/62063,objawy-zawalu-serca>Data pobrania: 13.03.2020

12. Stępień E., Śnieżek-Maciejewska M., Szajna-Zych M., Sadowski J.: Biochemiczne markery niedokrwienia mięśnia sercowego w diagnostyce okołoperacyjnego uszkodzenia serca. *Forum Kardiologów*, 2002, 7: 135-142.
13. Grzešek G., Trajder A., Bogdan M., Kubica A., Sukiennik A.: Problemy współczesnej diagnostyki biochemicznej zawału serca. *Forum kardiologów*, 2005, 10: 59-64.
14. Bednarz B.: Ostre zespoły wieńcowe. *Postępy Nauk Medycznych*, 2007, 2: 53-57.
15. Fox K.A., Fitzgerald G., Puymirat E. i wsp.: Should patients with acute coronary disease be stratified for management according to their risk? Derivation, external validation and outcomes using the updated GRACE risk score. *BMJ Open*, 2014; 4: e004 425
16. Maroszyńska-Dmoch E.M., Wożakowska-Kapłon B.: Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie. *Folia Cardiologica*, 2014, 9: 267-274.
17. Referowska M., Leśniak W.: Postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych bez uniesienia odcinka ST. Podsumowanie wytycznych European Society of Cardiology 2015. *Medycyna Praktyczna*, 2015, 11:13–35.
18. Araszkievicz A., Grajek S., Lesiak M., Cieśliński A.: Rozwój badań nad zastosowaniem przez skórnych interwencji wieńcowych w leczeniu ostrego zawału serca. *Nowiny Lekarskie*, 2006, 2:216–221.
19. Horszczaruk G., Opolski G., Kochman J.: Kwalifikacja chorych do zabiegów angioplastyki wieńcowej. *Przewodnik Lekarza*, 2002, 5:54-60.
20. Budnik M.: Wskazania i przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego. *Choroby Serca i Naczyń*, 2013, 10: 49–63.
21. Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC); Steg P.G., James S.K., Atar D. i wsp. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 2012, 33: 2569–2619.
22. Piotrowicz R., Wolszakiewicz J.: Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po zawale serca. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2008, 3:559-565.
23. Trzos E., Kurpesa M., Rechciński T., Wierzbowska-Drabik K., Krzemińska-Pakuła M.: Wpływ rehabilitacji fizycznej na podatność tętnic u chorych po zawale serca. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2007, 2: 492-497.
24. Lakomy J., Iżycka-Świeszewska E., Kobieska Gulida G., Pęksa R., Jaśkiewicz K.: Standardy postępowania w diagnostyce patomorfologicznej nagłego zgonu sercowego. *Ann. Acad. Medd. Gedan*, 2009, 39:91-101.

25. Rosiak M., Chudzik M.: Profilaktyka nagłego zgonu sercowego-rola wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora. Folia Medica Lodziensia, 2010, 37: 227-242.

OPINIA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT EUTANAZJI

Paulina Łączkowska¹, Barbara Jankowiak²

1. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Z powodu wzrostu liczby zachorowań na nowotwory oraz inne choroby nieuleczalne coraz częściej w mediach pojawiają się takie zagadnienia jak eutanazja, opieka paliatywna. Wywołują one wśród społeczeństwa wiele emocji. Część społeczeństwa sądzi, że eutanazja jest zbrodnią przeciwko godności osoby ludzkiej, natomiast inni uważają, że jest to forma wyzwolenia z niemożliwego do uniesienia brzemienia cierpienia i choroby [1].

Najczęściej pojawiającymi się pytaniami są: Czy eutanazja powinna być dozwolona? Czy ludzie mają prawo decydować o swojej śmierci? W ostatnim czasie na świecie przyspieszył proces legalizacji eutanazji. Pierwszym krajem na świecie, w którym zalegalizowano Ustawę skracania życia na życzenie była Holandia. Było to w roku 2000, natomiast w roku 2015 w kilku kolejnych krajach uznano za zgodne z prawem różne formy dobrowolnego skracania życia [2].

Termin „eutanazja” pochodzi z języka greckiego i oznacza „dobrą śmierć”, „śmierć spokojną”, „śmierć szczęśliwą” – prefiks eu – oznacza nic innego tylko coś „dobre, ładne, pomyślne”, a thanatos znaczy „śmierć”. Antonimem tego słowa jest „dystanazja”, czyli „śmierć zła”. Terminem dystanazji powszechnie określa się śmierć w boleściach, jak również śmierć zbyt wczesną lub zbyt późną [3].

Słownik Języka Angielskiego przedstawia eutanazję jako kierowane współczuciem spowodowanie łagodnej i bezbolesnej śmierci osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej [4].

Wielka Encyklopedia Medyczna przedstawia eutanazję jako „etymologicznie eutanazja oznacza dobrą śmierć, jest działaniem lub zaniechaniem dopełnienia obowiązku,

które ze względu na swój charakter lub intencje powoduje śmierć w celu wyeliminowania bólu” [5].

W Leksykonie teologii pastoralnej eutanazja opisana jest jako „czyn lub zaniechanie, które ze swej strony i zamierzenia osoby działającej (samego chorego lub osoby asystującej, np. lekarza) zmierza do doprowadzenia do śmierci w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazja jest więc aktem zabójczym lub samobójczym, dlatego jest moralnie niegodziwa” [6].

Eutanazja w prawie polskim

W Polsce prawo zabrania zabijania na żądanie i pomocy lub namowy do samobójstwa. W polskim prawie karnym eutanazja jest nielegalna, stanowiąc jedno z zabójstw uprzywilejowanych. Kto zabija człowieka „na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego”, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat, zabójstwo natomiast jest zagrożone karą od 8 lat do kary dożywotniego pozbawienia wolności [7]. Eutanazję należy rozumieć jako „przestępstwo polegające na zabiciu człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego” [8].

Zgodnie z Kodeksem Karnym, eutanazja może być uznana jako przestępstwo zwykłego zabójstwa, albo jego uprzywilejowanego typu, czyli tzw. zabójstwa z litości nazywanego również zabójstwem eutanatycznym. Obecnie w Polsce obowiązuje Kodeks Karny z 1977 roku. Zabójstwo eutanatyczne zostało określone w art. 150 znanym z poprzednich ustaw sformulowaniem: „kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego”. Nowością jest brzmienie §2 stanowiącego o tym, że w wyjątkowych wypadkach, sąd może nie tylko zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a wręcz odstąpić od jej wymierzenia [7]. Aby stwierdzić zabójstwo eutanatyczne, zgodnie z art. 150 k.k. muszą być spełnione równocześnie dwie przesłanki: zabójstwo musi być dokonane na żądanie ofiary i pod wpływem współczucia. W razie braku jednej z tych przesłanek pozbawienie życia pacjenta jest traktowane jako zwykłe zabójstwo człowieka. Prośba chorego, który jest w pełni władz umysłowych o eutanazję oraz współczucie, to dwie niezbędne przesłanki, by mówić o eutanazji. Prawo polskie dokładnie nie precyzuje, kiedy współczucie jest na tyle uzasadnione, by można było mówić o eutanazji, a nie o zabójstwie. Przyjmuje się, że cierpienie musi być duże, a choremu nie można przynieść ulgi [9].

Żądanie zabójstwa eutanatycznego przez ofiarę musi być wyrażone bez przymusu, w sposób jasny oraz przekonywujący. Chory musi uważać śmierć jako uwolnienie od bólu i towarzyszącego cierpienia. Musi to być również żądanie śmierci natychmiastowej, nie może być uzależnione od okoliczności, które mogą wystąpić w przyszłości [10]. Osoba żądająca

eutanazji powinna być zdolna do oceny swojej sytuacji życiowej oraz mieć świadomość konsekwencji wynikających z podejmowanych decyzji. Nie może to być osoba upośledzona umysłowo ani chora psychicznie. Niezbędne jest również, by osoba żądająca nie działała pod wpływem przymusu [11]. Według Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarzowi nie wolno stosować eutanazji (art. 31), ale również powinien zachować najwyższą ostrożność podczas podejmowania decyzji związanych z zaprzestaniem terapii, odłączeniem pacjenta od aparatury podtrzymującej życie lub też przerwaniem reanimacji (art. 32).

Choć jest to akt prawny niższego rzędu, którego nieprzestrzeganie nie pociąga za sobą odpowiedzialności prawnej, a jedynie dyscyplinarną, to wraz z innymi normami stanowi on podstawę regulacji z zakresu prawa medycznego [12]. Chory będący w stanie terminalnym, źle rokujący, według Kodeksu Etyki Lekarskiej ma prawo do spokojnego oraz godnego umierania. Zaprzestanie czynności podtrzymujące życie takie jak sztuczne karmienie nie powinno być postrzegane jako chęć pozbawienia życia pacjenta, lecz jako możliwość bezbolesnego odejścia. Zrezygnowanie z uporczywej terapii nie oznacza zaprzestania wszystkich działań w stosunku do pacjenta w stanie terminalnym. Zadaniem lekarza w takiej sytuacji jest dążenie do łagodzenia bólu po to aby śmierć przebiegła możliwie bez cierpień [13]. Istnieją również niekaralne formy eutanazji [14]:

- w ostatnim stadium choroby śmiertelnej lekarz podaje choremu lek przeciwbólowy w ilości takiej, że może, ale nie musi to spowodować jego zgon;
- ortotanazja - zaprzestanie podawania leków podtrzymujących życie (np. kiedy są bardzo drogie i potrzebne dla innych pacjentów);
- antydystanazja - odłączenie od aparatury podtrzymującej życie kiedy obumrze pień mózgu (ale pozostaje akcja serca, oddech); również kiedy obumrze jedynie część mózgu, ale istnieje pewność, że chory nie odzyska już świadomości.

Eutanazja czynna dobrowolna dokonana przez lekarza, w zależności od jego pobudek, może być kwalifikowana jako zabójstwo, albo jako zabójstwo eutanatyczne. Natomiast eutanazja czynna niedobrowolna, zgodnie z Kodeksem Karnym, jest to zabójstwo zwykłe, czyli nie eutanatyczne. Inaczej wygląda sytuacja, gdy mówimy o eutanazji biernej. Eutanazja bierna dobrowolna w Polsce oraz w większości innych krajów jest legalna. Warunkiem legalności jakiegokolwiek interwencji medycznej jest zgoda pacjenta. W sytuacji, gdy pacjent odmawia zgody na dalsze leczenie wówczas lekarz nie tylko nie ponosi odpowiedzialności karnej za zakończenie leczenia, ale wprost przeciwnie – podlegałby jej w razie kontynuowania terapii wbrew woli pacjenta. Pacjent, który odmawia zgody musi być świadomy oraz nie może żądać od lekarza pomocy w aktywnym przyspieszeniu śmierci.

Eutanazja bierna niedobrowolna może natomiast stanowić wyłącznie przestępstwo zwykłego zabójstwa przez zaniechanie [13].

Problem zabójstwa eutanatycznego jest bardzo złożony i trudny. Karalność tego czynu, znajduje wytłumaczenie w uznaniu życia ludzkiego za wartość podstawową, które podlega ochronie zarówno jako prawo podstawowe, jak i obiektywna wartość społeczna. Wynikiem takiego postrzegania jest zakaz różnicowania jego wartości w zależności od społecznej użyteczności jednostki, a także brak prawa do nieograniczonego rozporządzania swoim życiem. Natomiast nie można zapominać o wynikających z natury zabójstwa eutanatycznego aspektów moralnych, będących rezultatem społecznego sposobu jej postrzegania oraz oceny cierpienia, współczucia i samej śmierci. W wyjątkowych przypadkach sąd może dokonać nadzwyczajnego złagodzenia kary lub nawet odstąpić od jej wymierzenia [15]. Polskie prawo dopuszcza bierną eutanazję dobrowolną oraz eutanazję pośrednią. Pewne przypadki eutanazji czynnej będą stanowić względnie łagodnie traktowane przestępstwo tzw. zabójstwa z litości, inne zaś zostaną uznane za zabójstwo. Pomoc w popełnieniu samobójstwa jako taka stanowi przestępstwo.

Eutanazja na świecie

Obecnie panuje chaos dotyczący definiowania eutanazji. Na świecie eutanazja jest bardzo różnie postrzegana w zależności od państwa i kultury oraz religii. Społeczeństwo ma problem z określeniem, czym tak naprawdę jest eutanazja. Różnice w definiowaniu trwają już od czasów starożytności. Według Greków euthanatos to dobra, piękna śmierć. Rzymianie uznawali, że śmierć lekka, szybka, bezbolesna jest eutanazją. Po pewnym czasie w Rzymie oraz Grecji, pojęcie eutanazji zaczęło dotyczyć samobójstwa, które było lepszą formą zakończenia życia niż trwanie w bólu i cierpieniu. Na świecie coraz częściej mówi się o eutanazji oraz jej legalności. Wynika to z sytuacji, w których niektóre państwa zezwoliły na wprowadzenie legalnej eutanazji, ale po pewnym czasie stwierdziły, że był to błąd, ponieważ doprowadziło to do wielu skrajnych sytuacji i nadużyć [16].

Największe kontrowersje obecnie wzbudza legalizacja czynnej, dobrowolnej eutanazji. Istnieją państwa, które ten rodzaj eutanazji traktują jako przestępstwo podlegające karze tak jak zabójstwo, są to m.in. Francja, Wielka Brytania, Kanada, Szwecja, Izrael, Czechy. W niektórych państwach traktowana jest jako uprzywilejowany typ przestępstwa zabójstwa: Niemcy, Polska, Austria, Dania, Włochy, Grecja, Szwajcaria. Kraje takie jak: Holandia, Belgia, Luksemburg, Albania, Japonia, w USA (stan Oregon) dopuszczają ten rodzaj eutanazji.

Holandia była pierwszym krajem na świecie, który zalegalizował eutanazję. Według Kodeksu Karnego w Holandii, eutanazja jest to działanie celowe, które ma na celu pozbawienie życia człowieka na jego wyraźne i poważne żądanie 8 listopada 2001 roku w Holandii została wprowadzona Ustawa o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie do samobójstwa. Jeszcze przed wprowadzeniem Ustawy w Holandii była praktykowana nielegalna eutanazja czynna, którą sądy holenderskie traktowały jako działanie konieczne. Wprowadzona Ustawa w roku 2001 przedstawiała warunki, które należy spełnić w przypadku wykonania eutanazji przez lekarza. Muszą być bezwzględnie i łącznie spełnione wszystkie warunki zawarte w Ustawie, by zachowanie lekarza w takim wypadku nie podlegało karze [17]. Lekarz przez wykonaniem eutanazji musi:

- mieć pewność, że pacjent jest zdecydowany i decyzję o eutanazji podjął swobodnie;
- mieć pewność, że choroba jest nieuleczalna i powoduje występowanie cierpień, których nie można znieść;
- przedstawić pacjentowi prognozę jego rokowań i wspólnie powinni dojść do konkluzji, że eutanazja jest jedynym wyjściem zakończenia cierpień chorego – nie istnieje alternatywa, która dawałaby szansę na polepszenie jego stanu;
- skonsultować się z innym specjalistą, który wyda pisemną opinię aprobowującą potencjalny zabieg, a sam proceder eutanazji musi być wykonany zgodnie z aktualnymi wskazaniami wiedzy medycznej [18].

Ustawa wprowadzona w Holandii zawiera również zapis o możliwości wykonania eutanazji u osób niepełnoletnich. Osoby w wieku 16-18 lat mogą samodzielnie zdecydować o poddaniu się eutanazji, nie muszą mieć zgody prawnych opiekunów a jedynie muszą ich poinformować. Natomiast, aby wykonać eutanazję u dzieci w wieku 12-16 lat potrzebna jest zarówno zgoda małoletniego oraz prawnego opiekuna. Ustawa przewiduje również kontrolę nad wykonanymi eutanazjami. Lekarz, który zakończył życie na żądanie ma obowiązek poinformować o tym patologa oraz przekazać mu całą dokumentację pacjenta zawierającą odpowiednie procedury związane z eutanazją. Całą procedurę nadzoruje regionalna komisja, która składa się z prawników, etyków oraz lekarzy. Komisja ta bada zgodność wykonanej eutanazji z ustawą. Jeśli komisja wykryje nieprawidłowość zostaje wszczęte postępowanie karne [19]. Holandia przoduje w Europie, jeśli chodzi o liczbę osób decydujących się na eutanazję (15% umierających). Zaraz po legalizacji eutanazji w Holandii doszło do wprowadzenia jej również w Luksemburgu i Belgii. W 2008 roku w Luksemburgu zalegalizowano skracanie życia na żądanie pacjentom nieuleczalnie chorym i cierpiącym. Jednak wprowadzona ustawa wywołała spore oburzenie w środowisku medycznym oraz

została skrytykowana przez Kościół katolicki. Według ustawy eutanazji może poddać się pacjent ciężko chory. Decyzję o eutanazji można podjąć m.in. spisując testament życia. Testament życia ma na celu zagwarantowanie osobie, która go sporządziła, kontroli nad działaniami i zaniechaniami, jakie będą wobec niej podejmowane w przyszłości. Pacjent sporządzający testament życia musi być w pełni świadomy w momencie spisywania tego dokumentu. Testamentem życia nazywamy dokument, w którym pacjent zapisuje swoje preferencje trybu leczenia w sytuacji wystąpienia u niego ciężkiej, nieuleczalnej choroby lub stanu terminalnego [20]. Kolejnym krajem w Europie, które dopuszcza samobójstwo wspomagane jest Belgia. Zalegalizowano tam eutanazję rok po wprowadzeniu ustawy holenderskiej czyli w 2002 roku. W życie Belgów weszła Ustawa o eutanazji, według której eutanazja to działanie osoby trzeciej, która umyślnie odbiera życie osobie która tego żąda. Do lat 80- tych XX wieku prawo belgijskie bardzo rygorystycznie traktowało zabójstwo eutanatyczne. Wykonanie eutanazji było uznawane jako morderstwo, za które groziła kara dożywotniego pozbawienia wolności. Natomiast podanie przez lekarza dawki leków ,która jest śmiertelna było traktowane jako otrucie, za które groziła kara śmierci, a od roku 1996 kara dożywotniego więzienia. Ustawa belgijska zawiera również zapis, że eutanazji może dokonać również osoba, która nie jest lekarzem [21]. Legalnie eutanazję można też wykonać na dzieciach, które są nieuleczalnie chore, ale muszą one być świadome własnej decyzji [22].

We Francji do eutanazji odnosi się Kodeks Karny, ogromne znaczenie ma czy wykonano eutanazję czynną czy bierną. Eutanazja czynna jest traktowana jako zabójstwo, które podlega karze. Według artykułu 221-222 francuskiego Kodeksu Karnego eutanazja może być traktowana jako fakt dobrowolnego pozbawienia kogoś życia i za to grozi kara 30 lat pozbawienia wolności. W sytuacji, gdy dojdzie do zabójstwa z premedytacją, wtedy sprawca poniesie karę dożywotniego pozbawienia wolności. Inaczej wygląda sytuacja jeśli mówimy o eutanazji biernej. Prawodawstwo francuskie eutanazję bierną traktuje jako zaniechanie i nie podlega ono karze, ponieważ ma to związek z podaniem środków przeciwbólowych, które pośrednio mogą wpłynąć na śmierć pacjenta. Od 2005 roku francuscy pacjenci znajdujący się w terminalnym etapie choroby mają również możliwość zrezygnowania z dalszego leczenia. O przerwaniu leczenia może zdecydować sam chory lub jego rodzina [23].

W Wielkiej Brytanii obowiązuje zakaz wykonywania eutanazji czynnej i podlega karze tak jak zwykle zabójstwo. Artykuł 2 Homicide Act z 1957 roku mówi o tym, że dokonanie zabójstwa eutanatycznego jest karalne, ponieważ uśmiercenie człowieka, bez względu na motywacje sprawcy, jest postrzegane jako zabójstwo z premedytacją czy

morderstwo. Brytyjski rząd dopuszcza jedynie stosowanie środków uśmierzających ból nawet jeśli będą one miały wpływ na przyspieszenie śmierci pacjenta. Karze podlega zarówno eutanazja czynna, jak i bierna, ponieważ istotny jest fakt zaistnienia śmierci. Nie ma znaczenia czy śmierć wystąpiła na skutek działania sprawcy czy zaniechania. Chorzy mają możliwość odmówienia kontynuacji leczenia. Lekarze sprawujący opiekę nad ciężko chorymi nie mają obowiązku stosowania wszystkich dostępnych środków medycznych w celu przedłużania życia jeśli istnieje prawdopodobieństwo niepowodzenia terapii oraz nie leży w najlepszym interesie pacjenta. Za takie działania według prawa obowiązującego w Wielkiej Brytanii lekarz nie ponosi odpowiedzialności karnej [24].

W Albanii w roku 1999 doszło do legalizacji eutanazji, od tego czasu istnieje tam możliwość wykonania eutanazji w należyty sposób. W ustawie o prawach osób nieuleczalnie chorych zawarto informację o wprowadzeniu w życie legalnej eutanazji czynnej za zgodą pacjenta. Prawo w Albanii dopuszcza również wykonanie eutanazji biernej, ale musi być zgoda trzech członków rodziny chorego [23].

W USA legalność eutanazji zależy od stanu. Na poziomie federalnym w USA nie istnieje prawo zezwalające na eutanazję. Jak dotąd eutanazję zalegalizowano w stanie Oregon od 1997 roku zaczęła obowiązywać Ustawę o godnej śmierci (Death with Dignity Act), według której eutanazji może poddać się osoba, która:

- ma co najmniej osiemnaście lat
- jest mieszkańcem stanu Oregon
- ma zdiagnozowaną terminalną fazę choroby z rokowaniem przeżycia do 6 miesięcy
- dobrowolnie zgłasza życzenie śmierci [25].

Aby eutanazja była w pełni legalna i niekaralna dla lekarza to musi on mieć ważne prawo wykonywania zawodu w stanie Oregon, skonsultować przypadek z innym lekarzem, z którym wspólnie zbadają świadomość pacjenta. Po śmierci chorego lekarz powinien złożyć raport Stanowemu Wydziałowi Zdrowia.

Australia, jako pierwszy kraj na świecie wprowadziła akt Rights of the Terminally Ill Act z 1995 roku dopuszczający eutanazję czynną dobrowolną oraz samobójstwo wspomagane. Obowiązywał on tylko w części kraju, a w roku 1997 akt został unieważniony. W czasie, kiedy eutanazja była legalna w Australii chory w terminalnej fazie choroby, który chciał się poddać eutanazji musiał być w pełni świadomy. Powinien również uzyskać pełną informację od lekarza o chorobie, możliwości dalszego leczenia oraz pisemnie wyrazić swoje żądanie wykonania na nim eutanazji. Aby wykonać akt eutanazji na chorym potrzebne były trzy opinie lekarzy w tym również lekarza psychiatry. Obecnie prawo panujące w Australii

zabrania wykonywania eutanazji i jest traktowana jako zbrodnia za którą grozi kara dożywotniego pozbawienia wolności [23].

Na świecie obowiązują różnorodne przepisy prawne dotyczące zakończenia życia na żądanie. Prawo zróżnicowane jest nie tylko w poszczególnych państwach ale wewnątrz narodowego porządku prawnego. Regulacje prawne są bardzo skrajne w poszczególnych częściach świata. W niektórych krajach eutanazja jest całkowicie zabroniona a w i innych jest ona legalna. Istnieją również kraje, w których tylko niektóre formy zakończenia życia na żądanie są dopuszczalne np. eutanazja bierna lub pośrednia.

Środowiska promujące „prawo do własnej śmierci” spowodowały że na świecie wzrasta zainteresowanie eutanazją oraz popieranie jej. W Ameryce i Europie znacząco wzrasta poziom akceptacji różnych form eutanazji. Prawodawstwa niektórych krajów nie ściągają współudziału w samobójstwie, do takiej grupy krajów należą Niemcy. Współudział nie podlega karze gdy ogranicza się np. do dostarczenia preparatu farmaceutycznego oraz nie wywiera wpływu na decyzje samobójczą. Taka pomoc niemieckiego lekarza w eutanazji jest niekaralna, ale jest ona niezgodna z etyką zawodu lekarza.

Eutanazja w religiach świata

Śmierć to jeden z najbardziej uniwersalnych, a zarazem najmniej znanych faktów życia ludzkiego. Podejście do śmierci, przygotowanie do niej, wiara w życie po śmierci są istotą każdej religii i systemu filozoficznego. Niezależnie od tego czy człowiek jest wierzący czy niewierzący śmierć jest dla niego tajemnicą. Podczas całego życia ludzie mają możliwość obserwacji śmierci ale nie uczestniczą w niej. Każdy człowiek pragnie jedynie, aby jego śmierć była godna i nie przebiegała w bólu. Ludzie często boją się sztucznego podtrzymywania życia ponieważ nie chcą być obciążeniem dla swoich bliskich. Z powodu postępu technicznego często dochodzi do instrumentalizacji śmierci, oraz moment zakończenia życia ludzkiego jest przekazywany w ręce lekarzy. Wśród społeczeństwa wyodrębniły się dwie skrajne grupy postulujące godną śmierć lecz cel obu grup jest podobny. Jedni promują ruch paliatywno-hospicyjny, który ma na celu pomoc ludziom terminalnie chorym, aby mogli godnie umierać natomiast drudzy popierają eutanazję. Obie grupy dążą do godności podczas umierania, ale w zupełnie inny sposób. Dla wyznawców wszystkich wielkich religii świata śmierć nie jest do końca wyjaśniona i poznana. Często budzi lęk i obawę przed tym, co kryje się po tzw. „drugiej stronie” [26]. Religie świata mają duży wpływ na kształtowanie postaw wobec eutanazji.

Do kościoła chrześcijańskiego należą: kościół katolicki, prawosławny, kościół protestancki, baptyści, metodyści. Podstawą wiary chrześcijańskiej jest pojęcie godności

człowieka jest ono pojęciem nadrzędnym w postępowaniu względem drugiego człowieka. Fundamentem etyki jest dekalog, Bóg jest Panem i decyduje o życiu ludzkim i jego zakończeniu. Wszystkie kościoły chrześcijańskie odrzucają eutanazję czynną i traktują jako działanie niemoralne. Natomiast występują różnice co do stosowania eutanazji biernej, która przez niektórych jest traktowana jako dobre umieranie. Jeśli sam człowiek decyduje o zakończeniu własnego życia oznacza przerwanie więzi z Bogiem.

Poddanie się eutanazji to celowy manifest niezależności wobec Boga. Taka decyzja może wiązać się ze śmiercią duchową i trwaniu w grzechu. Przyspieszenie momentu śmierci jest traktowany jako sprzeciw Chrystusowi i niewiara w moc odkupieńczą śmierci i zmartwychwstania. Według Pisma Świętego Kościół Katolicki mówi, iż człowiek został stworzony na podobieństwo Boga, dlatego też życie ludzkie jest darem od Boga. W Katechizmie Kościoła Katolickiego czytamy: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życia osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna” [27].

Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione.

Jest to odmowa „uporczywej terapii”. Zabójstwo jest odbierane jako nadużycie władzy, która została powierzona człowiekowi. Tylko Bóg, który dał życie ludzkie może zadecydować o jego zakończeniu. Zgodnie z nauką Kościoła nie można krzywdzić innych, ale również nie wolno wyrzec się prawa od obrony własnego życia. Z wielowiekowej tradycji Kościoła Katolickiego wynika również, że zabójstwo człowieka dokonane w sposób bezpośredni i umyślny stanowi zawsze akt niemoralny [28].

Dobrowolne decydowanie o śmierci z moralnego punktu widzenia to zło i przejaw nieposłuszeństwa wobec Boga. Bez względu na etap życia ludzkiego oraz stan zdrowia nikt nie ma prawa żądać śmierci. Dotyczy to również osób w terminalnej fazie choroby. Kościół Katolicki nie uznaje zakończenia życia w wyniku zaniedbania po to aby zakończyć odczuwanie bólu. Zakazane jest zabijanie innej osoby, która nie chce dalej żyć nawet gdy wyraża ona na to zgodę. Tak więc eutanazja według kościoła katolickiego jest to forma zabójstwa, którą trzeba potępiać [28].

Prawosławni mają podobne poglądy do Kościoła Katolickiego. Moment śmierci jest zawsze momentem przykrym i tragicznym. Eutanazja jest przyspieszeniem tego co nieuchronne, czyli śmierci. Zadaniem lekarzy nie jest przedłużanie życia za wszelką cenę lecz ważne jest zmniejszenie bólu i cierpienia. Działania te mają na celu przygotowanie się do momentu śmierci [29].

W hinduizmie wszystkie formy eutanazji są zabronione. Śmierć w hinduizmie jest nieunikniona i naturalna, nie oznacza jednak końca życia. Podstawą wiary hinduizmu jest reinkarnacja oraz wędrówka dusz. Człowiek cały swoje życie pracuje na to aby po śmierci osiągnąć wyższe wcielenie. Odebranie sobie życia w tym wcieleniu po to, aby uciec przed cierpieniem, uniemożliwia przyszłe wzniesienie się na wyższy poziom duchowy. Dozwoloną formą jest jedynie samozagłodzenie się lub samouduszenie się przez wstrzymanie oddechu. Hinduizm nie popiera także sztucznego przedłużania życia [30].

Buddyści dążą do tego, aby wyzwolić się od cierpienia, ale nie poprzez przyspieszanie śmierci. Główną zasadą buddystów jest zakaz zabijania, czynienie zła żywym, dotyczy to również własnej osoby. Ważne jest zachowanie zdrowego umysłu i ciała. Według tej religii ból i cierpienie nie ustaje po śmierci, dlatego też samobójstwo lub udzielenie komuś pomocy w jego popełnieniu nie ma żadnego sensu. Zdaniem buddystów tylko świadoma śmierć może ich uwolnić od cierpienia, dlatego ważne jest, aby umieranie przebiegało z jasnym i spokojnym umysłem. Przy umierającym powinni być bliscy, którzy będą się modlić. Zalecane jest korzystanie z zabiegów medycyny paliatywnej poprzez stosowanie leków przeciwbólowych, ważne jest aby stosowane farmaceutyki nie wyłączały świadomości. Ma to na celu zapewnić spokojne odejście duchowe i fizyczne. Buddyści nie traktują śmierci jako porażki i sądzą, że nie należy z nią walczyć. Twierdzą, że kiedy nie ma już szans na wyzdrowienie, próby sztucznego podtrzymywania życia należy zaniechać, ponieważ człowiek nie potrzebuje inwazyjnych zabiegów medycznych, ale wsparcia moralnego i duchowego, które zapewni godną i spokojną śmierć [31].

Według judaizmu dawcą życia jest Bóg i tylko On może decydować o życiu i śmierci. Życie ludzkie jest święte i nietykalne. Eutanazja czynna i bierna są traktowane jako zabójstwo lub samobójstwo. Człowiek nie może decydować o zakończeniu życia oraz o długości życia. Dozwolona jest się terapia, która ma na celu eliminację cierpienia, ale nie może powodować śmierci [28].

Żydzi mają całkowity zakaz czynów przyspieszających śmierć, nawet jeśli ich motywem byłaby litość. Człowieka znajdującego się w stanie agonii nie należy dotykać, poprawiać poduszki pod głowę ani zamknąć mu powiek, ponieważ istnieje ryzyko że każdy ruch może skrócić życie umierającego. Jeżeli osoba jest podtrzymywana przy życiu przy pomocy aparatury medycznej, to istnieje możliwość odłączenia i pozwolenia umrzeć śmiercią naturalną, jeżeli z medycznego punktu widzenia nie istnieje żadna możliwość, aby powróciła ona do samodzielnego życia. Judaizm uznaje prawo do naturalnej śmierci i wymaga usunięcia przeszkody, która utrudniałaby odejście chorego w końcowej fazie umierania [28].

Islam nie dopuszcza eutanazji, potępia uporczywą terapię i wspiera rozwój opieki paliatywnej. Według islamu życie to największy dar od Boga, a człowiek na ziemi jest przedłużeniem dzieła Boskiego. Według islamu ciało ludzkie nie jest własnością człowieka, a Boga, dlatego takie czyny jak zabójstwo czy samobójstwo są niedozwolone. W Koranie nie ma zapisu odnoszącego się do zakazu samobójstwa, ale wyznawcy tej religii również samobójstwo uznają za czyn zakazany. Zabójstwo jest również zakazane w wyniku wystąpienia takich okoliczności jak: cierpienie drugiego człowieka, nieuleczalna choroba czy stan terminalny.

Każdy muzułmanin ma być silny dlatego musi walczyć i nie może się poddać także w sytuacji choroby czy bólu. Wszystko na ziemni pochodzi od Boga, więc jeśli Bóg chce śmierci to nie należy się temu sprzeciwiać. Nie powinno się przyspieszać ani opóźniać momentu śmierci. Lekarz wykonuje wolę Boga. Dlatego nie może sam podjąć decyzji o życiu czy śmierci człowieka. Lekarz nie powinien wprowadzać takich działań które mogłyby skrócić życie pacjenta, ale również nie powinien od nich całkowicie odstępować [28].

Większość głównych religii świata uważa eutanazję za zabójstwo, natomiast życie uznawane jest za dar Boży. Żaden człowiek nie ma prawa pozbawiać innych ludzi życia, ponieważ jest to działanie przeciw Bogu. Wyznawcy religii wschodnich eutanazję traktują jako fałszywą reakcję na cierpienie związane ze śmiercią. Życie ludzkie zawsze obdarzone jest szacunkiem, bez względu na kulturę oraz religię. Szacunek należy się także osobom w terminalnej fazie choroby.

Człowiek jest to jedyny organizm żywy, który posiada świadomość śmierci. Podczas całego życia człowiek spotyka się ze śmiercią wśród swych bliskich. Można obserwować śmierć, ale nie jest się w stanie w niej uczestniczyć. Na przestrzeni lat proces umierania uległ instytucjonalizacji, coraz częściej ludzie umierają w różnych placówkach poza własnym domem z dala od swoich bliskich. Pomimo obcowania ze śmiercią jest ona tematem tabu. Wraz z rozwojem cywilizacji zanikają obrzędy pogrzebowe oraz symbole związane ze śmiercią. Myślenie o własnej śmierci oraz o śmierci najbliższych często wywołuje lęk.

Pomimo to można zaobserwować coraz częściej występującą potrzebę zaplanowania swojej śmierci. Wynika to z lęku przed bólem i cierpieniem w ostatniej fazie życia [54]. W obecnych czasach często dochodzi do ścierania się dwóch tendencji. Jedną stanowi walka o godność człowieka i głosząca, że życie jest szczególnym darem Bożym. Drugi kierunek propaguje absolutną autonomię osoby ludzkiej, twierdząc, że człowiek sam jest panem własnego życia i sam może o sobie decydować także w kwestii swojej śmierci.

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Poznanie opinii społeczeństwa na temat eutanazji.
2. Porównanie opinii na temat eutanazji w zależności od wieku respondentów.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone na przełomie 2019/2020 roku w grupie 180 osób dorosłych. Badane osoby znajdowały się w wieku 18-25 lat oraz 50+.

Do przeprowadzenia niniejszych badań wybrano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który opracowano po uprzednim zapoznaniu się z literaturą przedmiotu.

Ankieta była anonimowa i udział w niej był dobrowolny.

Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Część pierwsza zawierała 19 pytań zamkniętych dotyczących opinii i wiedzy na temat eutanazji. Natomiast część druga to metryczka zawierające takie pytania jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz stan cywilny.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

WYNIKI

Badania przeprowadzono wśród 180 osób dorosłych, którzy zostali podzieleni na dwie grupy wiekowe. Pierwszą grupę stanowiły osoby w wieku 18-25 lat, natomiast w drugiej grupie były osoby w wieku powyżej 50-go roku życia. Pierwsza grupa składała się z 95 badanych, a druga z 85 osób.

Szczegółowe dane metryczkowe przedstawia Tabela I.

Ponad połowa badanych w grupie 50+ była wierząca - 68%. W grupie młodszej jedna czwarta badanych deklarowała, że jest wierząca. Równą połowę badanych w wieku 18-25 lat przedstawia się jako wierzący, lecz nie praktykujący. Natomiast w grupie osób starszych tylko 16% to osoby wierzące, ale nie praktykujące (Tabela II).

Według ankietowanych zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie wiekowej osoby nieuleczalnie chore powinny się leczyć pomimo małych szans na wyzdrowienie. W grupie 50+ aż 74% badanych odpowiedziało w ten sposób, natomiast w grupie 18-25 lat było to 46% (Tabela III).

Tabela I. Metryczka

		Grupa wiekowa				Σ	
		18 -25 lat		50+		N	%
		N	%	N	%		
WIEK	Kobieta	55	58%	62	73%	117	65%
	Mężczyzna	40	42%	23	27%	63	35%
	Σ	95	100%	85	100%	180	100%
WYKSZTAŁCENIE	podstawowe	0	0	0	0	0	0
	gimnazjalne	3	3%	0	0	3	2%
	zawodowe	5	5%	18	21%	23	13%
	średnie	31	32%	39	46%	70	39%
	wyższe	56	60%	28	33%	84	46%
	Σ	95	100%	85	100%	180	100%
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	miasto	73	77%	61	72%	134	74%
	wieś	22	23%	24	28%	46	26%
	Σ	95	100%	85	100%	180	100%
STAN CYWILNY	kawaler/panna	44	46%	12	14%	56	31%
	żonaty/mężatka	49	52%	50	59%	99	55%
	rozwiedziony/ rozwiedziona	2	2%	5	6%	7	4%
	wdowiec/wdowa	0	0	18	21%	18	10%
	Σ	95	100%	85	100%	180	100%

Tabela II. Stosunek do wiary

Jaki jest Pana/Pani stosunek do wiary?		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Wierzący	24	25%	58	68%
	Tzw. wierzący, ale nie praktykujący	47	50%	14	16%
	Niewierzący (ateista)	4	4%	3	4%
	Trudno powiedzieć	20	21%	10	12%
	Σ	95	100 %	85	100%

Tabela III. Podejście do nieuleczalnie chorych

Czy Pana/Pani zdaniem osoby nieuleczalnie chore:		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Powinno się umieszczać w tzw. hospicjach stacjonarnych	18	19%	12	14%
	Powinno się leczyć pomimo małych szans na wyzdrowienie	44	46%	63	74%
	Powinno się traktować tak samo jak innych pacjentów	10	11%	5	6%
	Powinno poddawać się eutanazji, jeśli wyrażają zgodę	20	21%	3	4%
	Nie mam zdania	3	3%	2	2%
	Σ	95	100%	85	100%

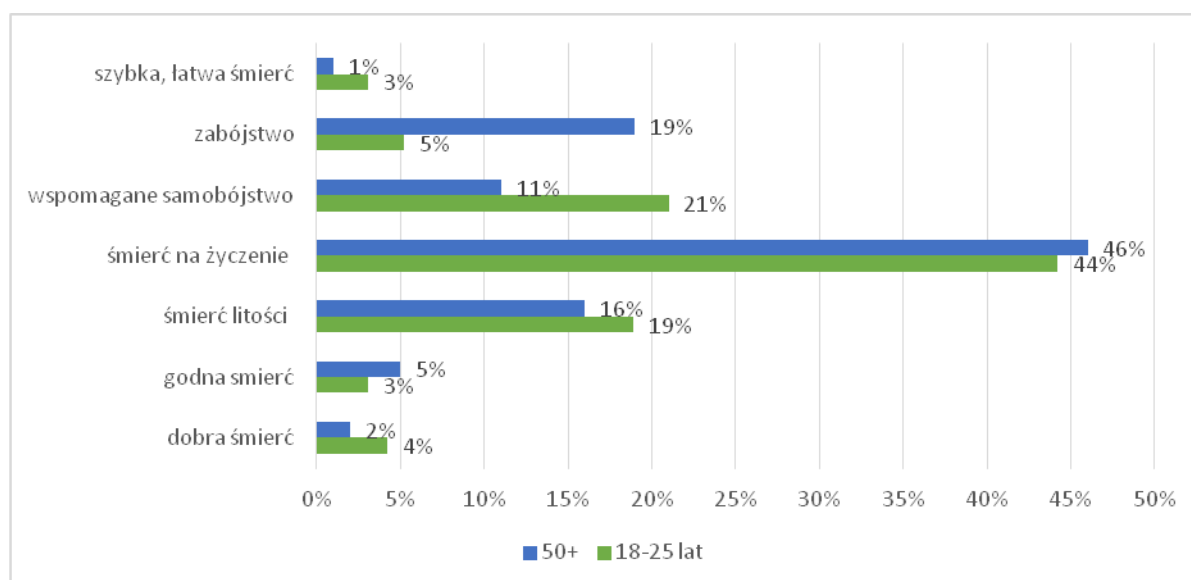
Odpowiedzi na pytanie dotyczące stosunku do osób nieuleczalnie chorych były bardzo zróżnicowane.

Na każdą z odpowiedzi w grupie wiekowej 18-25 lat odpowiedziało od 13% do 34%. Najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że rezygnacja z walki o życie oznacza, że chory załamał się psychicznie.

W grupie wiekowej 50+ na każdą z odpowiedzi przypadało od 6% do 31%. Najwięcej, bo 31% udzieliło odpowiedzi „dostrzegam, że cierpi i myślę o wszelkich sposobach zmniejszenia jej cierpienia dzięki lekom, zabiegom i wsparciu” (Tabela IV).

Tabela IV. Stosunek do nieuleczalnie chorych

Jaki jest Pana/Pani stosunek do osób nieuleczalnie chorych:		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Współczuję jej i widząc jak cierpi, uważam za słuszne skrócenie jej cierpienia, jeśli sama tego zażąda	18	19%	5	6%
	Dostrzegam, że cierpi i myślę o wszelkich sposobach zmniejszenia jej cierpienia dzięki lekom, zabiegom i wsparciu	14	15%	26	31%
	Zdaję sobie sprawę, że rezygnacja z walki o życie oznacza, że chory załamał się psychicznie	33	34%	18	21%
	Wiem, że po okresach poddania się następuje okres mobilizacji i walki o życie	18	19%	22	26%
	Nie miałem kontaktu z tak ciężko chorym człowiekiem	12	13%	14	16%
	Inny	0	0	0	0
	Σ	95	100%	85	100%

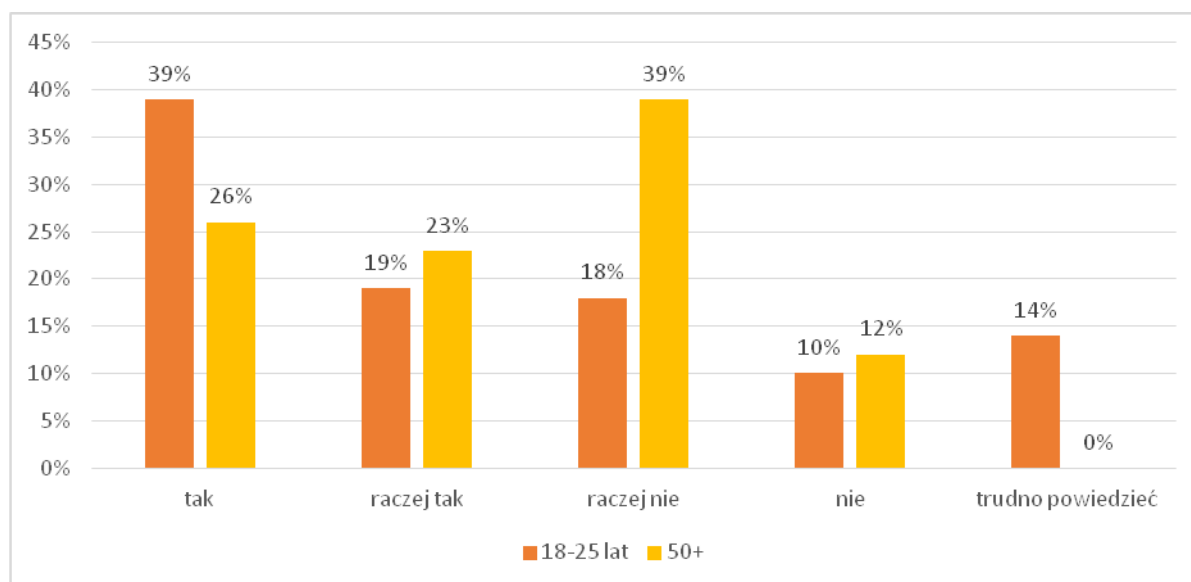


Rycina 1. Pojęcie eutanazji

Najbardziej powszechną odpowiedzią było pojęcie przedstawiające eutanazję jako „śmierć na życzenie”. Takiej odpowiedzi udzieliło 44% badanych z grupy wiekowej 18-25 lat oraz 46% z grupy powyżej 50-go roku życia. Największa różnica dotyczyła odpowiedzi, że

jest to zabójstwo. Młodszy ankietowani udzielili takiej odpowiedzi tylko w 5%, natomiast starsi w 19% (Rycina 1).

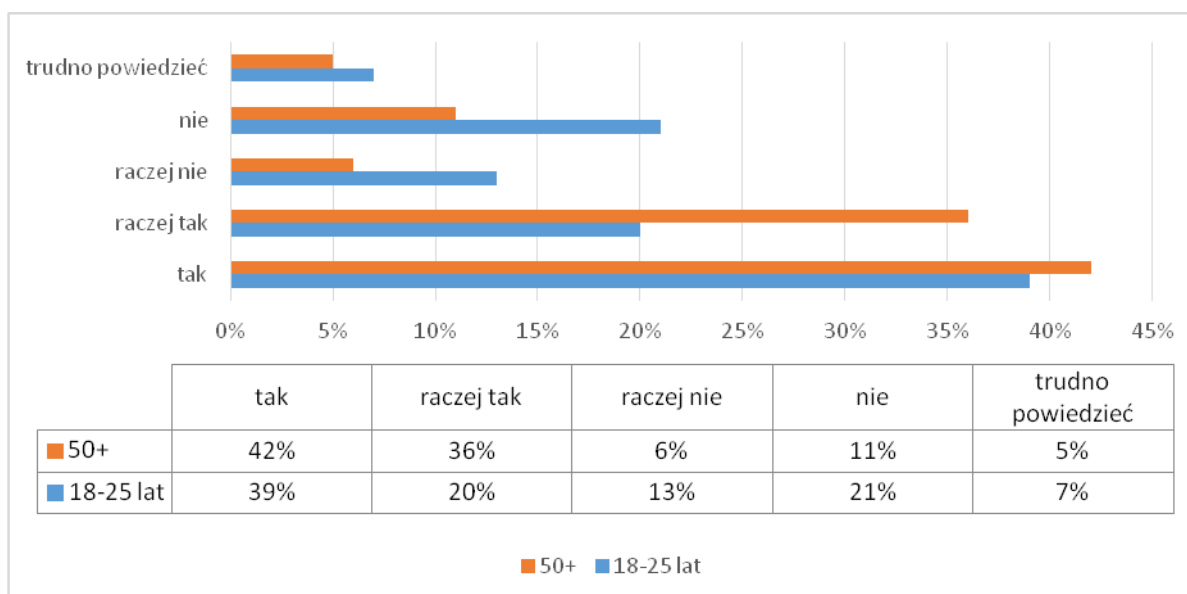
39% z grupy badanych 18-25 lat odpowiedziało, że na prośbę osoby nieuleczalnie chorej eutanazja może być usprawiedliwiona. Grupa badanych w wieku powyżej 50-go roku życia udzieliła odmiennej odpowiedzi. 39% uważało, że raczej nie, a 12%, że pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej na jej prośbę nie ma usprawiedliwienia (Rycina 2). Odpowiedzi te mogą wynikać z tego, iż osoby starsze częściej borykają się z chorobami i nie chcą z tego powodu dokonywać eutanazji.



Rycina 2. Usprawiedliwienie pozbawienia życia na prośbę chorego

Ankietowani z grupy 18-25 lat oraz z grupy 50+ w większości odpowiedzieli „tak” i „raczej tak” na pytanie dotyczące przychylności lekarza do podania środków powodujących śmierć na życzenie pacjenta. Pierwsza grupa udzieliła twierdzącej odpowiedzi w 59%, natomiast druga grupa odpowiadając „tak” i „raczej tak” potwierdziła to w 78% (Rycina 3).

W pytaniu dotyczącym chorób kwalifikujących do wykonania eutanazji, ankietowani zostali zapytani, jakie choroby kwalifikują do wykonania eutanazji. W grupie powyżej 50-go roku życia ankietowani wskazali choroby nowotworowe (49%) oraz choroby nieuleczalne (42%). W grupie 18-25 lat odpowiedzi były bardzo zbliżone: choroby nowotworowe wskazało 56% badanych, natomiast choroby nieuleczalne - 41%. Szczegółowe wyniki prezentuje Tabela V.

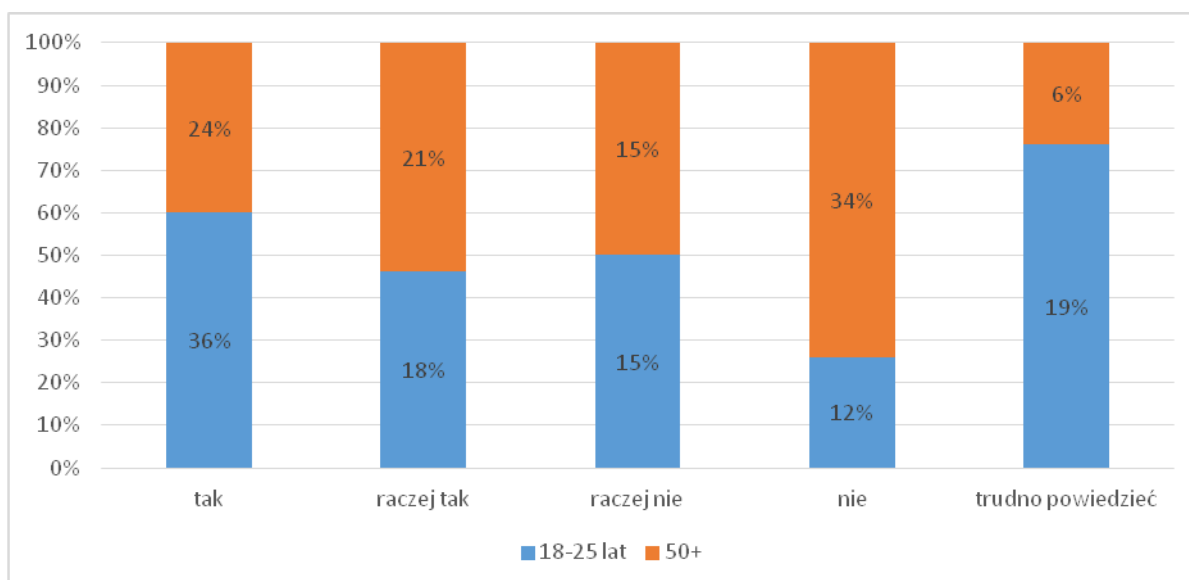


Rycina 3. Spełnienie woli chorych przez lekarzy podając środki powodujące śmierć

Tabela V. Kwalifikacja do eutanazji

Jakie według Pana/Pani choroby kwalifikują do wykonania eutanazji?	Grupa wiekowa			
	18-25 lat		50 +	
	N	%	N	%
Choroba nowotworowa	53	56%	42	49%
Choroba psychiczna	0	0	0	0
Choroba genetyczna	3	3%	8	9%
Choroba nieuleczalna	39	41%	35	42%
Nie mam zdania	0	0	0	0
Σ	95	100%	85	100%

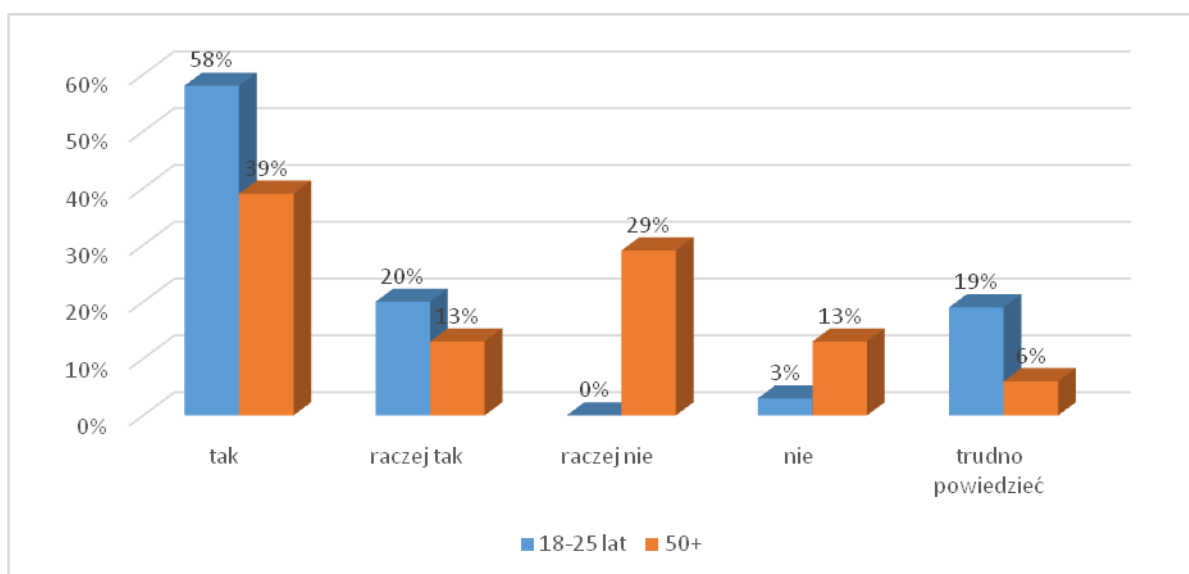
Kolejną kwestią sporną, która została poruszona w badaniu była opinia na temat dopuszczalności podania bezbolesnych środków skracających śmierć osobie nieuleczalnie chorej. 36% ankietowanych z grupy 18-25 lat i 24% z grupy 50+ uważa, że w tej sytuacji prawo powinno się zezwolić na zastosowanie bezbolesnych środków skracających śmierć. Przeciwnych tej opinii było 34% w grupie osób starszych i 12% w grupie osób młodszych. W młodszej grupie dość duży odsetek, bo aż 19% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć” (Rycina 4).



Rycina 4. Zezwolenie na zastosowanie środków przyspieszających śmierć

Kwestia legalizacji eutanazji w Polsce to temat budzący wiele kontrowersji. Zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy wypowiadają się w tej istotnej kwestii w sposób emocjonalny, jedni twierdząc, że eutanazja powinna być zalegalizowana, drudzy natomiast uważają, że nie powinno się dopuścić do jej legalizacji. Różnica poglądów pomiędzy badanymi grupami uwidoczniła została na Rycinie 5.

Spośród 95 ankietowanych z grupy wiekowej 18-25 lat 55 osób 58% uznało za zasadne kwestię legalizacji eutanazji w Polsce. Ankietowani z grupy wiekowej 50+ popierają wprowadzenie eutanazji w mniejszym stopniu, bo 39% udzieliło odpowiedzi na tak.



Rycina 5. Wprowadzenie eutanazji

Pomoc przy dokonaniu aktu eutanazji nawet w dobrej wierze i ze szlachetnych pobudek z pewnością jest przeżyciem traumatycznym, budzącym wiele kontrowersji. Zdecydowana większość z grupy starszej - 78% oraz 76% z grupy młodszej stwierdziła, że decyzję o eutanazji powinna podejmować osoba bezpośrednio zainteresowana, czyli sam pacjent. Zdecydowana mniejszość zaznaczyła odpowiedzi mówiącej o udziale rodziny w skróceniu życia bliskiej osoby (Tabela VI).

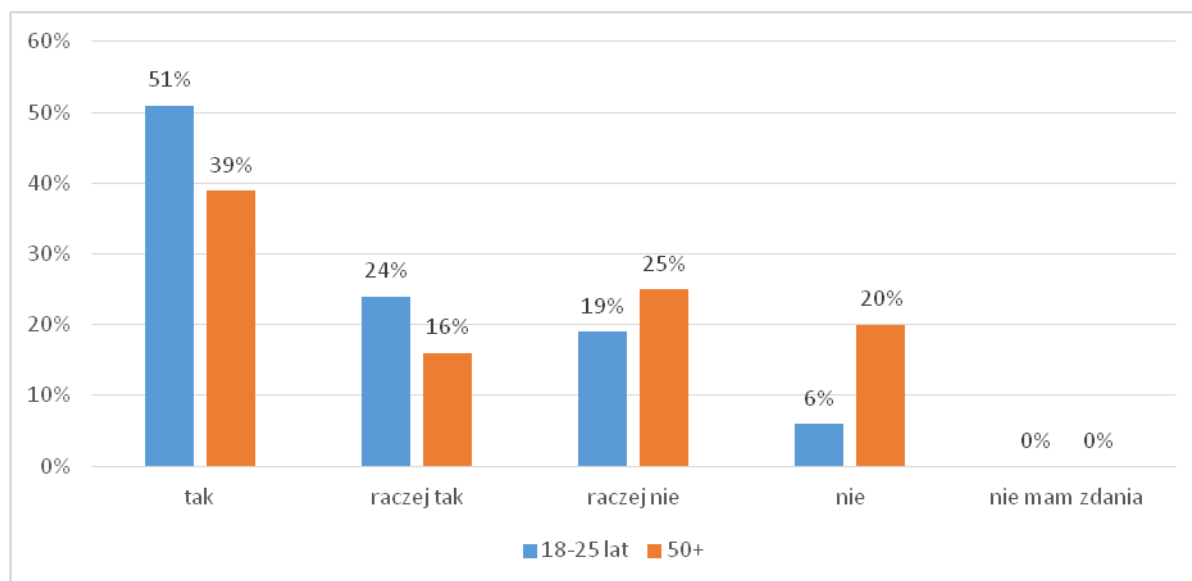
Tabela VI. Kto powinien decydować o wykonaniu eutanazji

Kto według Pana/Pani powinien decydować o dokonywaniu aktu eutanazji?		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	pacjent	72	76%	66	78%
	najbliższa rodzina	20	21%	12	14%
	lekarz	3	3%	7	8%
	sąd	0	0	0	0
	specjalnie utworzona komisja składająca się z lekarzy i prawników	0	0	0	0
	Inne	0	0	0	0
	Σ	95	100%	85	100%

Opisując kwestię dokonania eutanazji na własnej osobie zaznaczyć należy, iż spośród respondentów z grupy wiekowej 18-25 lat, ponad połowa z nich wyraziłaby zgodę na powyższy akt, a „raczej tak” udzieliło 24% badanych. Wśród grupy wiekowej 50+ „zdecydowanie na tak” było 39%, natomiast 16% tej grupy odpowiedziało „raczej tak”.

Ludzie myśląc o eutanazji często wyobrażają sobie siebie w sytuacji ciężkiej choroby, paraliżu bądź nawet sztucznego podtrzymywania życia. Wówczas uważają, aby nie być dla bliskich ciężarem oraz by móc ulżyć sobie w cierpieniu, zgodziliby się na eutanazję. Być może w ich opinii sens istnienia polega na poszerzaniu wolności o prawo do eutanazji. Może uważają, że eutanazja byłaby błogosławieństwem dla umęczonej w kieracie choroby rodziny. Z drugiej strony religijność badanych odgrywała na pewno dużą rolę przy udzielaniu

odpowiedzi na to pytanie i dlatego 20% badanych z grupy starszej nie zgodziłoby się na eutanazję na własnej osobie (Rycina 6).



Rycina 6. Wyrażenie zgody na eutanazję

Analizując sytuacje, w jakich respondenci zdecydowaliby się na akt skrócenia własnego życia wyraźnie zauważalny jest fakt, iż nieuleczalna choroba, choroby powodującej trwały ból i cierpienie oraz sztucznie podtrzymywane życie to przypadki, w których badani dopuściliby do aktu eutanazji na własnej osobie (Tabela VII).

Tabela VII. Przypadki w, których wykonano by eutanazję

W jakim przypadku zdecydował(a)by się Pan/Pani na eutanazję? (jeśli w pytaniu 13 odpowiedział Pan/Pani „tak”)		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Nieuleczalna choroba	35	73%	20	61%
	Całkowity paraliż ciała	0	0	1	3%
	W przypadku choroby powodującej trwały ból i cierpienie	8	17%	3	9%
	W przypadku sztucznego podtrzymywania życia	5	10%	9	27%
	Inne	0	0	0	0
	Σ	48	100%	33	100%

Na pytanie „o kryteria brane pod uwagę przy rozpatrywaniu aktu eutanazji” grupa wiekowa 18-25 lat oraz grupa wiekowa 50+ w 100% wskazali stan zdrowia (Tabela VIII). Można stwierdzić, że wpływ na to ma nieradzenie sobie w dostatecznym stopniu z cierpieniem umierających.

Tabela VIII. Kryteria przy rozpatrywaniu aktu eutanazji

Jakie kryteria według Pana/Pani powinny być brane pod uwagę przy rozpatrywaniu aktu eutanazji?		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Stan zdrowia	95	100%	85	100%
	Wiek	0	0	0	0
	Sytuacja socjoekonomiczna	0	0	0	0
	Nie wiem	0	0	0	0
	Σ	95	100%	85	100%

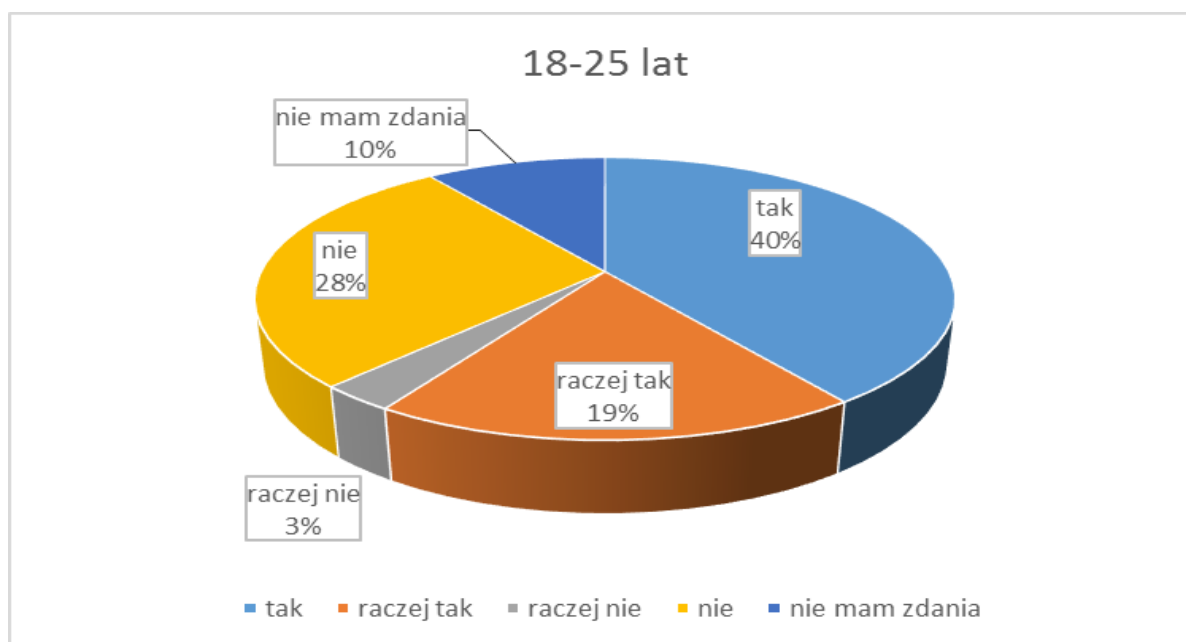
Ankietowani niezależnie od grupy wiekowej doskonale wiedzą, że za akt dokonania eutanazji grozi kara pozbawienia wolności. Warto przypomnieć, że w wielu krajach odsetki zwolenników zalegalizowania eutanazji są wyższe niż w Polsce, ale to właśnie może wynikać z prawa obowiązującego w naszym kraju (Tabela IX).

Tabela IX. Sankcje za wykonanie eutanazji

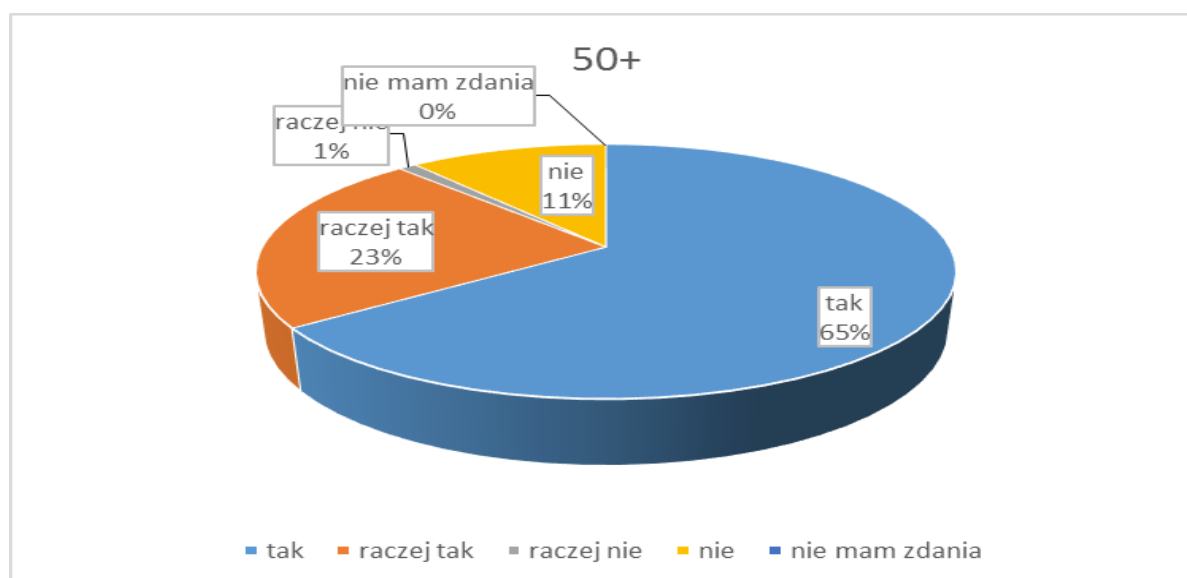
Jakie są sankcje prawne w Polsce wynikające z przeprowadzenia eutanazji?		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Kara pozbawienia wolności	92	97%	85	100%
	Nie ma sankcji prawnych, jeśli chory wyraził zgodę	3	3%	0	0
	Kara grzywny	0	0	0	0
	Nie wiem	0	0	0	0
	Σ	95	100%	85	100%

Poglądy religijne w ocenie ankietowanych z grupy starszej mają znaczenie w kwestii eutanazji. 55 osób (65%) udzieliło odpowiedzi „tak”, natomiast 20 osób - 23% udzieliło odpowiedzi „raczej tak”. Potwierdziła to również grupa młodsza, jednak w mniejszym stopniu, bo uważało tak 38 osób - 40%. Na taką odpowiedź ma zapewne znaczenie deklaracja,

że ponad połowa 68% badanych w grupie 50+ jest wierząca. W grupie młodszej jedna czwarta badanych deklaruje, że jest wierząca (Rycina 7 i Rycina 8).



Rycina 7. Wpływ religii na eutanazję w grupie 18-25 lat



Rycina 8. Wpływ religii na eutanazję w grupie 50+

Ankietowani zostali zapytani „czy dostrzegają moralną różnicę pomiędzy samobójstwem a eutanazją”. 95% osób z grupy wiekowej 18-25 lat odpowiedziały, że dostrzegają różnicę pomiędzy samobójstwem a eutanazją, 79% osób z grupy wiekowej 50+ również potwierdziły, że widzi taką różnicę (Tabela X).

Tabela X. Różnica między samobójstwem a eutanazją

Czy dostrzega Pan/Pani moralną różnicę pomiędzy samobójstwem a eutanazją?		Grupa wiekowa			
		18-25 lat		50 +	
		N	%	N	%
	Tak – przesłanki w stosunku do eutanazji jak i samobójstwa są różne	47	50%	27	32%
	Tak – eutanazja może być dokonywana przez osobę chorą na samym sobie(samobójcza)	43	45%	40	47%
	Nie – zarówno samobójstwo jak i eutanazja kończy się śmiercią	5	5%	18	21%
	Nie - zarówno eutanazja jak i samobójstwo dotyczy sytuacji beznadziejnych	0	0	0	0
	Σ	95	100%	85	100%

DYSKUSJA

Eutanazja jest szerokim pojęciem, za którym ciężko jest się jednoznacznie wypowiedzieć będąc "za" lub "przeciw".

Eutanazja jest problemem, który wywołuje wiele dyskusji, jednak to zagadnienie może dotyczyć każdego człowieka, stąd też nie jest ono obojętne społecznie. Pojawia się zatem wiele różnych opinii na jej temat, a wyniki z badań są dość zróżnicowane.

Ogólna ocena eutanazji przez społeczeństwo wydaje się wskazywać, iż działania tego rodzaju mają zarówno zwolenników, jak i przeciwników.

W wyniku przeprowadzonych badań własnych okazało się, że ponad połowa ankietowanych z młodszej grupy wiekowej zdecydowanie poparło eutanazję. Ankietowani ze starszej grupy wiekowej popierali akt eutanazji w mniejszym stopniu (39%). Przedstawione opinie być może wynikają z odmiennych doświadczeń życiowych oraz stosunku do wiary.

Według badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2013 roku wynika, że ponad połowa badanych (53%) skłonna jest akceptować eutanazję, poprzez podanie przez lekarza środków przyspieszających śmierć ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi, jeśli jest w pełni świadomy i sam o to prosi [32].

Z badań przeprowadzonych przez Sierżantowicz i wsp. wynika, iż ponad 50% badanych wskazało specjalny zespół lekarzy jako grupę uprawnioną do przeprowadzenia zabiegu eutanazji [33].

Badania własne również pokazały przychyłność społeczeństwa do tego, aby to lekarz był uprawniony do podania środków powodujących śmierć na życzenie pacjenta. Może

wiązać się to z tym, iż osoby te mają przeświadczenie, że taki zabieg dokonany przez lekarza będzie przeprowadzony profesjonalnie i należycie, z zachowaniem wszelkich norm i zasad. Mogą sądzić, iż to właśnie lekarz ma najodpowiedniejsze przygotowanie oraz niezbędne doświadczenie do przeprowadzania czynów eutanatycznych.

W społeczeństwie przeważa opinia, iż lekarz nie powinien przyczyniać się do śmierci chorego, z drugiej jednak strony daje się zauważyć, iż wzrasta tendencja do uznawania poglądu, że na wyraźne życzenie cierpiącego pacjenta lekarz nie tylko może, ale nawet powinien podjąć się takiego działania.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że choroba nowotworowa oraz choroby nieuleczalne mogą kwalifikować do wykonania eutanazji w przypadku, gdy chory sobie tego życzy. W grupie powyżej 50-go roku życia ankietowani wskazali choroby nowotworowe (49%) oraz choroby nieuleczalne (42%). W grupie 18-25 lat odpowiedzi były bardzo zbliżone, choroby nowotworowe wskazało (56%) badanych, natomiast choroby nieuleczalne w (41%).

Z badań przeprowadzonych przez Mickiewicz i wsp. wynika, że najczęściej zwolenników uzyskały wskazania do eutanazji wynikające ze sztucznego podtrzymywania życia (48,9%), terminalnej fazy nieuleczalnej choroby oraz stwierdzenia śmierci mózgowej [34].

W pracy Szymańskiej respondenci zostali zapytani o opinie na temat „czym według nich jest eutanazja”. W większości studenci pielęgniarstwa (44%) i prawa (42%) odpowiadali, iż jest to zabieg skracający życie, podobnie uważało (48%) kleryków [35].

Według badań własnych najbardziej powszechną odpowiedzią było pojęcie przedstawiające eutanazję jako śmierć na życzenie. Takiej odpowiedzi udzieliło 44% badanych z grupy wiekowej 18-25 lat oraz (46%) z grupy powyżej 50-go roku życia.

W przeprowadzonych badaniach ankietowani zostali zapytani o kwestię dokonania eutanazji na własnej osobie. Z pośród respondentów z grupy wiekowej 18-25 lat, ponad połowa z nich wyraziłaby zgodę na eutanazję. Wśród grupy wiekowej 50+ „zdecydowanie na tak” było (39%). Ludzie myśląc o eutanazji często wyobrażają sobie siebie w sytuacji ciężkiej choroby, paraliżu bądź nawet sztucznego podtrzymywania życia. Wówczas uważają, aby nie być dla bliskich ciężarem oraz by móc ulżyć sobie w cierpieniu, zgodziliby się na eutanazję. Być może w ich opinii sens istnienia polega na poszerzaniu wolności o prawo do eutanazji. Może uważają, że eutanazja byłaby błogosławieństwem dla umęczonej w kieracie choroby rodziny. Z drugiej strony religijność badanych odgrywała na pewno dużą rolę przy udzielaniu odpowiedzi na to pytanie i dlatego (20%) badanych z grupy

starszej nie zgodziłoby się na eutanazję na własnej osobie. Los nie zawsze bywa łaskawy, a nieobliczalne zwroty i przeciwności życia mogą każdego z nas niejednokrotnie postawić przed jakże niewyobrażalnie trudnym do rozstrzygnięcia dylematem własnego istnienia.

Natomiast według Szymańskiej (45%) respondentów na kierunku pielęgniarstwo nie wie, czy wyraziłoby zgodę na własną eutanazję, zaś (38 %) wyraziłoby taką zgodę. Na własną eutanazję nie wyraziłoby zgody większość respondentów z kierunku prawo (44%) i z seminarium duchownego (96%) [35].

W pracy pt.: „Wiedza i postawy studentów Uniwersytetu Medycznego wobec eutanazji” ankietowani zostali zapytani o to kto ma prawo decydować o dokonaniu eutanazji. Respondenci najczęściej jako osobę mającą prawo decydować o dokonaniu eutanazji w krajach, w których jest ona dozwolona, wskazywali pacjenta (90%), następnie najbliższą rodzinę (66%) oraz lekarza/lekarzy (29%) i sąd (20%) [36].

Podobnie przedstawiają się wyniki przeprowadzonych badań w niniejszej pracy. Zdecydowana większość z grupy starszej (78%) oraz (76%) z grupy młodszej stwierdziła, że decyzję o eutanazji powinna podejmować osoba bezpośrednio zainteresowana, czyli sam pacjent. Zdecydowana mniejszość zaznaczyła odpowiedzi mówiącej o udziale rodziny w skróceniu życia bliskiej osoby.

Również w badaniach Zielińskiej- Więczkowskiej oraz Januszewskiej badani, którymi byli studenci dwóch bydgoskich uczelni twierdzili, iż decydem o śmierci w sytuacji nieuleczalnej i/lub śmiertelnej choroby powinien być sam pacjent (59%), w następnej kolejności były odpowiedzi, „nikt”(19%) następnie Bóg (13%), oraz najbliższa rodzina (4%) [36].

W badaniach Szymańskiej większość ankietowanych studentów pielęgniarstwa (80%) i prawa (65%) także wskazała w pierwszej kolejności na pacjenta, przy podejmowaniu decyzji o eutanazji [37].

Temat eutanazji jest ciągle tematem, na który prowadzi się wiele dyskusji. Na świecie można zaobserwować tendencję do legalizacji eutanazji, ale również nieudane próby jej wprowadzenia.

W Polsce na podstawie przeprowadzanych badań w ciągu ostatnich kilku lat można zaobserwować, że prawie połowa Polaków jest za legalizacją eutanazji.

Opieka paliatywna i hospicyjna są przeciwne eutanazji a ich rozwój może zapobiec legalizacji eutanazji zarówno w Polsce, jak i na świecie.

WNIOSKI

1. Ponad połowa ankietowanych z grupy wiekowej 18-25 lat zdecydowanie poparło eutanazję, natomiast ankietowani powyżej 50-ego roku życia popierają akt eutanazji, ale w stopniu mniejszym, bo 39% badanych jest za wprowadzeniem eutanazji.
2. Badani z obu grup wiekowych, określają eutanazję jako śmierć na życzenie.
3. Zarówno w jednej, jak i w drugiej grupie wiekowej ankietowani uważali, że osoby nieuleczalnie chore powinno się leczyć pomimo małych szans na wyzdrowienie.
4. W obu badanych grupach ankietowani twierdzili, iż kwalifikacją do wykonania eutanazji może być choroba nowotworowa oraz choroba nieuleczalna.
5. Osoby w wieku 50+ potwierdzają, że poglądy religijne mają znaczenie w kwestii eutanazji (65%), natomiast osoby z młodszej grupy wiekowej potwierdzają to tylko w 40%.

PIŚMIENNICTWO

1. Leppert W., Gottwald L., Kazimierczuk-Łukaszewicz S.: Problematyka eutanazji i opieki paliatywnej w poglądach studentów VI roku medycyny. *Medycyna Paliatywna* 2009, 1: 45-52.
2. Kobyliński A.: Nowy humanizm czy posthumanizm? Aspekty etyczno-prawne legalizacji eutanazji na świecie w latach 2000-2015. *Studia Ecologiae et Bioethicae* 2015, 4: 85-114.
3. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze, *Universitas*, Kraków 2004.
4. <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/polish-english/eutanazja> data pobrania 11.01.2020.
5. Pilarski R. (red.): *Wielka Encyklopedia Medyczna*, t.6. Wydawnictwo AGORA, Warszawa 2011: 204-205.
6. Nowosad S.: Eutanazja [w:] *Leksykon teologii pastoralnej*, Kamiński R. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Lublin 2006: 23-25.
7. OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ z dnia 11 września 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks karny[online]<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970880553/U/D19970553Lj.pdf> Data pobrania 27.10.2019.

8. Mencil P.: Prawnkarne aspekty zjawiska samobójstwa [w:] Problemy Nauk Prawnych, t. 2, Pujer K. (red.). Wydawnictwo Exante, Wrocław 2017: 109-120.
9. Marek A.: Komentarz do art. 150 Kodeksu Karnego. Komentarz, LEX 2010.
10. Daszkiewicz K.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Rozdział XIX Kodeksu Karnego. Komentarz, Warszawa 2000: 242.
11. Tyszkiewicz L.: Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, Kodeks Karny. Komentarz, Warszawa 2008: 616.
12. Przyrzeczenie lekarskie.[online]
https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/KodeksEtyki-Lekarskiej.pdf
 Data pobrania 27.10.2019
13. Gałęska-Śliwka A., Śliwka M.: Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywe terapii. Państwo i Prawo 2009, 11: 21–25.
14. Agnosiewicz M.: O eutanazji [online] <http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,898> Data pobrania 27.10.2019.
15. Budyn-Kulik M.: Komentarz art. 150 k.k. [w:] Kodeks Karny. Komentarz, Mozgawa M. (red.). Warszawa 2015: 419.
16. Ks. Machinek M.: Życie niegodne życia? Krótka historia eutanazji. Studia Warmińskie 2011, 48: 325-337.
17. Kosowicz M.: Eutanazja. Potwierdzenie czy zaprzeczenie człowieczeństwa? Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza- Modrzewskiego Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków 2015: 15-17
18. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/> data pobrania 29.10.2019.
19. Szeroczyńska M.: Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Universitas. Kraków 2004: 177.
20. Dąbrowska A., Jarnutowska K.: Wybrane problemy związane z wprowadzeniem do ustawodawstwa polskiego regulacji prawnych dotyczących tzw. testamentów życia. Białostockie Studia Prawnicze 2017, 22(2): 87-95.
21. Kowalik G.: Służyć życiu. Studia Medyczne 2010, 17: 59-62.
22. Domino O.: Chcą mordować dla dobra dzieci. Najwyższy Czas 2013, 48(1227): 22-43.

23. Pacian J., Pacian A., Skórzyńska H., Kaczoruk M.: Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. *Hygeia Public Health* 2014, 49(1): 19-25.
24. Homicide Act 1957 [online] <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/5-6/11/section/1> Data pobrania 12.11.2019.
25. Szewczyk K.: Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009: 370-371.
26. Zając M.: Eutanazja i jej ocena w religiach świata. *Drohiczyński Przegląd Naukowy* 2013, 5: 136-153.
27. <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkIII-2-2.htm> data pobrania: 11.01.2020.
28. Skura-Madziła A.: Religie świata i ich stanowisko wobec eutanazji. *Annales, Etyka w życiu gospodarczym* 2009, 12(2): 25-34.
29. Rubinkiewicz R.: Papieska Komisja Biblijna, Biblia a moralność. Biblijne korzenie postępowania chrześcijańskiego. Instytut Teologii Biblijnej Verbum, Kielce 2009: 61-62.
30. Orońska A.: Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009, 3(2): 82–85.
31. Tokarczyk R.: Prawa narodzin, życia i śmierci. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010: 46-50.
32. Centrum Badań Opinii Społecznej Zaniechanie Uporczywej Terapii a Eutanazja 2013 [online] https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF Data pobrania: 06.10.2019.
33. Sierżantowicz R., Łagoda K., Doroszkiewicz H., Jurkowska G.: Opinie lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i studentów na temat eutanazji. *Gerontologia Polska* 2011, 19, 2: 99–106.
34. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., Rosłan K.: Postawy pielęgniarek wobec eutanazji. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011; 1, 3: 199–208.
35. Szymańska K.: Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2012, 2, 2: 125-133.
36. Szadowska-Szlachetka Z., Antoniak K., Łuczyk M. i wsp.: Wiedza i postawy studentów Uniwersytetu Medycznego wobec eutanazji. *Medycyna Paliatywna* 2019, 11(2): 73–80.
37. Zielińska-Więczkowska H., Januszewska M.: Opinie studentów bydgoskich uczelni na temat eutanazji. *Hygeia Public Health* 2013, 48(2): 238-242.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PIELEŃNIAREK

Patrycja Łojek¹, Barbara Jankowiak²

1. Szpital Wojewódzki im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Słowo „ból” wywodzi się z języka greckiego i w dosłownym tłumaczeniu oznacza „karę” [1]. Ból to wielowymiarowe doświadczenie, które można opisać na wiele sposobów [2]. Na ogół wiąże się z nieprzyjemnym subiektywnym doznaniem emocjonalnym oraz czuciowym [3]. Podstawową rolą bólu jest pełnienie funkcji obronnej oraz ostrzegawczo-ochronnej. Mechanizm powstawania bólu określa się mianem nocycepcji [4]. Zazwyczaj powstaje na skutek zadziałania uszkodzającego lub potencjalnie szkodliwego bodźca mechanicznego, chemicznego lub termicznego na ustrój [3, 4]. Krótkookresowe zadziałanie czynnika uszkodzającego wywołuje ostry lub krótkotrwały ból, natomiast długotrwałe drażnienie receptorów powoduje przewlekły ból [4]. Zdolność do odczuwania bólu zmienia się równocześnie wraz z wiekiem, co więcej próg odczuwania bólu znacząco obniża się w obecności stresu lub przewlekłego zmęczenia [3]. Ważną rolę w procesie odczuwania i interpretacji bólu odgrywają indywidualne uwarunkowania psychosomatyczne oraz przebyte epizody bólowe.

Etiologia oraz klasyfikacja bólów kręgosłupa

Podłoże przyczynowe dolegliwości bólowych kręgosłupa jest bardzo różnorodne oraz wieloczynnikowe [5]. Jednoznaczne ustalenie etiologii bólu jest niezwykle trudne, gdyż zazwyczaj dochodzi do nałożenia się kilku patologii jednocześnie [6]. Truizmem jest stwierdzenie, iż konstrukcja kręgosłupa wraz z upływem lat traci swoją naturalną stabilność oraz mechaniczną wytrzymałość w wyniku zużycia aparatu ruchu oraz naturalnego procesu starzenia się [5,7]. W związku z tym doznania bólowe mogą być spowodowane nieprawidłowym funkcjonowaniem poszczególnych struktur anatomicznych kręgosłupa,

tkanek okołokręgosłupowych lub mogą powstawać w wyniku nieprawidłowej i nieumiejętnej eksploatacji osiowego układu ruchu [8]. Ponadto destrukcyjny wpływ na kręgosłup mają czynniki zewnętrzne takie jak: przeciążenia, powtarzające się urazy lub mikrourazy, nadwaga, obniżona aktywność fizyczna oraz długotrwałe utrzymywanie niefizjologicznej postawy ciała [9]. Bóle spowodowane konkretną wykrywalną przyczyną w postaci nowotworu, złamania, zapalenia, urazu lub wady rozwojowej nazwano bólami specyficznymi, natomiast występowanie bólu bez konkretnej uchwytnej przyczyny, poza zmianami zwyrodnieniowymi nosi miano bólu niespecyficznego [7].

Źródło bólu stanowią przede wszystkim unerwione elementy w obrębie kręgosłupa: kręgi, krążki międzykręgowe, więzadła, mięśnie karku i grzbietu, stawy międzykręgowe. Ból kręgosłupa może wywodzić się z przestrzeni, które zawierają struktury nerwowe i są w dużym stopniu podatne na ucisk. Przykładem struktur narażonych na ucisk są spłoty, korzenie, pnie nerwowe przebiegające wzdłuż kręgosłupa. Do głównych przyczyn dolegliwości bólowych zalicza się zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, zmiany zapalne, choroby degeneracyjne krążków międzykręgowych, przebyte urazy, wrodzone wady kręgosłupa i chroniczne przeciążenia układu mięśniowo- szkieletowego, mogące skutkować uciskiem na korzenie nerwowe. Uważa się, że zmiany zwyrodnieniowo- wytwórcze powodują doznania bólowe, gdyż podrażniają zakończenia nerwowe w obrębie kręgosłupa [8,10].

Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa

Zespoły bólowe kręgosłupa obecnie stanowią poważny problem medyczny i społeczny na całym świecie [11]. Według niektórych danych epidemiologicznych uważa się, iż współczynnik zachorowalności jest znacznie wyższy niż w przypadku chorób dotyczących układu sercowo- naczyniowego. Z powodu olbrzymiego rozpowszechnienia zespoły bólowe kręgosłupa coraz częściej postrzegane są jako choroba cywilizacyjna. Bóle pleców w głównej mierze dotyczą państw uprzemysłowionych, rozwiniętych oraz zurbanizowanych [12]. W krajach wysokorozwiniętych dolegliwości bólowe kręgosłupa stanowią jeden z najczęściej występujących problemów zdrowotnych wśród społeczeństwa. Dokładne oszacowanie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa jest dość problematyczne, gdyż pierwsze epizody bólowe pojawiają się już we wczesnej dorosłości i zwykle mają tendencję do nawrotów [13]. Według niektórych szacunkowych danych, aż około $\frac{3}{4}$ ogólnej populacji przynajmniej raz w ciągu życia doświadcza różnego rodzaju dysfunkcji kręgosłupa bądź tkanek okołokręgosłupowych [14]. Zwykle, gdy nie dojdzie do drastycznej modyfikacji czynników odpowiedzialnych za inicjację mechanizmu bólowego, blisko połowa osób, które doznały bólu kręgosłupa ponownie doświadczy go w ciągu najbliższego roku.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa częściej dotyczą płci żeńskiej z uwagi na większą ilość czynników ryzyka predysponujących do ich wystąpienia (chodzenie na wysokich obcasach, ciąża, stres) [11, 15]. Natomiast ogólna częstość występowania zespołów bólowych kręgosłupa rośnie wraz z wiekiem [13].

Największa częstość przypada na czwartą oraz piątą dekadę życia, wobec tego dotyczy osób w wieku średnim, którzy zazwyczaj są najbardziej aktywni zawodowo. Każdego roku z powodu dysfunkcji układu mięśniowo- szkieletowego od 3% do 4% społeczeństwa pozostaje czasowo niezdolna do pracy, a ponad 1% osób w wieku produkcyjnym pozostaje trwale niezdolna do pracy. Szacuje się, że przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa w znacznym stopniu przyczyniają się do ograniczenia sprawności ruchowej osób powyżej 45-ego roku życia oraz stanowią główną przyczynę inwalidyzacji osób powyżej 65-ego roku życia [16]. Liczne prognozy wskazują na podwojenie liczby osób powyżej 65-ego roku życia w przeciągu najbliższych 25-ciu lat. Z tego względu w nadchodzących dziesięcioleciach liczba osób z zespołami bólowymi kręgosłupa prawdopodobnie znacznie wzrośnie [12].

CELE PRACY

Celem pracy było określenie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie ogólnospołeczne prowadzono od 01.02.2020 do 30.04.2020r. pośród 160 zawodowo czynnych pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach szpitalnych, losowo wybranych, płci żeńskiej.

Zastosowano następujący podział:

- Oddziały o profilu zachowawczym: kardiologia, neurologia, psychiatria, pediatria, rehabilitacja oraz oddział chorób wewnętrznych
- Oddziały o profilu zabiegowym: chirurgia ogólna, urologia, blok operacyjny, intensywna terapia i anestezjologia, ginekologiczno- położniczy oraz oddział ortopedyczno- urazowy.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, skonstruowany na bazie dostępnej literatury dotyczącej zespołów bólowych kręgosłupa, jak również własnych obserwacji.

Kwestionariusz ankiety składał się metryczki (wiek, miejsce zamieszkania, waga, wzrost, stan cywilny, wykształcenie, nazwa oddziału szpitalnego, pełniona funkcja zawodowa oraz staż pracy) oraz z części zasadniczej związanej z częstością występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Badania przeprowadzono drogą internetową. Kwestionariusz ankiety został zamieszczony na portalu internetowym (www.forum.pielęgniarkom.pl) przeznaczonym wyłącznie dla pielęgniarek. Dostęp do forum mają jedynie użytkownicy, którzy legitymują się unikalnym numerem Prawa Wykonywania Zawodu.

W celu przetestowania założonych hipotez przeprowadzono analizę statystyczną przy użyciu oprogramowania Jamovi. Za jego pomocą wykonano test Shapiro- Wilka (określenie zgodności rozkładów z krzywą Gaussa), test Levena, test Manna- Withneya. Do przeprowadzenia analizy wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona oraz Spearmana. Porównanie między grupami przeprowadzono za pomocą analizy wariancji dla grup niezależnych ANOVA oraz analizy POST- HOC z wykorzystaniem poprawki Tukey'a. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$.

Do opisu i interpretacji wyniku testu statystycznego, prawdopodobieństwa testowego (p), przyjęto najczęściej stosowane reguły:

- $p < 0,05$ statystycznie istotna zależność,
- $p < 0,01$ wysoce istotna zależność,
- $p < 0,001$ bardzo wysoce istotna statystyczna zależność.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych PWSiP w Łomży nr 1815800.

WYNIKI

W badaniu udział wzięło 160 pielęgniarek. Charakterystykę grupy badawczej, biorąc pod uwagę wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, wzrost, wagę, stan cywilny, funkcję zawodową oraz staż pracy przedstawiono w Tabeli I.

Pielęgniarki poddane badaniu poproszono o wskazanie oddziału, na którym pracują. Proporcje pracy na poszczególnych oddziałach okazały się zbliżone. W równej proporcji w grupie badawczej znalazły się pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych (50,0%) i zachowawczych (50,0%).

Tabela I. Podstawowe dane na temat respondentów (N = 160)

Cecha	Kategoria	Liczba	%
Wiek	20- 30	39	24,3%
	31- 40	32	20,0%
	41- 50	42	26,3%
	51- 60	32	20,0%
	60+	15	9,4%
	RAZEM	160	100,0%
Miejsce zamieszkania	miasto	79	49,4%
	wieś	81	50,6%
	RAZEM	160	100,0%
Wykształcenie	wyższe zawodowe– licencjat	70	43,8%
	wyższe zawodowe– magister	58	36,2%
	Średnie	32	20%
	RAZEM	160	100,0%
Wzrost	151- 160 cm	20	12,4%
	161- 165 cm	47	29,4%
	166- 170 cm	59	36,9%
	171- 175 cm	31	19,4%
	powyżej 175 cm	3	1,9%
	RAZEM	160	100,0%
Waga	51- 60 kg	26	16,3%
	61- 70 kg	25	15,5%
	71- 80 kg	32	20,0%
	81- 90 kg	30	18,8%
	91- 100 kg	31	19,4%
	powyżej 100 kg	16	10%
	RAZEM	160	100,0%
Stan cywilny	panna	52	32,5%
	rozwidziona	27	16,9%
	wdowa	17	10,6%
	zamężna	64	40,0%
	RAZEM	160	100,0%
Funkcja zawodowa	instrumentariuszka	10	6,2%
	oddziałowa	23	14,4%
	pielęgniarka odcinkowa	73	45,6%
	pielęgniarka zabiegowa	54	33,8%
	RAZEM	160	100,0%
Staż pracy na stanowisku pielęgniarskim	poniżej 5 lat	36	22,5%
	6- 10 lat	21	13,1%
	11- 15 lat	23	14,3%
	16- 20 lat	38	23,8%
	powyżej 20 lat	42	26,3%
	RAZEM	160	100,0%

Szczegółowe wyniki badań

Na bóle kręgosłupa cierpi większość badanych pielęgniarek (73,7%). Świadczy to o dużej skali problemu, który w znaczący sposób przyczynia się do zmniejszenia komfortu podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Podział wyników ze względu na rodzaj oddziału a występowanie bólu kręgosłupa przedstawia, że u pielęgniarek pracujących na oddziale zachowawczym nieco częściej występują dolegliwości bólowe kręgosłupa (77,5%) w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi na oddziale zabiegowym (70,0%) - Tabela II.

Tabela II. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa a rodzaj oddziału (N = 160)

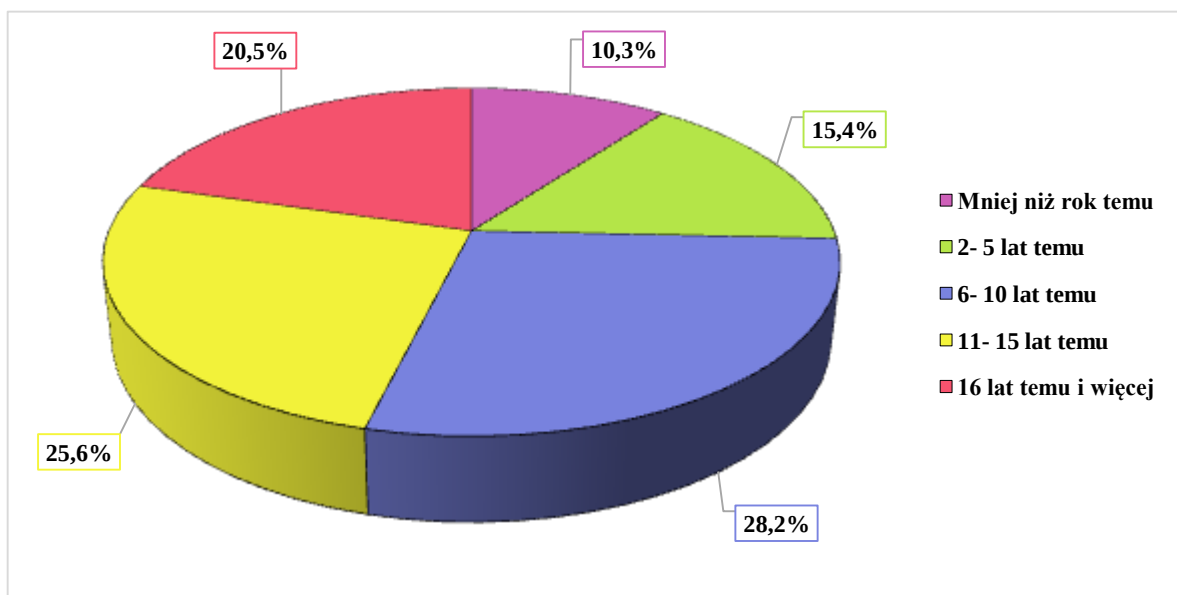
Czy występują u Pani dolegliwości bólowe kręgosłupa?	Rodzaj oddziału			
	Oddział zabiegowy		Oddział zachowawczy	
	N	%	N	%
Tak	56	70,0%	62	77,5%
Nie	24	30,0%	18	22,5%
RAZEM	80	100,0%	80	100,0%

Kolejne pytania ankiety zostały skierowane jedynie do osób cierpiących na bóle kręgosłupa (N = 117).

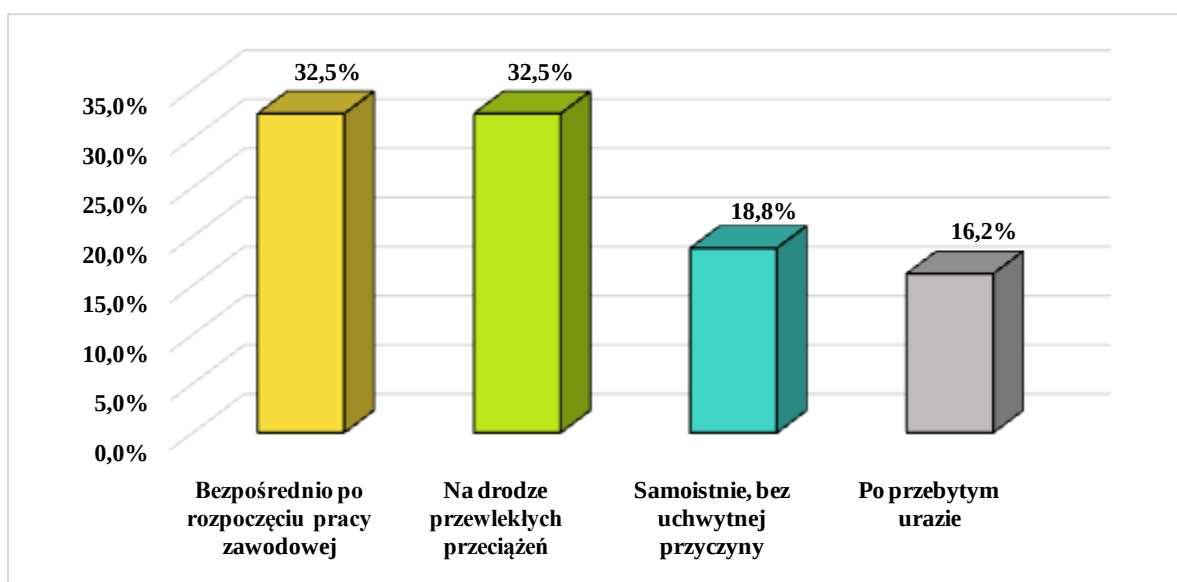
Dolegliwości bólowe kręgosłupa najczęściej odczuwane są w odcinku krzyżowo- lędźwiowym (46,0%). 23,0% badanych narzeka przede wszystkim na ból w odcinku szyjnym, natomiast 22,0% na ból całego kręgosłupa. Najrzadziej ból zlokalizowany jest w odcinku piersiowym (9,0%).

U największej liczby pielęgniarek pierwsze epizody bólu kręgosłupa pojawiły się 6- 10 lat temu (28,2%). U znacznej części respondentek (25,6%) ból pojawił się 11- 15 lat temu. Ponad 1/5 badanych stwierdziła, że na dolegliwości bólowe kręgosłupa cierpi od więcej niż 16 lat. Uzyskane dane odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 1.

Pierwsze dolegliwości bólowe kręgosłupa mogły objawić się w różnych okolicznościach. Wśród badanych pielęgniarek pierwsze objawy kręgosłupa pojawiły się przede wszystkim na skutek przewlekłych obciążeń (32,5%) oraz bezpośrednio po rozpoczęciu pracy zawodowej (32,5%). Przebyty uraz był powodem bólu u 16,2% badanych. Blisko 1/5 respondentek nie było w stanie wskazać konkretnej przyczyny pojawiania się dolegliwości. Dane reprezentuje Rycina 2.

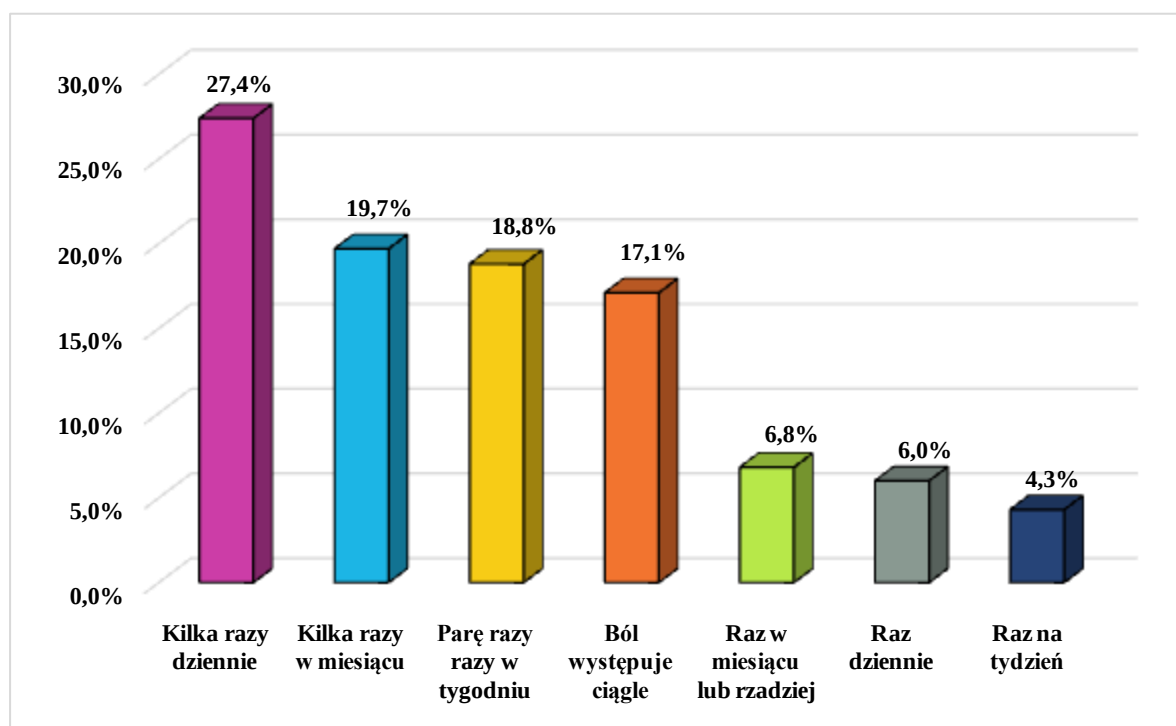


Rycina 1. Pojawienie się pierwszych epizodów bólu kręgosłupa (N = 117)



Rycina 2. Sposób pojawienia się pierwszych epizodów bólu kręgosłupa (N = 117)

Ból kręgosłupa towarzyszy badanym pielęgniarkom bardzo często, nawet kilka razy dziennie (27,4%). Kilka razy w miesiącu i parę razy w tygodniu bóle odczuwa odpowiednio 19,7% i 18,8% badanych. Na ciągle występowanie bólu skarżyło się aż 17,1% ankietowanych. Raz w miesiącu ból dotyka 6,8% badanych. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej na Rycinie 3.



Rycina 3. Częstość odczuwania bólu kręgosłupa (N = 117)

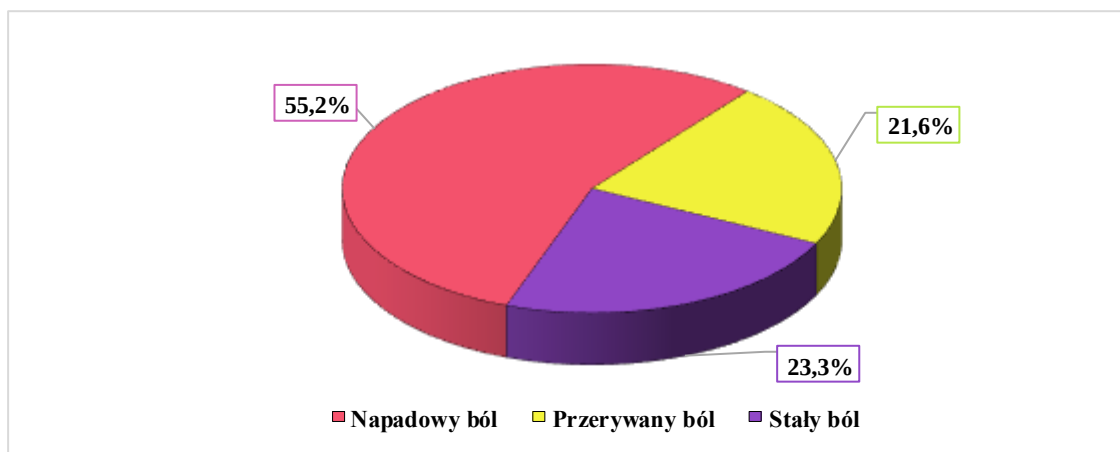
Chcąc odpowiednio przeciwdziałać bólowi kręgosłupa należy określić jego charakter. Ankietowanych poproszono o ocenę nasilenia poszczególnych rodzajów bólu w 4-stopniowej skali.

Największy poziom nasilenia stwierdzono w przypadku bólu: uciążliwego (56,4%), bezlitosnego (54,7%), skurczowego (41,9%) i tępego (41,4%). Brak bólu najczęściej wskazywano w przypadku dolegliwości promieniujących do kończyn górnych (33,9%) oraz dotknięcia chorego miejsca (30,2%). Odpowiedzi dotyczące pozostałych charakterystyk bólu rozkładały się w większości równomiernie. Uzyskane wyniki procentowe przedstawiono w Tabeli III.

Osoby cierpiące na ból kręgosłupa mogą różnie postrzegać stopień jego natężenia. Zagadnienie to stanowiło kolejny problem poruszony w ankiecie. Ponad połowa badanych cierpi na napadowy ból kręgosłupa (55,2%). Ból stały najlepiej opisuje dolegliwości 23,3% respondentek. Ból przerywany dotyczy natomiast 21,6% badanych pielęgniarek. Uzyskane wyniki procentowe przedstawiono na Rycinie 4.

Tabela III. Charakter bólu kręgosłupa (N = 117)

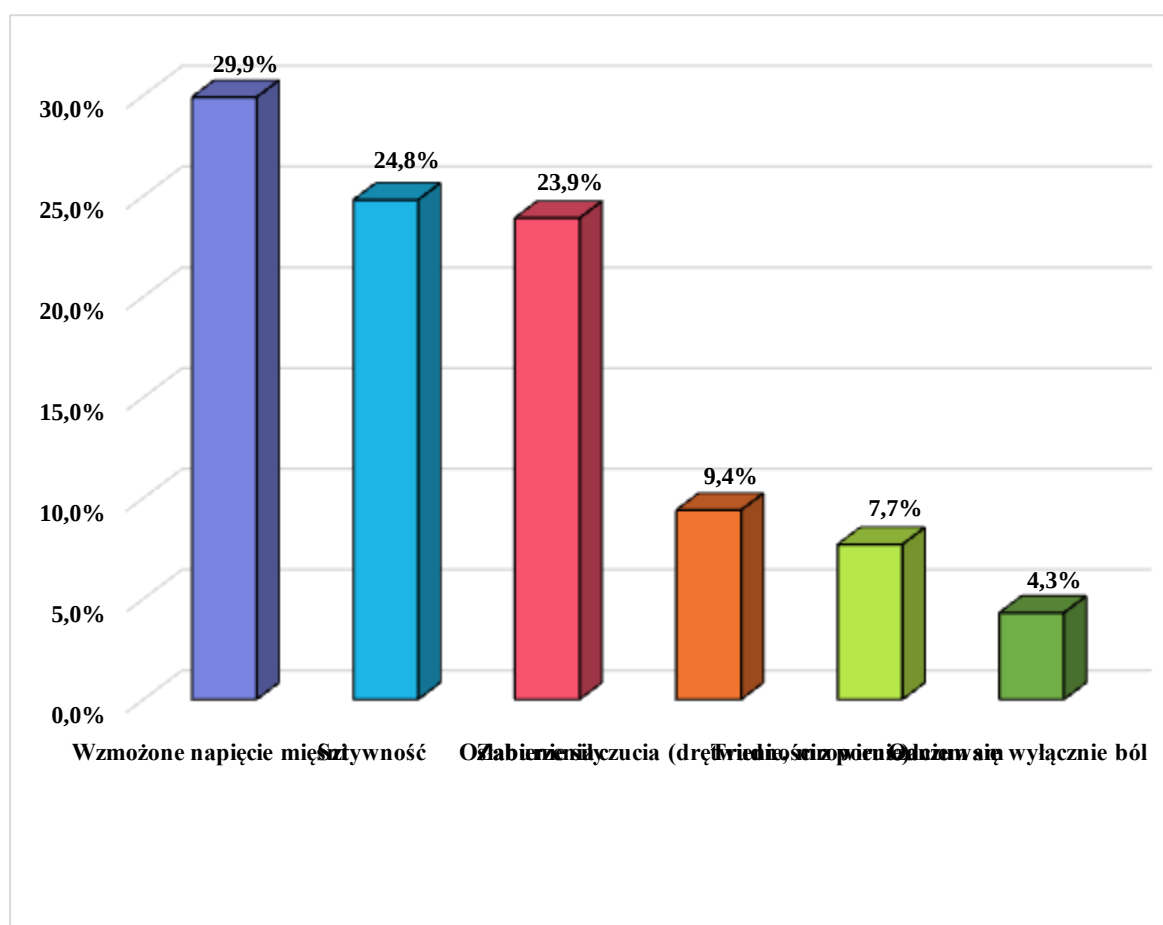
Ból	Brak	Łagodny	Umiarkowany	Silny	RAZEM
Promieniujący do kończyn dolnych	23,1%	20,4%	29,1%	27,4%	100,0%
Przeszywający	18,2%	26,7%	28,4%	26,7%	100,0%
Uciążliwy	3,4%	12,0%	28,2%	56,4%	100,0%
Skurczowy	11,1%	19,6%	27,4%	41,9%	100,0%
Rwący	12,0%	25,6%	33,3%	29,1%	100,0%
Ostry	18,2%	29,6%	34,8%	17,4%	100,0%
Promieniujący do kończyn górnych	33,9%	33,0%	17,4%	15,7%	100,0%
Opasający	19,6%	13,7%	29,9%	36,8%	100,0%
Tępy	14,6%	25,0%	19,0%	41,4%	100,0%
Rozsadzający	23,3%	27,6%	28,4%	20,7%	100,0%
Pojawiający się przy dotknięciu chorego miejsca	30,2%	27,6%	30,2%	12,0%	100,0%
Bezlitosny	15,4%	7,7%	22,2%	54,7%	100,0%



Rycina 4. Stopień natężenia odczuwanego bólu (N = 117)

Napadowy ból kręgosłupa charakteryzuje się licznymi objawami towarzyszącymi. O ich wskazanie poproszono respondentów ankiety. Najczęściej występującymi objawami towarzyszącymi napadowym bólom kręgosłupa są: wzmożone napięcie mięśniowe (29,9%), sztywność (24,8%) oraz osłabienie siły (23,9%). Zaburzenia czucia oraz trudności w

poruszaniu się towarzyszą odpowiednio 9,4% i 7,7% badanych pielęgniarek. Wyłącznie ból kręgosłupa odczuwa natomiast 4,3% respondentek. Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 5.

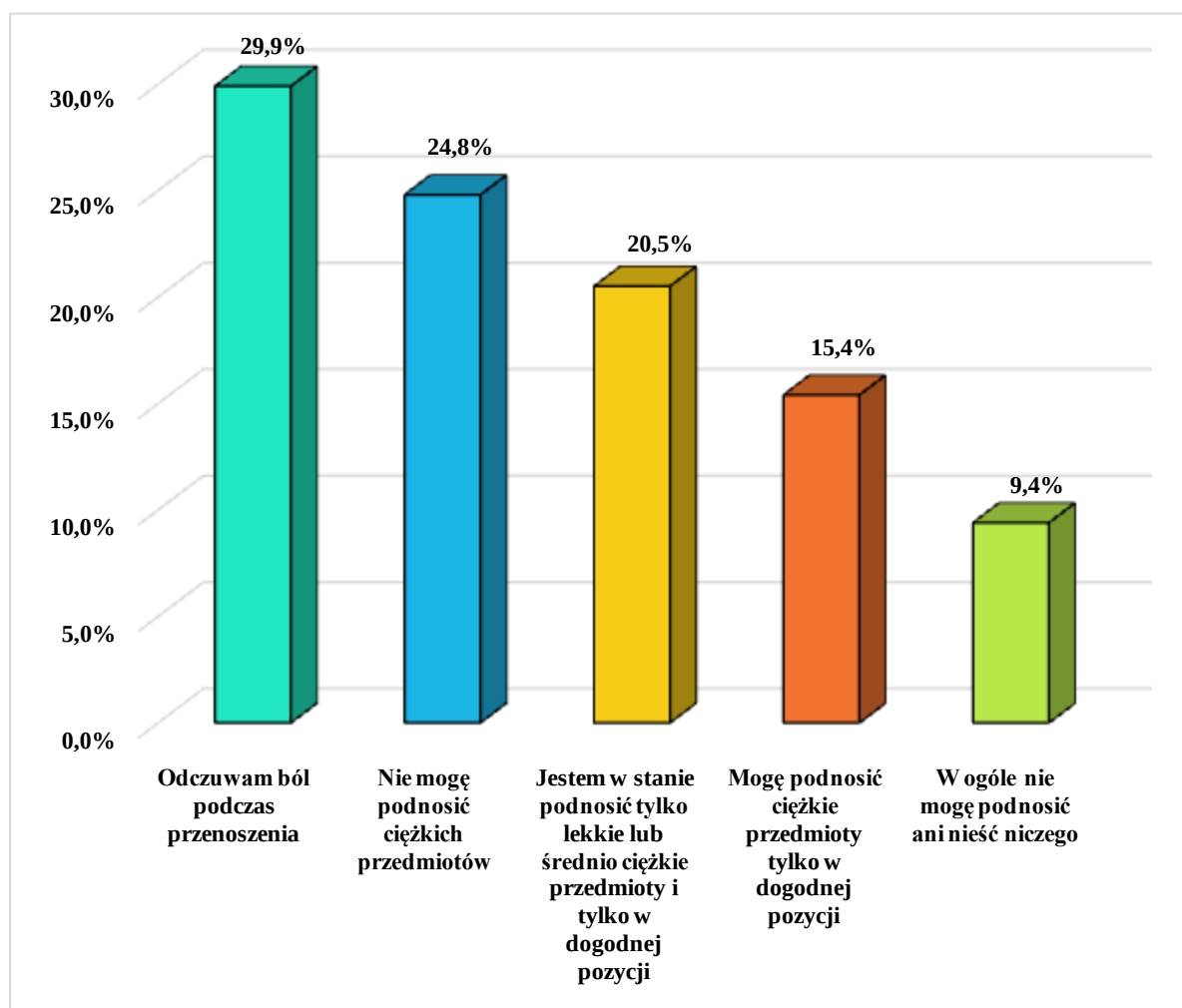


Rycina 5. Objawy towarzyszące napadowi bólu kręgosłupa (N = 117)

Największa część badanych pielęgniarek wskazuje, że głównym ograniczeniem podczas przenoszenia przedmiotów jest odczuwany ból (29,9%). Blisko ¼ badanych wskazuje, że nie może podnosić ciężkich przedmiotów (jedynie w dogodnej pozycji). 15,4% pielęgniarek może podnieść ciężki przedmiot w dogodnej pozycji. Na brak możliwości podnoszenia przedmiotów wskazuje 9,4% respondentek - Rycina 6.

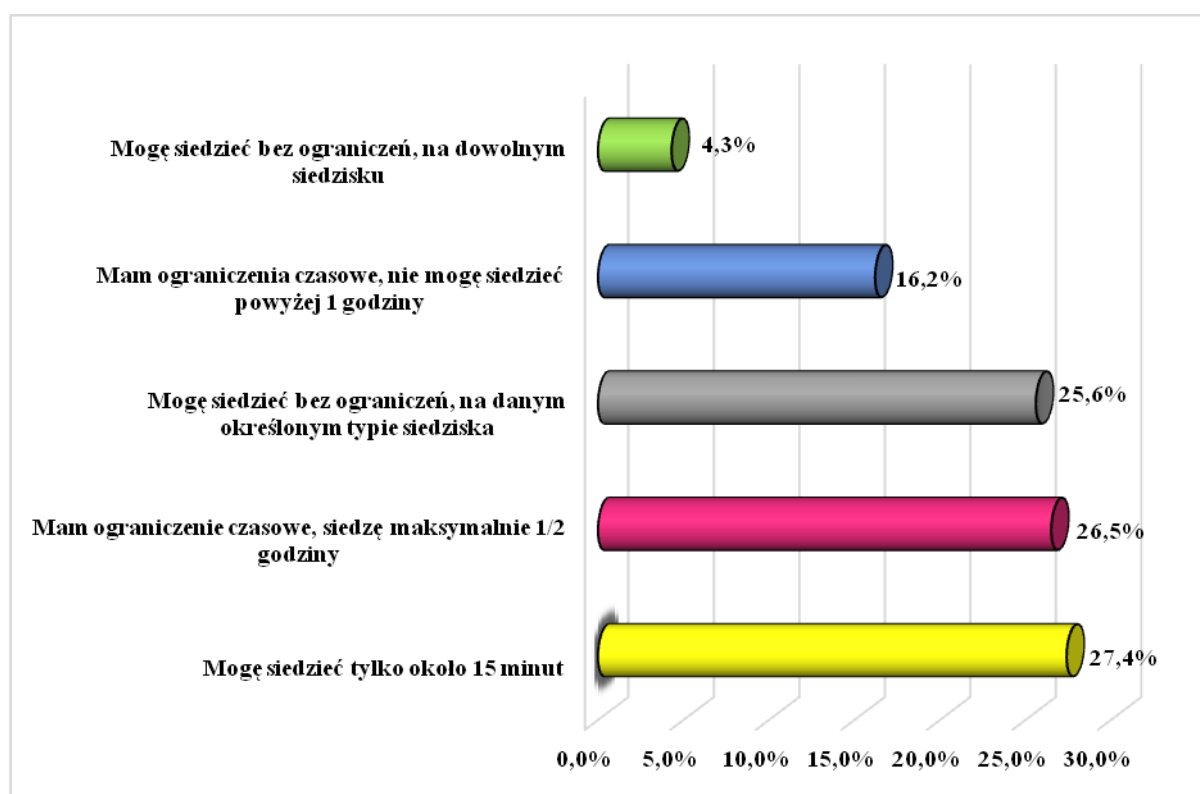
Ból kręgosłupa związany jest także z ograniczeniami występującymi w pozycji siedzącej. Głównym ograniczeniem związanym z siedzeniem jest możliwość pozostawania w tej pozycji jedynie przez około 15 minut (27,4%). Niewiele ponad ¼ badanych jest w stanie wytrzymać w tej pozycji maksymalnie przez 30 minut. Bez ograniczeń na odpowiednim typie siedziska może siedzieć 25,6% badanych. Brak możliwości pozostawania w pozycji siedzącej

powyżej 1 godziny deklaruje 16,2% badanych. Na dowolnym siedzisku bez ograniczeń czasowych może pozostawać zaledwie 4,3% badanych osób. Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 7.

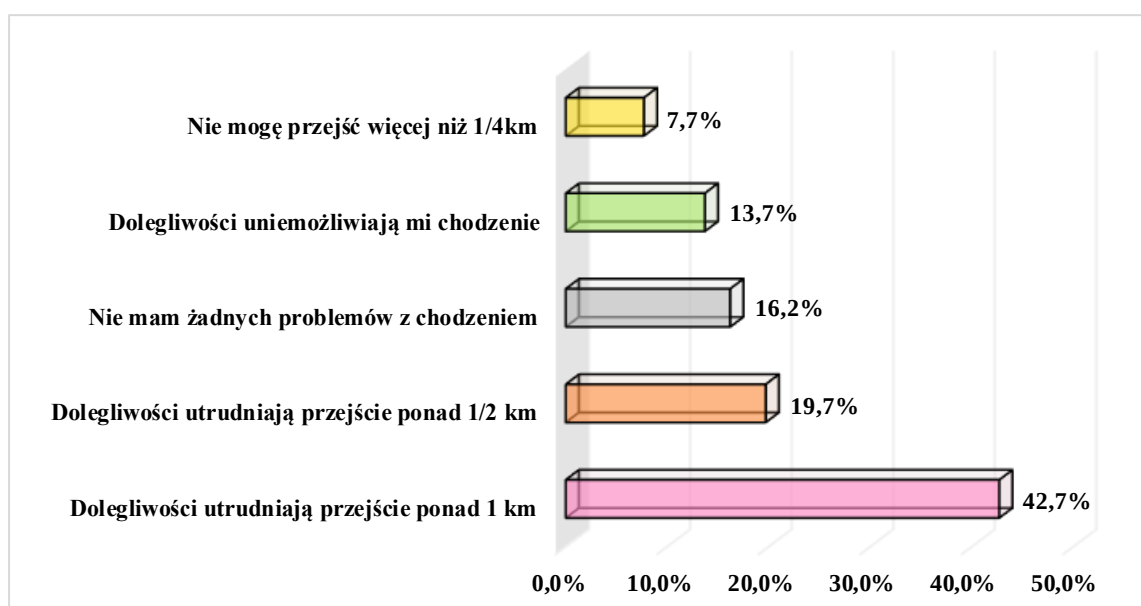


Rycina 6. Ograniczenia pojawiające się podczas podnoszenia przedmiotów (N = 117)

Bóle kręgosłupa często wiążą się z ograniczeniem lokomocji. Ból kręgosłupa w znaczący sposób ogranicza zdolność do przemieszczania się osób chorych. Aż 42,7% badanych pielęgniarek miałyby trudność w przejściu ponad 1 km. Co piąta respondentka miałaby trudność z pokonaniem zaledwie 500 m. Brak możliwości chodzenia oraz trudności w przejściu ¼ km deklaruje odpowiednio 13,7% i 7,7% badanych. Brak problemów z chodzeniem dotyczy zaledwie 16,2% badanych kobiet. Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 8.

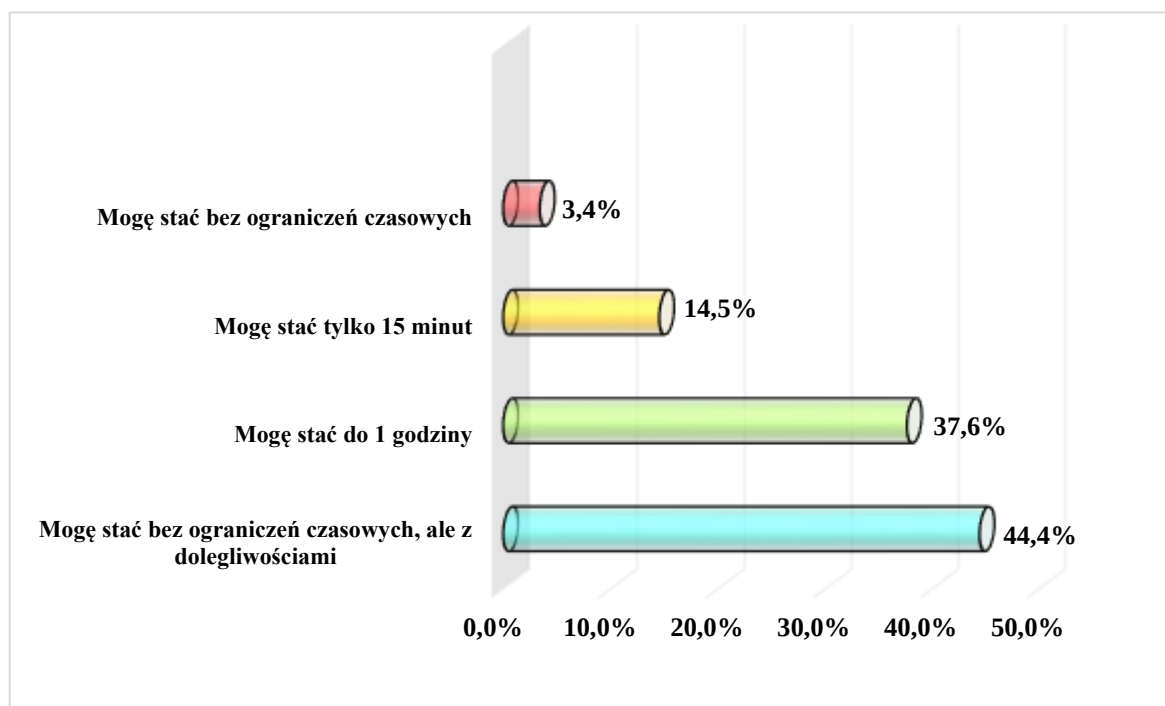


Rycina 7. Ograniczenia pojawiające się w czasie pozycji siedzącej (N = 117)



Rycina 8. Ograniczenia lokomocji (N = 117)

Ból kręgosłupa może również objawiać się problemami z pozostaniem w pozycji stojącej. Okazało się, że największa część badanych (44,4%) może stać bez ograniczeń, odczuwając jednak pewne dolegliwości. Możliwość stania 1 godzinę deklaruje 37,6% badanych, natomiast 15 minut 14,5% badanych. Bez ograniczeń czasowych w pozycji stojącej może pozostawać 3,4% respondentek. Dokładne wyniki przedstawiono na Rycinie 9.

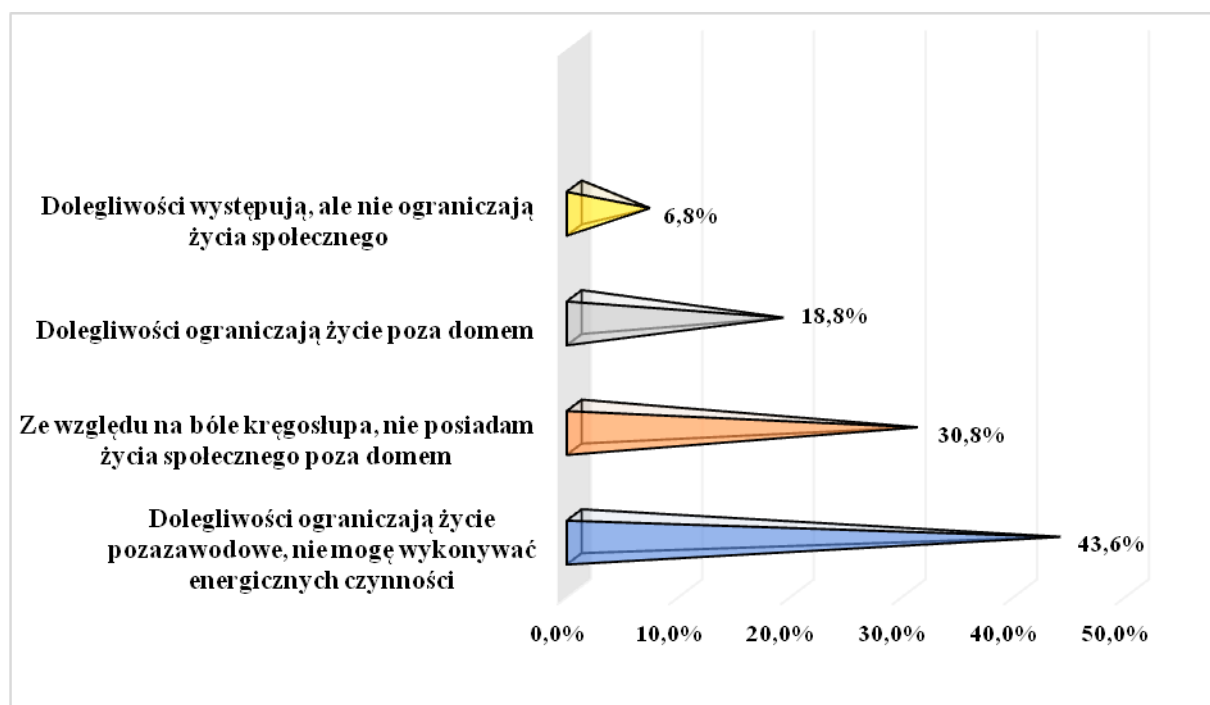


Rycina 9. Ograniczenia w stanie (N = 117)

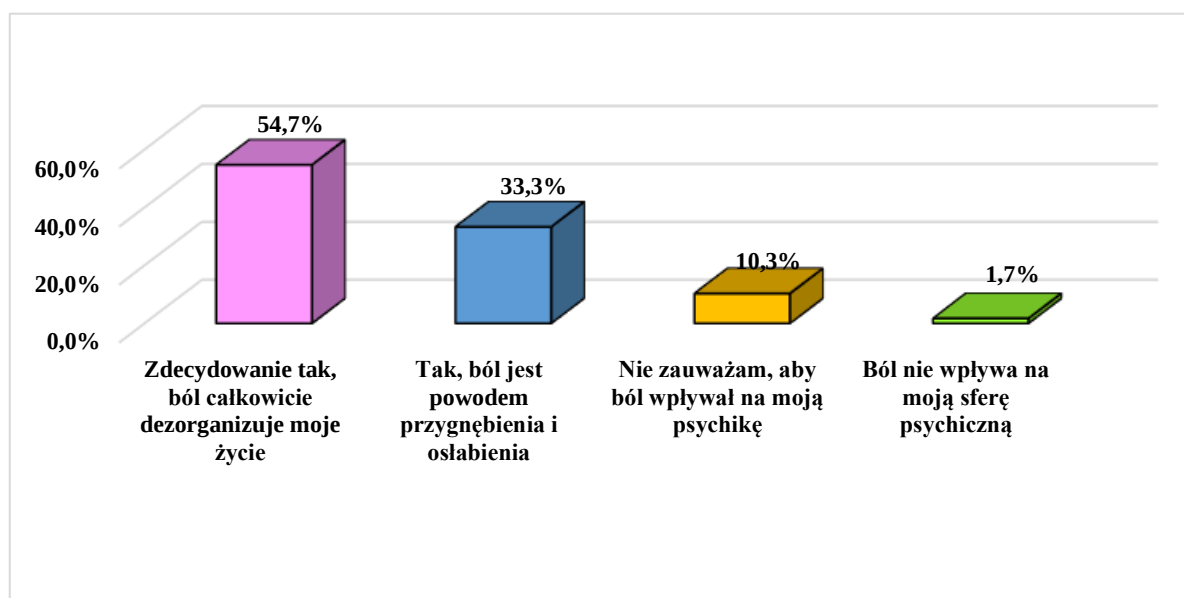
Schorzenia kręgosłupa często negatywnie przekładają się na życie społeczne. Blisko 44,0% pielęgniarek przyznaje, że dolegliwości bólowe ograniczają ich życie pozazawodowe, gdyż nie może wykonywać energicznych czynności. Dla 30,8% osób ból jest czynnikiem zupełnie pozbawiającym życia społecznego poza domem. Na ograniczenie życia społecznego wskazuje 18,8% respondentek, natomiast na zupełny brak ograniczeń tylko 6,8% badanych pielęgniarek. Uzyskane wyniki zaprezentowano na Rycinie 10.

Odczuwane dolegliwości bólowe kręgosłupa często przekładają się na sferę psychiczną. Przeprowadzone badania potwierdziły negatywny wpływ bólu kręgosłupa na sferę psychiczną. Aż 54,7% badanych osób deklaruje, że odczuwane dolegliwości bólowe kompletnie dezorganizują ich życie. 1/3 ankietowanych stwierdziła również, że ból stanowi dla nich powód przygnębienia i osłabienia. Tylko 10,3% pielęgniarek nie zauważa wpływu

bólu na psychikę. Związkowi bólu ze sferą psychiczną zdecydowanie zaprzecza 1,7% respondentek. Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 11.



Rycina 10. Zmiany w życiu społecznym w związku z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa (N = 117)

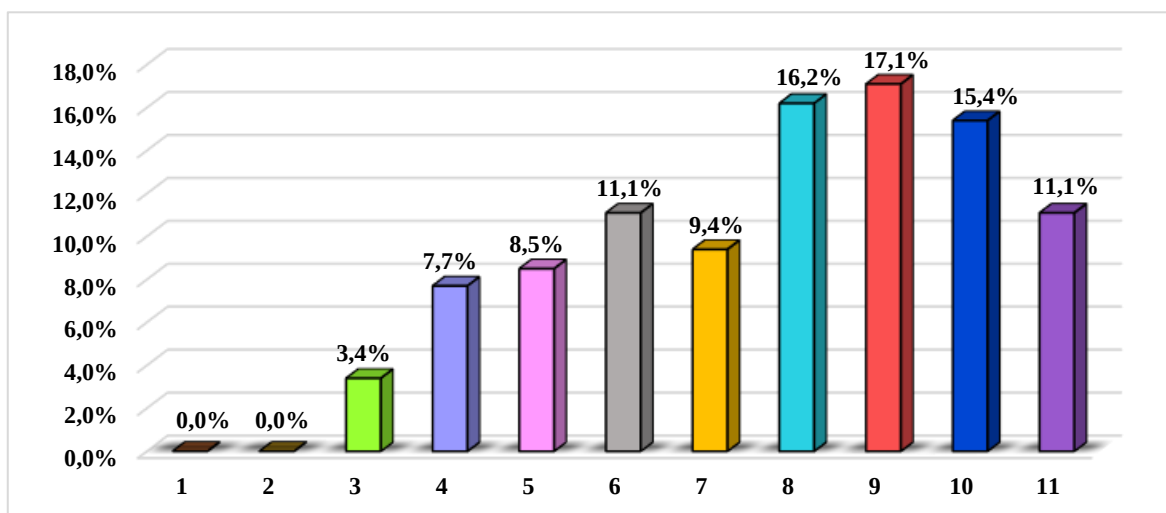


Rycina 11. Wpływ bólu kręgosłupa na sferę psychiczną (N = 117)

Badanych poproszono o ocenę, jak ból kręgosłupa wpływa na ich codzienną aktywność zawodową. W tym celu posłużono się skalą od 0 do 10, gdzie 0 to brak

ograniczeń, a 10 to całkowite ograniczenie aktywności. Rozkład uzyskanych odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 12.

Średnia wartość ograniczenia aktywności zawodowej na skutek bólu kręgosłupa wyniosła $M = 6,76$ ($SD = 2,27$). Oznacza to, że odczuwane dolegliwości bólowe przeciętnie silnie ograniczają wykonywanie obowiązków wśród pielęgniarek. Mediana ograniczenia aktywności wyniosła 7.



Rycina 12. Wpływ bólu kręgosłupa na codzienną aktywność zawodową (N = 117)

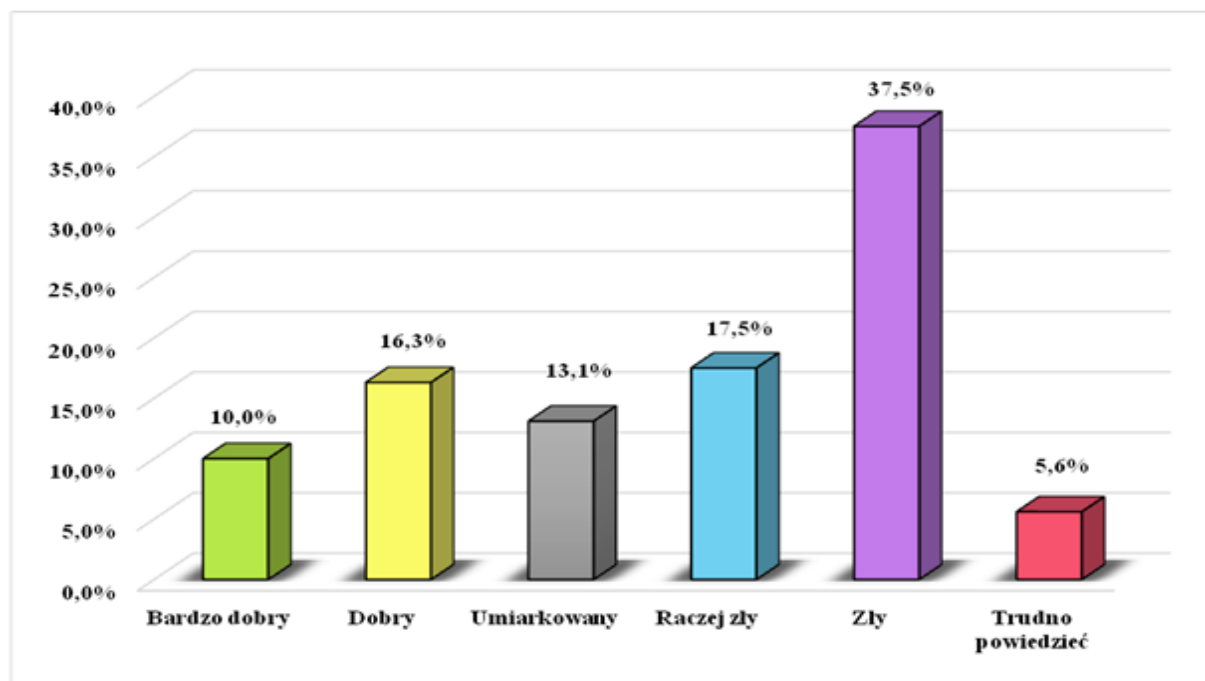
Ból kręgosłupa należy do czynników ograniczających poczucie zdrowia. Respondentki najczęściej określają swój stan zdrowia jako zły (37,5%). Odpowiedź 'raczej zły' zaznaczyło 17,5% ankietowanych. Umiarkowany poziom zdrowia deklaruje 13,1% osób. Dobrze lub bardzo dobrze swoje zdrowie ocenia odpowiednio 16,3% i 10,0% badanych. Trudności w jednoznacznej ocenie własnego zdrowia miało 5,6% badanych pielęgniarek. Uzyskane wyniki przedstawiono na Rycinie 13.

Dane statystyczne na temat oceny zdrowia, biorąc pod uwagę rodzaj oddziału przedstawiono w Tabeli IV.

Zestawiając rodzaj oddziału z oceną własnego stanu zdrowia zaobserwowano, że pielęgniarki pracujące na oddziale zachowawczym zdecydowanie gorzej oceniają swój stan zdrowia. 3/4 ankietowanych określiło swój stan zdrowia jako zły, natomiast co czwarta badana postrzega swój stan zdrowia jako umiarkowany.

Najlepsze oceny zdrowia występują natomiast w grupie pielęgniarek pracujących na oddziale zabiegowym opcję 'dobry' i 'bardzo dobry' zaznaczyło łącznie 52,5% badanych.

Odpowiedź 'raczej zły' i umiarkowany zaznaczyło odpowiednio 35,0% i 1,2% ankietowanych.



Rycina 13. Ocena stanu zdrowia (N = 160)

Tabela IV. Ocena zdrowia a rodzaj oddziału (N = 160)

Jak ocenia Pani swój stan zdrowia?	Rodzaj oddziału			
	Oddział zabiegowy		Oddział zachowawczy	
	N	%	N	%
<i>Bardzo dobry</i>	16	20,0%	0	0,0%
<i>Dobry</i>	26	32,5%	0	0,0%
<i>Umiarkowany</i>	1	1,2%	20	25%
<i>Raczej zły</i>	28	35,0%	0	0,0%
<i>Zły</i>	0	0,0%	60	75,0%
<i>Trudno powiedzieć</i>	9	11,3%	0	0,0%
RAZEM	80	100,0%	80	100,0%

Analiza statystyczna

Odczuwanie bólu kręgosłupa może być uzależnione od rodzaju oddziału, na którym pracuje pielęgniarka. W celu dobrania odpowiedniego testu statystycznego do porównania obu grup przeprowadzono analizę założeń dotyczących normalności rozkładu oraz równości wariancji. Do zbadania normalności rozkładu wykorzystano test Shapiro- Wilka, który

potwierdził brak normalności rozkładu odpowiedzi dotyczących wpływu bólu kręgosłupa na codzienną aktywność zawodową ($p < 0,001$). Równość wariancji obu grup potwierdzono testem Levena ($p = 0,633$). Na podstawie uzyskanych wyników do porównania obu grup wykorzystano test Manna- Withneya. Za poziom istotności uznano $\alpha = 0,05$.

Średnia wartość ograniczenia aktywności zawodowej ze względu na ból kręgosłupa była większa wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych ($M = 7,08$; $SD = 2,19$). Uzyskany wynik świadczy o silnym negatywnym wpływie odczuwanych dolegliwości na wykonywanie obowiązków zawodowych. Efekt ten jest mniej zaznaczony w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych ($M = 6,39$; $SD = 2,33$). Dane przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Ograniczenia codziennej aktywności zawodowej w związku z bólem kręgosłupa z podziałem według rodzaju oddziału

Pytanie	Grupa	Średnia	Mediana	SD
W jakim stopniu ból ogranicza Pani codzienną aktywność zawodową?	Oddział zabiegowy	6,39	7,00	2,33
	Oddział zachowawczy	7,08	8,00	2,19

Różnica między ograniczeniem aktywności zawodowej w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych i zabiegowych okazała się istotna statystycznie ($p = 0,05$). Wyniki przedstawiono w Tabeli VI.

Tabela VI. Porównanie ograniczenia codziennej aktywności zawodowej w związku z bólem kręgosłupa z podziałem według rodzaju oddziału

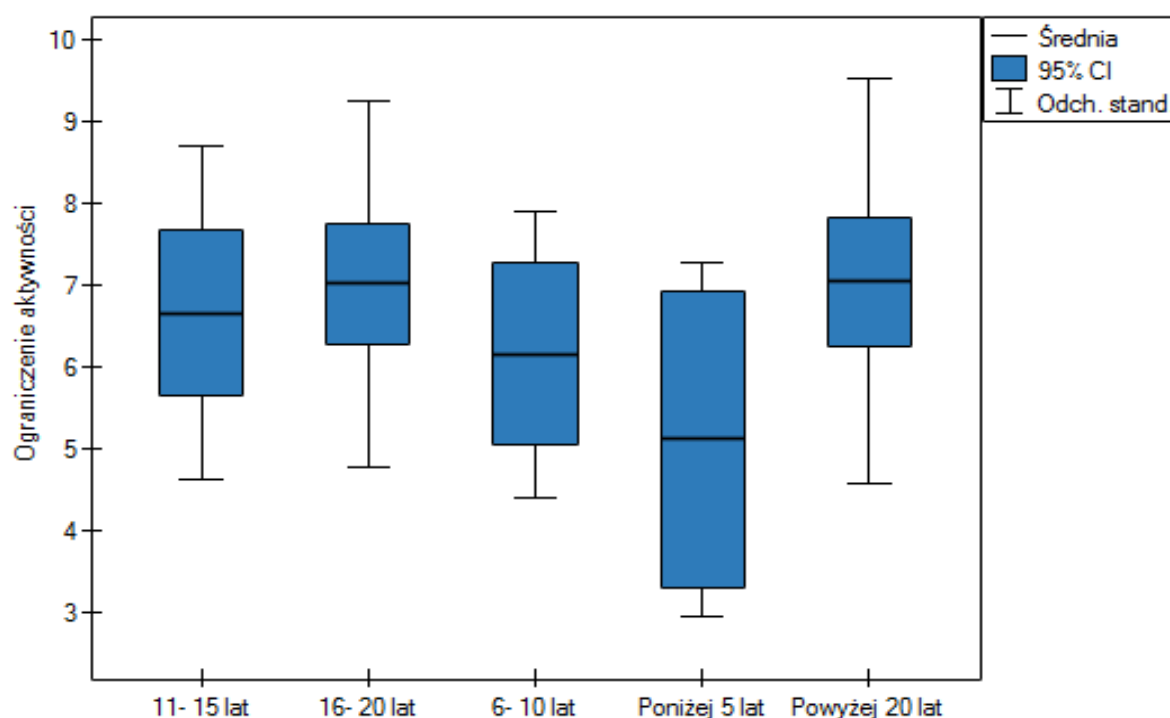
Pytanie	Test	p
W jakim stopniu ból ogranicza Pani codzienną aktywność zawodową	Mann- -Withney U	0,05

Wpływ na aktywność zawodową w związku z odczuwanym bólem kręgosłupa może mieć również staż pracy. Założono hipotezę, że poziom ograniczenia jest różny, w poszczególnych grupach wyróżnionych ze względu na staż pracy. Do weryfikacji tego założenia wykorzystano analizę wariancji dla grup niezależnych ANOVA. Równość wariancji poszczególnych grup potwierdzono testem Levena ($p = 0,258$). Uzyskane wyniki przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. Porównanie ograniczenia codziennej aktywności zawodowej w związku z bólem kręgosłupa z podziałem według stażu pracy

Pytanie	Test	p
Staż pracy/ograniczenie aktywności	ANOVA dla grup niezależnych	0,19

Na podstawie uzyskanych wyników nie potwierdzono istnienia statystycznie istotnych różnic w ograniczeniu aktywności zawodowej pielęgniarek ze względu na ból kręgosłupa, biorąc pod uwagę podział według stażu pracy ($p = 0,19$). Graficzne zestawienie poziomu ograniczenia aktywności w poszczególnych grupach przedstawiono na Rycinie 14.



Rycina 14. Ograniczenie aktywności zawodowej na skutek bólu kręgosłupa w grupie pielęgniarek z podziałem według stażu pracy

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Ból pochodzenia kręgosłupowego stanowi jedną z najczęściej zgłaszanych dolegliwości bólowych we wszystkich populacjach ludzkich na całym świecie, a w szczególności w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo [17, 18]. Jednak dopiero po zapoznaniu się z dokładnymi danymi epidemiologicznymi i konkretnymi liczbami zauważa się jak często i w jak dużej skali występuje ten problem.

Powszechnie wiadomo, że statystyki występowania bólów kręgosłupa nie są idealnie jednolite we wszystkich państwach [19]. Według Dziaka w krajach rozwiniętych na bóle kręgosłupa skarży się od 54,0% do 80,0% populacji ludzkiej [cyt. za 20].

Z przeprowadzonych badań przekrojowych wśród populacji Arabii Saudyjskiej Al- Kharj w 2019 roku wynika, że częstość występowania przewlekłego bólu wynosiła 19,0%, a najczęściej zgłaszanym miejscem bólu była okolica pleców (30,0%) [19].

Według badań szacunkowych w Polsce na ból kręgosłupa przynajmniej raz w życiu uskarża się od 60,0% do 90,0% społeczeństwa [21]. Dolegliwości bólowe najczęściej pojawiają się pomiędzy 25 a 65 rokiem życia [21]. W populacji ogólnej częstość występowania dolegliwości bólowych wynosi od 50 do 250-ciu przypadków na 1000 osób w skali roku i w głównej mierze wiąże się bezpośrednio z coraz mniejszą wydolnością mięśni tułowia [21].

Od kilkunastu lat zarówno w literaturze polskiej, jak i światowej coraz częściej zwraca się szczególną uwagę na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa wśród pracowników służby zdrowia [22]. Według niektórych autorów najbardziej narażoną grupą zawodową na występowanie tych dolegliwości są pielęgniarki. Powszechnie wiadomo, że zawód ten najczęściej reprezentowany jest przez kobiety, a ich ogólna wydolność fizyczna jest niższa w stosunku do mężczyzn blisko o 20,0% - 30,0% [23]. Problem dolegliwości bólowych wśród pielęgniarek staje się coraz poważniejszy, czego dowodzą badania naukowe z ostatnich lat [22].

Badania przeprowadzone przez Tworek [24] obejmujące grupę 123 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach na terenie województwa łódzkiego wykazały, iż wszystkie ankietowane pielęgniarki odczuwały dolegliwości bólowe kręgosłupa (100,0%) [24].

Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Przychodzką i wsp. [25] tylko 20,8% ankietowanych pielęgniarek nie odczuwało dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa w dniu badania [25].

Wyniki badań własnych potwierdzają ważność problemu występowania dolegliwości bólowych wśród personelu pielęgniarskiego. 73,7% ankietowanych pielęgniarek cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa. W badanej grupie tylko 26,3% osób nie miało dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa.

Bilski i wsp. [26] wykazali w swoich badaniach, że dolegliwości bólowe kręgosłupa występowały u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych i intensywnej terapii [26].

W badaniach własnych uzyskano zupełnie odmienne wyniki. Dolegliwości bólowe kręgosłupa nieco częściej występowały u pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych (77,5%), niż u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych (70,0%).

Z raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pochodzącego z 2017 roku jasno wynika, że grupa pielęgniarska należy do zawodów szybko starzejących się. Obecnie w Polsce średni wiek osób wykonujących zawód pielęgniarki wynosi około 50- ciu lat i ciągle rośnie [27].

Potwierdzenie średniej wieku pielęgniarek widnieje w badaniach własnych, bowiem największą część grupy badawczej stanowiły kobiety w wieku 41- 50 lat (26,3%).

Według dostępnej literatury ból pochodzenia kręgosłupowego najczęściej zlokalizowany jest w okolicy odcinka lędźwiowo- krzyżowego oraz w odcinku szyjnym [28, 29]. Wieloletnia przekrojowa analiza danych administracyjnych kanadyjskiego oddziału ratunkowego w Halifax przeprowadzona przez Edwardsa i wsp. [30] wykazała, że w przeciągu sześciu lat około 3,2% osób zgłosiło się na oddział ratunkowy z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa. W grupie tej większość pacjentów cierpiała na niespecyficzny ból zlokalizowany w dolnej części pleców [30].

U Maciuk i wsp. [31] większość badanych pielęgniarek (81,0%) odczuwało dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowo- krzyżowym, a 53,0% w odcinku szyjnym. Co ciekawe dolegliwości bólowe ze strony dolnego odcinka kręgosłupa pojawiły się średnio po 12,5 latach od momentu rozpoczęcia pracy, a ze strony odcinka szyjnego średnio po 8,5 latach od rozpoczęcia kariery zawodowej [31].

W publikacji Jabłońskiej i wsp. [32] ankietowane pielęgniarki pracujące w oddziałach neurologii i neurochirurgii najczęściej skarżyły się na ból umiejscowiony w okolicy odcinka lędźwiowo- krzyżowego (80,3%) [32].

W prezentowanym materiale własnym uzyskane wyniki są zbieżne z doniesieniami innych autorów. Dolegliwości bólowe kręgosłupa były najczęściej odczuwane w odcinku

krzyżowo- lędźwiowym (46,0%). Nieco rzadziej ból lokalizował się w odcinku szyjnym (23,0%). Natomiast 22,0% ankietowanych skarżyła się na bóle całego kręgosłupa, a 9,0% badanych pielęgniarek narzekała na ból umiejscowiony w odcinku piersiowym.

W badaniach Juraszek i wsp. [33] 19,6% ankietowanych pielęgniarek opisała charakter bólu jako promieniujący. 16,7% badanych pielęgniarek odczuwało drętwienie. Blisko 14,0% scharakteryzowała ból kręgosłupa jako tępy i rozlany [33].

W badaniach własnych ankietowane pielęgniarki nieco inaczej określiły charakter odczuwanego bólu. Podobne okazały się objawy towarzyszące. Badania wykazały, że ponad połowa (55,2%) badanych pielęgniarek cierpi na napadowy ból kręgosłupa. Ankietowane pielęgniarki najczęściej określały ból jako: bezlitosny (56,4%), skurczowy (41,9%) oraz tępy (41,4%). Wzmoczone napięcie mięśni towarzyszyło 29,9% ankietowanym, sztywność (24,8%) a osłabienie siły (23,9%). Zaburzenia czucia występowały u 9,4% osób.

Według badań Adamaszek i wsp. [21] 36,0% personelu pielęgniarskiego zмага się z bólem kręgosłupa od 2 do 5 lat. 21,0% pielęgniarek walczy z bólem od 5 do 10 lat, a pozostali badani odczuwają ból dopiero od roku [21].

W badaniach własnych pierwsze epizody bólowe pojawiły się 6- 10 lat temu (28,2%). Natomiast u 25,6% ankietowanych pielęgniarek ból pojawił się 11- 15 lat temu. Jedynie co piąta pielęgniarka stwierdziła, że zмага się z bólem ponad 16 lat.

Stypułkowska i wsp. [29] podkreślają, że 41,0% badanych pielęgniarek odczuwała ból codziennie, a 29,0% ankietowanych oceniło częstotliwość występowania bólu na 2- 3 razy w tygodniu [29].

Przybliżone wyniki uzyskano w materiale własnym. W badanej grupie pielęgniarek ból kręgosłupa towarzyszył nawet kilka razy dziennie (27,4%), natomiast kilka razy w miesiącu i parę razy w tygodniu zadeklarowało odpowiednio 19,7% oraz 18,8% ankietowanych. Uzyskane wyniki świadczą o stosunkowo dużej uciążliwości bólu kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek.

Badania własne ukazały wpływ bólów kręgosłupa na chodzenie, siedzenie oraz stanie ankietowanych pielęgniarek. Aż 42,7% respondentów przyznała, że ma trudność w przejściu ponad 1 km, a co piąta badana nie jest w stanie pokonać 500 metrowego dystansu. Brak możliwości chodzenia oraz trudności w przejściu ¼ km zgłosiło 13,7% oraz 7,7% badanych.

Biorąc pod uwagę przebywanie w wymuszonej pozycji stojącej 44,4% badanych pielęgniarek mogła stać bez ograniczeń, odczuwając jednak pewne dolegliwości bólowe kręgosłupa. Możliwość stania przez 1 godzinę zadeklarowało 37,6% ankietowanych, a jedynie 14,5% badanych jest w stanie wytrzymać w tej pozycji przez około 15 minut.

W ocenie siedzenia respondenci mogli pozostawać maksymalnie w pozycji siedzącej przez około 15 minut (27,4%). 26,5% badanych mogła siedzieć maksymalnie do 30 minut. Zastanawiający jest jednak fakt, iż 25,6% ankietowanych mogła siedzieć bez żadnych ograniczeń czasowych, pod warunkiem posiadania siedziska o określonym typie.

Podobne spostrzeżenia wykazała w swoich badaniach naukowych Przychodzka i wsp. [25] 56,4% respondentów mogła chodzić swobodnie. Natomiast 29,7% badanych stwierdziło, że bóle podczas chodzenia nasilają się, a 10,9% ankietowanych zadeklarowało, że ból uniemożliwia im pokonywanie odległości większych niż 1,5 km [25].

Pod względem spędzania czasu w pozycji siedzącej zdecydowana większość (34,6%) ankietowanych pielęgniarek nie odczuwała bólu i mogła spędzić w tej pozycji długi czas, obojętnie na jakim krześle. Z kolei 23,7% badanych z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa mogła siedzieć dosyć długo, pod warunkiem odpowiedniego siedziska. W grupie osób z dolegliwościami bólowymi aż 29,7% badanych przyznało, że ból uniemożliwia im siedzenie dłuższe niż 1 godzinę [25].

Biorąc pod uwagę możliwość swobodnego stania Przychodzka i wsp. [25] podkreślają, że 23,7% badanych pielęgniarek mogła stać długo nie odczuwając przy tym bólu. Pozostała część ankietowanych odczuwała ból podczas wymuszonej pozycji ciała [25].

W dalszej części podjęto próbę określenia wpływu dolegliwości bólowych na życie społeczne oraz sferę psychiczną ankietowanych pielęgniarek. Badania własne wykazały, iż większość pielęgniarek potwierdziła negatywny wpływ bólu na sferę psychiczną. 54,7% ankietowanych przyznała, że odczuwane dolegliwości bólowe całkowicie dezorganizują ich życie. 33,3% badanych przyznała, że ból kręgosłupa stanowi dla nich powód przygnębienia i osłabienia. Zaledwie 1,7% badanych pielęgniarek całkowicie zaprzecza związkowi bólu ze sferą psychiczną. Biorąc pod uwagę wpływ bólu na życie społeczne w badaniach własnych wykazano, że 43,6% ankietowanych pielęgniarek zaobserwowała ograniczenia w życiu pozazawodowym z powodu dolegliwości bólowych, a 30,8% badanych nie posiadała życia społecznego poza domem. Zupełny brak ograniczeń zadeklarowało jedynie 6,8% ankietowanych.

Podobne wyniki uzyskała Sierakowska i wsp. [34]. Autorzy udowodnili w swoich badaniach, że wzrost natężenia i częstotliwości dolegliwości bólowych kręgosłupa wpływał istotnie na obniżenie jakości życia pielęgniarek we wszystkich analizowanych domenach [34].

W dalszej części badań własnych sprawdzono czy staż pracy ma związek z występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Metaanaliza przeprowadzona przez Azizpoura i wsp. [35] wykazała wysoką częstość występowania dolegliwości bólowych u irańskich pielęgniarek. Rozpowszechnienie zespołów bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek w wieku powyżej 45 lat i poniżej 45 lat wynosiło odpowiednio 66,0% oraz 54,5%. Badacze wykazali także, iż prawdopodobieństwo rozwinięcia się dolegliwości bólowych kręgosłupa jest 2,61 razy większe u pielęgniarek z ponad siedmioletnim stażem zawodowym niż u pielęgniarek z mniejszym doświadczeniem zawodowym [35].

Badania przeprowadzone przez Szczech i wsp. [36] wykazały, że wraz ze wzrostem stażu pracy i wieku ankietowanych pielęgniarek wzrasta częstość występowania i czas trwania dolegliwości bólowych kręgosłupa [36].

Takie same zależności zaobserwowano w badaniach Sierakowskiej i wsp. [34]. Autorzy za pomocą szczegółowych analiz wykazali, że wiek i staż pracy pielęgniarek były istotną determinantą częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa [34].

W badaniach własnych nie odnotowano znamiennej statystycznie zależności między stażem pracy a ograniczeniem aktywności zawodowej. Natomiast biorąc pod uwagę wiek ankietowanych pielęgniarek, w badaniach własnych stwierdzono występowanie istotnego związku pomiędzy ograniczeniem aktywności zawodowej na skutek bólu kręgosłupa a wiekiem. W przeprowadzonych analizach statystycznych wykazano istotne różnice w poziomie aktywności zawodowej na skutek bólu kręgosłupa pomiędzy pielęgniarkami w różnych przedziałach wieku.

Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że poziom ograniczenia aktywności zawodowej wśród młodszych pielęgniarek (w wieku 20- 30 lat) jest istotnie niższy, niż w grupie pielęgniarek starszych (41- 50 lat oraz 51- 60 lat). W rezultacie ból kręgosłupa w większym stopniu wpływa ograniczająco na aktywność zawodową w starszej grupie wiekowej pielęgniarek.

Wyderka i wsp. [37] podają, że w grupie zawodowej pielęgniarek istnieje duże ryzyko rozwoju zespołu wypalenia zawodowego. Według autorów objawy zespołu wypalenia zawodowego mogą dawać o sobie znać w bardzo podstępny sposób. Często pielęgniarki nie zdają sobie sprawy, iż objawy takie jak: duże zmęczenie po pracy, obniżony nastrój, permanentne uczucie wyczerpania fizycznego, nieprzemijające zmęczenie, większa podatność na zachorowania, częste zaniedbywanie aktywności fizycznej, występowanie różnych dolegliwości bez wyraźnej przyczyny oraz zwiększona tolerancja na leki przeciwbólowe może świadczyć o rozwoju wypalenia zawodowego [37].

W badaniach własnych wszystkie pielęgniarki z oddziałów zachowawczych zauważyły u siebie uczucie przepracowania w różnym stopniu (100,0%). Pielęgniarki oceniły swój stan zdrowia jako zły (75,0%) i umiarkowany (25,0%) a u 60,0% ankietowanych występowały dodatkowe problemy zdrowotne takie jak: bóle głowy, cukrzyca typu 2 oraz depresja. Natomiast w grupie pielęgniarek z oddziałów zabiegowych ponad połowa (53,5%) respondentek nie zaobserwowała u siebie objawów przepracowania i oceniła swój stan zdrowia jako: raczej zły (35,0%), dobry (32,5%) oraz bardzo dobry (20,0%).

Cheung [38] w swoich badaniach zwraca uwagę na fakt, że pierwsze dolegliwości bólowe i problemy mięśniowo- szkieletowe pojawiają się już podczas kształcenia akademickiego wśród studentów pielęgniarstwa w Hong Kongu [38].

Sierakowska i wsp. [34] podkreślają, że w profilaktyce zespołów bólowych kręgosłupa bardzo ważne jest prowadzenie szkoleń dotyczących zasad ergonomii pracy oraz odpowiedni dobór zdrowotny kandydatów do pracy [34].

Z kolei Zięba [39] zaprezentowała w swoich badaniach przykładowe metody oceny obciążenia układu mięśniowo- szkieletowego u pielęgniarek. Jedną z nich jest metoda OWAS, która pozwala oszacować ryzyko obciążenia układu ruchu poprzez obserwację pozycji ciała, czasu przebywania w konkretnej pozycji oraz wyznaczenia wartości podnoszonego ciężaru. Krótki schemat dotyczący położenia nóg, rąk, pleców oraz obciążeń zewnętrznych pozwala wyznaczyć kod pozycji ciała i sklasyfikować daną pozycję do jednej z czterech możliwych kategorii w metodzie OWAS. Za pomocą dostępnego diagramu można odczytać i oszacować prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości bólowych kręgosłupa u pracowników. Niepokojące wyniki badań powinny skłonić pracodawców do podjęcia odpowiednich działań poprawiających warunki pracy. Autorka podkreśla, że zaprezentowane metody mogą służyć nie tylko jako narzędzie pomocnicze dla pracodawców, ale również jako narzędzie szkoleniowe dla pielęgniarek [39].

Powyższe doniesienia naukowe oraz wyniki badań własnych skłaniają do refleksji i dyskusji o potrzebie wprowadzenia zmian w kształceniu pielęgniarek i pielęgniarzy. Wprowadzenie nowego przedmiotu obejmującego tematykę ergonomii pracy oraz zasad bezpiecznego przemieszczania i podnoszenia pacjentów mogłoby odpowiednio wyposażać młodych adeptów w niezbędną wiedzę do wykonywania przyszłego zawodu i przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Podsumowując, przeprowadzone badania pozwalają ukazać pełnowymiarowy problem występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród zawodowo czynnych pielęgniarek. Grupa pielęgniarska jest szczególnie narażona na obciążenia układu mięśniowo-

szkieletowego. Ponadto należałoby wnioskować, iż zespoły bólowe kręgosłupa powinny być uznawane za chorobę zawodową pielęgniarek, a nie tak jak dotychczas jedynie jako chorobę parazawodową.

WNIOSKI

1. Na bóle kręgosłupa cierpi większość badanych pielęgniarek (73,7%).
2. Pierwsze objawy bólu kręgosłupa pojawiły się ze względu na przewlekłe obciążenia (32,5%) oraz bezpośrednio po rozpoczęciu pracy zawodowej (32,5%).
3. Dolegliwości bólowe nieco częściej występują u pielęgniarek pracujących na oddziałach o profilu zachowawczym (77,5%), w porównaniu do pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych (70,0%).
4. Ograniczenie aktywności zawodowej ze względu na odczuwany ból kręgosłupa jest większe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych, w porównaniu do pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych.
5. Ograniczenie aktywności zawodowej na skutek bólu kręgosłupa jest różne w przedziałach 20- 30 lat i 41- 50 lat oraz w przedziałach 20- 30 lat i 51- 60 lat (w grupie młodszych pielęgniarek ograniczenie aktywności jest istotnie niższe).

PIŚMIENNICTWO

1. Ozga D., Bielak D., Wojtaszek M. i wsp.: Czy można kontrolować ból? Analiza czynników mających wpływ na stopień kontroli odczuwania bólu u pacjentów- doniesienia wstępne. *Ból*, 2016, 17(2), s. 9- 15.
2. Kochanowski J., Tomalka- Kochanowska J.: Patomechanizm powstawania bólów kręgosłupa. Ból receptorowy. Ból neuropatyczny. Ból mieszany [w:] *Bóle kręgosłupa i ich leczenie*, pod red. Koszewskiego W. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, s. 44- 51.
3. Hanus- Artas K., Iłzecka J.: Bóle kręgosłupa- przyczyny, postępowanie. *Medycyna Ogólna*, 2010, 16(3), s. 315- 322.
4. Tłustochowicz W.: Patofizjologia bólu jako przesłanka do jego leczenia [w:] *Ból w chorobach stawów*, pod red. Tłustochowicz W. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, s. 5- 22.

5. Piernikowska A., Ostrowski J.: Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentki z ostrym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowego. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2017, 2, s. 94- 109.
6. Koszela K., Krukowska S., Woldańska- Okońska M.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa jako choroba cywilizacyjna. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2017, 13(3), s. 344- 351.
7. Domżał T.M.: Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża- standardy i zalecenia. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6(2), s. 59- 69.
8. Barnes M.P., Ward A.B.: Podręcznik rehabilitacji medycznej. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, s. 292- 296.
9. Garczyński W., Lubkowska A.: Postępowanie fizjoterapeutyczne u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Journal of Health Sciences*, 2013, 3(4), s. 118- 130.
10. Majchrzycki M.: Dolegliwości bólowe odcinka szyjnego kręgosłupa. *Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja*, 2018, 91, s. 40- 44.
11. Zwierzchowska A., Tuz J.: Ocena wpływu krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej na dolegliwości mięśniowo- szkieletowe u młodych osób. *Medycyna Pracy*, 2018, 69(1), s. 29- 36.
12. Manchikanti L., Singh V., Falco F.J.E. et al.: Epidemiology of Low Back Pain in Adults. *Neuromodulation*, 2014, 17, p. 3- 10.
13. Hoy D., Brooks P., Blyth F. et al.: The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2010, 24, s. 769- 781.
14. Szpala M., Skorupińska A., Kostorz K.: Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa- przyczyny i leczenie. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2017, 63(3), s. 41- 47.
15. Rosenberg S., Sipko T.: Wpływ sposobu utrzymywania pozycji siedzącej na próg bólu tkanek miękkich w okolicy piersiowej i lędźwiowej kręgosłupa u osób bez objawów bólowych. *Ból*, 2016, 17(1), s. 17- 24.
16. Koszewski W.: Bóle kręgosłupa. Problem ekonomiczny [w:] *Bóle kręgosłupa i ich leczenie*, pod red. Koszewski W. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, s. 14- 25.
17. Kułak W., Kondzior D.: Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo- krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91(1), s. 153- 157.
18. Wójcik G., Piskorz J.: Powikłania pooperacyjne dyskopatii lędźwiowej- opis przypadku. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21(2), s. 116- 119.

19. El- Metwally A., Shaikh Q., Aldiab A. et al.: The prevalence of chronic pain and its associated factors among Saudi Al- Kharj population; a cross sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2019, 20(177), s. 1- 9.
20. Koszewski W.: Bóle kręgosłupa. Problem medyczny i społeczny [w:] Bóle kręgosłupa i ich leczenie, pod red. Koszewski W. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010, s. 11- 13.
21. Adamaszek M., Włoszczak- Szubzda A.: Częstość występowania bólu kręgosłupa u personelu medycznego. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2018, 3(1), s. 133- 151.
22. Baumgart M., Radzimińska A., Szpinda M.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego. *Journal of Health Sciences*, 2015, 5(9), s. 633- 646.
23. Konopko K., Kowalewska B.: Występowanie bólów kręgosłupa wśród pielęgniarek [w:] Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia, Tom I, pod red. Kowalczyk K., Krajewskiej- Kułak E. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2019, s. 83- 120.
24. Tworek K.: Praca zawodowa a bóle kręgosłupa pielęgniarek pracujących w szpitalach. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2017, 6(1), s. 19- 22.
25. Przychodzka E., Lorencowicz R., Grądek E. i wsp.: Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Zdrowie i Dobrostan*, 2014, 2, s. 136- 147.
26. Bilski B., Sykutera L.: Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali. *Medycyna Praktyczna*, 2004, 55(4), s. 411- 416.
27. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych: Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2017, s. 1- 54.
28. Klimaszewska K., Krajewska- Kułak E., Kondzior D. i wsp.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(1), s. 47- 54.
29. Stypułkowska K., Snarska K.K., Bowtruczuk J. i wsp.: Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego [w:] Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia, Tom I, pod red. Kowalczyk K., Krajewskiej- Kułak E. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2019, s. 42- 82.
30. Edwards J., Hayden J., Asbridge M. et al.: The prevalence of low back pain in the emergency department a descriptive study set in the Charles V. Keating Emergency and

- Trauma Centre, Halifax, Nova Scotia, Canada. BMC Musculoskeletal Disorders, 2018, 19, s. 1- 10.
31. Maciuk M., Krajewska- Kułak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93(4), s. 728- 738.
32. Jabłońska R., Gralik M., Królikowska A. i wsp.: Problem bólu kręgosłupa wśród pielęgniarek oddziałów neurologii i neurochirurgii. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, 2016, 5(3), s. 84- 91.
33. Juraszek K., Hagner- Derengowska M., Hoffmann M. i wsp.: Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa kujawsko- pomorskiego. Journal of Education Health and Sport, 6(8), s. 504- 521.
34. Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Kondzior D. i wsp.: Prewencja dysfunkcji ze strony układu mięśniowo- szkieletowego na przykładzie realizacji programu profilaktyki zespołów bólowych kręgosłupa u personelu pielęgniarskiego. Medycyna Pracy, 2019, 70(2), s. 189- 199.
35. Azizpour Y., Delpisheh A., Montazen Z. et al.: Prevalence of low back pain in Iran nurses: a systematic review and meta- analysis. BMC Nursing, 2017, 16(50), s. 1- 10.
36. Szczech E., Raszka A., Piernikowska A. i wsp.: Aspekty doświadczania bólu w grupie pielęgniarek anestezyjologicznych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2017, 4, s. 22- 31.
37. Wyderka M., Kowalska H., Szeląg E.: Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie, 2009, 4(34), s. 265- 275.
38. Cheung K.: The incidence of low back problems among nursing students in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing, 2010, 19, s. 2355- 2362.
39. Zięba J.: Metody ergonomiczne w kształtowaniu warunków pracy pielęgniarek. Podstawy teoretyczne [w:] Ergonomia w opiece zdrowotnej, pod red. Kosińska M., Niebrój L. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2003, s. 55- 63.

OCENA STANU WIEDZY PIEŁĘGNIAREK I PIEŁĘGNIARZY NA TEMAT STANÓW NAGŁYCH U KOBIET W ZAAWANSOWANEJ CIĄŻY

Rafał Milewski¹, Gabriela Sokołowska², Paulina Bakier³, Sylwia Jabłońska³, Mateusz Lech³, Marcin Milewski⁴

1. Doktorant, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Doktorantka, Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Doktorantka, Klinika Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Student kierunku Ratownictwo Medyczne, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Pielęgniarki i pielęgniarze tworzą grupę zawodową liczącą wg. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych ponad 292 tys. osób posiadających prawo wykonywania zawodu polegającego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych [1]. Wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarza polega m.in. na udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych. W toku kształcenia zdobywana jest szeroka i wysoko specjalistyczna wiedza czerpana z nauk biologicznych, humanistycznych i społecznych. Program nauczania na kierunku pielęgniarstwo podczas studiów obejmuje wiele dziedzin tj. chirurgia, kardiologia, choroby wewnętrzne, pediatria, psychiatria, onkologia, neurologia, ratownictwo medyczne, ginekologia i położnictwo. Istnieją jednak grupy pacjentów, w przypadku których istotne jest podejście interdyscyplinarne. Na szczególną uwagę zasługują kobiety ciężarne. Zakres wiedzy oraz ilość zajęć praktycznych związanych ze stanami nagłymi u kobiet w ciąży na kierunku pielęgniarstwo jest mniejszy niż na kierunkach ratownictwo medyczne, czy położnictwo. Uzyskując jednak wyższe wykształcenie medyczne, wydaje się być konieczne posiadanie odpowiednich umiejętności udzielania profesjonalnej pomocy medycznej kobiecie w ciąży

w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Dotyczy to wykonywania czynności zawodowych, ale również jako świadek zdarzenia w codziennym życiu.

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest analiza stanu wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat stanów nagłych u kobiet w zaawansowanej ciąży. Wśród celów szczegółowych założono ocenę stanu wiedzy na temat:

- Algorytmu i techniki prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiety w zaawansowanej ciąży.
- Stosowania prawidłowych pozycji ułożeniowych kobiet w ciąży w sytuacjach nagłych.
- Postępowania podczas wystąpienia rzucawki u kobiet w ciąży.
- Fizjologicznych parametrów życiowych kobiet w ciąży.
- Procedur obowiązujących podczas odbierania porodu.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

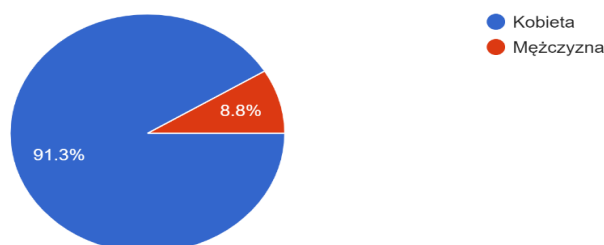
Badaniem zostało objętych 80 pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych i wykonujących swoje obowiązki na terenie województwa podlaskiego. Dobór próby był celowo-losowy, kryterium włączenia do badania było posiadanie odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Badana próba stanowi reprezentatywną część pielęgniarek/pielęgniarzy na terenie województwa podlaskiego. Przeprowadzono kwestionariuszowe badanie ilościowe. Wykorzystano bezpośrednią metodę CAWI (ang. Computer-Assisted Web Interview – wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW). Udział w badaniu był anonimowy.

Kwestionariusz składał się z 16 pytań. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty. Pierwsze trzy pytania dotyczyły cech społecznych, które miały dostarczyć informacji na temat płci, wykształcenia i stażu pracy osób ankietowanych. Kolejne osiem pytań miało ocenić wiedzę pielęgniarek i pielęgniarzy na temat stanów nagłych u kobiet w zaawansowanej ciąży. Pozostałe pytania dotyczyły doświadczenia zawodowego związanego z resuscytacją krążeniowo-oddechową kobiet w ciąży, porodem naturalnym, cięciem cesarskim, a także oceną swojej wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu ginekologii i położnictwa przekazaną podczas studiów.

WYNIKI

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 80 osób, które posiadają kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarza i pracują na terenie województwa podlaskiego.

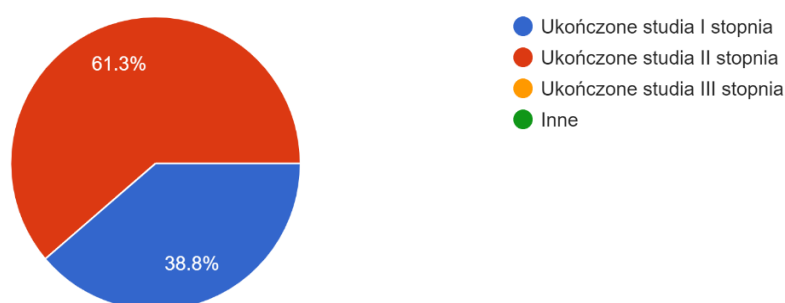
Płeć:
80 responses



Rycina 1. Płeć

Zdecydowaną większość osób w badanej grupie stanowiły kobiety (91,3% ankietowanych – 73 kobiety). Mężczyzn było zaledwie 7, co stanowiło 8,8% wszystkich ankietowanych.

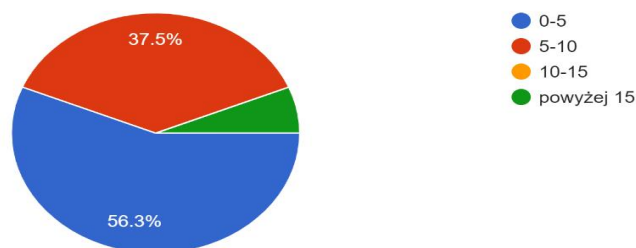
Wykształcenie:
80 responses



Rycina 2. Wykształcenie

61,3% ankietowanych (49 osób) zadeklarowało ukończenie studiów II stopnia, co wiąże się posiadaniem stopnia magistra. Pozostałe 38,8% respondentów (31 osób) ukończyło studia I stopnia, zdobywając stopień licencjatu. Nikt z badanych osób nie ukończył studiów III stopnia.

Staż pracy jako pielęgniarka/pielęgniarz w latach:
80 responses

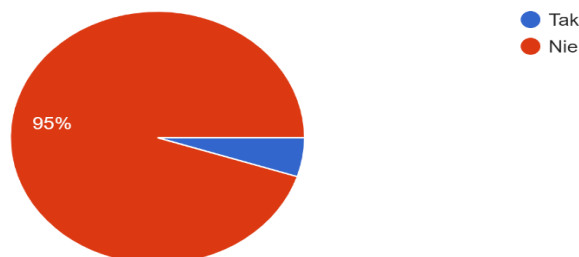


Rycina 3. Staż pracy

Ponad połowa ankietowanych (56,3% - 45 osób) pracuje na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza poniżej 5 lat. Staż pracy 37,5% respondentów (30 osób) wynosi pomiędzy 5, a 10 lat. Pozostałe 5 osób (6,2%) ma doświadczenie zawodowe powyżej 15 lat.

Kolejne pytania dotyczyły doświadczenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy.

Czy kiedykolwiek wykonywał/a Pani/Pan resuscytację krążeniowo-oddechową kobiecie w ciąży?
80 responses



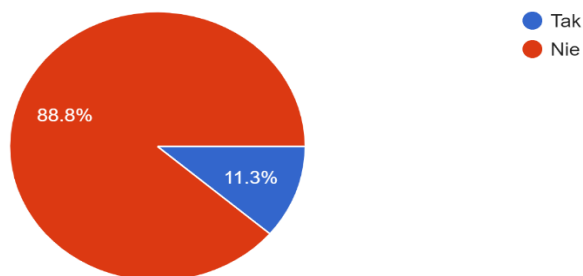
Rycina 4. Wykonywanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Aż 95% (76 osób) ankietowanych nigdy nie wykonywało resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiecie, będącej w ciąży. Tylko 4 osoby (5%) w badanej grupie odpowiedziało, że ma takie doświadczenie w swojej przeszłości.

Niewiele więcej było osób, które były tylko obecne przy prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiety w ciąży (było ich 11,3% - 9 osób). Pozostałe osoby (88,8% - 71 osób) nigdy nie były świadkami resuscytowania kobiety w ciąży.

Czy kiedykolwiek była Pani/Pan obecna/y przy resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiety w ciąży?

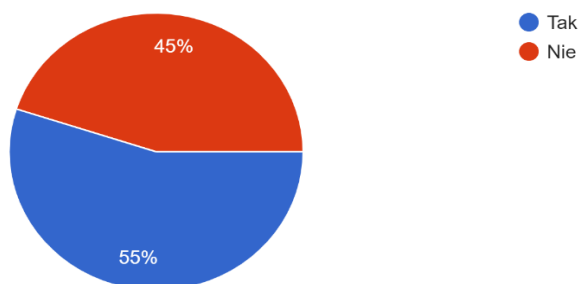
80 responses



Rycina 5. Obecność przy prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej

Czy kiedykolwiek była Pani/Pan obecna/y przy porodzie naturalnym?

80 responses

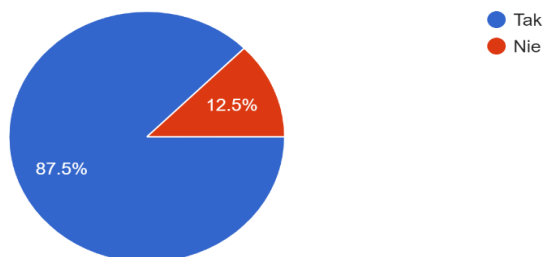


Rycina 6. Poród naturalny

Obecność w przeszłości przy porodzie naturalnym zadeklarowała ponad połowa respondentów (55% - 44 osoby). 45% ankietowanych (36 osób) nigdy nie widziało porodu naturalnego.

Czy kiedykolwiek była Pani/Pan obecna/y przy cięciu cesarskim?

80 responses



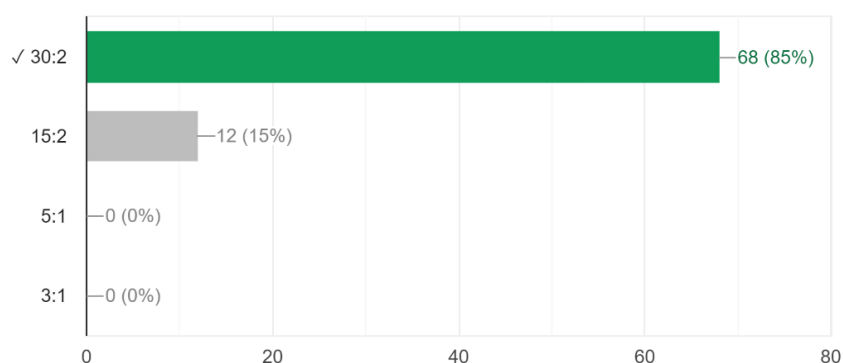
Rycina 7. Cięcie cesarskie

Zdecydowana większość badanej grupy (aż 87,5% - 70 osób) było obecne przy porodzie metodą cięcia cesarskiego. Tylko 12,5% (10 osób) nigdy nie było przy cięciu cesarskim.

Kolejne pytania dotyczyły stanu wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy z zakresu stanów nagłych w położnictwie i ginekologii.

Pytanie nr 1. dotyczyło stosunku uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych u kobiety w zaawansowanej ciąży, u której wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia.

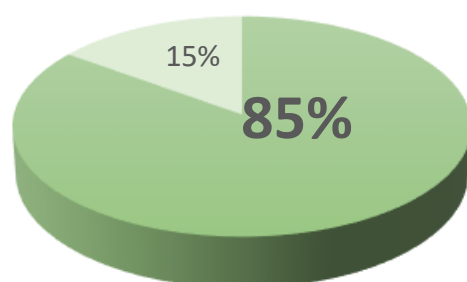
Pyt.1 Ile wynosi stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych u kobiety w zaawansowanej ciąży u której wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia zgodnie z algorytmem BLS?
68 / 80 correct responses



Rycina 8. Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych

85% respondentów stwierdziło, że stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych wynosi 30:2. 15% ankietowanych za dobrą odpowiedź uznało stosunek 15:2. Nikt nie udzielił odpowiedzi stosunek 5:1 oraz 3:1.

Komentarz: Do podstawowych zabiegów resuscytacyjnych kobiet w ciąży należą: wczesne wezwanie pomocy (łącznie z neonatologiem i położnikiem), rozpoczęcie resuscytacji zgodnie ze standardowymi wytycznymi (sprawdzenie przytomności, udrożnienie dróg oddechowych, ocena oddechu, prowadzenie na przemian 30 uciśnień klatki piersiowej z 2 oddechami ratowniczymi, użycie AED (ang. Automated External Defibrillator – Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny) gdy jest dostępny), minimalizowanie przerw podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ręczne przesunięcie macicy na lewą stronę aby zmniejszyć ucisk na żyłę główną dolną, przechylenie leżącej pacjentki na lewy bok o kąt 15-30 stopni, rozpoczęcie przygotowania do ratunkowego cięcia cesarskiego [2].



■ Prawidłowa odpowiedź

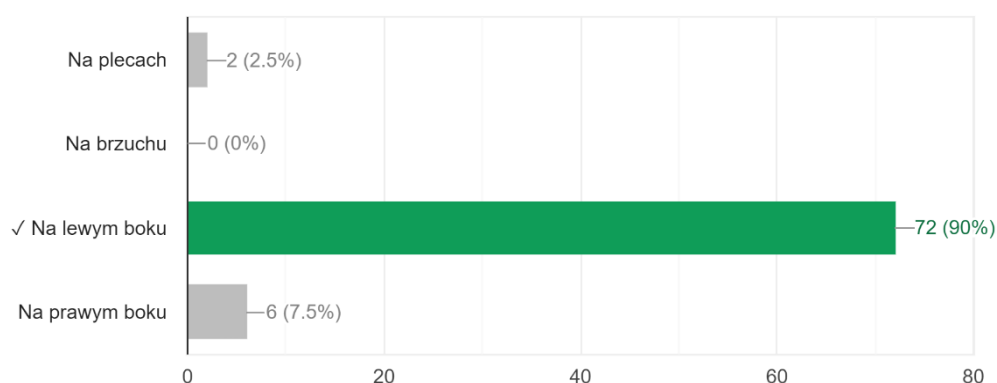
Rycina 9. Wyniki - stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów ratowniczych

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało 85% ankietowanych. 15% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Pytanie nr 2. dotyczyło, jak powinna być ułożona nieprzytomna kobieta, będąca w ciąży podczas transportu.

Pyt.2 W jakiej pozycji powinna być ułożona nieprzytomna kobieta w zaawansowanej ciąży podczas transportu?

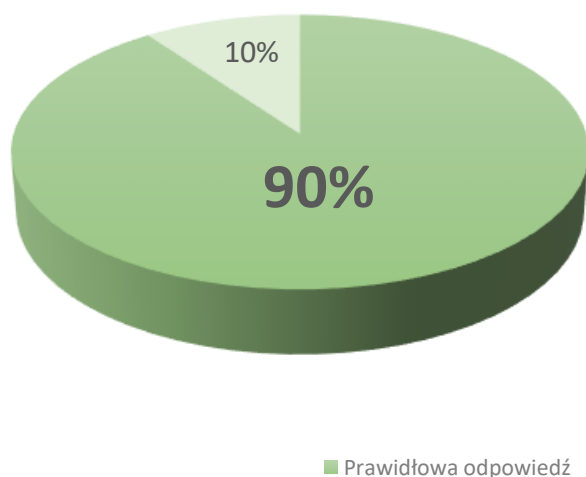
72 / 80 correct responses



Rycina 10. Pozycja ułożeniowa

Największa ilość ankietowanych (90%) stwierdziła, że jest to pozycja na lewym boku. Odpowiedzi „na prawym boku” udzieliło 7,5% respondentów. 2,5% badanych odpowiedziało, że prawidłową pozycją jest ułożenie „na plecach”. Nikt nie udzielił odpowiedzi „na brzuchu”.

Komentarz: W II i III trymestrze ciąży, kobieta podczas transportu medycznego powinna być ułożona w pozycji leżącej na lewym boku [3]. Dodatkowo w przypadku, gdy chora jest nieprzytomna konieczne jest zapewnienie drożności dróg oddechowych, dostęp do żyły oraz możliwość stałej obserwacji transportowanej kobiety. Gdy stosowana jest inna pozycja ułożeniowa niż wskazana powyżej, powiększona macica może uciskać żyłę główną dolną i aortę, co powoduje zmniejszenie powrotu żylnego i rzutu serca. Układając pacjentkę na lewym boku uzyskuje się poprawę ciśnienia krwi, objętości wyrzutowej, rzutu serca pacjentki w ciąży, a także poprawia się oksygenację płodu [2].

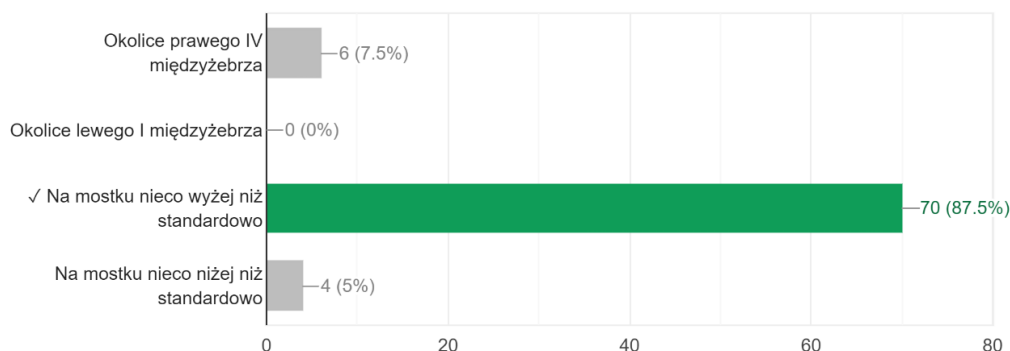


Rycina 11. Wyniki - pozycja ułożeniowa

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało 90% ankietowanych. 10% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Pytanie nr 3. dotyczyło alternatywnego ułożenia dłoni przez osobę ratującą podczas wykonywania masażu serca u kobiety w zaawansowanej ciąży u której wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia.

Pyt.3 Podczas wykonywania masażu serca u kobiety w zaawansowanej ciąży u której wystąpiło nagłe zatrzymanie krążenia, gdy zachodzi taka konieczność, jakie miejsce ułożenia dłoni przez osobę ratującą?
70 / 80 correct responses



Rycina 12. Ułożenie dłoni

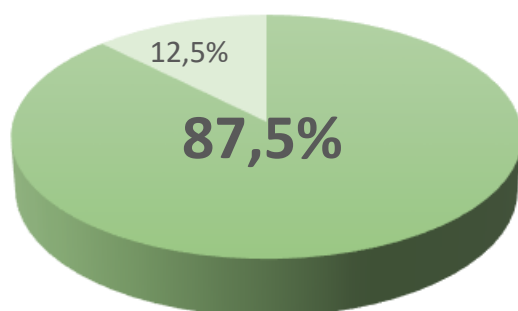
87,5% respondentów wskazało jako prawidłową odpowiedź „na mostku nieco wyżej niż standardowo”. 6 osób (7,5% badanych) odpowiedziało, że alternatywnym miejscem ułożenia dłoni jest „okolica prawego IV międzyżebra”. Tylko 4 osoby (5%) udzieliło odpowiedzi „na mostku nieco niżej niż standardowo”. Nikt z ankietowanych nie stwierdził, że „okolica lewego I międzyżebra” jest prawidłową odpowiedzią.

Komentarz: Aby prawidłowo wykonać uciśnięcia klatki piersiowej u osoby dorosłej należy: uklęknąć z boku osoby poszkodowanej, umieścić nadgarstek na środku klatki piersiowej osoby poszkodowanej – dolna połowa mostka, na pierwszej dłoni ułożyć drugi nadgarstek, spleść palce obu rąk, pamiętać aby ramiona były wyprostowane oraz ułożone prostopadłe do klatki piersiowej, wykonywać rytmiczne uciśnięcia na głębokość 5-6cm z częstością 100-120/min, po każdym uciśnięciu należy zwolnić nacisk nie tracąc przy tym kontaktu z klatką piersiową. W przypadku prowadzenia pośredniego masażu serca u kobiety, która jest w zaawansowanej ciąży, może być konieczność ułożenia dłoni na mostku nieco wyżej niż standardowo [2].

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało 87,5% ankietowanych. 12,5% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Ponad połowa badanych osób (51,2%) uznało, że lekiem pierwszego rzutu jest siarczan magnezu. 27,5% ankietowanych jako prawidłową odpowiedź zaznaczyło lek diazepam.

16,3% respondentów odpowiedziało „midazolam”. Najmniejszą część ankietowanych (5%) stanowiły pielęgniarki/pielęgniarze, którzy udzielili odpowiedzi „paracetamol”.



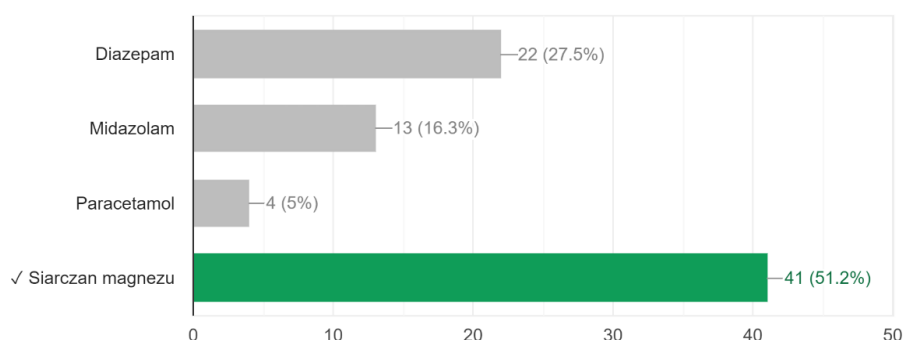
■ Prawidłowa odpowiedź

Rycina 13. Wyniki - ułożenie dłoni

Pytanie nr 4. dotyczyło tego, który lek jako pierwszy powinien zostać podany kobiecie w ciąży w przypadku wystąpienia rzucawki.

Pyt.4 U kobiety w ciąży podczas wystąpienia rzucawki jaki lek powinien zostać podany jako pierwszy?

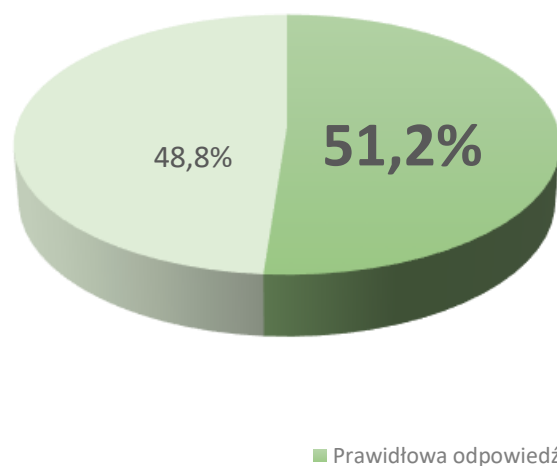
41 / 80 correct responses



Rycina 14. Rzucawka

Komentarz: Rzucawka to drgawki toniczno-kloniczne połączone z utratą przytomności. Jest to jedna z głównych przyczyn zgonów kobiet w ciąży (śmiertelność wynosi 0,5% – 17%), oraz umieralności okołoporodowej płodów (umieralność wynosi około 37%). Etiologia

drgawek wywołanych rzucawką nie jest do końca znana. Przyjmuje się, że większość przypadków skojarzona jest z ciężkim nadciśnieniem tętniczym. Występują objawy kliniczne, które poprzedzają wystąpienie rzucawki. Należą do nich: bóle głowy, niepokój, zawroty głowy, zaburzenia widzenia tj. mroczki, niewyraźne i podwójne widzenie, bóle brzucha, nudności, wymioty, pobudzenie motoryczne, znaczny wzrost ciśnienia tętniczego [4]. W przypadku wystąpienia drgawek rzucawkowych należy podać siarczan magnezu w dawce 4-6g drogą dożylną przez 20 minut, a następnie 1-2g / przez co najmniej 24 godziny. Rzadko podawany jest diazepam w dawce 5-10 mg, gdyż może on wywołać u noworodka depresję ośrodkowego układu nerwowego i układu oddechowego, bezdechy oraz niską punktację w skali Apgar. Dodatkowo w dalszej kolejności należy rozważyć podanie leków kontrolujących ciśnienie tętnicze. Należy zwalczać niedotlenienie i kwasicy poprzez stosowanie tlenoterapii biernej oraz monitorowanie chorej, a także zabezpieczyć pacjentkę przed urazami [5].



Rycina 15. Wyniki - rzucawka

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało zaledwie ponad połowa ankietowanych (51,2%). 48,8% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

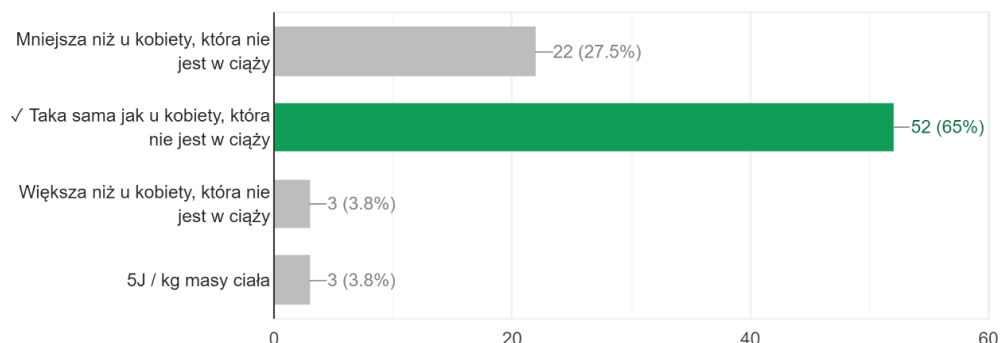
Pytanie nr 5. dotyczyło energii defibrylacji podczas nagłego zatrzymania krążenia kobiety w mechanizmie migotania komór u kobiety w zaawansowanej ciąży.

Większość respondentów (65%) stwierdziło, że energia defibrylacji kobiety w zaawansowanej ciąży jest takie same, jak u kobiety która nie jest w ciąży. 27,5% badanych odpowiedziało „mniejsza niż u kobiety, która nie jest w ciąży”. Odpowiedzi „większa

niż u kobiety, która nie jest w ciąży” oraz „5J / kg masy ciała” udzieliło w obu przypadkach po 3,8% ankietowanych.

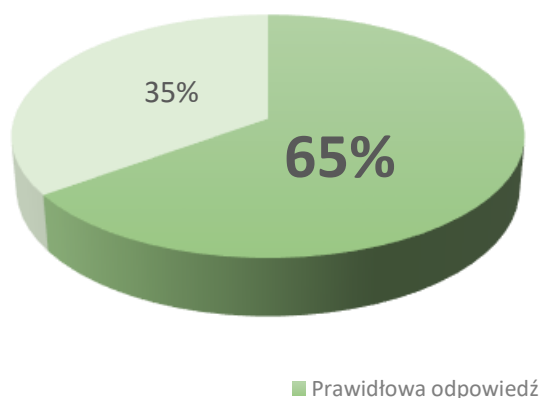
Pyt.5 Jaka jest energia defibrylacji podczas nagłego zatrzymania krążenia kobiety w mechanizmie migotania komór u kobiety w zaawansowanej ciąży?

52 / 80 correct responses



Rycina 16. Energia defibrylacji

Komentarz: U pacjenta z zatrzymaniem krążenia w rytmach defibrylacyjnych tzn. migotaniu komór i częstoskureczu komorowym bez tętna należy jak najszybciej wykonać defibrylację. W najczęściej stosowanych defibrylatorach dwufazowych pierwsza energia wyładowania u osoby dorosłej wynosi co najmniej 150J. Kolejne energie powinny być większe, jeżeli poprzednie defibrylacje nie przyniosły zamierzonego efektu. Impedancja klatki piersiowej kobiety w okresie ciąży nie zmienia się, energia defibrylacji powinna być taka sama jak u osób dorosłych niebędących w ciąży [6].



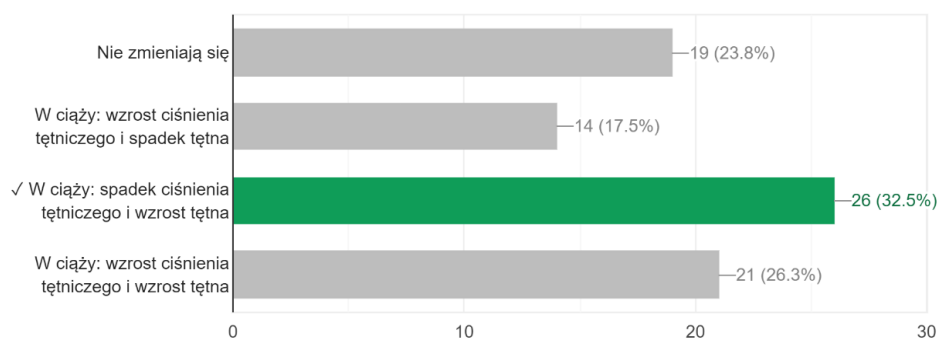
Rycina 17. Wyniki – energia defibrylacji

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało prawie 2/3 ankietowanych (65%). 35% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Pytanie nr 6. dotyczyło fizjologicznych zmian wartości ciśnienia tętniczego oraz tętna u kobiet w ciąży w porównaniu do okresu przed ciążą.

Pyt.6 Jak fizjologicznie zmieniają się wartości ciśnienia tętniczego oraz tętna u kobiety w ciąży w porównaniu do okresu przed ciążą?

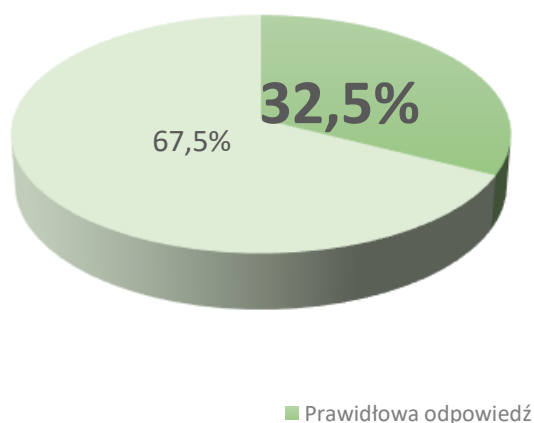
26 / 80 correct responses



Rycina 18. Ciśnienie tętnicze i tętno

Prawie 1/3 respondentów (32,5%) uważa, że w podczas ciąży następuje spadek ciśnienia tętniczego i wzrost tętna. 26,3% badanych udzieliło odpowiedzi „w ciąży: wzrost ciśnienia tętniczego i wzrost tętna”. 23,8% ankietowanych stwierdziło, że oba parametry się nie zmieniają. 17,5% osób z badanej grupy uznało, że następuje wzrost ciśnienia tętniczego i spadek tętna podczas ciąży.

Komentarz: Podczas ciąży w organizmie kobiety zachodzą liczne zmiany. W okresie okołoporodowym zwiększa się masa ciała kobiety. Składają się na nią: 38% - masa ciała dziecka, 22% - zwiększona ilość krwi krążącej oraz płynów ustrojowych, 20% - większa masa macicy, piersi, nóg i pośladków kobiety, 11% - wody płodowe oraz 9% łożysko. Oprócz przyrostu masy ciała u kobiety będącej w ciąży, dochodzi także do licznych zmian m.in. w takich układach jak: krwionośny, oddechowy, pokarmowy czy nerwowy. W okresie ciąży zwiększa się objętość krwi krążącej i powiększa się łożysko naczyniowe. Rozszerzenie naczyń krwionośnych spowodowane jest zmianami hormonalnymi. Zwiększa się pojemność wyrzutowa serca, a także następuje przyspieszenie akcji serca - wartości tętna rosną. Podczas pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, obserwuje się niewielki spadek wartości ciśnienia skurczowego oraz istotny spadek wartości ciśnienia rozkurczowego [7].



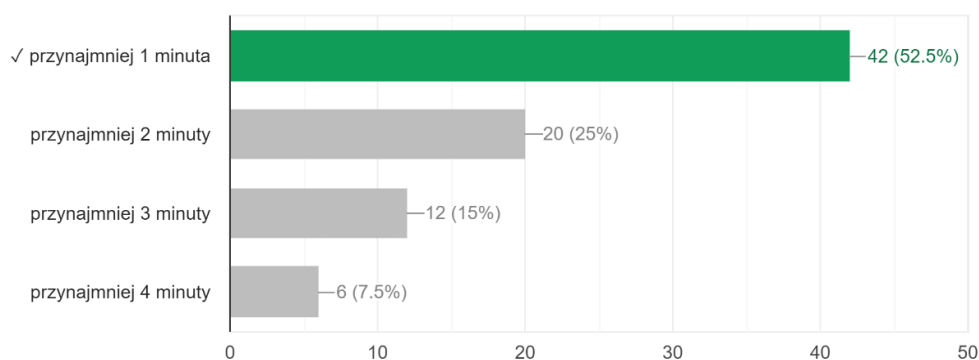
Rycina 19. Wyniki – ciśnienie tętnicze i tętno

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało tylko 32,5% ankietowanych. 67,5% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Pytanie nr 7. dotyczyło czasu opóźnienia zaklepowania pępowiny, jaki powinien wynosić u noworodków niewymagających resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Pyt.7 Ile minut powinno wynosić opóźnienie zaklepowania pępowiny u noworodków niewymagających resuscytacji?

42 / 80 correct responses

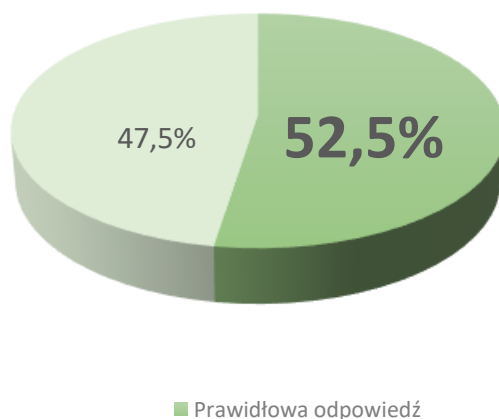


Rycina 20. Zaklepowanie pępowiny

Ponad połowa osób z badanej grupy (52,5%) uznało, że opóźnienie powinno wynosić przynajmniej 1 minutę. ¼ respondentów (25%) uważa, że prawidłowa odpowiedź to „przynajmniej 2 minuty”. Odpowiedzi „przynajmniej 3 minuty” udzieliło

15% ankietowanych. 7,5% badanych odpowiedziało, że czas opóźnienia zaklemowania powinno wynosić przynajmniej 4 minuty.

Komentarz: Odpępowanie jest to aseptyczne oddzielenie pępowiny, które powinno zostać wykonane po obustronnym podwiązaniu lub założeniu zacisków–zaklemowaniu [8]. Według aktualnych wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji, zaleca się aby opóźnienie zaklemowania pępowiny wynosiło co najmniej jedną minutę. Zasada ta dotyczy noworodków donoszonych, jak i urodzonych przedwcześnie, jednak takich które nie wymagają podjęcia natychmiastowych czynności resuscytacyjnych bezpośrednio po urodzeniu. Badania naukowe potwierdzają, że takie postępowanie wpływa na poprawę stabilności dziecka bezpośrednio po porodzie m.in. poprzez zwiększenie średniego ciśnienia tętniczego krwi, wzrost poziomu hemoglobiny, rzadsze występowanie leukomalacji okołokomorowej i krwawień dokomorowych, a także późnej sepsy [9].



Rycina 21. Wyniki – zaklemowanie pępowiny

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedziało zaledwie ponad połowa ankietowanych (52,5%). 47,5% badanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Pytanie nr 8. dotyczyło maksymalnej ilości punktów skali APGAR.

Wszyscy respondenci (100%) uznali, że skala Apgar ma maksymalnie 10 punktów. Nikt z ankietowanych nie udzielił odpowiedzi „3 punkty”, „12 punktów”, ani „15 punktów”.

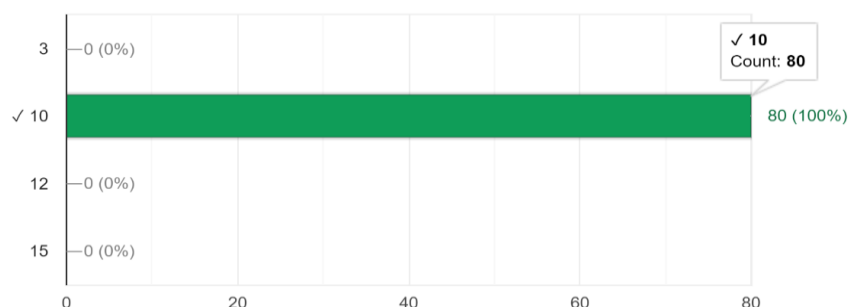
Komentarz: Skala Apgar służy do oceny poporodowej adaptacji i żywotności noworodka. Najczęściej ocena dokonywana jest po pierwszej, po piątej i po dziesiątej minucie po porodzie. Stosuje się punktowy schemat oceny stanu noworodka. Oceniane są zabarwienie skóry, oddechy, czynność serca, napięcie mięśniowe, reakcja na odsysanie. Każdy element

podlega ocenie od 0 do 2 punktów. W przypadku różowej barwy skóry dziecko otrzymuje 2 punkty, sinicy obwodowej 1 punkt, gdy jest sine lub białe – 0 punktów. Jeżeli noworodek oddycha prawidłowo, układ ten oceniany jest na 2 punkty, jeżeli oddechy są wolne i nieregularne

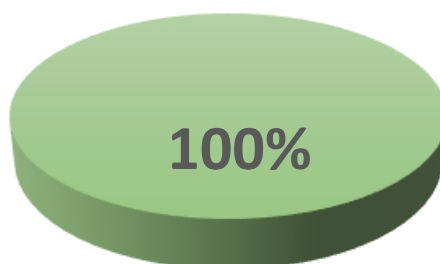
– 1 punkt, za brak oddechu – 0 punktów. Czynność serca u noworodka bezwzględnie musi wynosić powyżej 100 uderzeń na minutę, za co przyznawane są 2 punkty. Jeżeli wartości czynności serca są poniżej 100 uderzeń na minutę, praca serca oceniana jest na 1 punkt, w przypadku braku czynności serca – 0 punktów. Mięśnie powinny być prawidłowo napięte, dziecko powinno wykonywać czynne ruchy – ocena 2 punktowa. Gdy zaobserwuje się leniwe ruchy dziecka, napięcie mięśniowe ocenia się na 1 punkt, gdy dziecko jest wiotkie – 0 punktów. Prawidłową reakcją na odsysanie noworodka jest krzyk dziecka – 2 punkty, obserwowaną reakcją są grymasy – 1 punkt, brak reakcji – 0 punktów. Ocena 7-10 punktowa oznacza, że stan noworodka jest prawidłowy. Otrzymane 4-6 punktów mówi o stanie średnio ciężkim. Gdy noworodek został oceniany poniżej 4 punktów w skali Apgar oznacza to, że jest on w ciężkim stanie [8].

Pyt.8 Ile maksymalnie punktów wynosi skala APGAR dotycząca stanu noworodka zaraz po porodzie?

80 / 80 correct responses



Rycina 22. Skala Apgar



■ Prawidłowa odpowiedź

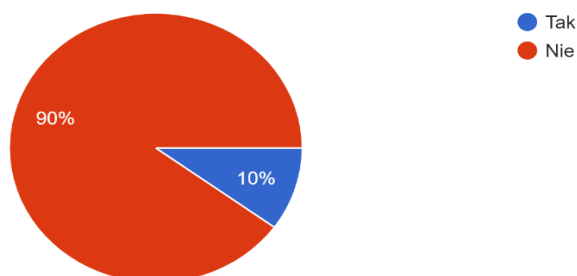
Rycina 23. Wyniki – skala Apgar

Na zadane pytanie, prawidłowo odpowiedzieli wszyscy respondenci (100%).

Ostatnie pytanie dotyczyło subiektywnej oceny własnej wiedzy oraz umiejętności praktycznych z zakresu ginekologii i położnictwa.

Czy uważa Pan/Pani, że wiedza oraz umiejętności praktyczne z zakresu ginekologii i położnictwa podczas studiów zostały przekazane Pani/Panu w wystarczającej ilości?

80 responses



Rycina 24. Ocena własnej wiedzy

Aż 90% respondentów, uznało że wiedza oraz umiejętności praktyczne z zakresu ginekologii i położnictwa przekazane podczas studiów są niewystarczające. Tylko 10% ankietowanych uważa, że ilość przekazanej wiedzy i „praktyki” jest wystarczająca.

DYSKUSJA

Badania wykazały, że pielęgniarki i pielęgniarze, działający na terenie województwa podlaskiego, zbyt rzadko mieli do czynienia z kobietami w zaawansowanej ciąży będącymi w stanie zagrożenia życia, ich wiedza na ten temat jest na średnim poziomie, a także wg. nich samych, wiadomości teoretyczne oraz umiejętności praktyczne z zakresu ginekologii i położnictwa podczas studiów były przekazywane w niewystarczającej ilości.

Tylko 11,3% respondentów była obecna podczas wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiety w ciąży. Jeszcze rzadziej, bo tylko co dwudziesta ankietowana osoba (5% respondentów) taką resuscytację wykonywała. Powyższe dane prawdopodobnie są spowodowane rzadkim występowaniem przypadków nagłego zatrzymania krążenia kobiet w ciąży podczas zajęć praktycznych podczas studiów, a także specyfiką oraz profilem pacjentów konkretnego oddziału, na którym są obecnie zatrudnieni ankietowani. Zdecydowanie lepiej kształtują się wyniki doświadczeń zawodowych z zakresu porodów.

Większość badanych osób (87,5% respondentów) w przeszłości widziała lub uczestniczyła w porodzie metodą cesarskiego cięcia. 55% ankietowanych brała czynny lub bierny udział podczas porodu naturalnego.

Na pytanie nr 1 i pytanie nr 2 dotyczące stosunku uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych oraz miejsca ułożenia rąk podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej kobiety w ciąży, a także na pytanie nr 3 związane z prawidłową pozycją ułożeniową nieprzytomnej kobiety w ciąży, zdecydowana ilość respondentów знаła prawidłową odpowiedź. Zakres udzielonych dobrych odpowiedzi na powyższe pytania mieści się w przedziale 85% - 90%. Osoby biorące udział w badaniu uzyskały gorsze wyniki w kolejnych pytaniach. Na pytanie nr 4 dotyczące farmakoterapii podczas rzucawki, tylko co druga osoba (51,2% grupy) знаła prawidłową odpowiedź – lekiem pierwszego rzutu jest siarcza magnezu. Około 2/3 badanych (65% grupy) prawidłowo odpowiedziało na pytanie nr 5 związane z energią defibrylacji u kobiet w ciąży – stosowana energia jest identyczna jak u kobiet, które nie są w ciąży. Najtrudniejszym pytaniem okazało się pytanie nr 6 dotyczące parametrów życiowych podczas ciąży. Tylko co trzeci respondent (32,5% grupy) umiał odpowiedzieć na to pytanie – podczas ciąży spada ciśnienie tętnicze oraz rośnie wartość tętna. Niewiele ponad połowa (52,5% grupy) ankietowanych знаła prawidłową odpowiedź na pytanie nr 7, która brzmiała - czas opóźnienia zaklepowania pępowiny u noworodków niewymagających resuscytacji krążeniowo-oddechowej powinien wynosić przynajmniej 1 minutę. Najlepsze wyniki respondenci uzyskali w ostatnim pytaniu nr 8. 100% ankietowanych prawidłowo odpowiedziało, że maksymalna ilość punktów w skali Apgar wynosi 10.

Najlepiej udzielone odpowiedzi na pytania nr: 1, 2, 3, 8 prawdopodobnie są wynikiem uzyskanej podstawowej wiedzy z zakresu BLS (ang. Basic Life Support – podstawowe zabiegi resuscytacyjne), która przekazywana jest osobom również bez wykształcenia medycznego podczas szkoleń z pierwszej pomocy np. podczas kursu prawa jazdy, a także ogólnych doświadczeń życiowych, czy rozmów i wymian poglądów z innymi osobami. Gorsze wyniki odpowiedzi na pytania nr. 4, 5, 6, 7 świadczą o niekompletnej, specjalistycznej wiedzy, zdobytej podczas studiów, kursów, warsztatów, czy sympozjów naukowych.

Bezapelacyjna większość respondentów (90% grupy) uważa, że „teoria” oraz umiejętności praktyczne przekazane podczas studiów są niewystarczające. Pomimo realizowanych przedmiotów, gdzie przekazywana jest wiedza na temat stanów nagłych u kobiet w ciąży (np. położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo położniczo ginekologiczne; podstawy ratownictwa medycznego) pracujące/y pielęgniarki i pielęgniarze odczuwają niedosyt informacji z zakresu ginekologii i położnictwa.

WNIOSKI

1. Pielęgniarki i pielęgniarze zbyt rzadko mają do czynienia z kobietami w zaawansowanej ciąży będącymi w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
2. Pielęgniarki i pielęgniarze znają zasady udzielania pierwszej pomocy kobietom w ciąży w zakresie podstawowym.
3. Osoby z wyższym wykształceniem medycznym, jakim są pielęgniarki i pielęgniarze, powinny posiadać kompletną wiedzę i umiejętności praktyczne z zakresu stanów nagłych w ginekologii i położnictwie.
4. Wydaje się być wskazane zwiększenie ilości zajęć teoretycznych i praktycznych z zakresu ginekologii i położnictwa w planie nauczania na kierunku pielęgniarstwo.
5. Należy zwiększyć zakres wiedzy oraz poziom umiejętności praktycznych poprzez zachęcanie do samokształcenia oraz zapewnienie możliwości uczestniczenia w dodatkowych szkoleniach, kursach, czy sympozjach naukowych.
6. Wskazane byłoby przeprowadzenie badań na terenie wszystkich województw w Polsce ukazujących stan wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat stanów nagłych u kobiet w zaawansowanej ciąży.

PIŚMIENNICTWO

1. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych: Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych. <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-zarejestrowanych-zatrudnionych> (data pobrania: 23.08.2020).
2. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2015, 240.
3. Bręborowicz G.H.: Operacje w położnictwie tom 3. PZWL, Warszawa 2015, 239.
4. Bręborowicz G.H.: Medycyna matczyno-płodowa tom 2. PZWL, Warszawa 2016, 407-408.
5. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia tom 1. PZWL, Warszawa 2018, 238.
6. Nanson J., Elcock D., Williams M., Deakin C.D.: Do physiological changes in pregnancy change defibrillation energy requirements. Br J Anaesth, 2001, 87, 237–239.

7. Lichtenberg-Kokoszka E.: Zmiany fizyczne w organizmie ciężarnej. Cięża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym. IMPULS. Kraków 2008, 105-115.
8. Dudenhausen J. W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL, Warszawa 2014, 207.
9. Andres J.: Wytyczne resuscytacji 2015. Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2015, 318.

POZIOM WIEDZY KOBIET NA TEMAT RAKA SZYJKI MACICY NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

Wioleta Zienkiewicz¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rak szyjki macicy jest jednym z niewielu nowotworów o znanej etiologii. Głównym czynnikiem inicjującym karcynogenezę jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) [1].

Zakażenie wirusem HPV jest zjawiskiem powszechnym i bardzo łatwo rozprzestrzeniającym się. Należy do czołówki najczęściej występujących zakażeń przenoszonych drogą płciową [1].

Czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na RSM są: rozpoczęte współżycie płciowe przed 18 rokiem życia, przebyte lub obecne zakażenia wirusowe w szczególności wirusem HPV-16 i 18 oraz wirusem opryszczki genitalnej, palenie tytoniu. Ponadto rak szyjki macicy jest częściej rozpoznawana u kobiet z infekcją HIV [1].

Wśród objawów klinicznych raka szyjki macicy wyróżniamy upławy, płamienia, krwawienia kontaktowe, bóle podbrzusza i okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Obrzęki niesymetryczne kończyn dolnych, przetoki, parcie na stolec świadczą o dużym zaawansowaniu choroby. W stanie terminalnym dochodzi do zamknięcia światła moczowodu, krwawień z pochwy, które są niemożliwe do opanowania; rozwija się także mocznica [1,2].

Leczenie RSM polega na leczeniu operacyjnym lub chemioradioterapii. Chemioradioterapia ma zastosowanie w leczeniu zaawansowanego klinicznie raka szyjki macicy. Operacyjne techniki oszczędzające są zaleconym sposobem leczenia we wczesnych stadiach klinicznych raka szyjki macicy.

Elementem programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce jest badanie cytologiczne. Cytologia powinna być wykonywana co 3 lata, w szczególności u kobiet w wieku 25- 59 lat [2].

Terminologia nowotworów

Nowotwór to nieprawidłowa tkanka własnego organizmu, nadmiernie rozrastająca się z sąsiadującymi strukturami. Organizm żywiciela nie kontroluje komórek nowotworowych, nie reagują one na jego bodźce i mechanizmy regulacyjne. Nowotwory są chorobą uogólnioną, ponieważ mają zdolność do rozprzestrzeniania się poza swoje pierwotne ognisko (przerzuty). Klasyfikacja patomorfologiczna dzieli nowotwory na łagodne, złośliwe oraz miejscowo złośliwe [3].

Nowotwory łagodne- stosunkowo nie zagrażają życiu, są łatwe do wyleczenia. Rozwijają się wolno, nawet z okresami zatrzymania wzrostu. Nie tworzą nacieków na naczynia, tkanki i nerwy. Przy leczeniu radykalnym nie wznawiają się miejscowo, nie tworzą odległych przerzutów.

Nowotwory złośliwe- rosną szybko, naciekając i rozprężając na zdrowe komórki. Rozprzestrzeniają się po organizmie drogą naczyń krwionośnych i chłonnych tworząc przerzuty odległe, doprowadzają do krwawień, zakrzepic naczyń krwionośnych. W obrębie nowotworów złośliwych bardzo często występują krwawe wylewy, martwice. Prowadzą do wyniszczenia organizmu i śmierci. Leczenie jest bardzo trudne, zależne od stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu. Pomimo radykalnych zabiegów operacyjnych może wystąpić wznowa miejscowa.

Nowotwory miejscowo złośliwe- rosną systematycznie, wolno, aczkolwiek często naciekająco. Są inwazyjne miejscowo bez przerzutów. Mogą uszkadzać sąsiadujące tkanki. Po leczeniu chirurgicznym często prowadzą do nawrotów [3,4].

Nowotwory ze względu na pochodzenie dzieli się na **nienabłonkowe oraz nowotwory pochodzenia nabłonkowego**. W obu grupach wyróżnia się złośliwe i łagodne guzy.

W grupie nowotworów łagodnych pochodzenia nienabłonkowego możemy wymienić mięśniaki, nerwiaki, naczylniki, tłuszczaki.

W grupie nowotworów złośliwych pochodzenia nienabłonkowego występuje m.in. mięsak naczyńniowy, mięsak tłuszczakowy. Nowotwory nienabłonkowe takie jak chłoniak, czerniak i białaczka zawsze są złośliwe.

Do grupy łagodnych nowotworów nabłonkowych zaliczamy torbielaka, gruczolaka, brodawczaka.

Nabłonkowym nowotworem złośliwym jest rak. Swoją nazwę przybiera w zależności od tego, z jakiego nabłonka pochodzi: rak płaskonabłonkowy, rak gruczołowy.

Komórki nowotworowe ze względu na niezależność od fizjologicznej homeostazy ustrojowej posiadają określone cechy, takie jak:

- ✓ zdolność do przeżywania i wzrostu bez ograniczeń,
- ✓ nadmierny podział oraz brak prawidłowego dystansu między komórkami,
- ✓ produkcja nieprawidłowych białek lub prawidłowych w nadmiarze z powodu mutacji,
- ✓ inwazyjność,
- ✓ zdolność do tworzenia przerzutów [3].

Epidemiologia raka szyjki macicy

Rak szyjki macicy jest drugim po raku piersi nowotworem występującym wśród kobiet. RSM stanowi ok. 24% wszystkich nowotworów złośliwych wśród kobiet. Pomimo malejącej tendencji zachorowalności i umieralności, nadal stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Polska jest krajem o najniższym współczynniku 5-letniej przeżywalności kobiet po rozpoznaniu RSM. W Polsce występuje 30-35 zachorowań na rok na 100000 kobiet [4].

Ok. 80% przypadków raka szyjki macicy rozpoznawanych jest w krajach rozwijających się. Największą zachorowalność odnotowuje się w krajach Afryki środkowo-wschodniej. Najrzadziej chorują kobiety z terenów południowo-wschodniej i zachodniej Azji, Australii i Nowej Zelandii. Przypuszcza się wzrost liczby zachorowań, szczególnie w krajach rozwijających się, z powodu starzejącej się populacji [5].

Ponadto rak szyjki macicy zajmuje pierwsze miejsce wśród rozpoznawanych nowotworów złośliwych wśród kobiet w ciąży. Jest to ok. 1-3% zarejestrowanych przypadków zachorowań [5].

Czynniki predysponujące

Czynniki ryzyka rozwoju raka szyjki macicy są w większości związane z zachowaniami seksualnymi. Można je podzielić na główne i prawdopodobne [5].

Czynniki główne:

- a) przewlekłe zakażenie onkogennymi typami wirusa HPV, głównie HPV 16 i 18,
- b) wiek,
- c) wczesna inicjacja seksualna,
- d) duża liczba partnerów seksualnych,
- e) wielorództwo- RSM występuje częściej u kobiet, które w młodym wieku przeżyły dużą liczbę porodów,

- f) palenie papierosów-zwiększa ryzyko zachorowania 2-4 krotnie jako niezależny czynnik,
- g) niski status socjoekonomiczny- kobiety, które nie korzystają z opieki medycznej, nie leczą uszkodzeń szyjki macicy oraz stanów zapalnych dróg rodnych sprzyjających rozwojowi stanów przednowotworowych,
- h) CIN 2 i 3 w wywiadzie [1,6].

Czynniki prawdopodobne:

- i) stosowanie antykoncepcyjnych środków hormonalnych przez wiele lat,
- j) częste stany zapalne pochwy (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, HSV2),
- k) współistniejąca infekcja wirusem nabytego braku odporności HIV [1,6].

Objawy kliniczne

Na wczesnym etapie rak szyjki macicy nie ujawnia praktycznie żadnych charakterystycznych objawów. Inwazyjny rak szyjki macicy objawia się upławami wodno-krwistymi, plamieniami, krwawieniami kontaktowymi oraz krwawieniami między miesiączkami. Wraz z rozwojem RSM krwawienia stają się częstsze, bardziej obfite, częściej też występują cuchnące upławy. Krwawienia są objawem naciekania naczyń krwionośnych, dochodzi do ich martwicy i oddzielania się fragmentów nowotworowego nacieku [1,7].

Pojawiają się bóle okolicy krzyżowo- lędźwiowej i podbrzusza co świadczy o naciekanu więzadeł maciczno- krzyżowych i naczyń limfatycznych graniczących z nerwami. Ponadto występują zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, krwawienia z odbytnicy. Powiększone węzły chłonne nadobojczykowe są objawem odległych przerzutów.

W zaawansowanej fazie raka szyjki macicy występują obrzęki kończyn dolnych, które są spowodowane zastojem chłonnki lub krwi(guz sięga granicy miednicy mniejszej).

W terminalnej fazie choroby rozwijającemu się wyniszczeniu organizmu towarzyszy mocznica, dochodzi do zamknięcia światła moczowodu. Wystąpić jeszcze mogą niemożliwe do opanowania krwawienia z dróg rodnych [7].

Ocena stopnia klinicznego

Na postawienie diagnozy raka szyjki macicy składa się szczegółowo przeprowadzony wywiad z pacjentką, badanie kliniczne, badanie ginekologiczne (zarówno przez pochwę jak i odbytnicę), cytologia, kolposkopia i badanie histologiczne wycinka, który objęty jest zmianami [8].

Stopień zaawansowania klinicznego RSM ustalany jest na podstawie stworzonych do tego klasyfikacji. Jedną z nich jest klasyfikacja FIGO- Międzynarodowej Federacji Położników i Ginekologów [8].

Tabela I. Klasyfikacja FIGO [8, 9]

Stopień	Opis zmiany
I	Rak ograniczony ściśle tylko do szyjki macicy
IA	Inwazyjny rak przedkliniczny bez zmian makroskopowych
IA1	Naciek o średnicy powierzchni mniejszej bądź równej 7 mm
IA2	Naciek o średnicy powierzchni wyższej od 7 mm, może wystąpić zajęcie przestrzeni naczyniowych
IB	Zmiana makroskopowa, większa niż w stopniu IA2
IB1	Naciek o średnicy mniejszej lub równej 4 cm
IB2	Naciek o średnicy większej niż 4 cm
II	Rak przechodzi poza szyjkę macicy, bez inwazji w ściany kostne miednicy mniejszej oraz pochwy
IIA	Rak nie przekracza 2/3 górnej części pochwy, brak nacieku przymacicza
IIA1	Naciek o średnicy do 4 cm
IIA2	Naciek o średnicy powyżej 4 cm
IIB	Naciek przymacicza, nie dochodzi do kości miednicy mniejszej
III	Rak dochodzi do kości miednicy mniejszej, zajmuje 1/3 przymacicza lub dolną część pochwy
IIIA	Rak zajmuje 1/3 dolną część pochwy
IIIB	Rak zajmuje przymacicza do kości miednicy mniejszej, może wywołać wodonercze lub współistnieć z nieczynną nerką
IV	Rak przekracza granice miednicy mniejszej
IVA	Naciek odbytnicy i/lub pęcherza moczowego
IVB	Odległe przerzuty

Klasyfikacja CIN, czyli wewnątrz nabłonkowej neoplazji szyjki macicy. Obejmuje ona zmiany szyjki macicy w obrębie nabłonka wielowarstwowego płaskiego przy zachowaniu zasady, że komórki nieprawidłowe nie przekraczają granic błony podstawnej oraz występują w obrębie tego nabłonka.

CIN jest podzielona na poniższe podtypy:

- a) CIN I- neoplazja małego stopnia,
- b) CIN II- neoplazja średniego stopnia,
- c) CIN III/ CIS- neoplazja dużego stopnia, rak przedinwazyjny.

Kolejnym narzędziem do oceny zmian w obrębie szyjki macicy jest klasyfikacja Papanicolaou. Jest najstarszą i szeroko stosowaną klasyfikacją w interpretacji rozmazów cytologicznych. Autorem tej klasyfikacji był Georgios Papanicolaou, amerykański ginekolog pochodzący z Grecji. Jej główną zaletą jest możliwość wykrycia wczesnych zmian nabłonkowych szyjki macicy. Wadą tej klasyfikacji jest nie uwzględnianie wielu zmian nienowotworowych w obrębie szyjki macicy oraz brak odzwierciedlenia obecnej wiedzy dotyczącej karcynogenezy. Klasyfikacja Papanicolaou obejmuje 5 grup cytologicznych [10].

Tabela I. Klasyfikacja Papanicolaou [10].

I grupa	Obecne prawidłowe komórki nabłonka pokrywającego szyjkę macicy
II grupa	Obecne prawidłowe komórki i flora bakteryjna, komórki zwyrodniałe, śluz, leukocyty oraz histiocyty w rozmazie
III grupa	Obecne typowe komórki dysplastyczne
IV grupa	Oprócz komórek dysplastycznych dodatkowo obecne nieliczne komórki atypowe z cechami nowotworowymi
V grupa	Komórki nowotworowe w rozmazie, na tle preparatu liczne erytrocyty i leukocyty

System Bethesda jest kolejną klasyfikacją do oceny rozmazów pobranych w trakcie badania cytologicznego. Klasyfikacja TBS ma charakter opisowy. W klasyfikacji TBS obraz cytologiczny może być klasyfikowany jako:

- a) HSIL- zmiany dużego stopnia;
- b) LSIL- zmiany małego stopnia.

Tabela III. System TBS [10]

A- Typ preparatu cytologicznego	
Standardowy rozmaz cytologiczny	
B- Ocena jakości rozmazu	
BI	Rozmaz nadający się do oceny
BII	Rozmaz nie nadający się do oceny
B- Ogólna charakterystyka obrazu	

CI	Bez cech neoplazji i raka
CII	Nieprawidłowy obraz cytologiczny
CIII	Inne cechy
D-Ocena przy pomocy automatycznych urządzeń	
E-Badania dodatkowe	
F-Interpretacja, wynik	
FI	Brak cech neoplazji śródnabłonkowej, brak cech raka
FII	Inne zmiany
FIII	Obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych, nieprawidłowe komórki gruczołowe (nieprawidłowość nabłonka wielowarstwowego płaskiego, HSIL, LSIL, rak płaskonabłonkowy)
FIV	Inne nowotwory złośliwe
G-Wyjaśnienia	

Diagnostyka raka szyjki macicy

Wykrycie raka szyjki macicy umożliwiają metody diagnostyczne takie jak: badanie ginekologiczne przez pochwę i odbytnicę, cytodiagnostyka oraz badanie histopatologiczne, kolposkopia, badanie wirusologiczne w kierunku HPV. Wykonuje się również badania obrazowe, m. in. rezonans magnetyczny, USG, tomografię komputerową, PET-TK. Diagnostyce zostają także poddane krew i mocz [11].

Badanie ginekologiczne jest badaniem podstawowym i koniecznym do postawienia diagnozy oraz wyboru właściwej metody leczenia. Podczas badania ginekologicznego oceniane są narządy płciowe wewnętrzne oraz zmiany na narządach płciowych zewnętrznych. Przed rozpoczęciem badania ginekologicznego lekarz zbiera wywiad, wykonuje badanie przedmiotowe ogólne i badanie piersi, a także pobiera wymaz cytologiczny.

Aby badanie ginekologiczne zostało wykonane prawidłowo pacjentka musi mieć opróżniony pęcherz moczowy. Ponadto badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone według schematu: badanie palpacyjne zewnętrznych narządów płciowych oraz ich oglądanie, wziernikowanie, dwuręczne badanie palpacyjne [12].

Badanie przez odbytnicę wykonuje się aby dokładniej ocenić przymacicza i przestrzeń odbytniczo- pochwową. Ocenia się przy tym ewentualny naciek w stosunku do talerza kości biodrowej. Badanie per rectum ocenia te same struktury co badanie palpacyjne przez pochwę. Dlatego też wykonuje się je u kobiet, u których nie można wykonać badania

przez pochwę z powodu krwawień lub urazów pochwy oraz u kobiet, u których obecna jest błona dziewicza [1,12].

Badanie cytologiczne polega na pobraniu materiału z tarczy szyjki macicy, kanału szyjki macicy i strefy między tarczą a kanałem. W cytodiagnostyce ocenie podlegają komórki nabłonkowe szyjki macicy. Cytologia ma na celu wykrycie nowotworu oraz stanu przednowotworowego. Badanie cytologiczne jest badaniem przesiewowym. Pierwszą cytologię powinno się wykonać w około 25 r. ż. jeśli nie nastąpiła inicjacja seksualna oraz w okresie około 3 lat po pierwszym odbytym stosunku seksualnym. Pierwsze badania cytologiczne powinno wykonywać się raz w roku, a w przypadku ich prawidłowych wyników zaleca się wykonywanie badania co 3 lata. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania, wskazana jest biopsja i badanie histopatologiczne [12].

Przed wykonaniem badania cytologicznego nie należy stosować leków dopochwowych, wykonywać irygacji oraz przezpochwowego USG. Należy także utrzymać wstrzemięźliwość seksualną około 2 dni przed badaniem. Pacjentki powinny zgłosić się na badanie po miesiączce ale przed owulacją. Literatura przedstawia różne przedziały najkorzystniejszych dni na wykonanie badania. Polecanym jest między 6 a 14 dniem cyklu [12].

Badanie histopatologiczne obejmuje badanie pobranego z okolic narządu rodowego wycinka. Podczas badania opisywane są zmiany obecne w pobranym materiale, a dzięki temu formułowane jest rozpoznanie procesu chorobowego. Badanie histopatologiczne stanowi podstawowy element diagnostyki nowotworów [12].

Kolposkopia jest badaniem, które polega na oglądaniu części pochwowej szyjki macicy. Oglądanie wykonuje się w powiększeniu około 40- krotnym. Badanie kolposkopowe ocenia nabłonek, jego układ, barwę i przejrzystość a także naczynia krwionośne. Powierzchnię badanej tkanki przygotowuje się za pomocą środka kontrastowego. Podczas badania pobiera się wycinki do badania histopatologicznego [13].

Badanie HR HPV to badanie, które pozwala wyodrębnić grupę kobiet z infekcją wirusem HPV a w szczególności typem 16 i 18. Badanie te nie powinno stanowić jedyne badania w diagnostyce RSM. Kobiety do 30 r.ż. powinny mieć wykonany ten test w przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii. Kobiety do 65 roku życia powinny mieć wykonany zarówno test HR HPV jak i cytologię. Celem testu HR HPV jest wykluczenie lub potwierdzenie infekcji wirusem HPV u kobiet z niepoprawnym wynikiem badania cytologicznego [11].

USG przez powłoki brzuszne oraz przezpochwowe jest badaniem nieinwazyjnym. Podczas badania lekarz określa wymiary narządów płciowych, ich położenie i kształt, w przypadku jajników- objętość, identyfikuje powiększone węzły chłonne miednicy oraz ewentualne zmiany patologiczne. Przezpochwowe USG identyfikuje zmiany mięśniakowate w macicy i szyjce macicy. Ultrasonografia przez powłoki brzuszne określa zastój moczu w przypadkach kobiet w zaawansowanym stadium choroby [14].

Tomografia komputerowa jako badanie w kierunku zaawansowania RSM jest dość ograniczone z powodu małej kontrastowości, a co za tym idzie problemów z rozgraniczeniem tkanek. CT jest lepsza w zaawansowanym stadium choroby, kiedy to ocenia rozległość przerzutów w innych narządach oraz zmiany w układzie moczowym. W obrazowaniu miejscowego zaawansowania choroby tomografia nie pokazuje jednoznacznych zmian i objawów [14, 15].

Rezonans magnetyczny jest badaniem bardziej czułym, o większej kontrastowości niż CT. Najważniejszymi zaletami rezonansu magnetycznego w obrazowaniu raka szyjki macicy są określenie stopnia miejscowego zaawansowania choroby a także wznowy miejscowej choroby. MR z zastosowaniem kontrastu pozwala określić nawet bardzo małe guzy we wczesnych stadiach, ich unaczynienie, zmiany w otrzewnej, odbytnicy oraz pęcherzu moczowym, przerzuty do węzłów chłonnych i przerzuty odległe.

Rezonans magnetyczny jest stosowany w obrazowaniu raka szyjki macicy u kobiet w ciąży. Jako jedyna nieinwazyjna metoda szczegółowo określa objętość guza, obecność nacieku i stan węzłów chłonnych. Jego wynik jest istotny w decyzji o podjęciu lub wstrzymaniu leczenia i zakończeniu lub donoszeniu ciąży [14,15].

PET- TK czyli pozytronowa tomografia emisyjna z użyciem fluorodeoksyglukozy. Określa objętość guza, aktywność metaboliczną tkanek oraz przerzuty odległe [14,16].

Leczenie raka szyjki macicy

Leczenie raka szyjki macicy jest adekwatne co do stopnia zaawansowania choroby. Składa się ono z metod chirurgicznych, radioterapii, chemioterapii, radiochemioterapii. Po analizie czynników prognostycznych i z uwzględnieniem stopnia zaawansowania RSM można kojarzyć ze sobą wyżej wymienione metody leczenia.

W raku szyjki macicy w stopniu 0 wg FIGO, czyli rak przedinwazyjny płaskonabłonkowy zalecane jest wykonanie konizacji szyjki macicy, krioterapia, a także coraz częściej stosowana technika LEEP (loop electrosurgical excision procedures). Wycięcie macicy stosowane jest tylko w przypadkach współistnienia dodatkowych patologii macicy, np. obecności mięśniaków lub wypadania macicy. Podjęcie leczenia w tym stopniu RSM

musi być poprzedzone kolposkopią- aby zlokalizować ognisko zmiany i zakończone wyłyżeczkowaniem- aby wykluczyć ewentualne inne ogniska raka [16].

W przypadku **gruczołowego raka szyjki macicy w stopniu FIGO 0** jako pierwszy etap leczenia wykonuje się konizację, aby określić głębokość nacieku i rozległość zmian. W tym stopniu często są obserwowane zmiany wieloogniskowe. U kobiet, które zakończyły prokreację zaleca się proste usunięcie macicy.

Rak mikroinwazyjny płaskonabłonkowy w stopniu IA wg FIGO- w tym przypadku zaleca się zabieg usunięcia strefy T szyjki macicy metodą LEEP lub konizację. Zalecanymi badaniami są oczywiście cytologia, kolposkopia, badanie ginekologiczne przez pochwę oraz per rectum. Materiał pobrany podczas badań poddaje się badaniu histopatologicznemu.

W **raku szyjki macicy w stopniu IB- IIA** pierwotnym leczeniem jest usunięcie macicy z przydatkami i węzłów chłonnych miednicy mniejszej obustronnie (operacja Meigsa-Wertheima). Jako leczenie uzupełniające może być zastosowana chemioradioterapia lub radioterapia. W stopniu IIB radioterapia i chemioradioterapia są podstawą leczenia. Ważne jest aby przed rozpoczęciem napromieniania wyleczyć zapalenie przydatków, usunąć nacieki macicy, wyciąć guzy przydatków, mięśniaki macicy. W przypadku złego stanu pacjentki, obecności przerzutów odległych i niewydolności nerek radioterapia jest przeciwwskazana. Dodatkowo można wykonać badania obrazowe takie jak rezonans magnetyczny miednicy, PET- CT, cystoskopię [16].

W **stopniu IIB- IV** konieczne należy wykonać badanie ginekologiczne, rezonans magnetyczny i tomografię jamy brzusznej. Należy także potwierdzić nacieki na pęcherz moczowy i odbytnicę. W zależności od wyników badań obrazowych stosuje się radioterapię i/lub chemioterapię.

W **przypadku wznowy raka szyjki macicy** można wykonać radykalne usunięcie macicy z częściową resekcją pęcherza i/ lub jelita, a także wdrożyć chemio i radioterapię.

Leczenie paliatywne a w szczególności chirurgiczne dotyczy zabiegów ratujących życie, np. gwałtowne krwotoki z szyjki macicy. Chemioradioterapia nie ma rutynowego zastosowania. Częściej stosuje się radioterapię paliatywną [1,15, 6].

Konizacja chirurgiczna jest zabiegiem ginekologicznym na szyjce macicy, podczas którego usuwa się stożek tkankowy za pomocą skalpela, natomiast **konizacja laserowa** to usunięcie stożka konizacyjnego wiązką laserową.

Technika **LEEP** jest zabiegiem chirurgicznym, polegającym na usunięciu stożka konizacyjnego za pomocą specjalistycznej, elektrycznej pętli o niskim woltażu.

Krioterapia jest zabiegiem, podczas którego niszczy się zmienioną chorobowo tkankę przy użyciu niskich temperatur. Do części pochwowej szyjki macicy wprowadzana jest specjalna sonda ze środkiem zamrażającym w stanie ciekłym, np. tlenek azotu, freon, azot [15,16].

Histerektomia jest zabiegiem chirurgicznym usunięcia macicy. Wyróżnia się histerektomie:

- ✓ **z dostępu brzuszego** czyli proste wycięcie macicy z przydatkami lub bez nich. Podczas histerektomii z dostępu brzuszego można usunąć szyjkę macicy z trzonem lub sam trzon macicy. Wykonywana jest w przypadku wczesnego stadium RSM, mięśniaków macicy, zaburzeń statyki narządu rodneę, nieprawidłowych krwawień z macicy.
- ✓ **z dostępu pochwowego,**
- ✓ **histerektomię laparoskopową**- metodą tą można usunąć całkowicie macicę lub nadszyjkowo trzon macicy. Zabieg wykonuje się od strony pochwy lub przez powłoki brzuszne wykonując mininacicia. Metody laparoskopowe wybierane są w przypadkach operacji przydatków.
- ✓ **histerektomię radykalną** czyli rozszerzone wycięcie macicy z marginesem zdrowych tkanek oraz węzłami chłonnymi miednicy mniejszej. Wykonywana jest w przypadku inwazyjnego raka szyjki macicy i raka endometrium z naciekiem na szyjkę macicy [15,16].

Chemioterapia to metoda leczenia nowotworów za pomocą leków cytostatycznych. Przy braku przeciwwskazań kojarzy się 2-4 leki. Takie działanie ma na celu zaburzenie czynności komórek nowotworowych. Cytostatyki działają najlepiej wtedy, kiedy nowotwór jest jak najmniej dojrzały i gdy dochodzi do dużej liczby podziałów komórkowych. Leki cytotoksyczne poza niszczeniem komórek nowotworowych, niszczą niestety także zdrowe komórki organizmu. Chemioterapia może być samodzielną metodą leczenia, częścią leczenia skojarzonego z leczeniem chirurgicznym lub leczeniem paliatywnym. Rodzaj zastosowanej chemioterapii zależy od stopnia zaawansowania choroby [17]. Powikłania leczenia za pomocą cytostatyków można podzielić na

- a) ostre, np. wymioty, reakcje uczuleniowe,
- b) wczesne, np. zapalenie błon śluzowych, wypadanie włosów,
- c) opóźnione, np. uszkodzenie nerek, wątroby,
- d) późne, np. nowotwory wtórne [17].

Radioterapia jest metodą leczenia, która wykorzystuje promienie jonizujące aby zniszczyć nowotwór. W leczeniu raka szyjki macicy stosuje się brachyterapię oraz teleradioterapię.

Brachyterapia polega na napromienianiu energią jonizującą, która pochodzi z rozpadu promieniotwórczego izotopu. Izotop umieszczany jest bezpośrednio w guzie lub w okolicy guza za pomocą aplikatora. Aplikatory są dostosowane do napromienianej tkanki.

Teleradioterapia polega na napromienianiu obszaru miednicy źródłami oddalonymi.

Powikłania radioterapii dzieli się na wczesne i późne. Należą do nich na przykład: zwężenie pochwy, jatrogena menopauza, zapalenie jelit, odbytnicy, niedrożność jelit, zapalenie pęcherza, przetoka moczowa.

W leczeniu raka szyjki macicy powinien brać udział wyspecjalizowany zespół składający się z onkologa- ginekologa, onkologa, radiologa, patologa, psychologa, radioterapeuty i fizjoterapeuty, anestezjologa i pielęgniarki/ położnej. Wynik leczenia i jakość życia kobiet z rakiem szyjki macicy jest zależne od optymalizacji postępowania leczniczego [17].

Prewencja raka szyjki macicy

Misją prewencji jest przeciwdziałanie chorobom i zagrożeniom zdrowotnym, które mogą wystąpić w przyszłości. Celem profilaktyki jest zmniejszenie prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór. Wyróżnia się profilaktykę pierwotną i wtórną.

W profilaktyce onkologicznej edukacja zdrowotna ma na celu:

- ✓ zwiększenie stanu świadomości populacji dotyczącej własnego zdrowia,
- ✓ nauczanie zasad prawidłowego odżywiania się,
- ✓ rozpowszechnianie przeprowadzania badań profilaktycznych,
- ✓ przedstawienie możliwości współczesnej diagnostyki i metod leczenia nowotworów co pozwoli zmniejszyć lęk przed chorobą,
- ✓ nauczanie rozpoznawania niepokojących objawów, które mogą być objawami nowotworu,
- ✓ rozwijanie wczesnego wykrywania nowotworów.

Profilaktyka pierwotna obejmuje całą populację lub jej część. Ma na celu zapobieganie nowotworom złośliwym dzięki obniżaniu ryzyka zachorowania. Określa czynniki, które mają wpływ na zachorowalność i umieralność na nowotwory. Promuje prozdrowotne zachowania, określa czynniki mające wpływ na powstanie choroby.

Profilaktyka wtórna skierowana jest do konkretnej grupy osób. Ma na celu wczesne wykrycie nowotworu poprzez badanie osób, które nie mają objawów choroby ale znajdują się

w grupie ryzyka. Większą szansę na wyleczenie daje wykrycie nowotworu we wczesnej fazie [18].

W prewencji raka szyjki macicy do profilaktyki pierwotnej zalicza się szczepionki profilaktyczne oraz unikanie narażenia za zakażenie wirusem HPV. Zapobieganie zakażeniu jest możliwe poprzez abstynencję seksualną, monogamię obejmującą oboje partnerów, stosowanie metod barierowych podczas stosunku seksualnego. Te działania zmniejszą ryzyko zakażenia nie tylko wirusem HPV ale też innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Do działań profilaktyki wtórnej zalicza się badanie cytologiczne oraz test na obecność HPV. Badanie cytologiczne jest podstawowym badaniem skriningowym w kierunku RSM. Powinno być wykonywane przynajmniej raz w roku i nie rzadziej niż co 3 lata, w pierwszej połowie cyklu miesięczkowego [18].

W Polsce istnieje Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Jest kierowany do kobiet w przedziale wiekowym 25- 59 lat, u których nie występują objawy RSM i które są zdrowe. Tym programem mogą także zostać objęte pacjentki, które były leczone z powodu złośliwego nowotworu raka szyjki macicy i które zakończyły kontrole onkologiczne. W ramach wyżej wymienionego programu cytologię można wykonać bezpłatnie, nie potrzebne jest także skierowanie. Należy zgłosić się do lekarza ginekologa, położnej. Celem programu jest zmniejszenie umieralności kobiet oraz zwiększenie ich wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy, a także wprowadzenie w Polsce jednolitej diagnostyki w tym kierunku. Regularnie wykonywane badania cytologiczne pozwalają wykryć raka we wczesnym stadium. Jeśli wynik badania będzie prawidłowy, następna cytologia powinna być wykonana za 3 lata. Jeśli zostaną wykryte zmiany dysplastyczne, pacjentka zostanie skierowana na dalszą diagnostykę. Jeżeli zostanie rozpoznany rak szyjki macicy, pacjentka zostanie skierowana do leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego i dalszą diagnostykę [18].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Rak szyjki macicy jest nowotworem złośliwym, który rozwija się w szyjce macicy narządu rodniczej kobiety. Pod względem występowania w skali globalnej jest drugim nowotworem występującym wśród kobiet. Ryzyko zachorowania na RSM wzrasta wraz z wiekiem.

Polska należy do krajów, w których jest najwyższa zachorowalność i umieralność na raka szyjki macicy. Duża liczba kobiet zgłasza się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby. Spośród czynników etiologicznych raka szyjki macicy największe znaczenie ma wirus brodawczaka ludzkiego- HPV.

Celem pracy było:

Ocena poziomu wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 losowo wybranych kobiet na terenie województwa podlaskiego za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania zostały przeprowadzone w okresie od 01.02.2020r. do 01.03.2020r.

Metodą badawczą, która została wykorzystana w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny.

Ankieta jest techniką badawczą, która może dotrzeć do dużej liczby respondentek w krótkim czasie. Zawierała pytania zamknięte, półotwarte, a także wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz ankiety został stworzony w prosty i jasny dla respondentek sposób.

Ankieta miała charakter anonimowy o czym poinformowano respondentki. Uzyskane dane służyły tylko i wyłącznie celom naukowym. Na każdym etapie badania istniała możliwość zrezygnowania z udziału w nim.

Wyniki badań przedstawiono graficznie i opisowo.

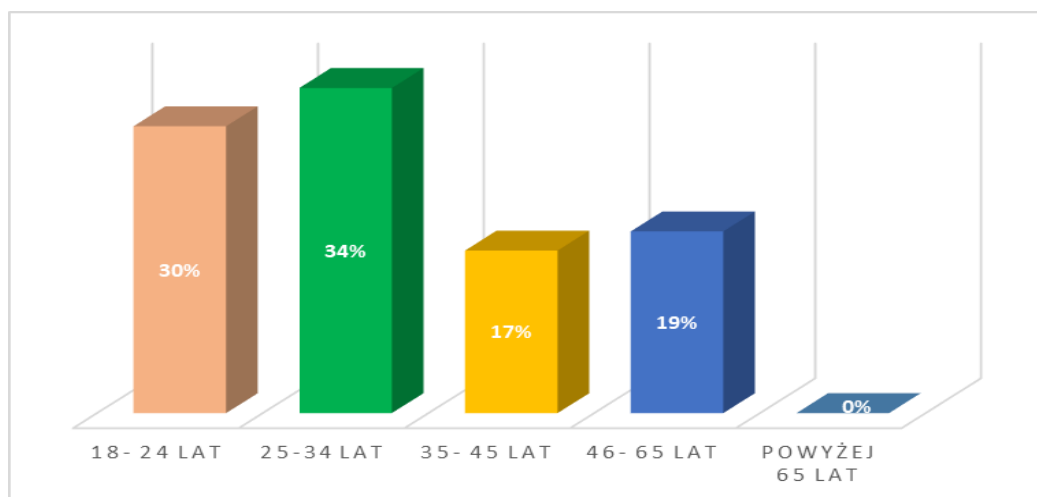
WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 100 losowo wybranych kobiet. Badanie miało na celu określenie poziomu wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy na przykładzie województwa podlaskiego. Wiek respondentek został określony w pięciu przedziałach wiekowych. W badaniu brały udział kobiety od 18 do 65 roku życia.

Miejscem zamieszkania respondentek było miasto i wieś. Wśród stanu cywilnego można wyróżnić panny, mężatki, rozwódki, wdowy. Respondentki określały swoją aktywność zawodową jako studentkę/ uczennicę, bezrobotną, pracę zawodową, gospodarstwo rolne oraz emerytkę/ rencistkę. Wykształcenie określały jako podstawowe, średnie, zawodowe oraz wyższe.

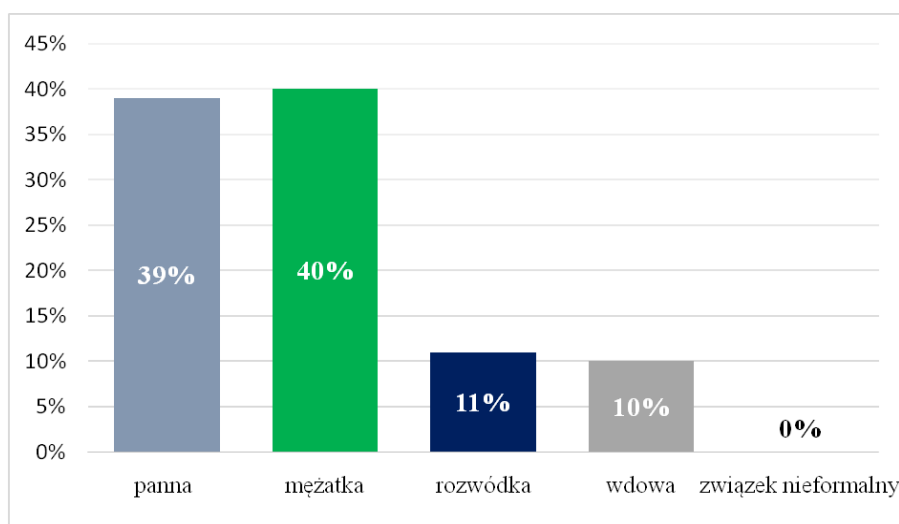
Wśród ankietowanych kobiet najliczniejszą grupę- 34%- stanowił przedział wiekowy 25- 34 lat, najmniejszą natomiast- 17%- 35- 45 lat. W badaniu nie brały udziału kobiety powyżej 65 roku życia (Ryc.1).



Ryc.1. Przedział wiekowy ankietowanych kobiet

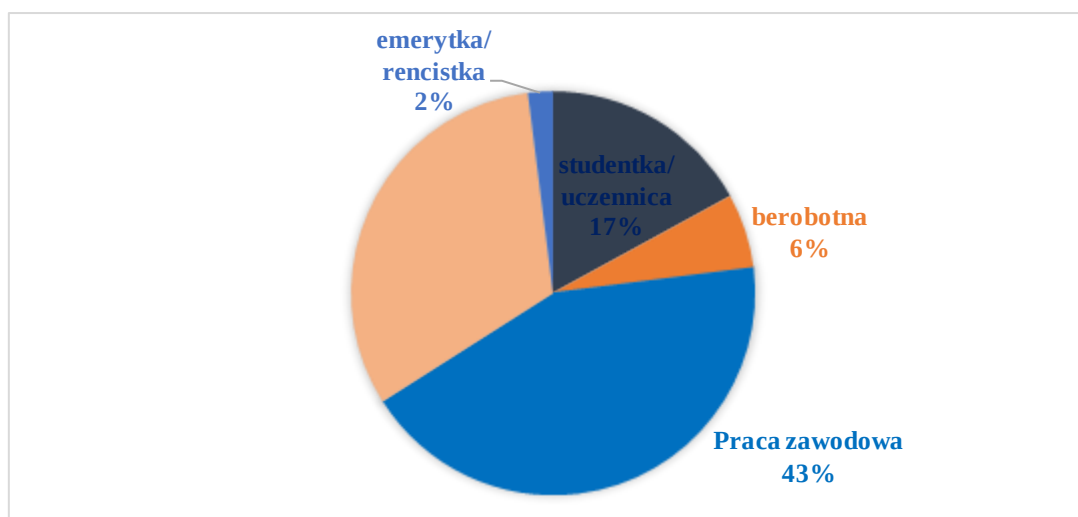
Respondentki biorące udział w badaniu jako miejsce zamieszkania w większości, czyli 55% badanych, pochodziły z miasta. Natomiast pozostałe 45% kobiet były mieszkankami wsi.

Analiza badań pod względem stanu cywilnego respondentek wykazuje, że najliczniejszą grupą były mężatki- 40 %. Niewielką różnicę między mężatkami stanowiła grupa panien- 39% badanych kobiet. 10% respondentek stanowiły wdowy. Natomiast znowu z niewielką różnicą bo 11% stanowiła grupa rozwódek. W związku nieformalnym w badaniu nie wzięła udziału żadna kobieta (Ryc. 2).



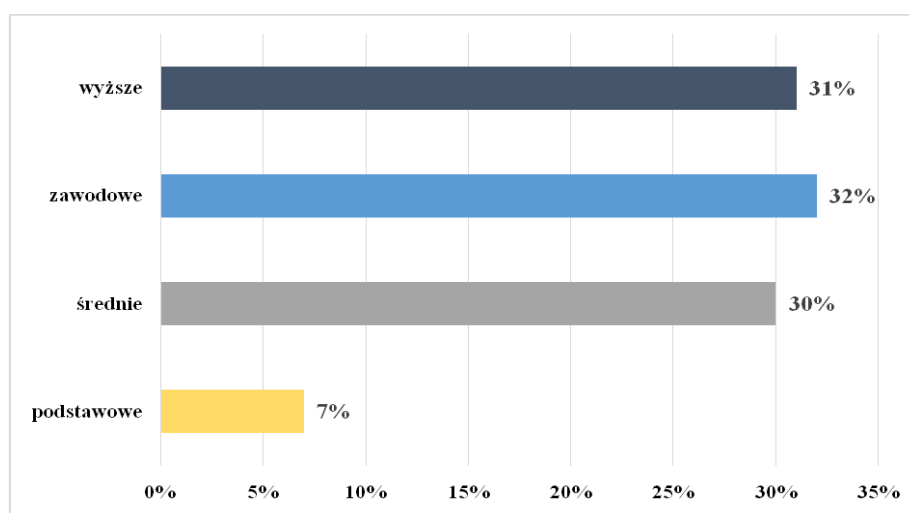
Ryc.2. Podział ankietowanych kobiet ze względu na stan cywilny

Biorąc pod uwagę aktywność zawodową badanych kobiet, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety zajmujące się pracą zawodową- 43%. Najmniejszą grupę stanowiły emerytki/ rencistki- 2% (Ryc.3).



Ryc. 3. Podział respondentek ze względu na aktywność zawodową.

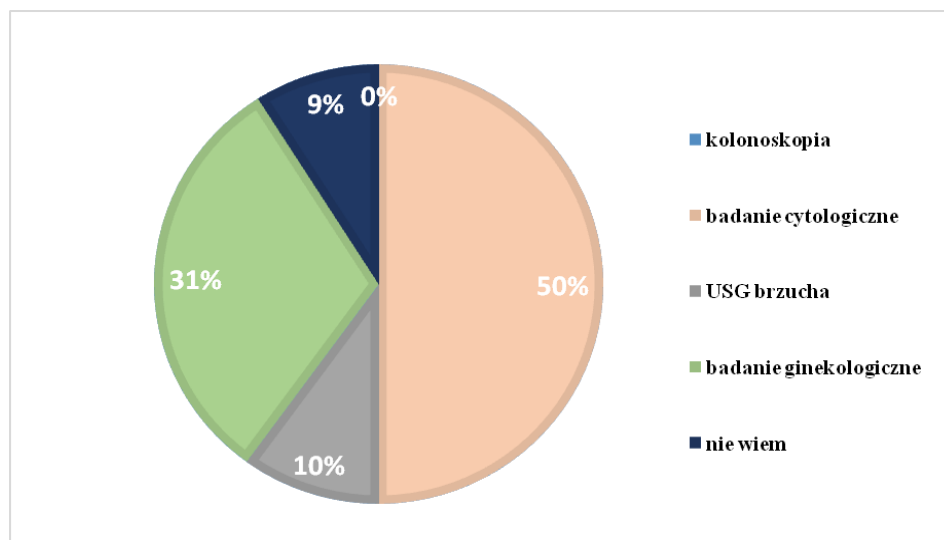
Analizując wykształcenie ankietowanych kobiet widać niewielką różnicę wśród trzech grup kobiet o wykształceniu: wyższym- 31%, zawodowym- 32% oraz średnim- 30%. Najmniejszą grupę stanowiły kobiety o wykształceniu podstawowym- 7% (Ryc. 4).



Ryc.4. Wykształcenie ankietowanych kobiet.

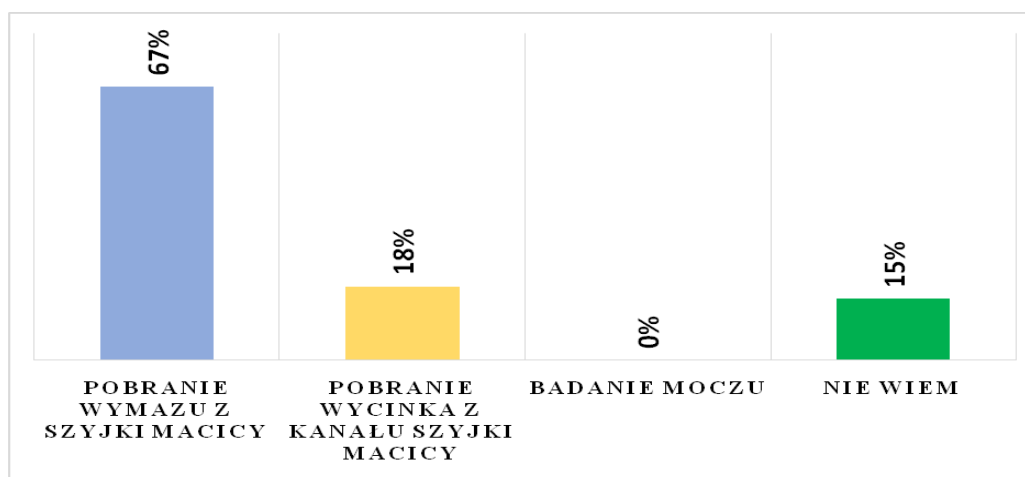
Analiza szczegółowa

Pierwszym pytaniem ogólnym w ankiecie było pytanie o to, jakie badanie umożliwia wczesne wykrycie raka szyjki macicy. Połowa respondentek- 50% wybrała badanie cytologiczne. 9% ankietowanych nie знаła odpowiedzi na te pytanie. Żadna z kobiet biorących udział w ankiecie nie wybrała odpowiedzi kolonoskopii (Ryc. 5).



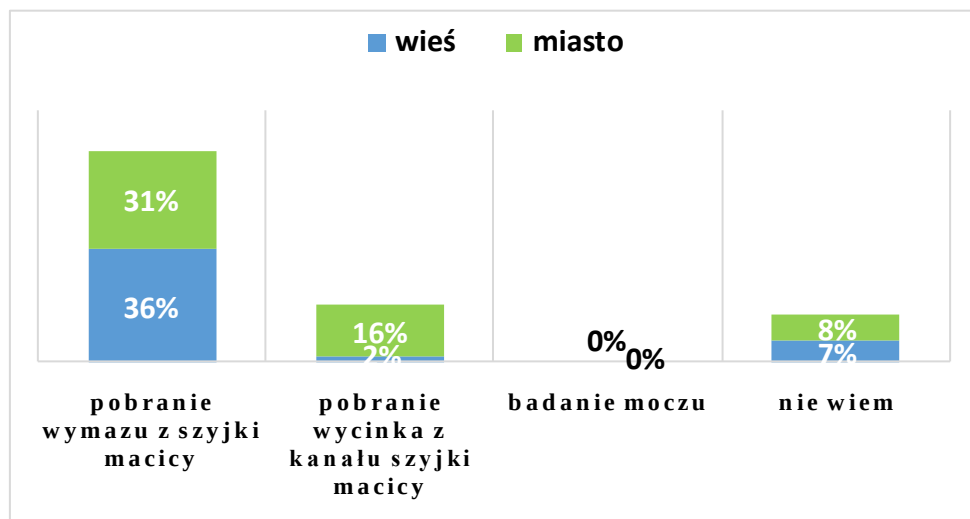
Ryc. 5. Jakie badanie umożliwia wczesne wykrycie raka szyjki macicy?

W pytaniu o to czym jest badanie cytologiczne, 67% czyli najwięcej ankietowanych kobiet wybrało odpowiedź pobranie wymazu z szyjki macicy. 15% nie znało odpowiedzi na te pytanie. Żadna z kobiet nie wybrała badania moczu (Ryc. 6).



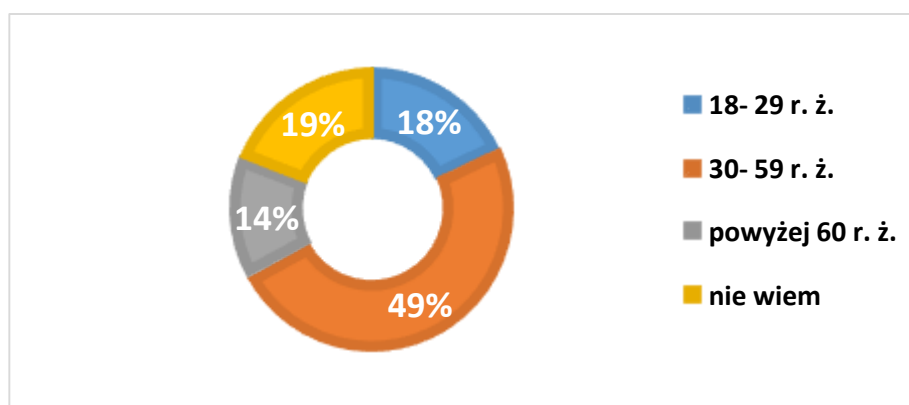
Ryc. 6. Czym według Pani jest badanie cytologiczne?

Analizując dalej to pytanie można podzielić odpowiedzi respondentek pod względem miejsca zamieszkania. W poszczególnych odpowiedziach nie jest widoczna istotna różnica między wiedzą kobiet mieszkających na wsi a w mieście. 36% mieszkanek wsi oraz 31% mieszkanek miast wiedziało co to jest badanie cytologiczne. Natomiast 7% kobiet mieszkających na wsi oraz 8% mieszkanek miasta nie posiadało wiedzy na ten temat (Ryc.7).



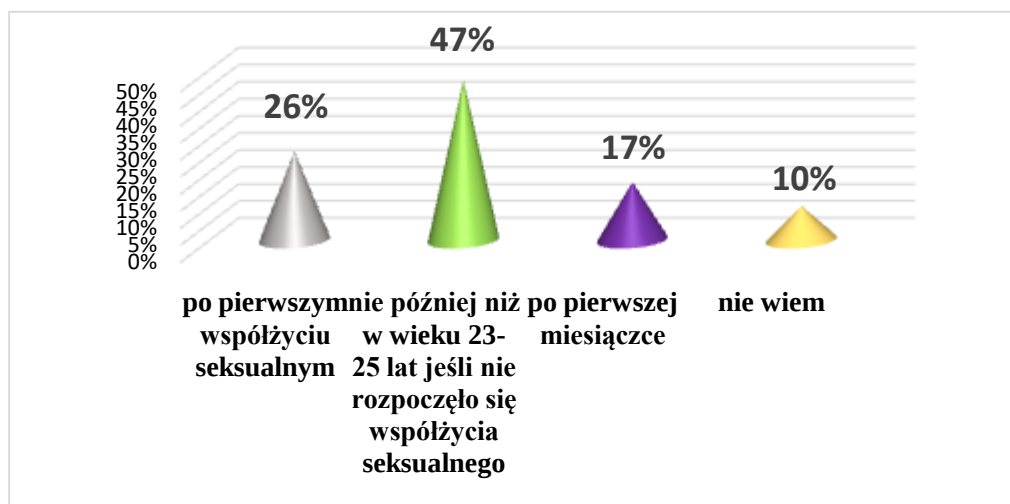
Ryc. 7. Wiedza o badaniu cytologicznym w zależności od miejsca zamieszkania.

W kolejnym pytaniu, respondentki miały za zadanie określenie wieku, w którym kobiety są najbardziej narażone na zachorowanie na raka szyjki macicy. Najwięcej odpowiedzi przypadło na przedział wiekowy 30- 59 r. ż.- 49%. Najmniej natomiast, bo 14% odpowiedzi przypadło na odpowiedź powyżej 60 r. ż. (Ryc. 8).



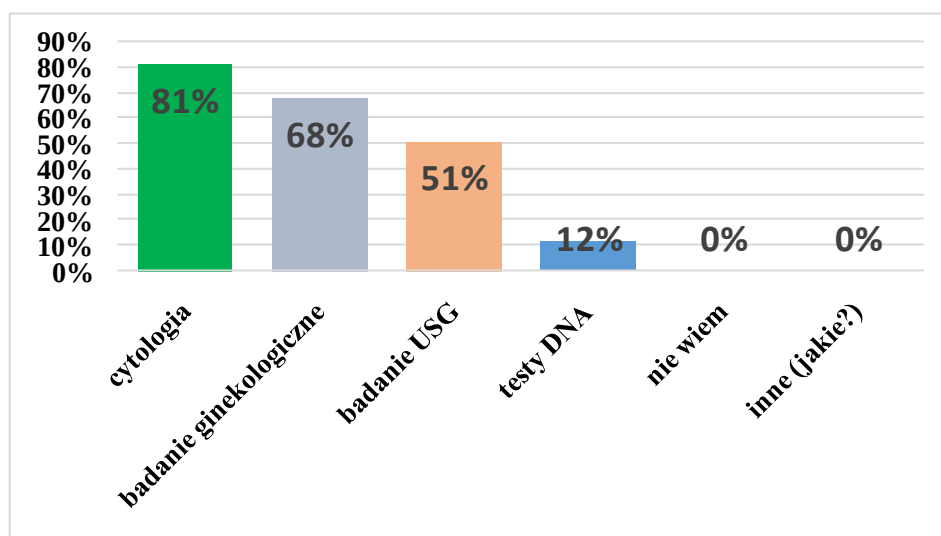
Ryc. 8. Wiek kobiet narażonych na zachorowanie na raka szyjki macicy według ankietowanych.

Na pytanie kiedy w opinii ankietowanych należy rozpocząć profilaktyczne badanie cytologiczne, 47% kobiet wybrało odpowiedź nie później niż w wieku 23- 25 lat jeśli nie rozpoczęło się współżycia seksualnego. 10% respondentek nie znało odpowiedzi na to pytanie (Ryc. 9).



Ryc. 9. Kiedy należy rozpocząć profilaktyczne badania cytologiczne?

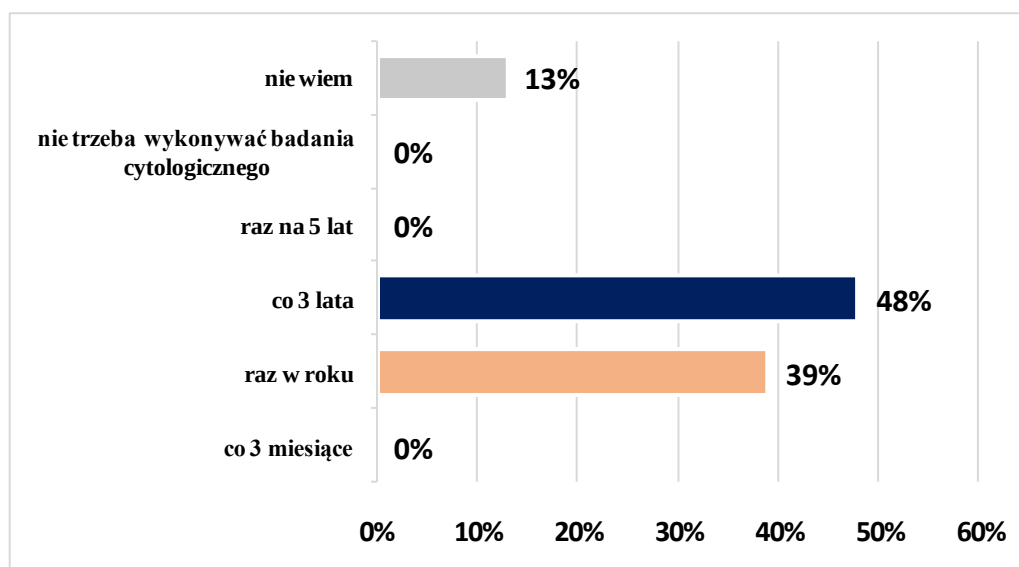
W następnym pytaniu ankietowane miały wybrać znane im metody profilaktyki raka szyjki macicy, było to pytanie wielokrotnego wyboru. 81% kobiet wybrało cytologię. Najmniej- 12% odpowiedzi przypadło na testy DNA (Ryc. 10).



Ryc. 10. Metody profilaktyki raka szyjki macicy według ankietowanych

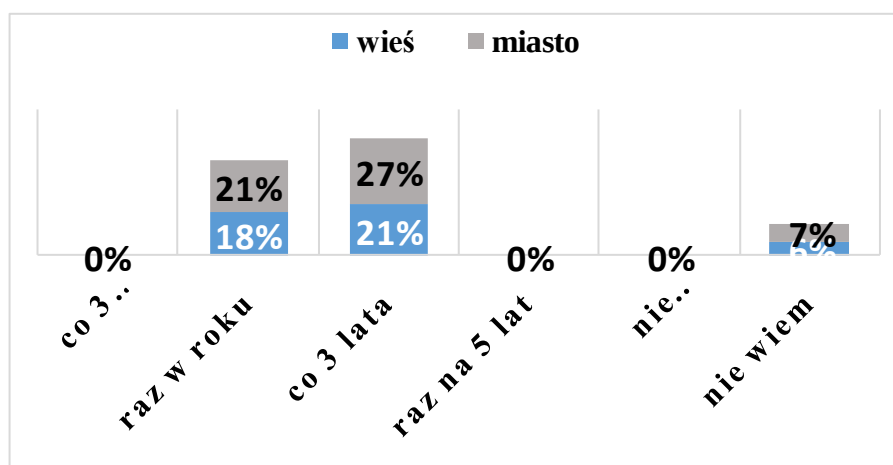
*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

W pytaniu o częstość wykonywania cytologii, 48% respondentek wybrało odpowiedź co 3 lata. 39% uważa, że cytologię powinno się wykonywać raz w roku. 13% kobiet nie znało odpowiedzi (Ryc. 11).



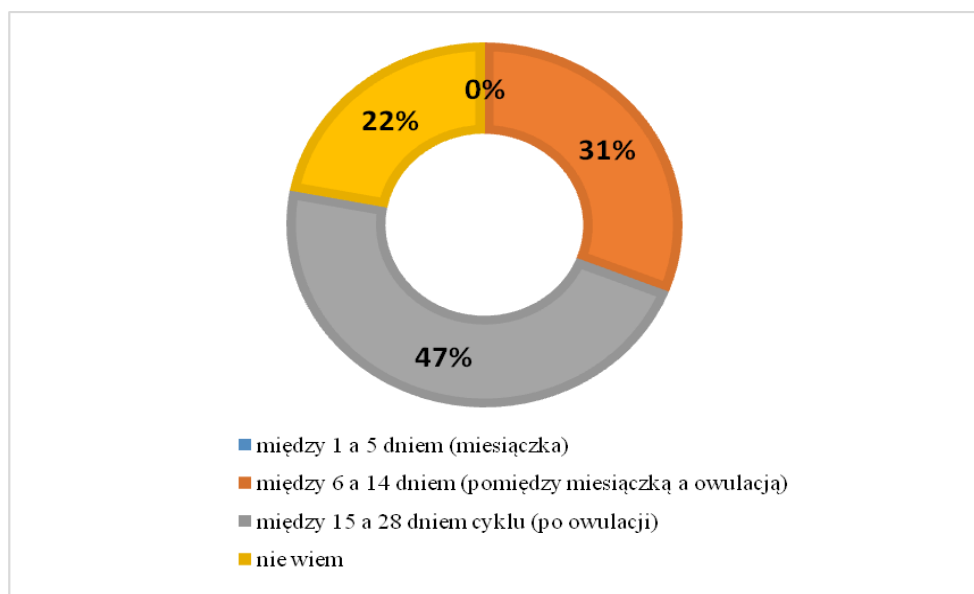
Ryc. 11. Częstość wykonywania cytologii według respondentek.

Pytanie te można przeanalizować także pod względem miejsca zamieszkania ankietowanych. 21% mieszkanek wsi i 27% mieszkanek miasta stwierdziło, że cytologię powinno wykonywać się co 3 lata. Wiedzy jak często powinno wykonywać się cytologię nie posiadało 6% kobiet mieszkających na wsi oraz 7% kobiet mieszkających w mieście (Ryc.12).



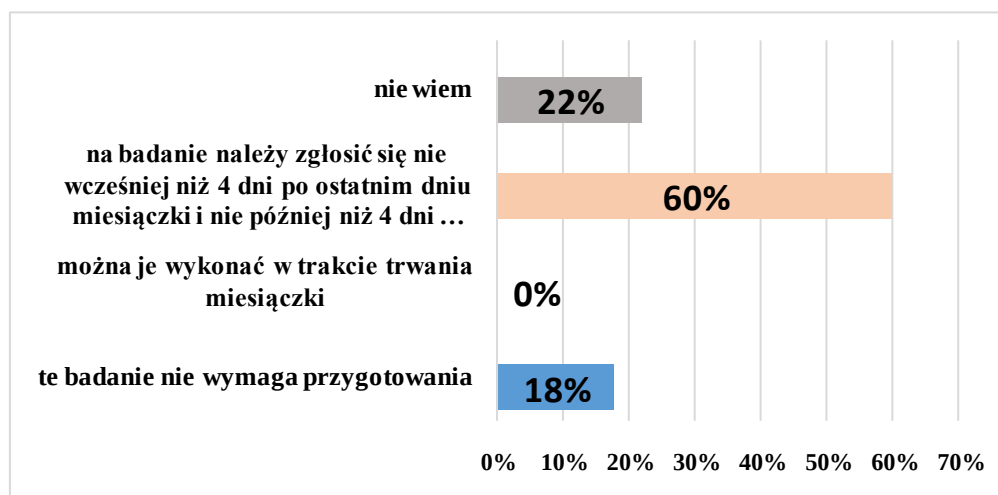
Ryc.12. Częstość wykonywania cytologii według respondentek z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Według 47% ankietowanych kobiet badanie cytologiczne powinno się wykonać między 15 a 28 dniem cyklu (po owulacji). 22% kobiet nie znało odpowiedzi na to pytanie (Ryc. 13).



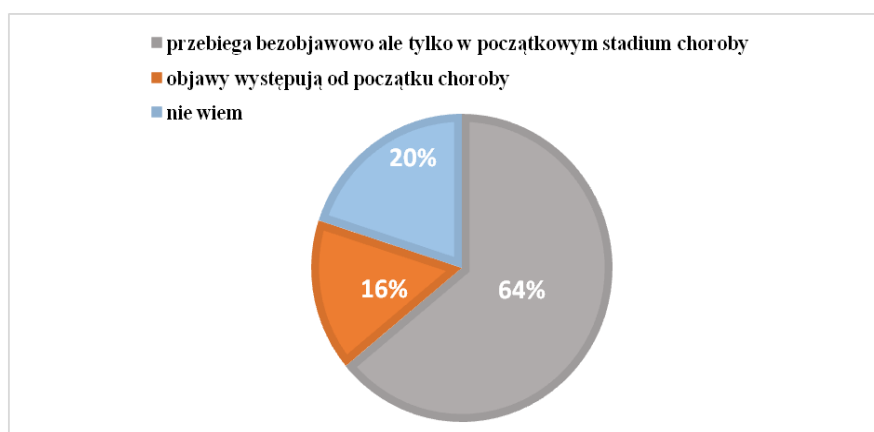
Ryc. 13. W którym dniu cyklu menstruacyjnego powinno się cytologię?

Kolejne pytanie dotyczyło przygotowania się do badania cytologicznego. 60% respondentek uważa, że na badanie powinno zgłosić się nie wcześniej niż 4 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki. 18% ankietowanych kobiet twierdzi, że to badanie nie wymaga przygotowania (Ryc. 14).



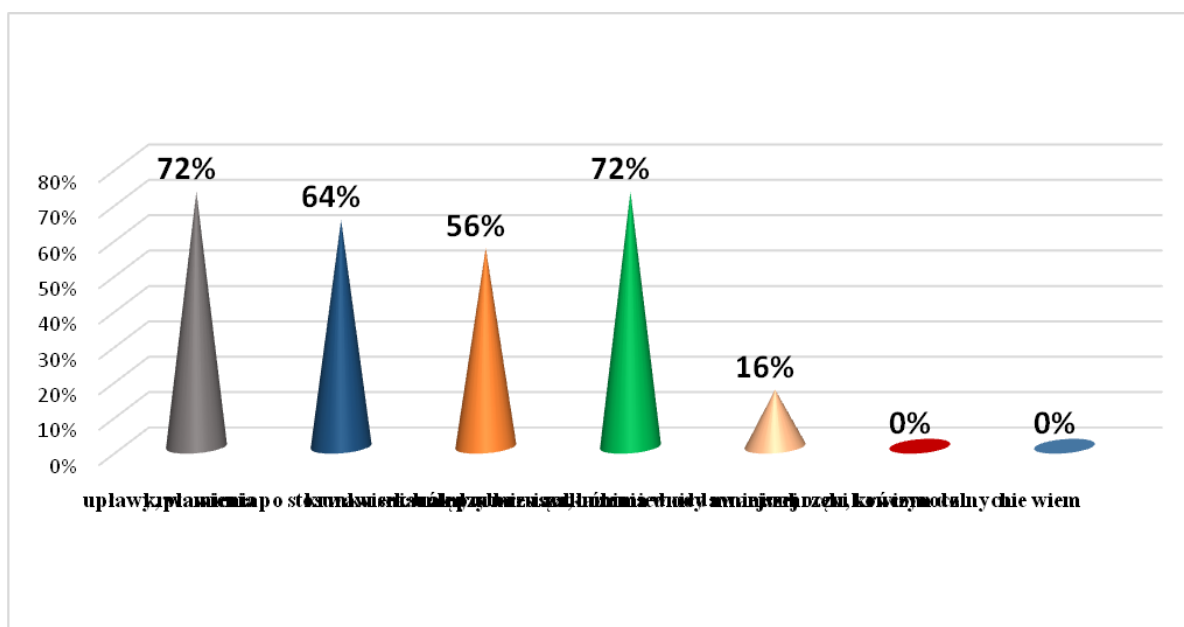
Ryc. 14. Przygotowanie do badania cytologicznego według ankietowanych.

W pytaniu czy rak szyjki macicy manifestuje objawy ze strony organizmu, 64% badanych kobiet wybrało odpowiedź, że przebiega bezobjawowo ale tylko w początkowym stadium choroby. 16% badanych twierdzi, że objawy występują od początku choroby (Ryc. 15).



Ryc. 15. Manifestacja objawów raka szyjki macicy ze strony organizmu według ankietowanych.

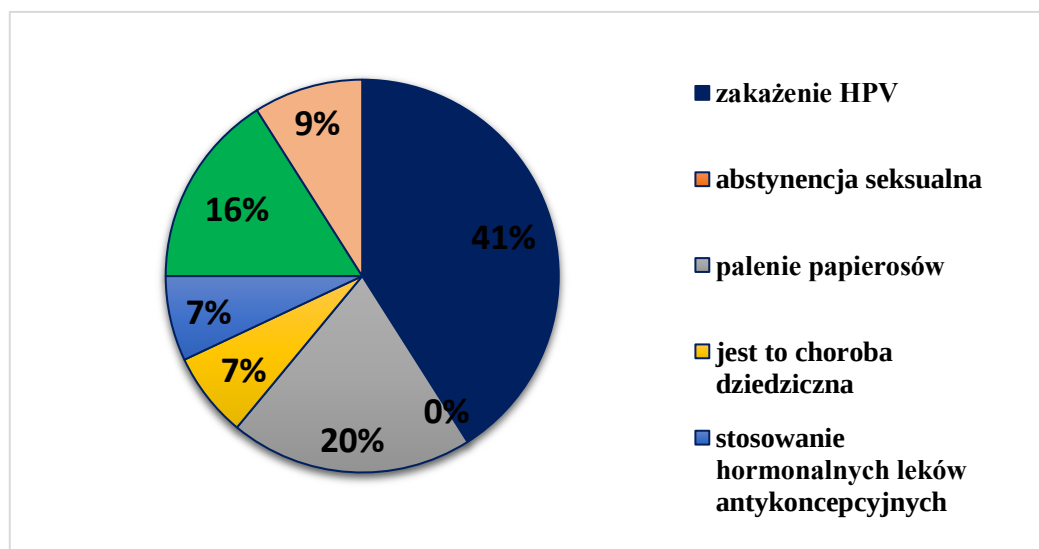
Następne pytanie dotyczyło objawów raka szyjki macicy, było to pytanie wielokrotnego wyboru. Najliczniejszymi odpowiedziami były krwawienia po stosunku oraz bóle podbrzusza, bóle miednicy mniejszej- po 72%. Najmniej- 16% odpowiedzi ankietowanych, przypadło na zaburzenia w oddawaniu moczu, krwimocz. Dokładne dane przedstawia rycina 16.



Ryc. 16. Objawy raka szyjki macicy według respondentek.

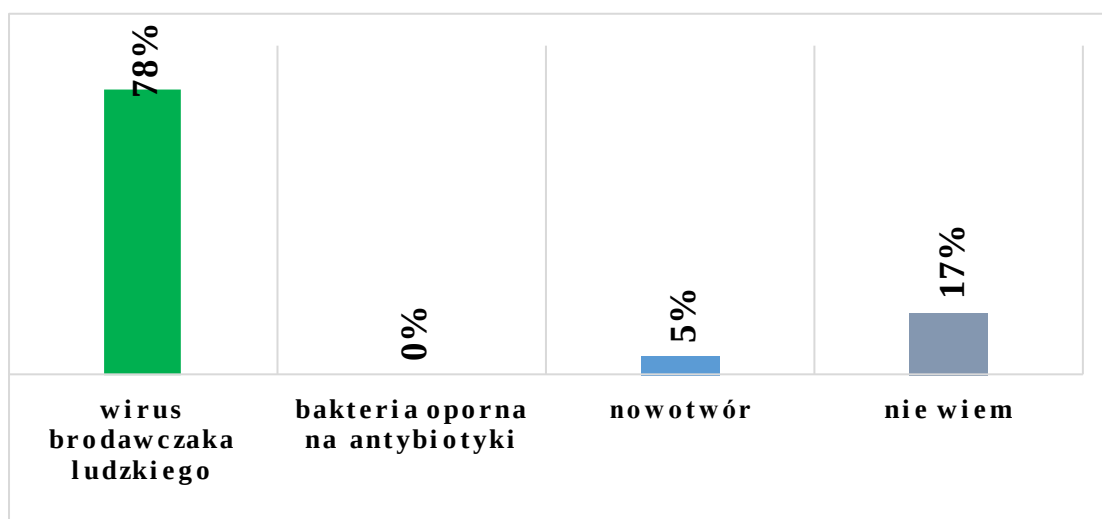
*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

W pytaniu o główny czynnik inicjujący powstanie raka szyjki macicy, 41% badanych kobiet wybrało zakażenie HPV. 7% kobiet twierdziło, że jest to choroba dziedziczna oraz że owym czynnikiem inicjującym jest stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych (Ryc. 17).



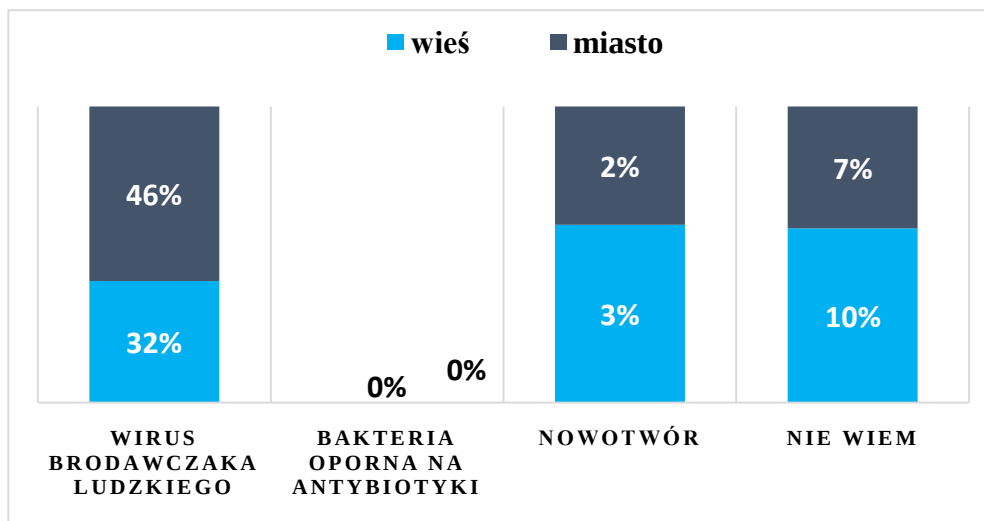
Ryc. 17. Główny czynnik inicjujący raka szyjki macicy według badanych kobiet.

Kolejne pytanie kierowane do respondentek było pytaniem o to czym jest HPV. Znaczna większość ankietowanych odpowiedziała, że jest to wirus brodawczaka ludzkiego – aż 78%. Jako nowotwór uznało HPV 5 % kobiet (Ryc. 18).



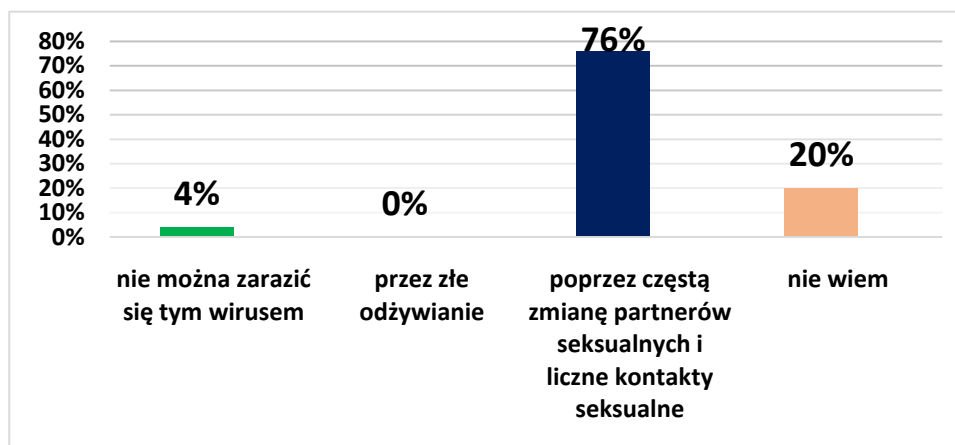
Ryc. 18. Czym jest HPV zdaniem ankietowanych.

Poddając dalszej analizie to pytanie, można stwierdzić niewielkie różnice między wiedzą kobiet mieszkających na wsi a w mieście. 32% mieszkanek wsi oraz 46% mieszkanek miasta wybrało prawidłową odpowiedź, że HPV jest wirusem brodawczaka ludzkiego. Zdaniem 3% mieszkanek wsi i 2% mieszkanek miasta HPV jest nowotworem. Dokładne dane przedstawia rycina 19.



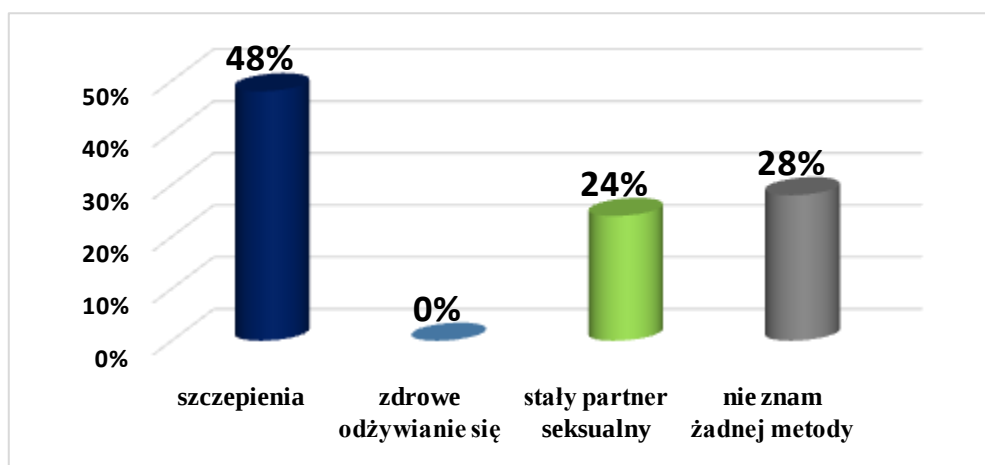
Ryc. 19. Czym według respondentek jest HPV z podziałem na miejsce zamieszkania.

W pytaniu o sposób zarażenia wirusem HPV, większość badanych kobiet wybrała odpowiedź poprzez częstą zmianę partnerów seksualnych i liczne kontakty seksualne- 76%. 4% kobiet twierdziło, że nie można zarazić się tym wirusem (Ryc. 20).



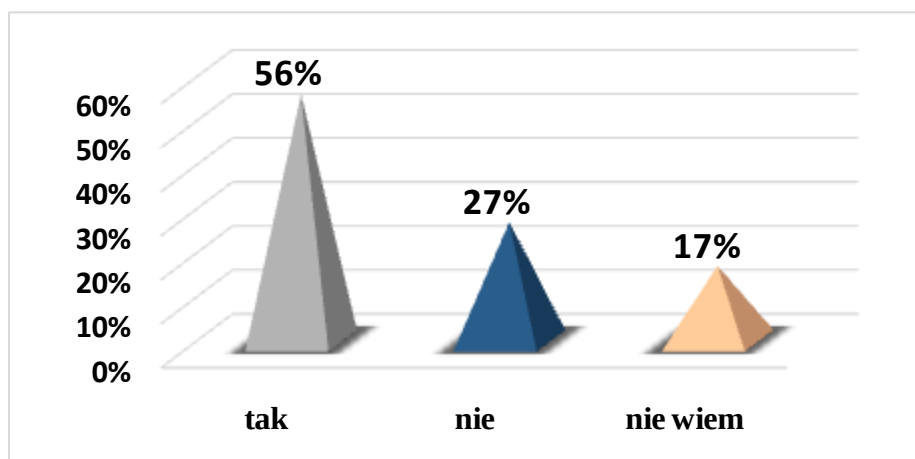
Ryc. 20. Sposób zakażenia się wirusem HPV według respondentek.

Następne pytanie dotyczyło metod prewencji wirusa HPV. Najwięcej badanych kobiet- 48%, wybrało szczepienia. Zdaniem 24% badanych metodą prewencji jest stały partner seksualny (Ryc. 21).



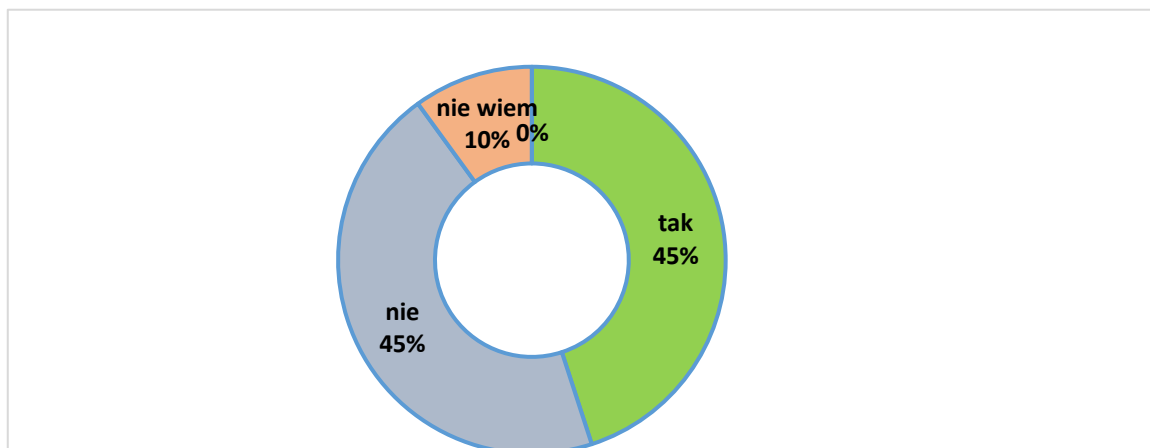
Ryc. 21. Metody prewencji wirusa HPV zdaniem ankietowanych kobiet.

Na pytanie czy choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko powstania raka szyjki macicy, 56% badanych kobiet wybrało odpowiedź twierdzącą. 17% nie znało odpowiedzi na te pytanie (Ryc. 22).



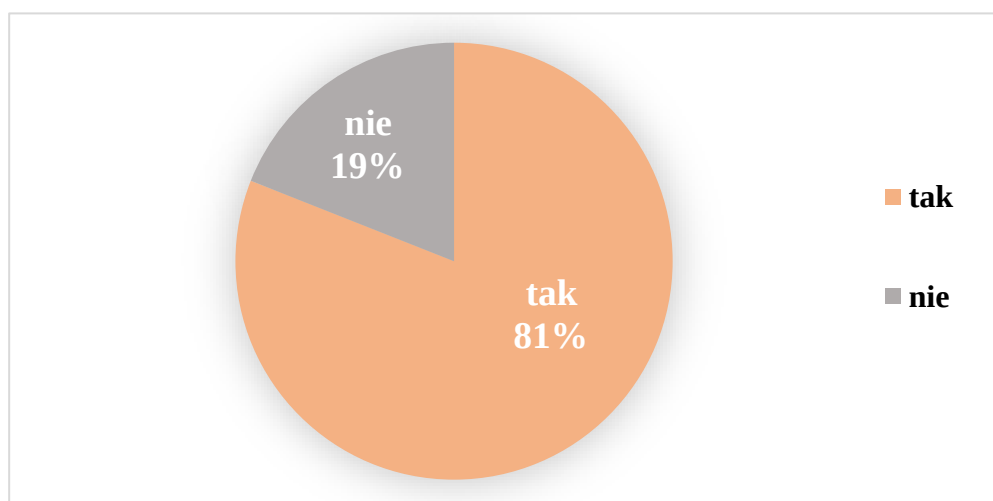
Ryc. 22. Czy choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko powstania RSM?

W kolejnym pytaniu ankietowane kobiety miały zdecydować czy młody wiek pierwszego porodu jest czynnikiem raka szyjki macicy. 10% kobiet nie posiada wiedzy na ten temat. Natomiast po 45% odpowiedzi przypadło na odpowiedź tak oraz nie (Ryc. 23).



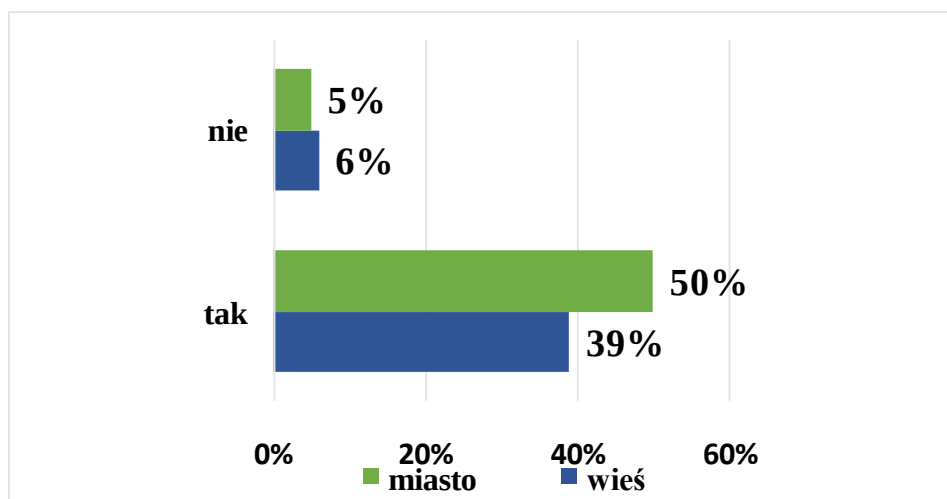
Ryc. 23. Czy młody wiek pierwszego porodu jest czynnikiem ryzyka raka szyjki macicy według badanych kobiet.

81% ankietowanych kobiet zna Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. 18% badanych natomiast nie posiada wiedzy na ten temat (Ryc. 24).



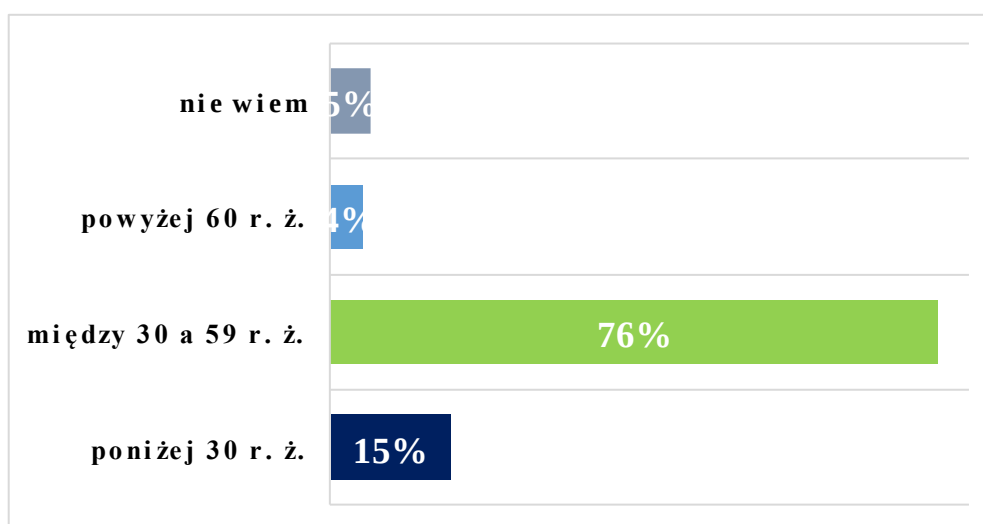
Ryc. 24. Znajomość respondentek Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Przy dalszej analizie tego pytania można podzielić odpowiedzi pod względem miejsca zamieszkania ankietowanych. Wiedzy o tym programie nie posiada 6% mieszkanek wsi oraz 5% mieszkanek miasta. Natomiast 39% kobiet mieszkających na wsi oraz 50% mieszkających w mieście jest znany Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy (Ryc.25).



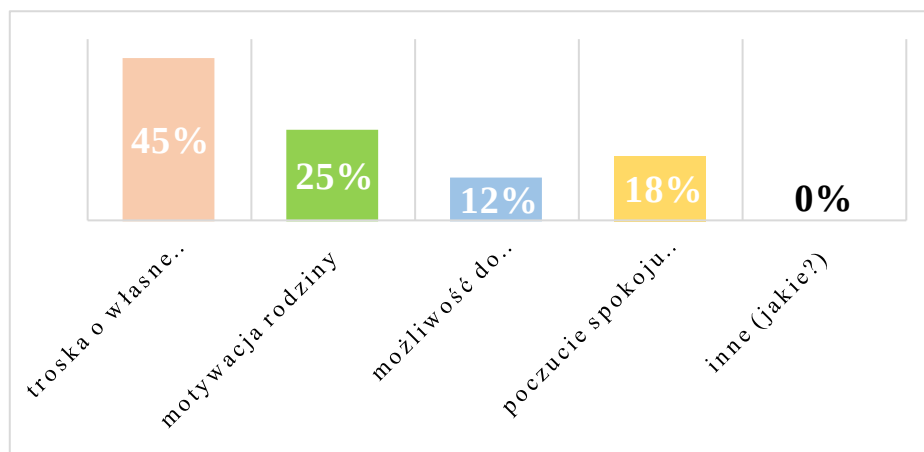
Ryc. 25. Znajomość ankietowanych Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.

Następne pytanie także dotyczyło wyżej wymienionego programu, a mianowicie w jakim wieku kobiety mogą być nim objęte. Większość respondentek stwierdziło, że tym programem mogą być objęte kobiety w wieku między 30 a 59 r. ż- 76%. Odpowiedź powyżej 60 r. ż. wybrało 4% ankietowanych (Ryc. 26).



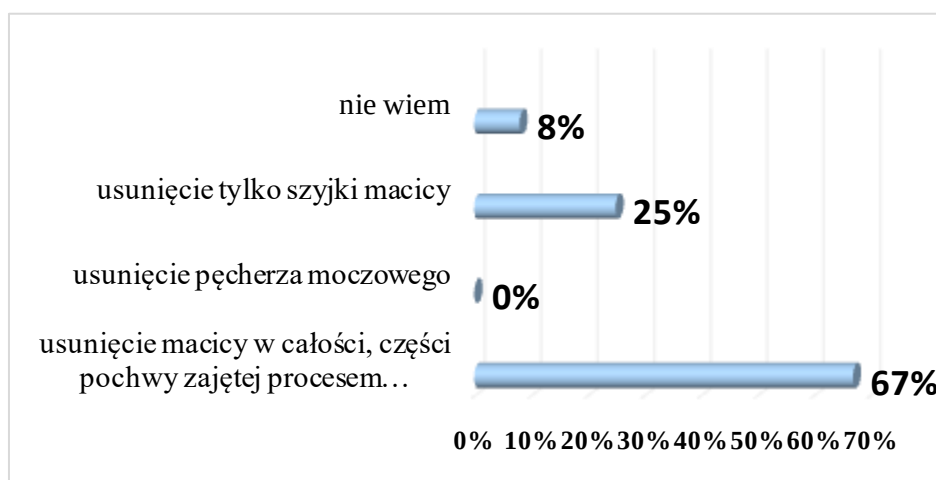
Ryc. 26. Wiek kobiet według ankietowanych, w którym mogą być objęte Populacyjnym Programem Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

W pytaniu o motyw do podejmowania badań przesiewowych, 45% respondentek wybrało troskę o własne zdrowie. Tylko 12% wybrało możliwość do korzystania z bezpłatnych badań przesiewowych (Ryc. 27).



Ryc. 27. Motyw badanych kobiet do podejmowania badań przesiewowych.

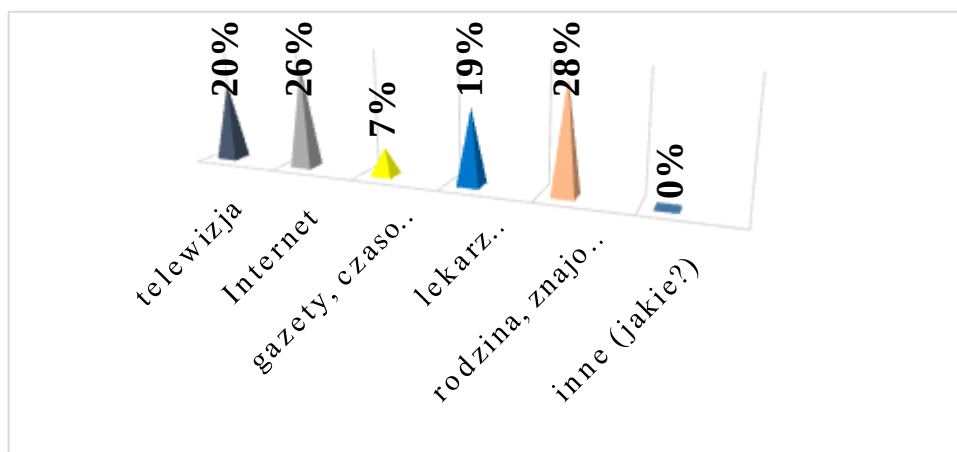
W pytaniu dotyczącym histerektomii radykalnej czyli chirurgicznej metody leczenia raka szyjki macicy, 67% ankietowanych kobiet wybrało odpowiedź, że jest to usunięcie macicy w całości, części pochwy zajętej procesem nowotworowym, węzłów chłonnych. 8% nie znało odpowiedzi na te pytanie (Ryc. 28).



Ryc. 28. Czym jest histerektomia radykalna według respondentek.

Następne pytanie dotyczyło opinii ankietowanych kobiet czy rak szyjki macicy jest chorobą uleczalną. 66% kobiet wybrało odpowiedź tak. Według 15% RSM jest chorobą nie uleczalną.

W ostatnim pytaniu w ankiecie respondentki miały wskazać źródła, z których czerpią informacje związane z rakiem szyjki macicy. 28% kobiet wskazało rodzinę, znajomych. 7% wskazało gazety, czasopisma (Ryc. 29).



Ryc. 29. Źródła informacji respondentek związane z rakiem szyjki macicy.

DYSKUSJA

Najczęstszym nowotworem narządu płciowego kobiety jest rak szyjki macicy. Mazur A. [19] w etiologii raka szyjki macicy wymienia jako główny czynnik predysponujący wirus brodawczaka ludzkiego- HPV. Także Michalska M. [20] wymienia HPV jako główny czynnik rozwoju raka szyjki macicy, a w szczególności typ HPV 16 i 18. Te dwa typy wirusa brodawczaka ludzkiego są jednymi z grupy wirusów onkogennych i występują najczęściej wśród zakażeń. Najrządziej występującym typem jest HPV 66. Inne nieonkogenne typy wirusa powodują zmiany w okolicach narządów płciowych, aczkolwiek większość z nich przemija bezobjawowo. Wirus HPV jest przenoszony drogą koB ntaktów płciowych.

Według przeprowadzonych badań własnych 41% ankietowanych kobiet jako główny czynnik inicjujący powstanie raka szyjki macicy wskazuje zakażenie HPV. 78% ankietowanych posiada wiedzę, że HPV jest wirusem brodawczaka ludzkiego. Według 75% respondentek wirusem HPV można zarazić się poprzez częstą zmianę partnerów seksualnych i liczne kontakty seksualne.

Stępień M. [21] wymienia inne oprócz infekcji wirusem HPV czynniki kliniczne przyczyniające się do powstania raka szyjki macicy. Są nimi wczesna inicjacja seksualna, duża liczba partnerów i kontaktów seksualnych (co zwiększa też ryzyko zakażenia HPV),

wielorództwo szczególnie w młodym wieku, niski status socjalny i ekonomiczny, palenie papierosów. Omyła- Staszewska J. [22] wymienia także niemonogamię partnerów, stosunki seksualne z partnerami z bezobjawową infekcją HPV w szczególności którzy mieli partnerki z RSM, współistniejące zakażenie wirusem HIV.

Z przeprowadzonych badań własnych 88% ankietowanych jako czynnik mający wpływ na powstanie raka szyjki macicy wskazuje dużą liczbę kontaktów seksualnych, 64%- dużą liczbę partnerów seksualnych, 60%- zakażenie HPV. 52% respondentek jako czynnik ryzyka wskazuje palenie papierosów, 48%- dużą liczbę ciąż i porodów. Dodatkowo 45% ankietowanych kobiet uważa, że młody wiek pierwszego porodu jest czynnikiem ryzyka RSM.

Dębski R. [23] wymienia metody profilaktyki samego czynnika sprawczego raka szyjki macicy czyli wirusa HPV. Do tych czynników można zaliczyć abstynencję seksualną, monogamię i monogamię obejmującą oboje partnerów (bilateralną), stosowanie metod barierowych podczas stosunku seksualnego, ograniczenie nowych kontaktów seksualnych, stały partner seksualny. Stosowanie tych metod chroni nie tylko przed infekcją HPV ale także przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Selwet M. i Machura M. [24] wśród profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową wskazują na dużą rolę edukacji na temat bezpiecznych zachowań seksualnych, przestrzegania zasad prawidłowej higieny osobistej oraz edukacji na temat chorób przenoszonych drogą płciową. Markowska J. i wsp. [25] jako metodę profilaktyki raka szyjki macicy oraz stanów przedrakowych u kobiet wskazuje szczepienia prewencyjne przeciwko wysokoonkogennym typom wirusa HPV, które zmniejszają ryzyko powstania raka szyjki macicy.

Według badań własnych 48% respondentek jako metodę prewencji wirusa HPV wskazuje szczepienia. 28% nie zna żadnej metody profilaktycznej. 24% wskazuje na stałego partnera seksualnego. Według 56% ankietowanych kobiet twierdzi, że choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko powstania raka szyjki macicy.

Rak szyjki macicy może przebiegać bezobjawowo w początkowym stadium choroby. Lindert O. [26] wśród objawów raka szyjki macicy wymienia krwawienia między miesiączkami, bóle podbrzusza, krwawienia kontaktowe, bóle okolicy krzyżowo- lędźwiowej. Gadomska H. i Bablok L. [7] wskazują oprócz wyżej wymienionych wodno- krwiste upławy. Wraz z rozrastaniem się guza wzrasta obfitość krwawień i upławów. Pojawiają się bóle promieniujące do boku lub dolnych kończyn, zaburzenia w oddawaniu moczu, krwimocz, krwawienia z odbytnicy. W zaawansowanym stopniu choroby dochodzi do obrzęków kończyn dolnych i przerzutów. Panek G. [27] pisze, że w zaawansowanym stopniu

klinicznym raka szyjki macicy występują objawy ze strony układu moczowego takie jak zatrzymanie moczu, wodonercze, mocznica. Są one skutkiem rozrastania się guza i nacisku na pęcherz moczowy, moczowody i cewkę moczową.

Przeprowadzone badania własne przyniosły następujące wyniki: według 64% respondentek rak szyjki macicy przebiega bezobjawowo w początkowym stadium choroby, 72% ankietowanych jako objaw RSM wskazuje upławy i plamienia oraz bóle podbrzusza, bóle miednicy mniejszej. 64% respondentek wskazuje na krwawienia po stosunku seksualnym, 56% odpowiedzi- krwawienia między miesiączkami.

Cytologia według Rabiej M. [28] jest badaniem przesiewowym, które jest stosowane w prewencji RSM. Polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy.

47% ankietowanych kobiet w przeprowadzonych badaniach własnych wskazuje to badanie jako umożliwiające wczesne wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy. 67% respondentek wskazuje, że cytologia jest pobraniem wymazu z szyjki macicy.

Kędzia W. [29] pisze, że profilaktyczne badania cytologiczne powinna wykonywać każda kobieta aktywna płciowo. Ważne aby wykonać badanie nie później niż 3 lata po rozpoczęciu współżyciu seksualnym. Cytologię co 3 lata można wykonywać tylko w przypadku prawidłowych wyników we wcześniej wykonywanych corocznych dwóch badaniach. Coroczne wykonywanie przez kobiety cytologii nie jest błędem. Przed ukończeniem 30 lat, każda kobieta powinna rozpocząć profilaktyczne badania cytologiczne. Według Rabiej M. [28] pierwsze badanie cytologiczne u kobiet nieaktywnych płciowo powinno być wykonane po 25 r. ż.

W przeprowadzonych badaniach własnych 47% respondentek stwierdziło, że profilaktyczne badania cytologiczne należy wykonać nie później niż w wieku 23- 25 lat jeśli nie rozpoczęło się współżycia seksualnego. 26% ankietowanych twierdzi, że należy je wykonać po pierwszym współżyciu seksualnym.

Z przeprowadzonych badań własnych 60% respondentek jako przygotowanie do badania cytologicznego uważa zgłoszenie się nie wcześniej niż 4 dni po ostatnim dniu miesiączki i nie później niż 4 dni przed rozpoczęciem miesiączki oraz nie przyjmowanie leków dopochwowych i nie wykonywanie ginekologicznego USG. 18% ankietowanych uważa, że to badanie nie wymaga przygotowania.

Ministerstwo Zdrowia opublikowało podstawowe informacje o programie profilaktyki raka szyjki macicy, cytologii i przygotowaniu do badania cytologicznego. Oprócz zachowania odstępów 4 dniowych po ostatniej miesiączce i przed rozpoczęciem następnej należy nie stosować leków dopochwowych 4 dni przed planowanym badaniem, zachować odstęp

przynajmniej 1 dnia po wykonaniu USG ginekologicznego. Nie należy decydować się na badanie cytologiczne w trakcie trwającej miesiączki.

Stanisławska J. i wsp. [30] w swojej pracy wskazuje Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy jako możliwość przeprowadzenia aktywnego skriningu w kierunku RSM. Program ma na celu oprócz zwiększenia wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy, także zmniejszenie ich umieralności.

Przeprowadzone badania własne wskazują, że 81% kobiet biorących udział w badaniu zna ten program.

Kobiety w wieku od 25-30 do 59 lat mogą być objęte tym programem. W ramach programu badania są przeprowadzane raz na 3 lata, a u kobiet z współistniejącym zakażeniem HIV, zakażonych przetrwałym typem HPV- raz w roku.

W przeprowadzonych badaniach własnych 39% respondentek twierdzi, że cytologię powinno wykonywać się raz w roku, a 48% że co 3 lata.

WNIOSKI

Po przeprowadzeniu badań własnych mających na celu ocenę poziomu wiedzy kobiet na temat raka szyjki macicy, można wysunąć następujące wnioski:

1. Prawie połowa kobiet uznała cytologię za badanie umożliwiające wczesne wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy. Ponadto 81% respondentek uznało również cytologię jako metodę profilaktyki raka szyjki macicy.
2. 67% respondentek prawidłowo stwierdziło, że cytologia jest pobraniem wymazu z szyjki macicy.
3. W kwestii przygotowania się do badania cytologicznego 60% ankietowanych wie jak należy to zrobić.
4. 2/3 spośród respondentek uznało, że rak szyjki macicy przebiega bezobjawowo ale tylko w początkowym stadium choroby. Najczęstszymi objawami ze strony organizmu w raku szyjki macicy zdaniem ankietowanych kobiet są upławy, plamienia, bóle podbrzusza, bóle miednicy mniejszej, krwawienia po stosunku seksualnym, krwawienia między miesiączkami. 56% respondentek uznała, że choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko powstania raka szyjki macicy. 45% ankietowanych uznaje młody wiek pierwszego porodu za czynnik ryzyka raka szyjki macicy.

5. Wśród czynników mających wpływ na powstanie raka szyjki macicy respondentki wskazywały najczęściej dużą liczbę kontaktów seksualnych, dużą liczbę partnerów, zakażenie HPV.
6. Jako główny czynnik inicjujący powstanie raka szyjki macicy 41% ankietowanych prawidłowo wskazało zakażenie wirusem HPV.
7. 78% respondentem biorących udział w badaniu twierdzi, że wie co to jest HPV, czyli wirus brodawczaka ludzkiego. 76% ankietowanych jako formę zarażenia się HPV wskazuje częstą zmianę partnerów seksualnych i liczne kontakty seksualne. Jako metodę prewencji przed HPV respondentki wskazują szczepienia- 48% odpowiedzi.
8. Znaczna większość ankietowanych zna Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz wie w jakim wieku kobiety mogą być nim objęte.
9. Źródła wiedzy respondentek związane z rakiem szyjki macicy były różne. Prawie 1/3 kobiet czerpie informacje od rodziny i znajomych, od lekarza ginekologa, pielęgniarki/ położnej 19%.
10. Motywacją ankietowanych kobiet do podejmowania badań przesiewowych była troska o własne życie- 45%. Zaledwie 12% korzystała z możliwości wykonywania ich bezpłatnie.
11. Badania nie wskazały istotnej rozbieżności poziomu wiedzy o raku szyjki macicy między kobietami biorącymi udział w badaniu, które mieszkają na wsi a tymi, które mieszkają w mieście.
12. Poziom wiedzy 100 ankietowanych kobiet z województwa podlaskiego na temat raka szyjki macicy jest dość wysoki.

PIŚMIENNICTWO

1. Kozakiewicz B.: Nowotwory złośliwe narządu rodno [w:] Onkologia, podręcznik dla studentów medycyny, pod red. Kułakowskiego A., Skowrońskiej- Gardas A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 182- 203.
2. Malinowski A.: Boney, Chirurgia ginekologiczna. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
3. Badowska- Kozakiewicz A. M.: Etiologia i patogeneza procesu nowotworowego [w:] Patofizjologia człowieka, pod red. Badowska- Kozakiewicz A. M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 513- 528.

4. Cisowski J., Windorbska W., Mierzwa T.: Podstawy teoretyczne nowotworów [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 49- 63.
5. Tyczyński J. E.: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce [w:] Onkologia, podręcznik dla studentów medycyny, pod red. Kułakowskiego A., Skowrońskiej- Gardas A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 17- 20.
6. Tyczyński J. E.: Środowiskowe przyczyny chorób nowotworowych i możliwości zapobiegania (profilaktyka pierwotna) [w:] Onkologia, podręcznik dla studentów medycyny, pod red. Kułakowskiego A., Skowrońskiej- Gardas A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 21- 27.
7. Gadomska H., Bablok L.: Chora na nowotwór w praktyce ginekologicznej [w:] Onkologia w praktyce, pod red. Deptała A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 81- 86.
8. Klimek M., Kojs Z.: Zasady leczenia raka szyjki macicy [w:] Ginekologia onkologiczna, pod red. Wicherek Ł., Kojs Z., Bręborowicz G. H. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 111- 124.
9. Zalewski K., Doniec J., Baranowski W., Bidziński M.: Zmiany klasyfikacji zaawansowania nowotworów narządu płciowego u kobiet- stan na 2009 rok. Ginekologia Polska, 2010, 81, 778- 782.
10. Hałoń A.: Zasady morfologicznej diagnostyki raka szyjki macicy oraz przegląd czynników morfologicznych o znaczeniu prognostycznym [w:] Nowotwory szyjki macicy, pod red. Kornafel J. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 21- 40.
11. Chodorowska A.: Diagnostyka obrazowa nowotworów szyjki macicy [w:] Nowotwory szyjki macicy, pod red. Kornafel J. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 41- 49.
12. Sioma- Markowska U., Kazimierzczak M., Sipiński A.: Udział położnej w badaniach i zabiegach diagnostyczno- terapeutycznych w ginekologii [w:] Opieka w ginekologii, pod red. Sipiński A. Wydawnictwo Medical Project Poland Sp. Z o. o. Bielsko- Biała 2010, 27- 39.
13. Basta A., Jach R.: Kolposkopia w diagnostyce neoplazji śródnabłonkowej (CIN) i raka szyjki macicy [w:] Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie, pod red. Spaczyński A., Kędzia W., Nowak- Markwitz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 107- 125.

14. Burdan F.: Diagnostyka obrazowa nowotworów [w:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, pod red. Łuczyk M., Szadowska- Szlachetka Z., Ślusarska B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 62- 74.
15. Bidziński M., Dańska- Bidzińska A.: Leczenie chirurgiczne stanów przedrakowych i raka szyjki macicy [w:] Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie, pod red. Spaczyński A., Kędzia W., Nowak- Markwitz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 287- 289.
16. Jach R., Sznurkowski J. J., Bidziński M. i wsp.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej dotyczące diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy. Curr Gynecol Oncol, 2017, 15(1), 24- 33.
17. Kubiśkowski T.: Chemioterapia w leczeniu onkologicznym [w:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, pod red. Łuczyk M., Szadowska- Szlachetka Z., Ślusarska B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 132- 146.
18. Hoffman B., Koper K.: Profilaktyka chorób nowotworowych [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 64- 75.
19. Mazur A.: Opieka w terapii nowotworów ginekologicznych [w:] Pielęgniarstwo ginekologiczne, pod red. Koper A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 209- 212.
20. Michalska M.: Epidemiologia raka szyjki macicy [w:] Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie, pod red. Spaczyński M., Kędzia W., Nowak- Markwitz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 1- 13.
21. Stępień M.: Epidemiologia i profilaktyka nowotworów szyjki macicy. Kliniczne czynniki ryzyka zachorowań [w:] Nowotwory szyjki macicy, pod red. Kornafel J. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, 5- 21.
22. Omyła- Staszewska J.: Nowotwory narządów płciowych żeńskich [w:] Onkologia w praktyce, pod red. Deptała A. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 245- 249.
23. Dębski R.: Profilaktyka raka szyjki macicy [w:] Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie, pod red. Spaczyński M., Kędzia W., Nowak- Markwitz E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 49- 57.
24. Selwet M., Machura M.: Pielęgnowanie w chorobach przenoszonych drogą płciową [w:] Opieka w ginekologii, pod red. Sipiński A. Wydawnictwo Medical Project Poland Sp. z o.o. Bielsko- Biała 2010, 78- 94.

25. Markowska J., Włodarczyk A., Markowska A., Jach R.: Nowe strategie w prewencji i leczeniu raka szyjki macicy. *Curr Gynecol Oncol*, 2017, 15(4), 263- 267.
26. Lindert O.: Nowotwory układu płciowego [w:] *Ginekologia i położnictwo*, pod red. Sieroń D., Opółka M. N. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2017, 39- 60.
27. Panek G.: Nowotwory kobiecych narządów płciowych a patologia dróg moczowych [w:] *Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy*, pod red. Barcz E. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2017, 430- 436.
28. Rabiej M.: Badania samodzielnie wykonywane przez położną [w:] *Opieka położnej w ginekologii i onkologii ginekologicznej*, pod red. Rabiej M., Dmoch- Gajzlerska E. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 62- 66.
29. Kędzia W.: Diagnostyka cytologiczna [w:] *Położnictwo i ginekologia. Ginekologia. Tom 2*, pod red. Bręborowicz G. H. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 330- 338.
30. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M. i wsp.: Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Probl Hig Epidemiol*, 2016, 97(1), 38- 44.

WPLYW WYCHOWANIA W RODZINIE NADUŻYWAJĄCEJ ALKOHOLU NA FUNKCJONOWANIE DZIECI I DOROSŁYCH

Julia Bednarczyk¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Psarskiego w Ostrołęce
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Rozwijające się dziecko uczy się w swojej rodzinie pełnienia określonych ról społecznych. O ile w zdrowo funkcjonujących rodzinach rozwój ten wynika z ich osobistych uzdolnień i potrzeb, o tyle w rodzinach alkoholowych dzieci są wtłaczane w role, które wynikają z potrzeb dysfunkcyjnej rodziny, i które pozwalają dziecku przetrwać [1]. Często ma miejsce zjawisko parentyfikacji, czyli odwrócenia ról. Dziecko może pełnić rolę opiekuna lub partnera dla rodzica czy rodzeństwa, co jest ciężarem ponad jego siły i możliwości radzenia sobie [2]. Proces ten może trwać nadal w dorosłości i przyczyniać się do trudności w wytyczaniu granic w kontaktach z innymi ludźmi [2].

W literaturze tematu wyróżnia się cztery typy ról społecznych, przyjmowane przez dzieci alkoholików:

- a. rola bohatera rodzinnego;
- b. rola kozła ofiarnego;
- c. rola niewidzialnego dziecka;
- d. rola maskotki [3].

Przyjmowanie wymienionych ról związane jest z wieloma czynnikami, z których największe znaczenie zdaje się mieć kolejność narodzin, uzdolnienia i perspektywy, płeć i rodzaj temperamentu [4].

Bohater Rodzinny

Ta rola najczęściej przypada pierworodnemu dziecku, niezależnie od płci. Wymaga się od niego więcej niż od pozostałych dzieci, a w szczególności pierwsze dziecko ma stabilizować zachwiany system rodzinny z powodu uzależnienia rodzica [4]. Od wczesnych

lat Bohater dostaje przekaz, że ma być doskonały, ma dobrze się uczyć, przejawiać tylko pozytywne uczucia, a negatywne zachowywać dla siebie oraz spełniać oczekiwania innych. Ważny jest również nakaz milczenia o tym, co się dzieje w rodzinie. Odpowiedzialność zrzucana na Bohatera powoduje, że staje się on niejako kolejnym dorosłym w rodzinie [2]. Dorastający młody człowiek dostrzega ogromną rozbieżność między przekazami rodziców i sytuacją rzeczywistą, co staje się przyczyną sprzecznych uczuć wobec pijącego rodzica (miłość i nienawiść) oraz wobec rodzica współuzależnionego (miłość i złość). Dziecko Bohater żyje w poczuciu winy, ponieważ osiągnęte sukcesy nie zaspokajają jego potrzeb, tylko potrzeby rodziny, a dodatkowo nie zmieniają sytuacji dysfunkcji rodzinnej. Dziecko takie ma wrażenie, że robi tylko to, co musi i powinno, a i tak wciąż jest krytykowane. Pojawiającą się złość tłumi, gdyż tego zostało nauczane. Nakazy zakodowane przez rodziców z czasem uznaje za własne wymagania i realizuje scenariusz życia narzucony przez rodziców. Bohater rodzinny jest osobą lubianą, ale tajemnice rodzinne powodują, że zachowuje dystans, gdyż większa bliskość może spowodować ujawnienie prawdy. Przez to dziecko może czuć się osamotnione i odmienne [4]. Przeciążenie zbyt odpowiedzialną rolą powodującą niezadowolenie i poczucie winy, a do tego ogromne osamotnienie i niemożność realizacji własnych potrzeb powoduje, że dziecko Bohater ma problemy z odprężeniem się i odpoczynkiem [5].

Kozioł Ofiarny

Kolejna rola przypada niejednokrotnie na kolejne dziecko urodzone w rodzinie, w której już ustalono poszczególne funkcje. Początkowo próbuje naśladować rolę Bohatera, który swoją dobrocią i byciem pomocnym uzyskuje pewne korzyści. Jednak dziecko Kozioł Ofiarny nie uzyskuje podobnego traktowania, dlatego narasta w nim złość i frustracja. Rozładowanie negatywnych emocji znajduje nie w rodzinie, lecz w różnych subkulturach młodzieżowych, szybko popada w uzależnienia i konflikty z prawem. W szkole, wskutek złości i niskiego poczucia wartości, nie ma motywacji do nauki, skupia się raczej na byciu liderem w grupie, ale bez pozytywnego systemu wartości. W kontaktach z innymi jest skoncentrowany na własnych korzyściach, nawet kosztem manipulacji, są to z reguły kontakty powierzchowne. Dziecko Kozioł Ofiarny staje się czarną owcą rodziny, jednak dzięki temu potrafi skupić na sobie ich zainteresowanie. Jednocześnie jednak odwraca uwagę od głównego problemu, jakim jest nadużywanie alkoholu w rodzinie [4], staje się obiektem do wyładowywania negatywnych emocji [3]. Rodzina nierzadko obarcza takie dziecko winą za istniejące problemy, choć przecież głównym winowajcą jest osoba pijąca [2]. Zdarza się, że

Kozioł Ofiarny jest pierwszą osobą, która zgłasza się po pomoc wynikającą z problemów rodzinnych [5].

Zapomniane Dziecko

Następna rola może przypaść kolejnemu dziecku pojawiającemu się w rodzinie. Często jest to dziecko średnie, zdarza się również, że jest nieplanowane i niechciane [4]. Szczególnie rolę tę podejmują dzieci wrażliwe, o delikatnym usposobieniu [5]. Problem picia w takiej rodzinie zazwyczaj jest daleko posunięty, a każdy z członków rodziny przyjął właściwą sobie rolę i spełnia związane z nią funkcje. Dla Dziecka Zapomnianego brakuje już roli i miejsca, a także osoby, która wytłumaczy mu sytuację panującą w rodzinie. Takiemu dziecku nie pozostaje nic innego jak przystosować się poprzez wycofanie fizyczne i psychiczne. Jest niewidoczne, nie sprawia problemów, często przebywa w swoim pokoju i w świecie swoich fantazji. W szkole jest uważane za nieśmiałe, spokojne, unika kontaktów z rówieśnikami. Dziecko Zapomniane zaprzecza uczuciom złości i przerażenia, jest samotne, w okresie dojrzewania potęguje się u niego lęk i strach. Lęk związany jest też z negatywnym obrazem własnej płciowości, co przekłada się na problemy z bliskością i intymnością w kontaktach z innymi osobami. Zapomniane Dziecko, jeśli posiada jakieś talenty, chętnie by je rozwijało, ale w rodzinie alkoholowej umiejętności takie są postrzegane jako nieprzydatne [4]. Nie chcąc sprawiać dodatkowych problemów młody człowiek rzadko domaga się uwagi ze strony rodziny [1]. Postępowaniem Zapomnianego Dziecka kieruje odczucie, że jest niepotrzebne i lepiej by było, gdyby nie istniało [3].

Maskotka

Ostatnia z ról, Maskotka, podejmowana jest przez najmłodsze dziecko w rodzinie alkoholowej. Rodzina żyje już w ukształtowanym systemie, każdy ma swoją rolę, Dziecko Zapomniane wycofało się [4], a Maskotka staje się przez jakiś okres centrum uwagi i zainteresowania rodziny [5]. W systemie alkoholowym rodzina stara się chronić najmłodszą pociechę, nie daje wiarygodnych informacji, co się dzieje w związku z osobą uzależnioną. Dziecko traci orientację, co jest prawdą, a co zmyślnym obrazem i zdarza się, że rodzi się z tego lęk o własne zdrowie umysłowe. Ciągłe napięcie i lęk Dziecko Maskotka rozładowuje w znany sobie sposób, błaznując, rozśmieszając rodzinę, przez co skupia na chwilę zainteresowanie na sobie i odwraca uwagę od problemu picia. Niestety zainteresowanie Maskotką bywa chwilowe, zużywa ona dużo energii na bycie zauważoną, co skutkuje bezustannym lękiem i strachem, a także ogromnym osamotnieniem. Wtłoczona w określoną rolę nie może zaspokoić własnych potrzeb, z czasem więc sama je ignoruje. W szkole Dziecko Maskotka jest znane jako błazen klasowy, nie potrafi się skupić na nauce, gdyż zbyt

dużo energii poświęca na zdobywanie uwagi innych. W kontaktach interpersonalnych osoba taka jest lubiana lecz przy ważnych zadaniach nie brana na poważnie [4].

Z przytoczonych ról powstaje świat, w którym dziecko alkoholika:

- a. nie mówi o tym, co się dzieje w rodzinie;
- b. nie odczuwa emocji;
- c. nie ufa;
- d. żyje w ciągłym stresie;
- e. powiela negatywne wzorce;
- f. przejawia trudności w szkolne i wychowawcze;
- g. ma zaburzone poczucie własnej tożsamości;
- h. ma utrudniony rozwój społeczno- emocjonalny;
- i. wykazuje problemy z rozwojem osobowości [6];
- j. może mieć problemy zdrowotne [7].

Milczenie, udawanie, że nic się nie dzieje, jest charakterystyczne dla rodzin alkoholowych. Powoduje, że nie drażni się pijącego rodzica i pozostaje lojalnym wobec rodziny, mimo złego traktowania [8]. Ogromny wstyd sprawia, że życie rodzinne trzeba utrzymać w tajemnicy i chronić przed światem zewnętrznym [6].

Dziecko wychowywane w rodzinie alkoholowej uczy się zamrażać odczucia, nie okazywać żadnych emocji. To ochrona przed ciągłym doświadczaniem stresu związanego ze strachem, nienawiścią, smutkiem, odrzuceniem i samotnością.

Brak zaufania to efekt otrzymywania przez dziecko sprzecznych komunikatów od uzależnionej rodziny. Brak ufności wobec rodziców, którzy są dla dziecka wszystkim powoduje, że przestają ufać komukolwiek i tym samym izolują się od pozostałych członków rodziny oraz od innych ludzi [8].

Codziennność życia z alkoholikiem to ogromna nieprzewidywalność, poczucie ciągłego zagrożenia. Siła i natężenie tej traumy upodabnia jej efekty do zespołu stresu bojowego przeżywanego przez żołnierzy na wojnie, w tym przypadku jednak spotyka dziecko [6].

Dorastanie w rodzinie, w której funkcjonują sztywne schematy i brak prawidłowych wzorców przyczynia się do tego, że dziecko w późniejszym rozwoju i w dorosłości dalej funkcjonuje w podobnym schemacie. Często też znajdując partnera uzależnionego dalej powiela jedyny znany wzorzec życia.

Problemy z nauką oraz wychowawcze wynikają przede wszystkim z poświęcania całej energii dziecka na zmaganie się z uzależnieniem rodzica i próby odnalezienia stabilizacji życiowej.

1. Zaburzona komunikacja wewnątrz rodziny alkoholowej, sprzeczne komunikaty, brak spójności i oparcia na prawidłowym wzorcu do naśladowania powodują, że młody człowiek ma problem ze zbudowaniem własnej tożsamości.
2. Stosowanie mechanizmów obronnych pod postacią zaprzeczania wobec traumatycznych doświadczeń przenoszone jest w dorosłość. Powoduje problemy w relacjach interpersonalnych, zwłaszcza w przypadku konfliktów [7].
3. Problem rozwoju osobowości jest związany czasowo z uzależnieniem rodzica. Im dłużej dziecko było narażone na życie z pijącą osobą, tym większe pojawiają się problemy z naturalnym rozwojem osobowości [6].
4. Dzieci alkoholików częściej chorują na choroby psychosomatyczne oraz psychiczne, częściej też przejawiają zachowania kompulsywne. To reakcja na traumatyczne przeżycia i wszechogarniający lęk [7].

Odgrywanie określonych ról w dzieciństwie może rzutować nieadekwatnymi zachowaniami w dorosłym życiu. Dziecko Bohater, które dorosło w poczuciu krzywdy i rozżalenia za utracone dzieciństwo, żyjące w ciągłym lęku i bez umiejętności wypoczynku i odprężenia, może mieć problemy z dolegliwościami psychosomatycznymi [2]. Zdarza się, że Bohater opiekuje się swoimi rodzicami, ale nie toleruje ich wpływu na jego dorosłe życie, ma przy tym ogromne poczucie winy. Dorosłym Bohaterom nieobce są obsesyjna kontrola siebie i otoczenia, samowystarczalność, a jednocześnie silne pragnienie bliskości drugiego człowieka. Dziecko Kozioł Ofiarny, w reakcji na poczucie krzywdy, złości i gniewu, w dorosłości może przejawiać zachowania autodestrukcyjne, np. uzależnienia, zaburzenia bulimiczne, czy okaleczanie swojego ciała. Poczucie krzywdy Kozioł Ofiarny kojarzy z karą, ponieważ czuje się przyczyną problemów rodzinnych, za co powinna spotkać go zasłużona kara [9]. Dorosły z taką rolą w dzieciństwie nierzadko wymaga pomocy psychiatrycznej [2]. Dziecko Zapomniane może mieć w przyszłości problemy w kontaktach interpersonalnych oraz trudności w rozwiązywaniu konfliktów. Dziecko Maskotka z kolei w życiu dorosłym chce być w centrum zainteresowania innych. Żyje w poczuciu krzywdy i próbuje zaspokoić dziecięce potrzeby, aby w ten sposób się dowartościować [9].

Cechy osób z syndromem DDA

Dorosłe Dzieci Alkoholika, które nie uświadamiają sobie swojego problemu i nie podejmują pracy nad zmianą swoich zachowań, ciągle mogą pozostawać uwiązane w dzieciństwie i pełnionych w nim rolach. Toksyczna więź z rodzicami czy partnerem, zachowywanie się w środowisku zawodowym podobnie jak w szkole, izolacja i dystans

wobec ludzi, czy popadanie w nałogi bądź związek z osobą uzależnioną tworzy błędne koło, które staje się kserokopią dzieciństwa i nie pozwala się rozwijać [10].

DDA mogą pozostawać w konflikcie między wiekiem rzeczywistym, a tym, który pozostał w ich umysłach. W literaturze można wyróżnić podział na dwie kategorie:

- DDA, którzy nie przeżyli prawdziwego dzieciństwa, nie przeszli okresu buntu i w reakcji obronnej zbyt wcześnie dojrżeli;
- DDA, którzy wewnętrznie nadal pozostali dziećmi, w reakcji buntu na krzywdę doznaną od dorosłych [9].

Do cech dorosłych osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych można zaliczyć:

- a. odgadywanie co jest normalnością;
- b. problem z realizacją zamiarów od początku do końca;
- c. nawykowe kłamanie;
- d. bezlitosne osądzanie siebie;
- e. trudności z relaksowaniem się i odpoczynkiem
- f. problemy w nawiązywaniu bliskich relacji;
- g. niewspółmierne reagowanie na zmiany, których nie mogą kontrolować;
- h. ciągle poszukiwanie własnej wartości w oczach innych;
- i. poczucie odmienności;
- j. nadmierną odpowiedzialność lub jej brak;
- k. przesadną lojalność;
- l. uleganie impulsom [10];
- m. zamrożenie uczuć;
- n. przesadną wrażliwość na potrzeby innych;
- o. ciągle poczucie winy i stawianie się w pozycji ofiary;
- p. predyspozycje do mylenia miłości z litością;
- q. skłonność do zachowań obsesyjno- kompulsywnych;
- r. nadmierną czujność [1].

Odgadywanie co jest normalnością

Rodzina alkoholowa nie wyposażała swojego potomstwa w mechanizmy rozpoznawania, co jest dobre, a co złe. Świat chaosu, nieprzewidywalność, brak konsekwencji, nie pozwoliły nauczyć się zdrowej komunikacji oraz wyrobić właściwego systemu wartości [4]. W dorosłym życiu DDA zgadują więc, co jest normalne. Zachowanie takie może rzutować negatywnie na ich związki uczuciowe, ponieważ tkwią w przekonaniu, że to, co jest przeciwieństwem stosunków z rodziny wychowania jest normalne. Prawda bywa

jednak bolesna, gdyż często jest to powielanie nieprawidłowych wzorców z dzieciństwa [7]. Innym z przejawów braku wzorców jest brak zaufania do autorytetów, bądź poszukiwanie norm i zasad w grupach formalnych bądź nieformalnych [11].

Problem z realizacją zamiarów od początku do końca

W zdrowym środowisku wychowania dziecko uczy się właściwych postaw i zachowań m.in. poprzez naśladownictwo i zadawanie pytań [10]. W rodzinie dysfunkcyjnej brak jest takich wartości. Dominują niespełnione obietnice, wielokrotnie dzieci obserwują niekończenie działań przez rodziców, często bez ponoszenia za ten stan konsekwencji. Nikt nie uczy dzieci wzmocnień pozytywnych lub negatywnych przydatnych do osiągnięcia założonego celu. Dorastają więc w poczuciu, że nic się nie stanie, jeśli odłożą zadanie na później. Dorosłe DDA często powielają te schematy, nie zawsze rozumiejąc przyczynę swoich zachowań [4].

Nawykowe kłamanie

Kłamstwo towarzyszy DDA od młodości. Z początku to zaprzeczanie o istnieniu problemu alkoholowego w rodzinie, ukrywanie, brak otwartej rozmowy na ten temat. Mówienia prawdy straciło na znaczeniu w zetknięciu z kłamstwami, niespełnionymi obietnicami i brakiem konsekwencji. Z tego powodu kłamstwo mogło nabrać cech nawykowych [10]. W dorosłym życiu DDA w obliczu zagrożenia odruchowo może reagować kłamstwem, ponieważ daje mu to poczucie kontroli nad sytuacją [1]. Nawet wtedy, gdy mogą powiedzieć prawdę, sprawia im to ogromną trudność [7].

Bezlitosne osądzanie siebie

W dzieciństwie DDA podlegało często nadmiernej krytyce. Nawet, gdy pojawiały się sukcesy, brakowało poczucia spełnienia. DDA mogły nie czuć się dość dobre, by zasłużyć na pochwały. W ich umysłach mógł wykształcić się negatywny obraz siebie i w dorosłości taki obraz wydaje się normą [4]. Efektem tego jest niska samoocena i nie zauważanie w sobie pozytywnych cech [7]. Zachowanie takie daje niekiedy złudne poczucie bezpieczeństwa, ponieważ tylko do takiego poczucia jest się przyzwyczajonym od dzieciństwa. To wygodne wytłumaczenie zniekształconego obrazu rzeczywistości, choć nie zamierzone. Nieco mniej rygorystycznie DDA oceniają innych ludzi, choć znamienne jest filtrowanie oceny przez pryzmat koloru czarnego i białego, brakuje innych odcieni [10].

Trudności z relaksowaniem się i odpoczynkiem

Dorastanie w atmosferze nieprzewidywalności i ciągłego zagrożenia może przyczynić się do poczucia ciągłego lęku i braku spontaniczności. Życie wydaje się DDA zbyt poważne, uważają, że powinno podlegać kontroli i nie ma w nim miejsca na odpoczynek, czy zabawę.

Przeżywanie spontanicznej zabawy, zwłaszcza w obecności innych, paradoksalnie może przyczynić się do zwiększonego poczucia lęku. W poczuciu DDA kontrola dająca poczucie bezpieczeństwa i spontaniczny relaks wzmagający stres nie idą w parze[1].

Problemy w nawiązywaniu bliskich relacji

Poczucie odrzucenia, zagrożenia, nieufności wynikające z uzależnienia rodzica, może przyczynić się do utrwalenia lęku, który w przyszłości może prowadzić do powstawania problemów w relacjach interpersonalnych oraz uczuciowych [11]. Zbytne emocjonalne angażowanie się w relacje, trudności z zaufaniem, brak właściwych wzorców mogą wpływać na zawieranie niewłaściwych przyjaźni, bądź trwanie w toksycznych relacjach [6]. Trudności mogą też dotyczyć związków uczuciowych, niełatwo jest zaufać, przestać kontrolować siebie i innych, wykazać więcej spontaniczności [10]. Intymność może wywołać lęk związany z okazywaniem często zamrożonych emocji i mniejszą kontrolą siebie [10]. Bardziej bezpieczny może wydawać się dystans lub w skrajnych sytuacjach nadmierne uzależnienie od spełniania potrzeb partnera. Zbytne zmniejszenie dystansu w relacji uczuciowej z drugim człowiekiem może skończy się zerwaniem związku w wyniku ogromnego lęku przed bliskością [1].

Niewspółmierne reagowanie na zmiany, których nie mogą kontrolować

Dojrzewanie w rodzinie z problemem uzależnienia z reguły odbywa się w atmosferze chaosu i zagrożenia. Dzieci zbyt wcześnie muszą dorosnąć, żeby spełniać powierzone im role, często przerastające ich dziecinne możliwości. Próby kontrolowania rzeczywistości zmniejszają poczucie lęku, ale jednocześnie zużywają mnóstwo energii. Przyzwyczajone do takiego kontrolowania próbują robić to w dorosłym życiu pozbawiając się przy tym spontaniczności [11]. Zmiany, których nie da się kontrolować przywołują paraliżujący lęk, co może przełożyć się na trwanie w toksycznym związku, czy nielubianej pracy [6]. Lęk może też przybrać inną postać, zamiast kontrolowania pojawia się brak jakiejkolwiek kontroli, co przyczynia się do życia w chaosie, częstych zmianach pracy, partnerów, miejsc zamieszkania, itp. W tym przypadku lęk przed zmianą może przybrać postać utrwaloną.

Ciągle poszukiwanie własnej wartości w oczach innych

Życie DDA to niejednokrotnie bezustanne poszukiwanie uznania dla własnej wartości. Zaburzone poczucie samooceny wynikające z poddawania ciągłej krytyce w dzieciństwie mogło spowodować, że dorosły DDA ma niskie poczucie wartości i próbuje jej poszukiwać w ocenie innych. Nawet chwalone ma problem z przyjmowaniem uznania, gdyż nie zaspokaja to potrzeby zaburzonej w trakcie dorastania [4]. Dojrzały DDA próbuje nadrobić ten brak przyjmując dwie postawy. Jedną z nich może być perfekcjonizm, np. w pracy, przyjaźni,

miłości, w pomocy innym [6], za który może czekać wdzięczność i poważanie. Drugą postawę może cechować unikanie jakichkolwiek wyzwań, żeby nie narazić się na krytyczną ocenę [11].

Poczucie odmienności

Dzieci alkoholików często mają poczucie odróżniania się od otoczenia. Wychowane w atmosferze tajemnicy alkoholizmu rodzica, w niskim poczuciu własnej wartości, dystansujące się od innych nierzadko wyrastają w przekonaniu, że zarówno oni, jak i ich świat nie jest normalny [4]. DDA nie ujawniają odczucia, że niewłaściwe poczucie normalności przyczynia się do braku przynależności z jakąkolwiek grupą [7]. Trudne jest dla nich uzmysłowienie, że akceptacja może być bezwarunkowa i nie muszą robić nic szczególnego, aby na nią zasłużyć [9].

Nadmierna odpowiedzialność lub jej brak

Cechy te mogły zostać ukształtowane przez role, jakie DDA pełniły w dzieciństwie, służące ociążeniu rodziców. Rola Bohatera rodzinnego związana z ogromną odpowiedzialnością i dojrzałością młodego człowieka, wzmocniona w dzieciństwie, w życiu dojrzałej osoby może skutkować zwiększoną odpowiedzialnością. Gdy starania nie były doceniane mogła zostać ukształtowana postawa braku odpowiedzialności za powierzone zadania i zrzucania jej na innych [4]. Stąd powstanie skrajnych zachowań nadmiernej odpowiedzialności lub jej braku [7].

Przesadna lojalność

Lojalność to jedna z ważniejszych cech charakteryzujących rodzinę dysfunkcyjną. Wspólne ukrywanie tajemnicy uzależnionego i skutków nałogu oraz poczucie niezmienności tej sytuacji może wykształcić postawę, która w dorosłym życiu skutkuje np. trwaniem w toksycznym związku oraz brakiem większych oczekiwań od bliskiej osoby [6]. Stałość, nawet negatywnych odczuć, sprawia wrażenie bardziej bezpiecznej, strach przed zmianami paraliżuje [10]. Przesadna lojalność może być wzorcem z dzieciństwa powielanym w związku z osobą uzależnioną [4].

Uleganie impulsom

Ta dziecięca właściwość, nacechowana poczuciem gwałtownej konieczności spełnienia i pozbawiona cierpliwości, wynika z doznań wyniesionych z domu alkoholowego i pełnionych w nim funkcji. Tam często podlegano impulsywnym zachowaniom, poddawano się biegowi wydarzeń, bez przemyślenia celów czy konsekwencji swojego postępowania [4]. Dorosłe DDA może więc mieć problem z nadmierną impulsywnością działań, a przez to zniechęcać się do własnych decyzji. Kiedy postępowanie nie będzie przemyślane może

skutkować konsekwencjami, których poniesienie będzie wymagało dużo wysiłku. Dodatkowo może skutkować utratą kontroli nad otoczeniem i poczuciem zagubienia [10].

Zamrożenie uczuć

Sporo trudności może pojawić się w dorosłym życiu w związku z cechą, która pozwoliła DDA przetrwać często traumatyczne dzieciństwo. Zamrożenie emocjonalne, odcięcie od uczuć było obroną przed doświadczeniami przekraczającymi możliwości radzenia sobie przez małe dziecko [11]. Brak okazywania emocji pomagał również w utrzymaniu atmosfery zaprzeczania problemowi alkoholizmu w rodzinie [1]. Ujawnianie uczuć często nacechowane było lękiem i cierpieniem, tłumienie emocji mogło więc przejść w dorosłość jako brak umiejętności wzruszania się, sztywność, introwertyzm. Dzieciństwo pełne chaosu emocjonalnego mogło przyczynić się do tego, że DDA lepiej funkcjonują w określonych rolach.

Przesadna wrażliwość na potrzeby innych

Potrzeba szybkiego reagowania na zmienne zachowania i sytuacje w rodzinie alkoholowej mogła wykształcić zwiększoną wrażliwość na zaspokajanie potrzeb innych. Czasem jest to wręcz przymus starań, aby ludzie wokół nas byli szczęśliwi i cenili naszą pomoc [1]. Nadmierna wrażliwość ma zaspokoić poczucie odrzucenia w dzieciństwie, zwiększyć poczucie wartości. Często jednak pomaganie innym, zwłaszcza kosztem niezaspokojenia własnych potrzeb, kończy się poczuciem osamotnienia i cierpienia w milczeniu [11].

Ciągłe poczucie winy i stawianie się w pozycji ofiary

Odczuwanie winy często towarzyszy osobom z DDA. Czują się winne za opuszczenie chorej rodziny, za spełnianie swoich potrzeb, za chęć bycia szczęśliwym, nawet za to, za co nie ponoszą żadnej winy [1]. W dorosłości poczucie winy jest przeżywane nieadekwatnie do bodźców i sprzyja użalaniu się nad sobą. Zdarza się, że DDA szuka winnych w otoczeniu i obarcza ich odpowiedzialnością za swoje problemy. Niebezpieczeństwo związane z nieprawidłowym odbieraniem poczucia winy może być przyczyną stawiania się w roli ofiary, bądź krzywdzenia innych. Z roli ofiary może wynikać przyciąganie osób z podobnymi odczuciami, którym można pomóc, zaopiekować się nimi. Ale może z tego wynikać odwrotna zależność, kiedy to osoby z otoczenia nadużywają i wykorzystują zaangażowanie DDA [7].

Predyspozycje do mylenia miłości z litością

Prawidłowy wzorzec miłości bywa rzadki w rodzinach alkoholowych. Zdarza się, że poczucie litości wobec osoby uzależnionej jest mylone z prawdziwym uczuciem miłości.

Dorosłe DDA, nie nauczone jak powinno wyglądać prawdziwe uczucie wobec drugiego człowieka, często przyciągają osoby, które wywołują poczucie litości i chęć pomagania. Poświęcając się dla takiej osoby, nierzadko tracą swoje „Ja” [1].

Skłonność do zachowań obsesyjno- kompulsywnych

Osoby pochodzące z rodzin alkoholowych podlegają zwiększonej podatności na zachowania obsesyjno- kompulsywne. Łatwiej mogą uzależnić się od alkoholu, pracy, jedzenia. Często cechuje je perfekcjonizm i przymus kontrolowania rzeczywistości i innych. Zachowania obsesyjno- kompulsywne mogą być reakcją ucieczki na trudności pojawiające się w dorosłym życiu. Mogą również sprzyjać związkom z osobami uzależnionymi i nasileniu zachowań kompulsywnych [7].

Nadmierna czujność

To niejako automatyzm wyuczony w dzieciństwie w reakcji na poczucie ciągłego zagrożenia i przemoc w rodzinie. U dorosłego DDA odczucie to może trwać dłużej niż zachodzi taka potrzeba [1]. DDA często towarzyszy niepokój, oczekiwanie na nieokreśloną katastrofę, łatwo ulegają panice [7]. Przewlekły stres może przyczynić się do powstania zaburzeń psychosomatycznych lub być przyczyną depresji [1].\

Stres a syndrom DDA

Dorosłe Dzieci Alkoholików były niejednokrotnie poddawane silnej presji wskutek traumatycznych przeżyć, które mogą być przyczyną różnego rodzaju problemów. Długotrwały stres przeżywali wszyscy członkowie rodziny alkoholowej, jednak dzieci nie miały dostatecznych mechanizmów obronnych [12].

Skrętowska- DanielczenkoH. [11] wyróżnia cztery rodzaje doświadczeń z dzieciństwa o charakterze traumatycznym:

- a. poczucie odrzucenia;
- b. poczucie ciągłego zagrożenia i przemoc;
- c. wykorzystywanie seksualne;
- d. brak wzorców, zasad i chaos.

Poczucie odrzucenia

Odrzucenie może mieć różnorodną formę i natężenie. Może to być realne porzucenie dziecka skutkujące oddaniem potomka pod opiekę innych. W innej formie są to zachowania agresywne bądź nieadekwatne do sytuacji i wieku dziecka. W rodzinie alkoholowej pijący rodzic może być tak skupiony na swoim nałogu, że nie zauważa dziecka, ani jego potrzeb. Z kolei rodzic współuzależniony może być za bardzo skupiony na pijącym partnerze, by jeszcze

spożytkować energię na dziecko i zaspokajanie jego potrzeb. W konsekwencji dziecko czuje się odrzucone, niekochane, nie ma poczucia bezpieczeństwa. Często towarzyszy temu silny lęk i osamotnienie.

Poczucie ciągłego zagrożenia i przemoc

Alkoholizm rodzica to często awantury, kłótnie, przemoc fizyczna wobec dzieci i pozostałych członków rodziny, która nierzadko trwa latami. Doświadczanie takiej przemocy, bądź bycie świadkiem krzywdzenia bliskich pozostawia trwałe ślady w umyśle dziecka alkoholika. Bardziej traumatyczna jest przemoc psychiczna, która powoduje większe spustoszenie emocjonalne i jej skutki są dłużej leczone. Atmosfera zagrożenia towarzyszy dzieciom niemal każdego dnia i może przyczynić się do utrwalenia tłumionego lęku, złości i gniewu.

Wykorzystywanie seksualne

Przemoc seksualna, bądź bycie świadkiem takich zachowań, to jedna z gorszych traum dzieciństwa DDA. Dorastające dzieci są często obrażane w sferze intymnej, komentuje się ich dojrzewające i zmieniające się ciało. Zdarza się, że matka, jako ofiara przemocy seksualnej, obciąża dzieci informacjami i emocjami nie dla ich umysłu. W rezultacie dzieci mogą odczuwać przerażenie, bezradność i mieć poczucie winy. Mogą również negatywnie spozstrzegać swoje ciało i rozwijającą się seksualność. Ten rodzaj traumy może spowodować reakcję obronną w postaci wyparcia doznanych emocji.

Brak wzorców, zasad i chaos

To, czego brak w rodzinie alkoholowej, to poczucie przewidywalności zdarzeń i zachowań. Dzieci nigdy nie wiedzą, kiedy nastąpi kolejna awantura, sytuacja stresowa, przemoc. Brak jest jednolitych wzorców zachowań, raz coś jest dobre, innym razem złe, brak jest konsekwencji w postępowaniu rodziców. Kłamstwa, zaprzeczanie, ukrywanie to codzienność dzieci w rodzinie alkoholika. Łączy się z tym lęk, strach i poczucie dezorientacji.

Doświadczenia traumatyczne mogą mieć określone konsekwencje w dorosłości:

a. Poczucie odrzucenia

Emocje powstałe w reakcji na odrzucenie w dzieciństwie mogą przenieść się na relacje uczuciowe z partnerem. Ciągła kontrola, brak zaufania, silna zazdrość to efekt ciągłego lęku o powrót dziecięcej traumy i związanych z nią negatywnych uczuć.

b. Poczucie ciągłego zagrożenia i przemoc

Zaburzenia lękowe o cechach PTSD, poczucie zagrożenia, ataki paniki, zaburzenia snu, to niektóre z konsekwencji stosowania przez rodziców przemocy fizycznej bądź

psychicznej. Często towarzyszy temu ciągle napięcie i problemy z odprężeniem. W tym przypadku niebezpieczeństwo płynie z utajonego w dzieciństwie gniewu, który w dorosłości może powodować niekontrolowane wybuchy złości lub powielania przemocowych schematów wobec najbliższych.

c. Wykorzystywanie seksualne

Efekty nadużyć w tej sferze zależą od wsparcia i pomocy udzielonej skrzywdzonemu dziecku. Trzeba jednak pamiętać, że zmowa milczenia w rodzinach alkoholowych może spowodować, że dziecko nie przyzna się do krzywdy, bądź zostanie zignorowane. Dorosłe DDA mogą mieć z tej przyczyny problemy z własną seksualnością i rozpoznawaniem własnych potrzeb. U kobiet w relacjach intymnych spotyka się problemy typu pochwica czy anorgazmia.

d. Brak wzorców, zasad i chaos

W dorosłym życiu z chaosu dzieciństwa wyrastają osoby nadmiernie kontrolujące każdy aspekt życia, bądź nadal pozostające w schematach nieprzewidywalności [13].

Pozostałości traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa często kojarzone są z Zespołem Stresu Pourazowego (PTSD). Dorosłym DDA nieobce może być ciągle poczucie lęku, nadpobudliwość, problemy ze snem, koszmary senne, wybuchy gniewu czy problemy z koncentracją [14]. Sytuacje, które przywołują wspomnienia traumatyczne, mogą wyzwolić u DDA pierwotne mechanizmy obronne typu „walcz” lub „uciekaj”. Są to odruchy niezależne od ich świadomości, ale wywołują emocje nieadekwatne do przeżywanej w rzeczywistości sytuacji [1]. Nadmierny stres wyniesiony z traum dziecięcych można porównać do ciężkiej pracy fizycznej lecz w tym przypadku osłabia on odporność psychiczną DDA. W ciągłej walce lub unikaniu stresu mogą się zapomnieć tak dalece, że nie zauważają, kiedy stres ich przerasta i paraliżuje życie. W reakcji na to włączają się wyuczone mechanizmy przetrwania z dzieciństwa [15].

W nawiązaniu do objawów PTSD część DDA reaguje nadmierną kontrolą i unikaniem wracania do przeszłości, inna zaś ciągle na nowo przeżywa traumatyczne dzieciństwo. Znamienny jest fakt, że wiele osób pozostaje w stanie ciągłej gotowości mimo braku realnego zagrożenia [16]. Istotną cechą przyczyniającą się do nadmiernego stresu w dzieciństwie jest u DDA powtarzalność stresorów. Jeśli silna jednorazowa trauma potrafi przyczynić się do powstania PTSD, to w rodzinach alkoholowych występuje cała gama niekorzystnych okoliczności, często bardziej złożonych i mocniej wrośniętych w młody umysł [17].

W literaturze można wyodrębnić cechy, które mogą wzmocnić mechanizmy obronne dzieci w rodzinach alkoholików i przyczynić się do zmniejszenia konsekwencji nadmiernego stresu w przyszłości.

Można do nich zaliczyć:

- a. **wgląd:** to możliwości pozwalające na osiągnięcie wiedzy i zrozumienia, że problem tkwi w dysfunkcyjnej rodzinie, a nie w dziecku;
- b. **niezależność:** to zdolność do odłączenia się od toksycznych więzi rodzinnych pozwalająca poczuć się bezpiecznie;
- c. **relacje:** to poszukiwanie właściwych relacji i wzorców poza domem rodzinnym;
- d. **inicjatywa:** to cecha, która zwiększa poczucie wartości i sprawczości;
- e. **moralność:** to umiejętność zachowania godności i szacunku do własnej osoby;
- f. **kreatywność:** to wyjątkowe uzdolnienia, np. artystyczne, które pozwalają wyrazić ukryte emocje;
- g. **humor:** DDA z tą cechą potrafią wejrzeć w swoje życie z odpowiedniej perspektywy i z dystansem [1].

Terapia DDA

Grupa DDA nie jest jednorodna, część poradziła sobie z traumami wyniesionymi z dzieciństwa zmieniając negatywy w atuty wykorzystywane w życiu społecznym, czy zawodowym. Inni spotkali na swej drodze ludzi, dzięki którym nauczyli się ufać, odnaleźli bliskość i realizm rzeczywistości. Jednak jest pewna grupa DDA, która mimo osiągnięcia dorosłości, wciąż pozostaje mentalnie w czasach dziecięcej traumy i ma problemy w realnym świecie. Dla tej grupy ratunkiem może okazać się terapia [18].

Pomoc psychologiczna dla DDA opiera się na podstawach teoretycznych, które biorą pod uwagę problem nałogu alkoholowego w ujęciu chorobowym w stosunku do uzależnionego i jego rodziny, jak też rozpatrują alkoholizm jako przyczynę schematycznego zachowania i związanych z tym konsekwencji. W modelach leczenia terapeutycznego bierze się pod uwagę podejście poznawczo-behawioralne i integracyjne, bądź korzysta z innych modeli terapii rodzin lub terapii małżeńskich [19]. Niejednokrotnie w uzdrawianiu DDA korzysta się z doświadczeń terapii dla osób z Zespołem Stresu Pourazowego połączonej z terapią dla współuzależnionych. Traumatyczne przeżycia w dzieciństwie spowodowane alkoholizmem spowodowały bowiem powstanie silnych lęków i napięć, które nieleczone mogą pogłębić doświadczenia stresowe [17].

Gąsior wyróżnia następujące modele terapii DDA:

- a. model uzasadniony teorią syndromu DDA;
- b. model uzasadniony teorią przewlekłego stresu pourazowego;
- c. model integracyjnej terapii DDA.

Model uzasadniony teorią syndromu DDA

- w modelu tym przyjmuje się, że źródłem problemów w rodzinie alkoholowej jest współzależnienie i wynikające z niego konsekwencje;
- dysfunkcje w rodzinie mogą skutkować w dorosłości eskalacją problemów adaptacyjnych związanych z syndromem DDA;
- terapia polega na uświadomieniu sobie tożsamości DDA i przerwaniu zaprzeczania wynikającego ze współzależnienia oraz wyparcia traum z dzieciństwa;
- przedstawiciele tej teorii to: Cermak, Woititz i Brown;
- odmianą tej teorii jest terapia behawioralna, reprezentowana przez D. H. Rubena, która skupia się na zmianie złych nawyków i pogłębianiu umiejętności adaptacyjnych;
- model wywodzący się z teorii syndromu DDA wciąż budzi kontrowersje związane z brakiem potwierdzenia w badaniach istnienia tego syndromu [cyt. za 19,20].

Model uzasadniony teorią przewlekłego stresu pourazowego

- to koncepcja, która zajmuje się stresem pourazowym przewlekłym i chronicznym;
- teoria ta bywa wykorzystywana jako wsparcie w terapii DDA, jednak znamienne jest umiejętne stworzenie poczucia bezpieczeństwa oraz kontrola poziomu powracającej traumy;
- proces ten może przebiegać w trzech etapach:
 - stabilizacja: to działania psychoedukacyjne mające na celu diagnozę pacjenta i jego otoczenia oraz zmniejszenie poziomu napięcia, pogłębienie świadomości i podbudowę poczucia wartości;
 - przetwarzanie urazowych wspomnień: za pomocą metod behawioralno- poznawczych przepracowuje się traumy i wzmacnia poczucie wartości oraz rozwija pozytywne zachowania;
 - praca nad teraźniejszością: ma na celu zgłębienie aktualnych problemów i wyznaczenie celów na przyszłość.

Model integracyjnej terapii DDA

modyfikacją teorii syndromu jest koncepcja humanistyczna i integracyjna oraz destrukcyjnych schematów stworzona wspólnie przez polskich terapeutów Mellibrudę i Sobolewską- Mellibrudę [cyt. za 20].

Integracyjna psychoterapia DDA jako przykład terapii indywidualnej przebiega w następujących etapach:

- a. kształtowanie relacji z terapeutą;
- b. diagnoza problemów, schematów i ich źródeł;
- c. badanie wpływu schematów na aktualne życie pacjenta;
- d. praca nad przekształceniem schematów;
- e. uczenie się nowych sposobów komunikacji ze sobą i z otoczeniem;
- f. monitoring wypracowanych zmian.

Kształtowanie relacji z terapeutą

Etap ten ma na celu stworzenie warunków, w których pacjent będzie mógł się poczuć bezpiecznie i nabierze zaufania do terapeuty. To podstawa, aby DDA mogło powrócić do traum dzieciństwa i zgłębić bolesne wspomnienia oraz rozpocząć pracę nad zmianą.

Diagnoza problemów, schematów i ich źródeł

Zgłębienie aktualnych problemów z życia pacjenta pozwala wyodrębnić i przeformułować powstałe trudności oraz odszukać, jakie schematy przyczyniły się do ich powstania .

a. Badanie wpływu schematów na aktualne życie pacjenta

Ta faza pozwala zgłębić genezę schematów oraz towarzyszących im emocji przeniesionych z dzieciństwa. Wzrasta samoświadomość pacjenta dotycząca jego uczuć oraz wpływu schematów na powstawanie problemów.

b. Praca nad przekształceniem schematów

To okazja by odreagować emocje z dzieciństwa i owoić bolesne przeżycia w sposób bezpieczny i pod kontrolą terapeuty. To etap rozliczenia z krzywdą doznaną np. od rodziców i rozpoczęcie tworzenia nowej tożsamości.

c. Uczenie się nowych sposobów komunikacji ze sobą i z otoczeniem

W tej części pacjent uczy się nowych wzorców zachowań i emocji w relacji ze sobą i otoczeniem.

d. Monitoring wypracowanych zmian

Etap ten służy utrwalaniu i wprowadzaniu zmian przez pacjenta w jego życiu. Schematy nadal mogą funkcjonować, zwłaszcza w stresujących sytuacjach, ale wsparty pracą terapeutyczną pacjent będzie umiał je rozpoznawać, umiejscawiać w rzeczywistym czasie i rozwiązywać problemy zgodnie z nowymi umiejętnościami [21].

Terapia DDA może mieć również formę spotkań grupowych. To korzystny sposób konfrontacji z przeżyciami z dzieciństwa. W grupie spotykają się osoby o podobnych doświadczeniach, gdzie łatwiej jest odtwarzać sytuacje i role znane z dzieciństwa. W takim gronie można uczyć się budowania relacji z drugim człowiekiem opartej na zrozumieniu i wsparciu. Trudniejsze staje się utrzymanie fikcyjnych wyobrażeń o sobie i innych. Obniżanie poziomu lęku podczas pracy grupowej może prowadzić do wzmocnienia poczucia przynależności do grupy.

Korzyści wynikające z terapii grupowej to:

- zmniejszenie napięcia i nauka sposobów radzenia sobie z lękiem;
- pozytywna zmiana w relacjach z bliskimi oraz w kontaktach uczuciowych;
- wzrost poczucia bezpieczeństwa;
- nauka realizacji rozpoznanych potrzeb;
- radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych [22].

Programy terapii grupowej są sprecyzowane, dzielą się na poszczególne etapy i mają określone ramy czasowe. Metody i techniki pracy terapeutycznej są jasne, mają ustalony cel i pozwalają na podejmowanie decyzji uczestniczenia w nich lub odstąpienia od ich realizacji [23].

Terapia grupowa może się również opierać na metodzie „Dwunastu Kroków AA”, w której następuje realna konfrontacja z trudnościami wynikającymi ze współuzależnienia. W procesie tym ważne jest uświadomienie sobie i zaakceptowanie faktu istnienia nałogu w rodzinie.

W metodzie Dwunastu Kroków istotne jest:

- zaakceptowanie faktu całkowitej bezsilności wobec nałogu i wynikający z tego brak wpływu na swoje życie;
- ufność w istnienie Boga i jego wpływu na nasze zdrowie;
- całkowite poddanie się woli Boga, niezależnie od rodzaju wyznawanej bądź nie wiary;
- dokonanie moralnego rachunku sumienia;
- wyznanie swoich błędów Bogu, sobie i innym;

- podjęcie gotowości do pozytywnej ingerencji Boga w nasze wady;
- zaapelowanie do Boga o uwolnienie od deficytów;
- stworzenie spisu skrzywdzonych przez nas osób i gotowość do naprawienia tych błędów;
- konfrontacja naprawcza ze skrzywdzonymi, z wyjątkiem tych, którzy nie są gotowi na taki krok;
- pogłębienie rachunku sumienia;
- zwracanie się do Boga poprzez modlitwę czy medytację o możliwość poznania jego woli i siłę do jej spełnienia;
- stosowanie zmian w swoim życiu oraz dzielenie się swoją przemianą duchową z innymi ludźmi o podobnych doświadczeniach [3].

Problemy psychologiczne i społeczne DDA

Chojna i Madej- Babula [3] rozpatrują funkcjonowanie psychiczne DDA w trzech płaszczyznach:

- a. w relacji do siebie;
- b. w relacji z drugim człowiekiem;
- c. w relacji do wiary.

Funkcjonowanie psychiczne w relacji do siebie

Biorąc pod uwagę stosunek DDA do samego siebie istotne jest, w jakim stopniu rozwinięta jest samoakceptacja. Przede wszystkim DDA mają trudności z niskim poczuciem wartości wyniesionym z relacji w domu rodzinnym. Mimo osiągniętych sukcesów, głęboko zakorzeniona krzywda często nie pozwala dostrzec własnej wartości. Wynikająca z tego nieufność w stosunku do własnych myśli i poczynań skłania do szukania potwierdzenia własnej wartości w oczach innych.

Zaniedbywanie swoich potrzeb, ukrywanie prawdy, problemy z określeniem własnej tożsamości mogą przyczynić się do poczucia odmienności, braku atrakcyjności. To z kolei może przełożyć się na trudności z tworzeniem związków uczuciowych oraz problemy w już trwających związkach, gdzie mogą ujawniać się niespełnione potrzeby emocjonalne z dzieciństwa. Towarzyszy temu nierzadko lęk przed ujawnieniem prawdy i przed odrzuceniem.

Trudna jest sytuacja, w której DDA brak samoakceptacji przekształca w zachowania autodestrukcyjne, które mogą prowadzić do powstania uzależnień, chorób

psychosomatycznych, czy zachowań kompulsywnych. Pozbawione umiejętności przeżywania radości i zabawy funkcjonują w poczuciu oczekiwania na ciągły kryzys.

Funkcjonowanie DDA w relacji do siebie to także możliwość realizacji swoich potrzeb. To skomplikowany proces, biorąc pod uwagę, że wiele DDA do perfekcji opanowały rozpoznawanie i realizację potrzeb innych, zaś swoje odsuwały na dalszy plan. Najważniejsze było przetrwanie w skomplikowanym świecie alkoholika. W dorosłym życiu często rezygnują z marzeń i planów w reakcji obronnej na potencjalne skrzywdzenie i rozczarowanie.

W życiu rodzinnym DDA oczekują sukcesu, rzeczywistość jednak okazuje się niezwykle bolesna. Urazy z dzieciństwa mogą rzutować na trwałość relacji uczuciowej, na decyzję o posiadaniu potomstwa, czy wreszcie na kontakty ze swoimi dziećmi. Strach przed powtarzaniem schematów wyniesionych z dzieciństwa niejednokrotnie może budzić agresję skierowaną do własnej rodziny. Część DDA nadal osobiście lub mentalnie pozostaje w domu rodzinnym.

W życiu zawodowym DDA są dobrymi pracownikami, potrafią się poświęcać nie oczekując w zamian niczego, potrafią odnosić sukcesy. Jednak bywa to okupione ogromnym stresem, lękiem, rezygnacją z własnych potrzeb i ambicji.

Funkcjonowanie psychiczne w relacji z drugim człowiekiem

W tej relacji DDA napotykają wiele trudności, które mają ścisły związek z przeżyciami wyniesionymi z domu alkoholowego. Agresja i przemoc doświadczana od bliskich osób, poczucie bezsilności, mogą przekształcić się w lęk przed światem i poczuciem stałego zagrożenia. Świadomość odrzucenia przez dysfunkcyjnych rodziców, pełnione w dzieciństwie role, zaniedbania emocjonalne, mogą mieć ogromny wpływ na relacje z drugim człowiekiem. Najczęściej przejawia się to pod postacią zamrożenia własnych uczuć i potrzeb.

Nagromadzona złość lub nienawiść do rodzica przejawia się nierzadko pod postacią poczucia winy i wstydu. Związane z nimi poczucie osamotnienia i wewnętrznej pustki mogą przyczynić się do eskalacji negatywnych uczuć DDA wobec bliskich osób. To przekłada się również na problemy z komunikacją w relacji z drugą osobą. Nieujawnianie swoich uczuć i pragnień, brak umiejętności słuchania drugiego człowieka utrudnia rozwiązywanie pojawiających się problemów i sprzyja pogłębieniu poczucia krzywdy.

Wyuczone schematy powstałe w rodzinie alkoholowej mogą przyczyniać się do nawiązywania bliskich relacji z osobami uzależnionymi. I choć DDA pragną odejść od znanego obrazka rodzinnego, wielokrotnie powielają przyjęte schematy i narażają się na kolejne cierpienia związane ze współuzależnieniem.

W relacjach interpersonalnych często ujawnia się brak zaufania do osób z otoczenia. Wychowanie w rodzinie zamkniętej w kleszczach nałogu, w której wszystko co obce miało budzić lęk, przekłada się na stwarzanie dystansu w relacjach z innymi ludźmi. Poczucie wstydu, nieśmiałość, niska samoocena każą stać z boku i trwać w poczuciu zagrożenia.

Funkcjonowanie psychiczne w relacji do wiary

Duchowość jest ważną cechą sprzężoną z naszym rozwojem. U DDA proces rozwoju duchowości jest często zaburzony przez współzależnienie, które skłania do nadmiernego kontrolowania każdego aspektu życia. Tu nie ma miejsca na istnienie siły wyższej, nad którą nie mamy kontroli. Brak duchowości lub jej zaburzony rozwój może przyczyniać się do poczucia bezsensu własnego życia. To z kolei skutkuje przywiązywaniem się do rzeczy materialnych czy dążeniem do perfekcjonizmu.

Religijność DDA może być rozumiana w różny sposób. Z jednej strony to uczestniczenie w obrzędach, ceremoniach, rygorystyczne wypełnianie nakazów religijnych, jednak pozbawione całkowitego zrozumienia. W tym przypadku wiara w aktualny system religijny może wynikać z wiary w system rodzinny z dzieciństwa, który biorąc pod uwagę problem alkoholizmu niekoniecznie był zrozumiały.

Inna strona religijności DDA stwarza możliwości, gdzie jest miejsce na rozwój emocji, obniżenie poziomu kontrolowania, czy też nawiązywanie relacji interpersonalnych we wspólnotach religijnych[3].

Funkcjonowanie społeczne

Funkcjonowanie DDA w społeczeństwie zależy od wielu zmiennych, ale jednym z ważniejszych źródeł są doświadczenia wyniesione z dzieciństwa przeżytego w rodzinie alkoholowej. To one często wyznaczają powstanie przyszłych relacji społecznych [3].

Style funkcjonowania społecznego przyczyniły się do wyodrębnienia kilku kategorii DDA:

a. Żelazne dzieci:

- starają się kontrolować wszystkie aspekty swojego życia, zarówno emocjonalnego, jak i społecznego;
- umieją wspierać innych i przyjmować wsparcie, które może przyczynić się do poznania innego stylu funkcjonowania poza rodziną alkoholową;
- wcześnie oddzielają się od systemu rodzinnego i znajdują wsparcie w różnorodnych wspólnotach;
- chętnie pomagają innym, zwłaszcza znajdującym się w gorszej sytuacji, co daje DDA poczucie radości i wpływu na swoje losy;

- nie stronią od kontaktów interpersonalnych, z chęcią angażują się w działalność społeczną;
- radzą sobie z trudnymi emocjami, są odporniejsze na sytuacje stresowe;
- posiadają umiejętność poszukiwania sensu i celu życia, znajdują ją np. w relacjach uczuciowych i rodzicielskich, które chronią DDA przed samotnością i izolacją społeczną;
- bez problemu realizują role zawodowe, które przynoszą im niejednokrotnie ogromną satysfakcję
- lepiej poradziły sobie z traumą dzieciństwa alkoholowego, są spełnione społecznie, zawodowo i w życiu rodzinnym.

b. Plastikowe dzieci:

- pozostając często mentalnie w domu rodzinnym, co uniemożliwia im wyjście ze sfery współzależnienia;
- są pozbawione zaspokajania potrzeb, nie mają marzeń i pragnień;
- żyją w poczuciu lęku i agresji, wobec których nie mają mechanizmów obronnych;
- poczucie krzywdy i chaosu otaczającego świata uniemożliwiają nawiązanie kontaktów interpersonalnych;
- mają problemy w tworzeniu rodziny oraz pełnieniu związanych z nią ról, zwłaszcza w roli rodzicielskiej;
- w życiu zawodowym nie czują satysfakcji, niskie poczucie wartości utrudnia znalezienie zadowalającej pracy, bądź nie pozwala na rozwój w aktualnym zawodzie;
- to osoby, które nie poradziły sobie z trudnościami życiowymi;
- szansą na ich rozwój jest zaangażowanie w wolontariat.

c. Szklane dzieci:

- są porównywane do rozbitej szklanki, która nawet po sklejeniu posiada skazy;
- pozostają w poczuciu lęku o siebie i najbliższych;
- często przejawiają zaburzenia osobowości, co przyczynić się może do łamania prawa, powodowania konfliktów;
- mogą u nich pojawić się tendencje do depresji;
- traumy z dzieciństwa utrudniają podjęcie i realizację ról społecznych, zawodowych i rodzinnych [3,6].

Interesująca jest typologia DDA zaproponowana przez Cermaka [1], w której pod uwagę wzięto doświadczenia z dzieciństwa i style zachowania. Zgodnie z tą wersją DDA mogą być:

- a. **pracoholikami**: całe ich życie skupia się wokół pracy, kosztem życia uczuciowego, często biorą na siebie nadmiar obowiązków;
- b. **przysłucheni** uczuciami: ich reakcje emocjonalne mogą być nieadekwatne i wyolbrzymione, zbytnio przeżywają problemy innych;
- c. **uzależnieni**: alkohol, narkotyki czy inne używki są częstą reakcją na negatywne przeżycia z dzieciństwa;
- d. **depresyjni**: osamotnienie, niskie poczucie wartości to cechy, które mogą przyczyniać się do schorzeń psychosomatycznych;
- e. **osobami z zaburzoną poczuciem tożsamości**: wiąże się to z mentalnym pozostawaniem w schematach i rolach przeżywanych w dzieciństwie;
- f. **ofiarami**: odrzucenie emocjonalne w dzieciństwie może skutkować poczuciem krzywdy, zdrady i wpływać na relacje z innymi ludźmi;
- g. **męczennikami**: często DDA przedkładają własne potrzeby nad potrzeby innych, frustracja z tym związana przekłada się na cierpienie w milczeniu;
- h. **szlachetne**: osoby takie angażują się w problemy innych, są pomocne, jednak dużym kosztem osobistym;
- i. **poszukiwaczami**: niektórzy poszukują rozwiązań jak osiągnąć szczęście i odnieść sukces [cyt. za 6].

Funkcjonowanie zawodowe

DDA to pożądana pracownicy, wiele z nich odnosi sukcesy zawodowe, realizuje się w swojej pracy. Pomagają słabszym, nie wymagają wiele w zamian za swoje poświęcenie, świetnie pracują w sytuacjach stresowych, dobrze wywiązują się ze swoich obowiązków, są odpowiedzialni i opanowani. Zastanawiające jest, czy to obraz rzeczywisty, czy maska przykrywająca mechanizmy obronne przeniesione z dzieciństwa.

DDA w młodości często pełniły określone role, które miały za zadanie pozwolić im przetrwać. Utrwalone wzorce i schematy mogły przełożyć się na wybór przyszłej drogi zawodowej. W wielu zawodach bowiem można kontynuować emocjonalne zamrożenie, nadludzką siłę przetrwania czy zaspokajanie potrzeb innych, tak charakterystyczne dla dziecka Bohatera Rodzinnego. Cechy roli Kozła Ofiarnego, takie jak buntowniczość, działanie na granicy prawa, poszukiwanie adrenaliny, mogą być bardzo przydatne w wojsku bądź w pracy cyrkowca, czy kaskadera. Dziecko Niewidzialne cechujące się ogromną lojalnością, ale też chęcią anonimowości, będzie mimo ogromnych zdolności świetnie

pracować na sukces innych np. jako pielęgniarka. Z kolei dziecko Maskotka świetnie sprawdzi swoją chęć bycia w centrum uwagi np. w zawodach związanych z aktorstwem [24].

Cechy charakteru ukształtowane w dysfunkcyjnej rodzinie mogą być pomocne, ale też mogą skłaniać pracodawców do nadużyć wobec swoich pracowników. Przykładem może być praca w korporacji, w której pozornie DDA mogą odnaleźć poczucie przynależności, pracę w określonej hierarchii, sprawdzić swoje stresowe przystosowanie wyniesione z dzieciństwa. Ceną za to jest praca na sukces innych kosztem swojego czasu, potrzeb, prywatności i w konsekwencji powielanie negatywnych wzorców rodzinnych [25].

Osoby z pozornie ukształtowaną tożsamością mogą podlegać silnym wpływom innych, kosztem braku spełnienia swoich potrzeb, których nie umieją sprecyzować. Z innej strony może to być cecha pozytywna, która przydaje się w pracy, w której głównym celem jest opieka nad innymi.

Problematyczna może być cecha kontrolowania siebie i otoczenia. Takie osoby mogą dążyć do osiągnięcia wysokiej pozycji zawodowej, ale potrzeba ciągłego kontrolowania może się w tym przypadku przełożyć na destrukcyjny wpływ na pracowników i poniżanie słabszych. Może to być też cecha pozytywna wykorzystywana w zawodach takich jak opieka społeczna czy zdrowotna oraz wychowywanie [8]. Ludzie o cechach kontrolowania mogą również wpaść w pułapkę perfekcjonizmu, co pozwala ukryć lęki i niedoskonałości, ale może przyczynić się do wypalenia zawodowego. Osiągane sukcesy nie przynoszą bowiem zaspokojenia dziecięcych potrzeb.

Przeszkodą w podjęciu bądź utrzymaniu dobrej pracy może być problem braku ufności, zwłaszcza w zawodach, gdzie wzajemne zaufanie jest podstawą. DDA dobrze funkcjonują w zawodach o ukształtowanej strukturze hierarchicznej, gdzie nie są obciążone nadmierną odpowiedzialnością, i która wzmaga w nich poczucie wartości i zaufania [26].

W pracy zawodowej DDA ważny jest aspekt czynników stresogennych. Chcąc zasłużyć na uznanie, dzieci alkoholików często wykonują nadmiar obowiązków, świetnie funkcjonują w trudnych sytuacjach, nie okazują emocji, ale ponoszą na to ogromne koszty emocjonalne, których nie mają gdzie odreagować [27]. Niejednokrotnie nie mają świadomości, że powielają schematy z dzieciństwa i w rezultacie dochodzą do momentu, w którym granice ich odporności na stres zostają przekroczone. Dzieci alkoholików są częściej narażone na wypalenie zawodowe związane z nadmiernym stresem i brakiem umiejętności radzenia sobie z nim [15].

Funkcjonowanie w roli rodzica

Rodzicielstwo jest szczególnym wyzwaniem dla DDA. Trudne dzieciństwo może mieć wpływ już na poziomie podjęcia decyzji o zostaniu rodzicem. Niektórym DDA wydaje się, że dziecko będzie spełnieniem potrzeby bezgranicznej miłości i mogą wpaść w pułapkę traktowania posiadania potomstwa instrumentalnie. To wizja rodzicielstwa idealnego, nie wybiegająca zanedo w przyszłość poza wiek niemowlęcy, która może być przyczyną rozczarowania gdy np. dziecko choruje, wygląda inaczej niż w wyobrażeniach, staje się niezależne itp. Zagrożeniem może tu być również obwinianie dziecka o własne frustracje z powodu niespełnienia.

Inne DDA ulegają nakazom społecznym, gdzie bycie rodzicem to konieczność, obowiązek, zadanie do wykonania. Tu może dojść do sytuacji, gdzie brak będzie zaangażowania emocjonalnego, a w zamian pojawi się koncentracja na dobrym wykonaniu powierzonej roli. Brak wzorców i presja społeczna pod postacią oceniania może rodzić lęk, który każe skupiać się na działaniach, a nie na wzmacnianiu więzi z dzieckiem.

Spotyka się również DDA, które świadomie nie chcą mieć dzieci. Mają tak niskie poczucie wartości, że nie widzą się w roli dobrego rodzica, więc podejmują decyzję o nieposiadaniu potomstwa. Przyczyną może też być nadmierne obciążenie w dzieciństwie opieką np. nad młodszym rodzeństwem. To rola, która została narzucona przez niewydolnych rodziców i mogła spowodować przedwczesne zmęczenie zastępczym rodzicielstwem. W tej grupie znajdują się też DDA tak mocno skrzywdzone w dzieciństwie, że nie chcą sprowadzać na świat kolejnej osoby do krzywdzenia [28].

Bycie rodzicem dla osoby wychodzącej z rodziny alkoholowej może nastręczać wiele trudności związanych z deficytami wyniesionymi z domu rodzinnego. Próby stworzenia relacji, których nie poznało się w dzieciństwie, mogą przyczyniać się do lęków i powrotu wspomnień z własnego dzieciństwa. Bywa, że próby nie powielania złych wzorców kończą się zupełnie odwrotnie [29].

Brak wzorów wychowawczych może się przyczynić do nierealnych wymagań wobec własnego dziecka. Z kolei wychowanie w przemocy i nakazach skutkować może zbyt łagodnym traktowaniem dziecka, bez wyraźnych granic wobec rodzica i otoczenia. DDA wywodzące się z rodzin, gdzie dominował chaos i brak zasad może skłaniać się do nadmiernej kontroli i sztywnych zasad. Osoby, którym brakowało poczucia bezpieczeństwa mogą stać się nadmiernie opiekuńcze, gdyż chcą wynagrodzić dzieciom swoje „złe” dzieciństwo, a DDA, które zbyt wcześnie musiały dojrzeć mogą mieć trudności ze spontaniczną zabawą ze swoimi dziećmi [28].

Bywa, że DDA nie umieją rozmawiać ze swoimi dziećmi, mają trudności z określeniem problemów swojego dziecka. Tłumiona przez lata złość może przekształcić się w agresję wobec swojego potomstwa i przyczynić do stosowania przemocy. To częsty powód zgłoszeń na terapię [18].

Historia DDA może być mieć też pozytywny wydźwięk. Większa wrażliwość na dziecięcą krzywdę, czy też pamięć emocjonalna są bardzo cennymi cechami. Dorosłe DDA często potrafią wejrzeć w świat swoich dzieci z dziecięcej perspektywy, ale przy zachowaniu dorosłego osądu i szacunku do dziecka. Inne cechy, np. odpowiedzialność, większa odporność na sytuacje stresowe, czy rezygnacja w razie potrzeby z realizacji swoich potrzeb też zwiększają wartość DDA w roli rodzica [28].

Istotne dla DDA w roli rodzica jest pokazanie dzieciom, że dorośli nie są idealni też mogą popełniać błędy. Pozwolenie sobie i swoim dzieciom na popełnianie błędów uczy i rozwija, jest przykładem dobrego rodzicielstwa [30].

J. Woititz[10] wskazuje cenne rady, które mogą być pomocne dla DDA w roli rodzica:

- należy pracować nad sobą i swoim rozwojem;
- ważne jest słuchanie swoich dzieci, pokazywanie prawdy i unikanie kłamstwa;
- pomocne może być zwiększenie wiedzy dzieci na temat alkoholizmu i jego konsekwencji;
- grupy wsparcia mogą być cenną wartością;
- zrzucenie zasłony zaprzeczania osłabia siłę nałogu;
- nie można zbyt chronić dzieci przed widokiem skutków alkoholizmu, gdyż prowadzi to do zaprzeczania rzeczywistości;
- miłość należy się dzieciom za to, że są i jakie są;
- dzieci powinny mieć stawiane wymagania;
- za swoje zachowanie powinny ponosić stosowane konsekwencje [10].

PODSUMOWANIE

Psychoterapia, zarówno indywidualna, jak i grupowa, jest ukierunkowanym działaniem psychoterapeuty podejmowanym w celu pomocy w zmianie zachowań, procesów poznawczych, emocjonalnych i osobowościowych. Terapeuci stosują różnorodne strategie i procedury terapeutyczne, aby osiągnąć wyznaczone przez pacjenta i terapeutę wyniki [31].

Jakość życia DDA zgłaszających się na terapię jest przez nich określana jako bardzo obniżona. Mogą mieć na to wpływ m. in. problemy zdrowotne wynikające z lęków, tendencji do depresji czy przeżywania przewlekłego stresu. Problemy w nawiązywaniu relacji

społecznych, trudności w relacjach uczuciowych, również wpływają na obniżenie zadowolenia z życia. Jednak największy wpływ na niską jakość życia u DDA ma samoocena. Tak charakterystyczna dla DDA bezlitosna ocena samych siebie, niskie poczucie wartości, poczucie winy i krzywdy mają silny wpływ na spostrzeganie własnej osoby [32].

DDA niejednokrotnie potrzebują zmiany, aby przestać żyć przeszłością. Terapia to czas, kiedy można poznać swoje emocje, nauczyć się rozpoznawać i unikać destrukcyjne wzorce, czy tworzyć szczęśliwe relacje z innymi ludźmi. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii jest często nacechowane ogromną nadzieją na zmianę, ale równocześnie obarczone lękiem przed tą zmianą [33].

Istotnym warunkiem do wyzdrowienia jest przerwanie „zmowy milczenia”, które może być utożsamiane ze zdradą rodziny, ale pozwala DDA na wyzwolenie nagromadzonych przez lata emocji. Ich zrozumienie i przepracowanie prowadzi do wzmocnienia pozytywnych uczuć, jednocześnie osłabiając negatywy [34].

Ważne jest też nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej. Pacjent zgłaszający się na terapię jest najczęściej związany utrwalonymi lękami, które mogą uniemożliwić postępy w zdrowieniu. Silny lęk przed odrzuceniem, przed oceną, przed zmierzeniem się z konfliktem czy stawianiem granic, a przede wszystkim przed zmianą może stanowić barierę w budowaniu zaufania, otwieraniu się i przyjmowania wpływu terapeuty [35].

DDA, które poddają się procesowi zrozumienia siebie, poznania swoich odczuć i zachowań rozwijają się w przyszłości. Nowe sytuacje są dla nich nauką, a negatywne wzorce z dzieciństwa DDA potrafią zmieniać stosowanie do nowych doświadczeń. Dzieciństwo jest bardzo ważnym etapem, ale przychodzi czas, żeby to dorosłość przejęła stery naszego życia [36].

Możliwość uwolnienia od negatywnych emocji, rozpoznawania swoich uczuć, pomaga wziąć odpowiedzialność za siebie. DDA zyskują poczucie wartości, lepiej funkcjonują ze sobą i interpersonalnie. Życie nabiera lepszej jakości, jest pozbawione napięcia i braku sprawczości. Codziennosc i kontakty z innymi ludźmi przynoszą więcej satysfakcji, zwiększa się świadomość realizacji swoich potrzeb. DDA poznają świat, w którym można zająć się sobą, w poczuciu bliskości i wsparcia [24].

Terapia to trudna, ale i ciekawa droga do poznania swojego prawdziwego „Ja”:

- człowiek zyskuje świadomość, że dotychczasowa tożsamość nie jest realna, a jest wytworem dziecięcych ról pełnionych w rodzinie dysfunkcyjnej;

- ważne jest zrozumienie, że poczucie winy i wstydu z powodu realizacji swoich potrzeb pochodzi z dzieciństwa, co czyni wartościowym odkrycie, że mamy prawo być szczęśliwi;
- uświadomienie sobie, że mamy prawo złościć się za doznane krzywdy, prowadzi do zmiany spojrzenia na siebie jako osobę, która zasługuje na obronę;
- pozyskanie wiedzy o własnej wartości i неповtarzalności pozwala na skupienie uwagi również na własnych potrzebach;
- identyfikacja źródeł schematów i ich wpływu na związki pozwala inaczej spojrzeć na pojawiające się problemy;
- uwalniająca jest świadomość idealizowania dysfunkcyjnych rodziców, co mogło przyczyniać się do pozostawania w konwencji zaprzeczania;
- przepracowanie negatywnych emocji, poznanie swoich potrzeb, pozwala na wzmocnienie pozytywnych cech i rozwój poczucia wartości;
- nauka nowych zasad i umiejętności pozwala ruszyć naprzód i pomóc w samorealizacji;
- świadomość uwolnienia się od problemów z dzieciństwa jest niezwykle pięknym doświadczeniem [37].

PIŚMIENNICTWO

1. Cermak T. L.: Czas na wyleczenie. Przewodnik. Droga do wyzdrowienia dla dorosłych dzieci alkoholików. Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2010.
2. Schier K.: Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie. Wydawnictwo naukowe Scholar, Warszawa 2014.
3. Chojna K., Madej- Babula M.: Funkcjonowanie psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików we współczesnym społeczeństwie [w:] (Bez)radność wychowania...?, Madej- Babula M., Marek Z. (red.). Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, 93- 119.
4. Cierpiałkowska L.: Funkcjonowania dzieci alkoholików- psychospołeczne źródła deficytów i zasobów [w:] Psychologia uzależnień- alkoholizm, Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.). Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, 253- 288.
5. Błasiak A.: Rodzina dysfunkcyjna zagrożeniem społecznego funkcjonowania dziecka [w:] (Bez)radność wychowania...?, Madej- Babula M., Marek Z. (red.). Wydawnictwo WAM, Kraków 2007, 65- 78.
6. Kałdon B.: Wybrane aspekty funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików w życiu społecznym. Seminare. Poszukiwania naukowe, 2015, 3 (36), 95- 106.

7. Filipiak M.: Seksualność Dorosłych Dzieci Alkoholików. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanistyczna, Leszno 2008.
8. Hellsten T.: Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików. Hipopotam w pokoju stołowym. Wydawnictwo Feeria, Łódź 2008.
9. Wawerska- Kus J.: Dzieciństwo bez dzieciństwa. Wydawnictwo Dywiz, Warszawa 2009.
10. Woititz J. G.: Dorosłe dzieci alkoholików. Wydawnictwo Akuracik, Warszawa 2017.
11. Skrętowska- Danielczenko H.: Geneza rozwoju tzw. syndromu DDA- rozumienie pacjenta jako podstawa skutecznej psychoterapii. Świat problemów, 2015, 2, 5- 10.
12. Cierpiałkowska L.: Rodzina i małżeństwo z problemem alkoholowym- podejścia interakcyjne i systemowe [w:] Psychologia uzależnień- alkoholizm, Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.). Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, 187- 252.
13. Skrętowska- Danielczenko H.: Trauma u DDA- ryzyko wystąpienia konsekwencji dla funkcjonowania, wyzwania dla terapii. Świat problemów, 2017, 7, 6- 10.
14. Mellibruda J.: Życie po traumie. Charaktery, 2011, 5, 76- 79.
15. Kucińska M.: A ja wam pokażę. Charaktery, 2010, 7, 84- 86.
16. Król A., Żak P.: DDA, czyli historia osobista. Charaktery, 2010, 12, 88- 90.
17. Grzegorzewska I.: Współczesne kierunki pomocy psychologicznej rodzinom z problemem alkoholowym [w:] Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu, Chodkiewicz J., Gąsior K. (red.). Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013, 166- 182.
18. Kucińska M.: DDA- kim jesteśmy?. www.psychologia.edu.pl. dostęp 21.09.2019.
19. Cierpiałkowska L.: Modele i programy terapii jednostki i rodziny z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu [w:] Psychologia uzależnień- alkoholizm, Cierpiałkowska L., Ziarko M. (red.). Wydawnictwo Łośgraf, Warszawa 2010, 289- 351.
20. Gąsior K.: Profilaktyka i psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików [w:] Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu, Chodkiewicz J., Gąsior K. (red.). Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013, 205- 220.
21. Gąsior K.: Funkcjonowanie NOO- psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2012.
22. Wantuła A., Reimisz P.: Funkcjonowanie dzieci alkoholików w dorosłym życiu. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 2014, 5, 15- 17.
23. Seweryńska A. M., Wolfram- Krukowska B.: Terapia terapii nierówna. Świat problemów, 2015, 2, 16- 23.

24. Dembna J., Seweryńska A. M., Środa A.: DDA balast czy napęd?. Świat problemów, 2018, 7, 3- 6.
25. Seweryńska A., Dembna J., Wolfram- Krukowska B.: Dorosłe dzieci korporacji. Charaktery, 2014, 2, 38- 41.
26. Wajda Z.: Uzależnieni od syndromu. Charaktery, 2013, 6, 58- 61.
27. Kucińska M.: Niszczyciele własnych marzeń. Charaktery, 2009, 4, 88- 90.
28. Wawerska- Kus J.: Rodzicielstwo według nieprawidłowego wzorca. Świat problemów, 2018, 7, 10- 13.
29. Figurska M.: Pokarani za winy rodziców. Charaktery, 2013, 3, 54- 57.
30. Kucińska M.: Skażone rodzicielstwo. Charaktery, 2011, 6, 74- 77.
31. Cierpiałkowska L., Czabała J. Cz.: Psychoterapia indywidualna i grupowa [w:] Psychologia kliniczna, Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2016, 607- 638.
32. Chodkiewicz J.: Zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików, korzystających i niekorzystających z pomocy terapeutycznej. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia, 2013, 1, 24- 27.
33. Kucińska M.: Terapia z balastem. Charaktery, 2011, 3, 76- 79.
34. Cermak T., Rutzky J.: Wypowiedzieć umowę milczeniu. Charaktery, 2010, 11, 92- 94.
35. Skrętowska- Danielczenko H.: Czego się boi DDA? Od objawu do źródła. Świat problemów, 2017, 7, 14- 17.
36. Kucińska M.: Powtórka z samotności. Charaktery, 2012, 8, 82- 85.
37. Gibson L. C.: Dorosłe dzieci niedojrzałych emocjonalnie rodziców. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.

ZADANIA TERAPEUTYCZNE PIELĘGNIARKI NAD PACJENTEM Z POSOCZNICĄ

Karolina Dolistowska¹, Agata Sacharewicz², Krystyna Piekut³, Magdalena Malesińska², Beata Olejnik², Anna Baranowska⁴

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Sepsa to szybko rozwijająca się reakcja organizmu na zakażenie. Może ona powodować zaburzenia pracy narządów i w konsekwencji prowadzić do zgonu. Zakażenie powodują drobnoustroje, takie jak: bakterie, wirusy, grzyby lub pierwotniaki, które przy obniżonej odporności organizmu atakują go i doprowadzają do choroby. Objawy sepsy nie są takie same w każdym przypadku, ponieważ zależą od miejsca w którym rozwinęło się zakażenie. Bardzo ważne jest obserwowanie pacjenta i w razie pogorszenia stanu zdrowia podjęcie leczenia. Sepsa to gwałtownie rozwijająca się, zagrażająca życiu reakcja ustroju spowodowana nieprawidłową odpowiedzią organizmu na zakażenie. W trakcie sepsy dochodzi do stanów zapalnych oraz zaburzeń czynności narządów, następnie do niewydolności narządowej i śmierci [1].

Sepsa to zespół objawów będących powikłaniem poważnej infekcji. Przejawia się ona ogólnoustrojową reakcją zapalną prowadzącą do uszkodzenia tkanek, narządów i kończącą się zgonem pacjenta [2].

Organizacja Global Sepsis Alliance określiła sepsę jako „globalny kryzys zdrowotny” oraz podała, że rocznie zapada na nią około 30 milionów ludzi na świecie, w następstwie czego umiera około 6 milionów osób. Aby zmienić te statystyki Global Sepsis Alliance

postawiło sobie za cel poprawę jakości diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki, a w tym zwiększenie świadomości ludzi dotyczącej posocznicy. Światowe Zgromadzenie Zdrowia i Światowa Organizacja Zdrowia uznały przeciwdziałanie sepsie za światowy priorytet. Wezwano 194 państwa członkowskie ONZ do wszczęcia odpowiednich procedur w celu zmniejszenia zagrożenia społeczeństwa związanego z zachorowaniem na sepsę [3].

Etiologia sepsy

Zakażenie zazwyczaj powodują bakterie: Gram dodatnie lub Gram ujemne. Sepsę wywołują także wirusy, grzyby i pierwotniaki, aczkolwiek te rodzaje patogenów są mniej popularne [4].

Najpopularniejsze patogeny wywołujące posocznicę to:

- **Staphylococcus aureus** – (gronkowiec złocisty) bakteria Gram dodatnia z rodzaju gronkowca, która występuje na skórze oraz w jamie nosowo – gardłowej [5].
- **Streptococcus pneumoniae** – (pneumokoki) bakterie Gram dodatnie kolonizujące głównie górne drogi oddechowe [6]. Najbardziej podatne na chorobę wywołaną pneumokokami są małe dzieci i osoby starsze. Z racji wysokiej śmiertelności bardzo ważna jest profilaktyka – szczepienia ochronne [7].
- **Enterococcus** – są to Gram dodatnie bakterie występujące w mikroflorze jelitowej niektórych organizmów [8].
- **Pseudomonas** – bakterie Gram ujemne, które potrafią przetrwać nawet przy minimalnych wymaganiach, tolerują nawet najcięższe warunki życiowe. Jest to jeden z bardziej niebezpiecznych patogenów lekoopornych, który nie występuje w fizjologicznej florze bakteryjnej człowieka. Poważne zakażenia nabywane są zazwyczaj podczas pobytu pacjenta w szpitalu, gdy dojdzie do uszkodzenia błony śluzowej podczas np. wentylacji mechanicznej czy cewnikowania [9].
- **Escherichia coli** – pałeczka okrężnicy, Gram-ujemne bakterie kolonizujące przewód pokarmowy człowieka [10]. Patogenne szczepy bakterii powodują: biegunki, zapalenia otrzewnej, jelita grubego, czy też infekcje dróg moczowych [11].
- **Klebsiella pneumoniae** – Gram ujemne bakterie. Mogą występować w fizjologicznej florze bakteryjnej przewodu pokarmowego u zdrowego człowieka lub na skórze. Jednak u osób z osłabioną odpornością mogą doprowadzić do bardzo złego stanu ogólnego i ciężkiego przebiegu chorób [12].
- **Neisseria meningitidis** – bakterie Gram ujemne, zasiedlające śluzówkę jamy nosowo – gardłowej, prowadzące do meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Najbardziej narażone na zachorowalność są osoby w wieku dojrzewania, przebywające w dużych skupiskach takich jak: żłobki, przedszkola, szkoły, internaty, akademiki. Podczas zakażenia bardzo ważna jest jak najszybsza reakcja, ponieważ zgon może nastąpić nawet w ciągu 24 godzin od pojawienia się pierwszych objawów. Choroba rozwija się bardzo szybko, a początkowe objawy są podobne do objawów grypy lub przeziębienia [13].

- **Haemophilus influenzae** – Gram ujemne bakterie przenoszone drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z zakażoną wydzieliną. Najbardziej narażone na chorobę wywołaną tym drobnoustrojem są dzieci w wieku do 5 lat. Najczęstsze choroby wywołane przez *Haemophilus Influenze* to zakażenia błony śluzowej (zapalenia ucha środkowego, oskrzeli, spojówek czy dróg moczowych), a także bakteriemia [14].
- **Acinetobacter** – są to Gram ujemne bakterie, które często zasiedlają sprzęt medyczny, głównie ten do wspomagania oddychania, przez co osoby z obniżoną odpornością są bardzo narażone na zakażenie. W związku z tym, że *Acinetobacter* jest wysoce oporny na antybiotyki, niewrażliwy na wiele środków do dezynfekcji oraz nie potrzebuje specjalnych warunków wzrostowych jest poważnym zagrożeniem w szpitalach, głównie na oddziałach intensywnej terapii [15].
- **Candida** – rodzaj grzybów zasiedlających fizjologicznie przewód pokarmowy, jamę ustną i układ moczowo-płciowy człowieka. Najbardziej narażone na inwazję i kolonizację *Candida* są osoby z obniżoną odpornością: np. podczas długotrwałej antybiotykoterapii, pobytu na oddziale intensywnej terapii, przyjmowania środków immunosupresyjnych lub podczas hemodializy, żywienia pozajelitowego czy po przeszczepieniu narządów [16].

Dużym zagrożeniem jest wysoka lekooporność mikroorganizmów. Oznacza to, że organizmy są odporne na większość antybiotyków, co spowodowane jest między innymi stosowaniem antybiotyków w niewłaściwy sposób (nieprawidłowe dawki antybiotyku, nieodpowiedni czas trwania antybiotykoterapii) i ich nadużywaniem [17].

Według WHO „braki personelu, zły stan sanitarny i niski stan higieny, brak lub niedobór podstawowego wyposażenia, nieodpowiednie pomieszczenia i przepełnienie” w szpitalach przyczyniają się do przenoszenia zakażeń. WHO podaje pięciostopniowy model przenoszenia patogenów:

1. Drobnoustroje są obecne na skórze pacjenta (także na nieuszkodzonej części) oraz na rzeczach, które mają bliski kontakt z pacjentem (piżama, pościel, meble itp.)

2. Drobnoustroje przemieszczają się na ręce personelu przez kontakt bezpośredni pracownika z chorym.
3. Drobnoustroje muszą przetrwać na rękach pracownika.
4. Zła higiena rąk lub niewłaściwa antyseptyka lub jej brak lub niewłaściwy preparat do dezynfekcji powoduje, że mikroorganizm przeżywa.
5. Bezpośredni kontakt z następnym chorym powoduje przeniesienie drobnoustroju.

Przestrzeganie zasad higieny rąk jest głównym sposobem zapobiegania zakażeniom szpitalnym i rozwoju lekooporności mikroorganizmów [18].

Obraz kliniczny u dorosłych

Podziału sepsy można dokonać biorąc pod uwagę przyczyny internistyczne (spowodowane zapaleniem płuc, opon mózgowo - rdzeniowych, dróg moczowych czy żółciowych) oraz chirurgiczne (zakażenia rany, ropnie lub zakażone ciała obce). Objawy sepsy nie są takie same w każdym przypadku, ponieważ są one zależne od miejsca, w którym powstało zakażenie skutkujące posocznicą [1].

Początkowo w rozpoznawaniu sepsy pomocny był wskaźnik SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome), który obejmował takie objawy jak: nieprawidłowa temperatura ciała ($> 38^{\circ}\text{C}$ lub $< 36^{\circ}\text{C}$), tachykardia (akcja serca $> 90/\text{min}$), częstość oddechów $> 20/\text{min}$, zmiany w obrazie krwinek białych (leukocytoza lub leukopenia) [19,20].

SIRS okazał się nieskuteczny i systematycznie powstawały inne systemy punktowe pomocne w rozpoznawaniu posocznicy. Wprowadzono qSOFA, wskaźnik definiujący niewydolność narządową, który nie może być stosowany w celu rozpoznania posocznicy, ale pomaga określić zagrożenie ciężkiego przebiegu sepsy [1].

Kryteria qSOFA:

- zmieniony stan świadomości;
- skurczowe ciśnienie tętnicze krwi $\leq 100 \text{ mmHg}$;
- przyspieszony oddech $\geq 22/\text{min}$.

Aby można było stwierdzić zwiększone zagrożenie ciężką sepsą muszą być spełnione przynajmniej dwa warunki qSOFA [1].

Sepsa u dzieci

Posocznica u dzieci to stan rozwijający się bardzo szybko. Pierwsze objawy przypominają przeziębienie, jednak zlekceważenie stanu dziecka może doprowadzić nawet do zgonu chorego. Do głównych patogenów wywołujących sepsę u dzieci należą: meningokoki, *Haemophilus influenzae*, bakterie gram-ujemne, paciorkowce, gronkowce i pneumokoki [21].

Sepsa u noworodków

Noworodek po porodzie jest narażony na zakażenia patogenami z powodu niskiej odporności organizmu. Sepsę u tak małych dzieci wywołują głównie paciorkowce z grupy B i bakterie Gram ujemne z kanału rodniczego matki [21].

Objawy które, mogą być niepokojące i wskazywać na zakażenie dziecka:

- rozdrażnienie, apatia, niepokój, senność,
- tachykardia,
- gorączka lub obniżona temperatura ciała,
- brak apetytu,
- częsty bezdech,
- biegunka, wymioty, wzdęcia,
- wybroczyny na skórze,
- napięte ciemiączko,
- drgawki,
- słaba reakcja na dotyk, obniżone napięcie mięśniowe,
- przyspieszona częstość oddechu,
- skąpomocz, bezmocz [21].

Sepsa u niemowląt i małych dzieci

Najczęstszą przyczyną posocznicy u niemowląt i małych dzieci jest zakażenie meningokokami, pneumokokami i *Haemophilus Influenzae* typu B [21].

MENINGOKOKI

Bakteria wywołuje inwazyjną chorobę meningokokową, której przebieg jest piorunujący. Zarazić się można drogą kropelkową – podczas kaszlu, kichania, pocałunku, używania tych samych naczyń itp. Znaczące jest to, że możemy zachorować kilka razy w życiu ze względu na różne rodzaje meningokoków [22,23]. W Polsce najczęściej zachorowań wywołują meningokoki typu B. Najbardziej podatne są dzieci w wieku do 5 lat [24]. Objawy zakażenia początkowo przypominają zwykłe przeziębienie, ale szybko postępują i powodują poważne dolegliwości doprowadzając do posocznicy i zapalenia opon mózgowo rdzeniowych [22,25].

Objawy różnią się w zależności od wieku dziecka. Początkowo występuje: brak apetytu, gorączka, wymioty i biegunka oraz ogólne rozdrażnienie. Następnie pojawia się ból głowy, gardła, nienaturalny kolor skóry, wzmożone pragnienie, ból nóg, trudności w oddychaniu, sztywność karku, zimne dłonie i stopy. Do powyższych objawów dołączają się

obniżone napięcie mięśniowe, światłowstręt, uwypuklenie ciemiaczka u niemowląt, wysypka wybroczynowa nieblednąca pod naciskiem (która nie zawsze występuje) [25].

PNEUMOKOKI

Najbardziej narażone na ciężką chorobę pneumokokową są dzieci w wieku do 5 lat. Bakterie przenoszą się tak jak meningokoki - drogą kropelkową (przez kontakt bezpośredni, ale także przez kontakt z rzeczami zakażonymi wydzieliną z bakteriami). Zazwyczaj zasiedlają błonę jamy nosowo-gardłowej i nie dają żadnych objawów, a osoba zakażona nie jest świadoma nosicielstwa tej groźnej bakterii. Jednak drobnoustroje te są w stanie przedostać się dalej i powodować zapalenie spojówek, ucha środkowego, tchawicy, oskrzeli czy też płuc. Najbardziej poważnymi chorobami wywołanymi przez pneumokoki jest: zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych oraz sepsa [26].

Objawy zakażenia pneumokokami różnią się w zależności od wieku dziecka. Główne objawy to wysoka gorączka z dreszczami i bólami głowy, światłowstręt, nudności i wymioty, a także sztywność karku. U niemowląt specyficzne będzie pulsujące ciemiaczko, płacz, rozdrażnienie i niepokój [27]. Organizacja CDC wskazuje, że zakażenie pneumokokami może powodować dezorientację dziecka, potliwość, gorączkę z drgawkami i uczuciem zimna oraz przyspieszone tętno [28].

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPU B (Hib):

Najbardziej narażone na zakażenia są dzieci w wieku do lat 5. Zakażenie rozprzestrzenia się drogą kropelkową, przez bezpośredni kontakt z nosicielem lub chorą osobą. Ryzyko zachorowania zwiększa się, gdy dziecko przebywa w żłobku, przedszkolu lub gdy ma rodzeństwo, które przebywa w zatłoczonych miejscach, a także gdy występują niedobory odporności. Zakażenie Haemophilus Influenzae typu B może powodować zapalenie płuc [29], ale także zapalenie nagłośni, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, sepsę (objawy: gorączka, ból głowy, wymioty, przyspieszony oddech, uogólniona bledność skóry) oraz zapalenie stawów, szpiku kostnego [30].

PROFILAKTYKA

Ministerstwo Zdrowia podaje, iż: „Szczepienia ochronne są najbezpieczniejszym i najskuteczniejszym sposobem ochrony dziecka przed wieloma groźnymi chorobami zakaźnymi” [31]. Zachorowalność na inwazyjną chorobę pneumokokową stale rośnie, dlatego od 1.01.2017 roku szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym należą do szczepień obowiązkowych. Do szczepień obowiązkowych należą również między innymi szczepienia przeciwko Haemophilus Influenzae typu B [31,32].

WHO podkreśla istotę higieny rąk pracowników w zakładach leczniczych, a także dostępu do czystej, bieżącej wody oraz urządzeń sanitarnych. Ważne jest też zwiększanie świadomości ludności na temat choroby jaką jest sepsa [3].

Leczenie sepsy

Najważniejszym punktem leczenia sepsy jest określenie miejsca zakażenia i czynnika jaki ją wywołał [33]. Następnie, należy w miarę możliwości usunąć źródło zakażenia i pobrać posiewy krwi do badań laboratoryjnych. Farmakoterapię powinno rozpocząć się w ciągu godziny od podejrzenia wystąpienia sepsy. Podczas, gdy nie znany jest czynnik etiologiczny rozpoczyna się antybiotykoterapię empiryczną, natomiast po otrzymaniu wyników posiewu i poznaniu drobnoustroju chorobotwórczego oraz jego wrażliwości należy rozpocząć terapię celowaną. Opóźnienie podania antybiotyków jest istotnym czynnikiem ryzyka niewydolności narządów [1].

Uzupełnia się łożysko naczyniowe płynami elektrolitowymi. Wczesna podaż płynów ma duże znaczenie w ustabilizowaniu hipoperfuzji tkanek pacjenta wywołanej sepsą. Hipoperfuzja tkanek objawia się obniżeniem ciśnienia tętniczego i zwiększeniem poziomu mleczanów we krwi oraz może powodować poważne uszkodzenia narządów wewnętrznych pacjenta [1].

Bardzo ważne jest uzyskanie dostępu tętniczego, który umożliwia stałe, dokładne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, reakcji organizmu na podawane leki, a także natychmiastowe uzyskanie krwi na badanie gazometryczne. Ważne jest także uzyskanie dostępu naczyniowego tj. wkłucie centralne, które umożliwia pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego, pozwala na podawanie leków obkurczających naczynia (np. amin katecholowych) oraz w razie potrzeby preparatów o osmolalność powyżej 600-700 mOsm/kg H₂O (żywienie pozajelitowe). Należy ocenić stan świadomości według skali Glasgow (u pacjentów pediatrycznych według pediatrycznej skali Glasgow). Ważne jest monitorowanie czynność serca pacjenta, saturacji, zabarwienia powłok skórnych i pojawiania się zmian o charakterze wybroczyn, diurezy pacjenta oraz powrotu kapilarnego. Bardzo ważna jest kontrola glikemii pacjenta [34].

Zadania terapeutyczne pielęgniarki nad dzieckiem z sepsą

Zakażenia szpitalne zagrażają zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu. Najcięższym następstwem zakażenia jest sepsa, której szybki przebieg często może kończyć się śmiercią pacjenta. Czujność personelu terapeutycznego, szybka reakcja na ewentualne niepokojące objawy, profesjonalizm i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa mają ogromny

wpływ na przebieg choroby. Pielęgniarka opiekująca się dzieckiem może jako pierwsza zaobserwować objawy posocznicy [35].

Pielęgnacja chorego dziecka obejmuje dbanie o skórę, odżywianie, układ pokarmowy i oddechowy, a także o warunki, w jakich dziecko przebywa (temperatura otoczenia, nawilżenie powietrza, spokój, komfort). Pielęgniarka pracująca z dziećmi powinna być staranna, cierpliwa, czujna, delikatna i wrażliwa. Powinna cechować się ogromną wiedzą na temat intensywnej terapii dzieci. Dzięki przeprowadzeniu wywiadu, badania fizykalnego i obserwacji małego pacjenta może sformułować diagnozę pielęgniarską, wyznaczyć problemy pielęgnacyjne i określić cele pielęgnacji [35].

Dziecko powinno zostać objęte izolacją kontaktową, należy zachować ostrożność i przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki przy kontakcie z chorym dzieckiem. Ważne jest stosowanie jednorazowej odzieży ochronnej. Pielęgniarka powinna podawać środki lecznicze oraz pobierać materiał do badań zgodnie z obowiązującymi standardami [35].

Pielęgniarka powinna obserwować pacjenta w kierunku pogorszenia się stanu zdrowia, oceniać stan fizyczny dziecka, kontrolować zabarwienie skóry chorego. Bardzo ważna jest obserwacja w kierunku niepokojących objawów ze strony układu: nerwowego (drgawki, drżenia, ocena), pokarmowego (ulewanie, wzdęcia, nudności, wymioty, biegunka, zaparcia), moczowego (kontrola diurezy) czy oddechowego (objawy niewydolności oddechowej). Należy oceniać stan świadomości dziecka według pediatrycznej skali Glasgow [35].

Pielęgniarka powinna monitorować parametry życiowe pacjenta, w tym inwazyjnie mierzyć ciśnienie tętnicze krwi metodą krwawą, sprawdzać puls, częstość oddechów, temperaturę ciała, ośrodkowe ciśnienie żyłne, saturację, powrót kapilarny oraz glikemię [34].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorego na sepię.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej, przedstawienie roli pielęgniarki w procesie leczniczym pacjenta oraz określenie wskazówek do dalszej pielęgnacji pacjenta.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto dziewczynkę w wieku 3 lat z rozpoznaniem inwazyjnej choroby meningokokowej z posocznicą. Objawy choroby pojawiły się 10 godzin przed przyjęciem dziecka do szpitala klinicznego.

Materiał zebrano na podstawie wywiadu z matką dziecka, obserwacji pacjenta, analizy dokumentacji medycznej oraz pomiarów pośrednich i bezpośrednich.

Do oceny problemów pielęgnacyjnych posłużono się metodą indywidualnych przypadków.

WYNIKI

Opis przypadku

3-letnia dziewczynka została przyjęta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu złego stanu ogólnego, silnych bólów głowy, wymiotów, biegunki, braku apetytu, zmniejszonej diurezy i gorączki powyżej 39⁰C nie spadającej po podaniu leków przeciwgorączkowych od 10 godzin. Przy przyjęciu dziewczynka senna, apatyczna, z utrudnionym kontaktem, w stanie ogólnym ciężkim. W trakcie diagnostyki dziecko wymiotowało, skarżyło się na ból głowy i gardła.

Badanie przedmiotowe:

Waga: 15kg

Pediatryczna skala Glasgow - 12 punktów.

Na tułowie, brzuchu i w pachwinach pojedyncze wybroczyny nie blednące pod naciskiem. Rozpulchnione zaczerwienione gardło, suchy język, brzuch tkliwy przy palpacji, światłowstręt.

Trudności w oddychaniu – zaciąganie przestrzeni międzyżebrowych.

wydłużony powrót włośniczkowy >5sekund,

tachykardia: 160 uderzeń/min,

ciśnienie tętnicze krwi: 90/45 mm Hg

tachypnoe: 60 oddechów na minutę,

saturation: 90%,

temperatura ciała: 39,2⁰C

Po podaniu bolusu płynowego zostało wykonane nakłucie lędźwiowe. Otrzymano płyn mózgowo-rdzeniowy o kolorze wodojasnym. Zabezpieczono krew i płyn mózgowo-rdzeniowy do badania KOROUN.

Pobrano posiewy płynu mózgowo-rdzeniowego, krwi, moczu i kału.

Badania laboratoryjne:

CRP 104 mg/dl

Prokalcytonina 47 ng/ml

Krwinki białe 31 G/L z nieprawidłowym rozmazem krwi obwodowej

Szybki test lateksowy płynu mózgowo-rdzeniowego był ujemny.

Podjęrzewając zakażenie ogólnoustrojowe podano dożylnie cefotaksym, deksametazon, kontynuowano agresywną płynoterapię dożylną i monitorowanie czynności życiowych pacjenta.

Pacjentkę przewieziono na Oddział Intensywnej Terapii. Rozpoznanie: Inwazyjna Choroba Meningokokowa z posocznica.

W 3. dobie uzyskano informacje o wzroście we krwi *Neisseria meningitidis*.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Gorączka spowodowana ogólnoustrojowym zakażeniem organizmu.

Cel:

- obniżenie temperatury ciała do wartości fizjologicznych,
- zapobieganie ponownemu wzrostowi temperatury ciała dziecka,
- zapobieganie odwodnieniu i zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.

Działania pielęgniarskie:

- stały pomiar temperatury ciała pacjenta;
- zastosowanie okładów chłodzących lub zimnych kompresów żelowych na czoło, kark, zgięcia łokciowe i pachwiny dziecka;
- ubranie dziecka w przewiewne, bawełniane ubranie, przykrycie lekkim okryciem;
- stałe zachęcanie do picia płynów doustnych w celu uniknięcia odwodnienia organizmu, w razie potrzeby podanie płynów dożylnie;
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej dziecka w razie potrzeby;
- obserwacja stanu skóry w kierunku odparzeń;

- nawilżanie błon śluzowych pacjentki;
- podanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań temperatura ciała dziecka obniżyła się do 38⁰C.

Diagnoza pielęgniarska 2: Wymioty spowodowane inwazyjnym zakażeniem meningokokowym.

Cel:

- wyeliminowanie wymiotów u pacjentki,
- zapobieganie odwodnieniu i zaburzeniom równowagi gospodarki wodno-elektrolitowej,
- zapobieganie zachłyśnięciu.

Działania pielęgniarskie:

- stała obserwacja akcji serca i ciśnienia tętniczego krwi i dokumentowanie wartości,
- dożylne nawadnianie dziecka zgodnie z indywidualną kartą zleceń;
- podawanie płynów drogą doustną - często i w małych ilościach;
- utrzymanie czystości skóry dziecka i otoczenia wokół dziecka;
- obserwacja ilości, jakości i częstości wymiotów;
- prowadzenie bilansu płynów;
- kontrola masy ciała 2 razy dziennie;
- kontrola świadomości dziecka zgodnie z pediatryczną skalą Glasgow;
- obserwowanie napięcia i wilgotności skóry;
- zachowanie pozycji półwysokiej w celu uniknięcia zachłyśnięcia;
- pielęgnacja jamy ustnej chorego;
- podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań nie dopuszczono do odwodnienia i zachłyśnięcia. Wymioty zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Biegunka spowodowana inwazyjnym zakażeniem meningokokowym.

Cel:

- zmniejszenie ilości wypróżnień,
- zapobieganie odwodnieniu i zaburzeń równowagi gospodarki wodno-elektrolitowej,

- zapobieganie odparzeniom.

Działania pielęgniarskie:

- stałe monitorowanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi;
- obserwacja ilości oddanych stolców i odnotowywanie w dokumentacji dziecka;
- podawanie środków nawadniających i uzupełniających niedobory elektrolitowe zgodnie z indywidualną kartą zleceń;
- regularny pomiar masy ciała dziecka 2 razy dziennie;
- prowadzenie bilansu płynów;
- kontrola świadomości dziecka zgodnie z pediatryczną skalą Glasgow;
- obserwowanie napięcia i wilgotności skóry;
- założenie pieluchy dziecku;
- toaleta całego ciała dziecka w przypadku zabrudzeń;
- używanie nawilżanych chusteczek do oczyszczania okolic odbytu w celu uniknięcia występowania podrażnień;
- częsta zmiana pieluch;
- zapewnienie wygodnej, przewiewnej bielizny osobistej;
- zaczerwienione miejsca należy smarować kremem do pielęgnacji skóry.

Ocena:

W wyniku podjętych działań nie dopuszczono do odwodnienia i odparzeń skóry dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 4: Trudności w oddychaniu dziecka spowodowane występującą dusznością.

Cel:

- ułatwienie oddychania,
- zmniejszenie duszności,
- niedopuszczenie do niewydolności oddechowej.

Działania pielęgniarskie:

- stałe monitorowanie saturacji, ciśnienia tętniczego krwi, akcji serca dziecka i ilości oddechów;
- ułożenie dziecka w pozycji półwysokiej;
- obserwacja zabarwienia powłok skórnych;
- założenie maski tlenowej i podanie tlenu na zlecenie lekarza;
- zapewnienie spokoju i niedopuszczanie do płaczu dziecka;

- stała obecność przy dziecku;
- zapewnienie luźnej bielizny osobistej;
- zmniejszenie wysiłku dziecka, wykonywanie toalety ciała dziecka w łóżku;
- wykonywanie inhalacji według indywidualnej karty zleceń;
- podawanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań zmniejszono duszność dziecka i nie dopuszczono do rozwinięcia się niewydolności oddychania.

Diagnoza pielęgniarska 5: Silne bóle głowy spowodowane ogólnoustrojowym zakażeniem.

Cel:

- złagodzenie lub całkowite zniesienie bólu głowy.

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie ciszy i spokoju w pomieszczeniu w którym przebywa dziecko;
- zapewnienie wygody, odpowiednich warunków do odpoczynku;
- stosowanie zimnych okładów na czoło;
- łagodzenie obaw, lęku i strachu dziecka poprzez spokojną rozmowę, cierpliwe, uważne słuchanie odczuć, obaw dziecka;
- minimalizowanie bodźców słuchowych i wzrokowych;
- stałe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, akcji serca, temperatury ciała;
- zapoznanie dziecka z istotą pobytu w szpitalu i wykonywanych zabiegów leczniczych w celu zwiększenia komfortu psychicznego dziecka;
- podawanie środków leczniczych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań silne bóle głowy zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ból brzucha spowodowany inwazyjną chorobą meningokokową.

Cel:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie chorej w wygodnej pozycji;
- kontrola wypróżnień;
- stałe monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi pacjentki;

- zapewnienie ciszy i spokoju w celu uspokojenia dziecka i zmniejszenia napięcia.

Ocena:

Pomimo podjętych działań ból brzucha nie zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Czerwone, rozpulchnione, bolesne gardło spowodowane rozwijającą się infekcją ogólną organizmu.

Cel:

- zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- uspokojenie dziecka, niedopuszczanie do płaczu;
- pouczenie dziecka o konieczności ograniczenia mówienia i wysiłku;
- nie podawanie dziecku soków/napoi mogących podrażniać gardło np. sok pomarańczowy;
- podawanie płynów doustnych w temperaturze pokojowej, unikanie zimnych płynów doustnych;
- podawanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań zmniejszono dolegliwości bólowe.

Diagnoza pielęgniarska 8: Światłowstręt spowodowany wysoką gorączką i silnymi bólami głowy.

Cel:

- zlikwidowanie dolegliwości związanych z nadwrażliwością oczu na światło;

Działania pielęgniarskie:

- przyciemnienie pomieszczenia w którym znajduje się dziecko, zasłonięcie rolet;
- nawilżanie gałek ocznych dziecka;
- zapewnienie spokoju, odpowiednich warunków do odpoczynku dla dziecka;
- zminimalizowanie bodźców wzrokowych;
- podawanie środków leczniczych zgodnie z indywidualną kartą zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań zmniejszono dolegliwości związane z nadwrażliwością oczu na światło.

Diagnoza pielęgniarska 9: Brak apetytu spowodowany złym stanem ogólnym dziecka.

Cel:

- poprawa apetytu,
- zapobieganie niedożywieniu.

Działania pielęgniarskie:

- regularna kontrola masy ciała dziecka 2 razy dziennie;
- zastosowanie diety lekkostrawnej;
- kontrola stanu odżywienia organizmu;
- podawanie dziecku posiłków w niewielkich ilościach;
- zapewnienie wygodnej pozycji do spożywania posiłków;
- podawanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań nie dopuszczono do stanu niedożywienia dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 10: Zmniejszona diureza spowodowana odwodnieniem pacjentki.

Cel:

- poprawa diurezy pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- stałe monitorowanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi, OCŻ, diurezy pacjentki – ilość, zabarwienie moczu;
- kontrola świadomości dziecka według pediatrycznej skali Glasgow;
- dożylne nawadnianie dziecka zgodnie z indywidualną kartą zleceń;
- podawanie płynów drogą doustną – często i w małych ilościach;
- prowadzenie bilansu płynów;
- kontrola masy ciała 2 razy dziennie;
- obserwowanie napięcia i wilgotności skóry dziecka.

Ocena:

W czasie obserwacji dziecka nie udało się uzyskać poprawy diurezy.

Diagnoza pielęgniarska 11: Wybroczyny na skórze spowodowane zakażeniem meningokokowym.

Cel:

- zapobieganie rozprzestrzenianiu się krwotocznej wysypki.

Działania pielęgniarskie:

- oglądanie i pomiar wybroczyn na skórze, dokumentacja wyników;
- utrzymywanie skóry w czystości;
- stosowanie delikatnej pielęgnacji skóry dziecka;
- stałe monitorowanie parametrów życiowych pacjenta;
- podawanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań nie powstały nowe wybroczyny na skórze dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 12: Lęk związany ze stosowanymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi.

Cel:

- uspokojenie dziecka,
- zminimalizowanie lęku.

Działania pielęgniarskie:

- przed wykonywaniem zabiegów diagnostycznych i leczniczych przygotowanie psychiczne dziecka przez rozmowę;
- unikanie sytuacji, które mogą przestraszyć dziecko;
- próby odwrócenia uwagi dziecka podczas wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych.

Ocena:

W wyniku podjętych działań zmniejszono lęk dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej związane z wymiotami, biegunką i gorączką.

Cel:

- Likwidacja ryzyka wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej dziecka.

Działania pielęgniarskie:

- regularny pomiar wagi ciała dziecka 2 razy dziennie;
- prowadzenie bilansu płynów;
- codzienna obserwacja skóry dziecka – napięcia, elastyczności i wilgotności skóry;
- monitorowanie diurezy, tętna, ciśnienia tętniczego krwi i OCŻ;
- ocena stanu świadomości dziecka;

- obserwacja wymiocin oraz stolców i odnotowywanie ilości w karcie gorączkowej;
- podanie środków leczniczych według indywidualnej karty zleceń.

Ocena:

W wyniku podjętych działań nie wystąpiły zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej dziecka.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

Dalsza pielęgnacja dziecka w szpitalu powinna przede wszystkim opierać się na szczegółowej obserwacji pacjenta. Należy dbać o skórę dziecka, utrzymywać ją w czystości, stosować delikatną pielęgnację. Ważna jest kontrola zabarwienia powłok skórnych i pomiar wybroczyn. Istotne jest zapobieganie odparzeniom na skórze dziecka spowodowane potliwością i biegunką. W celu uniknięcia odparzeń należy często zmieniać pieluchę dziecka i używać kremów do pielęgnacji skóry u dzieci.

Należy dołożyć wszelkich starań w celu uniknięcia odwodnienia dziecka. Pielęgniarka powinna stale uczestniczyć w dożylnym nawadnianiu dziecka, kontynuować prowadzenie bilansu płynów, dokumentowanie wymiotów, ilości i jakości stolców oraz ilości wydalonego moczu.

Kontrola parametrów życiowych jest istotna w procesie leczniczym pacjenta. W sytuacji polepszenia stanu zdrowia dziecka należy zmniejszać przepływ tlenu, przy kontroli saturacji i liczby oddechów dziecka.

Dieta dziecka powinna być lekkostrawna, składać się z 5 małych posiłków o regularnej porze. Dodatkowo należy podawać dziecku płyny doustne.

Należy monitorować stan psychiczny dziecka i kontrolować świadomość za pomocą pediatrycznej skali Glasgow. Znacząca jest kontrola miejsc wkłuc dostępow naczyniowych.

Należy przeprowadzić edukację pacjentki oraz jej opiekunów, informując o istocie higieny rąk oraz poinformować o zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia szczepieniach pozwalających na ochronę przed zakażeniami.

WNIOSKI

Inwazyjną chorobę powodującą posocznicę u dzieci wywołują głównie meningokoki, *Haemophilus influenzae* typu B, bakterie gram-ujemne, paciorkowce, gronkowce i pneumokoki. Najbardziej narażone są dzieci w wieku do 5 lat. Nie należy lekceważyć niepokojących objawów ze strony organizmu dziecka takich jak: gorączka lub obniżona

temperatura ciała, brak apetytu, zaburzenia oddychania, wymioty, biegunka czy wybroczyny na skórze, ponieważ początek choroby nie wskazuje na stan zagrażający życiu dziecka. Profilaktyką zakażenia jest przede wszystkim higiena rąk. Bardzo ważne są także szczepienia ochronne, które najskuteczniej chronią przed zarażeniem. Leczenie sepsy zaczynamy od usunięcia potencjalnego źródła zakażenia, pobraniu posiewów krwi do badań laboratoryjnych i rozpoczęcia farmakoterapii. Aby uniknąć uszkodzeniu narządów wewnętrznych pacjenta należy uzupełnić łożysko naczyniowe.

Pielęgniarka opiekująca się dzieckiem z sepsą powinna wykazać się profesjonalizmem, a jednocześnie cierpliwością i wrażliwością. Istotna jest obserwacja dziecka, monitorowanie parametrów życiowych, wyznaczenie problemów pielęgnacyjnych i określenie celów pielęgnacji pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Kübler A.: Sepsa, Edra Urban & Partner, 2017
2. Szkutnik-Fiedler D., Prus J., Grześkowiak E.: Sepsis – fundamental information for pharmacists, GF 2013; 2, 26-28.
3. Reinhart K., Daniels R., Kissoon N., Machado F., Schachter R., Finfer S.: Recognizing Sepsis as a Global Health Priority — A WHO Resolution, The New England Journal of Medicine 2017; 377(5), 414–417.
4. Koichi Y., Naoka M.: Sepsis Pathophysiology and Anesthetic Consideration, CardiovascHematolDisord Drug Targets 2015; 15(1), 57–69.
5. Becker RE., BubeckWardenburg J.: Staphylococcus aureus and the skin: a longstanding and complex interaction, Skinmed 2015; 13(2), 111-119.
6. Henriques-Normark B., Tuomanen E. I.: The Pneumococcus: Epidemiology, Microbiology, and Pathogenesis, Cold Spring HarbPerspect Med, 2013; 3 a010215.
7. Ludwig E, Bonanni P, Rohde G, Sayiner A, Torres A.: The remaining challenges of pneumococcal disease in adults, EurRespir Rev 2012; 21(123), 57-65.
8. Van Tyne D., Martin M. J., Gilmore M.S.: Structure, Function, and Biology of the Enterococcus faecalisCytolysin, Toxins (Basel) 2013; 5(5), 895–911.
9. Lister P.D., Wolter D.J., Hanson N.D.: Antibacterial-Resistant Pseudomonas aeruginosa: Clinical Impact and Complex Regulation of Chromosomally Encoded Resistance Mechanisms, ClinMicrobiol Rev. 2009; 22(4), 582–610.

10. Lim J.Y., Yoon J.W., Hovde C.J.: A Brief Overview of Escherichia coli O157:H7 and Its Plasmid O157, *J MicrobiolBiotechnol* 2010; 20(1): 5–14.
11. Blount Z.D.: The unexhausted potential of E. coli, *eLife* 2015; 4: e05826.
12. Czekaj T., Ciszewski M.: Klebsiellapneumoniae NDM – nowa superbakteria, *Borgis - Medycyna Rodzinna* 2015; 1, 23-27.
13. Stryczyńska-Kazubska J, Małecka I, Wysocki J.: Zakażenie meningokokowe – aktualne dane epidemiologiczne, możliwości terapii i profilaktyki, *Zakażenia* 2012; 6, 64-70.
14. Minami M., Sakakibara R., Imura T., Watanabe M., Morita H., Kanemaki N., Ohta M.: Clinical Characteristics of Haemophilus influenzae at General Hospital in the Central Region of Japan, *Journal of Biosciences and Medicines* 2016; 4(6), 18-23.
15. Dąbrowiecka M., Piątek I., Obuchowski M., Dąbrowiecki Z., Olszański R.: Wykrywanie bakterii z gatunku acinetobacterbaumannii w próbkach medycznych i środowiskowych, *PolishHyperbaricResearch* 2014; 3(48), 19-32.
16. Spampinato C., Leonardi D.: Candida Infections, Causes, Targets, and Resistance Mechanisms: Traditional and Alternative Antifungal Agents, *Biomed Res Int.* 2013, nr artykułu: 204237.
17. Ventola C.L.: The Antibiotic Resistance Crisis, *Pharmacy and Therapeutics* 2015; 40(4), 277–283.
18. „Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej – podsumowanie”, *World Health Organization* 2009; 2-5.
19. Balk R.A.: Systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Where did it come from and is it still relevant today?, *Virulence* 2014; 5(1), 20–26.
20. Polat G., Ugan R. A., Cadirci E., Halici Z.: Sepsis and Septic Shock: Current Treatment Strategies and New Approaches, *Eurasian J Med.* 2017; 49(1), 53–58.
21. Kapoor R., Barnes K.: Noworodek. Choroby dzieci urodzonych o czasie. [w:] *Pediatrics*. Edra Urban & Partner 2016, 263.
22. Chybicka A., Dobrzańska A., Szczapa J., Wysocki J.: Pierwsze 2 lata życia dziecka. Przewodnik dla rodziców. Jak dbać o rozwój, pielęgnować i zapobiegać chorobom, *Medycyna Praktyczna* 2012.
23. Pollard A. J.: Meningococcal Disease, *Ulster Med J.* 2018; 87(2), 81–82.
24. Inwazyjna choroba meningokokowa (ICHM) w Polsce w 2017 roku Dane KOROUN Warszawa, 19.06.2018. Dostępne: <http://koroun.edu.pl/wp-content/uploads/2018/08/ICHM2017.pdf>

25. Skoczyńska A, Hryniewicz W. Zakażenia meningokokowe. *Pol Merk Lek* 2012; 32(191), 283-5.
26. Ferreira DM, Jambo KC, Gordon SB.: Experimental human pneumococcal carriage models for vaccine research, *Trends Microbiol* 2011; 19, 464-70.
27. Szczepienia.info Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. Szczepionka przeciwko pneumokokom. Dostępne: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/pneumokoki/2/#jakie-sa-objawy-zakazenia-pneumokokami>
28. CDC. Pneumococcal Disease. Clinical Features. Dostępne: <https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/symptoms-complications.html>
29. Agrawal A., Murphy T, F.: *Haemophilus influenzae* Infections in the *H. influenzae* Type b Conjugate Vaccine Era, *J ClinMicrobiol.* 2011; 49(11), 3728–3732.
30. Lissauer T., Clayden G.: Zakażenia i odporność [w:] *Pediatrics Elsevier Urban & Partner* 2013, 283.
31. Serwis polskiego rządu Ministerstwo Zdrowia, Szczepienia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczepienia>
32. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2017 roku Dane KOROUN Warszawa, 25.04.2018. Dostępne: <http://koroun.edu.pl/wp-content/uploads/2018/08/ICHp-2017.pdf>
33. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb SA, Beale RJ, Vincent JL, Moreno R.: Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012, *Crit Care Med.* 2013; 41, 580–637.
34. Rhodes A., Evans L.E., Alhazzani W. et al.: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016, *Intensive Care Med* 2017, 43, 304-377.
35. Jadamus-Niebrój D., Gawęda A.: Zasady opieki pielęgniarskiej nad noworodkami chorymi na posocznicę [w:] *Aktualne problemy w pielęgniarstwie pediatrycznym CurrentIssues in PediatricNursing*, Lulu.com, 2014, 6-13.

WYSTĘPOWANIE BÓLU KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK I PIEŁĘGNIARZY NA ODDZIAŁACH ZACHOWAWCZYCH I ZABIEGOWYCH

Katarzyna Kenigsman¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Częstość występowania bólów kręgosłupa jest problemem, który częstokrotnie występuje w naszym społeczeństwie. Wcześniej uważano, że problem bólowy kręgosłupa dotyczy tylko populacji w starszym wieku. Na tę chwilę badania wykazują, że problem ten dotyczy również ludzi młodych [1].

Opracowane wyniki potwierdzają, że bóle kręgosłupa są jedną z wielu najczęstszych przyczyn wizyty u lekarza. Według przeprowadzonych szacunków, aż 80-100% populacji dorosłej chociaż raz w swoim życiu doświadczyła nieprzyjemnego bólu kręgosłupa. Znaczący procent, bo aż 60-80% ludności Europy w wieku 30 lat cierpi na schorzenia bólowe kręgosłupa. Wadą kręgosłupa po 55 roku życia dotkniętych jest aż 98% ludności w Europie [2].

Choroby kręgosłupa to istotny problem społeczny. W wynikach ZUS, jest to najczęstsza przyczyna czasowej i całkowitej niezdolności do pracy. Praca pielęgniarki wiąże się z czynnościami fizycznymi, które wykonywane są w krótkim czasie, ale wielokrotnie podczas dyżuru. Wielokrotne dźwiganie pacjentów skutkuje zmianami strukturalnymi w naszym narządzie ruchu, co powoduje dolegliwości bólowe. Wynikiem tej pracy fizycznej jest przeciążenie narządu ruchu, ciągłe zmęczenie, pogorszenie stanu zdrowia, a co za tym idzie obniżenie efektywności i jakości wykonywanej przez nas pracy [3].

Główny wpływ na ograniczenie aktywności ruchowej ludzi ma rozwój cywilizacyjny oraz wzrost komfortu życia. Najbardziej narażone na ryzyko wystąpienia dolegliwości

bólowych są osoby, u których wcześniej wystąpił już epizod bólu kręgosłupa, a także czynniki ryzyka takie jak:

- Ciężka praca fizyczna,
- Pozycja podczas pracy,
- Rodzaj wykonywanej pracy,
- Liczba wykonywanych powtórzeń danej czynności,
- Czas wykonywania czynności [4].

Ponad połowa pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych podczas swojej pracy zawodowej potwierdza wystąpienie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Największym zagrożeniem dla układu mięśniowo-szkieletowego jest najczęściej podnoszenie i przenoszenie chorego oraz konieczność wystąpienia nienaturalnej pozycji ciała podczas wykonywania czynności przy pacjencie. Dla mężczyzn górną granicą do podnoszenia jest 50 kg, a dla kobiet 20 kg [4].

Grupa zawodowa pielęgniarek jest szczególnie narażona na przeciążenie układu ruchu, wiąże się to z działaniem czynników mechanicznych, które przekraczają wytrzymałość fizyczną organizmu oraz odpowiada za powstanie długotrwałych obciążeń statystycznych i dynamicznych.

Etiopatogeneza dolegliwości bólowych kręgosłupa

Wyróżnia się różne postacie występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa:

- Bóle pochodzenia mechanicznego (pourazowe, mechaniczne, zwyrodnieniowe)

Główną przyczyną większości chorób kręgosłupa są zmiany, które zachodzą w budowie i funkcjonowaniu krążka międzykręgowego. Powstają one w skutek przeciążenia, urazu lub zmian wrodzonych. Przyczyną mogą być także tzw. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, które powodują przewężenie przestrzeni międzyprzonowej, co zaburza to funkcję i konfigurację obciążonych stawów międzykręgowych. Zmiany, które powstają w stawach międzykręgowych powodują, że kręgi w kręgosłupie przemieszczają się względem siebie [5].

- Bóle reumatyczne

Błona maziowa zostaje zniszczona przez ludzkie leukocyty, co powoduje stan zapalny stawów. Występują dolegliwości stawów takie jak: silny ból, sztywność, ograniczona ruchomość i obrzęki. Dolegliwości dotyczą nie tylko osób w wieku podeszłym, mimo że choroba ta rozwija się dopiero po 50 roku życia. Aby zapobiec powstawaniu reumatyzmu zaleca się aktywność fizyczną, która chroni staw przed deformacją. Najczęściej występującą chorobą o podłożu reumatoidalnym wyróżniamy zesztywniające zapalenie stawów

kręgosłupa, która obejmuje stawy kręgosłupa, stawy biodrowo-krzyżowe oraz stawy obwodowe. Osobom, które zmagają się z dolegliwościami wiążącymi się z reumatyzmem zaleca się, aby ich dieta była bogata w kwasy tłuszczowe omega 3 oraz witaminę C [5].

- Bóle neurogenne

Ból neurogeny najczęściej występuje poprzez uszkodzenie nerwu. Głównym objawem występującym w tym przypadku jest ból. Dolegliwości lokalizowane są w okolicy kręgosłupa szyjnego, piersiowego oraz lędźwiowego [6].

- Choroby nowotworowe

W chorobach nowotworowych ból może wystąpić w każdym stadium choroby. W zależności od czynnika wywołującego wyróżniamy:

- ból wywołany aktualnym procesem nowotworowym,
- ból powstały na skutek wyniszczenia,
- ból powstały przez leczenie p/nowotworowe,
- bóle współistniejące, nie mające powiązania z procesem nowotworowym [6].

- Choroby układu moczowo-płciowego

Ciąża – podczas ciąży wzrasta masa ciała kobiety oraz zmienia się postawa ciała co jest przyczyną utraty stabilizacji kręgosłupa. Zmiany zachodzące w ciele kobiety zaburzają właściwe funkcjonowanie kręgosłupa, co jest przyczyną jego dolegliwości bólowych [6,7].

Zatrzymanie moczu – w skutek zatrzymania moczu człowiek odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa, które mogą być silne, lub mają niewielki stopień nasilenia.

Kolka nerkowa- objawy bólowe w trakcie kolki nerkowej nasilają się często w okolicy lędźwiowej, spowodowane jest to zablokowaniem odpływu moczu z nerek oraz wzrostem ciśnienia, które powoduje skurcz moczowodu [7].

Definicja bólu kręgosłupa

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Bólem, ból określa jako nieprzyjemne doświadczenie czuciowe oraz emocjonalne. Odczucia te związane są z uszkodzeniem tkanek. Ból kręgosłupa jest głównym objawem przeciążenia kręgosłupa [8].

Ból jest zjawiskiem jednostkowym, oraz stanowi doznanie emocjonalne oraz zmysłowe. Ból kręgosłupa jest nieprzyjemny, a jeśli jest przewlekły może wiązać się z cierpieniem. Według Amerykańskiego Towarzystwa Diagnoz Pielęgniarskich ból kręgosłupa jest to indywidualne doświadczenie, które wiąże się z uczuciem dyskomfortu, który wyrażony jest w bezpośredniej werbalnej komunikacji lub w sposób niewerbalny [8]. Bóle kręgosłupa stanowią jedną z najczęściej występujących przyczyn, która jest skutkiem konsultacji neurologicznych [8].

Bóle w dolnym odcinku kręgosłupa, są zazwyczaj nazywane „bólami krzyża”. Większość społeczeństwa, bo aż 80% odczuwa tego typu ból. Bóle te mają różne nasilenie. U większej liczbie osób nie stwierdza się żadnej choroby kręgosłupa, poza zamianami zwyrodnieniowymi. Trudno o dobrą definicję bólu kręgosłupa, przyjęto natomiast, nazywać tak każdy ból, który zlokalizowany jest w dolnym odcinku kręgosłupa lub pochodzi się z tego odcinka oraz promieniuje do pośladków oraz kończyn dolnych bądź górnych [6].

Bóle kręgosłupa mają najczęściej charakter nawrotowy, aby temu zapobiec należy znaleźć czynnik odpowiedzialny za powstający mechanizm bólowy. Prawie połowa osób, które doświadczyły bólu kręgosłupa, doświadczy tego ponownie [9].

Rodzaje bólu kręgosłupa

W różnicowaniu bólu kręgosłupa można wyróżnić pięć rodzajów:

- Ból mechaniczny – dotyczy ponad 90% bólów kręgosłupa i jego główną przyczyną jest ruch oraz brak lub nadmierna aktywność. Pojawia się zwykle podczas wysiłku, a ustępuje po odpoczynku. Odczuwalny jest w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, ale może promieniować również do kończyny dolnej.
- Ból zapalny – dotyczy tylko około 1% przypadków. Przyczyną takiego bólu jest stan zapalny np. zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, natomiast zmniejsza się po ćwiczeniach.
- Ból neurogenny – dotyczy około 5% przypadków, jego główną przyczyną jest ucisk na rdzeń kręgowy lub korzenie nerwów rdzeniowych. Najczęściej ma charakter rwący i promieniuje do kończyn związanych z drażnionym nerwem. Ból neurogenny wiąże się z parestezjami oraz skurczami mięśni. Główną przyczyną może być przepuklina krążka międzykręgowego oraz infekcja, rzadziej zwężenie kanału kręgowego.
- Ból uogólniony – jest skutkiem zajęcia przez infekcję trzonów kręgowych i krążków międzykręgowych.
- Ból psychogenny – objawy występują w nieproporcjonalnym stopniu do upośledzenia ruchowego. Często tym dolegliwościom współtowarzyszy objawy depresji lub problemy psychospołeczne [10].

Przyczyny dolegliwości bólowych

Trudności w leczeniu i diagnostyce związane z dolegliwościami kręgosłupa wiążą się z poprawną diagnostyką. Specjalistom w dziedzinach zajmującymi się dolegliwościami bólowymi kręgosłupa ciężko jest określić co jest bezpośrednią przyczyną bólu.

Odcinek szyjny i odcinek lędźwiowo-krzyżowy to miejsca gdzie dolegliwości bólowe kręgosłupa występują najczęściej. Przyczyn dolegliwości kręgosłupa jest wiele, natomiast nie można stwierdzić jednej konkretnej. Na ból kręgosłupa wpływa wiele czynników, które występują pojedynczo lub się kumulują [11].

Na zmiany w strukturach naszego organizmu mają wpływ różne czynniki zależne od nas samych. Rozwój dolegliwości bólowych jest skutkiem codziennego stylu życia i błędów jakie w nim popełniamy. Dotyczy to przyjmowania złej pozycji ciała, wymuszonej pozycji ciała np. w pracy, oraz małej lub brak aktywności fizycznej, spanie na nieodpowiednim materacu co w dużej mierze przyczynia się do pogorszenia kondycji naszego kręgosłupa lub jest główną przyczyną powstania dolegliwości [12].

Ból kręgosłupa jest dużym problemem społecznym i zarówno dużym wyzwaniem dla dzisiejszej medycyny. Dolegliwości bólowe kręgosłupa mają wiele przyczyn. W zależności od tego, czy ból odczuwalny jest tylko w odcinku kręgosłupa, czy także występuje w kończynach. Problem pojawia się kiedy ból miejscowy ból kręgosłupa wiąże się również z bólem rzutowanym i jest on odczuwalny również w innej części ciała, co jest spowodowane wspólnym unerwieniem korzeniowym. Przyczynami dolegliwości kręgosłupa, które nie dotyczą bólu kończyn są bóle powysiłkowe uszkodzonych więzadeł, bóle stawów, uszkodzenia mięśni oraz destrukcje kończyn. Natomiast jeśli bólowi kręgosłupa towarzyszą dolegliwości kończyn to są to bóle wynikające uszkodzeniem korzeni lub splotów. Czasami zdarza się tak, że ból kręgosłupa nie wynika z przyczyn neurologicznych i nie jest związany z układem szkieletowym [11,12].

Diagnostyka i leczenie bólu kręgosłupa

Diagnostyka bólów kręgosłupa jest bardzo zróżnicowana i obszerna. Przyczyną może być przyczyna nerwowa, kostna jak i neurologiczna. Najczęściej uważa się, że ból kręgosłupa spowodowany jest uszkodzeniem korzeniowym lub bólem mechanicznym. Nie należy zapominać, że źródłem bólów kręgosłupa mogą być również inne procesy patologiczne w obrębie jamy brzusznej. Głównym kluczem do sukcesu w dolegliwościach bólowych kręgosłupa jest diagnostyka. Dzięki diagnostyce można monitorować dotychczas zastosowane leczenie, rozpocząć kompleksowe leczenie przyczynowe oraz zastosować indywidualny program terapeutyczny [13].

Podstawowym elementem każdej wizyty, który ma duży wpływ jest wywiad oraz badanie przedmiotowe, szczególnie związane z testami ortopedycznymi i neurologicznymi. W przypadku wystąpienia ciężkich bólów konieczna jest hospitalizacja, której celem jest wykonanie badań diagnostycznych, które możliwe są tylko w warunkach szpitalnych [14].

Kręgosłup badany jest w pozycji stojącej, dzięki której możliwa jest ocena możliwości wystąpienia krzywizny kręgosłupa, oraz oceniania jest także ruchomość w poszczególnych odcinkach. Najważniejszym elementem podczas badania jest zidentyfikowanie źródła bólu kręgosłupa. Dzięki badaniu można dowiedzieć się czy ból związany jest z istniejącą patologią kręgosłupa czy też wiąże się z innymi chorobami. Aby było możliwe podjęcie właściwego leczenia należy wykonać takie badania jak Rezonans Magnetyczny, który umożliwia ocenę rdzenia lędźwiowo-krzyżowego oraz splotu lędźwiowo- krzyżowego, a także służy do oceny nerwów obwodowych. Najbardziej przydatne jest te badanie w przypadku gdy pacjent zgłasza ból kręgosłupa połączony z korzeniowymi dolegliwościami. Tomografia komputerowa pozwala na ocenę struktur kostnych, anatomiczny stan kręgosłupa oraz szerokość kanału kręgowego [14,15].

Podstawowym działaniem terapeutycznym jest profilaktyka, która ma bardzo duże znaczenie w przebiegu rozwoju schorzenia kręgosłupa. Głównym jej zadaniem jest edukacja pacjenta, która powinna skutkować wzrostem świadomości w zakresie patomechanizmu bólu kręgosłupa oraz konsekwencji, które powstają z powodu braku wiedzy [2,14,15].

Podstawowe funkcje kręgosłupa

Można wyróżnić trzy główne funkcje kręgosłupa:

- Funkcja ochronna- funkcję ochroną realizuje dzięki wielu czynnikom, rdzeń chroniony jest w kanale kręgowym przez struktury kostne, które ograniczają otwór kręgowy, a także przez mocne więzadła, które są dodatkowym zabezpieczeniem przed urazami. Główną rolę spełniają elastyczne połączenia kręgów.
- Funkcja podporowa – funkcja ta powiązana jest z pionową postawą człowieka. Charakterystyczny dla tej funkcji jest wzrost masywności, co wiąże się ze wzrostem odporności kręgosłupa. Działanie obciążenia wzrasta na im niżej położone kręgi.
- Funkcja lokomocyjna – występowanie aparatu więzadłowego i krążków międzykręgowych sprawia, że ruchomość kręgów między sobą jest niewielka. Największą ruchomość wykazuje odcinek szyjny, ponieważ składa się z niedużych kręgów, które umożliwiają ruchy. Odcinek lędźwiowy charakteryzuje się mniejszą ruchomością ze względu na masywniejszą budowę kręgów [16].

Ważne jest, aby pamiętać, że funkcję stabilizacyjną należy brać jako pierwszą pod uwagę nad funkcją ruchową, co jest szczególnie ważne podczas wykonywania terapii. Przecenienie roli ćwiczeń, które powodują zwiększanie ruchomości w kręgosłupie mogą być przyczyną zaburzeń innych funkcji [16].

Ergonomia pracy

W Polsce większość szpitali ma nieergonomiczne pomieszczenia oraz sprzęt, który nie jest dostosowany do istniejących warunków. Niewątpliwie można wyróżnić wiele grup zawodowych, które w swojej pracy są narażone na przeciążenia kręgosłupa. Zawód pielęgniarki wiąże się często z pracą z pacjentami w podeszłym wieku, którzy nie współpracują. W ostatnich latach pogłębia się problem z otyłością, co wiąże się z pobytem w szpitalu. Nieprzytomność, stan, otyłość chorych ma związek z obciążeniem dla personelu pielęgniarskiego. Następstwem pracy w takich okolicznościach są dolegliwości bólowe kręgosłupa, które są skutkiem zmian zwyrodnieniowych i przewlekłych schorzeń układu narządu ruchu. Zapobieganie chorobom kręgosłupa jest istotnym czynnikiem ze względu na ich finansowe i społeczne konsekwencje. Ergonomia jest najwyższą formą profilaktyki. W pracy powinny być stosowane rozwiązania ergonomiczne, dzięki którym personel i pacjent będzie miał zapewnione bezpieczeństwo [17].

Wybrane metody kinezyterapii stosowane w dolegliwościach bólowych kręgosłupa

Kinezyterapia stanowi niejednokrotnie najważniejszą część procesu usprawniania. Jej zastosowanie jest dość szerokie. Metoda ta to samodzielny sposób wspomagania procesów leczniczych, która jest adekwatna do stanu choroby opierając się na celowo dobranych z uzasadnieniem działań leczniczych [17].

Metoda McKenzie – metoda stosowana jest w leczeniu i profilaktyce bólów kręgosłupa. Opiera się na wnikliwym badaniu oraz diagnozie dzięki, której klasyfikuje się do jednego z trzech podzespołów klinicznych. Wyróżniamy podzespół kliniczny posturalny, dysfunkcyjny oraz strukturalny. Zespół strukturalny dotyczy struktur tkankowo-stawowych, które są nadwyrężone przez nieprawidłowe i długotrwałe siedzenie. Zespół dysfunkcyjny obejmuje tkanki, które są przeciążone przez np. zrosty, przykurcze. Zespół strukturalny związany jest ze strukturami, które znajdują się wewnątrz oraz na zewnątrz segmentu kręgowego [18].

Główna część terapii metodą McKenziego skupia się na edukacji pacjenta odnośnie ergonomii podczas wykonywania codziennych czynności, zwłaszcza zwracając uwagę na te, które są wykonywane z dużym obciążeniem. Ważnym elementem, którego trzeba przestrzegać przez cały czas trwania terapii jest utrzymanie właściwej postawy ciała w czasie

siedzenia, stania i wykonywania czynności. Rola pacjenta w terapii jest bardzo ważna i skupia się na tym, aby pacjent zrozumiał, że jest on aktywnym współtwórcą procesu leczenia. Techniki McKenziego mają na celu zapobieganie nawrotom dolegliwości, a jej postępowanie i zastosowanie pokazuje możliwość całkowitego wyleczenia [18].

Metoda Butlera- neuromobilizacje- metoda opiera się na połączeniu różnych technik terapii manualnej, która dotyczy tkanki nerwowej i jej struktur. Metoda neuromobilizacji ma wpływ na plastyczność układu nerwowego, która umożliwia przystosowanie układu do zmiennych obciążeń podczas aktywności fizycznych [19]. Usprawnianie w tej metodzie opiera się na:

- wykorzystaniu testów napięciowych poszczególnych nerwów,
- wykorzystaniu zabiegów mobilizacji, które wpływają na układ nerwowy,
- stosowanie zachowań profilaktycznych [19].

Metoda S-E-T- jest to metoda tzw. słabych ogniw, które mają wpływ na całą terapię. Zdaniem autorów dzięki odpowiedniej sekwencji ćwiczeń można skutecznie odtworzyć fizjologiczną kontrolę nerwowo-mięśniową. Ćwiczenia należy dostosować do aktualnego stanu i samopoczucia chorego. Głównym celem tej metody jest zmniejszenie dolegliwości bólowych. Ćwiczenia należy dobierać indywidualnie do każdego pacjenta. Należy stopniowo zwiększać wpływ siły grawitacji, do ćwiczeń wykorzystywać podłoże niestabilne, zwiększać powtórzenia oraz liczbę serii. Terapia opiera się na pracy w łańcuchy kinematycznym otwartym i zamkniętym. Otwarty polega na przywróceniu prawidłowej funkcji mięśni stabilizujących, natomiast w łańcuchu zamkniętym ćwiczenia aktywizują całe zespoły mięśniowe [19].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Nie dziwi już fakt, że coraz więcej osób skarża się na dolegliwości bólowe kręgosłupa, co spowodowane jest coraz trudniejszą mobilizacją do podejmowania aktywności ruchowej. Dolegliwości bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych chorób narządu ruchu. Nieprawidłowa postawa ciała przyczynia się do dolegliwości bólowych kręgosłupa. Dolegliwości kręgosłupa występują u ponad 80% społeczeństwa. Występowanie bólu ma duży wpływ na jakość naszego życia, dlatego ważne jest, żeby ten ból zminimalizować bądź wyeliminować go całkowicie.

Celem pracy było:

1. Ocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek.

2. Ocena wpływu bólu kręgosłupa na ludzi, oraz jak sobie z nimi radzą.
3. Analiza i ocena zebranych informacji na podstawie kwestionariusza ankiety.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród 120 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży. Badanie odbyło się na początku 2020 roku. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Do jego przeprowadzenia wykorzystano anonimowy autorski kwestionariusz ankiety.

Ankieta była w pełni dobrowolna i anonimowa. Przystąpienie do ankiety wiązało się z wyrażeniem zgody na jej wypełnienie. Respondenci mieli prawo w każdej chwili do zrezygnowania z wypełniania ankiety.

WYNIKI

Na potrzeby niniejszej pracy badaniem objęto 120 pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy w latach 2018-2020 byli pracownikami oddziałów zabiegowych lub zachowawczych Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety, których odsetek wynosił 91%. Odsetek mężczyzn wynosił jedynie 9%.

Biorąc pod uwagę wiek ankietowanych najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 46-55 lat – 42%. Kolejną pod względem liczności grupą były osoby w wieku 56 lat i starsze a ich odsetek sięgał 29%. Respondenci między 36 a 45 rokiem życia stanowili 21%. 7% ogółu badanych obejmowały osoby w wieku 26-35 lat, z kolei najmniej liczną grupę stanowiły osoby najmłodsze. 25 lat i mniej posiadało jedynie 1% respondentów.

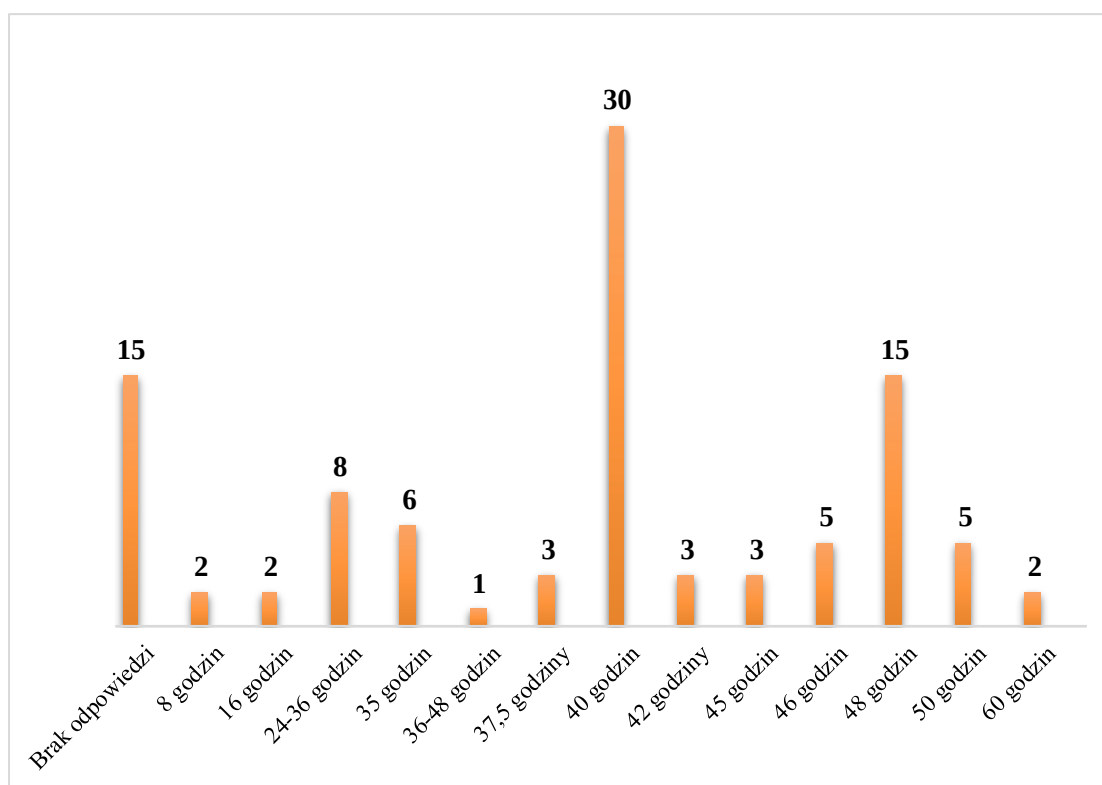
Analizując poziom wykształcenia, respondentów podzielono na 4 grupy. Najliczniejszą grupę - niemal połowę ogółu, stanowili ankietowani z poziomem wykształcenia średnim i stanowili oni 47% badanych. 53% obejmowali ankietowani z poziomem wykształcenia wyższym, z czego 30% z wykształceniem wyższym licencjackim a 23% - wyższym magisterskim. Żaden z respondentów nie posiadał wykształcenia doktorskiego.

Ponad połowa ankietowanych – 59% - miejsce zamieszkania określiła jako miasto poniżej 100 tys. mieszkańców. 27% respondentów było mieszkańcami miasta z ilością mieszkańców powyżej 100 tysięcy. Jedynie 14% badanych było mieszkańcami wsi.

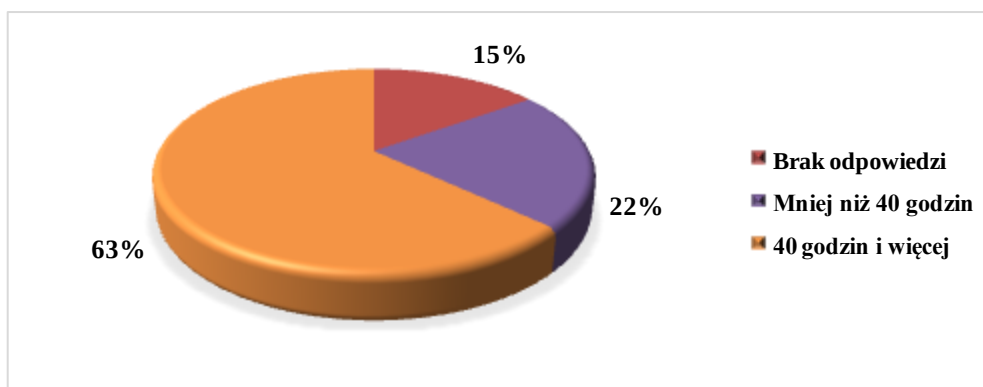
Biorąc pod uwagę stan cywilny ankietowanych, najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamężne lub żonate – 68%. Podobny odsetek wśród respondentów stanowiły osoby stanu wolnego (panna/kawaler) – 15%, jak też rozwiedzione – 12%. Jedynie 5% ankietowanych straciło małżonka i tym samym ich stan cywilny określany był jako wdowiec/wdowa.

Zgodnie z uzyskanymi odpowiedziami najliczniejszą grupą były osoby pracujące w oddziałach o profilu zabiegowym – 62%. 33% respondentów pracowało w oddziałach zachowawczych. 5% ankietowanych nie wybrało żadnej odpowiedzi.

Właściwą część ankiety rozpoczęło pytanie dotyczące ilości tygodniowego czasu pracy. 15% respondentów z niewiadomych przyczyn nie udzieliło żadnej odpowiedzi, z kolei u pozostałych respondentów tygodniowy czas pracy został szczegółowo przedstawiony na Rycinie 1 i 2. Średni tygodniowy czas pracy ogółu respondentów wynosił 41 godzin. Najmniejszą podaną przez ankietowanych liczbą godzin było 8 a największą aż 60. Najwięcej respondentów zadeklarowało pracę w wymiarze 40 godzin tygodniowo – 30%. Poniżej 40 godzin pracowało 22 %, z kolei więcej niż 40 – 33%. Na uwagę zasługuje również fakt, że ponad połowa ankietowanych pracowała 40 i więcej godzin tygodniowo – 63%.



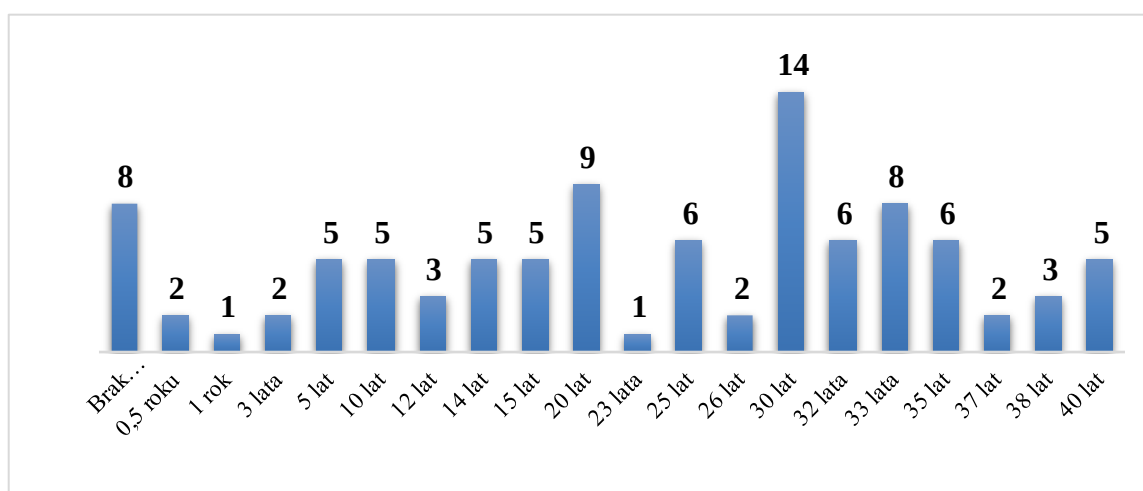
Ryc. 1 Tygodniowy czas pracy ankietowanych.



Ryc. 2 Tygodniowy czas pracy respondentów z podziałem na grupy.

Wśród ogółu ankietowanych aż 70% pracowała w systemie dwuzmianowym. Pozostałe 30% respondentów określiła swój system pracy jako jednozmianowy.

Analizując staż pracy ankietowanych – 8% nie udzieliło żadnej odpowiedzi. Średni staż pracy ogółu respondentów wynosił 23 lata. Najmniejszy staż pracy wynosił 0,5 roku – 2%, a najdłużej respondenci pracowali 40 lat – 5%. Najwięcej ankietowanych – 14% - pracowała 30 lat. 40 letni staż pracy posiadało jedynie 5% ankietowanych (Ryc. 3).

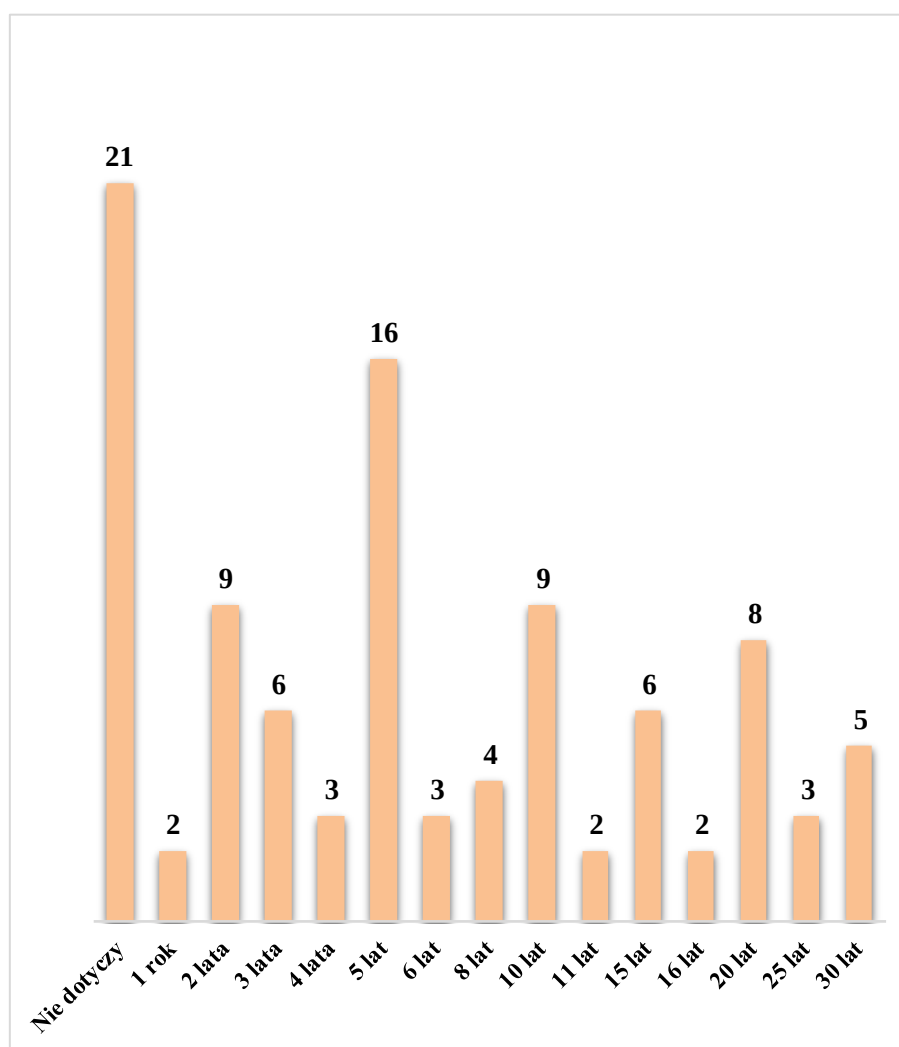


Ryc. 3 Staż pracy ankietowanych.

W pytaniu dotyczącym oceny aktualnego stanu zdrowia respondentów żaden z ankietowanych nie odpowiedział, że uważa swój stan zdrowia za bardzo dobry. 80% ankietowanych uznała swój stan zdrowia za dobry. 16% respondentów uważa stan zdrowia za zły a 4% - bardzo zły.

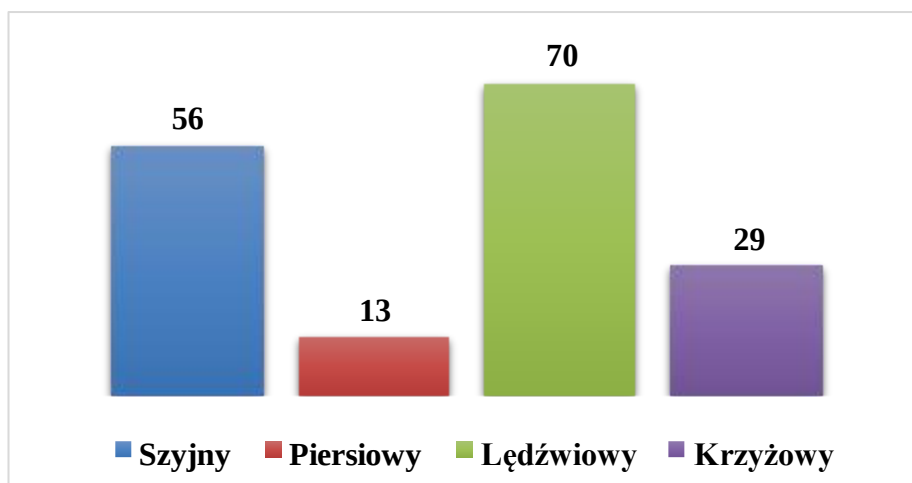
Na uwagę zasługuje fakt, że aż 87% respondentów deklaruje odczuwanie dolegliwości bólowych, z kolei jedynie 13% ankietowanych ból nie występuje.

Biorąc pod uwagę czas występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa, 21% ankietowanych uznała, że ten problem ich nie dotyczy. Najdłużej respondenci odczuwają dolegliwości bólowe od 30 lat – 5%, a najkrócej 1 rok – 2%. Średnio dolegliwości bólowe kręgosłupa występują u respondentów od 10 lat. Największa liczba badanych bóle kręgosłupa odczuwa od 5 lat – 16%. Szczegółowo dane te przedstawione są na Rycinie 4.



Ryc. 4 Długość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa.

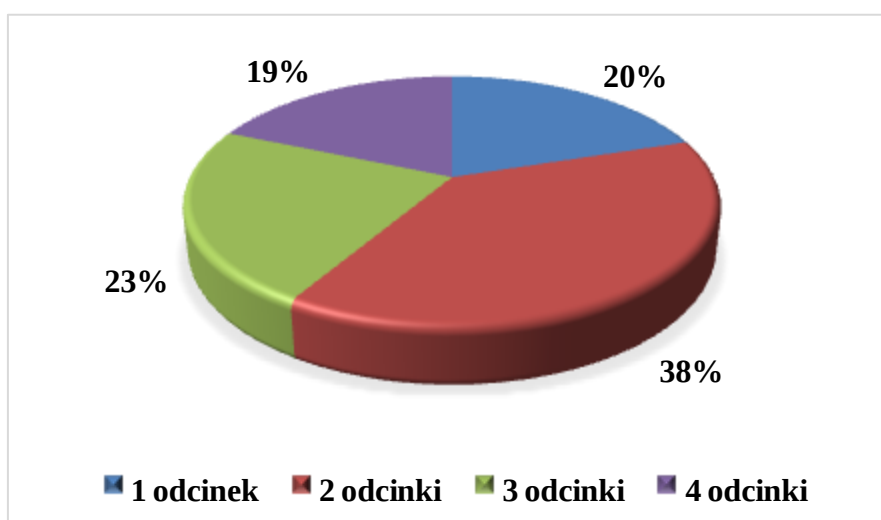
Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród ankietowanych dotyczyły najczęściej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, który wybrało 70 ankietowanych. Kolejnym co do częstości wyboru i tym samym bolesności był szyjny odcinek kręgosłupa – 56 badanych. Najmniej dolegliwości bólowych sprawiał odcinek piersiowy kręgosłupa (Ryc. 5).



Ryc. 5 Odcinek kręgosłupa, w którym najczęściej wśród ankietowanych występowały dolegliwości bólowe

**Liczby nie sumują się do 100%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi*

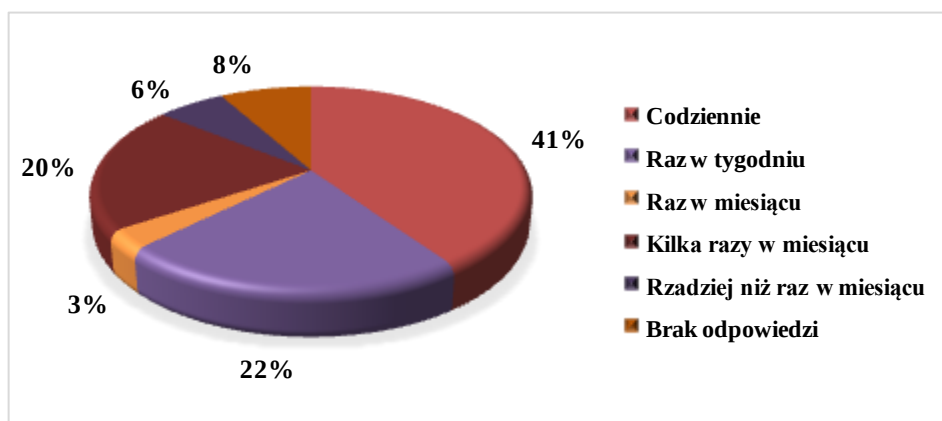
Na uwagę zasługuje fakt, że w większości przypadków dolegliwości bólowe nie obejmowały tylko jednego odcinka kręgosłupa, a dwóch – 38%. Trzy odcinki kręgosłupa, w których występował ból wybrało 23% chorych. Tylko jeden odcinek przysparzający dolegliwości wybrało jedynie 20% badanych, z kolei wszystkie cztery 19% (Ryc.6).



Ryc. 6 Ile odcinków kręgosłupa dotyczą dolegliwości bólowe?

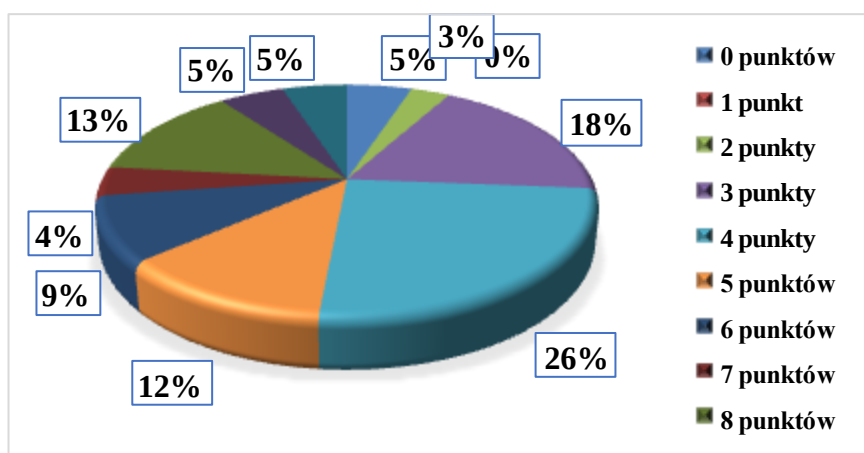
W pytaniu dotyczącym częstości występowania dolegliwości bólowych niestety najczęściej wybieraną odpowiedzią było codziennie – 41% ankietowanych. U 22%

respondentów bóle kręgosłupa występowały raz w tygodniu a u 20% tylko raz w miesiącu. 3% ankietowanych częstotliwość dolegliwości bólowych określiła na kilka razy w miesiącu (Ryc. 7).



Ryc. 7 Częstość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród ankietowanych.

Na uwagę zasługuje fakt, że dolegliwości bólowe kręgosłupa aż w 52% przypadków są na tyle silne, że przeszkadzają respondentom w wykonywaniu pracy zawodowej. Pozostałe 48% pomimo odczuwanego bólu jest w stanie bez przeszkód wykonywać obowiązki zawodowe.

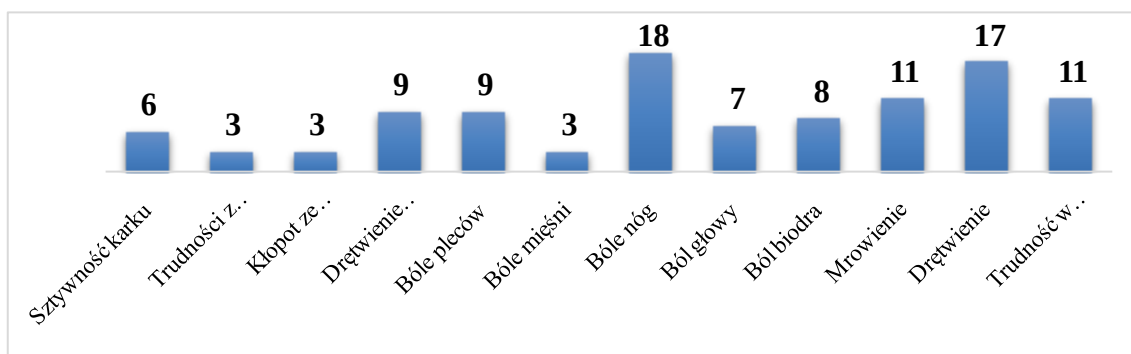


Ryc. 1 Ocena natężenia bólu kręgosłupa w skali NRS według respondentów.

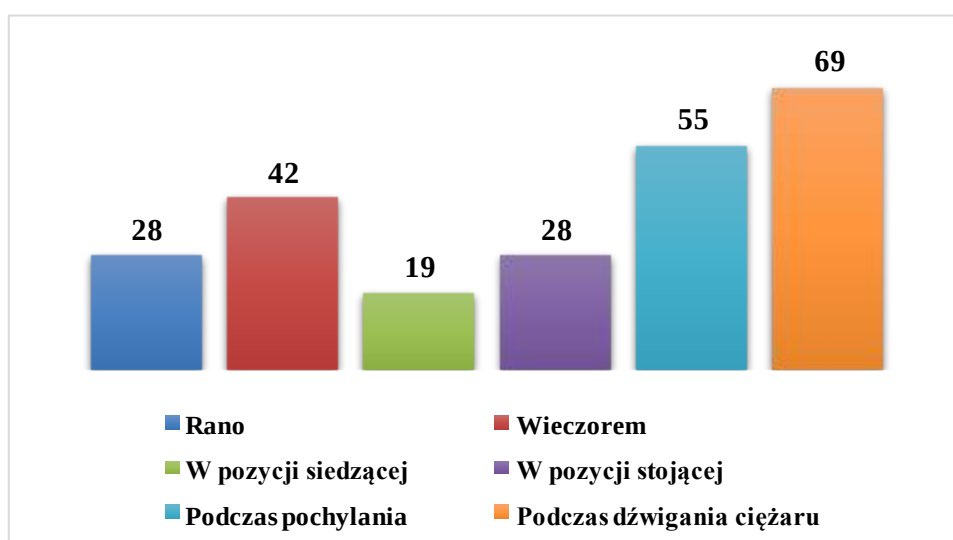
Ankietowani występujący ból określali średnio na 5 punktów w skali NRS. Najmniejsza ilość punktów, to 0 a największa – 10. Najczęściej ankietowani określali występujący ból na 4 punkty w skali NRS – 26% a najrzadziej na 2 punkty – 3%. Ból wyższy

lub równy 5 zaznaczyło 48% ankietowanych. Ocenę bólu w skali NRS przez ankietowanych szczegółowo określa Ryc. 8.

U większości ankietowanych bólom kręgosłupa towarzyszyły inne dolegliwości. Najczęściej występującym objawem dodatkowym były bóle nóg – 18 ankietowanych oraz drętwienie kończyn – 17 respondentów. Najrzadziej poza bólem kręgosłupa występowały trudności z odwracaniem głowy, kłopot ze schylaniem oraz bóle mięśni – po 3 ankietowanych (Ryc. 9)



Ryc. 2 Najczęściej występujące dolegliwości towarzyszące bólom kręgosłupa.

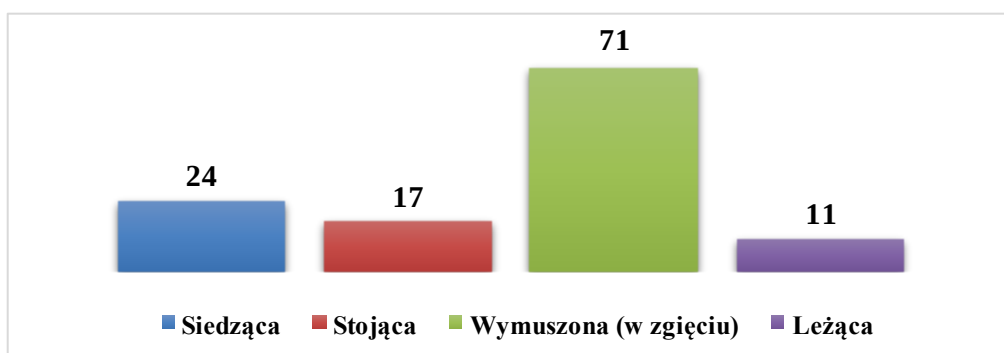


Ryc. 3 Okoliczności sprzyjające występowaniu dolegliwości bólowych wśród badanych (odpowiedź wielokrotnego wyboru).

Dolegliwości bólowe kręgosłupa najczęściej pojawiały się podczas dźwigania ciężarów – 69 odpowiedzi oraz podczas pochylania – 55 odpowiedzi. 42 ankietowanych

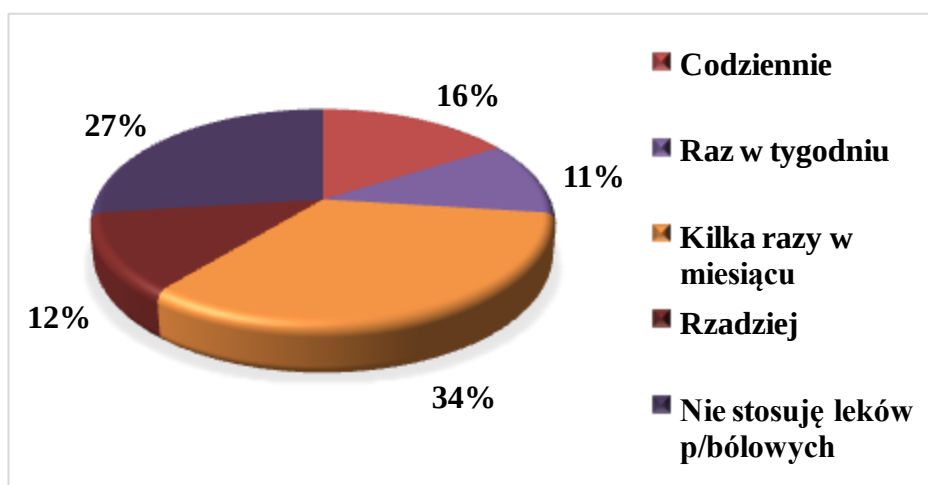
odczuwało bóle kręgosłupa wieczorem, po przepracowanym dniu a 28 – rano oraz w pozycji stojącej. Najmniej sprzyjającą występowaniu dolegliwości była pozycja siedząca – 19 odpowiedzi (Ryc. 10).

U 71 ankietowanych występujące dolegliwości bólowe kręgosłupa ulegały nasileniu w zgięciu, a więc w pozycji wymuszonej. 24 respondentów intensywniej ból odczuwała w pozycji siedzącej a 17 – w stojącej. Najmniej nasilającą dolegliwości bólowe pozycją była pozycja leżąca, którą wybrało jedynie 11 ankietowanych (Ryc. 11).



Ryc. 4 Pozycje nasilające dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród badanych (odpowiedź wielokrotnego wyboru).

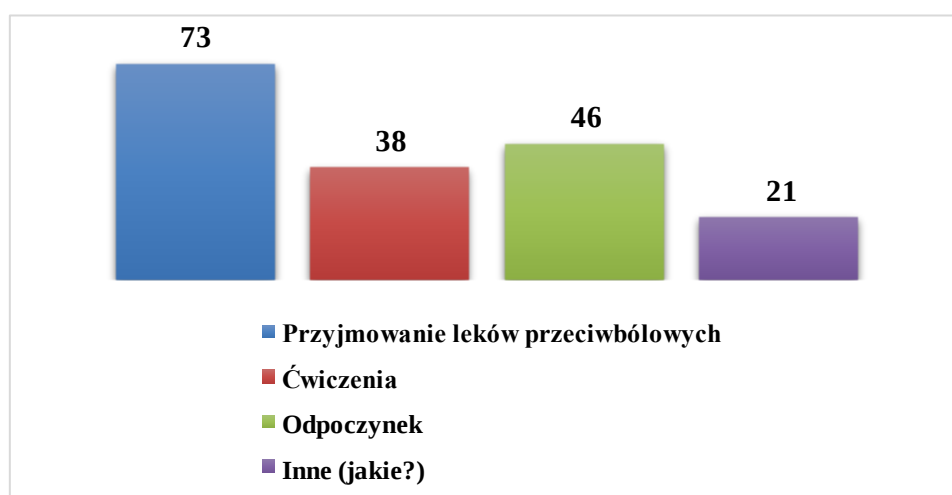
Zdecydowana większość ankietowanych stosowała leki p/bólowe – 73%. Pozostałe 27% ankietowanych środków uśmierzających ból nie zażywała.



Ryc. 12 Częstość stosowania leków p/bólowych przez ankietowanych.

Respondenci najczęściej leki p/bólowe przyjmowali kilka razy w miesiącu – 34% ankietowanych. 27% respondentów nie przyjmowała leków p/bólowych. 16% ankietowanych musiała zażywać leki codziennie (Ryc. 12).

Najczęściej wybieranym sposobem radzenia sobie z bólem było przyjmowanie leków p/bólowych – 73 respondentów. 46 ankietowanych jako skuteczną formę uśmierzania bólu uważało odpoczynek. 38 badanych wykonywało w celu zniwelowania bólu ćwiczenia a 21 korzystało z innych form pomocy (Ryc. 13).

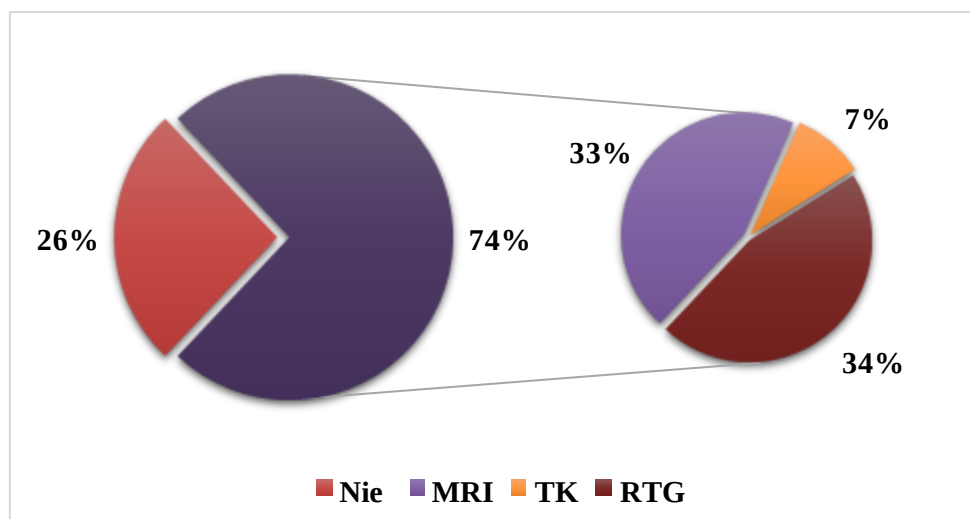


Ryc. 13 Sposoby radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi.

U 66% respondentów ból pojawiał się incydentalnie, w zależności od wykonywanych czynności. U pozostałych 34% ankietowanych ból był nagły, niezależny od wykonywanych czynności.

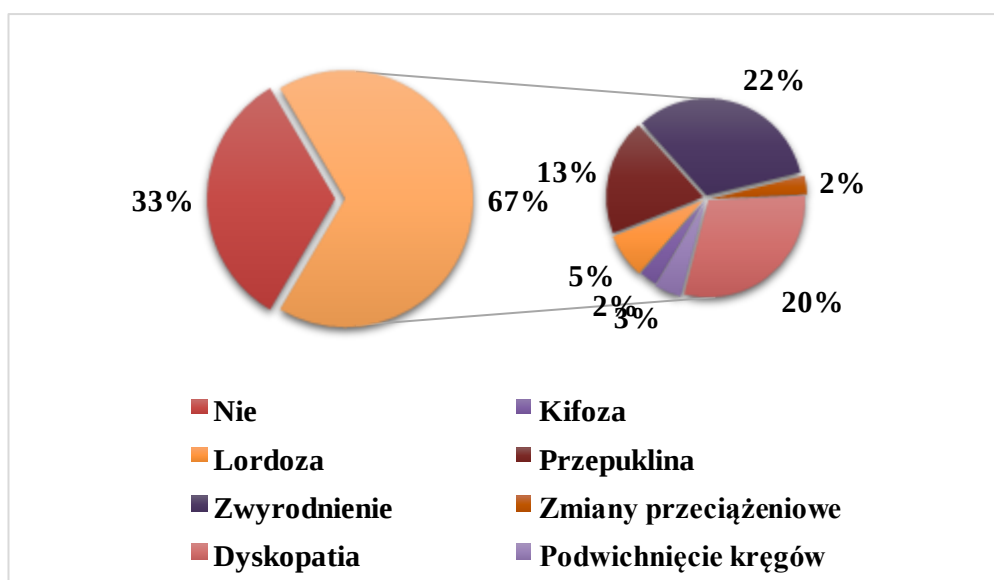
38% respondentów charakter bólu kręgosłupa określiło jako przewlekły, co stanowiło najczęściej wybieraną odpowiedź. 26% respondentów ból określało jako rwący a 23% - kłujący. 13% ankietowanych charakter bólu określiła jako ostry.

Aż 26 ankietowanych w związku z posiadanymi dolegliwościami nie miało wykonanych żadnych badań obrazowych. Wśród pozostałych 74% u których wykonano jakąkolwiek diagnostykę największy odsetek stanowili badani z wykonanym RTG kręgosłupa – 34%. Niemal taki sam odsetek respondentów miało wykonanych MRI – 33%. Najmniej popularnym badaniem była tomografia komputerowa – 7% (Ryc. 14).



Ryc. 14 Rodzaj wykonywanych przez ankietowanych badań.

W 67% przypadków wykonane badania pozwoliły na postawienie diagnozy. Najczęściej występującą chorobą wśród ankietowanych było zwyrodnienie – 22% badanych. U 20% respondentów zdiagnozowano dyskopatię a u 13% przepuklinę. Szczegółowo zagadnienie to przedstawia Rycina 15.



Ryc. 15 Czy wykonane badania zdiagnozowały jakieś schorzenia?

U zdecydowanej większości respondentów nie były wykonywane żadne zabiegi dotyczące schorzeń kręgosłupa – 77%. Jedynie 23% ankietowanych zadeklarowało, że miało wykonywane zabiegi na kręgosłup w postaci rehabilitacji.

W pytaniu dotyczącym wpływu występujących dolegliwości na aktywność zawodową, połowa ankietowanych – 50% uważa, że występujący ból lekko ogranicza wykonywanie obowiązków służbowych, 26% respondentów czuje się bardzo ograniczona przez ból podczas pracy zawodowej a pozostałe 24% uważa, że ból nie wpływa na ich pracę.

Najpopularniejszy sposobem postępowania w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych było samoleczenie stosowane przez 60% ankietowanych. 30% respondentów zasięgała opinii i pomocy lekarza. Jedynie 10% badanych korzystała z pomocy fizjoterapeutów.

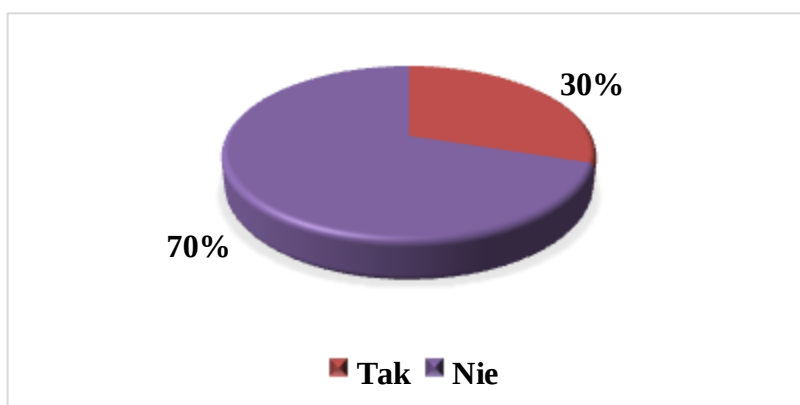
66% ankietowanych uważa, że ich praca ma wpływ na stan zdrowia. 34% respondentów nie widzi zależności między wykonywaną pracą, a samopoczuciem.

Niestety u 74% ankietowanych dolegliwości bólowe w dalszym ciągu pogłębiają się. Jedynie 26% badanych uważa, że ich nasilenie nie ulega zmianie.

Jedynie 25% ankietowanych posiadało dolegliwości bólowe przed rozpoczęciem pracy. Aż 75% respondentów fakt rozpoczęcia pracy łączy z pojawieniem się dolegliwości bólowych kręgosłupa.

73% respondentów pomimo dolegliwości bólowych było w stanie wykonywać obowiązki służbowe i nie skorzystało z możliwości pójścia na zwolnienie lekarskie. 27% ankietowanych z uwagi na nasilone dolegliwości musiało skorzystać ze zwolnienia.

Jedynie u 30% respondentów w wyniku odczuwanego bólu pojawiły się myśli dotyczące zmiany stanowiska pracy. 70% ogółu badanych nie rozważało zmiany pracy, pomimo odczuwanych dolegliwości (Ryc. 16).



Ryc. 5 Czy z powodu dolegliwości bólowych myślał Pan/Pani o rezygnacji z pracy?

DYSKUSJA I OMÓWIENIE WYNIKÓW

Zespoły bólowe kręgosłupa są coraz częściej występującym schorzeniem w XIX wieku niezależnie od wieku. Praca w zawodzie pielęgniarki w dużym stopniu sprzyja dolegliwościom kręgosłupa ze względu na rodzaj wykonywanych obowiązków, co sprzyja nie tylko dolegliwościom kręgosłupa, a także całego układu ruchu. W przeprowadzonych badaniach aż 87% respondentów potwierdza występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Podobne wyniki badań uzyskał Kozłowski [20] i współautorzy w pracy na temat oceny częstości występowania bólu kręgosłupa oraz stylu i jakości życia wśród osób z bólem kręgosłupa. Badanie przeprowadzono w Lublinie. W przebadanej grupie aż 93,2% ankietowanych skarży się na dolegliwości bólowe kręgosłupa.

Z badań własnych wynika, że dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród ankietowanych dotyczą najczęściej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, ze 120 ankietowanych, aż 70 osób wybrało ten odcinek jako najczęstsze miejsce występowania dolegliwości. W badaniu przeprowadzonym przez Maciuk [21] oraz współautorów można zauważyć podobieństwo w przeprowadzonych wynikach, ponieważ na 100 ankietowanych, aż 81% z nich uskarża się na dolegliwości bólowe najczęściej w odcinku dolnym kręgosłupa. Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Darecką [22] w 2010 roku, aż 81% ankietowanych pielęgniarek odpowiedziało, że najczęściej występujący ból to ten w okolicy lędźwiowej.

Według badań najmniej bolącym odcinkiem kręgosłupa okazał się odcinek piersiowy, w badaniach własnych taką odpowiedź wybrało tylko 13 ankietowanych. Podobne dane uzyskała Zyznawska [23] gdzie taką odpowiedź wybrało tylko 7,5% ankietowanych.

Zyznawska [23] w swoich opracowanych wynikach, zauważa, że najczęściej występującym czynnikiem wywołującym ból kręgosłupa według ankietowanych jest schylanie się, podnoszenie ciężarów oraz dłuższe przebywanie w pozycji stojącej.

Badania własne wykazały, że najczęstszą przyczyną występowania dolegliwości kręgosłupa pielęgniarek i pielęgniarzy jest podnoszenie ciężarów, aż 69 osób na 120 badanych zaznaczyło taką odpowiedź. 55 ankietowanych uważa, że dolegliwości bólowe kręgosłupa nasilają się podczas pochylania, 42 ankietowanych odczuwało ból najczęściej wieczorem po przepracowanym dniu, natomiast 28 osób rano w pozycji stojącej.

W badaniu przeprowadzonym przez Hagnera i Dobrowolną [24] 56% pielęgniarek przyznało się do stosowania środków przeciwbólowych, ale tylko 24,8% z nich potwierdza ich rezultat. W badaniach własnych aż 73 respondentów potwierdza zażywanie środków

p/bólowych. 46 ankietowanych uważa jednak, że skuteczną formą uśmierzania bólu jest odpoczynek, 38 badanych wykonywało ćwiczenia w celu zniwelowania bólu, a 21 korzystało z innych form pomocy. W pracy badawczej Leszczyńskiej i wsp. [25] najczęstszą formą radzenia sobie z bólem było stosowanie farmakoterapii. Maciuk [21] w swoich badaniach pokazał, że niemal połowa ankietowanych nie stosowała żadnego leczenia, a 46% korzystało z metod łagodzących dolegliwości kręgosłupa. W badaniach Leszczyńskiej i wsp. stosowanie środków farmakologicznych przez pielęgniarki było najczęściej wybieraną metodą.

Pomimo tak dużej liczby osób potwierdzających występowanie dolegliwości kręgosłupa to u zdecydowanej większości, bo aż 77% nie były wykonywane żadne zabiegi. Jedynie 23% ankietowanych zadeklarowało, że miało wykonywane zabiegi w formie rehabilitacji.

Charakter dolegliwości bólowych jest zależny od tego na jakim oddziale się pracuje. Maciuk Mi współautorzy [21] w swoich badaniach z 2012 roku udowodnili, że dolegliwości bólowe kręgosłupa nasilają się wraz z długością pracy. W tych badaniach wykazano również, że główny wpływ na występowanie dolegliwości bólowych miała pozycja wymuszona.

W badaniach własnych w pytaniu wielokrotnego wyboru dotyczącym pozycji nasilającej dolegliwości bólowe kręgosłupa aż u 71 ankietowanych występujące dolegliwości bólowe kręgosłupa nasilały się w zgięciu, a więc w pozycji wymuszonej. 24 respondentów ból odczuwała w pozycji siedzącej, a 17 w stojącej. Najmniej nasilającą pozycją okazała się pozycja leżąca, ponieważ wybrało ją tylko 11 ankietowanych.

Dobrzeńicka Agnieszka i Pogorzała Adam [26] w swoim artykule na temat wybranych zagadnień profilaktyki i postępowania w zespołach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa zaznacza, zwraca uwagę na to, że aż 90% osób z występującymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa nie trafia do lekarza.

W badaniu własnym zauważa się, że aż najpopularniejszym sposobem w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych jest samoleczenie, aż 60% ankietowanych udzieliło takiej odpowiedzi. Natomiast tylko 30% respondentów zasięgała opinii i pomocy lekarza. Jedynie 10% badanych korzystała z pomocy fizjoterapeutów. Również Derewiecki wraz ze wsp. [2] w podobnych badaniach opublikowanych w 2012 roku zauważa, że 37,6% ankietowanych sięga po środki przeciwbólowe, a najmniejszą liczbą wśród badanych byli Ci, którzy wskazali na wizytę u lekarza.

Ankieta badań własnych zawierała pytanie dotyczące zdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa, 67% ankietowanych potwierdziło występowanie choroby. Najczęściej występującą chorobą wśród ankietowanych osób było zwyrodnienie kręgosłupa-22%.

Natomiast u 20% respondentów zdiagnozowano dyskopatię, a u 13% przepuklinę. Styczyński T. [27] w swoim artykule dotyczącym leczenia choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa z 2013 roku podaje, że najczęstszą przyczyną bólu kręgosłupa były zwyrodnienia i dyskopatię, aż 50% osób.

Zyznawska [23] w swoich badaniach z 2011 roku zauważa, że dyskomfort spowodowany dolegliwościami bólowymi kręgosłupa zaczyna występować u pielęgniarek nawet poniżej 26 roku życia. We własnych badaniach wyniki prezentują się podobnie. Pielęgniarki, które niedawno zaczęły pracę już zmagają się z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa przyczyniają się do obniżenia jakości wykonywanej pracy. Zyznawska J. i wsp. [23] w swoich badaniach twierdzą, że pojawienie się dolegliwości bólowych kręgosłupa wiąże się z koniecznością korzystania ze zwolnień lekarskich.

Natomiast w badaniu własnym wykazano, że spośród 120 ankietowanych w pytaniu dotyczącym korzystania ze zwolnień lekarskich w ciągu ostatniego roku aż 73% ankietowanych pomimo występowania dolegliwości bólowych pełniło swoje obowiązki służbowe i nie korzystało z pójścia na zwolnienie lekarskie. 27% ankietowanych ze względu na nasilone dolegliwości bólowe, które utrudniały pracę musiało skorzystać ze zwolnienia lekarskiego.

W badaniu własnym w pytaniu dotyczącym częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa niestety najczęściej wybieraną odpowiedzią było „codziennie” – aż 41% ankietowanych udzieliło takiej odpowiedzi. U 22% respondentów bóle kręgosłupa występowały przynajmniej raz w tygodniu, a u 20% tylko raz w miesiącu. Niewiele, bo tylko 3% ankietowanych częstotliwość występowania dolegliwości bólowych określana była na kilka razy w miesiącu.

Podobne wyniki uzyskano w grupie badanej Klimaszewskiej K. i wsp., [28], gdzie dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa pojawiały się codziennie, stanowiło aż 39,97% badanych, natomiast 28,85% udzieliło odpowiedzi- kilka razy w tygodniu.

W badaniach własnych ankietowani występujący ból kręgosłupa określali średnio na 5 punktów w skali NRS. Najczęstszą wybieraną odpowiedzią przez ankietowanych spośród możliwych była odpowiedź o występowaniu bólu na 4 punkty w skali NRS – 26%, a najrzadziej na 2 pkt- 3% ankietowanych.

W badaniach przeprowadzonych przez Curyło i wsp. [29] najczęściej wybieraną odpowiedzią był ból umiarkowany. Gajewski w swoich wynikach różni się od powyższych

badan, bo aż 48,5% miało dolegliwości silne bądź bardzo silne, 35% ankietowanych wskazało na średnie natężenie bólu.

Po analizie wyników własnych przeprowadzonych badań, można zauważyć jak duży wpływ na jakość życia mają dolegliwości bólowe kręgosłupa. Niepokojący jest fakt, że schorzenia kręgosłupa występują coraz częściej i nie tylko u osób starszych. Niewątpliwym faktem jest, że na powstawania dolegliwości bólowych kręgosłupa ma wpływ przede wszystkim praca. Zespoły bólowe kręgosłupa sprzyjają niestety powstawaniu ograniczeń w życiu zawodowym, społecznym jak również rodzinnym, co wiąże się z obniżoną jakością życia.

WNIOSKI

Po przeanalizowaniu uzyskanych wyników badania ankietowego w grupie 120 personelu pielęgniarskiego Szpitala Wojewódzkiego w Łomży w 2020 roku i dokładnej analizie zebranych wyników na temat występowania bólu kręgosłupa wśród pielęgniarek i pielęgniarzy wyciągnięto następujące wnioski:

1. Problem dolegliwości bólowych kręgosłupa pielęgniarek jest bardzo istotny.
2. Znaczna liczba ankietowanych jako najczęściej występujące miejsce dolegliwości bólowych kręgosłupa wybierała odcinek lędźwiowy.
3. Jako metodę radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa wybierano samoleczenie, czyli stosowanie środków farmakologicznych.
4. Dolegliwości bólowe kręgosłupa znacząco wpływają na wykonywanie czynności codzienne, życie osobiste i zawodowe, co znacząco obniża jakość życia.
5. Tryb pracy i oddział, na którym się pracuje ma nieznaczny wpływ na występowanie dolegliwości bólowych pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartosiewicz, Z.: Stan wiedzy na temat występowania i przyczyn powstawania zespołów bólowych kręgosłupa w społeczeństwie u studentów warszawskich uczelni. *Postępy Rehabilitacji*, 2012, 1, 37-43.
2. Derewiecki T., Mroczek K., Duda M.: Znajomość zasad profilaktyki dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród mieszkańców powiatu zamojskiego. *Hygeia Public Health*, 2012, 3, 365-370.

3. Bilski B.(red).: Zespoły bólowe kręgosłupa. Higiena pracy w Pielęgniarstwie. Poznań 2009, 141-151.
4. Żółtańska J., Bujnowska M.: Zawodowe zagrożenia zdrowia pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, 2010.
5. Domżał T: Ból przewlekły- problemy kliniczne i terapeutyczne. Polski Przegląd Neurologiczny, 2008, 4, 1-8.
6. Domżał T.: Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża-stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna? Polski Przegląd Neurologiczny, 2007, 4,216-227.
7. Majchrzycki M., Mrozikiewicz P., Kocur P.: Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet w ciąży. Ginekologia Polska, 2010, 11, 851-855.
8. Książek-Czekaj A., Wiecheć M., Kędziora P. Od bólu zapalnego po ból neuropatyczny w schorzeniach kręgosłupa oraz innych zespołach bólowych. Fizjoterapia i rehabilitacja, 2019, 3, 570-573.
9. Koszewski W.: Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010.
10. Milewska-Malec M., Woron J.: Kompendium leczenia bólu. Wydawnictwo MedicalEducation. Warszawa 2017.
11. Depa A., Drużbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. PrzewodnikMedyczny, 2008, 1, 34-41.
12. Sembrano JN., Polly DW.: How often is low back pain not coming from the back? Spine, 2009, 1, 27-32.
13. Domżał T.M.: Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża-standardy i zalecenia. Polski Przegląd Neurologiczny 2010, 6, 56-69.
14. Członkowska A., Członkowski A.: Leczenie w neurologii-kompendium. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013.
15. Kałużna A., Kałużny K., Kochański B., Płoszaj O., Lulińska-Kuklik E., Żukow W.: Ocena wyników leczenia chronicznych bólów kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym masażem klasycznym. Wydawnictwo J EducHealth Sport, 2015, 9, 577-586.
16. Suder E., Brużewicz S.: Anatomia człowieka. Podręcznik i atlas dla studentów licencjatów medycznych. Górnicki Wydawnictwo Medyczne., Wrocław 2012.

17. Kaczor S., Bac A., Brewczyńska P., Woźniacka R.: Występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa i nawyków ruchowych u osób prowadzących siedzący tryb życia. Wydawnictwo AdvRehab, 2011, 5, 19-28.
18. Rucińska M.: Zastosowanie metody McKenziego w zespołach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. Valetudinaria-Post Med.Klin.Wojsk., 2019, 2, 41-45.
19. Gałczyk M., Van Damme-Ostapowicz K.: Neuromobilization and kinesiotaping as modern methods used in psychotherapy. Progress in HealthSciences, 2015, 5, 165-168.
20. Kozłowski P. i wsp.: Ocena częstości występowania bólu kręgosłupa oraz stylu i jakości życia wśród osób z bólem kręgosłupa. Journal of Education, Health and Sport, 2017, 6, 329-336.
21. Maciuk M., Krajewska-Kułak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, 728-738.
22. Darecka M.: Problem bólu kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalu w oddziałach zabiegowych. Lublin 2010.
23. Zyznawska J. i wsp.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pielęgniarek. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2011, 2, 54-58.
24. Dobrowolna P., Hagner W.: Epidemiologia zespołów bólowych u pielęgniarek w szpitalu uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz biomechaniczna analiza problemu. Medical and Biological Sciences, 2007, 21, 53-63.
25. Leszczyńska A.: Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa. Kwartalnik Ortopedyczny, 2008, 2, 210-216.
26. Dobrzeniecka A., Pogorzała A.M.: Wybrane zagadnienia w zespołach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Horyzonty współczesnej fizjoterapii. Wyd. WSEiT, Poznań, 2016.
27. Styczyński T.: Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Reumatologia, Warszawa 2013, 51,6, 429-436.
28. Klimaszewska K., Jankowiak B. i wsp.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy pielęgniarstwa, 2011, 19, 1,47-53.
29. Curyło M., Bielańska A., Raczkowski J.W.: Ocena częstotliwości występowania zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego wśród pracowników biurowych i fizycznych. Fizjoterapia Polska, 2017, 17, 28-36.

CZY UZALEŻNIENIA STANOWIĄ PROBLEM WSRÓD STUDENTÓW WYŻSZYCH UCZELNI?

Krystyna Kowalczuk¹, Andrej Shpakou², Agnieszka Lankau¹, Elżbieta Krajewska –Kulak¹

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Katedra Teorii Wychowania Fizycznego i Medycyny Sportowej, Uniwersytecie im. Janki Kupały w Grodnie

W Polsce, podobnie jak w pozostałych krajach postkomunistycznych, zjawisko stosowania środków odurzających stanowiło przez dziesięciolecia swoiste społeczne tabu. Przemiany społeczno-gospodarcze końca ubiegłego wieku sprawiły jednak, że problem narkomanii nabrał istotnego znaczenia – także z uwagi na coraz łatwiejszy dostęp do różnorodnych substancji odurzających [1].

Prowadzone w ostatnich latach badania wskazują na coraz powszechniejsze stosowanie substancji odurzających przez polską młodzież. Uświadamiamy sobie także, że tego typu zachowania nie wiążą się wyłącznie z zagrożeniem narkomanią i występowaniem typowego zespołu uzależnienia wraz z jego konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi [2,3]. Równie poważnym problemem są skutki rekreacyjnego stosowania tzw. narkotyków miękkich (np. palenia marihuany) – wypadki komunikacyjne, akty przemocy, niechciane kontakty seksualne i wiele innych [1,2,3,4].

Jednym z czynników mający wpływ na podejmowanie przez młodzież studiującą decyzji o sięganiu po narkotyki, alkohol lub inne używki jest środowisko uczelni wyższej. Nastawienie młodych ludzi na osiągnięcie szybkich wyników związanych z nauką akceptacją w grupie jest silnie skorelowane ze stresem [5,6,7,8,9,10,11]. Aby sprostać określonym wymaganiom ze strony uczelni, rodziców, przyjaciół często ludzie młodzi podejmują zachowania ryzykowne. Na podstawie literatury można stwierdzić, że wiele zachowań ryzykownych powstaje w sytuacji stresu kiedy młody człowiek nie może sprostać wymaganiom stawianym przez środowisko, przyjaciół, rodziców. Jednym z wielu modeli stresu wyjaśniających zachowanie człowieka w sytuacji stresu jest model Karaska R. wymagania –kontrola (job demand-control, JD-C) [12].

Podstawowy model (JDC) Karaska wyjaśnia interakcje zachodzącymi pomiędzy wysokimi wymaganiami stawianymi przed studentem, a swobodą podejmowania decyzji tzw. kontroli. Zgodnie z tym modelem stresu młody człowiek nie posiadający wystarczającej kontroli (decyzji) w zakresie wymagań narażony jest na wysoki poziom stresu [12].

Model Karaska wyjaśnia cztery główne interakcje dotyczące: wymagań i kontroli. Wysokie wymagania mały zakres kontroli – jest to sytuacja bardzo stresująca. Młody człowiek bowiem otrzymuje trudne i pracochłonne zadanie do wykonania bez możliwości swobody podejmowania decyzji. Postawienie przed nim wysokie wymagania bez możliwości jego wpływu na sposób wykonania wywołuje wysoki stan napięcia psychofizycznego ponieważ nie ma on możliwości kontroli nad przebiegiem wykonania zadania. Skumulowane napięcie psychofizyczne nie zostaje rozładowane w toku aktywnego działania i utrzymuje się przez długi czas. Ta sytuacja prowadzi do niepokoju, strachu, gniewu i rozwoju chorób somatycznych [12].

Wysokie wymagania – duży zakres kontroli jest to sytuacja dla młodego człowieka pozytywna i daje mu możliwość rozwoju. Postawione przed pracownikiem trudne zadanie do wykonania daje mu zakres dużej kontroli aby osiągnąć zamierzony cel [12].

Niskie wymagania – mały zakres kontroli- jest sytuacja pasywną ponieważ nie pobudza do działania ani też nie pozwala pracownikowi na swobodne podejmowanie decyzji w zakresie wykonywania zadania i ogranicza rozwój zawodowy [12].

Niskie wymagania –duży zakres kontroli – jest to sytuacja bezstresowa z dużym zakresem kontroli i możliwością wykonania zadania według własnej koncepcji. Możliwość pojawienia się choroby somatycznej w tej sytuacji jest najniższe. Im wyższe są wymagania a niższy poziom kontroli tym większe jest narażenie na uzależnienie [12].

Światowa Organizacji Zdrowia (WHO) określa, że „uzależnienie to 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 doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć objawów towarzyszących brakowi substancji” [13].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że uzależnienie nie pojawia się od razu po pierwszym kontakcie ze środkiem odurzającym, choć jego rozwój jest uwarunkowany pewnymi predyspozycjami osobniczymi. Na podstawie literatury można stwierdzić, że obejmuje cztery następując po sobie fazy [13,14, 15,16, 17].

Eksperymenty- tu dominuje głównie ciekawość, kontakt z substancją następuje w czasie wakacji, na imprezie, w grupie rówieśniczej. Część młodzieży po zaspokojeniu ciekawości już nigdy nie sięga po środki odurzające, ale i są tacy u których pojawia się pokusa do kolejnego skorzystania z okazji [15].

Używanie towarzyskie- w tym etapie młody człowiek zaczyna kojarzyć dobry nastrój z przyjęciem środka uzależnianego. Następuje rozluźnienie i pewności siebie znikają trudności w nawiązaniu kontaktu z grupą, powstaje nieodparta chęć zażycia narkotyku, który rozwiąże wszystkie problemy [13,14,15,16,17].

Nadużywanie (regularne zażywanie)- substancja psychoaktywna zaczyna być używana po w sytuacjach stresowych. Zmniejszają się okresy abstynencji, a na zakup kolejnej dawki środka uzależniającego jest brak pieniędzy. Mogą pojawić się pierwsze kradzieże, handel narkotykami. Osoba nadużywająca substancji próbuje przekonać siebie i innych, że panuje nad sytuacją i, że może przestać kiedy tylko zechce [13,14,15,16,17].

Uzależnienie (ciągłe zażywanie)- na tym etapie człowiek odczuwa konieczność zażywania narkotyku, nawet gdy widoczne są już negatywne skutki w życiu i zdrowiu. Stan odurzenia trwa przez cały czas i zażywane są coraz mocniejsze środki. Skutkuje to rozwojem uzależnienia fizycznego, a po odstawieniu narkotyków pojawiają się objawy abstynencji. W tej fazie człowiek traci kontrolę nie tylko nad narkotykami, ale i nad swoim życiem [13,14,15,16,17].

Jedną z głównych grup ryzyka rekreacyjnego stosowania środków odurzających stanowią studenci [12,13,14,15]. Stąd w ostatnich latach przeprowadzono wiele badań dotyczących narażenia tej grupy wiekowej na różnego rodzaju substancje narkotyczne [17,18,19,20].

Z uwagi na przyszły zawód oraz specyfikę zajęć akademickich, kontakt ze środkami odurzającymi stanowi specyficzne zagrożenie w przypadku studentów uczelni medycznych [21,22].

Z badań przeprowadzonych w uczelniach Polskich i zagranicznych wynika, że narażenie na substancje odurzające studentów uczelni medycznych stanowi w sensie ilościowym podobny problem, jak w przypadku ich rówieśników studiujących na innych kierunkach [17,18,19,20].

W profilu stosowanych przez respondentów substancji psychoaktywnych przeważały tzw. narkotyki miękkie, tj. marihuana i haszysz. Również ta obserwacja jest zgodna z doniesieniami literaturowymi na temat zjawiska stosowania substancji psychoaktywnych przez młodzież akademicką [17,18,19,20].

Z dostępnych badań wynika, że wiek pierwszego kontaktu z narkotykami wskazuje, że doszło do niego na początku edukacji w szkole wyższej. Rozpoczęcie nauki w ośrodku akademickim sprzyja wielu niekorzystnym zachowaniom zdrowotnym, w tym kontaktom z substancjami psychoaktywnymi [21,22].

Wielu młodych ludzi opuszcza wówczas swój dom rodzinny i przenosi się do większego ośrodka akademickiego, gdzie zamieszkuje samodzielnie lub w akademiku. Brak kontroli rodzicielskiej sprzyja wówczas sięganiu po zakazane substancje; nakłada się na to stymulujące niekorzystne oddziaływanie ze strony nowej grupy rówieśniczej oraz łatwiejszy dostęp do narkotyków w dużych aglomeracjach miejskich [11,15,19,20].

Problem stosowania substancji psychoaktywnych przez młodzież akademicką z uczelni medycznych może mieć poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne. Wiele badań wskazuje, że przynajmniej niektóre osoby podejmujące próby stosowania tzw. narkotyków miękkich, po jakimś czasie sięgają również po środki silniejsze, z których zażywaniem wiąże się istotne ryzyko rozwoju uzależnienia [19,20].

W ostatnich latach mówi się również o negatywnych skutkach zachowań ryzykownych podejmowanych pod wpływem środków odurzających. Jednym z nich stają się wypadki komunikacyjne powodowane przez młodych ludzi znajdujących się pod wpływem narkotyków miękkich [6,7,8]. Nie można też zapominać o możliwości niechcianych kontaktów seksualnych na nawet próbach gwałtu na kobietach odurzonych substancjami psychoaktywnymi [8].

Oprócz wymienionych powyżej społecznych konsekwencji stosowania substancji odurzających, występowanie tego zjawiska wśród studentów uczelni medycznej niesie ze sobą dodatkowe specyficzne zagrożenia. Głównym jest fakt, że studenci kierunków medycznych mają podczas zajęć praktycznych ułatwiony dostęp do klinicznych zasobów środków odurzających, a także recept na substancje narkotyczne. Może to sprzyjać ich zaangażowaniu w dystrybucję tego typu środków, a więc wejściu na drogę przestępstwa [21,22,23,24,25].

Niepokoje również fakt, że wśród przeprowadzonych dotychczas badań w różnych Uczelniach znalazły się osoby, które deklarowały uczestnictwo w zajęciach na uczelni pod wpływem substancji odurzających. O ile w przypadku innych kierunków studiów postępowanie takie można uznać jedynie za naganne, to w przypadku uczelni medycznych może się ono przekładać na bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia pacjentów, z którymi mają kontakt studenci odbywający zajęcia praktyczne i kliniczne [23,24,25]

Wcześniejsze doświadczenia w zakresie prowadzonych badań wskazuje, że częstość występowania w różnych grupach społecznych tak drażliwych zjawisk jak narkomania czy alkoholizm wskazują, że respondenci często zatajają fakt występowania tego typu problemów [23]. Można zatem wnioskować, że również skala narażenia studentów uczelni medycznych na kontakt ze środkami odurzającymi, w wielu badaniach może być zaniżona. Fakt, że badania przeprowadzone przez pracowników uczelni, można uznać m.in. za potencjalną przyczynę rzadkiego przyznawania się respondentów do stosowania substancji odurzających w trakcie nauki. Jednak z uwagi na uwarunkowania organizacyjne i prawne w chwili obecnej nie dysponujemy żadnym bardziej czułym narzędziem pozwalającym na ocenę skali zjawiska narkomanii w większych populacjach. Alkoholizm oraz jego konsekwencje zdrowotne i społeczne aspirują do miana jednego z głównych wyzwań zdrowia publicznego w XXI wieku [20,26]. Oprócz licznych niekorzystnych skutków zdrowotnych [24], nadużywanie alkoholu ma szereg negatywnych konsekwencji społecznych [19,25]. Długotrwałe nadużywanie alkoholu, szczególnie przy współistnieniu dodatkowych czynników ryzyka (w tym predyspozycji genetycznych), sprzyja rozwojowi alkoholizmu – utraty kontroli nad ilością spożywanego alkoholu [27].

Młodzież stanowi jedną z grup ryzyka alkoholizmu [25,26,27]. Wyniki wielu badań wskazują na postępujące obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej [28]. Jednym z czynników prowadzących do tego negatywnego zjawiska jest bierna akceptacja ze strony rodziców oraz obawa przed wykluczeniem z grupy rówieśniczej [29]. Oddziaływaniu tych czynników sprzyja usamodzielnienie się młodych ludzi, związane z rozpoczęciem edukacji w szkole wyższej. Często młodzi ludzie studiują poza miejscem swojego stałego zamieszkania, gdzie są pozbawieni kontroli rodzicielskiej, a zakwaterowanie z grupą rówieśników w akademiku lub na stacji stanowi dodatkowy czynnik sprzyjający nadużywaniu napojów alkoholowych [29,30].

W związku z alarmującymi danymi na temat wczesnego wieku inicjacji alkoholowej, w ostatnich latach prowadzi się wiele badań dotyczących konsumpcji alkoholu przez młodzież szkolną [31,32,33]. Poza nielicznymi wyjątkami zagadnienie to nie było jednak szczegółowo analizowane w odniesieniu do studentów – przede wszystkim z uwagi na pełnoletność osób należących do tej grupy i związane z tym trudności organizacyjne. Z uwagi na przyszły zawód oraz specyfikę zajęć akademickich, kontakt z napojami alkoholowymi stanowi specyficzne zagrożenie w przypadku studentów uczelni medycznych [32,33,34,35,36].

Pomimo to, dotychczas nie analizowano szczegółowo skali zjawiska spożywania alkoholu przez tą grupę młodzieży, a w szczególności – czynników go determinujących. Tymczasem identyfikacja charakterystyk młodych ludzi, predysponujących ich do zbyt częstego sięgania po alkohol, może odgrywać kluczową rolę w profilaktyce alkoholizmu. Na podstawie literatury można stwierdzić, iż uzależnienie objawia się w dość konkretny sposób, to jednak schematy zachowań nałogowych wykazują pewne zróżnicowanie. W literaturze znanych jest wiele rodzajów typologii alkoholizmu. Naszym zdaniem najbardziej przydatna jest klasyfikacja opracowana przez E.M. Jelinka [5]:

Alkoholizm typu Alfa - jest to uzależnienie od alkoholu opiera się na czynnikach psychologicznych. Dotyczy głównie osób o niskiej tolerancji na frustrację lub braku zdolności radzenia sobie z napięciem i stresem. Alkohol jest im niezbędny w celu tzw. odstresowania po ciężkim dniu.

Alkoholizm typu Beta- alkohol jest spożywany konsumowany nieregularnie, ale za to w dużych ilościach i przy jednoczesnym niedożywieniu. W związku z tym problemy zdrowotne pojawiają się bardzo szybko (marskość wątroby, zapalenie błony śluzowej żołądka i przełyku, uszkodzenie trzustki).

Alkoholizm typu Gamma- jest to pełnoobjawowe uzależnienie fizyczne i psychiczne, które odzwierciedla się w utracie kontroli nad piciem, wzrostem tolerancji na alkohol, zespołem abstynencyjnym i głodem picia.

Alkoholizm typu Delta- charakteryzuje się systematycznym spożywaniem alkoholu picia, przy umiejętności kontrolowania ilości wypijanego alkoholu. Występuje zależność fizyczna i psychiczna, zespół abstynencyjny i nieudane próby zaniechania picia. Takie zachowanie prowadzi wcześniej czy później do poważnych następstw zdrowotnych [5].

Alkoholizm typu Epsilon- są tzw. ciągi alkoholowe. Dłuższe lub krótsze okresy abstynencji przerywane są kilkudniowymi nawrotami pijaństwa. Pretekstem do picia są wszelkiego rodzaju imprezy i uroczystości rodzinne [5].

Częstość spożywania napojów alkoholowych przez studentów uczelni medycznej nie jest wysoka i nie odbiega od średnich populacyjnych dla tej grupy wiekowej [20,21,22,23,24,25].

Tym niemniej, wśród około 10% ogółu populacji uczelni medycznej prowadzi regularną konsumpcję alkoholu i które zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [1] można zakwalifikować jako osoby pijące ryzykownie. Z uwagi na uwarunkowania fizjologiczne, kobiety cechują się względnie większą podatnością na

szkodliwe oddziaływanie alkoholu, co znalazło odzwierciedlenie w zdefiniowanych przez WHO wartościach granicznych tzw. „picia bezpiecznego” [34].

Zachowania ryzykowne wśród studentów, to między innymi spożywanie alkoholu, palenie papierosów i stosowanie środków uzależniających. Badania naukowe dotyczące problemu uzależnień nie w pełni odzwierciedlają problem w życiu studenckim. Wskazane jest prowadzenie szeroko aspektowej edukacji w celu wczesnego wykrycia problemu. Publikacja powstała w ramach programu współpracy naukowo-dydaktycznej pomiędzy Wydziałem Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Wydziałem Wychowania Fizycznego Państwowego Uniwersytetu im. Janka Kupały w Grodnie w ramach projektu „Monitorowanie wspólnego Programu Prozdrowotnego dla zapobiegania rozpowszechnienia uzależnień wśród młodzieży studenckiej”.

PIŚMIENNICTWO

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2006 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. EMCDDA, Lisbon, 2006.
2. Pach J., Gawlikowski T., Motyka E., Szkolnicka B., Hydzik P., Acute poisoning with psychoactive substances among adult abusers of the Krakow population, *Przegl. Lek.*, 1997, 54, 392-398.
3. Ptaszyńska-Sarosiek I., Wardaszka Z., Sackiewicz A., Okłota M., Niemcunowicz-Janica A., Cases of fatal para methoxy amphetamine (PMA) poisoning in the material of the Forensic Medicine Department, Medical University of Białystok, Poland, *Arch. Med. Sadowej Kryminol.*, 2009, LIX, 190-193.
4. Sutherland I., Shepherd J.P., Social dimensions of adolescent substance use, *Addiction*, 2001, 96, 445-458.
5. Jelinek EM. Phases in the Drinking History of Alcoholics. *Q J Stud Alcohol* 1946, 7: 1-88.
6. Chowaniec C., Rygol K., Kobek M., Albert M., Medicines and psychoactive agents in traffic users--the medico-legal problem in Poland, *Forensic Sci. Int.*, 2005, 147 (Suppl.), 53-55.
7. Kopciuch M., Polewka A., Mental or physical disorders of people who committed suicide in penitentiary institutions in Poland in the years 1995-1997, *Arch. Med. Sadowej Kryminol.*, 2006, 56, 86-90.
8. Foryś Z., Suicidal poisoning in relation to use of psychoactive substances in adolescents, *Przegl. Lek.*, 2007, 64, 222-226.

9. Woynarowska B., Tabak I., Risk factors of early sexual initiation, *Med. Wieku Rozwoj.*, 2008, 12, 541-547.
10. Juszczak D., Talarowska M., The comparative analysis of selected psychosocial and psychopathological factors determining crime behaviours in military and non military environment, *Pol. Merkur. Lekarski*, 2009, 27, 205-208.
11. Niemcunowicz-Janica A., Wardaszka Z., Ptaszyńska-Sarosiek I., Determinations of the presence of drugs in traffic users in the material of the Department of Forensic Medicine, Medical University of Białystok, *Arch. Med. Sadowej Kryminol.*, 2009, 59, 194-198.
12. Siliquini, R., Piat, S.C., Alonso, F., Druart, A., Kedzia, M., Mollica, A., et al., A European study on alcohol and drug use among young drivers: the TEND by Night study design and methodology, *BMC Public Health.*, 2010, 10, 205.
13. Karasek R, T. Theorell, *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, Basic Books, 1990.
14. Woronowicz B. T.: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*; Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2001.
15. Borzucka- Sitkiewicz K., Sas- Nowosielski K.: *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich- zasięg, skutki i przeciwdziałanie*; Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
16. Stepień E.: *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży*; Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004.
17. Kuntz H.: *Narkotyki i uzależnienia. Wszystko o czym należy wiedzieć*; Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009.
18. Fornal R., Cistak P., Ciota M., Dworzański T., Błaszczuk R.: *Nadużywanie alkoholu- problem medyczny, psychologiczny i społeczny*; *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin- Polonia LIX, Suppl. XIV*, 111, 2004.
19. Nieradko B., Swies Z., Milczanowska K., Sieklucka-Dziuba M., Frequency analysis of the use of addictive substances by adolescents attending secondary schools in Sanok, *Wiad. Lek.*, 2002, 55 (Suppl. 1), 818-824.
20. Mellibruda J., Nikodemski S., Fronczyk K., Use and abuse of alcohol and other psychoactive substances among Polish university students, *Med. Wieku Rozwoj.*, 2003, 7, 135-155.
21. Sałaga-Pylak M., Piłkuła A., Kuśmierczyk K., Borzecki A., The occurrence of addictions among high school students, *Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska Med.*, 2004, 59, 402-405.

22. Morawska J., Krawczyk E., Satora L., Assessment of legal awareness regarding illicit drug use among Kraków university students, *Przegl. Lek.*, 2005, 62, 354-356.
23. Ziemska B., Marcinkowski J.T., Research over the psychic stress connected with medical studies, *Nowiny Lek.*, 2008, 77, 120-125.
24. Machado Neto Ade S., Andrade T.M., Fernandes G.B., Zacharias H.P., Carvalho F.M., Machado A.P., et al., Reliability of a questionnaire on substance use among adolescent students, Brazil, *Rev. Saude Publica*, 2010, 44, 830-839.
25. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011.
26. Sasaki S. Alcohol and its relation to all-cause and cardiovascular mortality. *Acta Cardiol* 2000;55(3):151-156.
27. Kraus L, Baumeister SE, Pabst A, Orth B. Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol Alcohol* 2009, 44 (3):314-320.
28. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med* 2011;8(2):e1000413.
29. Poelen EA, Scholte RH, Willemsen G, Boomsma DI, Engels RC. Drinking by parents, siblings, and friends as predictors of regular alcohol use in adolescents and young adults: a longitudinal twin-family study. *Alcohol Alcohol* 2007;42(4):362-369.
30. Maciorkowska E, Buraczewska E, Sacharewicz A. Familial and social conditions of alcohol drinking in children and adolescents. *Adv Med Sci* 2007;52 Suppl 1:115-118.
31. Poelen EA, Engels RC, Scholte RH, Boomsma DI, Willemsen G. Predictors of problem drinking in adolescence and young adulthood. A longitudinal twin-family study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009, 18 (6), 345-352.
32. Okulicz-Kozaryn K. Gender and family differences in adolescent's heavy alcohol use: the power-control theory perspective. *Health Educ Res* 2010;25(5):780-791.
33. Gembalczyk I. Alcohol as an element of student's life style. *Rocz Państw Zakł Hig* 2006, 57 Suppl:101-105.
34. Papież J. Alcohol consumption among rural area junior secondary school students. *Rocz Państw. Zakł Hig* 2006, 57 Suppl:121-124.
35. Lewicka M.: Picie alkoholu przez młodzież: czynniki ryzyka i konsekwencje; *Alkohol i Nauka*, 1999,3, 1-8.

ROLA PIEŁĘGNIARSKA W EDUKACJI I PIEŁĘGNOWANIU PACJENTKI Z PADACZKĄ POURAZOWĄ PO USUNIĘCIU GUZA MÓZGU

Justyna Kuczyc¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwenta kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Guzem mózgu definiuje się nie tylko nowotwory, ale każde nietypowe zmiany nieznanego pochodzenia wewnątrz czaszki, których powstawanie i rozwój powoduje ucisk na struktury mózgu a tym samym wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Te nieprawidłowe masy mogą występować w postaci nienowotworowej np. ropnia mózgu, dużego tętniaka, torbieli pajęczynówki a nawet pasożytów, takich jak bąblowiec lub węgiel. Obecność tych mas w tkance mózgowia tworzy umiejscowione ognisko zwiększając ciasnotę śródczaszkową [1].

Klasyfikacja i patomorfologia

Guzy mózgu jako jednostka chorobowa cechują się bardzo dużą różnorodnością oraz odmiennym rokowaniem. Ich stopień złośliwości określa się zupełnie inaczej niż nowotworów występujących poza ośrodkowym układem nerwowym, jednak podstawowy element rozpoznania stanowi badanie histopatologiczne. Powszechnie stosowana klasyfikacja zarówno stopnia jak i złośliwości histologicznej została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia w 2007 roku. Na jej podstawie wyróżnia się guzy pierwotne i przerzutowe, z czego pierwszą z tych grup podzielono na 6 różnych kategorii i stanowi ona około 2% wszystkich poznanych nowotworów złośliwych. Według tej klasyfikacji do nowotworów pierwotnych należą: guzy neuroepitelialne, guzy nerwów czaszkowych i rdzeniowych, guzy opon, chłoniaki i nowotwory układu krwiotwórczego, guzy pierwotnych komórek rozrodczych oraz guzy okolicy siodła tureckiego. Biorąc pod uwagę stopień złośliwości guza Światowa Organizacja Zdrowia wyróżnia cztery grupy. Łagodnym, których wzrost jest powolny a komórki najbardziej przypominają te pierwotne z których się wywodzą

przypisano pierwszy stopień złośliwości histologicznej. Tym najbardziej złośliwym, których z kolei wzrost jest gwałtowny z występującymi naciekami i zdolnością niszczenia zdrowych tkanek mózgu przypisano czwarty stopień złośliwości [2].

Największa część guzów pierwotnych wywodzi się z tkanki nerwowo- nabłonkowej są to tzw. nowotwory neuroepitelialne, które w zależności od pochodzenia komórek glejowych podzielono na kilka podtypów:

- Gwiaździaki (astrocytomas)- są to guzy, które pochodzą z największych komórek glejowych nazywanych astrocytami i otaczać mogą każdą część mózgu. Typ gwiaździaka, jak i jego lokalizacja będą różniły się w zależności od wieku pacjenta. Najczęściej jednak można je zaobserwować w płacie czołowym, zaś u dzieci w pniu mózgu i mózdzku. Cechy charakterystyczne poszczególnych grup nowotworów gleju gwiaździstego przedstawione zostały w Tabeli I [2].

Tabela I. Podział nowotworów gleju gwiaździstego i ich cechy charakterystyczne

Nazwa nowotworu	Stopień złośliwości według WHO	Cechy charakterystyczne
Gwiaździak włosowatokomórkowy	I°	Powolny wzrost z wyraźnym granicami nie wykazuje tendencji do naciekania; Występuje w mózdzku, pniu mózgu i nerwach wzrokowych; Najczęściej pojawia się u dzieci i dorosłych do 30 roku życia;
Gwiaździak rozlany	II°	Powolny wzrost i średnio zaznaczone granice, może naciekać; Nie rozprzestrzenia się do innych struktur OUN; Najczęściej występuje pomiędzy 20 a 50 rokiem życia;
Gwiaździak anaplastyczny	III°	Szybka progresja, mogą rozwijać się do glejaków o większym stopniu złośliwości; Wysoki potencjał proliferacyjny; Wygląd komórek guza nie jest jednolity, nacieka na sąsiednie tkanki; Szczyt zachorowań w trzeciej i czwartej dekadzie życia
Glejak wielopostaciowy	IV°	Najbardziej złośliwy typ glejaka; Gwałtowny wzrost z tendencją do naciekania; Występują charakterystyczne ogniska martwicy tkankowej; Znacznie częściej pojawia się u mężczyzn niż u kobiet;

		Szczyt zachorowań pomiędzy 45 a 65 rokiem życia, znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet U dorosłych najczęściej rozwija się w płacie skroniowym, a u dzieci w pniu mózgu;
--	--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie [2].

- Guzy wyściółkowe - pochodzą z gleju wyściółkowego, konkretnie tkanki o nazwie ependyma wyścielającej kanał centralny rdzenia kręgowego oraz komory mózgowia. Jego występowanie może prowadzić do powstania wodogłowia przez ucisk na drogi, w których przepływa płyn mózgowo- rdzeniowy. Te bogato unaczynione guzy w większości przypadków występują nadnamiotowo- przykomorowo, bo aż w 60%. Pozostała część jest zlokalizowana podnamiotowo w IV komorze. Kryteria histologiczne dzielą wyściółczaki na guzy stopnia I: śluzakowato-brodawkowate oraz podwyściółczaki, następnie wyściółczaki stopnia II o wariacie brodawkowatym, komórkowym, jasnokomórkowym oraz tanacytarnym. Ostatni III stopień stanowią wyściółczaki anaplastyczne [2].
- Guzy gleju skąpowypustkowego- inaczej nazywane skąpodrzewiakami pochodzą z komórek zwanych oligodendrocytami. Najczęściej rozwijają się w płacie czołowym, zwykle u mężczyzn. Według WHO zaliczane są do II stopnia złośliwości, jedynie ich odmiana anaplastyczna należy do stopnia III. Wyższy stopień złośliwości to różnorodność obrazu mikroskopowego, zwapnienia, krwawienia oraz cechy martwicy [2].
- Glejaki mieszane- są połączeniem kilku typów komórek glejowych, zwykle gwiazdziaków ze skąpodrzewiakami. Najczęściej rozpoznawane pomiędzy 20-50 rokiem życia. Leczenie glejaków mieszanych dobrane jest pod typ komórki glejowej o wyższym stopniu złośliwości [2].
- Guzy splotu naczyniówkowego- pochodzą z nabłonka splotu naczyniówkowego, który znajduje się w komorach mózgowia. Częstsze zachorowania potwierdzono u dzieci (aż 80%). Brodawczak splotu naczyniowego jest guzem o niskim stopniu złośliwości histopatologicznej (według WHO I stopień), z kolei rak splotu naczyniówkowego jest wysoce złośliwy (III stopień według WHO). Charakterystyczną cechą dla brodawczaków jest nadmierna produkcja płynu mózgowo-rdzeniowego, która prowadzi do rozwinięcia się wodogłowia [3].

- Inne guzy neuroepitelialne- do tej grupy zaliczany jest glejak angiocentryczny, glejak struniakowaty oraz gwiaździak zarodkowy [3].
- Guzy neuronalne i mieszane neuronalno-glejowe- do tej grupy zalicza się guzy neuroepitelialne, których komórki są zwojopodobne, mają zróżnicowane neurocyty lub słabo zróżnicowane komórki neuroblastyczne. Znajdują się w niej również zwojak oraz zwojakoglejak, które są nowotworami komórek zwojowych [3].
- Guzy okolicy szyszynki- mogą być one zbudowane z komórek miąższu szyszynki lub komórek zarodkowych, przy czym ta druga grupa może występować również wewnątrzczaszkowo poza szyszynką. Szyszyniak (pineoctoma) jest najłagodniejszą, wolno rosnącą zmianą spośród wszystkich nowotworów szyszynki [3].
- Guzy zarodkowe- inaczej germinalne.

Guzy opon- (kolejna grupa guzów pierwotnych) powstają z komórek opony pajęczej, to pod względem wielkości druga największa grupa pierwotnych nowotworów OUN. Podzielona została na guzy mezenchymalne, niemeniotelialne oraz oponiaki. Dwukrotnie częściej diagnozowane są u kobiet, szczyt zachorowania po 50 roku życia. W większości przypadków mają łagodny przebieg, ale objawy uzależnione są od położenia guza. Duża różnorodność budowy histologicznej oponiaków spowodowała wyodrębnienie aż 15 typów histologicznych tego guza (z czego 9 postaci łagodnych), a często w obrębie jednego można wykryć miejsca upakowania różnych typów. Najczęściej lokalizowane w okolicy przyszałkowej, skrzydle kości klinowej, czy wzdłuż rynienki węchowej. Mogą rozwijać się bezobjawowo przez wiele lat, dopiero napady padaczkowe często są pierwszymi charakterystycznymi zmianami. Rokowania w tej grupie są pomyślne, jednak często mogą wystąpić nawroty [1].

Guzy nerwów czaszkowych i rdzeniowych- są to nerwiaki osłonowe, nerwiaki, nerwiakowłókniaki, złośliwe nowotwory osłonek nerwów obwodowych. Nerwiaki to łagodne guzy osłonki nerwowej, zbudowane są z komórek Schwanna (dobrze zróżnicowanych), wewnątrzczaszkowo najczęściej dotyczą nerwów czaszkowych. Nerwiakowłókniaki z kolei zbudowane są z komórek Schwanna i fibroblastów, które naciekają w sposób rozlany. Nerwiakowłókniaki tworzące sploty mogą ulegać przeobrażeniu w guzy złośliwe osłonek nerwów obwodowych [3].

Chłoniaki i nowotwory układu krwiotwórczego- występują w postaci pojedynczych, mnogich zmian ogniskowych lub wewnątrznacyniowych, zlokalizowanych w półkulach mózgowych, u pacjentów o obniżonej odporności, leczonych na HIV/AIDS. Większość z nich to chłoniaki rozlane z dużych komórek B [3].

Guzy pochodzące z pierwotnych komórek rozrodczych- są odpowiednikami nowotworów germinalnych, powstają w linii pośrodkowej (dokoła komory III oraz okolicy szyszynki), najczęściej diagnozowane w okresie dojrzewania [3].

Guzy okolicy siodła tureckiego- w tym obszarze mogą potęgować się liczne rodzaje guzów, do najczęściej diagnozowanych należą gruczolaki przysadki oraz czaszko gardłaki. Spośród gruczolaków są to guzy wydzielające prolaktynę, kortykotropinę, czy też hormon wzrostu. Czaszko gardłaki zlokalizowane wewnątrz-, i nadsiodłowo w przeważającym stopniu diagnozowane są u dzieci [4].

Epidemiologia i etiologia

Krajowy Rejestr Nowotworów podaje, że w ciągu ostatnich 30 lat w Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe wzrosła ponad 2-krotnie. Tendencje wzrostowe odnotowano również w śmiertelności, przez ostatnie 5 dekad zwiększyła się ona 2,4 razy [4]. Niewątpliwie przyczynił się do tego rozwój nowoczesnych technik obrazowania nowotworów mózgu pod koniec ubiegłego wieku, przez co liczba rozpoznań wzrosła o 35% [1].

Obecnie guzy pierwotne mózgu stanowią 2-3% z wszystkich nowotworów, przy czym światowy współczynnik zachorowalności oscyluje w granicach 2,6/100 000 osób (dla kobiet) oraz 3,7/100 000 osób (dla płci męskiej) i jest on wyższy w krajach wysokorozwiniętych. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce w roku 2009 na nowotwór złośliwy mózgu zachorowało 1444 mężczyzn i 1362 kobiety. Z kolei u dzieci zaraz po białaczkach, nowotwory OUN są drugim najczęstszym schorzeniem onkologicznym [2].

W Polsce każdego roku stwierdzanych jest ok. 250 nowych przypadków zachorowań, najczęściej są to dzieci pomiędzy 2-3 i 5-10 rokiem życia [5]. Prawie połowa, bo aż 40% pierwotnych nowotworów wewnątrzczaszkowych stanowią glejaki (szacuje się, że jest to aż 70-80% pierwotnych nowotworów złośliwych OUN). Dzięki rozwojowi diagnostyki częściej diagnozowane są oponiaki (ok. 30%) i w niektórych krajach to one są najczęstszymi pierwotnymi nowotworami OUN. Tylko co dziesiąty spośród pierwotnych guzów OUN sytuuje się w kanale kręgowym [6].

Guzy mózgu rozwijają się podstępnie a ich etiologia nie jest do końca znana. Jedyną potwierdzoną przyczyną ich powstawania jest promieniowanie jonizujące. Do ekspozycji na ten czynnik dochodzi w trakcie napromieniowania pacjenta, który leczony jest ze względu na nowotwór położony w pobliżu OUN, jak również w czasie leczenia białaczki Średni okres utajenia choroby sięga 10-15 lat od ukończenia radioterapii. Dominującym nowotworem wtórnym w zasięgu OUN są oponiaki. Jednak dzięki rozbudowanym technikom napromieniania i innowacyjnej aparaturze medycznej odsetek zachorowań jest niewielki

kalkulowany na 1-2% [6]. Istnieją również badania, które pokazują związek pomiędzy emisją promieniotwórczą a częstością występowania guzów w OUN, wśród osób dotkniętych wybuchem bomby atomowej. Z kolei tylko hipotetyczny wpływ ma użytkowanie telefonów komórkowych, które emitują promieniowanie elektromagnetyczne. Bliżej przyjrano się guzom opon i tutaj można zauważyć większe ryzyko rozwoju guza przy współwystępowaniu takich czynników jak wiek, płeć żeńska oraz wpływ hormonów płciowych. Również przez długi czas urazy głowy uznawano za kolejny czynnik ryzyka, jednak badania kliniczne przeprowadzone w Danii wśród 28 000 hospitalizowanych pacjentów nie wykazały takiego powiązania [6]. W grupie dzieci guzy mózgu częściej występują u tych z zaburzeniami odporności i po przebytym leczeniu immunosupresyjnym [5].

Objawy oraz diagnostyka

Objawy guzów śródczaszkowych zależne są od ich położenia w strukturze mózgu a także właściwości biologicznych. Należy jednak pamiętać, że większość z nich bardzo często na początku choroby nie daje żadnych objawów. Przebieg choroby u każdego pacjenta może wyglądać inaczej i uwarunkowany jest rodzajem nowotworu oraz szybkością jego wzrostu. Objawy dzieli się na ogólne, inaczej nieswoiste, które są skutkiem nadciśnienia śródczaszkowego oraz objawy ogniskowe (zależne od lokalizacji guza). Do objawów ogniskowych zalicza się:

- ✓ Napady padaczkowe
- ✓ Wymioty i nudności- przez podrażnienie nerwu błędnego
- ✓ Zaburzenia świadomości i równowagi
- ✓ Zwolnienie tętna
- ✓ Pogorszenie widzenia
- ✓ Sztywność karku
- ✓ Bóle głowy- pojawiające się nad ranem o silnym charakterze
- ✓ Opukowa bolesność czaszki
- ✓ Tarcza zastoinowa- zmiany na dnie oka wywołane wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego [1].

Wszystkie te objawy są wywołane przez nadciśnienie wewnątrzczaszkowe (ICP). Do ICP dochodzi wskutek wzrostu patologicznej, niechcianej masy wewnątrzczaszkowej (guza zapalnego, nowotworowego lub innego) a w rezultacie wzrostu objętości płynu międzykomórkowego, czy też wewnątrzkomórkowego (obrzęku mózgu) dużego wzrostu objętości krwi, która zalega w mózgu i w efekcie również zwiększenia ilości płynu mózgowo-rdzeniowego (wodogłowia). Spośród wyżej wymienionych objawów warto bliżej przyjrzeć

się m. in. bólowi głowy ta bardzo częsta dolegliwość w pewnym momencie powinna zwrócić uwagę chorego. Jego charakter zależy od umiejscowienia i szybkości wzrostu guza, gwałtowne narastanie tego objawu może być oznaką krwawienia do guza. Ból narastający stopniowo przez dłuższy czas, połączony z wymiotami, nasilający się w godzinach porannych a także podczas wysiłku, kaszlu i w niektórych pozycjach głowy powinien zmobilizować chorego do wykonania badań obrazowych [1,8].

Drugi rodzaj- objawy ogniskowe są uzależnione od umiejscowienia i tego jaki nacisk guz wywołuje na otaczający miąższ mózgu. Mogą to być objawy podrażnieniowe lub ubytkowe. Pierwsze towarzyszą w szczególności przerzutom i guzom wolno rosnącym, które przejawiają się napadami padaczkowymi. Objawy ubytkowe częściej występują przy guzach szybko rosnących, jednak nie może być to jednoznacznym wyznacznikiem lokalizacji guza (Tabela II) [1].

Tabela II. Objawy guza w zależności od topografii

Lokalizacja guza	Objawy charakterystyczne
Płat czołowy	➤ Spowolnienie intelektualne ➤ Zaburzenia koncentracji, zdolności planowania i zapamiętywania ➤ Apraksja chodu ➤ Napady padaczkowe uogólnione lub zwrotne (odwiedzenie kończyn, zwrot gałek ocznych) ➤ Ataksja
Płat skroniowy	➤ Napady czuciowe złożone ➤ Afazja czuciowa (w półkuli dominującej) ➤ Niedowidzenie połowicze, kwadrantowe ➤ Upośledzenie pamięci świeżej ➤ Wahania nastroju
Płat ciemieniowy	➤ Zaburzenia czucia korowe ➤ Apraksja i afazja (amnestyczna) ➤ Napady czuciowe częściowe proste
Płat potyliczny	➤ Zaburzenia widzenia- niedowidzenie połowicze, ślepoty korowej ➤ Omamy proste i złożone
Mózdzek	➤ Oczopląs ➤ Ataksja- zaburzenia koordynacji ruchowej ➤ Osłabienie napięcia mięśniowego ➤ Dysmetria- niezdolność prawidłowej oceny odległości ➤ Adiadochokineza- niezdolność do wykonywania naprzemiennych ruchów ➤ Dyzartria- niewłaściwa artykulacja

Pień mózgu	➤ Nierówność źrenic ➤ Drżenia ➤ Opadnięcie powiek ➤ Mutyzm akinetyczny- brak kontaktu z otoczeniem oraz wykonywania ruchów dowolnych ➤ Zespół Parinauda - niemoc spojrzenia ku górze ➤ Niezborność - astygmatyzm ➤ Sztywność i niedowłady
Przysadka mózgowa	➤ Brak miesiączki, mlekotok (u kobiet) ➤ Zaburzenia libido i potencji (u mężczyzn) ➤ Gigantyzm u dzieci, akromegalia u dorosłych

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1]

Powyżej wymienione objawy nie zawsze ściśle wskazują na umiejscowienie guza a niektóre ich typy mogą okazywać jedynie objawy ogólne [1]. Dlatego niezwykle istotna jest wczesna diagnostyka wszelkich zmian zlokalizowanych w OUN w celu jak najszybszego podjęcia leczenia. Obecnie podstawę diagnostyki guzów mózgu stanowi tomografia komputerowa (KT) oraz rezonans magnetyczny (MR). Badania te odznaczają się wysoką czułością, pozwalają na dokładną ocenę wszystkich zmian w strukturze mózgu, ich lokalizację oraz rozmiar [8].

- Rezonans magnetyczny powinien być pierwszą metodą obrazowania stosowaną u osoby z podejrzeniem występowania zmian śródczaszkowych. Badanie MR wykonywane jest na dwa sposoby, z użyciem środka kontrastowego lub bez niego. Charakteryzuje się lepszą rozdzielczością tkankową a granice guza są zobrazowane bardziej precyzyjnie niż w KT. Techniki MR umożliwiają szybkie zobrazowanie perfuzji guza nowotworowego, a największą zaletą badania jest możliwość uzyskania obrazu w wysokiej rozdzielczości przestrzennej i kontrastowej (podgląd struktur mózgowia w dowolnej płaszczyźnie) [9].
- Tomografia komputerowa z użyciem środka kontrastowego jest wykorzystywana, kiedy badanie MR jest niedostępne lub chory posiada do niego przeciwwskazania. Jednym z nich może być obecność stymulatora serca. Metoda ta umożliwia wykrycie przerzutów do mózgu, czy też obrazowanie guzów wychodzących z kości [9].

Metody leczenia i powikłania guzów mózgu

Leczenie guzów mózgu jest uzależnione od rodzaju zmiany a także jej lokalizacji. Podczas planowania terapii w pierwszym etapie konieczna jest ocena histologiczna guza. W tym celu lekarz wykonuje biopsję, gdzie pobrany fragment tkanki poddaje się analizie laboratoryjnej (badaniu histopatologicznemu). W oparciu o wygląd naczyń, komórek i utkania tkanki można poznać stopień złośliwości guza oraz ustalić stan jego zaawansowania. Następnie jest do wyboru kilka metod leczenia:

- Leczenie chirurgiczne jego celem jest maksymalne wycięcie tkanki nowotworowej oraz zmniejszenie ciasnoty śródczaszkowej przy jednoczesnym zminimalizowaniu powikłań neurologicznych. Prawidłowo wykonany zabieg poprawia komfort i długość życia chorego. Guzy o charakterze naciekającym wymagają jeszcze użycia chemio- lub radioterapii [10].
- Radioterapia- najczęściej stosowaną formą jest radioterapia z wykorzystaniem zewnętrznej wiązki promieniowania i radiochirurgia stereotaktyczna. Pierwszej z nich polega na podaniu małej dawki promieniowania w ciągu doby, ale z dłuższym procesem leczenia. Radiochirurgia stereotaktyczna z kolei opiera się na jednorazowym podaniu dużej dawki promieniowania jonizującego przez co uzyskuje się wysoką dawkę w obszarze zmian chorobowych, przy jednocześnie maksymalnej ochronie zdrowych tkanek. Wynika to z faktu, iż wiązki promieniowania koncentrują się w różnych płaszczyznach do zaplanowanego obszaru z milimetrową precyzją. Nazwa metody zależna jest od platformy służącej do planowania leczenia, źródła energii oraz rodzaju urządzenia [10,11].
- Chemioterapia- stosowana jest wśród pacjentów, u których radioterapia i leczenie chirurgiczne są niemożliwe. Metoda wykorzystywana m.in. do leczenia glejaków wielopostaciowych przy użyciu temozolomidu. Terapia cytostatykami obciążona jest dużą toksycznością w stosunku do komórek prawidłowych. Jest to spowodowane przez obecność bariery krew- mózg oraz wytwarzanie własnych naczyń krwionośnych przez guzy. Bariera krew- mózg sprawia, że leki docierają do komórek nowotworowych bardzo wolno i konieczne jest długotrwałe podawanie wysokich stężeń leków, aby osiągnąć efekt terapeutyczny [11].

Do najczęstszych powikłań guzów mózgu można zaliczyć:

- Krwawienie śródczaszkowe wtórne,
- Wznowa i przerzuty guza
- Odczyny popromienne po radioterapii:
 - Wczesne (pojawiające się w trakcie leczenia lub w czasie 3-6 miesięcy po jego zakończeniu): uczucie zmęczenia, nasilone objawy ogniskowe, drętwienia w kręgosłupie i kończynach, zespół suche oka, suchość błon śluzowych, zaburzenia smaku, żucia i połykania,
 - Późne (pojawiające się po 6 miesiącach a nawet kilku latach od zakończenia terapii): osłabienie pamięci krótkotrwałej, zaburzenia koncentracji, wolne kojarzenie faktów, trudności w wysławianiu, niedowłady i paraliż, retinopatia jaskra, zmiany pigmentacji skóry, utrata owłosienia, przewlekła suchość jamy ustnej, retinopatia i neuropatia nerwu wzrokowego
- Napady padaczkowe

- Powikłania okołoperacyjne i pooperacyjne: wodogłowie, obrzęk mózgu, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zakażenie rany pooperacyjnej, zaburzenia wodno-elektrolitowe, wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego [12, 13]
- Ryzyko wystąpienia chorób naczyniowych- udaru niedokrwienego i krwotocznego
- Zakażenia OUN- przez osłabienie układu odpornościowego
- Zespół majaczeniowy- wywołany encefalopatią metaboliczną lub toksyczną, oddziaływaniem lekowym, czy też bezpośrednim oddziaływaniem guza [12, 13].

Pojęcie padaczki i napadu padaczkowego

Padaczka uznawana jest za jedną z najczęściej diagnozowanych chorób neurologicznych. Ustalono, że na świecie choruje na nią blisko 50 milionów ludzi, a wskaźnik zachorowalności na rok sięga 60/100 tys. Co w przeliczeniu daje jedno zachorowanie na 200 osób [14]. Zgodnie z przyjętą definicją padaczka jest pierwotną chorobą mózgu, która jako zespół objawów powiązanych z zaburzeniami czynnościowymi określonych komórek nerwowych w mózgu. Komórki te wyzwalają wyładowania elektryczne w postaci powielających się napadów z utratą lub zaburzeniem świadomości. Napady te nazywane są padaczkowymi precyzowane jako przemijające zaburzenie fizjologiczne mózgu, powielające się z powodu wzmożonych wyładowań w obrębie neuronów kory mózgowej. Wyładowania prowadzą do wystąpienia objawów wegetatywnych, psychicznych, somatycznych lub wszystkich razem. Zgodnie z założeniami Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej (ILAE) podstawowym elementem rozpoznania padaczki jest:

- wystąpienie przynajmniej 2 odruchowych lub nieprovokowanych napadów padaczkowych w odstępach większych niż 24h,
- rozpoznanie zespołu padaczkowego w obrazie klinicznym lub na podstawie badań,
- Wysokie ryzyko wystąpienia kolejnych napadów (przynajmniej w 60%) w ciągu kolejnych 10lat [15].

Klasyfikacja napadów padaczkowych

Samo słowo napad oznacza nagłe zdarzenie kliniczne podczas którego dochodzi do widocznych zmian w funkcjonowaniu neurologicznym. Napad padaczkowy najczęściej występują jako objaw padaczki, gdzie są nieprovokowanymi, nawracającymi zdarzeniami. Jednak może być spowodowany nagłym zaburzeniem OUN (takim jak udar mózgu, zakażenie, krwotok śródmózgowy czy urazowe uszkodzenie mózgu) lub zaburzeniem, które wtórnie zajmują OUN (np. hipoglikemia). Wraz z postępem epileptologii (dziedziny medycyny, której zadaniem jest diagnostyka i leczenie epilepsji) na przestrzeni lat

klasyfikacja wciąż się zmieniała. Obecnie przyjęty podział wyróżnia 3 grupy napadów padaczkowych: uogólnione, ogniskowe i o nieznanym pochodzeniu. W napadach uogólnionych wyładowanie padaczkowe pojawia się jednocześnie w obu półkulach mózgu. W tej grupie wyróżniamy:

- Napady nieświadomości- czyli takie bez manifestacji ruchowej, ale z nagłą utratą świadomości
- Napady miokloniczne- gwałtowne szarpnięcia mięśniowe, pojawiające się najczęściej nad ranem, trwają krótko a świadomość przy nich jest zachowana
- Napady atoniczne- nagła i krótka utrata świadomości i napięcia mięśniowego
- Napady toniczno- kloniczne- podzielony na dwie fazy: toniczną (z zatrzymaniem oddechu i sinicą), która trwa krótko oraz dłuższą kloniczną z drgawkami, rozszerzonymi źrenicami i brakiem reakcji na światło.

Drugą grupę stanowią napady ogniskowe, których wyładowanie padaczkowe pojawia się w jednej półkuli mózgu a następnie się rozszerza bądź zanika. Objawy kliniczne są uzależnione od pochodzenia ogniska, wyróżniamy napady:

- Z ogniskowym początkiem bez zaburzonej świadomości- zalicza się do nich napady ruchowe, czuciowe, wegetatywne i psychiczne. Może towarzyszyć im przejściowa niepamięć padaczkowa lub afazja.
- Z ogniskowym początkiem z zaburzoną świadomością- występuje niepamięć objawów i zaburzenia świadomości

Napady o nieznanym pochodzeniu, jak sama nazwa wskazuje w tej grupie nie jesteśmy w stanie stwierdzić, gdzie czynność napadowa ma swój początek [16].

Padaczka pourazowa jako objaw guza mózgu

Przyczyny rozwoju padaczki wśród pacjentów bardzo często są trudne do określenia. Faktem jest, że jednym z czynników predysponujących do rozwoju padaczki pourazowej (PTE) są urazy czaszkowo-mózgowe (UCM). Wyróżnia się urazy pierwotne (zależne od działania czynników zewnętrznych) oraz wtórne, które są skutkiem rozwoju tych pierwszych. Urazy pierwotne to m.in. wstrząśnienie i stłuczenie mózgu, zaś wtórne to zakażenie wewnątrzczaszkowe, obrzęk mózgu, krwaki wewnątrzczaszkowe. Do UCM najczęściej dochodzi wskutek silnego urazu, stłuczenia głowy. Napady PTE mogą wystąpić w ciągu 24 godzin po urazie wówczas są to napady natychmiastowe, w ciągu tygodnia mówi się o napadach wczesnych, a powyżej 7 dni napadach późnych. Najczęściej są to napady typu grand mal czyli toniczno- kloniczne, gdzie po napadzie pacjent zapada w sen [17].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Guzy mózgu są najczęstszą przyczyną zaburzeń w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany te przez długi czas mogą rozwijać się niepostrzeżenie i nie dawać żadnych objawów neurologicznych. Wszystko w głównej mierze zależy od rodzaju guza, jego stopnia złośliwości, tempa rozwoju oraz lokalizacji. Szybko rozrastające się guzy mogą doprowadzić do krwawienia śródczaszkowego a to do trwałych uszkodzeń mózgu, padaczki a nawet śmierci. Dlatego pojawiające się zaburzenia neurologiczne nie mogą być bagatelizowane. Szybka diagnostyka i odpowiednio dobrana metoda leczenia przez lekarza specjalistę jest tutaj kluczem do sukcesu. W miarę możliwości stosowane jest leczenie chirurgiczne, gdzie pierwsze doby po zabiegu pozwalają określić jego powodzenie. To właśnie w tym okresie niezwykle ważna jest rola pielęgniarki, która czuwa nad stanem zdrowia pacjenta. Jako odpowiednio wykwalifikowana osoba prowadzi obserwację, rozpoczyna proces usprawniający oraz edukacyjny chorego po zabiegu.

Celem pracy było:

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki, u której przeprowadzono zabieg usunięcia guza mózgu metodą kraniotomii.
2. Stworzenie indywidualnego procesu opieki pielęgniarskiej.
3. Edukacja pacjentki w jaki sposób powinna radzić sobie z napadami padaczki, które mogą powielać się w przyszłości.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęta została 39- letnia kobieta, u której zdiagnozowano obecność guza mózgu z krwakiem śródmózgowym w lewej okolicy potyliczno-ciemieniowej. Pacjentka przyjęta w trybie nagłym na oddział Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie celem leczenia operacyjnego.

Materiały do pracy zostały zebrane na podstawie wywiadu z pacjentką, analizy dokumentacji medycznej, pomiaru podstawowych parametrów życiowych oraz obserwacji własnych. Zgromadzony materiał umożliwił stworzenie indywidualnego procesu opieki pielęgniarskiej dla pacjentki po chirurgicznym usunięciu guza mózgu.

W pracy została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku pacjenta, która wraz ze sporządzeniem procesu pielęgnowania umożliwi postawienie trafnej diagnozy pielęgniarstwa.

Najważniejsze cechy procesu pielęgnowania:

1. Wieloetapowość- następowanie po sobie kolejnych etapów, gdzie każdy z nich spełnia określone zadanie i jest równie ważny
2. Dynamika i ciągłość- zdolność wielokrotnego powtarzania procesu pielęgnowania w zależności od potrzeb
3. Logiczność oraz następstwa czasowe- przechodzenie z etapu do etapu w sposób konsekwentny i uzasadniony.
4. Wszechstronność- podejście w sposób całościowy do pielęgnowania zarówno pacjenta, jak i jego środowiska.
5. Uniwersalność- możliwość wdrażenia procesu pielęgnowania niezależnie od wieku pacjenta oraz stanu zdrowia.



Grafika 1. Etapy procesu pielęgnowania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [18].

Etapy procesu pielęgnowania:

1. Gromadzenie danych- pielęgniarka zbiera informacje o pacjencie na podstawie wywiadu (również z członkami rodziny), posiadanej dokumentacji medycznej oraz analizie podstawowych parametrów życiowych
2. Diagnoza pielęgniarska-porządkowanie zgromadzonych informacji, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta
3. Planowanie-zgromadzenie potrzebnego sprzętu oraz ustalenie kolejności podejmowanych działań, które umożliwią pacjentowi jak najszybszy powrót do zdrowia
4. Realizowanie- wykonywanie zaplanowanych wcześniej działań do momentu, w którym przyniosą one oczekiwane efekty
5. Ocenianie- pielęgniarka weryfikuje to czy priorytety postawione na etapie planowania zostały osiągnięte [18].

WYNIKI**Opis przypadku**

Pacjentka G.B. lat 39, ze Szpitala Wojewódzkiego w Ełku została przetransportowana i przyjęta w trybie natychmiastowym na oddział Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Powodem tych działań była konieczność podjęcia jak najszybszego zabiegu operacyjnego z powodu wystąpienia u pacjentki krwawienia śródmózgowego z guza mózgu. Po wcześniejszym wykonaniu tomografii komputerowej guz o wymiarach 29x23mm został zlokalizowany w lewej okolicy potyliczno- ciemieniowej. W sąsiedztwie zmiany wykryto krwawkę śródmózgową o wielkości 47x35mm ze strefą obrzękową wokół. Pacjenta przy przyjęciu zgłaszała silne ból głowy utrzymujące się od 5 dni z towarzyszącymi temu nudnościami i wymiotami. Widoczne osłabienie kończyn po stronie prawej, porusza się z pomocą drugiej osoby.

W wywiadzie kobieta poinformowała, że rok wcześniej zdiagnozowano u niej padaczkę pourazową. Wówczas lekarze stwierdzili, iż jest ona skutkiem wypadku motocyklowego pacjentki do którego doszło w 2017 roku. W rodzinie nie ma obciążenia padaczką. Do tej pory pacjentka miała 4 napady padaczkowe z utratą przytomności, ostatni dzień przed trafieniem do szpitala. Innych chorób współistniejących nie zgłasza.

Jeszcze w dniu przyjęcia pacjentka była operowana, wykonano kraniotomię ciemieniowo- potyliczną lewostronną z resekcją całkowitą guza mózgu i jednoczasową ewakuacją krwiaka śródmózgowego.

W dniu przeprowadzonej obserwacji pacjentka znajduje się w pierwszej dobie po zabiegu. Skarży się na silne bóle głowy w miejscu rany pooperacyjnej w skali VAS ból ocenia na 8 punktów. Kontakt z pacjentką logiczny, mowa lekko zaburzona, niedowład prawej strony wciąż się utrzymuje. Pacjentka wyraźnie osłabiona, kontakt z nią jest logiczny, jednak mowę ma lekko zaburzoną. Zgłasza niepokój związany z możliwością wystąpienia ponownego nagłego ataku padaczki.

BMI pacjentki wynosi 22,48 przy wzroście 162 cm i wadze 59kg. Podstawowe parametry życiowe pacjentki w normie RR- 130/86, HR- 70 uderzeń/minutę, temperatura ciała- 36,8 °C. Skóra czysta, zadbane o prawidłowym kolorycie, bez obecności jakichkolwiek zmian dermatologicznych. Kończyny dolne wyraźnie obrzęknięte. Podczas zabiegu operacyjnego pacjentce założono wkłucie do żyły obwodowej w lewym dole łokciowym oraz cewnik Foley'a do pęcherza moczowego. Pacjentka mocz oddała. Rana pooperacyjna czysta bez cech zapalenia, szwy utrzymane. W trakcie rozmowy pacjenta zaznacza swój dyskomfort z powodu braku owłosienia na głowie. Zgłasza konieczność pomocy przy czynnościach związanych z toaletą ciała.

Indywidualny proces opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból głowy spowodowany obecnością rany pooperacyjnej

Cele: Zmniejszenie/ całkowita eliminacja dolegliwości bólowych

Działania pielęgniarskie:

- Ocena bólu głowy według skali VAS.
- Regularny pomiar oraz dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych.
- Zapewnienie dogodnej pozycji ciała (podłożenie wałka pod kark) zmniejszającej nacisk na miejsce operowane.
- Regularna zmiana opatrunku na ranie i kontrola czy brzegi rany nie rozeszły się.
- Poinformowanie pacjentki, aby unikała gwałtownych ruchów głową.
- Zagwarantowanie pacjentce ciszy i spokoju, aby mogła odpoczywać.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się (pacjentka ocenia ból na 5 punktów w skali VAS), środki przeciwbólowe są stale podawane, parametry życiowe utrzymane w normie, wymagana dalsza obserwacja.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych w obrębie OUN po kraniotomii (obrzęku mózgu, krwotoku śródmózgowego, odmy czaszkowej, wodogłowia).

Cele: ograniczenie ryzyka wystąpienia powikłań w OUN.

Działania pielęgniarskie:

- Ułożenie pacjentki w dogodnej pozycji na plecach, bez poduszki z lekko podwyższonym bezgłowie (kąt 30°) i zabezpieczonymi bokami łóżka.
- Regularna kontrola i zapis ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP).
- Częsty pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR, HR, temperatury ciała, liczba oddechów).
- Kontrola stanu świadomości pacjentki, reakcji gałek ocznych na światło.
- Obserwacja w kierunku pojawienia się niedowładów, zaburzeń widzenia, czucia oraz mowy.
- Pobranie krwi i moczu do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza.
- Kontrola wysięku z rany pooperacyjnej.

Ocena: wszystkie zaplanowane działania zostały wykonane, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko ponownego rozwinięcia się guza.

Cele: Niedopuszczenie do nawrotu choroby. Eliminacja czynników mogących powodować nawrót choroby

Działania pielęgniarskie:

- Zalecenie prowadzenia oszczędnego trybu życia
- Edukacja pacjentki pod kątem tego, jak ważne jest wykonywanie badań kontrolnych i nielekceważenie objawów sugerujących o nawrocie

Ocenia: Problem wymaga długotrwałej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Osłabiona sprawność fizyczna z powodu niedowładu prawostronnego.

Cele: Przywrócenie pełnej sprawności pacjentce.

Działania pielęgniarskie:

- Wdrażenie ćwiczeń biernych i czynnych w obrębie niedowładnej części ciała.
- Pomoc chorej w czynnościach toaletowych, ubieraniu się, spożywaniu posiłków.
- Wsparcie rehabilitanta w pionizacji pacjentki.
- Motywowanie pacjentki do ćwiczeń w wolnym czasie.
- Objasnienie zasad korzystania z pomocy usprawniających chodzenie takich jak balkonik czy laska.

Ocena: Sprawność prawej strony ciała poprawiła się, problem wymaga dalszej rehabilitacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej

Cele: Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym/ zastosowanie profilaktyki zakrzepicy

Działania pielęgniarskie:

- Profilaktyka przeciwzakrzepowa (podawanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza, stosowanie na kończyny dolne bandaży uciskowych, pończoch elastycznych o odpowiednio dobranym rozmiarze).
- Dbanie o prawidłowe nawodnienie chorej.
- Ułożenie kończyn dolnych na wałkach tak aby znajdowały się wyżej.
- Jak najszybsze uruchomienie pacjentki.

Ocena: Wszystkie zaplanowane działania zostały wykonane. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Lęk pacjentki przed wystąpieniem kolejnych napadów padaczkowych.

Cele: Przeciwdziałanie wystąpienia kolejnych napadów padaczkowych, zapewnienie bezpieczeństwa w wypadku, kiedy napad się pojawi. Zmniejszenie lęku pacjentki przed kolejnym napadem.

Działania pielęgniarskie:

- Wskazanie pacjentce czynników prowokujących napady padaczkowe.
- Omówienie objawów poprzedzających napad.
- Zalecenie unikania sytuacji stresujących.
- Nauka metod relaksujących.
- Objasnienie istoty regularnego stosowania leków zaleconych przez lekarza.
- Edukacja rodziny w kierunku udzielenia pierwszej pomocy podczas napadu.

- Zastosowanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.

Ocena: Lek pacjentki zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko urazu głowy podczas wystąpienia kolejnego napadu.

Cele: Zabezpieczenie pacjenta przed doznaniem urazu podczas wystąpienia kolejnego napadu padaczkowego.

Działania pielęgniarskie:

- Całodobowa obserwacja pacjentki.
- Zabezpieczenie łóżka pacjentki, aby nie wypadła.
- Zapewnienie bezpiecznego otoczenia.
- Podawanie leków przeciwpadaczkowym zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Poinstruowanie pacjentki, aby o każdym niepokojącym objawie informowała personel medyczny.
- Udzielenie pierwszej pomocy w wypadku wystąpienia urazu.

Ocena: W czasie hospitalizacji kolejne napady nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 8: Możliwość wystąpienia zakażenia w miejscu rany pooperacyjnej

Cele: Zniwelowanie ryzyka wystąpienia zakażenia w miejscu rany pooperacyjnej

Działania pielęgniarskie:

- Regularna zmiana opatrunku i przemywanie rany.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku.
- Obserwacja rany pooperacyjnej pod kątem zaczerwienienia i obrzęku.
- Kontrola temperatury ciała pacjentki- podwyższona może świadczyć o rozwijającym się zakażeniu.

Ocena: Rana goi się bez niepokojących zmian, wymagana jest dalsza kontrola.

Diagnoza pielęgniarska 9: Dyskomfort psychiczny pacjentki spowodowany brakiem owłosienia na głowie

Cele: Zmniejszenie dyskomfortu/zapewnienie wsparcia dla pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Wyjaśnienie chorej, dlaczego usunięcie włosów było konieczne.
- Rozmowa z pacjentką- pocieszenie, że włosy szybko odrastają.

- Zaproponowanie pacjentce popularnych rozwiązań (noszenie peruk z naturalnych włosów, kolorowych czepków lub chust).
- Zapewnienie rozmowy z psychologiem, jeśli chora będzie sobie tego życzyła

Ocena: Nastrój pacjentki wyraźnie się poprawił.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko infekcji układu moczowo-płciowego w związku z obecnością cewnika Foley’a.

Cele: Zapobieganie infekcji układu moczowo-płciowego.

Działania pielęgniarskie:

- Usunięcie założonego cewnika najszybciej jak to będzie możliwe
- Dbanie o higienę osobistą pacjentki z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania toalety krocza
- Kontrola ilości moczu w worku (diurezy)
- Regularne opróżnianie worka na mocz ze zwróceniem szczególnej uwagi na to, aby znajdował się poniżej poziomu łóżka
- Obserwacja barwy i przejrzystości moczu
- Wykonanie badań moczu na zlecenie lekarza (pamiętając o jałowości pojemnika)

Ocena: Zaplanowane działania uchroniły przed zakażeniem układu moczowego.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu unieruchomienia pacjentki.

Cele: Niedopuszczenie do powstania odleżyn, jak najszybsza pionizacja pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego.
- Dokładne osuszanie i nawilżanie skóry po każdej toalecie ciała.
- Zmiana ułożenia pacjentki w łóżku co dwie godziny.
- Oklepywanie ciała podczas każdej zmiany pozycji.
- Dbanie o prawidłowe nawodnienie i dietę wysokobiałkową pacjentki.
- Obserwacja pod kątem zaczerwienienia najbardziej dystalnych części ciała.
- Wykorzystanie dostępnych wałków, klinów pod kończyny, aby zmniejszyć nacisk.
- Ocena ryzyka pojawienia się odleżyn według skali Norton.
- Uwzględnienie w diecie produktów wysokobiałkowych.

Ocena: Brak niepokojących zmian na skórze, które można by było uznać za odleżyny.

Diagnoza pielęgniarska 12: Obrzęki kończyn dolnych spowodowane unieruchomieniem.

Cele: Zmniejszenie obrzęków.

Działania pielęgniarskie:

- Dbanie o prawidłowe nawodnienie pacjentki.
- Zastosowanie maści i okładów zmniejszających obrzęk.
- Regularny pomiar i notowanie obwodów kończyn (za każdym razem w tym samym miejscu).
- Zmiana pozycji złożeniowej.
- Wdrażanie gimnastyki kończyn w granicach możliwości.
- Możliwie szybka pionizacja pacjentki.

Ocena: Na podstawie wykonywanych pomiarów widoczne zmniejszone obrzęki.

Diagnoza pielęgniarska 13: Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia wkłucia obwodowego

Cele: Maksymalne zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażenia

Działania pielęgniarskie:

- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem pojawiającego się zaczerwienienia i obrzęku.
- Regularna zmiana opatrunku i kontrola drożności wenflonu.
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki.
- Przepłukanie założonego wkłucia przed i po podaniu kolejnych lekach używając roztworu NaCl 0,9%.
- Ocena miejsca wkłucia według skali Baxtera.

Ocena podjętych działań: Wymagana jest dalsza obserwacja miejsca wkłucia.

Diagnoza pielęgniarska 14: Deficyt samoopieki spowodowany niezdolnością pacjentki do samodzielnej pielęgnacji

Cele: Zaspokojenie potrzeb chorej

Działania pielęgniarskie:

- Wykonanie toalety ciała pacjentki przynajmniej 2 razy dziennie.
- Zmiana bielizny pościelowej.
- Pomoc w spożywaniu posiłków.

Ocena: Zaspokojono podstawowe potrzeby pacjentki.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

Pacjentka po zakończonej hospitalizacji w celu kontynuowania pielęgnacji swojego stanu zdrowia powinna:

- Dbać o czystość rany pooperacyjnej, aż do pełnego jej wygojenia
- W wyznaczonym przez lekarza terminie zgłosić się na zdjęcie szwów
- Po odebraniu wyników histopatologicznych odbyć wizytę w poradni onkologicznej
- Prowadzić oszczędny tryb życia, unikać sytuacji stresowych
- Unikać ciężkiej pracy fizycznej
- W ciągu miesiąca udać się na kontrolne badanie TK
- Być pod stałą opieką poradni neurologicznej
- Regularnie przyjmować leki zlecone przez lekarza prowadzącego
- Podczas silnych dolegliwości bólowych głowy ostrożnie stosować środki przeciwbólowe, tak aby nie przekroczyć zalecanej dawki
- Stosować się do udzielonych wskazówek w momencie, kiedy czuje zbliżający się napad padaczkowy
- Zadbać o edukację rodziny, aby ta wiedziała, jak postępować w przed a także w czasie trwania napadu

WNIOSKI

Pacjenci z problemami neurologicznymi wymagają szczególnej uwagi i opieki w pierwszych dobach hospitalizacji, ponieważ ma to duży wpływ na dalszy proces ich zdrowienia. Skrupulatnie przeprowadzony wywiad pielęgniarzki oraz analiza dostępnej dokumentacji medycznej pozwoliła stworzyć indywidualny proces pielęgnowania pacjentki z padaczką pourazową po przebytych zabiegu usunięcia guza mózgu okolicy ciemieniowo-potylicznej lewej. W napisanym procesie uwzględniono następujące problemy pielęgnacyjne chorej:

1. Ból głowy spowodowany obecnością rany pooperacyjnej.
2. Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych w obrębie OUN po kraniotomii.
3. Ryzyko ponownego rozwinięcia się guza.
4. Osłabiona sprawność fizyczna z powodu niedowładu prawostronnego.

5. Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.
6. Lęk pacjentki przed wystąpieniem kolejnych napadów padaczkowych.
7. Ryzyko urazu głowy podczas wystąpienia kolejnego napadu padaczkowego.
8. Możliwość wystąpienia zakażenia w miejscu rany pooperacyjnej.
9. Dyskomfort psychiczny pacjentki spowodowany brakiem owłosienia na głowie.
10. Ryzyko infekcji układu moczowo-płciowego w związku z obecnością cewnika Foley'a.
11. Ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu unieruchomienia pacjentki.
12. Obrzęki kończyn dolnych.
13. Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscu założenia wkłucia obwodowego.
14. Deficyt samoopieki spowodowany niezdolnością pacjentki do samodzielnej pielęgnacji.

W celu likwidacji powyższych problemów zostały zaplanowane działania z zakresu umiejętności pielęgniarskich. Podjęcie tych działań umożliwiło osiągnięcie założeń postawionych na początku, poprawę stanu zdrowia i wzrost wiedzy pacjentki.

PIŚMIENICTWO

1. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 246-253.
2. Okła K., Wawruszak A., Bilśka S.: Glejaki- epidemiologia, klasyfikacja i etiologia. Review and Research on Cancer Treatment, 2015, 1 (1), 4-16.
3. Osborn A.G., Digre K.B.: Neurologia. Medipage, Warszawa 2019, 124-128.
4. Jaganathan J., Kanter A.S., Sheeban J.P., Jane., Laws E.R. (red.) Krajewski R.: Łagodne guzy mózgu: guzy siodła tureckiego i okolicy okołosiodłowej. Neurologia po Dyplomie, 2011, 6(1), 7-19.
5. Cybula- Misiurek M., Kiczuk K., Czerwińska- Pawluk I., Samardakiewicz M.: Guzy mózgu u dzieci- znaczenie wczesnej identyfikacji objawów. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2016, vol.15, 2(55), 5-12.
6. Fijuth J., Dziadziuszko R., Biernat W., Bobek-Billewicz B., Bonicki W., Jarzab M., Krzakowski M., Nawrocki S., Trojanowski T.: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych- 2013r. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, 2013, 36-64.

7. Józefowicz M., Papierz W.: Histologiczne kryteria diagnostyczne oponiaków atypowych (GII WHO) i ich związek z potencjałem proliferacyjnym. *Aktualności Neurologiczne*, 2012, 12(2), 104-128.
8. Słupska-Kartaczowska M.: Wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, 2015, 15(2), 63-77.
9. Borofl N., Marcinkowska A., Sabisz A., Szurowska E.: Nowoczesne techniki rezonansu magnetycznego w obrazowaniu guzów mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017, 11(5), 216-224.
10. Mucha-Maleck A., Gliński B., Jakubowicz E.: Radiochirurgia stereotaktyczna w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2013, 9(4), 123-127.
11. Pawlicka K., Barciszewska A., Rolle K., Barciszewski J.: Diagnostowanie i leczenie guzów mózgu u ludzi. *Wszechświat*, 2018, 119(1-3), 16-23.
12. Ziółkowska E., Wiśniewski T., Zarzycka M.: Odczyn popromienny u chorych poddanych radioterapii z powodu nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2014, 10(3), 106-113.
13. Ziółkowska E., Biedka M., Windorbska W.: Odczyn popromienny u chorych na raka regionu głowy i szyi: mechanizm i konsekwencje. *Otorynolaryngologia*, 2011, 10(4), 147-153.
14. Chrześcijanek B., Plucińska A., Przybyła M.: Padaczka u osób w przedziale wiekowym 20-45 lat. *Aktualności Neurologiczne*, 2013, 13(1), 35-39.
15. Filipiska K.: Padaczka choroba społeczna XXI wieku. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 3(1), 72-78.
16. Żelazny P., Uździcki A., Awgul S., Pawlik A.: Kanały jonowe jako punkty uchwytu leków stosowanych w terapii padaczki. *Farmacja Współczesna*, 2018, 11, 201-206.
17. Rymkiewicz A.: Przyczyny i skutki urazów czaszkowo- mózgowych. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2014, 3(2), 41-46.
18. Walewska E. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, PZWL, 2012, 40-53.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA CHOREGO NA EPILEPSJĘ

Urszula Izabela Macuta¹, Agnieszka Lankau²

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauko Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauko Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Układ nerwowy dzielimy na układ obwodowy i układ ośrodkowy. Mózg człowieka jest organem należącym do ośrodkowego układu nerwowego, który nieprzerwanie pracuje przez całe życie. Jest on najważniejszym narządem w naszym organizmie. Jego budowa jest skomplikowana i odpowiada za przebieg wielu procesów życiowych takich jak oddychanie czy czynność serca. Choroby związane z tym narządem są zazwyczaj ciężkie w przebiegu i doprowadzają do częściowych zaburzeń lub całkowicie zaburzają pracę i funkcjonowanie całego organizmu chorego. Padaczka jest jedną z pierwszych rozpoznanych chorób na świecie. Nazywana była świętą chorobą. Epilepsja współcześnie pochodzi od słowa starogreckiego *epilamvanein*, co znaczy: atakować, chwycić, zapaść, pojąć, ovladnąć. Początki tej choroby sięgają I wieku p.n.e. W Polskiej historii pierwsze wzmianki na jej temat zaczęły się pojawiać w XVI wieku [1,2,3].

Padaczka jest zespołem objawów somatycznych, wegetatywnych i psychicznych, które powstają na podłożu zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu. Jest to schorzenie dotyczące powtarzających się incydentów, które występują przez nagłe zaburzenie elektrochemiczne wybranych komórek neurotycznych w mózgu. Powstają tam wyładowania bioelektryczne, które są bardzo silne i pojawiają się w nadmiernej ilości. Te zaburzenia występują nieodczownie z napadami drgawkowymi i ryzykiem ponownego wystąpienia ataku. Jest wiele różnych źródeł pochodzenia choroby, a także objawów, które jej towarzyszą. By

potwierdzić, czy pacjent jest chory na epilepsję powinny wystąpić dwa samoistne, nieprovokowane napady padaczkowe, które pojawiają się w odstępie nie krótszym, niż 24h. Taką diagnozę stawiano do 2014, to było warunkiem w diagnozowaniu padaczki. Natomiast teraz występują trzy przypadki, w których można stwierdzić, że pacjent jest chory na epilepsję. Pierwszy z nich to dwa nieprovokowane napady występujące w ostatnich 24 godzinach. Drugi to wystąpienie jednego nieprovokowanego napadu, przy którym występuje prawdopodobieństwo 60% wystąpienia kolejnego. Natomiast trzecim przypadkiem jest rozpoznanie u pacjenta zespołu padaczkowego [3,4,5,6,7].

Wskaźnik rozpowszechnienia wynosi około 1% . Jest 10 razy częściej występującą chorobą od stwardnienia rozsianego i 100 razy od schorzeń neuronu ruchowego. Szacuje się, że liczba chorych na padaczkę na świecie to około 50-70 milionów ludzi, w Europie to około 6 milionów, a w Polsce to 300-400 tys. Chorobowość w województwie podlaskim wynosiła 9,5/1000 mieszkańców. Z roku na rok przybywa w Polsce około 20 000-28 000 nowych zachorowań. Zachorowalność wzrasta wraz z osiągnięciem 60-tego roku życia. 5-10% społeczeństwa może doznać w życiu jednego napadu drgawkowego, a prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego sięga już do 50-60% [1,8,9,10].

Epileptogeneza to proces następowania zmiany w obszarze mózgu ze zdrowego w tzw. padaczkowy. Jest to proces dynamiczny. W tym okresie poprzez działanie bodźca uszkadzającego, którym może być wada metaboliczna, genetyczna bądź uraz, pojawiają się zmiany na poziomie molekularnym i neuronalnym. W okresie letalnym bodziec wyzwała zmiany na poziomie molekularnym w syntezie białek i ekspresji genów. Później następują zmiany w fizjologii kanałów wapniowych i komórek nerwowych, na skutek czego powstaje napad drgawkowy. Zmiany i procesy zachodzące nie ustępują po jednym napadzie i dalej się pogłębiają. Proces ten przebiega wielokierunkowo i wieloetapowo. Skutkiem tego mogą być pojawiające się samoistne napady drgawkowe, które nawracają. Istnieją również inne przyczyny napadów tj. zaburzenia równowagi w układzie nerwowym pobudzającym i hamującym neuroprzekazniki. Istnieje także hipoteza jakoby miała znaczenie aktywacja układu odpornościowego w epileptogenezie [6,11,12].

W rozpoznaniu zespołu padaczkowego pomaga ustalenie etiologii padaczki. Według klasyfikacji ILAE zostały wyróżnione 3 główne grupy padaczek i zespołów padaczkowych: padaczki o etiologii genetycznej, padaczki o nieznanej dotychczas nieustalonej etiologii i padaczki o etiologii strukturalno-metabolicznej. Może ona być ustalona na podstawie genetycznych badań molekularnych. Około 40% padaczek jest wywołanych przez zmiany

genetyczne. Padaczki o etiologii nieznanej/nieustalonej, dawniej były określane jako kryptogenne. W nich etiologie będzie można rozpoznać dzięki postępie rozwoju genetycznego. Padaczki o etiologii strukturalno-metabolicznej to są padaczki w których napady są uzależnione od uszkodzeń strukturalnych lub metabolicznych. Obecnie najczęstszą przyczyną padaczek o takiej etiologii są zaburzenia toksyczno-metaboliczne, choroby naczyniowe, urazy bądź guzy mózgu, a także choroby zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego [13,14,15].

Napad padaczkowy jest to stan, który cechuje się bezwarunkowym spazmem mięśni poprzecznie prążkowanych wywołanym nieodpowiednim wyładowaniem neurytów w korze ruchowej mózgu. Objawia się krótkotrwałą utratą świadomości, drgawkami całego ciała, nagłą utratą napięcia mięśni, drgawkami rozpoczynającymi się na ograniczonym obszarze ciała, nasilonym doznaniu zmysłowym i czuciowym, okresowym dyskomfortem żołądkowo-jelitowym oraz krótkotrwałymi zaburzeniami w sferze psychicznej. Chory może mieć bezdech, szczękościsk i wtórną sinicę, a także bezwiednie oddać kał lub mocz. Zazwyczaj przed atakiem chory może mieć objawy przepowiadające, które nazywa się aurą. Aura jest to odczucie węchowe, smakowe, emocjonalne lub inne, które pozwala na przyszykowanie się i zabezpieczenie chorego w czasie napadu. Taki napad może trwać od kilku sekund nawet do kilku minut. Po napadzie chory zazwyczaj jest nad wyraz senny lub zagubiony [16,17,18,19].

Napady drgawkowe według Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej w 2017 zostały podzielone na napady:

- początku ogniskowym
 - dzielące się na ruchowe i nieruchowe,
 - zanikające w obustronny napad toniczno-kloniczny;
- początku uogólnionym,
 - dzielące się na ruchowe i nieruchowe;
 - o nieznanym początku i napady niesklasyfikowane [20,21].

Napady częściowe można również podzielić na:

- proste, czyli napady bez zaburzeń świadomości
- złożone, które występują z zaburzeniami świadomości
- częściowe wtórnie uogólnione, które występują poprzez wyładowania na cały mózg (utrata świadomości drgawki) [20,21].

Napady uogólnione dzieli się na:

- napady nieświadomości (chwilowy zanik świadomości i sztywnienie ciała)

- napady miokloniczne (krótkie i silne skurcze mięśni)
- napady kloniczne (drgawki całego ciała)
- napady toniczne (silny skurcz mięśni całego ciała, któremu towarzyszą wygięcie głowy do tyłu, wyprostem i uniesieniem kończyn)
- napady atoniczne (zanik napięcia mięśniowego)
- napady toniczno-kloniczne (brak przytomności, spazm mięśni, szczękocisk, ślinotok) [20,21].

Napady nieprovokowane nie mają czasowych ani nawracających czynników, które obniżają próg drgawkowy i powodują wystąpienie napadów padaczkowych. Takimi czynnikami są m.in. wysoka temperatura czy też alkohol. Napady odruchowe cechują się anormalnymi i ciągłymi epizodami drgawkowymi, które są wywołane przez jednaki stymulant [17].

Czynnikami, które wywołują napady drgawkowe są: wysoka gorączka, hipoglikemia, hałas, gorąca kąpiel, zmiana oświetlenia, stroboskopowe światło, przestraszenie się, stres, odstawienie lub zmiana leków przeciwpadaczkowych, spożywanie posiłków, granie w gry, zmiany hormonalne oraz bezsenność [17].

Stan padaczkowy jest to każdy napad drgawkowy, który trwa więcej niż 5 minut. Ten stan jest zagrażający życiu, gdyż może prowadzić do obumierania neuronów. Atak trwający ponad 30 minut może prowadzić do bezpowrotnego zniszczenia komórek nerwowych. Neurony w okresie napadu zwiększają swoje zapotrzebowanie metaboliczne aż czterokrotnie. W okresie tak przedłużającego się napadu mogą wystąpić również rozmaite zaburzenia takie jak: zaburzenia oddychania, zaburzenia homeostazy, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia metaboliczne, a nawet taki stan może prowadzić do zachłyśnięcia [18,22].

Stan padaczkowy dzieli się na drgawkowy, w którym występują zaburzenia świadomości oraz niedrgawkowy. Najczęstszymi przyczynami stanu padaczkowego jest odstawienie leków przeciwpadaczkowych lub za małe ich stężenie we krwi. Innymi czynnikami wywołującymi stany padaczkowe są guzy mózgu, choroby naczyń krwionośnych mózgu, zakażenia układu nerwowego, urazy głowy, niedotlenienie, zaburzenia metaboliczno-elektrolitowe, bądź nagłe odstawienie alkoholu podczas ciągu alkoholowego [18,22].

Za pomocą kodów ICD-10 są klasyfikowane schorzenia, dolegliwości oraz przyczyny zgonu. Zostały one opracowane przez WHO i są wykorzystywane na arenie międzynarodowej, a w Polsce obowiązują od 1996 roku. Jest to międzynarodowy system diagnozy nozologicznej [23].

Zespoły padaczkowe

Jest wiele różnych zespołów padaczkowych, które można wykryć za pomocą zaobserwowanych objawów klinicznych: zapisów EEG, typu napadów, lokalizacji ogniska napadowego, okresu w jakim pojawiły się napady, ich charakteru, czynników pojawienia się, rozwojowi w czasie, wieku pojawienia się choroby, typu dziedziczenia, objawów fizycznych i psychicznych, a także rokowań i odpowiedzi na leczenie farmakologiczne. Zespoły padaczkowe dzieli się na dwa typy: zespoły zlokalizowane oraz padaczki i zespoły padaczkowe z uogólnionym początkiem. Obecnie w opisie można znaleźć cztery kategorie zespołów: zlokalizowane, uogólnione, niezdefiniowane pod względem ogniskowości lub uogólnienia i specjalne. Każde z tych kategorii można podzielić pod względem przebiegu na łagodne i ciężkie. Obecnie wyróżnia się wiele zespołów padaczek opornych na leczenie. Występują one w różnym wieku, chociaż częstsze zachorowania obserwuje się u osób młodych. Niektóre zespoły takie jak na przykład padaczka z napadami zaskoczenia, występują rzadko. Leczenie tych zespołów jest ciężkie i nie raz nieskuteczne. Za wyleczony zespół padaczkowy można uznać pacjenta, który osiągnął wiek poza określonym dla danego zespołu i jest wolny od napadów przez ponad 10 lat, z co najmniej 5-letnim okresem nieprzyjmowania leków przeciwpadaczkowych [24,25,26,27].

Ważną rolę w leczeniu padaczki odgrywa jej wczesne i prawidłowe rozpoznanie. Pacjent nieświadomy swojej choroby może być narażony na wiele powikłań. Jednym z nich jest SUDEP, czyli niespodziewany zgon w padaczce. Innymi powikłaniami są kontuzje, które powstają w wyniku niekontrolowanych upadków. W diagnostyce padaczki wykorzystuje się przede wszystkim wywiad, który jest przeprowadzony z pacjentem i osobami obecnymi przy ataku. Powinny być w nim uwzględnione najmniejsze szczegóły, takie jak wszystkie fazy rozwojowe pacjenta, a także przyczyny genetyczne. Ważną rzeczą w diagnostyce padaczki jest dokładne określenie typów napadów padaczkowych oraz wczesne rozpoznanie zespołów padaczkowych. One pozwalają na określenie prognozy rozwoju choroby oraz dobór odpowiednich badań diagnostycznych. Aktualnie prostsze jest zobrazowanie kliniczne napadu, dzięki dostępowi do technologii takich jak na przykład telefon komórkowy, aparat fotograficzny, tablet, które umożliwiają nagranie epizodów padaczkowych występujących poza środowiskiem szpitalnym. Podstawowymi jednostkami diagnostyki są: badanie morfologii krwi, zrobienie standardowego EKG, bądź założenie Holtera EKG, badanie elektroencefalograficzne oraz badania neuroobrazowe (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Zalecane jest także zrobienie badania psychologicznego pacjentom, gdyż

część napadów może być spowodowana podłożem psychogennym. Badania neuroobrazowe potrafią wykryć znaczną część zmian ogniskowych. Elektroencefalografia jest jedyną metodą badania bioelektryczności mózgu. Pojedyncze badanie może rozpoznać napad padaczkowy u 30% osób. W ponownych badaniach rozpoznawalność jest zwiększona nawet do 77%. Dokładność procedury EEG jest większa, gdy przeprowadza się je w krótkim czasie po ataku lub w czasie snu albo jego deprywacji. W okresie czasu, gdy podstawowe badania diagnostyczne nie są w pełni jasne do postawienia diagnozy wykonuje się metodę długotrwałego wideo-EEG [3,4,28].

Obecnie mimo szybkiego rozwoju farmakoterapii nadal u około 20% ludzi chorych na padaczkę jest obecna lekooporność. Pacjenci z rozpoznaniem lekooporności powinni być leczeni w specjalnych ośrodkach, gdzie są poddawani ogólnej diagnostyce, a także rozważane jest leczenie operacyjne. Diagnostyka przedoperacyjnego leczenia padaczki lekoopornej zajmuje się określeniem położenia pola padaczkorodnego. Monitorowanie wideo- EEG ma 3 etapy:

- Etap I-badanie EEG w trakcie napadu padaczkowego, badanie EEG międzynapadowe.
- Etap II –inwazyjne badania wideo-EEG i iEEG (czyli z zastosowaniem elektrod podtwardówkowych lub głębokich). Aktualnie są 3 zalecenia zrobienia iEEG tj. położenie i wielkość pola padaczkorodnego, lokalizacja pola padaczkorodnego do widocznej zmiany w badaniu MR, lokalizacja obszaru padaczkorodnego w stosunku do prawdopodobnego obszaru elokwentnego.
- Etap III- jest to etap śródoperacyjnej elektrokortykografii, który bezpośrednio ocenia zakres pola operacyjnego [3,4].

Padaczkę lekooporną można zbadać, gdy nie występuje żaden skutek, w tym brak kontroli utrwalonych napadów. Następuje to po dwóch kolejnych próbach działania lekami w monoterapii lub terapii dodanej. Dwa kryteria do oceny minimalnego czasu remisji to: czas 12 miesięcy, 3-krotność odstępu międzynapadowego w okresie sprzed rozpoczęcia leczenia. Zjawisko lekooporności u każdego jest procesem indywidualnym oraz ofensywnym, dlatego też może on zmieniać się w okresie czasu, gdyż jest zależny od postępu choroby. Także może być zależny od nierozpoznanych przemian farmakodynamicznych leków, a także czynników biologicznych i osobniczych [4,29].

Aktualnie nefarmakologicznym leczeniem padaczki jest metoda operacyjna. Jest to metoda dobrana do leczenia padaczki lekoopornej, ale także, gdy jest dokładnie ustalone ognisko padaczkorodne i jego eliminacja nie spowoduje żadnego uszczerbku na zdrowiu

pacjenta. Następnym wskazaniem do leczenia chirurgicznego jest nieprawidłowa jednostka, która powstała w mózgu i powoduje napady tj. na przykład guz mózgu. Ostatecznym wskazaniem do operacji, choć wciąż nieczęsto stosowanym jest znaczne obniżenie poziomu funkcjonowania poprzez ataki pacjenta. Operacje w leczeniu padaczki dzieli się na dwie gromady:

- Resekcyjną, która polega na leczeniu padaczki poprzez wycięcie obszaru mózgowia razem z obszarem padaczkowym. Do głównych metod leczenia resekcyjnego należą
 - Lobektomie (wycięcie płata skroniowego lub jego części, części płatów czołowych, ciemieniowych bądź potylicznych)
 - Hemisferektomie (usunięcie całej półkuli mózgowia)
 - Lezjonektomie (usunięcie obszaru padaczkowego powstałego z powodu występowania patologicznej struktury w obszarze mózgu) [28].
- Paliatywną, która nie obejmuje w obrębie operacji wycięcia obszaru padaczkowego. Dzieli się je na:
 - Rozłączeniowe- kallozotomia(przecięcie długich włókien kojarzeniowych, które przebiega przez spoidło wielkie)
 - Neurostymulujące (pobudzenie nerwu błędnego, głęboka stymulacja mózgu) [28].

Rodzaj operacji dobierany do leczenia jest ustalany indywidualnie i zależy od rodzaju napadów i pola obszaru padaczkowego. Na wybór rodzaju operacji wpływa możliwość wystąpienia późniejszych problemów neurologicznych [28].

Podczas prowadzenia farmakoterapii stosuje się dietę ketogenną. Dieta ketogenna cechuje się tym, że składa się w 90% z tłuszczowych kalorii, reszta kalorii to białka i węglowodany. Obecnie są stosowane dwa typy diety: wariant 4:1, który jest bardziej restrykcyjny i stosowany u niemowląt oraz wariant 3:1 stosowany u nastolatków, i dzieci z wysokim zapotrzebowaniem na białko. W tych dietach pierwsza wartość oznacza ilość gramów tłuszczu w stosunku do ilości gramów białka z węglowodanami. Utrzymanie takiej diety jest niezwykle trudne i wymaga wiele poświęceń, samodyscypliny, a także kreatywności od osoby chorej, by przyrządzić różnorodne dania. Wskazaniami do wprowadzenia leczeniem dietą ketogenną są:

- Padaczka lekooporna,
- Niedobór transportera GLUT1(transporter glukozy typ pierwszy),
- Zespół Dravet,
- Padaczka lekooporna związana ze stwardnieniem guzowatym,

- Zespół Doose'a,
- Zespół Lennox-Gastaut,
- Niedobór dyhydrogenazypirogronianowej,
- Zespół Ohtahary [30,31].

Powstało wiele hipotez dotyczących procesu działania diety ketogennej, lecz żaden nie został wyszczególniony, stąd można snuć wnioski, że za jej skuteczność odpowiada wiele procesów, które są sobie równe [30,31].

Rodzaje diety ketogennej:

- Zmodyfikowana dieta ketogenna z użyciem średnio-łańcuchowych kwasów tłuszczowych,
- Dieta o niskim indeksie glikemicznym,
- Modyfikowana dieta Atkinsa,

Powstały one, gdyż są prostsze w zastosowaniu i lepsze w smaku od klasycznej diety ketogennej [31].

Zaletą tej diety jest jej działanie nawet po odstawieniu stosowania. Umożliwia ona również zmniejszenie dawki leku, bądź też odstawienie całkowicie, niektórych preparatów. Prowadzi to do zmniejszenia powikłań związanych z przyjmowaniem leków [31].

Dieta ketogenna jest przeciwwskazana w przypadkach gdy występują:

- deficyt karnityny,
- deficyt I i II transferazy karnitynopalmitynowej,
- deficyt translokazy karnityny,
- zaburzenia beta-oksydacji kwasów tłuszczowych,
- deficyt karboksylazy pirogronianowej,
- kwasice organiczne,
- porfiria [31].

Działania niepożądane diety ketogennej to najczęściej jest: biegunka, zaparcia, hipoglikemia, mdłości, wymioty, odwodnienie, jadłowstręt, letarg oraz ryzyko wzrostu częstości drgawek [30,31].

Terapię dietą ketogenną zazwyczaj się rozpoczyna w warunkach szpitalnych, gdyż ze względu na wystąpienie skutków ubocznych jest ona niebezpieczna do bezpośredniego zacementa tej terapii w domu. Osoba chora, bądź opiekunowie mają wtedy czas na przystosowanie się do nowej diety, a także zgłębienie wiedzy na jej temat [32].

Główną rolą przyjmowania leków przeciwpadaczkowych jest hamowanie drgawek oraz monitorowanie i nadzorowanie napadów. Głównym celem tych leków jest podnoszenie progu drgawkowego. Dodatkowym celem do, którego się dąży jest uzyskanie całkowitej remisji napadów bez wystąpienia powikłań, a także poprawienie jakości życia pacjenta. Farmaceutyki są zawsze dobierane od typu napadów i zespołów padaczkowych. Leki przeciwpadaczkowe dzieli się generalnie na dwa główne zbiorowiska i są one podzielone według mechanizmu działania. Jednym z nich są leki stabilizujące potencjał błon komórkowych neuronów, które hamują niewłaściwe wyładowania bioelektryczne. Drugą grupą są leki, które pobudzają równowagę między przekąźnikami hamującymi, a pobudzającymi [21,29,33].

Leki przeciwpadaczkowe cechują się możliwością wywołania objawów niepożądanych. W większości te działania są o małej lub średniej intensywności. Występują przy zwiększonej dawce leku i wraz z wydłużeniem okresu działania - przechodzą. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: deficyt witaminy D, zmniejszona gęstość mineralna kości, niedobór witamin z grupy B, zaburzone funkcje poznawcze dzieci, zmiana masy ciała [32,33].

Istnieje również podział na preparaty pierwszego rzutu, drugiego rzutu, a także inne, które mają zastosowanie dopiero wtedy, gdy nie widać rezultatów przy stosowaniu poprzednich grup [21].

Do najczęściej stosowanych leków przeciwpadaczkowych należą leki tzw. starszej generacji takie jak: fenytoina, etosuksymid, kwas walproinowy, karbamazepina, a także nowe leki przeciwpadaczkowe do których zaliczamy wigabatrynę, lamotryginę, gabapetynę, topiramę, tiagabinę [34].

Lewetriacetam to preparat z bazy nowej grupy leków przeciwpadaczkowych. Ma on niebywały system reakcji, bo wiąże się z białkiem 2A i pod względem chemicznym różni się od innych leków. Można go podawać w każdym wieku, posiada obszerne spektrum działania i wysoką skuteczność [33].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Padaczka jest jednym z głównych schorzeń przewlekłych występującym w neurologii. Jest również najstarszą znaną chorobą na świecie. Jest to stan chorobowy, który charakteryzuje się zaburzoną funkcją mózgu. Mimo rozwoju techniki chirurgii,

farmakoterapii i wielu innych dziedzin, wciąż występują postacie padaczki lekoopornej. Leczenie padaczki jest długotrwałe i potrzebuje obszernej diagnostyki i dokładnie przeprowadzonego wywiadu. Nieleczona zazwyczaj prowadzi do kumulacji napadów drgawkowych, co w konsekwencji może nawet prowadzić do śmierci [6,33].

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z epilepsją.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z epilepsją.
3. Przygotowanie dla pacjenta zaleceń dotyczących samoopieki i samokontroli w zakresie pielęgnacji fizycznej i psychicznej.
4. Ocena podjętych działań.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto kobietę w wieku 64 lat chorą na padaczkę. Chora była hospitalizowana w październiku 2019 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w Klinice Neurologii. Była ona hospitalizowana w celu doboru leków po przedłużonym napadzie drgawkowym i głębszej diagnostyki chorób podstawowych.

W celu zebrania materiału do badań zastosowano metodę indywidualnego przypadku i procesu pielęgnowania.

Materiały do badań zostały zebrane na podstawie analizy dokumentacji medycznej: karty gorączkowej, karty obserwacji, karty ryzyka, odleżyn, karty pomiaru ciśnienia tętniczego oraz karty zleceń lekarskich.

Dodatkową formą zbierania informacji o pacjencie był wywiad, a także obserwacja ogólna i pomiar parametrów życiowych.

Ogólna obserwacja pacjenta polegała na obserwowaniu zachowania pacjenta w środowisku szpitalnym, ale także podczas odwiedzin rodziny.

Wywiad został również przeprowadzony w najbliższym środowisku pacjenta, gdyż w leczeniu epilepsji ważne jest rozpoznanie dokładnego przebiegu napadu, w którym mogą pomóc domownicy chorego.

Na podstawie zebranych informacji podstawową czynnością pielęgniarki jest zaplanowanie procesu pielęgnowania.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ICN wystandaryzowała proces pielęgnowania, który składa się z 5 części. Zaleca on, by stosować: ocenę, diagnozę, interwencję,

implementację i ewaluację [35].

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia niedotlenienia spowodowane dusznością.

Cel: Uzyskanie poprawy w oddychaniu pacjenta. Ułatwienie wentylacji oddechowej.

Działania pielęgniarskie:

- Zapewniono obecność personelu przy napadzie duszności
- Zapewniono pomoc przy zmianie pozycji ciała,
- Pomierzono parametry podczas ataku duszności (24 oddechy, o przyśpieszonym charakterze, 88 uderzeń/minutę, 96% SpO₂),
- Ułożono pacjentkę w pozycji wysokiej
- Zapewniono w sali temperaturę 20 stopni Celsjusza, i przewietrzono pomieszczenie,
- Tlen podawano doraźnie z przepływem 3l/min,

Ocena: Nie zaobserwowano cech sinicy na skórze. Nastąpiła poprawa wydolności oddechowej, nie wystąpił kolejny atak duszności, skóra pacjentki zaróżowiona.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowana założonym cewnikiem Foley'a

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia stanu zapalnego układu moczowego.

Działania pielęgniarskie:

- Wykonano toaletę krocza pacjentki wodą z mydłem,
- Użyto środka odkażającego Mucosa przeznaczonego do odkażania błon śluzowych,
- Pacjentka wypila około 2 litrów wody
- Mocz był przejrzysty o barwie słomkowej i normalnej gęstości,
- Brak oznak zakażenia przy ujściu cewki moczowej
- Worek zbiorczy na mocz umieszczono poniżej pęcherza moczowego.
- Pobrano próbkę moczu do badania ogólnego.

Ocena: Brak objawów w kierunku zakażenia. Badania moczu wykazały: Ciężar właściwy-1.005, pH 5, Białka nieobecne w moczu, Glukoza nieobecna w moczu, Ciała ketonowe nieobecne w moczu, Analiza mikroskopowa: Nie stwierdza się obecności bakterii, grzybów, pasożytów, komórek nabłonka.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko zakażenia wkłucia obwodowego.

Cel: Zmniejszenie bądź zniwelowanie ryzyka zakażenia.

Działania pielęgniarskie:

- Zmieniono zamoczony opatrunek
- Nie zaobserwowano zmian wskazujących na zakażenie w miejscu wkłucia
- Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki
- Oceniono wkłucie na podstawie skali Baxter na 0 pkt., kontynuowano rutynową obserwację.

Ocena: Problem pozostawiony do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko urazu spowodowane napadem padaczkowym.

Cel: Zmniejszenie bądź zlikwidowanie ryzyka upadku. Zapewnienie choremu bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarskie:

- Parametry kontrolowano 3x dziennie (140/90 mmHg, 75uderzeń/min, 98%SpO₂), (135/88mmHg, 78uderzeń/min, 97%SpO₂), (130/85mmHg, 71uderzeń/min, 99% SpO₂)
- Podawanie leków dożylnych na zlecenie lekarza-karbamazepiny w dawce 800mg na dobę
- Stan świadomości został oceniony za pomocą skali Glasgow
- Pacjentkę położono na jednoosobowej sali i zasłoniono rolety, by mogła wypocząć po ataku napadu drgawkowego,
- Nie zaobserwowano objawów aury zwiastunowej,
- Przy wstawaniu do toalety pomagano pacjentce i asekurowano w razie niespodziewanego upadku,

Ocena: Parametry utrzymywały się w normie. Nie wystąpiły znaczące objawy niepożądane po podaniu leku. Pacjentka otrzymała 14 punktów w skali Glasgow. Pacjentka stała się wypoczęta. Pacjentka nie doznała urazu podczas przemieszczania.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko powstania odleżyn spowodowane ograniczeniem w samodzielnym poruszaniu się.

Cel: Zapobieganie powstawaniu odleżyn.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka powstania odleżyn w skali Norton wynosi 14pkt.

- Pacjentce nie zapewniono udogodnień ze względu na jej niechęć
- Zmieniano ułożenie pacjentki co 2 godziny
- Oklepywano miejsce narażone na tworzenie odleżyn, a także poinstruowano rodzinę o konieczności oklepywania tych miejsc
- Łóżko zostało prześcielone.
- Pacjentkę wykąpano i natłuszczono skórę.

Ocena: Pacjentka według skali Norton jest narażona na powstanie odleżyn. Nie zaobserwowano żadnych zmian zwiastujących odleżyny. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym, które jest chorobą współistniejącą.

Cel: Zniwelowanie bądź zmniejszenie powikłań związanych z nadciśnieniem.

Działania pielęgniarskie:

- RR mierzono o 8.00 rano (135/90 mmHg) i 20.00 wieczorem (125/85 mmHg)
- Nie wystąpiły objawy podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi
- Przedstawiono pacjentce przykładowe ćwiczenia, które pomagają w uregulowaniu ciśnienia tętniczego krwi,
- Poedukowano pacjentkę o czynnikach, które mogą wywołać podwyższenie ciśnienia krwi
- Zapewniono spokój w sali pacjentki.
- Podano zgodnie z kartą zleceń doustnie 5mg 2x na dobę Bisoratio 5.

Ocena: Ciśnienie tętnicze krwi pacjentki w czasie pomiarów było prawidłowe: (135/90 mmHg) (125/85 mmHg). Pacjentka regularnie przyjmowała leki. Zmniejszono ryzyko powikłań związanych z nadciśnieniem.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn.

Cel: Zniwelowanie obrzęku, poprawa jakości życia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Zapewniono bieliznę osobistą i pościelową
- Poinstruowano o konieczności stosowania skarpet bez uciskowych,
- Wypielęgowano obrzękniętą kończynę
- Z powodu braku pęknięć, nie zastosowano opatrunków aseptycznych
- Kończynę podniesiono za pomocą ustawienia specjalistycznego łóżka, a także

zastosowano wałki z ręczników

- Zastosowano wolumetrię, czyli pomiar kończyny i obrzęk zwiększył się o 0,5cm w ciągu nocy
- Poinstruowano pacjentkę jak wykonywać ćwiczenia zmniejszające obrzęki.
- Podanie na zlecenie lekarza 1 ampułki furosemidu dożylnie w dawce 20mg.

Ocena: Obrzęki kończyn dolnych pacjentki zwiększyły się. Pacjentka wciąż nie akceptuje swojego wyglądu. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko upadku spowodowane zaburzoną równowagą ciała.

Cel: Zmniejszenie bądź zniwelowanie ryzyka upadku.

Działania pielęgniarskie:

- Zapewniono stabilne i antypoślizgowe obuwie dla pacjentki poprzez rodzinę
- Pacjentce pomagano w czynnościach polegających na przemieszczaniu się
- Poinstruowano pacjentkę o konieczności proszenia o pomoc w razie potrzeby przemieszczania się: pokazano, gdzie znajduje się dzwonek do przywołania personelu medycznego i umieszczono go bliżej zasięgu pacjentki.
- Włączono lekkie oświetlenie przyłóżkowe.

Ocena: Zadbano o jak najmniejsze ryzyko upadku. Problem został rozwiązany.

Diagnoza pielęgniarska 9: Trudność w utrzymaniu higieny ciała spowodowana otyłością i nietrzymaniem moczu.

Cel: Ułatwienie utrzymania higieny.

Działania pielęgniarskie:

- Zastosowano podkłady absorbujące wilgoć
- Bieliznę pościelową i osobistą zmieniono raz dziennie
- Wykonano toaletę krocza i miejsc intymnych
- Pacjentka wypila ponad 2litry wody na dzień
- Poinstruowano pacjentkę o konieczności zmniejszenia wieczornego nawadniania.
- Miejsca narażone na odparzenia przemyto wodą i pozostawiono na 15 min bez odzieży.

Ocena: Pacjentka nie zgłaszała problemów natury higienicznej. Problem został do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Problem z zasypianiem spowodowany zwiększonym zmęczeniem po napadzie.

Cel: Ułatwienie zasypiania. Zapewnienie warunków do efektywnego wypoczynku i snu.

Działania pielęgniarskie:

- Zasłonięto rolety i wyłączono wszystkie telewizory i radia.
- Poinstruowano o unikaniu kawy w godzinach wieczornych. Zapewniono pacjentce książkę do przeczytania.

Ocena: Pacjentka po wszystkich wykonanych czynnościach zasnęła i spała bez większych problemów całą noc.

Diagnoza pielęgniarska 11: Niepokój pacjenta spowodowany obawą przed kolejnymi atakami drgawek.

Cel: Zmniejszenie lub zniwelowanie niepokoju.

Działania pielęgniarskie:

- Poinformowano każdorazowo pacjentkę o celu i przebiegu wykonywanych czynności
- Monitorowano parametry 2x dziennie i przeprowadzono luźne rozmowy oceniające nastrój chorej
- Nie przeprowadzono konsultacji z lekarzem.
- Nie zauważono zmian stanu psychicznego pacjentki.

Ocena: Zniwelowano niepokój związany z obawą przed kolejnymi napadami.

Diagnoza pielęgniarska 12: Dyskomfort pacjentki spowodowany pobytem w szpitalu.

Cel: Zapewnienie komfortu psychicznego podczas pobytu w szpitalu.

Działania pielęgniarskie:

- W czasie wolnym rozmawiano z pacjentką i odciągano myśli dotyczące hospitalizacji
- Poinstruowano jak wykupić telewizję i nauczono obsługi szpitalnego telewizora
- Zapewniono komfort w sali pacjentki, a także asystowano przy przemieszczaniu się.
- Poinstruowano pacjentkę jakie są godziny odwiedzin na oddziale, a także o możliwości wcześniejszego przyjęcia najbliższej rodziny.

Ocena: Zapewniono miły i komfortowy pobyt w szpitalu. W wyniku podjętych działań lęk związany z hospitalizacją zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 13: Trudności w pełnieniu ról społecznych spowodowane nietrzymaniem moczu.

Cel: Trudności w pełnieniu ról społecznych spowodowane nietrzymaniem moczu.

Działania pielęgniarskie:

- Poinstruowano w jakich sytuacjach może pojawić się nietrzymanie moczu i jak ich unikać
- Poinstruowano jak wykonywać ćwiczenia: maksymalnie mocno napinać mięśnie dna miednicy, a następnie je rozluźnić. Powtórzyć 4—5 razy
- Umówiono konsultację z dietetykiem na następny dzień.
- Zakupiono na próbę bieliznę chłonną i zachęcono do jej użycia.

Ocena: Dzięki wprowadzeniu udogodnień było dostrzegalne wyraźne zadowolenie pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 14: Deficyt wiedzy na temat zdrowego odżywiania.

Cel: Zmniejszenie masy ciała. Nauka zdrowego odżywiania.

Działania pielęgniarskie:

- Wprowadzono pacjentkę do współuczestniczenia w procesie edukacji
- Badano masę ciała raz dziennie
- Ograniczono kaloryczność posiłków do 1500 kcal na dobę
- Poradzono w ramach stylu życia: zmniejszenie masy ciała, ograniczenie spożycia chlorku sodu < 5 g dziennie, ograniczenie picia alkoholu, zwiększenie spożycia owoców i warzyw, a zmniejszenie tłuszczów nasyconych
- Zalecono: dietę bogatą w błonnik: spożycie błonnika: 1,0 g/kg masy ciała/dobę, spożywanie ryb 2 –3 razy w tygodniu, zwiększenie podaży wody mineralnej, (produkty zalecane: owoce, warzywa, oliwa z oliwek w małych ilościach, chude mleko, płatki musli, białka jaja kurzego, chudy kurczak, indyk, królik bez skóry)
- Zalecono: unikanie posiłków smażonych, pieczonych, tłustych, produktów typu „fast food”, tłustych serów, ciastek, cukierków, czekolady, kremów, tłustych wędlin, smalcu, majonezu

Ocena: Masa ciała uległa redukcji, lecz bardzo minimalnie. Pacjentka wykazała chęć współpracy w zmianie stylu życia. Pacjentka przed redukcją ważyła 80kg, a po 78,5kg. Obecnie BMI wynosi 29,51. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 15: Deficyt wiedzy rodziny pacjenta na temat zachowania podczas napadu padaczkowego.

Cel: Nauka pomocy w razie napadu pacjentowi. Opieka nad najbliższym po napadzie.

Działania pielęgniarskie:

- Poinformowano o konieczności zabezpieczenia pacjentki przed urazem w czasie napadu
- Poinformowano o zachowaniu w czasie napadu: zachować spokój, ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu, zabezpieczyć go przed upadkiem, nie wkładać niczego do ust poszkodowanego, nie powstrzymywać na siłę drgawek, zabezpieczenie głowy pacjentki,
- Poinstruowano, że nie powinno się budzić chorej, zostać przy niej tak długo, aż jej stan wróci do normy, po 2-3 minutach po ataku nadal jest ona nieprzytomna należy bezzwłocznie wezwać pogotowie.

Ocena: Przekazano wszystkie informacje na temat zachowania przed i po napadzie. Problem został rozwiązany.

WNIOSKI

Z zebranych wszystkich problemów i po ich opracowaniu, stworzono plan pielęgnacyjny pacjentki, który ma na celu ujawnienie z jakimi problemami pacjentka się zмага i w jaki sposób można zastosować działania, by móc zniwelować lub zmniejszyć jej problemy.

Dalsze zalecenia opracowano i przekazano dla pacjentki podczas przeprowadzonej edukacji.

- Ryzyko wystąpienia niedotlenienia spowodowane dusznością
- Ryzyko zakażenia układu moczowego spowodowana założonym cewnikiem Foley'a
- Niepokój pacjenta spowodowany obawą przed kolejnymi atakami drgawek
- Pacjentka nie chciała zmienić swojego stylu życia, chociaż zagrażał on jej zdrowiu
- Trudności w pełnieniu ról społecznych spowodowane nietrzymaniem moczu
- Dyskomfort pacjenta spowodowany pobytem w szpitalu.

PIŚMIENNICTWO

1. Jędrzejczak J.: Padaczka stare i nowe wyzwania. Postępy Nauk Medycznych, 2012, 25, 1, 45-50.
2. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne, Wyd. 1, Warszawa PZWL, 2015.
3. Kuciejczyk D.: Padaczka alkoholowa oraz inne rodzaje epilepsji. Na Ratunek, 2014, 6, 13-19.

4. Rejdak K., Rola R., Mazurkiewicz – Będzińska M., Halczuk I., Błaszczyk B., Rysz A., Ryglewicz D.: Diagnostyka i leczenie padaczki u osób dorosłych – rekomendacje Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2016, 12, 1, 15 – 27.
5. Łabuz-Roszak B., Mańka-Gaca I.: Dysfunkcje autonomicznego układu nerwowego w padaczce. *Wiadomości Lekarskie*, 2019, 72, 1, 120-123.
6. Słowińska M., Józwiak S.: Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii. *Neurologia Dziecięca*, 2017, 26, 53, 11-17.
7. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A.: et al.: ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 2014, 55, 4, 475-482.
8. Tarasiuk M., Tarasiuk J., Kalicki B., Kułakowska A.: Aktualna klasyfikacja napadów padaczkowych oraz wytyczne postępowania w stanie padaczkowym. *Na Ratunek*, 2017, 6, 53-56.
9. Artemowicz B., Sendrowski K., Śmigielska-Kuzia J., Iwaniuk M., Kuroczycki-Saniutycz S.: Analiza epidemiologii padaczki w województwie podlaskim w latach 2002-2004. *Neurologia Dziecięca*, 2011, 20, 41, 35-41.
10. Słowińska M., Józwiak S.: Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii. *Neurologia dziecięca*, 2017, 25, 53, 11-17.
11. Kołakowska K., Płaźnik A.: Proces zapalny a epileptogeneza. Nowe perspektywy zapobieganiu padaczce i jej leczenia. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2012, 3-4, 143-152.
12. Steinborn B.: Od padaczki wieku rozwojowego do padaczki dorosłych. *Neurologia Po Dyplomie*, 2016, 11, 6, 18-25.
13. Dumin-Wąsowicz D.: Etiologia padaczki. W: *Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci*, Warszawa: Medical Tribune Polska, 2013, 23-27.
14. Winczewska-Wiktor A., Steinborn B.: Nowa klasyfikacja typów napadów padaczkowych wg Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej. *Klinika Pediatryczna*, 2018, 26, 6040-6042.
15. Dumin-Wąsowicz D.: Czy padaczka jest chorobą dziedziczną. W: *Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2013, 9-22.
16. Zajkowska A.: Co to jest padaczka. *Neurologia po Dyplomie*, 2017, 2, 18-25.
17. Górecki T., Sawiec P.: Napad drgawek u dziecka. *Medycyna Praktyczna Pediatrya*, 2019, 3, 118-122.

18. Kowalski K. Napad padaczkowy- objaw chorobowy czy stan zagrożenia życia. Twój przegląd stomatologiczny, 2012, 4, 66-68.
19. Bosak M.: Drugi w życiu uogólniony napad toniczno-kloniczny we śnie u 22-letniej kobiety. Medycyna Praktyczna Neurologia, 2019, 1, 38-40.
20. Fisher R. S.: in. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. Epilepsia 2017, 58, 4, 531–542.
21. Jesionowska P., Rezler Ł., Zielińska- Pisklak M.: Właściwości farmakologiczne kwasu walproinowego i jego zastosowanie w leczeniu padaczki. Gabinet Prywatny, 2019, 26, 1, 15-21.
22. Tarasiuk M., Tarasiuk J., Kalicki B., Kułakowska A.: Aktualna klasyfikacja napadów padaczkowych oraz wytyczne postępowania w stanie padaczkowym. Na Ratunek, 2017, 6, 53-56.
23. Jette N.: ICD coding for epilepsy: Past, present, and future—A report by the International League Against Epilepsy Task Force on ICD codes in epilepsy. Epilepsia, 2015, 56, 3, 348-355.
24. Wesół-Kucharska D., Wojtyło M., Rokicki D.: Stany napadowe we wrodzonych wadach metabolizmu. Klinika Pediatryczna, 2018, 26, 6047-6053.
25. Majkowski J., Ryglewicz D., Stelmasiak Z.: Zespoły padaczkowe. Polski Przegląd Neurologiczny, 2010, 6, Supl. A, 39-44.
26. Mańka I., Pierzchała K.: Stan padaczkowy. Obraz kliniczny i postępowanie. Aktualności Neurologiczne, 2010, 10, 4, 194-201.
27. Ejma M., Waliszewska-Prosół M.: Padaczka miokloniczna z włóknami szmatowatymi (Zespół MERRF)- analiza kloniczno-elektrofizjologiczna. Family Medicine&Primary Care Review, 2015, 17, 4, 312-315.
28. Kaczorowska B., Pawełczyk M., Przybyła M.: Chirurgiczne metody leczenia padaczki. Aktualności Neurologiczne, 2012, 12, 3, 159-163.
29. Filipka K.: Padaczka-choroba społeczna XXI wieku. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2016, 3, 1, 72-78.
30. Jastrzębski K.: Zastosowanie diety ketogennej w leczeniu padaczki. Aktualności Neurologiczne, 2017, 17, 4, 214-219.
31. Lewandowska I., Wronka L., Milewska M.: Dieta Ketogenna- zastosowanie, korzyści, zagrożenia. Część I, Żywnienie człowieka i metabolizm., 2018, 45, 3, 208-219.
32. Kulesza K., Witkowska A., Borowik-Zaręba A., Kochanowicz J.: Dieta ketogenna w

- terapii padaczki lekoopornej. Żywnienie człowieka i metabolizm, 2017, 44, 3, 219-227.
33. Boska M.: Leki nowej generacji w leczeniu padaczki. Neurologia po Dyplomie, 2019, 14, 2, 16-21.
 34. Rejdak K.: Nowo rozpoznana padaczka u dorosłych. Polski Przegląd Neurologiczny, 2010, 6, 3, 131-136.
 35. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N., Andrzejczak A., Purgał J.: Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP® w Podstawowej Opiece Zdrowotnej — studium przypadku. Problemy pielęgniarstwa, 2014, 22, 4, 539-545.

WYBRANE ASPEKTY MIGRACJI POLSKICH PIELEGNIAREK DO NORWEGII

Krystyna Kowalczuk, Agnieszka Lankau, Elżbieta Krajewska –Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku wrosła liczba pielęgniarek wykształconych zgodnie z unijnymi standardami. Umożliwiło to pielęgniarkom podejmowanie decyzji o wyjeździe za granicę w celu podjęcia pracy bez nostryfikacji dyplomu [1,2].

Migracja polskich pielęgniarek jest monitorowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na podstawie wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych zgodnie z wymogami danego kraju należącego do Unii Europejskiej. Zdarzają się też sytuacje, że pielęgniarki pobierają zaświadczenie i nie wyjeżdżają za granicę. Korzystają też z urlopów bezpłatnych w swoim podstawowym miejscu pracy, aby wyjechać na kilka miesięcy za granicę w celu podjęcia pracy np. w charakterze opiekuna medycznego. Powodem takiego działania jest słaba znajomość języka obcego i brak pewności wykonywania procedur medycznych zgodnie z wymogami danego kraju. Dopiero po tzw. okresie próbnym ustalonym przez same pielęgniarki wnioskuje one o potrzebne zaświadczenia. Dlatego też trudno jest określić rzeczywisty wymiar pielęgniarek migrujących [1,2,3].

Wiele krajów Europejskich odczuwa niedobór pielęgniarek w związku z tym stwarzają one atrakcyjne warunki pracy pielęgniarkom. Według danych Bundesverband Privater Anbieter Sozialer Dienst w Niemczech brakuje 50 000 pielęgniarek do opieki nad ludźmi starszymi. Działania podejmowane przez rząd niemiecki mają na celu zwiększenie liczby pielęgniarek poprzez zatrudnianie imigrantów z Hiszpanii, Portugalii, Chin, a także Polski. Działające Międzynarodowe Centrum Szkolenia pielęgniarek w Chinach przygotowuje pielęgniarki do pracy w Niemczech organizując bezpłatne 8 miesięczne kursy językowe i międzykulturowe [4,5].

Podobna sytuacja niedoboru pielęgniarek występuje w Wielkiej Brytanii i tam także zatrudniani są imigranci z Europy Środkowo-Wschodniej w tym Polski, a także pielęgniarki spoza Europy np. Indii, Filipin [4,5,6,7].

Oferta pracy w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej jest bardzo korzystna dla wykwalifikowanych migrantów. Otrzymują oni bowiem stosunkowo wysokie wynagrodzenie i wsparcie w nowym miejscu pracy i zamieszkania [8].

Niedobory w obsadzie stanowisk pielęgniarskich stanowią zagrożenie dla jakości świadczonej opieki, powodują duże obciążenia dla pracowników, a także mogą zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów [8,9,10, 11].

Przeprowadzone badanie przekrojowe i wielośrodkowe w ramach projektu RN4CAST w latach 2009-2010 w 12 krajach Europy: Holandii, Szwecji, Belgii, Hiszpanii, Niemczech, Anglii, Irlandii, Grecji, Norwegii, Finlandii, Polsce i Szwajcarii oraz w Kalifornii, Pensylwanii, Florydzie i New Jersey w USA wykazały, że niezależnie od kraju jakość opieki zależy od warunków pracy pielęgniarek, otrzymywanego wsparcia, dobrej komunikacji między pracownikami [11,12,13,14].

Polskie pielęgniarki najchętniej migrują do Wielkiej Brytanii, Irlandii, krajów skandynawskich i Republiki Federalnej Niemiec. Powodem migracji najczęściej są niskie zarobki, duże obciążenie psychospołeczne, przeciążenie ilością wykonywanych obowiązków niski poziom wsparcia społecznego [3,4,8].

Polska nie jest krajem atrakcyjnym do migracji dla pielęgniarek z innych krajów Europejskich. Wyjątek stanowią kraje Europy Wschodniej, z których pielęgniarki mogłyby podjąć decyzje o migracji, ale barierą jest długotrwała procedura nostryfikacji dyplomu [2,9].

W literaturze migracja jest definiowana jako przemieszczanie się ludności związanej z ze zmianą miejsca pobytu. Zwyczajowo migracje dzielone są na: zewnętrzne i wewnętrzne [8,9,10].

Migracje zewnętrzne dotyczą przemieszczania się ludności za granice kraju lub kontynentu. Po II wojnie światowej Polska była grupie krajów komunistycznych oddzielonych tzw. „żelazną kurtyną” od państw zachodnioeuropejskich i z tego powodu przemieszczanie ludności było utrudnione. Niewielka grupa ludzi w ramach desperacji przekraczała granice w sposób nie dozwolony lub zostawała za granicą nie wracając z nielicznie organizowanych wyjazdów turystycznych. Dodatkową grupę stanowiły osoby zmuszane do opuszczenia kraju przez władze komunistyczne z powodów politycznych. Część z tych ludzi osiadała w wybranych krajach migracyjnych, jednak spora grupa była odsyłana przez władze kraju docelowego z powrotem do Polski [8,9,10,11,12,13].

W roku 2004 po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej nastąpiło otwarcie granic wielu Państw. Proces ten spowodował, że w Polsce nastąpiła duża migracja ludzi w wiekoprodukcyjnym, dobrze wykształconych do innych krajów. Przemieszczanie się to

zostało określone, jako „wędrowka za chlebem” w poszukiwaniu lepszych warunków życia i lepiej płatnej pracy głównie w Wielkiej Brytanii, Krajach Skandynawskich i Niemczech. Obecnie interesującym zjawiskiem jest migracja do Polski ludzi z innych krajów. Dotyczy ona wysoko wykwalifikowanych specjalistów i kadry zarządzającej z Europy zachodniej pochodzących z: USA, Japonii, Korei Południowej i Chin. Oraz pracowników niewykwalifikowanych do tzw. prac prostych np. w budownictwie, rolnictwie pochodzących z Ukrainy, Białorusi i Rosji [8,9,10].

Migracja wewnętrzna, czyli krajowa polega na zmianie miejsca zamieszkania w obrębie kraju. Pod II wojnie światowej migracja najczęściej była jednokierunkowa i dotyczyła przemieszczania ludności ze terenów wiejskich do miejskich. Powodem były ciężkie warunki ekonomiczne panujące na wsi, które zmuszały ludzi do przemieszczania w poszukiwaniu pracy w mieście. Czynnikiem przyciągającym migrantów do miast był rozwój przemysłu, lepsze warunki mieszkaniowe, posiadanie elektryczności i kanalizacji, a także dostęp do kształcenia na każdym poziomie. Od roku 2000 kierunek migracji został odwrócony i ludzie zamieszkujący miasta zaczęli przenosić się na tereny wiejskie aby odpocząć od zatłoczonych miejsc i obniżyć wydatki finansowe związane z codziennym życiem [8,9,10].

Migracje można też podzielić ze względu na czas trwania na: czasowe, sezonowe i trwałe [8,9,10]. Migracje czasowe dotyczą zmiany miejsca zamieszkania na okres od 3-12 miesięcy np. na okres nauki. Z kolei migracje sezonowe oznaczają przemieszczanie się pracowników do wykonywania prac np. ogrodowych w okresie wiosennym i letnim. Migracje stałe oznaczają całkowitą zmianę miejsca zamieszkania i pracy. Migracje można też podzielić na migracje swobodne i wymuszone. W przypadku pierwszego podziału zmiana miejsca zamieszkania następuje na podstawie świadomej decyzji np. w celu poprawy warunków życia, czyli tzw. powodów ekonomicznych. Z kolei migracja wymuszona dotyczy osób zmuszonych do opuszczenia swoich miejsc zamieszkania z powodu np. wojen, konfliktów zbrojnych, prześladowań z powodów politycznych, klęsk żywiołowych [8,9,10].

W literaturze jest wiele teorii dotyczących migracji: klasyczna, neoklasyczna, nowa teoria ekonomiczna, dualnego rynku. Teoria klasyczna zakłada, że migracja jest to środek do osiągnięcia równowagi ekonomicznej. W praktyce oznacza to, że pracownik migrujący ma duży wpływ na zrównoważenie rynku pracy. Zgodnie z tą teorią człowiek migrujący dąży do zwiększenia maksymalnie własnych dochodów i posiada duży zakres wiedzy o wszystkich możliwych korzyściach wynikających z migracji. Powyższa teoria też zakłada, że wszyscy pracownicy mają jednakowe kwalifikacje i potrzeby i nie istnieją bariery do migracji [8,9,10].

Z kolei teoria neoklasyczna w ujęciu makroekonomicznym zakłada, że migracja jest wynikiem różnic popytu i podaży w różnych środowiskach pracy, co pozwala na różnicowanie wysokości zarobków [8,9,10].

W ramach powyższej teorii pracownik powinien oszacować własne zyski i straty. Do zysków zaliczana jest możliwość otrzymania pracy lub wyższych zarobków. Natomiast w kosztach uwzględniane są wydatki związane z podróżą, utrzymaniem przez okres poszukiwania pracy, stres wynikający z przebywania w miejscu obcym kulturowo, zerwanie więzi z bliskimi oraz problemy językowe. Przy pobycie nielegalnym dodatkowo uwzględnia się ryzyko deportacji. W myśl tej teorii przyczynami podjęcia decyzji o migracji są najczęściej różnice zarobków, różne stopy bezrobocia, poziom wykształcenia. Zazwyczaj decyzje o migracji podejmują ludzie lepiej wykształceni [8,9,10].

Nowa teoria ekonomiczna oparta na podwalinach teorii neoklasycznej pozostawia decyzję o migracji człowiekowi. Nie dotyczy to tylko pojedynczego człowieka, ale grupy ludzi zamieszkujących wspólne gospodarstwo domowe. Założeniem powyższej teorii jest minimalizowanie ryzyka finansowego. Jednym ze sposobów na obniżenie ryzyka utraty dochodów jest podejmowanie pracy w różnych zakładach pracy i z dala od miejsca zamieszkania, aby w razie wystąpienia problemów gospodarczych zapewnić rodzinie stały dochód [8,9,10].

Natomiast teoria dualnego rynku pracy wyjaśnia, dlaczego w krajach wysoko rozwiniętych występuje niedobór pracowników. Powyższy problem spowodowany jest dużą dostępnością do wielu prac zarobkowych, mało prestiżowych, w których nie chcą uczestniczyć z przyczyn prestiżowych mieszkańcy danego kraju. Zatrudnianie imigrantów nie powoduje wzrostu bezrobocia wśród lokalnej ludności, lecz zapewnia stabilizację gospodarki. Teoria ta wyjaśnia, że nie zawsze imigranci muszą stanowić konkurencję dla pracowników danego kraju [8, 9,10].

Migracja pielęgniarek jest wielkim problemem dla krajów rozwijanych się z powodu utraty dobrze wykształconego personelu medycznego. Kierunki migracji pielęgniarek zmieniają się w zależności od zmian politycznych i gospodarczych. Na świecie migracje pielęgniarek najczęściej występowały w rejonie tych samych kontynentów np. między USA a Kanadą, Wielką Brytanią a Irlandią. Z danych uzyskanych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych migracje polskich pielęgniarek można określić na podstawie wydawanych zaświadczeń o uznawaniu kwalifikacji zawodowych za granicą. Dane te są obarczone dużym błędem, ponieważ nie zawsze pielęgniarki uzyskujące zaświadczenie emigrują. W powyższym raporcie wykazano, że w latach 2004- 2007 wydano pielęgniarkom

8565 zaświadczeń potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych uznawanych za granicą. W latach 2004-2019 wydano ich 19 628. Oznacza to, że najwyższa fala emigracji pielęgniarek miała miejsce w pierwszych latach po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Z tego samego raportu wynika też, że najwięcej kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek uznanych zostało w Wielkiej Brytanii (2.793 osób), Niemczech (1.465 osób) oraz Norwegii (701 osób) [3,9].

Jednym z krajów, do którego chętnie migrują polskie pielęgniarki jest Norwegia, ponieważ zapewnia pielęgniarkom lepsze warunki pracy. Norwegia na przestrzeni wielu lat doświadczyła znacznego niedoboru pielęgniarek. Pierwszy z nich nastąpił w latach 70-tych, kiedy to kobiety norweskie zaczęły podejmować pracę zawodową. W tej sytuacji opieka nad dziećmi, ludźmi starszymi została powierzona państwowej służbie zdrowia [11,12].

Drugi okres nastąpił w latach 90 kiedy zaczęły powstawać prywatne placówki służby zdrowia i pielęgniarki norweskie miały większą możliwość wyboru miejsca pracy, warunków pracy i mogły negocjować atrakcyjniejsze warunki finansowe niż w publicznych placówkach. Aby zmniejszyć drastyczny niedobór pielęgniarek Norwegia rozpoczęła międzynarodową rekrutację pielęgniarek z Europy w tym z Polski przez pracodawców posiadających szpitale, domy opieki, urzędy pracy oraz Związek Zawodowy Pielęgniarek. W Polsce rekrutację przeprowadzono w Warszawie i Poznaniu w latach 2001 -2003 i wtedy zatrudniono 123 polskie pielęgniarki. Rekrutacja była prowadzona bardzo selektywnie w języku angielskim lub niemieckim. Rekrutować się mogły pielęgniarki, które posiadały umiejętność posługiwania się językiem obcym [11,12,13].

W ramach powyższej rekrutacji proponowano pielęgniarkom dwunastotygodniowy kurs języka norweskiego w Polsce i opłacenie kosztów podróży. Po przybyciu do Norwegii każda pielęgniarka otrzymywała 20 tys. koron norweskich na tzw. wydatki związane zosiedleniem się w nowym miejscu. W ramach tego programu można było przywieźć rodzinę, która także otrzymywała pomoc w zakwaterowaniu i znalezieniu pracy. Zgodnie z wymogami prawnymi w Norwegii pielęgniarki imigrantki otrzymywały zezwolenie na rok pracy z możliwością przedłużenia. W czasie pierwszych trzech lat pracy każda pielęgniarka musiała zawrzeć kontrakt z pracodawcą i pracować w zakontraktowanym szpitalu lub domu opieki. Po przepracowaniu trzech lat mogły starać się o stałe pozwolenie na pobyt [11,12,13,14,15].

Przed wejściem Polski do Unii Europejskiej pielęgniarki rozpoczynające prace w Norwegii musiały ubiegać się o potwierdzenie kwalifikacji zawodowych w Państwowym Urzędzie Autoryzacji Specjalistów Opieki Zdrowotnej. Jeżeli nie zostały uznane kwalifikacje pielęgniarek z powodu brak kursów wymaganych przez system norweski wtedy pielęgniarka

otrzymywała tymczasowe zezwolenie na pracę na etacie pielęgniarki licencjonowanej z zaznaczeniem, że wiedza i umiejętności powinny być uzupełnione w ciągu najbliższych trzech miesięcy. W powyższej sytuacji polskie pielęgniarki pracowały pod nadzorem zarejestrowanej pielęgniarki bez możliwości podejmowania decyzji w zakresie opieki [11,12,13,14,15,16,17].

Polskie pielęgniarki pracujące w Norwegii postrzegane są przez pracodawców jako stabilna siła robocza, ponieważ podejmują pracę w Norwegii na dłuższy okres czasu w porównaniu z pielęgniarkami z Niemiec czy Finlandii. Posiadają wysokie przygotowanie zawodowe, które potrafią wykorzystać w pracy zawodowej. Mniej też korzystają z przywilejów przysługujących pracownikowi np. urlopów w przypadku choroby dziecka niż pielęgniarki norweskie. Mimo tego pracodawcy norwescy postrzegają polskie pielęgniarki jako te „inne tzn. zagraniczne”. Menedżerowie szpitali wolą zatrudniać pielęgniarki pochodzące z Niemiec z powodu bliższej kultury i łatwiejszego uczenia się języka. Preferuje się też zatrudnianie mężczyzn na stanowisku pielęgniarki z powodu szybszego asymilowania się w nowym środowisku oraz przygotowywania ich do zatrudnienia na stanowiskach administracyjnych związanych z nowymi technologiami [11,12,13,14,15,16,17].

Polskie pielęgniarki w Norwegii są najczęściej zatrudniane do opieki bezpośredniej przy łóżku pacjenta i w domach opieki pielęgniarskiej. Część pielęgniarek jest bardzo trudno pokonywać kolejne stopnie awansu z powodu trudności w opanowaniu języka norweskiego na wymaganym poziomie. Dlatego też pracują jako asystentki pielęgniarskie i otrzymują z tego powodu niższe wynagrodzenia [11,12,13,14,15,16,17].

Niektóre pielęgniarki muszą się też zmagać z lokalnymi uprzedzeniami Norwegów opartych na stereotypach. Część pielęgniarek doświadczała dyskryminacji finansowej i otrzymywała niższe wynagrodzenie niż pielęgniarki norweskie pracujące na tym samym stanowisku i wykonujące te same czynności, dlatego że część kierowników placówek medycznych chciało w ten sposób zaoszczędzić środki finansowe [11,12,13,14,15,16,17].

Kolejnym problemem pielęgniarek, które emigrowały wraz rodzinami czy tylko małżonkami było znalezienie zatrudnienia dla ich partnerów. Wykształceni mężczyźni mieli problemy z uznaniem kwalifikacji zawodowych, nauką języka i znalezieniem odpowiedniej pracy. Proponowano im pracę na najniższych stanowiskach np. dozorca w domach pielęgniarskich, pomocnik w kuchni szpitalnej. Dlatego pielęgniarki były dodatkowo obciążane stresem z powodu napiętych relacji rodzinnych [11,12,13,14,15,16,17].

Każda migracja pielęgniarek ma pozytywne i negatywne skutki dla zawodu i systemu ochrony zdrowia. Dlatego też osoby decyzyjne w Polsce powinny przeciwdziałać masowej

migracji pielęgniarek podejmując długofalowe działania dotyczące planowania i finansowania opieki medycznej. Część krajów europejskich podejmuje działania systemowe nakazując pielęgniarkom po otrzymaniu dyplomu pracować w kraju przez określony czas lub obowiązkowej rekompensaty finansowej za otrzymane wykształcenie, które może być opłacone przez samą pielęgniarkę lub jej zagranicznego pracodawcę [8,9].

Migrację pielęgniarek można też rozpatrywać pozytywnie jeżeli jest ona zaplanowana na określony czas z możliwością powrotu. Pozwoliłoby to pielęgniarkom wykorzystać nabytą wiedzę i doświadczenie za granicą do pracy w Polsce .

Publikacja powstała po odbyciu wizyty studyjnej w Uniwersytecie w Bergen w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego współfinansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. nr umowy FSS/2013/R2/PV/W/0148.

PIŚMIENNICTWO

1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych: Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i Położnych w Polsce do roku 2020. Warszawa, 2010
2. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczanie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie Raport z badania ankietowego. Warszawa, kwiecień 2018.
3. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych: Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych. Analizy i Raporty. Warszawa 2018. Pobrano 25.11.2020 <https://nipip.pl/liczba-pielegniarek-polozonych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>
4. Marć M, Bartosiewicz A, Burzyńska J, Chmiel Z, Januszewicz P. A nursing shortage - a prospect of global and local policies. *Int Nurs Rev.* 2019 Mar;66(1):9-16. doi: 10.1111/inr.12473. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30039849.
5. de Oliveira, D.R., Griep, R.H., Portela, L.F. *et al.* Intention to leave profession, psychosocial environment and self-rated health among registered nurses from large hospitals in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv .Res* 17, 21 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1949-61410131516>

6. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*. 2011 Apr;10:6. DOI: 10.1186/1472-6955-10-6.
7. Wójcik, G., Sienkiewicz, Z., and Wrońska, I. (2007). Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 15(2), pp.120-127.
8. Babiarczyk B, Swól J, Schlegel-Zawadzka M. Sytuacja polskich pielęgniarek za granicą. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 2 (22): 130-135
9. Ministerstwo Zdrowia :Analiza Rynku Usług Pielęgniarskich. Dokument opracowany w ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego”, Warszawa, 2020
10. Janicki W., 2007, Przegląd teorii migracji ludności, *Annales UMCS*, vol. LXII, 285–304.
11. Isaksen L.W.: The Dynamics of the Global Care Trade: Migrant nurses in Norway. Referat na seminarium „Gender i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych”, zorganizowanym przez Fundację Tomka Byry Ekologia i Sztuka/Think Tank Feministyczny 9 – 10 września, 2009 we Wrocławiu.
12. Isaksen L.W., Transnational Spaces of Care: Migrant Nurses in Norway, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2012, 19, 1, 58–77, <https://doi.org/10.1093/sp/jxr029>
13. Aiken, L.H., et al.: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.] Aiken, L.H., et al. (2016) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*. 2012, 26, 559–568
14. Ministerstwo Edukacji Międzynarodowej: Migracje ludnościowe związane z Polską oraz ich skutki. <https://epodreczniki.pl/a/migracje-ludnosciove-zwiazane-z-polska-oraz-ich-skutki/DVjyDzG3n>, pobrano dn.10.12.2020
15. Høst, Håkon Anne Homme (2008) Who takes care of the elderly in Oslo?. Report for Rokkan Research Center, University of Bergen, 2008, Norway.
16. Tingvold, L., Fagertun, A. Between Privileged and Oppressed? Immigrant Labor Trajectories in Norwegian Long-Term Care. *Sustainability* 2020, 12, 4777.
17. Kirkevold M. The Norwegian teaching home program: developing a model for systematic practice development in the nursing home sector. *Int J Older People Nurs*. 2008 Dec; 3(4):282-6. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00142.x. PMID: 20925868.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA WOBEC PACJENTA Z MYKOPLAZMATYCZNYM ZAPALENIEM PŁUC

Aleksandra Waszkiewicz¹, Agnieszka Lankau², Agata Gołębiewska³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

WSTĘP

Zapalenie płuc jest to proces zapalny w drogach oddechowych, które przejawia się występowaniem drobnoustrojów chorobotwórczych w mięszu płucnym. Dochodzi również do wycieku w obszarze między pęcherzykowym, co sprawia że wymiana gazowa jest utrudniona. Skutkuje to zaburzeniem oddychania i ogólnoustrojowymi. Do jednych z najczęstszych przyczyn, które wywołują infekcje płuc należy bakteria atypowa – *Mycoplasma pneumoniae*, która wywołuje 50% poza szpitalnych zapaleń płuc u dzieci w wieku powyżej 5 roku życia. Zalicza się ona do grupy pierwotnych czynników chorobotwórczych. Nietypowość tego zakażenia objawia się innym od infekcji typowej obrazem klinicznym oraz zmianami w badaniach dodatkowych, namnażaniem się wewnątrzkomórkowym, inną budową błony komórkowej albo całkowitym jej brakiem, co posiada duży wpływ na skutki stosowania antybiotykoterapii. *Mycoplasma pneumoniae* jest zdolna do produkowania białek: P1 oraz P30 i czynników zjadliwości. Umożliwia jej to przyczepianie się do komórek nabłonka oddechowego i namnażanie się. Ten rodzaj zapalenia płuc w większości przypadków pojawia się u młodzieży i przeważnie nabyte zostaje w domu pacjenta [1,2,3].

Polskie dane epidemiologiczne wykazują, że *Mycoplasma pneumoniae* powoduje 40% wszystkich dziecięcych zapaleń płuc. Nie pozostaje obojętna na młodzież, młodych dorosłych, osoby, które funkcjonują w dużych skupiskach np. wojsko czy szkoła, ponieważ

procent zachorowań wynosi 10-20%. Największą ilość zakażeń zauważa się u dzieci od siódmego do dziewiątego roku życia oraz w okresie jesienno – zimowym. Stwierdza się bytowanie *Mycoplasma pneumoniae* u kilkunastu procent pacjentów, którzy nie posiadają objawów, a nosicielstwo nie zobowiązuje do leczenia [4,5,6].

Polskie dane epidemiologiczne wykazują, że *Mycoplasma pneumoniae* powoduje 40% wszystkich dziecięcych zapaleń płuc. Nie pozostaje obojętna na młodzież, młodych dorosłych, osoby, które funkcjonują w dużych skupiskach np. wojsko czy szkoła, ponieważ procent zachorowań wynosi 10-20%. Największą ilość zakażeń zauważa się u dzieci od siódmego do dziewiątego roku życia oraz w okresie jesienno – zimowym. Stwierdza się bytowanie *Mycoplasma pneumoniae* u kilkunastu procent pacjentów, którzy nie posiadają objawów, a nosicielstwo nie zobowiązuje do leczenia [4,5,6].

Do zakażenia pęcherzyków płucnych doprowadzają procesy obronne, które zawiodły i nie zapobiegły wnikaniu mykoplazm wraz z wdychanym powietrzem czy przez krew. Są nimi m.in. upośledzenie mechanizmu kaszlowego, ponieważ kaszel ma za zadanie oczyszczać płuca. Utrata przytomności, osłabione mięśnie oddechowe albo nerwy, które je zaopatrują, mogą doprowadzić do osłabienia kaszlu lub sprawić, że będzie on bolesny. To powoduje nagromadzanie się wydzieliny w płucach, a następnie jej zakażenie, które przeradza się w przyczynę choroby. Defekt nabłonkowej wyściółki płuc sprawia, że działanie rzęsek się pogarsza lub dochodzi do spustoszenia nabłonka za udziałem wdychanych, szkodliwych gazów, infekcji albo dymu tytoniowego. Z kolei upośledzenie fagocytozy w pęcherzykach płucnych, upośledzenie funkcji pełnionych przez makrofagi nie wyklucza powiązania z paleniem papierosów i piciem alkoholu, niedotlenieniem czy toksycznym wpływem tlenu. Płuca osoby zdrowej powinny być jałowe, a więc odpowiedzialne za utrzymywanie takiego stanu są w/w makrofagi wspierane przez granulocyty obojętnochłonne ponieważ przemieszczają się do miejsca, w którym toczy się proces zapalny [7].

Gdy *M. pneumoniae* wniknie do układu oddechowego w głównej mierze wiąże się z nabłonkiem rzęskowym w drogach oddechowych i doprowadza do jego złuszczenia, co upośledza transport śluzowo – rzęskowy [1,8].

Inne czynniki ryzyka zachorowania na mykoplazmatyczne zapalenie płuc :

- młody oraz podeszły wiek
- występowanie leukopenii
- przewlekłe choroby tj. rak lub przewlekła niewydolność nerek
- upośledzenie odporności spowodowane np. stosowaniem leków kortykosteroidowych

- hipotermia
- w czasie wentylacji mechanicznej [6,9].

Drogi, którymi drobnoustroje mogą wnikać do dróg oddechowych:

Droga inhalacyjna – umożliwia to np. zakażony aerozol z nebulizatora lub system, który nawilża powietrze.

Droga mikroaspiracji – przedostanie się treści z górnych dróg oddechowych albo z przewodu pokarmowego, w której są drobnoustroje. Dojdzie do zakażenia jeśli osoba nie ma prawidłowego odruchu kaszlowego np. chory po intubacji.

Droga krwiopochodna – drobnoustroje poprzez krew są w stanie dotrzeć do płuc z dalekich ognisk.

Droga poprzez ciągłość – bezpośredni kontakt tkanek otaczających płuca (np. kręgosłup, śródpiersie), które obejmuje stan zapalny, powoduje przedostanie się drobnoustrojów do tkanki płucnej [10].

Przebieg choroby może przejawiać się w wieloraki sposób – od łagodnego po związany z niebezpiecznymi powikłaniami np. wysięk w jamie opłucnej, martwicze zapalenie płuc oraz ropień płuca. Inkubacja utrzymuje się od 1 do 3 tygodni, a choroba na początku jest w większości przypadków powolna. Należy wspomnieć, że 15-55% osób dotkniętych tym schorzeniem nie posiada żadnych objawów. Natomiast jeśli symptomy się pojawiają, to w łagodnej formie. Dominują wtedy przejawy nieżyty górnych dróg oddechowych. Występuje ból głowy, brzucha oraz mięśni, gardła, może wystąpić biegunka, a także wymioty, ogólne złe samopoczucie. Obserwuje się podwyższenie temperatury do 38,5°C (sporadycznie przekraczana jest ta wartość) i rzadko, ale jednak towarzyszące jej dreszcze oraz poty. Można też zaobserwować przyśpieszony oddech oraz tachykardię, czyli przyśpieszenie akcji serca, czy ból w klatce piersiowej. Najbardziej charakterystyczny oraz stały symptom to męczący i suchy kaszel, który występuje wraz z końcem pierwszego tygodnia schorzenia. Natomiast z upływem czasu staje się możliwe odkrztuszenie niewielkich ilości plwociny. Kaszel jest objawem zdecydowanie dominującym, niestety bardzo często bezproduktywny. Trwa mniej więcej od 4 do 6 tygodni, ale zdarza się, że utrzymuje się nawet przez kilka miesięcy. Problem ten dotyczy głównie dzieci, u których współistnieje astma oskrzelowa. Natomiast nie ma żadnych dowodów na to, aby *Mycoplasma pneumoniae* grała jakąkolwiek rolę w inicjowaniu astmy. W drugim tygodniu dolegliwości dochodzi do zmian osłuchowych w płucach, ale średnio odnoszą się do zmian istniejących w obrazie rentgenowskim. Symptomy pozapłucne o dużej różnorodności co do zlokalizowania

i manifestacji obserwuje się bardzo często u dzieci. Bardzo często współwystępuje zapalenie ucha środkowego, rzadziej nieżyt nosa. Pojawiać się mogą w narządach tj. układ nerwowy (np. zapalenie mózgu), układ krążenia (np. zapalenie mięśnia serca), układ krwiotwórczy (np. niedokrwistość hemolityczna), układ pokarmowy (np. zapalenie wątroby), układ kostno – stawowy (np. zapalenie stawu kolanowego), układ wydalniczy (np. śródmiąższowe zapalenie nerek) i na skórze (np. pokrzywka). Objawy fizyczne u $\frac{3}{4}$ pacjentów mogą wystąpić w postaci trzeszczenia, firczenia, rżenia, świszczania. Trwają mniej więcej 2 tygodnie, a nawet miesiąc [2,4,7].

Metody serologiczne umożliwiają rozróżnić infekcję ostrą od przetrwałej. Tym sposobem można wykryć aglutyniny zimne albo swoiste przeciwciała. Szybka, prosta i bardzo czuła jest metoda immunoenzymatyczna, ale do uzyskania pewnej diagnozy niezbędne jest pobranie krwi dwukrotnie, z 2-4 tygodniowym odstępem. Metody serologiczne jedynie ograniczają długie utrzymywanie przeciwciał IgG, opóźnienie odpowiedzi serologicznej albo jej całkowity brak u dzieci, które posiadają niedobory odporności. Patogen można wyizolować robiąc wymaz z nosogardła, płwociny, popłuczyn z gardła, płynu z płukania oskrzelowo – pęcherzykowego i płynu opłucnowego. W płwocinie chorego występuje mało leukocytów wielojądrzastych i większą liczbę jednojądrowych, zapalnych komórek. Czynniki zakaźne w mykoplazmatycznym zapaleniu płuc nie zostaną uwidocznione pod mikroskopem świetlnym, widoczna będzie jedynie reakcja zapalna, w której przeważać będą komórki jednojądrzaste. Wyhodowanie *Mycoplasma pneumoniae* jest procesem dosyć skomplikowanym oraz wymagającym dużo czasu i wzbogaconej pożywki – wzrost drobnoustrojów na pożywce widać przeważnie po około 2 tygodniach inkubacji. Wskazane jest, aby materiały do badań pobierać zanim chory przystąpi do antybiotykoterapii (jeśli chodzi o materiał na posiew) oraz jeśli jest to konieczne 3-4 dni po zakończeniu pobierania antybiotyku. W przypadku antybiotykoterapii doustnej, po jej zakończeniu należy wykonać badanie kontrolne po 7-10 dniach, a w antybiotykoterapii miejscowej po 5-7 dniach. Próbkę płwociny trzeba dostarczyć do 3 godzin, licząc od czasu, w którym pacjent odkrztusił wydzielinę. Próbkę płwociny powinna być przechowywana w lodówce w temperaturze 2-8°C do 24 godzin, a wymaz na podłoże transportowe do badania mykoplazm w lodówce w temperaturze 2-8°C do 48 godzin, ponieważ umożliwia to przeżycie chorobotwórczych drobnoustrojów. Coraz częściej zastosowanie w diagnostyce infekcji o etiologii *Mycoplasma pneumoniae* znajduje zastosowanie metoda PCR, ponieważ cechuje się wysoką czułością oraz

swoistością. Materiał do tej metody uzyskujemy drogą bronchoskopii, a transport próbek powinien odbywać się w temperaturze 4°C do 1 godziny [2,4,11,12,13].

Najskuteczniejszym sposobem w ocenie zapalenia płuc na etapie makroskopowym to RTG klatki piersiowej. Metoda ta nie dość, że potwierdza występowanie zapalenia płuc to również ukazuje położenie zmian oraz zasięg choroby. Natomiast obraz radiologiczny nie jest typowy. *Mycoplasma pneumoniae* bardzo często ukazuje go w sposób różnorodny, który klasycznie opisuje się w sposób bardziej niepokojący, niż wskazywałby na to obraz kliniczny. W radiogramie najczęściej przedstawiane są zmiany śródmiąższowe w płatach dolnych płuc. Z czasem ukazują się zagęszczenia pęcherzykowe lub przestrzeń segmentowej niedodmy. Bardzo rzadko zajmowany jest cały płat [2,5,6].

Najskuteczniejszym sposobem w ocenie zapalenia płuc na etapie makroskopowym to RTG klatki piersiowej. Metoda ta nie dość, że potwierdza występowanie zapalenia płuc to również ukazuje położenie zmian oraz zasięg choroby. Natomiast obraz radiologiczny nie jest typowy. *Mycoplasma pneumoniae* bardzo często ukazuje go w sposób różnorodny, który klasycznie opisuje się w sposób bardziej niepokojący, niż wskazywałby na to obraz kliniczny. W radiogramie najczęściej przedstawiane są zmiany śródmiąższowe w płatach dolnych płuc. Z czasem ukazują się zagęszczenia pęcherzykowe lub przestrzeń segmentowej niedodmy. Bardzo rzadko zajmowany jest cały płat [2,5,6].

CELE PRACY

1. Ustalenie problemów pacjenta z mykoplazmatycznym zapaleniu płuc.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjenta z mykoplazmatycznym zapaleniu płuc.
3. Dokonanie oceny podjętych działań pielęgniarskich.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w kwietniu 2019r. wobec pacjenta płci żeńskiej w wieku 5 miesięcy z rozpoznaniem mykoplazmatycznym zapaleniem płuc. Dziewczynka hospitalizowana w Oddziale Pediatrycznym w Wojewódzkim Szpitalu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

Materiał do badań został zebrany w oparciu o metodę indywidualnego przypadku, wywiadu, obserwacji, pomiarów oraz procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Pacjentka została przyjęta planowo na Oddział Pediatryczny w Wojewódzkim Szpitalu w Łomży 29.04.2019r. z objawami infekcji dróg oddechowych. Do tej pory dziewczynka nie chorowała poważnie. Przeprowadzono wywiad rodzinny pod kątem chorób układu oddechowego oraz alergicznych – brak obciążenia. Dziecko zarówno przed jak i w trakcie hospitalizacji miało biegunkę. Pacjentka cierpi z powodu gorączki – 38,5°C oraz męczącego, duszącego kaszlu o suchym charakterze. U dziewczynki stwierdzono świszczący oddech. W okolicy krocza pojawiły się niewielkie odparzenia, które wywołała pieluszka. Dziecko jest niespokojne i rozdrażnione, z powodu małej ilości snu, który powoduje dokuczliwy kaszel. Brak informacji na temat uczuleń. Skóra dziecka jest czysta, nos jest drożny, migdałki podniebienne nie są powiększone, węzły chłonne niepowiększone, w górnej części płuc szmer pęcherzykowy jest prawidłowy, niżej szmer pęcherzykowy słabszy, ponadto nad prawym płucem słyszalne trzeszczenie. Dziecko w szpitalu przebywa z matką. Badaniem serologicznym potwierdzono mykoplazmatyczne podłoże infekcji. Dziecku założono wkłucie dożylnie.

Wiek: 5 miesięcy

Waga: 6,5 kg

Wzrost: 60 cm

RR: 89/60 mmHg

HR: 130 ud./min.

Oddech: 30/min

SpO₂: 97%

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ryzyko wystąpienia groźnych powikłań atypowego zapalenia płuc tj. zapalenie mózgu czy zapalenie mięśnia sercowego.

Cel: Zmniejszenie nasilenia stanu zapalnego toczącego się w płucach.

Działania pielęgniarskie:

- Zastosowanie antybiotykoterapii na zlecenie lekarza (Klacid – Klarytromycyna; do sporządzenia zawiesina doustna, zalecana dawka wynosi 7,5mg/kg masy ciała 2 razy na dobę).
- Dziecko powinno odpoczywać w pozycji półleżącej.

- Zapewniono odpowiedni mikroklimat w pomieszczeniu, w którym dziecko się znajduje tj. 18 – 20°C, wilgotność 50 – 60%.

Ocena: Pacjentce oddycha się łatwiej. Niezbędna jest kontynuacja czynności.

Diagnoza pielęgniarska 2: Suchy, męczący kaszel, który osłabia i zaburza wentylację płuc.

Cel: Przywrócenie efektywnego oddychania.

Działania pielęgniarskie:

- Wykonanie inhalacji z Berodual + sól fizjologiczna na zlecenie lekarza (0,5 ml Berodualu + 1,5 ml 0,9 % NaCl, inhalacja powinna trwać od 5 do 10 minut, najlepiej 1h przed lub 1h po posiłku, co najmniej 3 razy dziennie).
- Zapewnienie ciszy i spokoju, co obniża uczucie duszności.
- Umieszczenie dziecka w nawilżonym namiocie tlenowym na zlecenie lekarza.
- Nawilżać błony śluzowe, chronić przed wysuszeniem tj. smarowanie np. wargcienką warstwą wazeliny.

Ocena: Zmniejszenie się częstotliwości napadów kaszlu.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowane biegunką.

Cel: Eliminacja ryzyka, unormowanie stanu wodno-elektrolitowego.

Działania pielęgniarskie:

- Edukacja matki dziecka, aby nie zaprzestała karmić piersią z powodu rozwolnienia dziecka.
- Zwiększono ilość płynów podawanych dziecku, na zlecenie lekarza podano herbatkę niesłodzoną często a w małych ilościach.
- Zastosowanie leków na zlecenie lekarza, które zagęszczą stolec i zmniejszą częstość wypróżnień (podanie leku Smecta – 1 saszetka na dobę; podawać małymi porcjami w ciągu dnia)
- Na suche śluzówki nałożono wazelinę a skórę naoliwiono, aby nie doszło do nadmiernego przesuszenia

Ocena: Perystaltyka jelit dziecka zaczyna powracać do normy. Stolce pojawiają się rzadziej i zmienił konsystencję z płynnej na półpłynną. Ryzyko zaburzeń nie wystąpiło.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Gorączka wywołana infekcją dróg oddechowych

Cel: Unormowanie temperatury ciała.

Działania pielęgniarstwa:

- Wykonanie schładzającej kąpieli (temperatura powinna być niższa o 1°C niż temperatura ciała dziecka).
- Podawanie zwiększonej ilości płynów do picia (częściej, a mniej).
- Zmienianie bielizny pościelowej i osobistej według potrzeby.
- Kontrola temperatury ciała co godzinę.
- Podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza (podano Paracetamol w formie syropu doustnie w dawce 6,5ml co 6h).
- Ubranie dziecka w luźne, przewiewne, najlepiej bawełniane ubranie.
- Nałożenie wazeliny na śluzówki dziecka, aby uniknąć ich wysuszenia.

Ocena: Temperatura ciała obniżyła się do 37,5°C. Należy kontynuować czynności.

Diagnoza pielęgniarstwa 5: Ryzyko wystąpienia infekcji okolicy krocza, w miejscu stykania się odparzonej skóry z kałem.

Cel: Eliminacja ryzyka.

Działania pielęgniarstwa:

- Codzienna, systematyczna kontrola skóry pośladków oraz krocza (zaczerwienienie, obrzęk).
- Dokładna higiena okolicy krocza.
- Zastosowanie kremów nawilżających skórę (np. Sudocrem).
- Każdorazowa wymiana pampersa po oddaniu stolca i moczu.

Ocena: Infekcja nie pojawiła się, a odparzenia na skórze zmniejszyły się i zaczynają znikać.

Diagnoza pielęgniarstwa 6: Zagrożenie wystąpienia zakażenia wkłucia dożylnego.

Cel: Zapobieganie wystąpienia infekcji cewnika donaczyniowego oraz zachowanie jego drożności.

Działania pielęgniarstwa:

- Stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki (dezynfekcja miejsca planowanego wkłucia, używanie rękawic jednorazowych, używanie jałowego koreczka, używanie siateczki zabezpieczającej wkłucie)
- Wymiana kaniuli według ściśle określonych zasad zapobiegających zakażeniu

- Przepłukiwanie kaniuli solą fizjologiczną przed podaniem leku oraz po jego podaniu, aby utrzymać jego drożność
- Wklucie zabezpieczono bandażem do zabezpieczania kaniuli przed przypadkowym usunięciem.
- Stosowano jałowe koreczki

Ocena: Brak widocznych zmian skórnych oraz bólu w obrębie wkłucia – 0/5 w skali Baxter. Niezbędna kontynuacja obserwacji wkłucia kaniulacyjnego.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zagrożenie odwodnieniem i niedożywieniem spowodowane brakiem apetytu oraz niechęcią do picia.

Cel: Zapobieganie niedożywieniu i odwodnieniu organizmu.

Działania pielęgniarskie:

- Kontynuowanie karmienia dziecka piersią.
- Obserwowano stan skóry i błon śluzowych dziecka
- Podawano dziecku zwiększoną ilość płynów tj. Wody niegazowanej oraz herbatki niesłodzonej – często a w małych ilościach, na zlecenie lekarza.

Ocena: Nie doszło do odwodnienia i nadmiernego osłabienia organizmu dziewczynki. Pacjentka chętniej ssie pierś matki.

Diagnoza pielęgniarska 8: Rozdrażnienie i płaczliwość spowodowane bólem głowy, brzucha oraz mięśni wywołane toczącym się stanem zapalnym, biegunką.

Cel: Przyniesienie dziecku ulgi, eliminacja bólu.

Działania pielęgniarskie:

- Położono dziecko spać, zapewniono mu odpoczynek w przyciemnionym pomieszczeniu.
- Ograniczono hałas, wyłączono muzykę oraz wszystkie sprzęty produkujące ostrzejsze dźwięki.
- Zastosowano leki na zlecenie lekarza: Klacid na infekcję wywołaną bakterią atypową (do sporządzenia zawiesina doustna, zalecana dawka wynosi 7,5mg/kg masy ciała 2 razy na dobę); Pedicetamol (w formie syropu doustnie w dawce 6,5ml co 6h), który ma działanie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe; podanie roztworu gastrolitu 2 łyżeczki co pół godziny, aby zagęścić stolec dziecka.
- Podano herbatę z rumianku na zlecenie lekarza, która ma właściwości przeciwzapalne (podawano często, a w małych ilościach).

Ocena: Dziecko przestało płakać. Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 9: Niepokój dziecka spowodowany zmianą otoczenia z domowego na szpitalne oraz lęk związany z wykonywanymi badaniami i zabiegami.

Cel: Zmniejszenie niepokoju i lęku.

Działania pielęgniarskie:

- Rodzice byli obecni podczas przeprowadzanych zabiegów i badań.
- Zalecenie matce, aby w wolnych chwilach czytała dziecku bajki, ponieważ głos matki działa uspokajająco na dziecko.

Ocena: Dziecko stało się spokojniejsze, rzadziej reaguje płaczem na zabiegi.

WNIOSKI

1. Mykoplazmatyczne zapalenie płuc jest chorobą, która negatywnie wpływa na działanie całego organizmu, a w szczególności na układ oddechowy. Dla pacjentki najcięższymi problemami były te związane ze sferą biologiczną.
2. Sformułowano plan opieki pielęgniarskiej zgodnie z aktualnym stanem chorej, głównie skupiono się na fizycznych problemach pacjentki.
3. Rozpoznane problemy pielęgnacyjne u pacjentki dotyczyły
 - Ryzyko wystąpienia groźnych powikłań atypowego zapalenia płuc tj. zapalenie mózgu czy zapalenie mięśnia sercowego.
 - Suchy, męczący kaszel, który osłabia i zaburza wentylację płuc.
 - Zagrożenie odwodnieniem spowodowane biegunką.
 - Gorączka wywołana infekcją dróg oddechowych.
 - Możliwość wystąpienia infekcji okolicy krocza, w miejscu stykania się skóry odparzonej z kałem.
 - Zagrożenie wystąpienia zakażenia wkłucia dożylnego.
 - Zagrożenie odwodnieniem i niedożywieniem spowodowane brakiem apetytu oraz niechęcią do picia.
 - Rozdrażnienie i płaczliwość spowodowane bólem głowy, brzucha oraz mięśni wywołane toczącym się stwardnieniem zapalnym, biegunką (w skali VAS 6/10).
 - Osłabienie spowodowane małą ilością spożywanych posiłków.

- Niepokój dziecka spowodowany zmianą otoczenia z domowego na szpitalne oraz lęk związany z wykonywanymi badaniami i zabiegami.
4. Większość z zaplanowanych działań wobec chorej miała charakter krótkotrwały, który nie wymagał długiego czasu do zrealizowania. Wyznaczone cele w znacznym stopniu osiągnięto.
 5. Rola pielęgniarki składa się ze skrupulatnej obserwacji pacjenta, pielęgnacji, edukacji, wsparcia rodziny oraz likwidowania problemów ze sfery psychicznej i biologicznej.

PODSUMOWANIE

Ludzkie płuco jest narządem parzystym, położonym w klatce piersiowej. W skład prawego płuca wchodzi trzy płaty, a w lewego dwa płaty. Płucom krew dostarcza krwiobieg mały (unaczynienie czynnościowe) i krążenie płucne. Płuca mają za zadanie natlenować krew. W pęcherzykach płucnych dochodzi właśnie do wymiany gazowej. Ilość oddechów w czasie spoczynku u dorosłego człowieka wynosi 16 oddechów/min, u starszego dziecka 16-22 oddechów/min, u małego dziecka 26-32 oddechów/min. Pojemność płuc składa się z pięciu elementów – powietrze zalegające, powietrze zapasowe, powietrze oddechowe, powietrze uzupełniające i pojemność życiowa.

Mykoplazmatyczne zapalenie płuc to choroba, która zajmuje płuca. Dochodzi do zainfekowania miąższu płucnego. Utrudnia to wymianę gazową, czego skutkiem jest zaburzone oddychanie, a nawet następstwa ogólnoustrojowe.

Za zakażenie odpowiedzialna jest bakteria atypowa *Mycoplasma pneumoniae*, wywołująca połowę pozaszpitalnych zapaleń płuc u dzieci powyżej 5 roku życia. Nietypowość infekcji polega na odmiennym od zakażenia typowego obrazem klinicznym, zmianami w badaniach dodatkowych, namnażaniem wewnątrzkomórkowym, odmienną budową błony komórkowej lub jej brakiem, co ma ogromne znaczenie w antybiotykoterapii. Białka P1, P30 i czynniki zjadliwości pozwalają bakterii atypowej przyczepianie się do nabłonka płuc i rozmnażanie się.

Mycoplasma pneumoniae potrafi zakazić zarówno organizm młody jak i stary. Natomiast najpopularniejsza jest u dzieci, bo wynosi aż 40% wszystkich dziecięcych zapaleń płuc. Największa ilość zachorowań przypada na okres jesienno – zimowy.

Upośledzone procesy obronne np. kaszel, który ma za zadanie oczyszczać płuca, powodują że mykoplazmom udaje się pogorszyć działanie rzęsek. Czynnikiem ryzyka

zachorowania jest także palenie papierosów czy spożywanie alkoholu, niedotlenienie oraz toksyczny wpływ tlenu. Do układu oddechowego drobnoustroje mogą się przedostać drogą inhalacyjną, mikroaspiracji, krwiopochodną czy poprzez ciągłość.

Wylęganie choroby trwa od 1 do 3 tygodni i przeważnie na początku jest powolna. Choroba w większości wypadków przebiega łagodnie, a obraz kliniczny jest różnorodny. Pojawiają się też zmiany osłuchowe w płucach w postaci np. fureczenia, trzeszczenia.

Najczęściej stosowanym antybiotykiem przy *M. pneumoniae* jest klarytromycyna tzw. Klacid. Najkorzystniejszym czasem leczenia jest 3 – 7 lub 5 – 10 dni – w zależności od leku. Oprócz antybiotykoterapii ważne jest też uzupełnienie płynów, nawadnianie organizmu, aby ustabilizować gospodarkę wodno – elektrolitową oraz odpoczynek. Pacjentom z niewystarczającą wymianą gazową powinno się zastosować tlenoterapię, która będzie miała korzystne działanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Plus T.: Zakażenia układu oddechowego [w:] Choroby układu oddechowego Plus T. (red.), Wyd. Termedia, Poznań 2014, 152-170.
2. Weinberger S., Cockrill B., Mandel J.: Zapalenie płuc [w:] Choroby płuc. Pierzchała W. (red.), Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, 312-323.
3. Waugh A., Grant A.: Układ oddechowy [w:] Anatomia i fizjologia człowieka w warunkach zdrowia i choroby Waugh A., Grant A. (red.), Wyd. Elsevier& Partner, Wrocław 2012, 258 - 276.
4. Załęska – Ponganis J., Jackowska T.: Atypowe bakteryjne zapalenia płuc u dzieci. Postępy Nauk Medycznych, 9, 2008, 582 – 588.
5. Dąbrowska M., Maskey – Warzęchowska M.: Zapalenia płuc [w:] Standardy diagnostyczno – terapeutyczne w chorobach układu oddechowego – wskazówki praktyczne Chazan R. (red.), wyd. Alfamedicapress, Warszawa, 2018, 62 – 82.
6. Szablewska M., Wojsyk – Banaszak I., Mania A. I wsp.: Choroba zimnych aglutynin w przebiegu zapalenia płuc u 15-letniej dziewczynki — opis przypadku. PrzypadkiMedyczne.pl, 80, 2016, 372-377.
7. Rudkowski Z.: Choroby zakaźne [w:] Pediatria podręcznik dla studentów tom 2 Kubicka K., Kawalec W. (red.), wyd. PZWL, Warszawa, 2013, 629 – 630.

8. Maruszczak M.: Płuca – pole wymiany i plac bitwy. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 3, 2019, 46 – 48.
9. Muscari M., Sperling R., Stockert P. i wsp.: Zaburzenia oddychania [w:] *Pediatric Nursing I pielęgniarstwo pediatryczne* Bernat K. (red.), Wyd. PZWL, Warszawa 2010, 206-234.
10. Mazurek J.: Zapalenie płuc [w:] *Choroby układu oddechowego w praktyce lekarza opieki podstawowej* Chazan R. (red.), wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. z o. o., Warszawa, 2010, 194 – 216.
11. Zielnik – Jurkiewicz B., Targowski T.: Zasady pobierania materiału biologicznego w zakażeniach oddechowych [w:] *Zakażenia w otorynolaryngologii i pneumonologii* Jahnz – Różyk K., Jurkiewicz D. (red.), Wyd. Fundacja Pro Medicina, Warszawa 2011, 37 – 58.
12. Bulanda M., Pietrzyk A., Heczko P.: Diagnostyka mikrobiologiczna w chorobach płuc – rodzaje i zasady przygotowania materiałów do badania [w:] *Pulmonologia interwencyjna* Sładek K. (red.), wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2016, 41-45.
13. Bobbi S. Pritt. Joseph D.C. Yao: Diagnostyka mikrobiologiczna zakażeń dolnych dróg oddechowych [w:] *Diagnostyka w chorobach płuc* Pierzchała W. (red.), wyd. Elsevier& Partner, Wrocław, 2013, 21 – 34.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ENDOPROTEZOPLASTYCE BIODRA

Paula Szydłowska¹, Krystyna Klimaszewska²

1. Absolwenta kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Staw biodrowy owinięty jest torebką, którą wzmacniają więzadła. Do ich szeregu należą więzadła: łonowo –udowe, kulszowo-łonowe, głowy kości udowej, lecz najmocniejsze jest biodrowo- udowe. Rozciąga się od kolca biodrowego przedniego dolnego do kresy międzykrętarzowej, dzięki czemu wspomaga utrzymanie prostej postawy ciała oraz hamuje nadmierne prostowanie uda. Węzadło łonowo-udowe ogranicza odwodzenie uda, natomiast nadmierne przywodzenie, więzadło kulszowo-udowe [1].

Staw unerwiony jest przez gałęzie stawowe, które odchodzą od nerwów takich jak pośladkowy górny, udowy, zasłonowy i mięśnia czterogłowego uda [2].

Staw biodrowy należy do stawów kulistych, wieloosiowych, dzięki czemu można wykonać ruchy takie jak prostowanie, przywodzenie, odwodzenie, obrót do wewnątrz i do zewnątrz i obwodzenie [2].

Mięśnie zginającymi staw biodrowy należą do grupy przedniej obręczy kończyny dolnej. W jej skład wchodzi mięsień biodrowy i biodrowo-lędźwiowy mniejszy. Dzięki nim możliwe jest przyciąganie kończyny do góry, aż do momentu oparcia uda na brzuchu oraz siadanie z pozycji leżącej. Grupę tylną mięśni obręczy kończyny dolnej tworzy mięsień pośladkowy większy, średni oraz mały. Do ich zadania należy prostowanie uda oraz odwodzenie go. Pomagają również utrzymać równowagę, prawidłową postawę, chód oraz zapobiegają opadaniu miednicy w czasie stania na jednej nodze. Grupa przednia mięśni uda odpowiada za zginanie stawu, natomiast grupa tylna prostuje. Mięsień krawiecki przez swoje skośne ułożenie do kości udowej, może obracać staw [1,2].

Charakterystyka choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego

Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego bardzo często dotyka osoby powyżej czterdziestego roku życia, a częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Schorzenie te prowadzi do niepełnosprawności oraz dysfunkcji narządu ruchu. Choroba jest przewlekłym, niezapalnym procesem, której przyczyną jest zaburzenie równowagi pomiędzy procesami regeneracji i degeneracji chrząstki stawowej i kości [2].

Przyczynami zwyrodnienia są czynniki genetyczne, zapalne, mechaniczne, zmiany związane z wiekiem, obciążenie stawu, urazy sportowe, otyłość, niezdrowa dieta oraz ograniczony wysiłek fizyczny [3].

Do diagnostyki choroby w pierwszej kolejności wykorzystuje się badanie radiologiczne. Dzięki niemu można ocenić m.in. obecność torbieli podchrzęstnych i osteofitów. Badanie RTG można rozszerzyć o scyntygrafię, rezonans magnetyczny oraz tomografię komputerową. Rezonans magnetyczny wykorzystuje się, gdy zmiany jeszcze nie są zaawansowane. Pozwala dokładnie określić lokalizację uszkodzeń tkanek miękkich w obrębie stawu oraz ubytków chrząstki [3].

Chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego leczy się na wiele sposobów w zależności od stopnia zaawansowania. Na początku wystąpienia objawów zalecane są zabiegi fizjoterapeutyczne. Do takich zabiegów można zaliczyć między innymi fizykoterapię, kinezyterapię oraz prowadzenie regularnych ćwiczeń, dzięki którym wzmacni się siłę mięśniową, zmniejszą się dolegliwości bólowe i utrzyma się zakres ruchów w stawie. Na ból towarzyszący chorobie należy stosować doustne leki przeciwbólowe np. paracetamol, jeśli okażą się mało skuteczne należy zastąpić niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi. Innymi farmakologicznymi metodami jest podanie iniekcji dostawowych lub opioidów np. tramadol. Zmiana stylu życia odgrywa kluczową rolę w łagodzeniu dolegliwości bólowych. Wskazana jest zdrowa dieta bogata w produkty wysokowitaminowe i nieprzetworzone oraz umiarkowany wysiłek fizyczny. Takie zmiany wpłyną na redukcję masy ciała, dzięki czemu staw nie będzie tak obciążony, co zatrzyma proces chorobowy. Kolejnym sposobem leczenia są metody operacyjne, które wdraża się, gdy nie ma poprawy po farmakologicznych sposobach. Takimi zabiegami jest osteotomia, usztywnianie stawu zwane artrodeza, lecz najczęściej i najbardziej nowoczesną jest endoprotezo plastyka [3].

Objawy kliniczne choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego

Pierwszym objawem choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego inaczej zwanej koksartozą jest palący ból. Najczęściej dolegliwości występują przy nadmiernym

wysiłku, chodzeniu, natomiast ustępują w trakcie odpoczynku. Wraz z postępem schorzenia ból:

- ogranicza podstawowe czynności życiowe,
- występuje w nocy,
- ogranicza aktywność fizyczną i ruchomość w stawie m.in. rotację do wewnątrz i odwodzenie.

Do kolejnych obojów można zaliczyć:

- sztywność stawów,
- ból stawu kolanowego,
- obrzęk w okolicy stawu,
- zaniki mięśniowe,
- pozorne lub rzeczywiste skrócenie kończyny dolnej,
- przykurcze zgięciowo-przywodzeniowe,
- ból przy zmianie pozycji z siedzącej na stojącą.

Najpóźniejszym objawem jest samoistne usztywnienie stawu biodrowego, zwanego ankylozą, co utrudnia prawidłowe funkcjonowanie kończyny dolnej [3].

Endoprotezoplastyka

Endoprotezoplastyka polega na wycięciu części stawu, która jest chorobowo zajęta, a zastąpienia jej implantem. Implant zwany endoprotezą zbudowany jest z kuli, która ma spełniać rolę główki, na której końcu znajduje się trzpień i panewka. Alloplastyka uznawana jest za najbardziej skuteczną formę leczenia, która przynosi wiele korzyści takie jak leczeniem z wyboru w chorobach reumatoidalnych, zwyrodnieniowych, zniekształceniach i złamaniach w obrębie stawu. Swoją popularność zyskuje tak szybko, ponieważ starzejące się społeczeństwo pracuje coraz to intensywniej, co ma negatywny skutek na wydolność stawów. Nadwaga, przeciążenia i różnego rodzaju urazy odgrywają także znaczącą rolę w zużywaniu się stawów. Endoprotezoplastyka wykonywana jest z wyboru, kiedy inne sposoby leczenia np. farmakologicznego nie dają rezultatów. Zabieg ten ma na celu zniesienie dolegliwości bólowych, ograniczeń ruchomości, zwiększenie aktywności m.in. sportowej, zawodowej oraz polepszenie jakości życia [4,5].

Budowa i rodzaje endoprotez stawu biodrowego

Wybór odpowiedniej endoprotezy zależy od wskazań do operacji, przyczyn i rodzaju dysfunkcji.

Endoprotezoplastyki dzieli się na:

- Pierwotne – chory staw zastępuje się implantem,
- Powtórne – obłuzowane, bądź zepsute protezy wymienia się na nowe.

Wśród endoprotez wyróżniamy:

- połowicze
- całkowita
- cementowane
- bezcementowe [6].

Endoproteza połowicza przeznaczona jest dla osób ze skrajną osteoporozą oraz starszych o małych aktywnościach fizycznych. Jest uznawana za standard w leczeniu złamań szyjki kości udowej. Zbudowana jest z metalowej głowy, która zespolona jest z trzpieniem. Mocuje się go w kanale szpikowym kości przy pomocy cementu lub bez jego udziału. Zaletą tej protezy jest zredukowane tarcie chrząstki stawowej na granicy głowy protezy [6].

Endoproteza całkowita należy do rodzaju protez mocowanych za pomocą cementu lub również bez niego. Przy operacjach powtórnych stosowana jest metoda mieszana tzw. hybrydowa, jeden element jest bezcementowany, natomiast drugi cementowany [6].

Cementowana proteza zakładana jest przy pomocy specjalnego akrylowego cementu kostnego. Najczęściej stosuje się u osób w podeszłym wieku i chorych na osteoporozę. Implant składa się z polietylenowej panewki, metalowego trzpienia oraz metalowej lub ceramicznej główki. Z szybkim rozwojem technologii metoda ta zostaje wypierana przez bezcementową [6].

Endoproteza bezcementowa obecnie jest najczęstszym rodzajem implantu wybieranym podczas operacji w obrębie stawu biodrowego. Panewkę można mocować wkręcając, wciskając lub częściowo wkręcając. W czaszy znajduje się polietylenowy lub ceramiczny wkład, a sama jest pokryta hydroksyapataniem, tytanem lub mieszanką tych dwóch składników [6].

Hydroksyapatyt pozwala na wzrost kości na powierzchni implantu, ponieważ jest mineralnym składnikiem kości udowej. W części udowej proteza zbudowana jest z tytanu, natomiast głowa wykonana jest z syntetycznego rodzaju diamentu, zwanego cyrkonią. Proces łączenia implantu z kością zwany jest osteointegracją, wtedy tytan łączy się z porowatą częścią gąbczastą kości. Na ten proces działa szereg oddziaływań biologicznych oraz obciążenie grawitacyjne, co skutkuje wzrostem tkanki kostnej. Wadą tej metody są bóle uda, które mogą być spowodowane zbyt ciasnym wciśnięciem protezy [6].

Wskazania do endoprotezoplastyki

Głównym celem endoprotezoplastyki jest zniesienie dolegliwości bólowych i poprawa jakości życia chorego. Najlepszy efekt można osiągnąć przez zabieg operacyjny i leczenie usprawniające. Rehabilitację pacjenta należy zacząć jeszcze w okresie przedoperacyjnym, aby osiągnąć lepsze efekty po zabiegu [7].

Do wskazań należy m.in.:

- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- reumatoidalne zapalenie stawów,
- ograniczony zakres ruchów,
- trudność w pokonywaniu dalekich dystansów,
- patologiczny chód, powodując kolejne problemy zdrowotne,
- narastające bóle kolana, krzyża i stawu skokowego,
- długotrwała farmakoterapia nie dająca rezultatów,
- poprawa mechaniki biodra,
- upadek, powodujący uszkodzenie stawu biodrowego,
- martwica głowy kości udowej,
- złamanie głowy szyjki kości udowej,
- wady wrodzone w obrębie kości i stawu biodrowego,
- poprawa sprawności fizycznej, powodując poprawę jakości życia, co jest ważne u osób młodych,
- zlikwidowanie dolegliwości bólowych w obrębie biodra, pośladków, uda,
- guzy kości.

Wstawienie endoprotezy umożliwia mechanikę stawu w bardzo zbliżony sposób do autonomicznego. Wiele osób po czterdziestym roku życia zmagają się z dolegliwościami bólowymi i ograniczeniem ruchomości, co ma ogromny wpływ na ich karierę zawodową, styl życia i sprawność fizyczną. Endoprotezoplastyka jest przełomowym zabiegiem, bo dzięki niemu mogą wykonywać czynności dnia codziennego bez bólu i cieszyć się pełnią życia [6,7, 8].

Przeciwwskazania do endoprotezoplastyki

Do przeciwwskazań względnych należą:

- Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, ponieważ zabieg może spowodować zatorowość płuc i tętnicę płucną
- Nadwaga

- Przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego np. nadciśnienie
- Niewyregulowana cukrzyca
- Udar krwotoczny i niedokrwienny
- Infekcje np. dróg moczowych
- Choroba Parkinsona
- Przewlekła niedokrwistość
- Zaburzenia krzepnięcia
- Neurologiczne porażenia
- Demencja
- Choroba alkoholowa z zespołem abstynencji
- Choroba nowotworowa leczona steroidami
- Choroby immunologiczne z obniżoną odpornością.

Natomiast do bezwzględnych przeciwwskazań należą :

- Wirusowe zapalenie wątroby typu B
- HIV
- AIDS
- Brak wskazań [6].

Powikłania endoprotezoplastyki

Zabieg ten mimo wielu korzyści nie jest wolny od wystąpienia powikłań. Nie u wszystkich pacjentów one występują, lecz jest grupa pacjentów ,u których obserwuje się te procesy. Spowodowane jest to m.in. złą aktywizacją chorego, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub błędu w technice operacyjnej. Do czynników ,które mogą zwiększyć występowanie tych powikłań należy niewydolność nerek, cukrzyca, reumatoidalne zapalenie stawów, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niedokrwistość, wada zastawek serca, choroby nowotworowe, psychiatryczne, depresja lub alkoholizm.

Do powikłań endoprotezoplastyki można zaliczyć :

- Obluzowanie elementu endoprotezy
- Zagłębienie lub przemieszczenie się endoprotezy
- Zwichnięcie endoprotezy
- Możliwość złamania krętarza większego głowy kości udowej
- Śródoperacyjne złamanie kości udowej
- Nierówność kończyn
- Infekcje bakteryjne

- Skostnienia okołoprotezowe
- Złamania okołoprotezowe
- Ból w pierwszych dobach po zabiegu
- Infekcja rany pooperacyjnej
- Infekcja dróg moczowych
- Odleżyny spowodowane małą aktywnością pacjenta
- Zapalenie płuc
- Przykurcze
- Zakrzepica żył głębokich
- Zły stan emocjonalny pacjenta, spowodowany akceptacją różnic po zabiegu np. blizna, krótsza kończyna
- Niepełnosprawność wynikająca z braku lub zmniejszonej aktywności fizycznej [5,6,9,10].

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem w okresie przedoperacyjnym, okołoperacyjnym i pooperacyjnym

Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w endoprotezoplastyce. Holistyczny model opieki, czyli zadania wykonywane przed, w trakcie jak i po operacji wpływają na efekt końcowy zabiegu. Po operacji nie tylko musi wykonywać obowiązki pielęgnacyjne ale, także pełni rolę fizjoterapeuty, psychologa i nauczyciela. Suma wszystkich podjętych działań daje pozytywny efekt w powrocie do zdrowia i sprawności fizycznej. Długość rekonwalescencji chorego zależy od opieki pielęgnacyjnej, ponieważ jest kontynuacją leczenia chirurgicznego [5,11].

Przed operacją pielęgniarka przeprowadza wywiad, który pozwoli określić diagnozę i wybór odpowiedniego procesu pielęgnowania. Ocenie podlega stan bio-psycho-społeczny pacjenta. Pielęgniarka zwraca uwagę na nieprawidłowości związane ze wszystkimi układami m.in. krążenia, nerwowy, oddechowy czy moczowy. W układzie krążenie sprawdza wartości ciśnienia krwi, tętno, obrzęki oraz zabarwienie powłok skóry. Przy ocenie układu oddechowego ważna jest liczba oddechów, ich charakter oraz przebyte choroby. Prawidłowość odruchów np. kolanowego, napięcie mięśniowe, zachowanie równowagi objęte jest w ocenie układu nerwowego, natomiast układ moczowy to badanie ogólne moczu i ilość jego wydalania. Istotnym aspektem jest także stan skóry, czy nie występują zmiany ropne, uczulenia, odleżyny. Należy zwrócić uwagę na nastawienie pacjenta do zabiegu i choroby. Ważna przed operacją jest edukacja chorego, która polega na przedstawieniu czego można się spodziewać po operacji, nauczania ćwiczeń np. oddechowych oraz objaśnienie jakie korzyści

płyną z ich zastosowania. Trzeba zwrócić uwagę na powikłania, a w szczególności na zakrzepicę żył, podwyższenie tętna i ciśnienia, niedodmę i zapalenie płuc. W celu ich zabiegania ważna jest nauka np. wykonywania izometrycznego skurczu łydki, co zapobiega wystąpieniu zakrzepicy z jednoczesnym zastosowaniem antykoagulantów [12].

Okres okołoperacyjny obejmuje przygotowanie pacjenta do zabiegu, operację oraz znieczulenie. Pacjenci mają obniżony nastrój przed operacją, więc należy kontynuować edukację na każdym etapie przygotowań, ponieważ towarzyszy im lęk o własne życie lub powikłania pooperacyjne. W dzień zabiegu należy poinstruować jak ogolić miejsce operowane i umyć kończynę specjalnie do tego przeznaczonym antyseptykiem. Godzinę przed operacją podawana jest premedykacja, którą są m.in. benzodwudiazepiny, niesteroidowe leki przeciwzapalne i opioidy. Następnie pacjent ubrany w koszulę jednorazową przekazywany jest na blok operacyjny, gdzie zostaje przejęty przez pielęgniarkę anestezjologiczną i cały zespół terapeutyczny [12].

Po operacji do głównych zadań pielęgniarki należy leczenie bólu, zapobieganie powikłaniom oraz wsparcie emocjonalne. Pacjent z bloku operacyjnego wraca na oddział, gdzie przekładany jest na wcześniej przygotowane łóżko. Jest ono z twardym materacem, regulowanymi barierkami oraz czystą bielizną pościelową. W trakcie transportu należy pamiętać by zapobiegać wystąpieniu hipotermii, poprzez okrycie chorego kocem oraz obserwacja zabarwienia i ciepłoty powłok skórnych. Na oddziale pielęgniarka w pierwszej kolejności kontroluje świadomość operowanego oraz podstawowe parametry życiowe, którymi są ciśnienie krwi, temperatura, tętno, liczba i charakter oddechów. Świadomość oceniamy przy pomocy skali Glasgow. Ciśnienie należy badać co jedną, dwie godziny oraz każdy pomiar zapisywać w indywidualnej karcie kontroli parametrów, a w razie niepokojącego wyniku zgłosić lekarzowi. W opiece pielęgniarskiej ocena temperatury ciała ma bardzo duże znaczenie, ponieważ podwyższenie tego parametru może świadczyć o powikłaniach. Gdy wynik jest zbyt wysoki należy podjąć działania obniżające temperaturę np. zimne okłady w okolicy pachwin lub pach. Rana pooperacyjna i opatrunek stanowi kolejny problem pielęgnacyjny. Kontroluje się ilość i charakter treści znajdującej się wydzieliny w drenach połączonych z butlą Redona oraz ocenia się stopień przesiąknięcia opatrunku krwią, ponieważ może to świadczyć o krwotoku zewnętrznym lub wewnętrznym.

Do oceny bólu po zabiegu stosuje się skalę VAS, która opiera się na dziesięciostopniowym natężaniu bólu. Pacjent określa od 1-10 jak mocno odczuwa dolegliwości, dzięki czemu pielęgniarka wraz z lekarzem dobierze odpowiedni schemat leczenia bólu. Zapobieganie powikłaniom to kolejny ważny aspekt opieki. Do ich grupy

należy ograniczenie ruchomości, trudności w oddawaniu moczu, obłuzowanie protezy, złamanie kości, zakażenie skóry, brak apetytu, ryzyko wystąpienia odleżyn lub zaparcia. W celu ich zapobiegania pielęgniarka wdraża szereg działań n.in aktywizację chorego, zmianę pozycji ułożeniowej, uświadamianie negatywnych skutków długotrwałego leżenia oraz pionizację i naukę prawidłowego chodzenia. W procesie pielęgnowania należy zwrócić uwagę na sferę emocjonalną pacjenta, jego obniżony nastrój spowodowany operacją. Od pierwszych godzin po zabiegu, pielęgniarka podejmuje działania opierające się głównie na rozmowie i edukacji pacjenta, przedstawieniu korzyści wynikające z zabiegu oraz zaangażowanie chorego i jego rodziny do aktywizacji. Innym powodem złego samopoczucia może być brak samodzielności w wykonywaniu czynności higienicznych. Jest to bardzo krępujące dla pacjenta, więc należy zachęcać do pomocy w myciu, podanie basenu, co skutkuje przygotowaniem chorego do samopielęgnacji i samoopieki [5,11,12].

Udział pielęgniarki w rehabilitacji chorego

Rehabilitacja pełni bardzo ważną funkcję po endoprotezoplastyce. Wcześniej rozpoczęte ćwiczenia skracają czas powrotu do zdrowia, pracy, polepszają możliwość samoopieki oraz wykonywania codziennych czynności. Umożliwiają powrót prawidłowego zakresu ruchów w stawie biodrowym, więc ważne jest nauczanie pacjenta wykonywania prawidłowo ćwiczeń w obrębie operowanej kończyny. W pierwszej dobie po zabiegu zaczyna się pionizacja i nauka prawidłowego chodzenia. Szybkie wdrożenie zajęć rehabilitacyjnych połączonych z farmakoterapią, daje pozytywny skutek w zwalczaniu bólu i zwiększaniu ruchomości w stawie biodrowym. Najlepszą sprawność operowanego stawu zyskuje się po pół roku od wykonanego zabiegu. Celem pielęgniarki w rehabilitacji jest głównie pomoc pacjentowi w powrocie do sprawności i samodzielności w danym momencie terapii. Wszystkie rodzaje ćwiczenia nauczone w szpitalu mają na celu przygotowanie do dalszej fizjoterapii w domu lub warunkach ambulatoryjnych [5,6,13,14].

Przed zabiegiem operacyjnym pielęgniarka zaczyna naukę ćwiczeń oddechowych, ponieważ już po powrocie z bloku operacyjnego pacjent musi kontynuować ich wykonywanie. Taki zestaw zapobiega zaleganiu wydzieliny, dzięki czemu polepsza się wentylacja płuc i zmniejsza ryzyko ich zapalenia. Afektywność ćwiczeń uzależnione jest od napięcia mięśni brzucha i pośladków w trakcie ich wykonywania. Cały ten cykl należy wykonywać co 2 godziny [5,6].

Długotrwała pozycja leżąca pacjenta zwiększa ryzyko wystąpienia odleżyn, dlatego pielęgniarka zachęca chorego do częstej zmiany pozycji w łóżku, przedstawienia mu zalety płynących z ćwiczeń wzmacniających, następnie wraz z pomocą fizjoterapeuty pionizują go

i pomagają w poruszaniu się z balkonikiem lub kulami łokciowymi. Mała aktywność chorego wiąże ze sobą jeszcze inne problemy np. zaparcia, parestezje kończyn dolnych czy brak wyprostowania stawu kolanowego. Przy tych problemach opieka pielęgniarska odgrywa bardzo dużą rolę, ponieważ może nauczyć chorego wykonywania prostych ćwiczeń usprawniających, rozciągania przykurczonych mięśni lub uświadomienie jak ważne w powrocie do zdrowia jest systematyczne ćwiczenie [5,6,13].

Ćwiczenia wymagające większego wysiłku fizycznego chory wykonuje w drugim dobie po zabiegu. Pierwszym zestawem ćwiczeń jest czynne zginanie i prostowanie kończyny. Należy wykonywać je z uniesioną nieco odwiedzoną i zrotowaną na zewnątrz nogą. Gdy ćwiczenia sprawiają ból choremu należy przerwać i spróbować następnego dnia. Pionizację rozpoczyna się od siadania na brzegu łóżka, następnie wstawaniu przy pomocy pielęgniarki lub fizjoterapeuty i stopniowym stawianiem kroków np. do łazienki. Pacjentowi może pomagać też balkonik lub kule łokciowe odpowiednio dopasowanego do jego wzrostu. Najlepiej żeby chory miał na sobie wygodne, sportowe obuwie, dzięki czemu osiągnie lepszą przyczepność do podłoża niż w kapciach lub w skarpetkach [5,6].

Terapia pielęgniarska nie opiera się wyłącznie na ćwiczeniach fizjoterapeutycznych ale też na nauce podstawowych czynności życiowych. Osoba po zabiegu musi od nowa uczyć się np. ubierania, mycia. Nauka należy głównie do zadań pielęgniarki oraz członków rodziny. Rozmowa na temat odpowiedniej aktywności fizycznej, by nie obciążać lub uszkodzić protezy, ma wpływ na proces usprawniania chorego. Fizjoterapeuta proponuje cykl ćwiczeń oraz innych sposobów aktywności, które jak najmniej będą obciążać staw. Pielęgniarka w późniejszym etapie hospitalizacji przedstawi choremu, gdzie dalej ma się zgłosić by kontynuować rozpoczęty schemat rehabilitacji oraz jakie pomoce ortopedyczne należy kupić np. wkładki do butów [5].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Endoprotezoplastyka jest obecnie najbardziej popularną formą leczenia chorób w obrębie stawu oraz uszkodzeń po wypadkach np. upadek ze złamaniem głowy kości udowej. Do takich zdarzeń predysponują osoby chorujące na osteoporozę, schorzenia neurologiczne, mają niedowład kończyn, są przeciążone fizycznie lub w starszym wieku. Zabieg wstawienia protezy ma na celu zniesienie dolegliwości bólowych, poprawę jakości życia oraz przywrócenie prawidłowych funkcji stawu biodrowego.

Duży kontakt z pacjentem posiada pielęgniarka. To ona ma największe szanse na prowadzenie obserwacji, czynny udział w leczeniu, rehabilitacji i wsparciu emocjonalnym. Dzięki sprowadzonej sumiennie i rzetelnie swojej pracy dba o jak najlepszy stan chorego po zabiegu, zapobiega powikłaniom oraz uczestniczy w procesach usprawniających pacjenta.

Celem pracy było:

1. Ustalenie problemów bio-psycho-społecznych dotyczących pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki u pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniom została poddana 55-letnia pacjentka po endoprotezoplastyce. Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Wojewódzkim im. Kard. Stefana Wyszyńskiego w Łomży na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym w dniu 24.06.2019r. Materiał został zebrany poprzez analizę dokumentacji medycznej, w której opisano historię choroby, indywidualne karty zleceń lekarskich oraz karty gorączkowe. Innym źródłem wiedzy o pacjencie były obserwacja i wywiad. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Opis przypadku

Pięćdziesięciopięć letnia pacjentka została przyjęta w czerwcu 2019r. na Oddział Ortopedyczno- Urazowy w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży w trybie nagłym z powodu złamania szyjki kości udowej prawej. Z wywiadu wynika, że pacjentka wstając z łóżka, w wyniku poślizgnięcia upadła na podłogę co było przyczyną urazu biodra. Pacjentka skarżyła się na ból w okolicy stawu biodrowego.

Pacjentka po wykonanym RTG kręgosłupa i stawu biodrowego, w którym zaobserwowano złamie kości szyjki udowej prawej, została poddana endoprotezoplastyce całkowitej bezcementowej stawu biodrowego prawego. Obecnie chora skarży się na dolegliwości bólowe biodra oraz wiele dysfunkcji spowodowane obecnym niedowładem czterokończynowym nasilony po stronie prawej. Pacjentka z powodu złośliwego guza opon

mózgowych jest po czterokrotnej operacji w Klinice Neurologii w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie. Po każdej operacji utrzymywał się utrwalony niedowład połowiczny. Ostatni zabieg został wykonany w czerwcu 2018 roku i następnie chora została poddana radioterapii we wrześniu 2018r. w Białostockim Centrum Onkologii. Upacjentki występują też cechy afazji. Chorobami współistniejącymi jest padaczka, samoistne pierwotne nadciśnienie tętnicze, nowotwór złośliwy opon mózgowych oraz stan po usunięciu mięśniakowej macicy. Pacjentka przyjmuje na stałe leki przeciwpadaczkowe (Neurotop) i na nadciśnienie tętnicze (Nedal, Axudan).

Pacjentka w dobie „0” po wykonanej endoprotezoplastyce założony opatrunek na ranę pooperacyjną. W celu drenażu zostały wyprowadzone dwa dreny połączone z butlami Redona. Dodatkowo został założony cewnik Foley’a oraz wkłucie obwodowe, przez co narażona jest na wystąpienie zakażenia. Przez unieruchomienie zwiększa się ryzyko wystąpienia odleżyn. Pacjentka ma zaburzenia mowy, przez co kontakt jest utrudniony. Chora odczuwa lęk i ma obniżony nastrój, co może być spowodowane operacją i lękiem o swoje życie. Najlepiej czuje się w towarzystwie najbliższych. Swoją ból ocenia na 5 w skali VAS. Ryzyko wystąpienia odleżyn w skali Norton wykazuje 14 punktów, natomiast ocena świadomości skali Glasgow otwieranie oczu -4, kontakt słowny -5, reakcja ruchowa -6.

Badania jakie zostały wykonane w czasie pobytu na oddziale:

- Badania podstawowe: ciśnienie tętnicze 124/69 mmHg, tętno 65 u/min, temperatura 36,6 °C
- Badanie ogólne moczu – wynik prawidłowy
- Posiew moczu (mocz pobrany przez cewnik) - wynik ujemny
- Morfologia, biochemia, koagulologia krwi – wynik prawidłowy
- RTG stawów biodrowych – złamanie szyjki kości udowej prawej
- RTG kręgosłupa odcinek piersiowy, lędźwiowo- krzyżowy – bez zmian urazowych.

W trakcie hospitalizacji zostało wdrożone leczenie farmakologiczne i kontynuacja wcześniej zaczętej terapii. Pacjenta przyjmowała leki stałe (Neurotop, Nedal, Axudan) oraz Depakaine, Clexane, Kalipoz, Biofazolin, Dormicum, Pyralgin, Poltram oraz 0,9% NaCl.

Stan ogólny pacjenta:

Sfera fizyczna :

- Wzrok- pacjentka nosi okulary korekcyjne
- Słuch- prawidłowy
- Mowa – zaburzona

- Śluzówki jamy ustnej i nosowej- prawidłowe
- Powłoki skórne- prawidłowe
- Układ krążenia- wartość ciśnienia 124/69 mmHg, tętno 65 u/min, rytm miarowy
- Układ oddechowy- prawidłowy, 13 oddechów/ min
- Układ pokarmowy- prawidłowy
- Układ moczowy- moc z barwy słomkowej bez zapachu
- Układ wydalniczy – prawidłowy
- Dobowy rytm snu – prawidłowy

Strefa psychiczna:

Kontakt utrudniony, pacjentka ma obniżony nastrój spowodowanym lękiem o własne życie. Najlepiej czuje się w otaczaniu najbliższych, męża i syna.

Sfera społeczna:

Pacjentka mieszka z mężem w mieszkaniu w bloku, warunki mieszkalne określa jako dobre. Obecny źródłem utrzymania jest renta. Większość swojego czasu spędza z rodziną. Opis przypadku został sformułowany na podstawie arkusza do zbioru informacji o pacjencie.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Dyskomfort spowodowany bólem pooperacyjnym.

Cel: -zmniejszenie dyskomfortu lub likwidacja bólu

Działania pielęgniarskie:

- pomiar bólu w odstępach czasowych (4 razy na dobę) przy pomocy skali 10 punktowej VAS oraz obserwacja natężenia i charakteru bólu
- ułożenie pacjentki w pozycji zmniejszającej napięcie rany pooperacyjnej
- kontrola rany pooperacyjnej pod kątem zakażenia (zaczerwienie, obrzęk, ciepłota)
- kontrola podstawowych parametrów życiowych takich jak ciśnienie, tętno, temperatura, oddech, saturacja oraz dokumentowanie ich.
- zapewnienie pacjentowi poczucia intymności przez zasłonięcie parawanami, wywietrzenie sali
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza
- Obserwacja skuteczności leku przez powtórne wykonanie skali VAS oraz wystąpienia skutków ubocznych leków

Ocena:

- dzięki zastosowanym działaniom dolegliwości bólowe zmniejszyły się

- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 2: Nudności i wymioty z powodu nietolerancji leków anestetycznych

Cel:

- złagodzenie nudności i eliminacja wymiotów
- zapewnienie higieny i bezpieczeństwa chorego

Działania pielęgniarskie:

- przygotowanie miski nerkowatej i ligniny przy łóżku pacjentki
- ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej z głową odchyloną na bok
- obserwacja chorej, kontrolowanie ilości i charakteru treści wymiocin, udokumentowanie w karcie obserwacji pacjentki
- wietrzenie pomieszczenia w którym pacjentka przebywa po zabiegu
- dbanie o odpowiednie nawodnienie pacjentki z powodu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej
- poinformowanie chorego i nauka głębokiego oddychania
- podanie leków zmniejszających nudności i wymioty na zlecenie lekarza

Ocena:

- nudności zmniejszyły się
- wymioty nie występują
- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 3: Deficyt samoopieki spowodowany unieruchomieniem po operacji

Cel: pomoc w zaspokajaniu potrzeb biologicznych

Działania pielęgniarskie:

- określenie potrzeb i zdolności pacjentki w sferze samoopieki
- Pomoc chorej w zachowaniu czystości (założenie pieluchy, umycie pacjenta)
- wykonywanie codziennej toalety jamy ustnej, w celu utrzymaniu higieny pacjentki i poprawę jego samopoczucia
- pielęgnacja chorego zapobiegając wystąpieniu odleżyn, odparzeń
- zachęcanie pacjentki do pomocy, zwiększanie jego samodzielności np. czesanie włosów, mycie zębów, twarzy
- wpieranie w samodzielnym podjęciu działań przez pacjentkę

- zapewnienie chorej pomocy ortopedycznych przy łóżku np. drabinki przyłóżkowe co ułatwi przenoszenie ciała i przemieszczanie się w łóżku
- zaproponowanie najbliższym włączenie się w pielęgnację chorej i wspierania jej w podjętych działaniach
- udział w usprawnianiu ruchowym , pionizacji chorego we współpracy z zespołem fizjoterapeutycznym
- nauka rodziny, jak mają wykonywać dane czynności pielęgnacyjne np. ułożenie pacjentki, jak zmienić pampers osobie z niedowładem lub pielęgnację przeciwoodleżynową

Ocena:

- dzięki podjętym działaniom, pacjentka ma zaspokojone potrzeby biologiczne
- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 4: Niepokój przed zmianą opatrunku z powodu bólu rany pooperacyjnej

Cel:

- obniżenie niepokoju chorego
- zniwelowanie dolegliwości bólowych

Działania pielęgniarskie:

- wygodne ułożenie kończyny , pozycji w łóżku
- wyjaśnienie celu i metody zmiany opatrunku
- kontrola skali bólu przy pomocy skali VAS i regulowanie dawki leku przeciwbólowego
- przed wykonaniem zmiany opatrunku zgodnie z zaleceniami lekarza, zwiększenie dawki leku przeciwbólowego

Ocena:

- dzięki zastosowanym działaniom lęk i ból przy zmianie opatrunku pacjentki zmniejszył się
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Problem z komunikacją spowodowany afazją czuciową

Cel:

- poprawienie komunikacji z pacjentem

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja chorej i utrzymanie kontaktu wzrokowego
- Proste i głośne wypowiadanie słów w kierunku do pacjentki

- posługiwanie się prostym, zrozumiałym słownictwem
- zadawanie pytań na które pacjentka jest w stanie odpowiedzieć swoim zasobem słów lub wykonaniem gestu np. kiwnięcie głową, zamknięcie oczu
- informowanie o czynnościach wykonywanych przy pacjentce
- zachęcanie do wypowiadania słów, powtarzanie po nas
- pochwalenie pacjentki przy postępach związanych z mową
- zachowanie cierpliwości w kontakcie z chora
- edukacja rodziny na temat komunikacji (zapewnienie kontaktu z logopedą w domu, wykonywanie ćwiczeń ułatwiających mowę) oraz poproszenie o pomoc w uzyskaniu odpowiedzi od pacjentki
- konsultacja z logopedą i rozpoczęcie rehabilitacji

Ocena:

- w wyniku podjętych działań kontakt z pacjentką polepszył się
- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operacyjnego

Cel:

- zapobieganie infekcji rany
- wczesne wykrycie objawów zakażenia

Działania pielęgniarskie:

- kontrola opatrunku pod kątem przesiąknięcia, odklejenia się,
- zmiana opatrunku co 24-48 godzin lub w razie potrzeby
- obserwacja wydzieliny i ilości jej w założonych drenach
- wymiana butli Redona raz na dobę lub w razie potrzeby przestrzegając zasad aseptyki i antyseptyki oraz umocowanie jej poniżej łóżka
- kontrola procesu gojenia się rany oraz zauważenie objawów zakażenia takich jak: obrzęk, zaczerwienienie , ciepłota, wyciek
- pielęgnacja rany pooperacyjnej z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- utrzymanie higieny osobistej pacjenta i jego otoczenia , zmiana bielizny pościelowej i osobistej
- pomiar temperatury ciała chorego i udokumentowanie jej w karcie obserwacji pooperacyjnej
- asystowanie przy wyjmowaniu drenów
- podanie antybiotykoterapii na zlecenie lekarza

Ocena:

- dzięki podjętym działaniom ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego zmniejszyło się i nie wystąpiła infekcja
- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 7: Możliwość zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika i zastoju moczu.

Cel:

- niedopuszczenie do zakażenia
- wczesne wykrycie objawów zakażenia

Działania pielęgniarskie:

- założenie cewnika zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- wybór jak najmniejszego cewnika do danej cewki moczowej
- obserwacja czy po 6-8 godzinach po zabiegu pojawił się mocz w worku
- obserwacja miejsca założonego cewnika Foley'a
- zastosowanej zamkniętej metody odpływu moczu
- zbiornik moczu powinien znajdować się poniżej pęcherza moczowego i umocowany na specjalnym wieszaku do łóżka pacjenta, co ułatwi odpływ moczu
- pielęgnacja miejsca ujścia zewnętrznej cewki moczowej
- kontrola diurezy i prowadzenie karty bilansu wodnego zapewnienie odpowiedniej podaży płynów
- ocena moczu, jego ilości, barwy, zapachu
- obserwacja objawów niepokojących takich jak: pieczenie, ból w okolicy nadłonowej, cewki moczowej, zabarwienie i zapach moczu
- zmiana cewnika w razie potrzeby
- pomiar temperatury i udokumentowanie w karcie obserwacji
- usunięcie cewnika, jeśli sytuacja na to pozwala

Ocena:

- wyniku podjętych działań infekcja układu moczowego nie wystąpiła
- problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko zakażenia miejsca wkłucia obwodowego

Cel:

- zmniejszenie ryzyka zakażenia i niedopuszczenie do jego wystąpienia

Działania pielęgniarские:

- założenia wkłucia przestrzegając zasad aseptyki i antyseptyki
- utrzymanie wkłucia nie dłużej niż 72 godziny
- umocowanie cewnika naczyniowego jałowym opatrunkiem
- unikanie manipulacji dostępem naczyniowym
- zabezpieczenie wkłucia jałowym koreczkiem
- sprawdzanie drożności wkłucia i po każdym podanym leku 0,9% NaCl
- ocena powikłań miejsca wkłucia przy pomocy skali Baxter
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem zakażenia np. obrzęk, ból, zaczerwienie, miejscowa ciepłota ciała, jeśli występują takie objawy należy od razu usunąć wkłucie
- zmiana opatrunku, jeśli jest brudny, przemoknięty np. krwią, po kąpielach
- zapewnienie czystości chorego i jego otoczenia
- dokumentowanie w karcie obserwacji wkłucia obwodowego (datę, miejsce, rodzaj założonego wkłucia i wszystkie niepojawiające się objawy)
- natychmiastowe usunięcie wkłucia po wystąpieniu objawów zakażenia

Ocena:

- dzięki podjętym działaniom zakażenie miejsca wkłucia nie wystąpiło i ryzyko zmniejszyło się
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarская 9: Możliwość zakażenia dróg oddechowych z powodu nieefektywnego kaszlu i oddychania oraz wystąpienia niedodmy lub zapalenia płuc.

Cel:

- niedopuszczenie do zakażenia
- wczesne wykrycie powikłań
- zapobieganie wystąpieniu zmian patologicznych w układzie oddechowym

Działania pielęgniarские:

- nauka i motywowanie do ćwiczeń oddechowych np. przy pomocy specjalnego sprzętu np. aparatu Triflo który ma na celu m.in. ułatwić uwalnianie wydzieliny, natlenować organizm i naukę efektywnego oddychania
- oklepywanie klatki piersiowej w późniejszej dobie po zabiegu
- zapewnienie drenażu ułożeniowego układu oddechowego np. zastosowanie pozycji półwysokiej pacjentki
- wykonanie nebulizacji z 0,9% NaCl

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali (wietrzenie, odpowiednia wilgotność)
- kontrola parametrów (temperatury i ilości oddechów) oraz zapisania w karcie obserwacji chorego podanie na zlecenie lekarskie leków ułatwiających wykrztuszanie

Ocena:

- w wyniku podjętych działań zakażenie lub patologiczne zmiany w obrębie układu oddechowego nie wystąpiły
- pacjentka efektywniej oddycha
- usuwanie wydzieliny ułatwiło się
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Możliwość wystąpienia krwotoku spowodowanego metodą wykonanego zabiegu.

Cel:

- wczesne wykrycie objawów krwotoku

Działania pielęgniarskie:

- kontrola parametrów: temperatury, HR, RR, liczby oddechów, saturację i udokumentowanie w karcie obserwacji chorego (w dwóch pierwszych godzinach po zabiegu co 15 min, następnie co godzinę, a w kolejnej dobie 3 razy na dobę)
- obserwacja opatrunku
- kontrola ilości i rodzaju wydzieliny w pojemnikach podłączonych do drenów
- obserwacja koloru, temperatury i wilgotności skóry

Ocena:

- dzięki podjętym działaniom krwotok nie wystąpił
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko wystąpienia zaburzeń ze strony układu sercowo-naczyniowego np. zakrzepica, zatory

Cel:

- zapobieganie wystąpienia zmian patologicznych w układzie sercowo-naczyniowym

Działania pielęgniarskie:

- monitorowanie parametrów życiowych takich jak : temperatura, ciśnienie, tętno liczba oddechów i dokumentacja ich
- kontrola zabarwienia i ciepłoty kończyn pacjenta

- obserwacja nawodnienia pacjentki poprzez bilans płynów, kontrolę wilgotności skóry, błon śluzowych
- wypełnianie łożyska naczyniowego na zlecenie lekarza dożylnymi preparatami nawadniającymi, by zapobiec niedoborom wodno-elektrolitowym
- odpowiednie ułożenie kończyny w celu likwidacji zastoju żylnego
- podawanie na zlecenie lekarza leków przeciwzakrzepowych oraz wpływających na pracę serca

Ocena:

- w wyniku podjętych działań zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego nie wystąpiły
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 12: Możliwość wystąpienia odleżyn spowodowane leżącą pozycją ciała oraz zaburzeniami metabolicznymi organizmu

Cel:

- zapobieganie wystąpieniu odleżyn

Działania pielęgniarskie:

- ocena ryzyka wystąpienia odleżyn przy pomocy skali Norton
- obserwacja skóry w miejscach narażonych na wystąpienie odleżyn np. pięty, pośladki, łopatki
- pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności zachowaniu czystości oraz dokładne osuszanie skóry
- zastosowanie środków natłuszczających skórę np. maści, balsamy na miejsca narażone na powstanie odleżyn
- częsta zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku (co 2 godziny)
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego oraz podpórek pod nogi, wałki
- częsta zamiana bielizny osobistej i pościelowej
- unikanie nacisku na skórę
- izolowanie warstw skóry przylegających do siebie przy zastosowaniu zasypek, talku
- zastosowanie w dalszych dobach po zabiegu diety wysokobiałkowej
- gimnastyka kończyn nieoperowanych w celu poprawy krążenia
- zmiana pampersa w razie potrzeby

Ocena:

- w wyniku podjętych działań odleżyny nie wystąpiły

- należy kontynuować profilaktykę przeciwoleżynową
- problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 13: Niepokój pacjenta spowodowany lękiem o zdrowie i przed powrotem do domu

Cel:

- zmniejszenie niepokoju

Działania pielęgniarskie:

- wsparcie pacjentki, wyjaśnienie celu wykonanej operacji i płynącej z jej korzyści
- informowanie chorej o wszystkich czynnościach przy niej wykonywanych
- umożliwienie kontaktu z lekarzem, psychologiem
- rozmowa z rodziną na temat wsparcia emocjonalnego pacjentki
- zapewnienie chorej spokoju, intymności
- okazanie pacjentce duże zrozumienie, wyrozumiałość
- wyjaśnienie o korzyściach płynących z przestrzegania zasad lekarza i fizjoterapeuty
- nauka korzystania z urządzeń rehabilitacyjnych np. balkonik, kule
- poinformować o unikaniu głębokich siadów nadmiernej rotacji kończyny operowanej
- przypomnienie pacjentce i jej rodzinie o istotnym wpływie diety na okres gojenia się rany (dieta wysokobiałkowa, z dużą zawartością witamin)
- zaproponowanie rodzinie zastosowaniu w mieszkaniu przyrządów ułatwiających codzienne życie osobie chorej np. uchwyt przy toalecie
- poinformowanie o konieczności stawianiu się na wizytach kontrolnych i zgłoszeniu się do lekarza w razie wystąpienia niepokojących objawów

Ocena:

niepokój pacjentki zmniejszył się

-pacjentka uspokoiła się i poczuła

-rodzina została wyedukowana na temat opieki nad chorą

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

- Regularne wstawianie się na wizytach w poradni Ortopedycznej oraz w innych do których należy pacjentka np. Neurologiczna.
- Przyjmowanie leków przepisanych przez lekarza, pamiętając o każdej dawce i godzinie przyjęcia.

- Obserwacja opatrunków oraz rany, czy nie występuje ciepłota, zaczerwienienie, wyciek lub rozejście się brzegów rany. W takich wypadkach należy niezwłocznie zwrócić się do lekarza. Poinformować rodzinę i pacjentkę by opatrunek był suchy, nieprzemoknięty .
 - Rozpoczęcie rehabilitacji w szpitalu lub placówkach do tego przeznaczonych.
 - Wykonywanie łatwych ćwiczeń usprawnianych w domu po wcześniejszym uzgodnieniu z fizjoterapeutą. Do takich ćwiczeń należy unoszenie nogi do góry i powolne opuszczanie, zginanie i prostowanie stopy.
 - Poinformowanie rodziny o sprzętach jakie ułatwią funkcjonowanie pacjentce po operacji np. balkonik, kule, sedes-wózek, zamontowanie uchwytów przy toalecie, prysznicu, maty antypoślizgowe, dzięki czemu pacjentka łatwiej utrzyma równowagę w trakcie kąpieli i w czasie zaspokajania potrzeb biologicznych. Należy zapewnić chorej w bliskim otoczeniu stolik, by z łatwością mogła sięgać m.in. po wodę, chusteczki, telefon.
 - Układanie pacjentki w następującej pozycji:
 - ręka zrotowana na zewnątrz i delikatnie odwiedzona
 - noga zrotowana do środka
 - w dłoń umieścić wałeczek i ułożyć dłoń
 - Kontynuacja profilaktyki przeciwoleżynowej:
 - częsta zmiana pozycji w łóżku ok 2 godziny,
 - stosowanie preparatów natłuszczających na miejsca narażone na wystąpienie odleżyn(kość ogonowa, łopatki, łokcie, pięty, pośladki),
 - dbanie by pościel i bielizna osobista była czysta i wykonana z naturalnych materiałów np. bawełna,
 - wykonywanie codziennej toalety ciała i dokładne osuszanie skóry,
 - wymiana pieluchy po każdym wypróżnieniu,
 - rozszerzyć dietę o produkty wysokobiałkowe np.
 - ryby (dorsz, morszczuk, pstrąg)
 - nabiał (jogurty, twarogi, mleko)
 - mięso (kurczak, schab, indyk)
 - jeśli wystąpi długotrwałe unieruchomienie rozważenie kupna/wypożyczenie materaca przeciwoleżynowego.
 - Zastosowanie prawidłowo zbilansowanej diety, co przyspieszy proces gojenia się rany oraz wpłynie na proces leczenia odleżyn.
- Dieta powinna być łatwostrawna, niewzdymająca oraz wysokobiałkowa

- z produktami z dużą zawartością błonnika (pieczywo, owoce, warzywa),
- potrawy powinny być gotowane lub przygotowywane na parze, natomiast unikać smażenia na dużej ilości tłuszczu, wędzenia,
- dania powinny mieć małe porcje lecz spożywane w regularnych odstępach.

Warto w diecie wprowadzać produkty bogate w żelazo i witaminy np. chude mięsa, szpinak, orzechy, śliwki suszone, ryby.

Należy pić odpowiednie ilości wody ok. 2,5l na dzień, natomiast unikać picia alkoholu oraz dużej ilości kawy

- Wdrożenie w życie regularnego trybu życia
- chodzenie spać i wstawanie o tych samych porach (nie mniej niż 7 godzin snu)
- spożywanie posiłków regularnie (ok.5 posiłków dziennie co 2-3h)
- Ćwiczenia mowy zestawami przygotowanymi przez logopedę i motywowanie pacjentki w podejmowaniu działania.
- Nie wolno:
 - siadać z nogą na nogę
 - podnoszenia z ziemi przedmiotów leżących na podłodze z pozycji siedzącej
 - nadmiernego zginania kończyny w stawie biodrowym

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań przedstawiono problemy bio-psycho-społeczne pacjentki po endoprotezoplastyce stawu biodrowego . Najważniejszymi z nich były :

- Ból pooperacyjny
- Nudności i wymioty spowodowane podaniem znieczulenia
- Deficyt samoopieki z powodu niedowładu połowiczego i unieruchomieniem po operacji
- Zaburzenia mowy
- Ryzyko wystąpienie powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, moczowego , wystąpienia odleżyn, zakażenia miejsca wklucia i rany operacyjnej
- Niepokój pacjentki o swój stan zdrowia

Ze znanych problemów pielęgnacyjnych pacjentki sformułowano indywidualny proces pielęgnowania, który zawierał działania jakie należy podjąć w pielęgnacji oraz wskazówki dla rodziny i pacjentki na temat dalszej pielęgnacji i opieki. Pielęgniarka musi posiadać aktualną wiedzę medyczną na temat danej jednostki chorobowej oraz mieć doświadczenie zawodowe,

by pomóc osobie chorej. Dzięki profesjonalnym działaniom stan pacjentów może się poprawić i zapobiec powstawaniu powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Michajlik A., Witold R.: Anatomia i fizjologia człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, 96-98.
2. Drake R.L., Vogl A.W.: Anatomia Gray. Podręcznik dla studentów. Tom 1, wydanie III. Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2015, 76-79.
3. Kruczyński J., Szulc A.: Ortopedia i Rehabilitacja. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, 218-223.
4. Trzaska T.: Wskazania do endoprotezoplastyki biodra i kolana. Medycyna po Dyplomie 2016, 12, 81-89.
5. Gołębek R.: Rola pielęgniarki w opiece i rehabilitacji chorej po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Pielęgniarstwo Polskie 2017, 2, 313-319.
6. Pozowski A.: Alloplastyka stawu biodrowego. Wydawnictwo Medyczne Górecki, Wrocław 2011, 31-37.
7. Ossowska M., Bednarczyk-Rosolak B.: Wczesne wyniki usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2016, 3, 75-78.
8. Tomaszewski W., Kotela I.: Jakość życia pacjentów w ocenie wyników leczenia operacyjnego choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych z wykorzystaniem endoprotez krótko trzpieniowej. Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja 2013, 5, 439-457.
9. Skowronek P.: Techniczne i ekonomiczne aspekty protezoplastyki stawu biodrowego. Ogólnopolski Przegląd Medyczny 2012, 5, 31-34.
10. Płomiński J., Peplowski A.: Ognisko przerzutowe w okolicy trzpienia protezy bezcementowej. Studium przypadku. Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja 2016, 6, 98-115.
11. Juda M.: Rola Pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Pielęgniarstwo Polskie 2015, 3, 333-336.
12. Majka K., Krupienicz A.: Rola opieki pielęgniarskiej w zapobieganiu powikłaniom sercowo-naczyniowym u chorych kwalifikowanych do endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Pielęgniarstwo Polskie 2017, 2, 300-305.

13. Szypuła J., Żukowska M.: Wyniki wczesnej rehabilitacji pooperacyjnej stawów biodrowych. Kwartalnik Ortopedyczny 2010, 2, 287-294.
14. Maciejuk-Płońska A., Kostecka A.: Psychologiczne aspekty rehabilitacji osób starszych po złamaniu szyjki kości udowej. Polski Merkurusz Lekarski 2012, 32, 79-81.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE DZIECKA Z HEMOFILIA

Aleksandra Suchwałko¹, Magdalena Malesińska², Anna Owłasiuk³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet, Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Krew jest płynną tkanką łączną. Odgrywa ważną rolę w organizmie człowieka, ponieważ za pośrednictwem układu krążenia pełni funkcje: transportową, odżywczą, regulacyjną i ochronną. Pierwsze z tych funkcji opierają się na dostarczaniu do tkanek tlenu oraz substancji odżywczych, a także odprowadzaniu produktów przemiany materii z tych tkanek. Funkcja regulacyjna polega na utrzymaniu stałego pH płynu tkankowego, a także na odpowiedniej termoregulacji ciała. Unieszkodliwianie różnego rodzaju patogenów jest możliwe dzięki funkcji ochronnej krwi [1].

Zabarwienie krwi jest zależne od jej wysycenia tlenem. Krew tętnicza ma dużą zawartość tlenu, co sprawia, że jest jasnoczerwona, krew żylna jest ciemniejsza. Objętość krwi stanowi 7-8% masy ciała. Jej główne składniki to: osocze i zawieszone w niej komórki: erytrocyty, leukocyty i trombocyty. Osocze składa się głównie z wody (90-92%), elektrolitów i substancji odżywczych, w tym białek. Jednym z białek znajdującym się w osoczu jest fibrynogen, który jest prekursorem fibryny – głównego białka warunkującego krzepnięcie krwi. Inne białka to albuminy – o znaczącym potencjale osmotycznym i globuliny – które są białkami nośnikowymi, a także odgrywają ważną rolę w odporności swoistej organizmu. Największy odsetek elementów morfotycznych krwi stanowią erytrocyty (ok. 4,55 – 5 mln w 1 μ l krwi), w swoim składzie zawierają głównie hemoglobinę dzięki której możliwy jest transport tlenu do tkanek, a także przenoszenie dwutlenku węgla do płuc, ich tworzenie zachodzi w obrębie szpiku kostnego. Liczba leukocytów we krwi wynosi od 4000

do $11000/\text{mm}^3$, ich najważniejsza funkcja to niszczenie drobnoustrojów chorobotwórczych. Krwinki białe powstają w układzie limfatycznym. Trombocyty występują w liczbie od 180000 do 400000 w mm^3 i odgrywają istotną rolę w procesie krzepnięcia krwi [2].

Fizjologia i patofizjologia hemostazy

Hemostaza to zespół procesów fizjologicznych. Hemostaza miejscowa umożliwia zdolność sprawnego tamowania krwawień z naczyń krwionośnych, zaś hemostaza ciągła warunkuje utrzymanie płynności krwi w układzie krwionośnym. Głównymi elementami hemostazy są: płytki krwi, ściana naczyń krwionośnych, układ krzepnięcia i fibrynolizy [2,3].

W hemostazie występują dwa główne etapy: krzepnięcie i fibrynoliza. Procesy te zachodzą w tym samym czasie i równoważą się. Dominacja jednego z nich jest wynikiem przewagi aktywności kompleksu enzymatycznego nad kompleksem drugiego procesu [4].

Krzepnięcie krwi to złożony proces, ma charakter reakcji kaskadowej. Umożliwia on zatrzymanie krwawienia. Rozpoczyna się w momencie uszkodzenia śródbłonna w naczyniu krwionośnym. Pierwszym etapem tego mechanizmu jest obkurczanie naczynia, by spowolnić napływ krwi do zranionego obszaru. Do uszkodzonego miejsca zaczynają przylegać płytki krwi – ten proces nazywany jest adhezją. Z płytek uwalniane są czynniki przyspieszające krzepnięcie krwi. Następnie dochodzi do gromadzenia się i zlepiania płytek krwi, aby powstał czop płytkowy – jest to proces agregacji. W miejscu aktywnych płytek krwi następuje jej krzepnięcie. Czynniki krzepnięcia tworzą białko zwane fibryną. Tworzy się siatka dookoła płytek krwi poprzez wiązanie się ze sobą włókien fibryny (zapobiega to ponownemu wypłukaniu płytek krwi do krwiobiegu) – ten proces to fibrynoliza [2,5].

Zachwiany proces hemostazy może objawiać się skazą krwotoczną – skłonnością do krwawień. Może ona wynikać z zaburzeń naczyniowych, płytkowych lub osoczowych. W przypadku zaburzeń osoczowych jest to wynik niedoboru osoczowych czynników krzepnięcia, który ma charakter wrodzony lub nabyty. Typowym przykładem choroby dziedzicznej jest hemofilia [6].

Hemostaza pierwotna pełni prawidłowo swoją rolę w hemofilii A. Problem stanowi ustabilizowanie powstałego czopu płytkowego. Aby reakcje kaskadowego procesu przemiany fibrynogenu w fibrynę były efektywne, na każdym jego etapie musi on być zaopatrzony w wystarczającą ilość substratów. Obniżona aktywność czynnika VIII powoduje, że proces powstania fibryny, nie przebiega prawidłowo. Niedobór fibryny wpływa na rozpad powstałego pierwotnie czopu płytkowego, który tymczasowo tamował krwawienie i powoduje ponowny wylew krwi [7].

Definicja hemofilii

Słowo „hemofilia” pochodzi od greckich słów: „haima” – krew, oraz „philia” – miłość, przywiązanie. Hemofilia, zwana także krwawiączką, to choroba, w której krew osoby chorej nie krzepnie w prawidłowy sposób. Krwawienia u takiej osoby trwają znacznie dłużej niż u osoby zdrowej. Jest to wrodzona skaza krwotoczna wywołana niedoborem czynników krzepnięcia – VIII w przypadku hemofilii typu A, IX w hemofilii B [5,8].

Niedobór czynników krzepnięcia jest spowodowany mutacjami genów, które kodują te czynniki. Choroba ta jest nadal mało znana, większość osób sądzi, że u osób chorych na hemofilię występują bardzo obfite krwawienia już z niewielkiej rany. Jest to błędne myślenie, gdyż o wiele poważniejszymi krwawieniami są te wewnętrzne do stawów, mięśni czy innych tkanek miękkich. Życie dziecka może być wtedy zagrożone, a zwłaszcza jeżeli krwawienie występuje do mózgu [5,8].

Epidemiologia

Hemofilia jest dziedziczona w sposób recesywny, sprzężony z płcią. Oznacza to, że chorobę objawową stwierdza się wyłącznie u płci męskiej. Kobiety zazwyczaj są nosicielkami, z prawidłowym, bądź zmniejszonym stężeniem czynnika krzepnięcia, co wywołuje łagodne objawy hemofilii. Znane są także przypadki zachorowań u kobiet o ciężkim przebiegu [9].

Występowanie hemofilii A stwierdza się w 1:12500 przypadków w ogólnej populacji, zaś hemofilię typu B - 7 razy rzadziej [10]. Diagnoza w okresie noworodkowym jest stawiana nawet u 50-70% dzieci z hemofilią [11].

Z danych Instytutu Hematologii i Transfuzjologii wynika, że w Polsce w roku 2011, skazę krwotoczną (osoczną, czy też płytkową) miało rozpoznana 4277 osób. Z czego 2216 osób było dotkniętych hemofilią A, a zaledwie 389 hemofilią B [12].

W wielu przypadkach, bo aż u 30-40% dzieci chorych na hemofilię nie zarejestrowano choroby w rodzinie. Możemy wtedy mówić o hemofilii sporadycznej. Jej przyczyną jest powstała na nowo mutacja genetyczna u dziecka lub matki bądź przekazywanie z pokolenia na pokolenie u płci żeńskiej wadliwego genu czynnika VIII lub IX [13].

Oprócz postaci wrodzonej, istnieje także postać nabyta tej choroby. Jest ona spowodowana wytwarzaniem przeciwciał, które upośledzają funkcje VIII czynnika krzepnięcia. W tym przypadku skaza krwotoczna pojawia się nagle i występuje niezależnie od płci, a u 7,9-22% pacjentów może nawet w ciągu kilku tygodni doprowadzić do zgonu [14].

Etiologia i patogeneza

Czynniki VIII i IX produkowane są w wątrobie pod wpływem genów, które znajdują się w chromosomie X. Anomalia w budowie tych genów i różnego rodzaju mutacje, powodują zmniejszenie ilości produkowanego czynnika, jego całkowity brak, lub zaburzenie jego czynności[5,15]. Hemofilia A i B pojawia się przeważnie u mężczyzn, a kobiety są nosicielkami, dlatego izosymy hemofilii przenoszone są z genami sprzężonymi z płcią. Kobiety będące nosicielkami rzadko mają skłonności do nadmiernych krwawień, ponieważ aktywność czynnika VIII i IX w ich osoczu wynosi w większości przypadków około 50% wartości prawidłowej, a to wystarcza dla prawidłowego funkcjonowania hemostazy wtórnej [12,15].

Ta skłonność może jednak wystąpić u kobiet, które są dotknięte skrajną lyonizacją (niewłaściwą inaktywacją chromosomu X wywodzącą się od jednego z rodziców), chorych z zespołem Turnera (monosomia chromosomu X), a także u córek urodzonych ze związku nosicielki hemofilii z chorym na hemofilię, albowiem w tych przypadkach aktywność niedoborowego czynnika krzepnięcia może być niewielka, a nawet nieoznaczalna[15,16]. Warto nadmienić iż nawet u 30-50% dzieci mutacja może wystąpić spontanicznie, czyli *de novo*, bez dodatniego wywiadu rodzinnego [12].

Objawy hemofilii

Pierwsze objawy ciężkiej hemofilii u dzieci występują zazwyczaj w drugim półroczu życia, niemowlę jest wtedy bardziej aktywne ruchowo, ponieważ zaczyna raczkować, chodzić. Wzmózione siniaczenie dziecka, jest jednym z pierwszych objawów, oprócz tego zdarza się, że czasami występuje krwawienie z błony śluzowej jamy ustnej lub języka. Pierwsze krwawienie w okresie noworodkowym pojawia się rzadko, zwykle w postaci krwawienia z pięty przy pobraniu krwi na badania przesiewowe, czy też krwawienia do mięśni uda przy szczepieniu przeciwko HBV lub przy podaniu witaminy K [9].

Wylewy krwi do stawów pojawiają się przeważnie w wieku 2-3 lat. Najczęściej występują w stawach łokciowych, kolanowych i skokowo-goleniowych, są one wynikiem niewielkich urazów. Potem zaczynają dominować krwawienia samoistne. Nawracające krwawienia dostawów są przyczyną ich zwyrodnienia. Oprócz powyższych objawów, występują także krwawienia do mięśni (samoistne bądź pourazowe), krwaki tylnej ściany gardła, krwimocz, krwawienie z górnego odcinka pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe [17].

W hemofilii umiarkowanej wylewy krwi do stawów są znacznie rzadsze i występują głównie w wyniku urazów, rzadko prowadzą do zwyrodnienia stawów. Krwawienia do mięśni

występują sporadycznie, zaś krwawienia pourazowe są równie niebezpieczne jak w hemofilii ciężkiej [9,17].

W przebiegu łagodnej hemofilii dzieci nie są narażone na krwawienia do stawów i mięśni, ponieważ takie krwawienia nie występują. Umożliwia to prowadzenie normalnego trybu życia. Krwawią zazwyczaj jedynie po ekstrakcjach zębów i w czasie operacji chirurgicznych [18].

Metody diagnostyczne

Ważne elementy procesu diagnostycznego w rozpoznaniu zaburzeń hemostazy, które prowadzą do wystąpienia krwawień to: 1) wywiad od dziecka i jego rodziny (pozwala to na wstępne odróżnienie choroby wrodzonej od nabytej), 2) dokładne badanie przedmiotowe, 3) odpowiedni dobór badań laboratoryjnych, aby ustalić prawidłowe rozpoznanie [19].

Badania, które należy pobrać przy podejrzeniu zaburzeń hemostazy to: APPT, PT, TT, czynnik von Willebranda, fibrynogen oraz morfologia krwi obwodowej. Przy interpretacji parametrów układu krzepnięcia oprócz sprawdzenia norm laboratoryjnych istotne są normy dla wieku. Jest to bardzo ważne, ponieważ w 95% przypadków wrodzonych skaz krwotocznych występuje wydłużenie czasu APTT, co w wieku 2 tyg. może być wynikiem prawidłowym [3].

Na podstawie wyników badań osoczowych hemostazy zwykle rozpoznaje się hemofilię typu A i B. W obu przypadkach obserwuje się wydłużenie czasu APPT, a zachowane są wartości PT i TT, zmniejszoną aktywność koagulacyjną czynnika VIII w przypadku hemofilii typu A i zmniejszoną aktywność koagulacyjną czynnika IX w hemofilii B. Diagnostyka hemofilii powinna obejmować badania koagulacyjne, jak i genetyczne, w celu rozpoznania mutacji sprawczej wystąpienia skazy krwotocznej [16,20].

W Polsce badania genetyczne w diagnostyce hemofilii są trudno dostępne, wynika to z braku refundacji przez NFZ (wysokie koszty kompleksowej diagnostyki) i trudności technicznych [16,20].

Leczenie

Hemofilia w dalszym ciągu jest chorobą nieuleczalną. W jej przebiegu stosuje się leczenie objawowe, które polega na uzupełnianiu deficytów. Podstawą leczenia dzieci z hemofilią jest nie tylko substytucyjna podaż brakującego czynnika krzepnięcia w razie potrzeby, ale też leczenie profilaktyczne w celu zapobiegania krwawieniom [21]. Działania te mają zmniejszyć częstość wylewów dostawowych, a także ograniczyć stopień destrukcji stawów u dzieci. Takie podejście bardzo zmieniło życie dzieci z hemofilią i ich rodzin.

Profilaktyka w leczeniu przywróciła dzieciom możliwość prawie normalnego funkcjonowania w życiu, domu i szkole [22,23].

Leczenie farmakologiczne

Ma na celu zahamowanie krwawienia lub jego profilaktykę, poprzez zwiększenie aktywności czynnika niedoborowego. Zarówno w leczeniu, jak i prewencji krwawień, stosuje się:

a) Koncentraty czynników krzepnięcia - ich podawanie, jest podstawowym sposobem leczenia ciężkiej postaci hemofilii. Wyróżniamy:

- Koncentraty czynnika VIII lub IX wytwarzane z ludzkiego osocza (są one wytwarzane z osocza pobranego od wielu dawców, a następnie w trakcie produkcji, oczyszczane z domieszek białek i poddawane inaktywacji oraz eliminacji wirusów);
- Koncentraty czynnika VIII lub IX uzyskiwane metodami inżynierii genetycznej (wytwarzane poprzez komórki ssaków, dzięki wprowadzeniu genu odpowiedniego czynnika krzepnięcia, mają podobną skuteczność do koncentratów osoczopodobnych);
- Koncentraty czynnika VIII i IX o przedłużonym czasie biologicznego półtrwania (są łatwe w stosowaniu, ponieważ wymagają rzadszych wkluć dożylnych) [24].

Czynniki krzepnięcia podawane są we wstrzyknięciu dożylnym, można podawać je zapobiegawczo, aby uniknąć ewentualnych krwawień. W trakcie leczenia profilaktycznego wstrzyknięcia wykonywane są jeden, dwa lub trzy razy w tygodniu. W przypadku umiarkowanej i łagodnej hemofilii nie zawsze koniecznością jest podawanie koncentratów czynników krzepnięcia. Bardzo często stosuje się inne formy leczenia [25]. Działania niepożądane, które mogą wystąpić po podaniu koncentratu czynników krzepnięcia występują rzadko. Możliwe objawy to : pokrzywka, duszność, ból i zawroty głowy, świąd, gorączka, wzmożona potliwość i zaburzenia rytmu serca [24].

b) Octan desmopresyny (DDAVP) – jest to lek syntetyczny, jest pochodną wazopresyny, stosuje się go z wyboru u dzieci z łagodną hemofilią A. Powoduje 2-5 krotny wzrost stężenia czynnika VIII. Jego działanie polega na uwolnieniu czynnika VIII z magazynów śródbłonkowych do osocza. Leczenie tym lekiem nie jest skuteczne po około 3-5 dniach podawania, gdyż powoduje wyczerpanie tych magazynów. Preparat nie działa w przypadku hemofilii B, gdyż nie ma wpływu na poziom czynnika IX. Objawy niepożądane desmopresyny to: bóle głowy, tachykardia, zaczerwienienie twarzy, a także zatrzymanie płynów wraz z hiponatremią i drgawkami. Z powodu drgawek i hiponatremii powinno się unikać leczenia dzieci poniżej 2 roku życia tym preparatem. Desmopresyna może być

podawana dożylnie, podskórną i donosowo (lek wdycha się przez nos używając inhalatora lub jako spray do nosa) [9].

c) Kwas traneksamowy – lek antyfibrynolityczny stosowany przy niedoborze zarówno czynnika VIII jak i IX jako lek pomocny. Środek ten działa wzmacniając tworzące się skrzepy krwi, zapobiega ich niszczeniu lub odrywaniu się. Jest skuteczny przy kontrolowaniu powierzchownych krwawień ze skóry lub błon śluzowych, np. krwawienie z nosa, nadmierne krwawienie miesiączkowe, krwawienie z dziąseł, zębów, języka. Kwas traneksamowy podawany jest zwykle doustnie w postaci tabletek i syropu dla dzieci. Przeciwwskazania do stosowania tego preparatu to krwawienie z dróg moczowych, ostry proces zakrzepowozatorowy, niewydolność nerek, zaburzenia widzenia kolorów w trakcie jego przyjmowania [17].

d) Inne środki hemostatyczne – służą do stosowania miejscowego i są to między innymi: gąbka żelatynowa, odwodniona celuloza, drobno włóknikowy kolagen, klej fibrynowy, żele płytkowe oraz trombina. Ich działanie wspomaga proces krzepnięcia krwi i ma na celu utworzenie rusztowania, na którym powstanie skrzep, oprócz tego ma wywierać drobny ucisk mechaniczny na powierzchni rany. Środki te są przeważnie wykorzystywane w chirurgii ogólnej, stomatologicznej i ortopedycznej [17].

Leczenie profilaktyczne

Złotym standardem opieki nad dzieckiem z hemofilią jest wprowadzenie profilaktyki krwawień. Aktualnie nie ma żadnych wątpliwości w stosowania jej u dzieci z ciężką postacią hemofilii. Leczenie profilaktyczne przekłada się znacząco na jakość życia dziecka [26]. Wyróżniamy trzy rodzaje profilaktyki:

- pierwotną,
- wtórną,
- sporadyczną.

Profilaktyka pierwotna polega na regularnym podawaniu czynnika VIII lub IX przed wystąpieniem jakichkolwiek zmian w stawach [27]. Nie ustalono wytycznych odnośnie optymalnego rozpoczęcia i konkretnego algorytmu prowadzenia profilaktyki pierwotnej. Decyzja jest podejmowana przez rodziców wspólnie z zespołem medycznym, który prowadzi dane dziecko [11]. Przyjęto jednak, że profilaktyka podejmowana jest zazwyczaj przed ukończeniem 2 roku życia lub też po pierwszym krwawieniu do stawu [28]. Trudno jest przewidzieć wystąpienie pierwszego krwawienia dostawowego. Występuje ono u dzieci w

różnym wieku. Zazwyczaj mają one miejsce po 6 miesiącu życia, gdy wyraźnie wzrasta rozwój aktywności ruchowej dziecka [27].

Profilaktyka wtórna jest prowadzona długoterminowo. Wprowadzona jest po 2 lub większej ilości krwawień do stawu i po 2 roku życia. Zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej stosuje się 3 razy w tygodniu koncentrat czynnika VIII w hemofilii A, zaś 2 razy w tygodniu koncentrat czynnika IX w hemofilii typu B.

Profilaktyka sporadyczna lub inaczej krótkoterminowa ma zastosowanie w wybranych sytuacjach u dzieci leczonych w razie krwawienia np.: wycieczka, egzamin, zajęcia sportowe [29].

Należy pamiętać, że każdy przebieg ciężkiej postaci hemofilii ma inny przebieg. Szacuje się, że około 10% dzieci, ze zdiagnozowaną ciężką postacią hemofilii ma prawidłowe stawy bez wcześniejszego stosowania profilaktyki. Warto nadmienić iż niełatwe jest wprowadzenie pełnej profilaktyki 2-3 razy w tygodniu u dziecka. Profilaktyka ma za cel redukcję częstości krwawień, zahamowanie lub złagodzenie postępu artropatii hemofilowej, poprawy jakości życia dzieci przez zwiększenie aktywności fizycznej i stworzenia warunków do przeprowadzania fizykoterapii [29]. Stosowanie czynników krzepnięcia wiąże się z wieloma powikłaniami, najpoważniejszym z nich jest wytworzenia inhibitora czynnika krzepnięcia. W wielu przypadkach jest to powód, dla którego opóźnia się decyzję wprowadzenia leczenia profilaktycznego. Udowodniono jednak, iż wcześniejsze rozpoczęcie profilaktyki nie zwiększa ryzyka powstania inhibitora, a wręcz je obniża [27].

Metoda R-I-C-E

Jest to sposób leczenia ostrych urazów, który może spowolnić krwawienie. Jest to skrót złożony z pierwszych liter słów pochodzących z języka angielskiego:

Rest – odpoczynek

Ice – chłodzenie

Compression – ucisk

Elevation – uniesienie kończyny.

Tą metodę stosuje się w przypadku krwawień do mięśni i stawów, aby zmniejszyć ból i obrzęk w czasie przygotowywania do podania koncentratu czynnika krzepnięcia [5].

Powikłania

Dzieci z hemofilią są narażone na bardzo wiele powikłań w trakcie leczenia. Do jednego z nich może dojść już nawet podczas pierwszej próby leczenia dziecka. Podanie koncentratu czynnika krzepnięcia, by zapobiec krwawieniom wiąże się z ryzykiem odrzucenia preparatu przez inhibitor tego czynnika, co nie pozwala na zatrzymanie krwawienia. Powikłania hemofilii to także: przewlekłe zapalenie błony maziowej, pseudoguzy hemofilowe, artropatia hemofilowa. Natomiast powikłania leczenia substytucyjnego to jak wspomniano powyżej wytworzenie inhibitora czynnika VIII lub IX, a także zakażenie drobnoustrojami przenoszonymi przez krew[17,26].

Inhibitory

Poważnym powikłaniem, które jest reakcją leczenia hemofilii jest pojawienie się inhibitora przeciwko czynnikowi krzepnięcia. Wystąpienie przeciwciał przeciwko czynnikowi powoduje, że standardowa metoda leczenia dziecka z hemofilią nie jest skuteczna[30].

Inhibitory powstają u:

- 30% - osób z ciężką hemofilią A (inhibitor czynnika VIII)
- 0,9 – 7% - osób z łagodną i umiarkowaną hemofilią A, najczęściej, bo aż w 76% u dzieci w wieku poniżej 10 roku życia
- 1,5 – 3% - osób z hemofilią typu B [31].

Przewlekłe zapalenie błony maziowej

Dochodzi do niego w wyniku powtarzających się krwawień do stawu. Staw jest obrzęknięty, ale nie jest bolesny. Dzięki badaniom obrazowym można ocenić stopień jego zniszczenia. W celu wzmocnienia siły mięśniowej zaleca się dzieciom z przewlekłym zapaleniem błony maziowej stawu ćwiczenia fizyczne, a w niektórych przypadkach wstrzykuje się długodziałające kortykosteroidy do stawu [17]. W przypadku gdy zapaleniu błony maziowej towarzyszą powtarzające się wylewy, powinno się rozważyć wykonanie chirurgicznej lub izotopowej synowektomii [26].

Pseudoguzy

Powstają w wyniku źle leczonych lub nieleczonych krwawień do tkanek miękkich, które znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie kości. Powiększający się pseudoguz uciska na nerwy, naczynia i prowadzi do destrukcji kości. Najczęściej rozwija się w miednicy i udzie. Dzięki technikom obrazowym można potwierdzić ich obecność. W przypadku małego pseudoguza jest możliwość doprowadzenia do zatrzymania jego progresji, duże pseudoguzy można usunąć chirurgicznie [17].

Artropatia

Jest najczęstszym powikłaniem ciężkiej hemofilii u dzieci, u których nie było stosowanej profilaktyki krwawień. Artropatia to nieodwracalne zniszczenie chrząstnych i kostnych struktur stawu w wyniku przewlekłego zapalenia błony maziowej oraz powtarzających się wylewów krwi do stawu. W trakcie postępowania tego zwyrodnienia dochodzi do ograniczenia ruchomości stawu, deformacji, a także do zaników sąsiadujących grup mięśniowych. Celem leczenia dziecka z tym schorzeniem jest łagodzenie bólu i usprawnianie ruchu. Opieka nad dzieckiem chorym na hemofilię powikłaną artropatią wymaga ścisłej współpracy pomiędzy hematologiem, ortopedą i fizjoterapeutą [26].

Postępowanie w hemofilii

W krajach dobrze rozwiniętych ekonomicznie, w tym także w Polsce, dzieci chore na ciężką postać hemofilii są leczone w domu. Przeważnie dzieci starsze potrafią same wykonać wstrzyknięcia, a u młodszych wstrzyknięcia wykonywane są przez rodziców lub pielęgniarkę. Koncentrat czynnika VIII i IX, który jest zalecany do podawania w profilaktyce, jest łatwo i szybko rozpuszczalny, z racji podawania go w godzinach porannych [32]. Rodzina dziecka chorego na hemofilię powinna być zaopatrzona w informacje na temat rozpoznania, schemat postępowania w sytuacjach nagłych, a także dane kontaktowe lekarza prowadzącego [33]. Każde dziecko otrzymuje „Kartę chorego na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne” (załącznik 1). Znajdują się tam informacje takie jak: nazwa ośrodka leczenia, telefon do ośrodka, podstawowe dane pacjenta, rozpoznanie choroby, grupa krwi, a także zalecenia lekarskie i opis postępowania w przypadku krwawień. Ważne jest, aby dziecko miało zawsze kartę przy sobie [12,13].

Należy pamiętać, że w trakcie opieki nad dzieckiem z hemofilią najważniejszym działaniem jest profilaktyka krwawień, która polega na zapobieganiu urazom. Oznacza to między innymi zakaz uprawiania sportów, w których dziecko narażone jest na uraz (np. karate, boks, judo). W przypadku dzieci z ciężką postacią hemofilii najważniejszy cel to zapobieganie samoistnym krwawieniom do mięśni i stawów, skuteczna kontrola ostrych epizodów krwotocznych oraz krwawień w okresie okołoperacyjnym [26]. Dziecko chore na hemofilię, ma identyczne potrzeby jak jego rówieśnicy, należy je zachęcać do rozwijania swoich zainteresowań [34].

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem chorym na hemofilię zawiera wiele aspektów. Głównie obejmuje zamawianie i sprowadzanie właściwej ilości koncentratu czynnika krzepnięcia, podawanie leków, pielęgnację ran pooperacyjnych (jeśli dziecko takie posiada), a także wykonywanie iniekcji. Podczas podawania leków dziecku, pielęgniarka powinna

pamiętać o zakazie stosowania kwasu acetylosalicylowego oraz jego pochodnych: indometacyny, fenylobutazonu, jak i również innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Wymienione substancje skutkują zahamowaniem agregacji płytek krwi co może prowadzić do krwawienia [24]. Jeżeli lek nie jest wyraźnie zalecony przez lekarza z ośrodka leczenia hemofilii, w dokumentacji pielęgniarskiej powinna znaleźć się adnotacja o przeciwwskazaniu do jego podawania. W przypadku gorączki lekiem pierwszego wyboru powinien być paracetamol, a drugiego ibuprofen [13]. Ważne jest także, aby unikać wszelkich iniekcji domięśniowych, wybierając raczej drogę doustną lub też dożylną. Szczepienia należy wykonywać podskórnio i jeśli to możliwe, szczepić dziecko w dniu, w którym nie przyjmowało czynnika. Ma to istotny wpływ na profilaktykę krwawień w obrębie mięśnia [13,24]. Ważna jest prawidłowa technika wykonywania iniekcji dożylnych, ponieważ błędy w tym zakresie mogą powodować wylewy krwi do tkanek miękkich i mięśni, a także powikłań infekcyjnych. Powinno się dobierać możliwie najcieńszą igłę przy przygotowywaniu zestawu do iniekcji (najczęściej czynnik krzepnięcia podawany jest przez tzw. motylek). W wyborze miejsca należy unikać nakłucia żył i zakładania wenflonów blisko stawu dotkniętego aktualnie lub w ciągu ostatnich dni krwawieniem. Nie powinno się nakłuwać żył szyjnych i udowych, gdyż może to spowodować rozległy krwiak. Przy pobieraniu krwi ważne jest, aby staza nie była zaciśnięta zbyt długo i za mocno. Oprócz tego pielęgniarka powinna znać procedury podawania i przechowywania czynników krzepnięcia, a także przekazać tę wiedzę rodzinie dziecka. Rola edukacyjna pielęgniarki należy najczęściej do osób pracujących w ośrodkach leczenia hemofilii, jak i również na oddziałach chirurgicznych [24].

Pomoc społeczna w hemofilii

Postęp w opiece nad osobami chorymi na hemofilię w Polsce, jest spowodowany dzięki nowym metodom diagnostycznym, a także leczeniem substytucyjnym z wykorzystaniem koncentratów czynników krzepnięcia, jednakże, nie jest on w dalszym ciągu satysfakcjonujący [35]. Największy problem w leczeniu chorych na hemofilię to wysokie koszty leczenia. Zakup koncentratów czynników krzepnięcia stanowi aż 90% ogólnych kosztów leczenia. Kolejnym problemem jest konieczność zapewnienia szybkiego i stałego dostępu do koncentratów czynników krzepnięcia. Im szybsze wstrzyknięcie odpowiedniego koncentratu, tym szybciej spowoduje on zahamowanie krwawienia [36].

Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię wydaje również różne materiały informacyjne dla dzieci, ich rodzin i personelu medycznego są to na przykład książki, broszury, płyty DVD. Stowarzyszenie organizuje wiele szkoleń, wykładów na temat hemofilii dla rodzin dziecka chorego na hemofilię, dostępne są też obozy rehabilitacyjne oraz Światowy

Dzień Chorego na Hemofilię, który obchodzony jest 17 kwietnia. Z okazji Światowego Dnia Chorych na Hemofilię w Warszawie odbywają się konferencje poświęcone aktualnej sytuacji pacjentów z hemofilią, w której biorą udział specjaliści, pacjenci oraz członkowie Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię. Obecni też są przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Narodowego Centrum Krwi. Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię jest członkiem World Federation of Hemophilia oraz European Haemophilia Consortium, organizacji, która działa przy Parlamencie Europejskim na rzecz poprawy leczenia hemofilii w Europie [37].

W ramach „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2012-2018”, lekarz o dowolnej specjalności może wystawić zamówienie indywidualne rodzicom dziecka na rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia produkty krwiopochodne, czy też desmopresynę. W ramach „Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne, zapewnia się powszechną dostępność produktów leczniczych bezwzględnie na powikłanie choroby inhibitorem w następujące wskazaniach:

- leczenie domowe, w tym leczenie krwawień i wtórną profilaktykę dla dzieci, które nie mogą korzystać z programu „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” z uwagi na obecny inhibitor,
- leczenie ambulatoryjne,
- leczenie szpitalne [36].

Cel główny Narodowego Programu Leczenia to przede wszystkim zapewnienie opieki i poprawa standardu leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. Oprócz tego ma on na celu poprawienie jakości życia dzieci chorych na hemofilię, zaopatrzenie ich w niezbędne leki, zapewnienie opieki w specjalistycznych ośrodkach, wzmocnienie nadzoru nad stosowaniem produktów leczniczych, skoordynowanie działań na szczeblu ogólnopolskim oraz podniesienie kwalifikacji i wiedzy personelu medycznego biorącego udział w sprawowaniu specjalistycznej opieki nad tą grupą chorych, a także monitorowanie leczenia z wykorzystaniem rejestru medycznego chorych na hemofilię i inne skazy krwotoczne [36].

Rodziny, w których dziecko choruje na hemofilię w wieku poniżej 16 roku życia, mogą liczyć na dodatkową pomoc społeczną w formie zasiłku pielęgnacyjnego przy pobieraniu zasiłku rodzinnego, gdyż hemofilia jest jednym ze schorzeń, które wymaga stałej opieki nad dzieckiem [38].

Wspomniane wcześniej obozy rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, sprzęt rehabilitacyjny zakupiony do ośrodków zajmujących się leczeniem dzieci na hemofilię oraz wydawanie publikacji książkowych na temat hemofilii przez Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię jest możliwe dzięki darowiznom, które każdy obywatel może przeznaczyć na przykład przekazując 1% podatku na rzecz tego Stowarzyszenia. Warto dodać, że to właśnie dzięki aktywności Stowarzyszenia leczenie dzieci chorych na hemofilię w ostatnich latach zmieniło się znacząco, ponieważ zostały one objęte leczeniem profilaktycznym [37].

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Hemofilia jest chorobą nieuleczalną i wpływa na organizm na wiele różnych sposobów. Jednakże postęp i możliwości w zapobieganiu krwawieniom dzięki profilaktyce, leczeniu domowemu, oraz stosowanie preparatów czynników krzepnięcia, które są bezpieczne, znacząco zmienił jakość życia dzieci chorych na hemofilię, a także ich rodzin. Mimo to, dziecko dotykają problemy zarówno fizyczne, jak i psychiczne, emocjonalne. Pojawiają się one w rodzinie i w jego najbliższym środowisku. W takiej sytuacji personel medyczny musi troszczyć się nie tylko o osobę chorą na hemofilię, ale też o jego rodzinę [13].

Opieka polega na zapewnieniu dziecku choremu na hemofilię pełnego zakresu usług medycznych, a także pomoc w prowadzeniu zdrowego i aktywnego trybu życia. Rodzice wraz z dzieckiem powinni czuć się bezpiecznie z świadomością, że zespół terapeutyczny zna ich problemy i w każdym momencie może udzielić niezbędnej pomocy. Rolą pielęgniarki jest podawanie czynników krzepnięcia, a także nauka dziecka i jego rodziny prawidłowej techniki wykonywania wkłucia. Ważnym aspektem jest rola edukacyjna pielęgniarki i na miarę swych kompetencji i wiedzy udzielanie odpowiedzi i porad dotyczących tej choroby.

Celem pracy było:

1. Ocena stanu zdrowia, wydolności fizycznej i psychicznej dziecka objętego opieką pielęgniarską.
2. Ocena wiedzy dziecka i rodziny na temat choroby i zalecanego trybu życia.
3. Określenie problemów pielęgnacyjnych dziecka.
4. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej, metod jego realizacji i oceny podejmowanych działań.
5. Modyfikacja zachowań i przekazanie wskazówek dotyczących stylu życia dziecka z rozpoznaną hemofilią.

Badaniem objęto 13-letnią dziewczynkę ze zdiagnozowaną, umiarkowaną postacią hemofilii typu A, która została przyjęta do Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w trybie nagłym.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Materiał do badań został zebrany na podstawie:

- analizy dokumentacji medycznej,
- obserwacji dziecka,
- wyników badań laboratoryjnych,
- pomiarów podstawowych parametrów życiowych.

Zebranie i analiza tych informacji umożliwiła postawienie diagnozy pielęgniarskiej, a także ustalenie zasad postępowania, dzięki którym zostanie wdrożony proces pielęgnowania.

Opis przypadku

Dziewczynka w wieku 13 lat z rozpoznaną, umiarkowaną postacią hemofilii typu A została przyjęta do Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu silnych bólów brzucha i wymiotów, a także utrzymującego się krwawienia z rany pooperacyjnej. Dziecko miało wykonany zabieg operacyjny przed dziewięcioma dniami w Klinice Chirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w trakcie operacji został usunięty zmieniony zgorzelinowo wyrostek robaczkowy i zmieniona zapalnie część sieci większej. W przebiegu pooperacyjnym konieczna była dalsza podaż czynnika VIII oraz stosowanie antybiotykoterapii drogą dożylną. Dziewczynka aktualnie jest w pierwszych dniach miesiączki i stwierdza, że problemy z krwawieniami pojawiają się w tych dniach najczęściej. W trakcie miesiączki dziewczynka przyjmuje desmopresynę.

Dziewczynka urodzona z ciąży trzeciej, porodu trzeciego naturalnego. Urodzona w 38 tygodniu ciąży, otrzymała 10 punktów w skali Appgar. Waga urodzeniowa 3250 g, długość 55 cm, karmiona piersią do ukończenia 1 roku życia. Szczepiona według kalendarza szczepień, powikłania poszczepienne nie wystąpiły. Rozwój u dziecka prawidłowy.

Z wywiadu z rodzicami dziewczynki wynika, że mieszkają w domu jednorodzinnym, rodzice pracują, warunki socjalno-ekonomiczne bardzo dobre. Matka w wieku 54 lata, ojciec 55 lat.

Stosunki między dzieckiem a rodzicami bardzo dobre, dziewczynka jest zadbana. Wykluczona jest jakakolwiek przemoc w rodzinie. Siniaki są wynikiem nieostrożnej zabawy dziewczynki z rówieśnikami. Rodzice są pogodzeni z chorobą swego dziecka, jednak nie zawsze potrafią zapobiec urazom dziewczynki.

Stan dziecka w dniu obserwacji

I. Parametry stanu ogólnego

Ciśnienie tętnicze krwi: 117/79 mmHg

Tętno: 82 uderzenia/min

Temperatura: 38,5°C

II. Stan fizyczny dziecka w poszczególnych układach:

a) Układ oddechowy:

- Liczba oddechów: 18/min
- Kaszel: brak
- Zaleganie wydzieliny: brak
- Duszność: brak
- Plwocina: z domieszką krwi

b) Układ krążenia:

- Saturacja: 96%
- Sinica: w miejscu kolan i ramion
- Obrzęki: brak

c) Układ pokarmowy:

- Uzębienie: stałe
- Masa ciała: 51 kg
- Apetyt: zaburzony, ze względu na czucie smaku krwi w ustach
- Pragnienie: prawidłowe
- Wydalanie stolca: prawidłowe

d) Układ moczowo-płciowy:

- Miesiączka: regularna, co 28 dni od 11 roku życia
- Wydalanie moczu: prawidłowe
- Barwa moczu: z domieszką krwi (dziewczynka w trakcie miesiączki)

e) Układ mięśniowo-szkieletowy:

- Ruchomość w stawach: prawidłowa

- Postawa ciała: skolioza młodzieńcza
- Napięcie mięśniowe: prawidłowe

f) Układ nerwowy:

- Świadomość: pełna
- Mowa: logiczna
- Sen: problemy z zasypianiem
- Wzrok: prawidłowy
- Słuch: prawidłowy

Indywidualny plan opieki pielęgniarskich

Diagnoza pielęgniarska 1: Podwyższona temperatura ciała (38,5°C), będąca przejawem toczącej się infekcji w organizmie.

Cel: Obniżenie temperatury ciała dziecka. Zapobieganie zaburzeniom wodno-elektrolitowym u dziecka.

Działania pielęgniarskie:

Pomiar temperatury ciała oraz tętna rano i wieczorem, a w przypadku wystąpienia objawów świadczących o wzroście temperatury odnotowanie pomiarów w karcie gorączkowej dziecka. Stosowanie zimnych okładów na pachwiny u dziecka. Przebranie dziecka w przewiewną, luźną piżamę. Regularne wietrzenie Sali dziecka rano i wieczorem. Podanie leków przeciwgorączkowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena:

W wyniku podjętych działań temperatura dziecka spadła do 37,2°C.

Diagnoza pielęgniarska 2: Nudności i wymioty spowodowane miesiączkowaniem dziewczynki.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Zapobieganie zaburzeniom wodno-elektrolitowym

Działania pielęgniarskie:

Ułożenie dziecka w pozycji półwysokiej lub wysokiej z zastosowaniem udogodnień. Podaż leków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarza. Założenie karty bilansu wodnego, dokumentowanie przyjętych i wydanych przez dziecko płynów. Przygotowanie dodatkowej porcji ligniny, pozostawienie jej w misce nerkowej. Zmiana bielizny pościelowej i osobistej według potrzeb. Wykonanie toalety jamy ustnej.

Ocena podjętych działań: Nudności i wymioty ustąpiły. Zaburzenia wodno-elektrolitowe nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 3: Krwawienie z rany pooperacyjnej i obfite krwawienie miesiączkowe.

Cel: Zapobieganie krwawieniu z rany pooperacyjnej. Profilaktyka powikłań związanych z raną pooperacyjną.

Działania pielęgniarskie:

Regularna obserwacja opatrunku pod kątem wysięku i obrzęku, a także jego zmiana w razie konieczności. Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku. Odkazanie rany przy ranach czystych poruszanie się od środka rany do zewnątrz a przy ranach sączących od części zewnętrznych do środka. Pomoc dziecku przy wstawianiu i ubieraniu aby zapobiegać krwawieniu. Odpowiednie postępowanie ze użytym sprzętem (segregacja odpadów). Udokumentowanie zabiegu właściwe odnotowanie w dokumentacji wykonanych opatrunków, rodzaju i wyglądu rany, zastosowanie narzędzi oraz środków do dezynfekcji skóry.

Ocena: Zakrwawiony opatrunek został wymieniony. Prowadzona jest dalsza obserwacja rany pooperacyjnej. Krwawienie miesiączkowe zmniejszyło się.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ból rany pooperacyjnej i podbrzusza spowodowany miesiączkowaniem.

Cel: Złagodzenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarskie. Rozmowa z dzieckiem na temat natężenia bólu, zastosowanie skali do oceny bólu. Obserwacja parametrów życiowych takich jak: ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała i ich udokumentowanie. Odwrócenie uwagi dziecka od bólu poprzez rozmowę. Poinformowanie o konieczności przytrzymania rany podczas wymiotowania, kaszlu co zmniejsza ból i zapobiega rozejściu się rany i krwawieniu. Poinformowanie rodziny dziecka o konieczności zgłaszania objawów niepokojących i nakłanianie do cierpliwości i wsparcia dziecka.

Ocena podjętych działań: Po podaniu leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza i zastosowaniu odpowiedniego ułożenia ból u dziewczynki się zmniejszył. W wykonanych pomiarach parametrów życiowych nie zauważono niepokojących wartości.

Diagnoza pielęgniarska 5: Brak łaknienia z powodu dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Cel: Poprawa łaknienia dziecka przez zmniejszenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Działania pielęgniarskie:

Zachęcenie do spożywania mniejszych porcji posiłków z większą częstotliwością co może zapobiec nudnościom i wymiotom. Podaż diety lekkostrawnej. Zapobieganie odwodnieniu poprzez podawanie małych porcji napoi

Ocena: Dolegliwości ze strony układu pokarmowego ustąpiły, dziewczynka chętniej spożywa posiłki.

Diagnoza pielęgniarska 6: Lęk dziecka spowodowany koniecznością adaptacji w środowisku szpitalnym.

Cel: Uspokojenie dziecka i zmniejszenie jego lęku.

Działania pielęgniarskie:

Zapewnienie dziecku bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Samoobserwacja i samokontrola własnych emocji i odczuć w kontakcie z dzieckiem. Okazywanie dziecku życzliwości, zrozumienia, cierpliwości. Stworzenie atmosfery zaufania i spokoju.

Ocena: Dziecko zaakceptowało zaistniałą sytuację, jest pogodniejsze

Diagnoza pielęgniarska 7: Niepokój rodziców spowodowany zmianą stanu zdrowia i koniecznością kolejnej hospitalizacji dziecka.

Cel: Zminimalizowanie niepokoju rodziców.

Działania pielęgniarskie: Rozmowa z rodzicami, wysłuchanie wszystkich obaw, które towarzyszą rodzicom dziecka. Umożliwienie rodzicom przebywania z dzieckiem. Umożliwienie rodzicom rozmowy z lekarzem. Zapewnienie, że dziecku zostanie udzielona niezbędna specjalistyczna pomoc.

Ocena: Lęk rodziców został zminimalizowany.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji.

1. Codzienna zmiana jałowych opatrunków na ranie pooperacyjnej.
2. Regularne zgłaszanie się na wizyty kontrolne do Poradni Hematologiczno-Onkologicznej.

3. Monitorowanie parametrów morfotycznych krwi przez regularne badania.
4. W przypadku wystąpienia krwawienia należy pamiętać o jak najszybszym podaniu leku, dzięki temu, krwawienie powoduje mniej bólu i ograniczone jest uszkodzenie mięśni i stawów.
5. Po wygojeniu się rany i braku przeciwwskazań od lekarza, należy zadbać o rozwój zarówno sfery psychicznej, jak i fizycznej dziecka poprzez kontakt z rówieśnikami, wyjazdy szkolne, zajęcia wychowania fizycznego, wykonywanie ćwiczeń dostosowanych do jednostki chorobowej. Po ćwiczenia zalecane w hemofilii rodzice mogą zgłosić się do rehabilitanta.
6. Dziecko musi pamiętać o konieczności noszenia przy sobie legitymacji chorego na hemofilię.

WNIOSKI

W trakcie przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Rolą pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z hemofilią typu A jest edukowanie zarówno dziecka jak i jego rodziców w zakresie stylu życia, przypominanie o konieczności przyjmowania leków i samopielęgnacji w celu zapobiegania powikłaniom hemofilii, a także wsparcie psychiczne dla dziecka i jego rodziny.
2. W toku obserwacji dziecka wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne:
 - Podwyższona temperatura ciała (38,5°C), będąca przejawem toczącej się infekcji w organizmie.
 - Nudności i wymioty spowodowane miesiączkowaniem dziewczynki.
 - Krwawienie z rany pooperacyjnej i obfite krwawienie miesiączkowe.
 - Ból rany pooperacyjnej i podbrzusza spowodowany miesiączkowaniem.
 - Brak łaknienia z powodu dolegliwości ze strony układu pokarmowego.
 - Lęk dziecka spowodowany koniecznością adaptacji w środowisku szpitalnym.
 - Niepokój rodziców spowodowany zmianą stanu zdrowia i koniecznością kolejnej hospitalizacji dziecka.
3. Na podstawie zgromadzonych informacji i sformułowaniu powyższych problemów pielęgnacyjnych opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, w którym zostały zaplanowane działania, umożliwiające zrealizowanie założonych celów i objęcie dziecka holistyczną opieką.

4. Rodzicom dziecka udzielono wskazówek dotyczących dalszej pielęgnacji i opieki nad dzieckiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzemińska S.: Choroby krwi. Świat Farmacji 2009, 4, 12-15.
2. Wierzba T.: Krew i hemostaza. [w:] Fizjologia człowieka, Górski J., Wyd. PZWL, Warszawa 2010, 120-134.
3. Łaguna P.: Diagnostyka różnicowa zaburzeń krzepnięcia u dzieci. Klinika Pediatryczna 2011, 19 (5), 5061-5063.
4. Pleban E.: Hemostaza – temat zawsze aktualny. Pediatra Medycyna Rodzinna 2015, 11 (2), 166-176.
5. Cybulska A. (red.), Parol M. (tł.): Wszystko o hemofilii. Poradnik dla rodziny. Wyd. Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię, Warszawa 2012.
6. Kanikowska D., Witowski J.: Patofizjologia krwi i układu krwiotwórczego [w:] Patofizjologia repetytorium, Gruszka A., Wyd. PZWL, Warszawa 2018, 57-58.
7. Kozłowska-Skrzypczak M., Czyż A., Wojtasińska E. (red.): Atlas hematologiczny z elementami diagnostyki laboratoryjnej i hemostazy. Wyd. PZWL, Warszawa 2016.
8. Górka-Kosicka M., Odnoczko E., Windyga J.: Ciąża, poród i połóg u nosicielki hemofilii. Hematologia 2016, 7 (1), 14-22.
9. Klukowska A.: Hemofilia u dzieci. Pediatra po dyplomie 2012, 16 (3), 9-15.
10. Klukowska A.: Skazy krwotoczne u dzieci. Klinika Pediatryczna 2011, 19 (3), 3019-3024.
11. Pietrys D.: Nowe strategie lecznicze, Przegląd sesji XXIX Kongresu Światowego Stowarzyszenia Chorych na hemofilię, Buenos Aires (Argentyna), 10-14 lipca 2010 roku. Journal of Transfusion Medicine 2010, 3 (4), 169-171.
12. Jaszczur-Janus I., Janus A., Wrzosek Z., Kuliszkievicz-Janus M.: Główne założenia i problemy związane z leczeniem uzdrowiskowym pacjentów chorych na hemofilię. Acta Balneologica 2013, 55 (3), 170-175.
13. Klukowska A.: Nowoczesne leczenie hemofilii – rola lekarza pediatry. Pediatra po dyplomie 2017, 3, 50-57.
14. Sokołowska B., Walter-Croneck A., Gromek T., Dmoszyńska A.: Hemofilia nabyta i zagrażające życiu krwawienia – trudny problem kliniczny dotyczący nie tylko mężczyzn, ale również kobiet. Acta Haematologica Polonica 2011, 42 (3), 583-591.

15. Windyga J.: Hemofilie – postępy w diagnostyce i leczeniu. *Acta Haematologica Polonica* 2010, 41 (2), 183-199.
16. Odnoczko E., Windyga J.: Badania genetyczne w diagnostyce hemofilii A. *Hematologia* 2014, 5 (3), 193-202.
17. Windyga J., Chojnowski K., Klukowska A., Łętowska M., Mital A., Musiał J., Peregud-Pogorzelski J., Podolak-Dawidziak M., Treliński J., Undas A., Urański T., Zdziarska J., Zawilska K.: Część I: Wytyczne postępowania w hemofilii A i B niepowikłanej inhibitorem czynnika VIII i IX (wydanie zaktualizowane). *Acta Haematologica Polonica* 2016, 47, 86-114.
18. Jończyk H., Reczek A., Brzostek T., Zdziarska J.: Jakość życia chorych na hemofilię typu A. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17 (2), 116-122.
19. Odnoczko E., Baran B., Windyga J.: Zasady rozpoznawania skaz krwotocznych ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki laboratoryjnej. *Hematologia* 2016, 7 (4), 303-311.
20. Odnoczko E., Windyga J.: Badania genetyczne w diagnostyce hemofilii B. *Hematologia* 2015, 6 (3), 264-270.
21. Łaguna P., Klukowska A.: Postępowanie z dziećmi chorymi na hemofilię powikłaną inhibitorem. *Journal of Transfusion Medicine* 2017, 10 (1), 12-18.
22. Matysiak M.: Hemofilia u progu XXI wieku – co wiemy dotychczas, czego się wciąż obawiamy, na co możemy liczyć w przyszłości? *Journal of Transfusion Medicine* 2012, 5 (1), 43-45.
23. Zawilska K., Windyga J., Łętowska M.: Zasady udzielania doraźnej pomocy przeciwkrwotocznej chorym na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne przez lekarzy pogotowia ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i lekarzy rodzinnych. *Journal of Transfusion Medicine* 2015, 8 (2), 78-79.
24. Sajdak A., Jończyk H., Zdziarska J.: Opieka nad pacjentem chorym na hemofilię w okresie okołoperacyjnym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010, 1, 6-12.
25. Zawilska K., Windyga J., Łętowska M., Zawilski J., Ładny J. R.: Pomoc doraźna w nagłych przypadkach zdrowotnych wynikających z zaburzeń krzepnięcia krwi u chorych na hemofilię. *Na ratunek* 2017, 1, 27-35.
26. Balwierz W., Pietrys D., Pawińska-Wąsikowska K., Moryl-Bujakowska A.: Obecne możliwości zapobiegania powikłaniom i poprawy jakości życia u dzieci z hemofilią. *Klinika Pediatryczna* 2012, 20 (2), 259-268.

27. Ociepa T., Urański T.: Wczesna profilaktyka krwawień w hemofilii a ryzyko wytworzenia inhibitora. *Polski Mercuriusz Lekarski* 2011, 30 (177), 215-218.
28. Zawilska K., Chojnowski K., Klukowska A., Łętowska M., Mital A., Musiał J., Podolak-Dawidziak M., Undas A., Windyga J., Zdziarska J.: Polskie zalecenia postępowania w rzadkich niedoborach osoczowych czynników krzepnięcia. *Hematologia* 2011, 2 (4), 303-310.
29. Klukowska A.: Profilaktyka u chorych na hemofilię. *Acta Haematologica Polonica* 2009, 40 (2), 493-500.
30. Łaguna P., Choińska B.: Aktualne spojrzenie na problem inhibitora czynnika VIII u dzieci. *Postępy Nauk Medycznych* 2016, 29 (8), 591-594.
31. Zawilska K.: Hemofilia – wybrane doniesienia z 53. Kongresu American Society of Hematology (ASH). Indukcja tolerancji immunologicznej u chorych na hemofilię A powikłaną inhibitorem. *Journal of Transfusion Medicine* 2012, 5 (1), 46-48.
32. Klukowska A.: Jak wybrać koncentrat czynnika krzepnięcia dla dziecka chorego na hemofilię? *Acta Haematologica Polonica* 2014, 45, 49-53.
33. Hellmann A., Ochrem B.: Choroby układu krwiotwórczego [w:] Interna Szczeklika, Szczeklika A., Gajewski P., Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014, 903-906.
34. Fioderenko-Dumas Ź., Paprocka-Borowicz M., Dumas I.: Physiotherapy of Children with Hemophilia. *Advances in clinical and experimental medicine* 2009, 18 (1), 93-98.
35. Peregud-Pogorzelski J.: Hemofilia – oczekiwanie na lepsze jutro. *Przegląd pediatryczny* 2008, 38 (2), 154.
36. Ministerstwo Zdrowia: Narodowy Program Leczenie Hemofilii na lata 2019-2023. Dostępne: https://www.gov.pl/documents/292343/436711/program_510_-_po_uwagach_DPZ_-_podpisany_171018_-_z_podpisem_-_do_pub.pdf/41c6068d-13f2-ffde-ac10-82506271fdf5. Data pobrania: 28.02.2019 rok.
37. Oficjalna Strona Polskiego Stowarzyszenia chorych na hemofilię. Dostępne: <http://idn.org.pl/hemofilia/n1.htm>. Data pobrania: 28.02.2019 rok.
38. Rozporządzenie Ministra pracy i polityki socjalnej z dnia 10 kwietnia 1989 r. w sprawie zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych (Dz.U.1993.12.57).

PROCES PIELĘGNOWANIA NAD PACJENTEM Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM

Kornelia Szorc¹, Agnieszka Lankau²

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

WSTĘP

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU, SLE- Systemic Lupus Erythematosus) definiowany jest jako choroba, która rozwija się na podłożu autoimmunizacji. Powstaje szereg złożonych zaburzeń autoimmunologicznych, związane jest to z tworzeniem się kompleksów immunologicznych w krążeniu. W wyniku przewlekłego procesu zapalnego dochodzi do uszkodzeń wielu tkanek i narządów wewnętrznych: skóry, mięśni i stawów, nerek, układu nerwowego, przewodu pokarmowego, układu sercowo-naczyniowego oraz płuc. Aktywność toczenia rumieniowatego układowego oraz jego rozległość nie są jednakowe u wszystkich pacjentów, a rokowanie może być niepewne. Rozpoznanie choroby może być utrudnione ze względu na niejednolity obraz kliniczny. Należy go różnicować z innymi chorobami przypominającymi SLE. Choroba w zależności od manifestowanych objawów przebiega z okresami remisji i zaostrzeń [1,2].

Szczegółowe przyczyny choroby wciąż nie zostały poznane, wiadomo natomiast, że różnorodne czynniki genetyczne, hormonalne i środowiskowe mają znaczący wpływ na rozwój zaburzeń immunologicznych. Do czynników środowiskowych zaliczane są czynniki: chemiczne, socjoekonomiczne, dietetyczne, szczepienia ochronne, witamina D, estrogeny egzogenne oraz nikotynizm. W patogenezie TRU zostaje zaburzona regulacja immunologiczna, w której zostają osłabione funkcje supresyjno-regulatorowe limfocytów T. Dochodzi do utraty tolerancji własnych antygenów. Prowadzi to do produkcji autoprzeciwciał skierowanym przeciwko własnym tkankom oraz nieprawidłowego usuwania kompleksów immunologicznych [3,4,5].

Toczeń rumieniowaty układowy jest chorobą występującą na całym świecie i wynosi

30-50/100 000 osób w populacji. Wskaźniki występowania są wyższe w Stanach Zjednoczonych niż w Europie. Zachorowalność jest u przedstawicieli wszystkich ras, natomiast częściej u osób czarnoskórych i Latynosów niż u rasy białej. Przebieg choroby też jest u nich cięższy. Największym ryzykiem wystąpienia SLE są czynniki genetyczne. Około 10% przypadków to zachorowania rodzinne ze zwiększonym ryzykiem u bliźniątmonozygotycznych. Dotyka głównie kobiet w wieku 15-40 lat, czyli w wieku rozrodczym i związane jest to z działaniem żeńskich hormonów płciowych takich jak: estrogeny i prolaktyna. Częstość występowania w porównaniu z mężczyznami jest około 8-10 razy większa [5,4,6].

W ciągu ostatnich 50 lat przeżywalność chorych wzrosła nawet o 15 lat i jest to związane z wprowadzeniem nowych metod terapeutycznych. Śmiertelność zależy też od czasu, w którym zostaną uszkodzone narządy wewnętrzne oraz współistniejących infekcji [5].

Toczeń rumieniowaty układowy charakteryzuje się wielonarządowymi zmianami. Do najważniejszych z nich należą:

A. Zmiany skórne

Objawy skórne często są pierwszymi objawami TRU, dlatego ważne jest wczesne ich zdiagnozowanie przez lekarzy dermatologów. Niektóre z nich mogą przypominać inne choroby skóry. Najczęściej pojawiającą się zmianą skórną jest rumień na policzkach i grzbiecie nosa, przypominający kształtem motyla. Skóra jest w tym miejscu koloru czerwonego, delikatnie uniesiona i czasami pojawiają się pęcherzyki. Często zostaje też zajęta górna powierzchnia klatki piersiowej, przedramiona oraz dłonie. Pacjenci z TRU są szczególnie wrażliwi na działanie promieniowania ultrafioletowego (UV), które przyczynia się do nasilenia stanu zapalnego. Niekiedy może pojawić się objaw Raynauda. Polega on na napadowym, zwykle obustronnym, zblednięciu i zasinieniu palców rąk i stóp. Czynnikiem wyzwalającym ten objaw jest zimno i stres. Objawem skórnym jest także łysienie. Może przebiegać z częściową lub całkowitą utratą włosów na głowie[7,8,9].

B. Objawy mięśniowo – szkieletowe

Większość pacjentów, około 90% zgłasza problemy dotyczące stawów i mięśni. Wyrażają się one poprzez obrzęk i ból stawów oraz osłabieniem siły mięśniowej. Początkowo ból dotyczy drobnych stawów rąk, niekiedy stóp. Następnie przechodzi na większe stawy, takie jak staw nadgarstkowy, łokciowy czy kolanowy. W sytuacji gdy narasta obrzęk zajętego stawu, toczy się tam proces zapalny, który może powodować uwrażliwienie, ocieplenie lub poranną sztywność [9,10].

C. Objawy oczne

Zajęcie narządu wzroku może nastąpić na każdym etapie choroby, przed pojawieniem się pełnoobjawowego SLE bądź w trakcie jego trwania, co wskazuje na zaostrzenie. Najpoważniejsze powikłania narządu wzroku to zapalenie twardówki i nerwu wzrokowego, retinopatia oraz choroby oczodołu. W badaniu podmiotowym stwierdzane są dolegliwości takie jak: światłowstręt, suchość oczu i łzawienie [11].

D. Objawy ze strony nerek

Toczniove zapalenie nerek (TZN) jest zaliczane do najcięższych objawów klinicznych, gdyż u 40-80% chorych doprowadza do upośledzenia filtracji kłębuszkowej. Zmiany patologiczne mogą dotyczyć wszystkich struktur miąższu nerkowego, lecz rokowanie jest opierane na zmianach w kłębuszkach nerkowych. W łagodnej postaci pojawia się nieznaczny białkomocz. W zespole nerczycowym z moczem wydalone jest nawet do kilkunastu gramów białka na dobę, co objawia się pienieniem moczu. Zmieniona barwa moczu na ciemnobrunatną lub czerwoną jest wynikiem obecności krwi. Gdy ten stan utrzymuje się dłuższy czas objawami, które są zauważalne to obrzęki stóp i podudzi oraz twarzy zwykle z rana. Często dochodzi do upośledzonej filtracji nerek, a u niektórych pacjentów prowadzi to do schyłkowej niewydolności nerek oraz zastosowania terapii nerkozastępczej. Poprzez biopsje nerki, która jest „złotym standardem” w diagnostyce, można określić histopatologiczny typ TZN, na bazie tego ustalane jest leczenie [12,6].

Klasyfikacja zmian kłębuszkowych toczniowego zapalenia nerek z roku 2004:

Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne.

Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium.

Klasa III. Ogniskowe, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych.

Klasa IV. Rozlane, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych.

Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych.

Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem [1].

Klasa I u około 90% chorych przebiega bez objawów klinicznych i laboratoryjnych. Zmiany typu II klinicznie wyrażane są w białkomoczem subnerczycowym. Klasy III i IV manifestują się aktywnym osadem moczu, białkomoczem, nadciśnieniem tętniczym lub upośledzoną funkcją nerek często o gwałtownym charakterze postępowania. Klasa V doprowadza do zespołu nerczycowego, a klasa VI to zaawansowana niewydolność nerek [1].

E. Objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego

Najczęstszym objawem ze strony kardiologicznej jest zapalenie osierdzia, które występuje u ok. 20 do 50 % pacjentów. Przebieg może być bez wysięku, wtedy w badaniu

echokardiograficznym widać pogrubienie blaszek osierdza lub w worku osierdziowym może pojawić się niewielka do umiarkowanej ilości płynu. Pojawiają się wady zastawek, lecz najczęściej dotyczy to mitralnej, w której stwierdza się pogrubienie jej płatków, zwężenie a nawet niedomykalność. Zdarza się, że dochodzi do zmian w zastawce aortalnej i trójdzielnej. Zapalenie wsierdza typu Libmana-Sacka prowadzi do powikłań zakrzepowozatorowych, które mogą przyczynić się do udaru mózgu. Zarówno występowanie wad zastawek jak i zapalenia wsierdza wiąże się z obecnością przeciwciał antyfosfolipidowych. Pacjenci są narażeni na rozwój miażdżycy z powodu przewlekłego zapalenia dużych i średnich tętnic, ma to też wpływ na zwiększone ryzyko ostrego zespołu wieńcowego [13,14,15].

Zmianami, które występują w układzie krwiotwórczym to różne niedokrwistości, leukopenia oraz małopłytkowość. Najczęstszym typem niedokrwistości w TRU jest niedokrwistość typu choroby przewlekłej, przyczyna jest związana z niedostateczną ilością produkcji erytropoetyny w nerkach. w małopłytkowości dochodzi do przyspieszonej destrukcji płytek krwi przez autoprzeciwciała przeciwpłytkowe [16].

F. Objawy ze strony układu oddechowego

Niemal połowa chorych na SLE mierzy się z problemem zajęcia przez proces choroby płuc i opłucnej (zapalenie i włóknienie). Objawami, które mogą sugerować obecność płynu w jamie opłucnowej to duszność, ból w klatce piersiowej nazywany „bólem opłucnowym”, kaszel oraz gorączka. Zapalenie jamy opłucnej może przebiegać bez wysięku lub z wysiękiem, który ma charakter surowiczy lub surowiczo-krwisty. W wyniku obniżonej odporności może dojść do zakażenia układu oddechowego, przez które chorzy są bardziej podatni na infekcyjne zapalenie płuc. Do stanów ostrych zaliczane jest ostre toczniowe śródmiąższowe zapalenie płuc, które ciężko różnicować z infekcyjnym zapaleniem płuc ze względu na podobieństwo objawów klinicznych. Objawami tymi są między innymi: podwyższona temperatura ciała, duszność, kaszel, ból opłucnowy, sinica oraz obustronne rzężenia. Zatorowość płucna, w której dochodzi do zatkania naczyń płucnych oraz nadciśnienie płucne należą do chorób naczyniowych, które są stanami przewlekłymi [17,18].

G. Objawy ze strony układu nerwowego

Do objawów neuropsychiatrycznych występujących w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego aktualnie zaliczane są objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego (OUN), obwodowego i autonomicznego układu nerwowego oraz zaburzenia psychiczne. Schodzenia dominujące pochodzą z OUN i są to: aseptyczne zapalenie opon mózgowych, choroba naczyń mózgowych, zespół demielinizacyjny, bóle głowy, zaburzenia

ruchowe, mielopatia, napady drgawkowe, majaczenie, zaburzenia lękowe, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju i psychoza. Wśród najczęściej występujących objawów są bóle głowy o typie migrenowym, napięciowym i klasterowym. Przy napadach padaczkowych sporadycznych nie jest konieczne leczenie przeciwpadaczkowe, wymagają tego napady występujące nagle, zaostrzające proces chorobowy. Zaburzeniami psychicznymi pojawiającymi się u chorych na TRU to psychozy oraz depresja. Psychozy związane są z uszkodzeniem mózgu wynikające z postępującej choroby, natomiast depresja spowodowana jest długotrwałą chorobą i leczeniem o niepomyślnym rokowaniu [19,20].

H. Objawy ze strony układu pokarmowego

W każdym odcinku przewodu pokarmowego jak i we wszystkich narządach układu trawienia mogą wystąpić objawy. Mogą wynikać z występującej choroby bądź są skutkami ubocznymi zastosowanej terapii leczniczej niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ). Wiele chorych cierpi na problem anoreksji, pojawiają się wymioty i nudności [21].

Zmiany występujące w obrębie błony śluzowej jamy ustnej to jedno z kryteriów klasyfikacyjnych choroby. Typy zmian, które mogą wystąpić to: zapalenie warg, zmiany o charakterze „plastra miodu”, czerwone plamy, płytkie owrzodzenia i zmiany tarczowate bądź podobne do liszaja płaskiego. Lokalizacja jest ściśle związana z rodzajem zmiany i może pojawiać się w okolicy błony śluzowej policzka, podniebieniu twardym, dolnej wardze oraz granicy języczka [5].

Problemy dotyczące przełyku to najczęściej dysfagia, zgaga i zapalenie przełyku z owrzodzeniami. Czynnikiem nasilającym te objawy jest stres. Głównie występującą chorobą żołądka i dwunastnicy jest choroba wrzodowa, częstym powikłaniem jest perforacja wrzodu. W jelicie cienkim i grubym najczęściej dochodzi do zapalenia naczyń, które doprowadza do zapalenia niedokrwiennego jelita, zawału lub perforacji jelita, krwawienia lub zapalenia otrzewnej. W diagnozowaniu przyczyn bólu brzucha ważną rolę odgrywa badanie endoskopowe, dzięki któremu można wykryć niedokrwienie lub owrzodzenia [22].

Wczesne wykrycie toczenia rumieniowatego układowego ma znaczący wpływ na właściwe postępowanie oraz proces leczenia. u chorych z podejrzeniem SLE posługujemy się kryteriami klasyfikacyjnymi opracowanymi przez Amerykańskie Kolegium Lekarzy Reumatologów (ACR – American Collage of Rheumatology), w których zawarta jest domena kliniczna i immunologiczna. Do spełnienia kryteriów niezbędne jest uzyskanie przez chorych co najmniej 10 punktów (w tym przynajmniej 1 punkt z kryterium klinicznego), również u których wykryto miano przeciwciał przeciwjądrowych co najmniej 1:80. Nie liczy się kryteriów tych, które są lepiej wyjaśnione przez inne jednostki chorobowe oraz warunkiem

nie jest, aby występowały jednocześnie [6,23].

Sposób leczenia pacjentów z SLE zależy od zajętych chorobą układów i ich ciężkości. Głównymi celami leczenia toczenia rumieniowego układowego są:

- Kontrolowanie procesu zapalnego;
- Zapobieganie nawrotom choroby;
- Zmniejszanie ryzyka długoterminowych skutków choroby [24].

Dodatkowo istotne jest:

- Zapobieganie osteoporozie;
- Kontrola układu sercowo-naczyniowego oraz nerek;
- Profilaktyka przeciwwakażeniowa;
- Poradnictwo w zakresie planowania ciąży;
- Wsparcie psychologa;
- Edukacja pacjenta i jego bliskich [23].

W przebiegu łagodnym choroby, czyli bez zajęcia narządów wewnętrznych najczęściej stosowanymi lekami są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), leki przeciwmalaryczne i małe dawki glikokortykosteroidów (GKS). Przykładowymi lekami z grupy NLPZ są: kwas acetylosalicylowy, ibuprofen, naproksen, diklofenak. Leki antymalaryczne stosowane w TRU to chlorochina i hydroksychlorochina (w dawce 2x200 mg/d), która wykazuje większy profil bezpieczeństwa. Małe dawki GKS to poniżej 0,25 mg/kg/d. Stosowany w leczeniu SLE jest predyzon, prednizolon i metyloprednizolon [24,25].

W postaciach cięższych (w przypadku powikłań narządowych, oporności czy nieskuteczności terapii) dołączane są leki immunosupresyjne takie jak: azatiopryna, metotreksat i cyklosporyna A. Zalecana jest terapia skojarzona ze średnimi ($\geq 0,25$ do $< 0,5$ mg/kg/d.) lub wysokimi ($\geq 0,5$ mg/kg/d.) dawkami GKS [25].

W sytuacjach, gdy leczenie standardowe nie przynosi efektów należy rozważyć zastosowanie innych metod terapeutycznych takich jak leki biologiczne, dożylna immunoglobulina czy zabiegi plazmaferezy. Nowymi lekami biologicznymi są przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko antygenom na limfocytach B. Obecnie są stosowane dwa leki: belimumab i rytuksymab [26,27].

Problemy pielęgnacyjne dotyczące sfery bio-psycho-społecznej

Holistyczne podejście do pacjenta wymaga objęcia opieką jego sfery biologicznej, psychicznej i społecznej. Jest to ważne, gdyż pomaga choremu w zaakceptowaniu choroby, zmierzeniu się z nią oraz poprawie jakości życia na wszystkich płaszczyznach jego

funkcjonowania [28].

Sfery biologicznej

Problemy pielęgnacyjne sfery biologicznej każdego pacjenta z TRU mogą być różne, zależne od występujących objawów. Natomiast głównymi celami indywidualnej opieki pielęgniarskiej jest: monitorowanie i łagodzenie dolegliwości, walka z bólem, profilaktyka zakażeń, edukacja zdrowotna chorego i jego bliskich przygotowująca do samoopieki i kontrolowania aktywności choroby [29].

Ogólne symptomy choroby towarzyszące pacjentom to uczucie osłabienia, podwyższona temperatura ciała i spadek masy ciała, który związany jest z utratą łaknienia i nudnościami. Istotne jest, aby pacjenci przyjmowali preparaty multiwitaminowe, które dostarczają potrzebne składniki odżywcze. W profilaktyce chorób naczyniowo-sercowych należy rutynowo zastosować dietę niskotłuszczową i lekkostrawną. W przypadku choroby nerek dietę niskosodową ze zmniejszoną ilością białka. Zalecane jest spożywanie potraw osłaniających żołądek, z dużą ilością warzyw i owoców [9,25,30].

Towarzyszący pacjentom ból, obrzęk i sztywność stawów powoduje dyskomfort i utrudnienie w wykonywaniu czynności codziennych. Zadaniem pielęgniarki jest udział w leczeniu przeciwbólowym, asystowanie w tych czynnościach oraz edukacja rodziny o potrzebie jej pomocy w warunkach domowych [9,25,30].

Najbardziej zauważalnym objawem jest rumień skórny przypominający kształtem motyla. Pacjenci powinni unikać intensywnej ekspozycji na światło słoneczne oraz stosować kremy z filtrem przeciw promieniowaniu ultrafioletowemu [9,25,30].

Przewlekłe przyjmowanie doustnych glikokortykosteroidów wiąże się z ryzykiem działań niepożądanych. Początkowo ujawnia się to w postaci zakażeń, często groźnych dla zdrowia. Istotne jest zastosowanie profilaktyki przeciwwakaźniowej [9,25,30].

Rekomendowane są szczepienia przeciwko grypie i pneumokokom. W późniejszym okresie stosowania GKS może dochodzić do wzrostu glikemii, poziomu cholesterolu i masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi oraz zagrożenia osteoporozą [9,25,30].

W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia osteoporozy chorym zalecane jest suplementowanie wapnia i witaminy D, regularna aktywność fizyczna i niepalenie tytoniu. Ćwiczenia usprawniające powinny być dobrane indywidualnie do pacjenta. Istotne jest zachowanie złota środka między nieobciążaniem stawów zajętych przez stan zapalny, ale jednocześnie utrzymanie ich w możliwie największym zakresie ruchomości [9,25,30].

Z uwagi na to, że choroba dotyka głównie kobiet w wieku rozrodczym, pacjentkom zalecane jest planowanie ciąży w okresie remisji choroby. Toczeń rumieniowaty układowy

wpływa negatywnie na przebieg ciąży, zwiększając ryzyko zaburzeń rozwoju płodu, ale też ciąża może nasilić aktywność choroby[30].

Sfery psychicznej

Przewlekłej chorobie, jaką jest toczeń rumieniowaty układowy towarzyszy wiele trudności również w sferze psychicznej. Jest to stres w radzeniu sobie z chorobą, niepokój wywołany przez nieprzewidywalny charakter toczenia, ograniczenia spowodowane przez ból i zmęczenie oraz napięcie relacji z rodziną i przyjaciółmi. Ponadto przez widoczne zmiany zewnętrzne, takie jak rumień na twarzy, łysienie, deformacje stawów samoocena pacjentów ulega obniżeniu. Powoduje to izolację i niechęć kontaktu z innymi ludźmi [4, 28].

Trzeba pamiętać, że choroba dotyka głównie młodych kobiet, dla których może być to poważny problem. To wszystko wpływa na zdrowie psychiczne pacjentów, może doprowadzić do zaburzeń nastroju, które charakteryzują się jego obniżeniem bądź nadmiernym napędem. Wzrasta rozwój objawów depresyjnych, które podwyższają ryzyko zachowań samobójczych. W opiece nad pacjentem pielęgniarka powinna zwrócić uwagę na epizod maniakalny. Charakteryzuje się on drażliwością lub podwyższonym nastrojem pacjenta, utrzymujący się co najmniej przez 4 kolejne dni, który może zwiastować pogorszenie zdrowia. Huśtawka emocjonalna może prowadzić do klinicznej depresji. Celem opieki jest pomoc w akceptacji i mobilizacja do walki z chorobą, rozmowa i wyrozumienie, umożliwienie warunków do odpoczynku [4,28].

W sytuacji, gdy pacjenci mają zalecone przez lekarza leki przeciwpsychotyczne lub przeciwdepresyjne, które zmniejszają objawy psychiatryczne, ważne jest dopilnowanie, aby zostały przyjęte przez chorego [4, 28].

Sfery społecznej

Życie osób z chorobą przewlekłą jest skazane na wiele ograniczeń. Przez ból, ciągłe kontrolowanie zdrowia, częste hospitalizacje, chroniczne zmęczenie. Powoduje to utrudnione planowanie, a nawet wycofanie pacjentów z życia zawodowego i towarzyskiego. Na lepszą jakość życia ma wpływ wsparcie społeczne, w którego skład wchodzi relacje z partnerem, dziećmi, przyjaciółmi oraz współpracownikami. Pacjenci, którzy zostali zdiagnozowani w młodym wieku, są zmuszeni to wyboru zawodu dostosowanego to ich ograniczeń przez chorobę. Często potrzebne jest zaczerpnięcie pomocy u grup wsparcia z podobnym problemem zdrowotnym bądź rozmowa z psychologiem. Zadaniem pielęgniarki jest zauważenie potrzeby wsparcia, której wymaga pacjent oraz pokierowanie go tak, aby je dostał [6,28].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Pomimo znacznego postępu technik diagnostycznych i leczniczych oraz pogłębieniu wiedzy na temat choroby, jaką jest toczeń rumieniowaty układowy nadal pozostaje chorobą nieuleczalną. Terapia polega na kontroli objawów chorobowych oraz ich łagodzeniu. Do zadań pielęgniarskich należy przede wszystkim pielęgnacja i edukacja chorego, rehabilitacja oraz wsparcie psychologiczne.

Cele pracy:

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych w sferze bio-psycho-społecznej u chorego z toczniem rumieniowatym układowym.
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem chorym na toczeń rumieniowaty układowy.
3. Dokonanie oceny podjętych działań.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Proces badawczy został przeprowadzony na pacjentce z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego, lat 41, przebywającej w Klinice Reumatologii i Chorób Wewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Badanie zostało wykonane w czerwcu 2019 roku.

W celu uzyskania danych zastosowano metodę indywidualnego przypadku, procesu pielęgnowania, a także wywiadu i obserwacji. Dane zebrano w oparciu o pomiary bezpośrednie i pośrednie oraz analizę dokumentacji medycznej. Narzędzie stanowił kwestionariusz wywiadu.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 41, z rozpoznaniem toczenia rumieniowatego układowego, zdiagnozowanym około 4 lat temu. Została przyjęta w trybie planowym do Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Pacjentka wraz z mężem mieszka w Białymstoku. Nie ma dzieci, lecz planuje je mieć. Jest czynna zawodowo, wykonuje prace biurową. Stan socjalny i ekonomiczny ocenia jako dobry. Chorobą współistniejącą jest choroba Hashimoto, chora jest pod opieką

poradni endokrynologicznej. Dwukrotnie wykonywana była artroskopia kolana prawego w roku 1993 i 1999. W wywiadzie rodzinnym – matka pacjentki chorowała na reumatoidalne zapalenie stawów, ojciec przeżył zawał mięśnia sercowego w wieku 35 lat.

Chora hospitalizowana była w czerwcu 2019 roku w celu pogłębienia diagnostyki oraz ewentualnej modyfikacji leczenia.

Wiosną 2015 roku pojawiły się przykurcze w stawach międzypaliczkowych bliższych, wędrujące, trwające po kilka dni. Od 2018 roku dodatkowo wędrujące bóle stawów rąk, nadgarstkowych, łokciowych, barkowych, skokowych, kolanowych i biodrowych. Ból nasila się w godzinach wieczornych, sztywność poranna trwająca około pół godziny. Po kontakcie ze słońcem występuje swędzenie oraz zmiany skórne w postaci krostek obejmujące twarz i tułów w kwietniu 2019 roku chora była hospitalizowana w Oddziale Neurologii z powodu zasłabnięcia i pogorszenia widzenia.

Obecnie głównymi dolegliwościami, które były przyczyną przyjęcia do szpitala to bóle i obrzęki stawów, obrzęki kończyn dolnych, ogólne zmęczenie oraz gorączka utrzymująca się przez kilka dni. Podczas obserwacji w oddziale pacjentka zgłaszała suchy kaszel oraz ból w klatce piersiowej. Ze względu na pojawiające się nudności, trwające dłuższy czas miała problem z apetytem. Wskaźnik masy ciała (BMI – Body Mass Index) wynosił 18, co świadczy o niedożywieniu. Dodatkowo w trakcie pobytu pojawił się problem z oddaniem stolca. Pacjentka również skarżyła się na suchość skóry na całym ciele. W dniu obserwacji wartość ciśnienia tętniczego (RR) wynosiła 122/84 mmHg, tętno mierzyło 72 uderzeń/min., liczba oddechów: 18/minutę. Chora gorączkowała do 38°C.

W dniu obserwacji było założone wkłucie obwodowe na lewej dłoni, drożne. Prowadzono dobową zbiórkę moczu, badanie wykazało obecność białka, leukocytów, erytrocytów i bakterii w moczu. W badaniu laboratoryjnym: podwyższone białko C-reaktywne (CRP – C Reactive Protein) 71 mg/l, które świadczyło o stanie infekcji. Wykonano biopsję nerki, która wykazała nefropatię toczniową klasy IV. Po tomografii komputerowej klatki piersiowej stwierdzono płyn w worku osierdziowym i w worku opłucnowym.

Pacjentka miała obawy związane z dalszym przebiegiem choroby, zgłaszała zaburzenia rytmu dnia i nocy, zauważalne przygnębienie. Po konsultacji psychiatrycznej diagnozą były zaburzenia adaptacyjne. Większość czynności wykonuje sama, lecz ze względu na ból i dyskomfort spowodowany postępującym procesem chorobowym, potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego. Podczas pobytu na oddziale otrzymywała pomoc od męża, który regularnie odwiedzał pacjentkę.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból i obrzęk stawów spowodowany zaostrzeniem procesu chorobowego.

Cel: Ból i obrzęk stawów spowodowany zaostrzeniem procesu chorobowego.

Działania pielęgniarskie:

- Oceniono ból na 3 punkty w skali VAS;
- Zidentyfikowano czynnik nasilający ból (pozycja stojąca, długotrwałe pisanie, spożycie kofeiny);
- Zmierzono parametry życiowe i odnotowano w karcie pacjentki:
8.00- RR 135/90 mmHg, tętno 81 u/min, temp. 37.5°C, liczba oddechów 16
13.00- RR 127/78 mmHg, tętno 74 u/min., temp. 37.7°C, liczba oddechów 15
17.00- RR 130/80 , tętno 80 u/min., temp. 37.8°C, liczba oddechów 16;
- Pomagano pacjentce w przyjęciu dogodnej pozycji;
- Ćwiczenia oraz zabiegi pielęgnacyjne były wykonywane podczas działania leków przeciwbólowych;
- Pacjentka wykonywała krótką gimnastykę oddechową;
- Zastosowano kompres żelowy owinięty materiałem na stawy rąk;
- Pomagano w spożywaniu pokarmów (smarowanie masłem chleba);
- Podano dożylnie 250 ml Paracetamolu na zlecenie lekarza.

Ocena: Nasilenie bólu nieznacznie zredukowano (1 punkt w skali VAS). Samopoczucie chorej poprawiło się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Gorączka spowodowana infekcją.

Cel: Obniżenie temperatury ciała, zapobieganie odwodnieniu.

Działania pielęgniarskie:

- Obserwowano stan chorej, parametry życiowe: temp. 38.2°C, RR 140/90 mmHg, tętno 77, oddechy 16;
- Zastosowano zimne okłady przez 30 minut;
- Podane 100 ml Perfalganu oraz antybiotyku Biotaksym 1g dożylnie na zlecenie lekarza;
- Mierzono okresowo temperaturę ciała;
- Asystowano w zmianie bielizny osobistej oraz zmianie bielizny pościelowej;
- Zalecono wypijanie często, w małych ilościach wody mineralnej;
- Zapewniono odpowiedni mikroklimat poprzez użycie nawilzacza powietrza na kaloryfer.

Ocena: Zredukowano temperaturę ciała do 37,1°C. Problem wymagał dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Suchy kaszel i ból w klatce piersiowej wynikający z obecności płynu w worku opłucnowym.

Cel: Zlikwidowanie lub zminimalizowanie bólu w klatce piersiowej i suchego kaszlu.

Działania pielęgniarstwa:

- Oceniono ból na 5 w skali VAS;
- Zmierzono parametry życiowe: RR 122/83 mmHg, tętno 92 u/min., liczba oddechów 17;
- Udostępniono dodatkowe poduszki, pozwalające na wygodne ułożenie się pacjenta w pozycji pół wysokiej, zachęcono do odpoczynku;
- Zadbano o odpowiedni mikroklimat w sali chorego poprzez użycie nawilżacza powietrza na kaloryfer;
- Podano Poltram 50mg/ml dożylnie i Acetylocysteinę 200 mg doustnie na zlecenie lekarza;
- Zadbano o spokój na sali chorej, poproszono o ciszę;
- Dopilnowano, aby sala chorego została dokładnie wysprzątana „na mokro”.

Ocena: Ból zmniejszył się (1 punkt w skali VAS), kaszel nieznacznie zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Osłabienie i zwiększenie męczliwości z powodu procesu chorobowego.

Cel: Poprawa samopoczucia. Zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.

Działania pielęgniarstwa:

- Obserwowano stan chorej, monitorowano parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 140/90 mmHg, tętno 77, oddechy 16;
- Zapewniono ciszę i spokój na sali poprzez rozmowę z innymi pacjentami, przewietrzono salę, zadbano o odpowiedni mikroklimat;
- Pomagano chorej w zmianie bielizny osobistej.

Ocena: Problem wymagał dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 5: Zaparcia spowodowane osłabioną perystaltyką jelit, ograniczoną aktywnością ruchową.

Cel: Zminimalizowanie zaparć, przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.

Działania pielęgniarstwa:

- Po rozmowie z pacjentką za przyczynę zaparć uznano małą aktywność ruchową oraz

dietę ubogą w błonnik;

- Realizowano dietę bogatoresztkową;
- Polecono spożywanie produktów z dużą ilością błonnika;
- Chora spożywała posiłki o regularnej porze;
- Chora wypijała 2l/dziennie wody mineralnej;
- Przedstawiono technikę masażu brzucha;
- Zachęcono pacjentkę to przejścia się po korytarzu;
- Podano syrop Lactulose na zlecenie lekarza.

Ocena: Pacjentka wypróżniła się (1 stolec na dzień)

Diagnoza pielęgniarska 6: Nasilenie zmian skórnych na twarzy i procesy zapalne spowodowane ekspozycją na światło słoneczne.

Cel: Zniwelowanie i zapobieganie zaostrzeniu skórnych procesów zapalnych, ochrona skóry.

Działania pielęgniarskie:

- Zastosowano na zmiany skórne maść GKS (0,1% Takrolimus);
- Wyjaśniono jak pacjentka powinna się chronić przed promieniowaniem słonecznym;
- Zalecono stosowanie odzieży zakrywającej części ciała;
- Uświadomiono pacjentkę o skutkach nadmiernej ekspozycji na słońce.

Ocena: Zmiany skórne nieznacznie uległy zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska 7: Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego z powodu bólu stawów.

Cel: Ułatwienie, pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Działania pielęgniarskie:

- Oceniono deficyt samoopieki i udzielono pomocy w porannej toalecie i spożywaniu pokarmu;
- Zachęcono chorą do krótkiej aktywności ruchowej;
- Udzielono porad chorej i rodzinie w zakresie sposobów wykonywania czynności bez przeciążania stawów.

Ocena: udzielono pacjentce pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Diagnoza pielęgniarska 8: Niedowaga spowodowana brakiem apetytu i nudnościami.

Cel: Zwiększenie oraz utrzymanie masy ciała w granicach normy, przywrócenie właściwego stanu odżywienia.

Działania pielęgniarskie:

- Codziennie dokonywano pomiaru masy ciała o tej samej porze dnia (przez obrzęki zwiększenie masy ciała o 3 kg);
- Zapewniono estetyczny wygląd posiłków;
- Pacjentka spożywała 5 posiłków dziennie w małych ilościach;
- Sala została wywietrzona.

Ocena: Problem wymagał dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Zaburzenia rytmu dnia i nocy spowodowane niepokojem o własne zdrowie.

Cel: Przywrócenie prawidłowego rytmu dnia i nocy;-zniwelowanie niepokoju.

Działania pielęgniarskie:

- Dostarczono informacji chorej i rodzinie na temat choroby oraz celu podejmowanych działań, udogodnień po wypisaniu ze szpitala;
- Umożliwiono kontakt z rodziną;
- Dostarczono pacjentce książki, aby wypełnić wolny czas;
- Poproszono o ciszę na sali chorej;
- Zaszeregowano regularne udawanie się na odpoczynek;
- Pacjentka stosowała ćwiczenia oddechowe.

Ocena: Rytm dnia i nocy nieznacznie ustabilizował się, chora była bardziej aktywna w ciągu dnia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu oraz obrzęku.

Działania pielęgniarskie:

- Wykonano elewację kończyn dolnych poprzez zastosowanie wałków pod nogi;
- Zastosowano dietę bezsolną;
- Prowadzono bilans płynów, był dodatni;
- Oceniono obrzęk poprzez ważenie pacjentki (wzrost wagi o 3 kg), wykonano badanie palpacyjne.

Ocena: Problem wymagał dalszej obserwacji, zmniejszono nieznacznie dyskomfort.

Diagnoza pielęgnarska 11: Dyskomfort spowodowany suchością skóry.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu.

Działania pielęgnarskie:

- Pacjentka stosowała balsamy i maści nawilżające oraz olejki do kąpieli;
- Pacjentka unikała tarcia podczas osuszania skóry;
- Zalecono przyjmowania suplementów diety witaminy A i E.

Ocena: Kondycja skóry uległa znacznej poprawie.

Diagnoza pielęgnarska 12: Deficyt wiedzy na temat skutków zajścia w ciążę w okresie ostrym choroby.

Cel: Zwiększenie wiedzy w zakresie planowania ciąży w czasie choroby, ochrona matki i płodu.

Działania pielęgnarskie:

- Uświadomiono pacjentkę z zakresie ochrony jej i płodu związane z zajściem w ciążę i podczas ciąży;
- Zalecono planowanie ciąży w okresie remisji choroby;
- Poinformowano pacjentkę o skutkach stosowania leków antykoncepcyjnych, zaproponowano inne metody antykoncepcyjne.

Ocena: Wiedza pacjentki została zwiększona.

Diagnoza pielęgnarska 13: Zagrożenie wystąpienia depresji z powodu obniżonego nastroju.

Cel: zapobieganie stanom przygnębienia i depresji.

Działania pielęgnarskie:

- Podtrzymywano kontakt terapeutyczny;
- Motywowano pacjentkę do utrzymywania kontaktu z rodziną;
- Udzielono informacji na temat grup wsparcia i podano zalety uczestnictwa w spotkaniach;
- Poproszono o konsultację psychologiczną.

Ocena: Problem wymagał dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 14: Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów.

Cel: Zapobieganie i redukowanie objawów niepożądanych leczenia farmakologicznego.

Działania pielęgniarskie:

- Obserwowano chorego pod kątem wystąpienia działań niepożądanych;
- Dostarczono informacji chorej i rodzinie na temat terapii glikokortykosteroidowej;
- Zalecono dietę wzbogaconą w produkty zawierające wapń i ułatwiające jego wchłanianie;
- Podawano leki zgodnie z zaleceniami lekarskimi (Solu-Medrol 1g/dobę we wlewie dożylnym).

Ocena: Nie zaobserwowano powikłań terapii GKS.

Diagnoza pielęgniarska 15: Ryzyko zakażenia wklucia obwodowego.

Cel: Niedopuszczenie do zakażenia i wystąpienia powikłań.

Działania pielęgniarskie:

- Zachowano zasady aseptyki i antyseptyki;
- Obserwowano miejsce wklucia według skali Baxtera, wynosiło 0 punktów;
- Zmieniono opatrunek po zamoczeniu go po kąpieli.

Ocena: Nie zaobserwowano zmian w miejscu wklucia obwodowego.

WNIOSKI

1. W oparciu o zastosowane metody badawcze: obserwację pielęgniarską, wywiad i analizę dokumentacji medycznej rozpoznano problemy pielęgnacyjne pacjentki z TRU. Rozpoznane problemy pielęgnacyjne obejmowały:

- Ból i obrzęk stawów spowodowany zaostrzeniem procesu chorobowego.
- Gorączkę spowodowaną infekcją.
- Suchy kaszel i ból w klatce piersiowej wynikający z obecności płynu w worku opłucnowym.
- Osłabienie i zwiększenie męczliwości z powodu procesu chorobowego.
- Zaparcia spowodowane osłabioną perystaltyką jelit, ograniczoną aktywnością ruchową.
- Nasilenie zmian skórnych na twarzy i procesu zapalnego spowodowane ekspozycją na światło słoneczne.
- Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego z powodu bólu stawów.
- Niedowaga spowodowana brakiem apetytu i nudnościami.

- Dyskomfort spowodowany obrzękiem kończyn dolnych.
 - Dyskomfort spowodowany suchością skóry.
 - Zaburzenia rytmu dnia i nocy spowodowane niepokojem o własne zdrowie.
 - Deficyt wiedzy na temat skutków zajścia w ciążę w okresie ostrym choroby.
 - Zagrożenie wystąpienia depresji z powodu obniżonego nastroju.
 - Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów.
 - Ryzyko zakażenia wklucia obwodowego.
2. Opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej pacjenta i zaproponowano czynności zmierzające do rozwiązania rozpoznanych problemów.
 3. Podjęte działania zostały poddane ocenie.
 4. Szczególną rolę w procesie pielęgnowania odgrywa pielęgniarka, jej działania opierają się na dogłębnej obserwacji chorej, pielęgnacji, eliminowaniu problemów, procesie edukacji oraz okazywaniu wsparcia pacjentce i jej bliskim.

PIŚMIENNICTWO

1. Idasiak-Piechota I., Perkowska-Ptasińska A.: Toczeń rumieniowaty układowy, Nefrol. Dializ. Pol. 2016: 20(2), 93-99.
2. Kalińska-Bienias A., Foroncewicz B., Bienias P., Kowalewski C.: Wybrane nowe aspekty patogenezy tocznia rumieniowatego-spojrzenie interdyscyplinarne, Prz. Dermatol. 2016: 103 (5), 345-353.
3. Jędryka-Góral A.: Znaczenie czynników środowiskowych w etiologii tocznia rumieniowatego, Reumatologia 2013: 51 (1), 26-30.
4. Bogaczewicz A., Sobów T., Bogaczewicz J., Ząbek J., Bieńkowski P., Kowalski J., Robak E., Sysa-Jędrzejowska A., Woźnicka A.: Zaburzenia psychiczne w toczniu rumieniowatym układowym, Aktual. Neurol. 2013: 13 (3), 168-178.
5. Majdnik W., Naborczyk P., Kaczyński T., Kowalski J.: Zmiany w jamie ustnej w przebiegu układowego tocznia rumieniowatego (SLE)-opis przypadku, Stomatol. Współcz. 2018: 25 (5/6), 42-48.
6. Kaczmarek G.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów z zajęciem nerek w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego, Forum Nefrol. 2018: 11 (4), 286-292.

7. Pastuszczyk M., Wojaś-Pelc A.: Zmiany skórne w toczeniu rumieniowatym układowym, *Dermatol. Dypl.* 2016: 7 (3), 24-30.
8. Figura B.: Toczeń- choroba kobiet, *Świat Farm.* 2011 (3), 26.
9. Manzi S., Isenberg D.: Toczeń, Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
10. Majdan M.(red.), Toczeń rumieniowaty układowy, Termedia Wydaw. Medyczne, Poznań 2015.
11. Wasiak J., Mrukwa-Kominek E., Luboń W., Sarnat-Kucharczyk M., Jadczyk K., Wasiak M.: Objawy oczne toczenia rumieniowatego układowego, *Okulistyka* 2016:19 (2), 27-31.
12. Niemir Z.I., Wągrowaska-Danilewicz M.: Zmiany w nerkach w toczeniu rumieniowatym układowym, *Pol. Merk. Lek.*, 2010, 28, 144-151.
13. Gawrysiak W., Skrypnik K., Suliburska J., Skrypnik D., Bogdański P.: Powikłania kardiologiczne w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów, toczenia rumieniowatego układowego i twardziny układowej, *Prz. Lek.* 2017: 74 (4), 179-182.
14. Ostanek L., Bobroska-Snarska D., Brzosko M., Płońska-Gościński E.: Zająęcie serca u chorych na toczeń rumieniowaty układowy, *Kardiolog. Dypl.* 2012:11 (7), 56-59.
15. Woynarowska A., Wojciechowska M., Cudnoch-Jędrzejewska A., Mamcarz A.: Choroby układu sercowo-naczyniowego w toczeniu rumieniowatym układowym, *Kardioprofil* 201: 14 (3-4), 93-99.
16. Hrycał P., Cieślak D.: Zająęcie układu krwiotwórczego w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego, *Reumatologia* 2013:51 (1), 31-35.
17. Bartosiewicz M.: Zmiany w układzie oddechowym w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej, *Wiad. Lek.* 2016:69 (2) cz.1, 130-138.
18. Senkowska S., Magiera B., Machura E., Maszczyk A., Barylak A., Adamczyk B.: Choroby układu oddechowego w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego, *Pol. Merkuriusz Lek.* 2013:34 (208), 221-225.
19. Walawska-Hrycek A., Krzystanek E., Rudzińska M.: Toczeń rumieniowaty z zajęciem układu nerwowego-wybrane zagadnienia, *Wiad. Lek.* 2015:68 (1), 39-44.
20. Szmyrka M.: Zająęcie ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego-postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, *Wiad. Lek.* 2017:70 (4), 790-797.
21. Cichoż-Lach H., Celiński K.: Zmiany w przewodzie pokarmowym w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego, *Reumatologia* 2013:51 (1), 36-41.

22. Zalewska J., Barszczyńska T, Węgierska M., Jeka S.: Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego, *Reumatologia* 2012;50 (6), 522-528.
23. Zimmermann-Górska I.: *Reumatologia-postępy* 2018, *Med. Prakt.*, 2019;5, 62-78.
24. Samotij D.: Leczenie toczenia rumieniowatego układowego-wyzwania i perspektywy na przyszłość, *Forum Derm.*, 2018;4,2, 70-77.
25. Kisiel B., Kur-Zalewska J., Kisiel K., Tłustochowicz W.: Toczeń rumieniowaty układowy, czyli trzy zasadnicze pytania: jak rozpoznać, jak leczyć, jak monitorować, *Dermatol. Dypl.*, 2014;5,1, 14-20.
26. Kur-Zalewska J., Tłustochowicz W.: Leczenie toczenia rumieniowatego układowego, *Reumatologia*, 2012; 50, 6, 515-521.
27. Luterek-Puszyńska K., Banach B., Staniszevska M., Pawlik A.: Leczenie biologiczne w toczniu układowym, *Farm. Pol.*, 2015; 71, 3, 190-193.
28. Teresińska E., Szewczyk L.: Ocena jakości życia pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym, *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2016;1,3, 27-37.
29. Rużczyńska M., Grabowska H.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z toczniem rumieniowatym układowym z wykorzystaniem ICNP- studium przypadku, *Probl. Pielęg.*, 2018; 26, 1, 75-79.
30. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D.: Pielęgnowanie chorych z toczniem rumieniowatym układowym [w:] *Pielęgniarstwo Internistyczne*, Wydawnictwo PZWL, 2017, 351-356.

PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO ARTROSKOPII STAWU KOLANOWEGO

Paulina Szekalska¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Stawy kolane odgrywają dużą rolę w organizmie człowieka. Dają możliwość poruszania się [1,2]. Stawy te są z natury stabilne i wytrzymałe, muszą dźwigać ciężar całego ciała [3]. Często dochodzi do kontuzji, kiedy struktury stawowe muszą znieść obciążenie przewyższające ich fizjologiczną wytrzymałość [1,4,5]. Urazy stawów kolanych najczęściej dotyczą osób aktywnych fizycznie [6]. Do urazu głównie dochodzi wskutek nieprawidłowo wykonywanych ćwiczeń [6]. Jednak nie tylko sportowcy są narażeni na kontuzje tego stawu. Uszkodzenia spotykają również osoby niezwiązane ze sportem. Zjawisko to obserwuje się u osób, u których stwierdzona jest choroba zwyrodnieniowa stawów, gdzie w parze idzie wysoka masa ciała [1,5,7].

Specyfika zabiegu artroskopii

Artroskopia stawu jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów operacyjnych w ortopedii. Jest techniką endoskopową stosowaną w leczeniu i/lub diagnostyce chorób i uszkodzeń struktur wewnątrzstawowych [8,9]. Stosunkowo małoinwazyjna procedura chirurgiczna. Zabieg może trwać od kilkunastu minut do 2-3 godzin i jest wykonywany w znieczuleniu podpajęczynówkowym, zewnątrzoponowym lub ogólnym [10]. Zabieg wykonuje się w warunkach szpitalnych, z kilkudniową hospitalizacją lub w ramach chirurgii jednego dnia, ambulatoryjnie. Artroskopię dzieli się na zabieg diagnostyczny i artroskopię operacyjną [8].

Artroskopia diagnostyczna pozwala na dokładne zbadanie struktur wewnętrznych stawu. Podczas badania, lekarz ocenia błonę maziową wraz z jej fałdami, powierzchnię chrzęstną rzepek, powierzchnie stawowe kłykci udowego i piszczelowego, łąkotki, więzadła, ruchomość rzepek. Podczas diagnostyki, jeśli pojawia się taka konieczność, pobierana jest do dalszych badań próbka płynu stawowego lub/i fragment tkanek [8,9]

Artroskopia operacyjna, metoda leczenia schorzeń i uszkodzeń stawu. Bardzo często artroskopia diagnostyczna przechodzi w artroskopię operacyjną w czasie tego samego znieczulenia [8]

Wskazaniami do zabiegu są:

- urazy i uszkodzenia struktur stawowych, tj. łąkotki, chrząstki stawowej, błony maziowej, więzadeł,
- urazy i uszkodzenia rzepki,
- niestabilność stawu,
- złamania śródstawowe,
- zmiany zwyrodnieniowe, reumatoidalne zapalenie stawów,
- obecność ciał obcych,
- nowotwory, torbiele okołostawowe,
- diagnostycznie, jako uzupełnienie badań klinicznych [8,11].

Podstawowym celem artroskopii jest zdiagnozowanie choroby stawu i oszacowanie stopnia zniszczenia [8]. Do pozostałych zadań zalicza się:

- naprawę lub usunięcie uszkodzonej łąkotki,
- usunięcie uszkodzonych fragmentów więzadeł [8,12],
- przygotowanie do rekonstrukcji np. więzadła krzyżowego przedniego,
- chondroplastyka - oczyszczanie uszkodzonej powierzchni chrząstki stawowej,
- przeszczep chrząstki stawowej,
- uwolnienie troczków rzepki,
- usunięcie błony maziowej [8].

Powikłania

Artroskopia stawu kolanowego, mimo iż jest małoinwazyjną metodą diagnozowania i leczenia schorzeń stawu, może powodować wystąpienie działań niepożądanych. Powikłania te nie pojawiają się często, ok. 1-2% pacjentów poddawana jest dalszemu leczeniu zmian powstałych w wyniku komplikacji w trakcie i po zabiegu [8].

Do najczęściej występujących powikłań zalicza się:

- krwawienie w jamie stawowej,
- uszkodzenie nerwów i naczyń krwionośnych w obrębie stawu kolanowego,
- uszkodzenie elementów stawu, tj. kości, więzadeł i chrząstki stawowej,
- infekcja rany operacyjnej,
- zakrzepica żył kończyny dolnej,

- zaburzenia czucia,
- algodystrofia (zespół Sudecka) – ból, obrzęk, zaburzenia krążenia, zaburzenia w odżywianiu odżywieniu skóry, osteoporoza w obrębie zajętej kończyny; kończyna ma wzmożoną wrażliwość na ucisk, zmianę temperatury, z czasem pojawia się upośledzona reaktywność na bodziec [13].

Specyfika znieczulenia podpajęczynówkowego

Znieczulenie podpajęczynówkowe jest coraz częściej stosowaną metodą pośród blokad centralnych [14 -18]. Wykorzystuje się ją w celu znieczulenia pacjentów, którzy mają zostać poddani zabiegowi operacyjnemu na kończynach dolnych lub w dolnych partiach jamy brzusznej [18]. Blokada ta po podaniu do przestrzeni podpajęczynówkowej środków znieczulających działa bezpośrednio na tkankę nerwową powodując poprzeczną blokadę rdzenia kręgowego, odwracalne porażenie włókien autonomicznych, ruchowych i czuciowych [19,20]. Pacjent po otrzymaniu takiego znieczulenia zachowuje pełną świadomość lecz nie odczuwa bólu, dotyku, temperatury oraz nie ma możliwości wykonania ruchu w znieczulonym obszarze [19,20].

Przebieg znieczulenia

Znieczulenie podpajęczynówkowe wykonuje się najczęściej w pozycji siedzącej chorego, ponieważ w pozycji tej jest lepiej uwidoczniła oś kręgosłupa. Pacjenta do znieczulenia można również ułożyć na boku [18].

Przed wykonaniem wkłucia, lekarz lokalizuje i dezynfekuje miejsce [18]. Nakłucie wykonuje się w okolicy lędźwiowego odcinka kręgosłupa pomiędzy wyrostkami kolczystymi L3-L4, L4-L5 [18,19].

Środek znieczulający podaje się do rdzeniowej przestrzeni podpajęczynówkowej, do płynu mózgowo-rdzeniowego [18,19,20,21]. Przestrzeń ta znajduje się między oponą miękką a twardą [18].

Po podaniu anestetyku pacjenta układa się na stole operacyjnym oraz kontroluje zakres znieczulenia. W czasie trwania zabiegu monitorowane są parametry życiowe, tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, rytm serca, wysycenie tkanek tlenem [18].

Popunkcyjne bóle głowy

Popunkcyjne bóle głowy - silny, tępy, pulsujący ból , zlokalizowany w okolicy potylicznej i/lub czołowej, pojawia się kiedy chory znajduje się w pozycji stojącej lub siedzącej, a ustępuje po przyjęciu pozycji leżącej [17,18,22]. Występuje częściej u ludzi młodych i płci żeńskiej. Objawami towarzyszącymi są: nudności, wymioty, zawroty głowy, światłowstręt, zaburzenia widzenia, ból i sztywność karku, szum w uszach, zaburzenia słuchu

[18,22].

Leczenie popunkcyjnego bólu głowy opiera się głównie na leczeniu samych objawów. Często dolegliwości ustępują samoistnie po kilku dniach [18,22]. W profilaktyce wystąpienia zespołu popunkcyjnego podejmuje się działania profilaktyczne, do których należą:

- stosowanie mniejszego rozmiaru igieł,
- stosowanie atraumatycznych igieł, które są tępo zakończone, dzięki czemu tkanki nie są rozrywane, a są rozsuwane,
- wprowadzenie skosu igły równoległe do osi długiej kręgosłupa - zmniejsza uszkodzenie włókien opony twardej,
- ponowne wprowadzenie mandrynu przed wyciągnięciem igły,
- pozostanie pacjenta w pozycji leżącej przez 24 godziny po znieczuleniu – opóźnia, a nie zapobiega wystąpienia bólu głowy [18,22].

Powikłania po zabiegach operacyjnych

Powikłania pooperacyjne są komplikacjami, które mogą wystąpić po zabiegu operacyjnym. Pod względem czasu, który upływa po zabiegu, komplikacje te dzieli się na wczesne i późne [23].

Wczesne powikłania rozwijają się w przeciągu 24 godzin po zabiegu operacyjnym i zalicza się do nich: ból rany pooperacyjnej, krwotok, nudności, wymioty, duszność, zatrzymanie moczu, ból głowy [23,24,25].

Powikłania późne pojawiają się po upływie 24 godzin od zabiegu. Wśród nich wyróżnia się: zapalenie płuc (rozwija się w 24-48 godzin po zabiegu), wzdęcia brzucha (24-48 godzin po zabiegu), ból rany pooperacyjnej, krwotok (po upływie 48 godzin lub 6.-7. dzień po zabiegu), rozejście się brzegów rany, zakażenie rany, przepukliny, przetoki, choroba zakrzepowo-zatorowa [23,24].

Wyżej wymienione powikłania mogą się pojawić, lecz nie muszą. Istotne znaczenie ma obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia tych komplikacji, pozwala na wcześniejsze wykrycie objawów, zapobiegania im oraz wprowadzenia prawidłowych interwencji, gdy już wystąpią [23].

CELE PRACY

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki w dobie „0” po artroskopii stawu kolanowego,
2. Opracowanie indywidualnego planu opieki wobec pacjentki.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W pracy została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania. Badaniem przeprowadzonym w okresie od 18.02.2019 roku do 21.02.2019 roku została objęta pacjentka w wieku 49 lat. Pacjentkę przebywającą w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku poddano zabiegowi artroskopii stawu kolanowego prawego w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Powodem wykonania zabiegu było zwyrodnieniowe uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej.

Materiał do pracy został zebrany na podstawie:

- wywiadu pielęgniarskiego – zaplanowana rozmowa z pacjentką (lub rodziną pacjentki), mająca na celu zgromadzenie wiarygodnych danych; wypełnienie arkusza danych o pacjencie, w którym zawarte są: dane personalne pacjentki, informacje o chorobach współistniejących, przebytych operacjach, przebytych chorobach, alergiach, nałogach, informacje o aktualnym stanie zdrowia pacjentki, opis stanu psychicznego, nastroju, informacje dotyczące warunków mieszkaniowych, stosunków panujących w rodzinie, sytuacji materialnej, dane o funkcjonowaniu i wydolności poszczególnych układów i narządów [narządy zmysłu (wzrok, słuch, węch), układ pokarmowy, układ oddechowy, układ sercowo-naczyniowy, układ wydalniczy, układ moczowo-płciowy, układ nerwowy, układ mięśniowo-szkieletowy, skóra]. Rozmowę przeprowadzono z pacjentką w trakcie pobytu pacjentki w szpitalu.
- obserwacji – gromadzenie danych (informacji) drogą spostrzeżeń bez ingerencji obserwatora. Pacjent po przyjęciu z bloku operacyjnego na oddział w przeciągu pierwszych 24 godzin wymaga intensywnego nadzoru, ocenie podlega:
 - układ oddechowy (drożność dróg oddechowych, liczba i charakter oddechów, zabarwienie powłok skórnych, saturacja),
 - układ krążenia (częsta kontrola tętna i ciśnienia tętniczego krwi),
 - układ moczowy (pacjent w przeciągu 8-12 godzin po zabiegu operacyjnym powinien oddać mocz),
 - stan świadomości,
 - zaburzenia wodno-elektrolitowe (prowadzenie bilansu płynów),
 - opatrunek (czy jest suchy, zabrudzony, przeciekający), dreny (ilość, kolor, gęstość wydzieliny znajdującej się w drenie),
 - ból (ocena bólu przez pacjenta wg skali numerycznej NRS (Numerical Rating

Scale).

Obserwacja i pomiary były wykonywane w 1 godzinie co 15 min, w 2 godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny. analizy dokumentacji medycznej – analizowanie dokumentów i materiałów zebranych przez innych, dane sporządzone podczas wizyt lekarskich. Analizie zostały poddane dokumenty dotyczące: historii choroby, wyników badań (rezonans magnetyczny stawu kolanowego, karta informacyjna wypisu ze szpitala.

- pomiarów – wykonywanie różnych pomiarów w celu oceny funkcjonowania organizmu, np. pomiar podstawowych parametrów życiowych (tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, temperatura ciała), pomiar masy ciała, wzrostu. Uzyskane pomiary porównano z przyjętymi normami, tj. normy ciśnienia tętniczego krwi, wskaźnik BMI.

W oparciu o przeprowadzony wywiad pielęgniarzki, obserwację, analizę dokumentacji medycznej, wykonane pomiary został opracowany proces pielęgnowania.

W procesie pielęgnowania zostały zawarte:

- diagnoza pielęgniarzka,
- planowanie (obranie odpowiedniego celu),
- realizacja celu,
- ocena podjętych działań.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjentka J.S., lat 49, została przyjęta w lutym 2019 roku w trybie planowym na Oddział Ortopedyczno-Urazowy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku z rozpoznaniem zwyrodnieniowego uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej kolana prawego, chondromalacji kłykcia przyśrodkowego kości udowej. Pacjentka zakwalifikowana do leczenia operacyjnego metodą artroskopii.

Pacjentka od 2017 roku odczuwała w stawie kolanowym prawym trzeszczenia, a od stycznia 2018 roku dodatkowo ból. W kwietniu 2018 roku pacjentkę skierowano do poradni specjalistycznej ortopedycznej. W badaniu RTG stawu kolanowego prawego stwierdzono początkową artrozę. Skierowano na dalsze badania (MRI- rezonans magnetyczny). Na podstawie wyniku rezonansu magnetycznego stwierdzono zwyrodnieniowe uszkodzenie chrząstki stawowej na powierzchniach obu kłykci przyśrodkowych, ogniska uszkodzenia

chrząstki stawowej rzepki II° (szczeliny powierzchowne na powierzchni stawowej) i III° (pęknięcia i fragmentacja chrząstki sięgające do rzepki bez jej odsłonięcia), uszkodzenia trzonu i rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej, zmiany pourazowe więzadła krzyżowego przedniego. Po analizie wyników badań pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu artroskopii stawu kolanowego prawego.

Choroby współistniejące:

Pacjentka od 2017 roku jest pod stałą opieką kardiologa. Leczenie nadciśnienia tętniczego krwi. Stale przyjmuje leki:

- Lorista 100 mg (1x dziennie, rano),
- Bisocard 2,5 mg (1x dziennie, rano),
- Primacor 20 mg (1x dziennie, na noc).

Po wykonaniu testów alergicznych skórnych, stwierdzono u pacjentki alergię na nikiel. Pacjentka mieszka na wsi w domu jednorodzinnym z mężem i szwagierką. Warunki domowe określa jako dobre. Kobieta jest aktywna zawodowo, pracuje w pralni.

W dniu przyjęcia pacjentki do oddziału wykonano:

- badania krwi i surowicy, w których WBC 8,9 tys/ μ l, RBC 4,36 tys/ μ l, HGB 13 g/dl, CRP powyżej normy - 7,6 mg/l, pozostałe wartości w normie,
- pomiar masy ciała: 90 kg,
- pomiar wzrostu: 162 cm,
- BMI 34,29 – I stopień otyłości,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi: 140/86 mmHg; tętno 66/min.

Pacjentka do dnia operacji pozostała na czczo.

W dniu zabiegu rano przed zabraniem pacjentki na blok operacyjny wykonano pomiar ciśnienia tętniczego krwi 180/90 mmHg, tętna 74/min, temperatury ciała 36,6°C. O godzinie 9.30 pacjentkę przewieziono na Blok operacyjny. Zabieg operacyjny wykonano w znieczuleniu podpajęczynówkowym (do 2 godzin). Pacjentce 60 min przed zabiegiem podano dożylnie Cefazolin MIP Pharma 2g. W trakcie artroskopii wykonano resekcję łąkotki przyśrodkowej w obrębie uszkodzenia, rekonstrukcję chrząstki metodą mikrozłamań. Do jamy stawu kolanowego wprowadzono dren. Pacjentka wróciła na Oddział około godziny 12.

Leczenie farmakologiczne zalecone przez lekarza prowadzącego:

- Cefazolinum 2g dożylnie 1x dziennie,
- Clexane 40 mg podskórnice 1x dziennie,
- leki przeciwbólowe: Tramal 50 mg podskórnice doraźnie, Pyralgin 1g dożylnie

doraźnie.

W celu profilaktyki popunkcyjnego bólu głowy pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°, reżim łóżkowy przez 12 godzin. Prowadzono stałą obserwację, wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów, temperatury ciała, saturacji w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych z zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny. Pacjentka stabilna. Pacjentkę nawadniano poprzez doustną podaż płynów nawadniających, dożylną podaż Optilyte 500 ml i 0,9% NaCl 500 ml. Pacjentka uskarżała się na ból kolana, w skali NRS wskazała 8 pkt i ból w dolnym odcinku pleców, w skali NRS 5 pkt. Pacjentce podano podskórnie Tramal 50 mg i dożylnie Pyralgin 1g. Na okolicę operowanego stawu kolanowego stosowano chłodne okłady wg schematu 10-15 min lód/ godzina przerwy. W drenie wyprowadzonym z operowanego stawu obserwowano obecność krwistej wydzieliny. Objętość sączącej się wydzieliny rosła w tempie 10 ml/h. Po upływie 24 godzin, gdy objętość wydzieliny wyniosła 240 ml, wymieniono pojemnik połączony z drenem na nowy. Pacjentka odczuwała nudności, raz zwymiotowała. Podano pacjentce dożylnie Zofran 8 mg i kostki lodu do ssania. Po upływie 6 godzin od zabiegu pacjentka oddała mocz do basenu w objętości 370 ml. Kontakt słowny z pacjentką logiczny. Chora odczuwała dyskomfort psychiczny spowodowany przymusem leżenia w łóżku. Ogólnie pacjentka w dobrym nastroju, jest pozytywnie nastawiona na leczenie.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Ból stawu kolanowego i rany operacyjnej spowodowany zabiegiem operacyjnym, obecnością drenu w stawie oraz urazem nerwów czuciowych.

Cel: Zmniejszenie lub eliminacja dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie kończyny w pozycji zmniejszającej napięcie rany,
- zastosowanie chłodnych okładów w okolicę stawu kolanowego,
- obserwacja w kierunku dolegliwości bólowych, pomiar bólu 4x na dobę za pomocą skali NRS,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- kończynę dolną ułożono prosto, polecono pacjentce aby nie wykonywała ruchów w stawie kolanowym operowanej kończyny,
- w obrębie stawu ułożono kompresy chłodzące, stosowano wg schematu 10-15 min lód/

godzina przerwy,

- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych,
- podano pacjentce środki przeciwbólowe: podskórnie Tramal 50 mg, dożylnie Pyralgin 1g zgodnie z kartą zleceń.

Ocena podjętych działań:

po podaniu środków przeciwbólowych oraz zastosowaniu okładów chłodzących ból w skali NRS zmniejszył się z 8 pkt na 5 pkt.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko retencji moczu jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Oddanie moczu przez pacjentkę 6-8 godzin po zabiegu.

Działania pielęgniarskie:

- podanie basenu,
- uzyskanie od pacjentki informacji dotyczących dolegliwości wskazujących na zatrzymanie moczu, takich jak rozpieranie w podbrzuszu, uczucie parcia na pęcherz,
- prowokowanie diurezy poprzez opukiwanie okolicy nadłonowej, polewanie krocza ciepłą wodą, zastosowanie ciepłych okładów na krocze, ogrzanie basenu, odkręcenie kranu z wodą,
- pacjentce podano ogrzany basen,
- zastosowano ciepły okład na krocze,
- polano ciepłą wodą krocze pacjentki, opukano okolicę nadłonową,
- na sali przy łóżku pacjentki rozstawiono parawan.

Ocena podjętych działań:

- po upływie około 6 godzin od zabiegu pacjentka oddała mocz do basenu w ilości 370 ml.

Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów jako wczesnego powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Przeciwdziałanie wystąpieniu lub złagodzenie dolegliwości.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie pacjentki na płasko lub na boku z głową uniesioną pod kątem 30°,
- wietrzenie pomieszczenia, w którym przebywa pacjentka,
- polecenia wykonania głębokich oddechów,
- przygotowanie miski nerkowatej, ligniny,

- podanie pacjentce kostek lody do ssania,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- otworzono okna w celu wywietrzenia pomieszczenia w którym przebywa pacjentka,
- polecono pacjentce wykonanie głębokich oddechów,
- na stoliku przy łóżku pacjentki przygotowano miskę nerkowata i ligninę,
- pacjentce podano kostki lodu do ssania,
- pacjentce podano dożylnie Zofran (Ondansetron) 8 mg we wlewie kroplowym na zlecenie lekarza.

Ocena podjętych działań:

- pacjentka stale odczuwała nudności,
- pacjentka raz zwymiotowała,
- po podaniu dożylnym Zofranu nudności i wymioty ustąpiły

Diagnoza pielęgniarska 4: Możliwość wystąpienia popunkcyjnego bólu głowy jako powikłania nakłucia przestrzeni podpajęczynówkowej.

Cel: Zapobieganie wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- reżim łóżkowy,
- ułożenie pacjentki w pozycji na plecach z głową uniesioną pod kątem 30° lub w pozycji na boku z głową uniesioną pod kątem 30°,
- nawadnianie pacjentki poprzez przyjmowanie przez pacjentkę doustnie płynów nawadniających,
- nawadnianie pacjentki poprzez podaż płynów nawadniających i wieloelektrolitowych dożylnie we wlewie kroplowym zgodnie z kartą zleceń,
- prowadzenie bilansu płynów,
- pomiar parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczby oddechów,
- obserwacja w kierunku dolegliwości bólowych głowy.
- pacjentkę ułożono w łóżku na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- poinformowano pacjentkę o konieczności pozostania w łóżku przez 12 godzin i nie unoszeniu głowy powyżej 30°,
- poinformowano pacjentkę o konieczności przyjmowania doustnie płynów nawadniających,
- podano pacjentce 500 ml Optilyte i 500 ml 0,9% NaCl dożylnie we wlewie kroplowym

zgodnie z kartą zleceń,

- wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych głowy.

Ocena podjętych działań:

- dolegliwości bólowe głowy nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia krwotoku do stawu kolanowego spowodowane przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym.

Cel: Wczesne wykrycie objawów krwawienia. Profilaktyka wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja opatrunku na ranie operacyjnej pod kątem stopnia przesiąknięcia wydzieliną i przesiąkania opatrunku,
- kontrola ilości i rodzaju wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- pomiar obwodu stawu kolanowego,
- obserwacja koloru i wilgotności skóry,
- pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów i udokumentowanie w karcie obserwacyjnej.
- kontrolowano stopień zabrudzenia opatrunku wydzieliną,
- kontrolowano ilość i rodzaj wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- wykonywano pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby oddechów w pierwszej godzinie co 15 min, w drugiej godzinie co 30 min, w kolejnych godzinach w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- obserwowano stopień opuchlizny stawu kolanowego.

Ocena podjętych działań:

- opatrunek nie przesiąkał i nie był zabrudzony wydzieliną,
- obecność krwistej wydzieliny w drenie i w pojemniku połączonym z drenem w ilości 100 ml po upływie 10 godzin od zabiegu,
- staw kolanowy kończyny operowanej lekko opuchnięty,
- krwotok nie wystąpił.

Diagnoza pielęgniarska 6: Możliwość wystąpienia bólu w okolicy lędźwiowej kręgosłupa z powodu fizycznych i chemicznych podrażnień zakończeń nerwowych po nakłuciu do znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i ryzyka rozwoju powikłań.

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie pacjentki w łóżku na plecach z głową uniesioną pod kątem 30°,
- wyjaśnienie pacjentce konieczności pozostania w zalecanej pozycji (profilaktyka popunkcyjnego bólu głowy),
- wyjaśnienie pacjentce przyczyny bólu,
- prowadzenie karty obserwacyjnej w kierunku wystąpienia i narastania dolegliwości bólowych,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.
- pacjentkę ułożono na plecach z głową uniesioną pod kątem 30° i wyjaśniono konieczność pozostania w zalecanej pozycji,
- prowadzono kartę obserwacji w kierunku dolegliwości bólowych,
- podano pacjentce środki przeciwbólowe: podskórnie Tramal 50 mg, dożylnie Pyralgin 1g zgodnie z kartą zleceń.

Ocena podjętych działań:

- po podaniu środków przeciwbólowych dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Ryzyko spadku temperatury ciała pacjentki jako wczesnego powikłania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Cel: Wczesne wykrycie spadku temperatury ciała. Przeciwdziałanie wystąpienia powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- wykonywanie pomiarów temperatury ciała i dokumentowanie w karcie obserwacyjnej,
- dodatkowe okrycie pacjentki,
- podawanie pacjentce płynów infuzyjnych ogrzanych do temperatury pokojowej,
- zastosowanie termoforów do ogrzania pacjentki.
- pomiary temperatury ciała wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- dokumentowano pomiary temperatury w karcie obserwacyjnej,
- okryto pacjentkę dodatkowym kocem.

Ocena podjętych działań:

- temperatura ciała pacjentki nie spadła poniżej 36,4°C.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko spadku ciśnienia krwi tętniczej i zwolnienia pracy serca jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajeczynówkowego.

Cel: Wczesne wykrycie spadku ciśnienia tętniczego krwi i tętna oraz przeciwdziałanie wystąpieniu powikłania.

Działania pielęgniarskie:

- kontrola parametrów ciśnienia tętniczego krwi, tętna i udokumentowanie w karcie obserwacyjnej,
- zapewnienie świeżego powietrza,
- poinstruowanie pacjentki w wykonywaniu ćwiczeń oddechowych.
- pomiary ciśnienia krwi tętniczej i tętna wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- otworzono okna w celu wywietrzenia sali w której przebywa pacjentka,
- zalecono pacjentce wykonywanie głębokich oddechów,
- poinstruowano pacjentkę w jaki sposób należy wykonywać ćwiczenia oddechowe za pomocą aparatu Triflo (Pacjent oddycha swobodnie, następnie wykonuje głęboki wydech, wkłada ustnik aparatu do ust i wykonuje głęboki wdech. Prawidłowo wykonany głęboki wdech pokonuje opór kulek i unosi je do góry).

Ocena podjętych działań:

- wartość ciśnienia tętniczego krwi nie spadła poniżej dla skurczowego >125 mmHg, dla rozkurczowego >82 mmHg,
- wartość tętna nie spadła poniżej 68 uderzeń na minutę.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia w ranie pooperacyjnej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji.

Działania pielęgniarskie:

- utrzymanie stałej temperatury ciała pacjentki, niedopuszczenie do wychłodzenia organizmu,
- obserwacja opatrunku na ranie operacyjnej pod kątem stopnia zabrudzenia wydzieliną i przesiąkania opatrunku, podczas zmiany opatrunku przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,

- kontrola ilości, rodzaju i zabarwienia wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- zabezpieczenie drenu przed zaginaniem, założenie szczelnego, jałowego opatrunku,
- zapewnienie szczelnego systemu drenującego,
- utrzymanie pojemnika połączonego z drenem poniżej poziomu łóżka,
- opróżnianie/wymienianie pojemnika połączonego z drenem w chwili gdy wydzielina zajmie całą objętość pojemnika, przynajmniej raz na dobę niezależnie od objętości wydzieliny znajdującej się w pojemniku drenującym,
- podczas opróżniania/wymiany pojemnika drenującego przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki.
- pomiary temperatury ciała wykonywano w pierwszej godzinie po zabiegu co 15 min, w drugiej co 30 min, w kolejnych w zależności od stanu pacjentki co 1-2 godziny,
- dążono do utrzymania temperatury pokojowej w sali na której przebywa pacjentka,
- kontrolowano stopień zabrudzenia opatrunku na ranie operacyjnej,
- kontrolowano ilość, rodzaj i barwę wydzieliny gromadzącej się w drenie i w pojemniku połączonym z drenem,
- zabezpieczono dren przed zaginaniem, założono szczelny, jałowy opatrunek,
- upewniono się czy pojemnik podłączony do drenu jest szczelny i nieuszkodzony,
- pojemnik połączony z drenem podwieszono poniżej poziomu łóżka,
- pojemnik drenujący wymieniono raz w ciągu doby,
- podczas wymiany pojemnika z wydzieliną przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki.

Ocena podjętych działań:

- temperatura ciała pacjentki nie spadła poniżej 36,4°C i nie wzrosła powyżej 36,8°C,
- temperaturę w sali w której przebywa pacjentka utrzymywano w granicach 20-22°C,
- opatrunek nie przesiąkał i nie był zabrudzony wydzieliną,
- obecność krwistej wydzieliny w drenie i w pojemniku połączonym z drenem w ilości 100 ml po upływie 10 godzin od zabiegu,
- pojemnik drenujący wymieniono w chwili gdy objętość wydzieliny w pojemniku wyniosła 240 ml, tj. 24 godziny po zabiegu operacyjnym,
- pacjentka wymaga dalszej obserwacji w kierunku wystąpienia zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia zakażenia linii naczyniowej w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zapalenia w miejscu założonego wkłucia obwodowego.

Działania pielęgniarские:

- umocowanie wkłucia za pomocą sterylnego opatrunku,
- zabezpieczenie wkłucia jałowym koreczkiem,
- przed podażą leku jak i po podaniu przepłukanie wkłucia 0,9% NaCl,
- zmiana opatrunku raz na dobę lub jeżeli zachodzi taka potrzeba, np. opatrunek odkleja się, jest brudny, przesiąknięty krwią,
- unikanie manipulacji przy dostępie naczyniowym,
- obserwacja miejsca wkłucia pod kątem zaczerwienienia, bólu, obrzęku,
- dokumentowanie w karcie obserwacji daty założenia wkłucia i wyników obserwacji.
- wkucie zostało zabezpieczone sterylnym opatrunkiem,
- po każdej podaży płynów i leków drogą dożylną wkłucie było zabezpieczane jałowym koreczkiem,
- przed każdą podażą leku i po wkłucie było przepłukiwane 0,9% NaCl,
- opatrunek zmieniono następnego dnia rano,
- wszelkie czynności wykonywane przy wkłuciu były wykonywane sprawnie, bez zbędnych manipulacji,
- prowadzono kartę obserwacji.

Ocena podjętych działań:

- opatrunek nie był zabrudzony, nie przesiąkał,
- nie zaobserwowano zaczerwienienia, pacjentka nie zgłaszała bólu w obrębie miejsca wkłucia,
- pacjentka wymaga dalszej obserwacji w kierunku wystąpienia zapalenia.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

- Objęcie pacjentki indywidualnym planem opieki pozwoliło na określenie problemów pielęgnacyjnych. Najważniejszymi z nich były:
- Ból stawu kolanowego i rany operacyjnej spowodowany zabiegiem operacyjnym, obecnością drenu w stawie oraz urazem nerwów czuciowych.
- Ryzyko retencji moczu jako wczesne powikłanie znieczulenia podpajęczynówkowego.
- Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów jako wczesnego powikłania znieczulenia

podpajęczynówkowego.

- Podjęte w indywidualnym planie działania pozwoliły na realizację postawionych celów i uniknięcie wystąpienia powikłań.

PIŚMIENNICTWO

1. Pogorzała A.M., Kulesza K., Stryła W.: Leczenie usprawniające chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych z uwzględnieniem elementów badania przedmiotowego [w:] Innowacyjność i tradycja w fizjoterapii, Borowicz A.M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2017, 99-112.
2. Kopacz Ł., Lubkowska A., Bryczkowska I., Lietz-Kijak D., Śliwiński Z.: Efekt terapeutyczny działania krioterapii miejscowej na staw kolanowy, uzależniony od rozpoznania choroby zwyrodnieniowej. Fizjoterapia Polska, 2015, 1: 6-14.
3. Pogorzała A.M., Buczak J.: Przyczyny niestabilności stawu kolanowego po uszkodzeniu więzadła krzyżowego przedniego i metody jej leczenia [w:] Horyzonty współczesnej fizjoterapii, Borowicz A.M.(red.), Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2016: 55-67.
4. Widuchowski W., Tomaszewski W., Widuchowski J., Czamara A.: Współczesne możliwości leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej – ze szczególnym uwzględnieniem stawu kolanowego. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, 2011, 4(6): 327-341.
5. Grzesiczak A., Wrzosek Z., Chantsoulis M., Ruta J., Sakowski J.: Ocena funkcji stawu kolanowego po przebytym uszkodzeniu łąkotki przysródkowej leczonej metodą laparoskopową. Kwartalnik Ortopedyczny, 2011, 3: 235-242.
6. Jelonek N., Zmarzlak J., Turska A.M., Budnik-Szymoniuk M., Cwajda-Białasik J.: Wybrane problemy pielęgnacyjne okresu okołoperacyjnego u pacjentki z nawracającym zwichnięciem rzepki – opis przypadku. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2018, 4: 141-147.
7. Pogorzała A.M., Palejko K.A.: Wykorzystanie skali WOMAC w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego na podstawie przypadku klinicznego [w:] Horyzonty współczesnej fizjoterapii, Borowicz A.M.(red.), Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu, Poznań 2016, 29-42.
8. Neyrete P., Verdonk P., Selmi T.A.S.: Chirurgia kolana. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
9. Wilczyńska D., Łysak A., Podczarska-Głowacka M.: Imagery use in rehabilitation after

- the knee joint arthroscopy. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 2015, 7 (4): 93-101.
10. Mielnik M., Hermanson J., Wawrzynek W., Kokot R., Czech Sz., Głogowski K., Kusak W., Szyluk K., Kukawska-Sysio K., Koczy B.: Konflikt udowo-panewkowy jako przyczyna dolegliwości bólowych stawu biodrowego u młodych dorosłych pacjentów. Sposoby diagnozowania i leczenia z zastosowaniem technik artroskopowych. *Chirurgia Polska*, 2015, 1-2: 69-74.
 11. Frąszczak P., Małydk P.: Przydatność artroskopowej totalnej synowektomii w leczeniu wysiękowego zapalenia stawu kolanowego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2011, 49, 3: 169-172.
 12. Osteras H., Osteras B., Torstensen T.A.: Medical Exercise Therapy is Effective After Arthroscopic Surgery of Degenerative Meniscus of the Knee: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 2012, 4(6): 378-384.
 13. Ogrodzka K., Bac A., Bursztyn J., Ridan T., Żak M.: Ocena skuteczności leczenia operacyjnego i procesu rehabilitacji pacjentów po urazowym uszkodzeniu łąkotki stawu kolanowego. *Fizjoterapia Polska*, 2016, 1: 62-72.
 14. Ćwiek R., Lisowska B., Małydk P.: Ocena skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania pregabaliny u chorych poddanych aloplastykom stawów kolanowych wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym bupiwakainą z morfiną. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6: 151-161.
 15. Daszuta K.K., Liberacka J., Ślusarz R.: Opieka pielęgniarska po znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2018, 2 (3): 21-38.
 16. Olczak B., Kowalski G., Wieczorowska-Tobis K.: Kliniczne zastosowanie opioidów w blokadach centralnych. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014, 8: 328-338.
 17. Agerson A.N., Scavone B.M.: Prophylactic Epidural Blood Patch After Unintentional Dural Puncture for the Prevention of Postdural Puncture Headache in Parturients. *Anesthesia & Analgesia*, 2012, 115 (1): 133-136.
 18. Wojtaszek M., Ozga D.: Znieczulenie przewodowe miejscowe i regionalne [w:] *Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki*, Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 392-416.
 19. Lisowska B., Wiśniewski T., Olszewska M., Małydk B., Ćwiek R., Słowińska I., Małydk P.: Znieczulenie podpajęczynówkowe – ocena porównawcza dwóch preparatów

- bupiwakainy, czy to samo to znaczy identyczne, czy tylko podobne?. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2011, 5: 28-39.
20. Obrzut D., Machała W.: Ocena efektywności leków używanych w analgezji podpajęczynówkowej u pacjentów poddanych planowym zabiegom operacyjnym. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012, 6: 24-32.
21. Tomaszewski D., Bałkota M., Truszczyński A., Machowicz A.: Morfina podana do płynu mózgowo-rdzeniowego zwiększa częstość zatrzymania moczu u pacjentów znieczulanych podpajęczynówkowo do operacji ortopedycznych. *Anestezjologia i Intensywna Terapia*, 2014, 1: 29–34.
22. Kostyra M., Nowacka E., Lisowska B.: Rola wykonywania łąty z krwi w leczeniu popunkcyjnych bólów głowy. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015, 9: 203-208.
23. Czupryna A., Kłapa Z., Kowalewska M., Kózka Marta, Kózka Maria, Kózka Mariusz, Solecki R., Szczepanik A. M., Nardzewska-Szczepanik M., Ścisło L., Walewska E., Zahradniczek K.: Okres okołoperacyjny [w:] *Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego*, Walewska E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 173-204.
24. Grabowska H., Grabowski W.: Zakres interwencji pielęgniarских w opiece nad chorym w okresie okołoperacyjnym z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22 (3): 385–389.
25. Nowakowski P., Jurszewicz P.: Medycyna okołoperacyjna – strategie redukcji ryzyka. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014,16, 3: 313–316.

OCENA POSTRZEGANIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI W OPINII SPOŁECZEŃSTWA

Urszula Świerżbińska¹, Barbara Jankowiak²

1. Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi i Rekonstrukcji oraz Pododdziałem Leczenia Bólu Białostockiego Centrum Onkologii
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Prestiż zawodowy oznacza szacunek dla danego zawodu i jego działań. Utożsamiany jest z autorytetem, uznaniem, honorem oraz statusem społecznym. Zaliczany jest do ważnych wskaźników pozycji w systemie społecznym, w dużej mierze zależnym od postrzegania społeczeństwa [1,2].

O ocenie prestiżu zawodowego decydują takie elementy jak [2,3,4]:

- poziom kwalifikacji i wykształcenia,
- ponoszona odpowiedzialność,
- zajmowane stanowisko,
- czynniki ekonomiczne,
- zdolności psychiczne,
- zakres podejmowanych decyzji,
- społeczne znaczenie zawodu,
- uciążliwość pracy,
- stałość oraz pewność pracy,
- wizerunek zawodu,
- umiejętności oraz talenty,
- normy, uwarunkowania kulturowe oraz zwyczaje danej społeczności,
- wzrost liczby problemów zdrowotnych w społeczeństwie,
- miejsce pracy,
- zmiana kompetencji zawodowych,
- zmiany w obowiązujących przepisach prawa.

Zawód pielęgniarki ma szczególny charakter. Jest to związane głównie z dużym obciążeniem emocjonalnym wynikającym z pracy z ludźmi oraz koniecznością radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia drugiego człowieka. Od osoby wykonującej ten zawód wymaga się przede wszystkim odporności na ludzkie cierpienie, empatii, poświęcenia, cierpliwości, odpowiedzialności opiekuńczości, umiejętności nawiązywania kontaktu z pacjentem oraz sprawności manualnej. Prestiż tego zawodu kreowany jest od setek lat. Według badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej nad prestiżem zawodowym największym szacunkiem cieszą się zawody inteligenckie, takie jak nauczyciele oraz profesorowie, kolejne w rankingu są zawody o charakterze użytecznej i odpowiedzialnej pracy, do której zaliczany jest zawód pielęgniarki [4,5,6].

Według badań przeprowadzonych wśród pacjentów pielęgniarki cenione są najbardziej za cechy takie jak: wsparcie informacyjne, opiekę, serdeczność i uprzejmość, zaufanie, zaś w mniejszym stopniu za dokładność wykonywanych zabiegów oraz staranność. W podnoszeniu prestiżu zawodowego pielęgniarek dużą rolę odgrywa intensywny rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa. Umożliwiło to wprowadzanie standardów kształcenia wyższego oraz uznanie uzyskanych praw na rynku pracy we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Jednocześnie umożliwia podnoszenie kwalifikacji zawodowych oraz stwarza możliwość prowadzenia badań w pielęgniarstwie. Wszystkie te czynniki wywierają ogromny wpływ na budowanie profesjonalizmu zawodu pielęgniarstwa. Równocześnie poszerzył się zakres kompetencji pielęgniarek, zwłaszcza w sferze samodzielności przy realizacji promocji zdrowia oraz zadań edukacyjnych. Ma to szczególne znaczenie ze względu na wzrost problemów zdrowotnych ludzkości, co zwiększa nadzieje społeczeństwa wobec pielęgniarek. Odpowiedni wygląd zewnętrzny także wpływa na ocenę profesjonalizmu pielęgniarki, gdyż powodem zgorszenia oraz nieufności pacjenta mogą stać się elementy wyglądu, które na pozór wydają się być sprawą prywatną. Na prestiż zawodowy pielęgniarstwa zasadniczo wpływa przynależność do stowarzyszeń zawodowych. Przykładem jest powołane w 1957 roku Polskie Towarzystwo Pielęgniarek, które w 1961 roku zostało członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, a od 1993 roku funkcjonuje jako towarzystwo naukowe [3, 4, 5, 6].

Wziąwszy pod uwagę fakt, iż praca zawodowa powinna być źródłem samorealizacji oraz satysfakcji, istotnym czynnikiem mającym wpływ na ocenę prestiżu zawodowego pielęgniarstwa stanowi postrzeganie tego zawodu przez osoby je wykonujące. Z analizy przeprowadzonej przez WHO (World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia) na temat postrzegania swojego zawodu wśród pielęgniarek wynika, iż w większości krajów

Regionu europejskiego pielęgniarki oceniają swój zawód na poziomie wysokim lub dostatecznym. Głównymi wskaźnikami mającymi wpływ na taką samoocenę jest postrzeganie pielęgniarek, jako partnerów w zespole multidyscyplinarnym oraz niezależność w opiece zdrowotnej. Rosnąca samoocena zawodowego potencjału zwiększa oczekiwania i roszczenia dotyczące wynagrodzenia oraz rozszerzonej w systemie ochrony zdrowia roli, a także odpowiedzialności. Wymienione czynniki przyczyniają się w dużej mierze do wzrostu w ostatnim czasie ilości protestów grupy zawodowej pielęgniarek.

Pomimo, iż postrzeganie i samoocena zawodu pielęgniarki uległa znacznej poprawie na przestrzeni lat, w badaniu, realizowanym przez PPPiW (Pracownia Badawcza Polskiego Pomiaru Postaw i Wartości) z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, aż 2/3 respondentek zapytanych o odczucia związane z opinią społeczną swojego zawodu uznała, iż zawód ten nie cieszy się uznaniem społecznym [7,8].

Pomimo to wizerunek i pozycja pielęgniarek nadal nie jest jednoznacznie określona w społeczeństwie i wymaga pokonywania wielu przeszkód. Jedną z nich jest sposób postrzegania zawodu pielęgniarstwa przez pryzmat stereotypów, czyli ugruntowanej w społeczeństwie opinii na temat danej grupy zawodowej. Jest to istotne zagrożenie dla prestiżu zawodowego, ponieważ z góry narzuca postrzeganie oraz traktowanie pielęgniarek, tym samym wyłączając myślenie społeczeństwa na temat wartości wykonywanej przez nie pracy. Trudności w relacjach pielęgniarka-lekarz także stają się istotnym problemem, gdyż pomimo coraz lepszej pozycji zawodowej oraz samodzielności pielęgniarek, traktowane są przez lekarzy, z którymi tworzą jeden zespół, jako zawód podległy oraz personel pomocniczy. Wiąże się to także z anonimowością pielęgniarek wśród pacjentów, którzy w większości przypadków znają imię i nazwisko lekarza prowadzącego. Do przeszkód utrudniających zdobycie uznania wśród społeczeństwa jest lekceważące podejście społeczeństwa do wkładu pracy pielęgniarki w działaniach medycznych, gdzie rolę wiodącą w opiece zdrowotnej przypisuje się lekarzowi. Wobec tego pielęgniarka traktowana jest, jako osoba do wykonywania zleceń lekarskich, a oceniana jedynie na podstawie umiejętności technicznych. Dużą rolę w kreowaniu prestiżu zawodowego odgrywają mass media, które często przedstawiają pielęgniarki w negatywnym świetle w sposób nieobiektywny i seksistowski. Dla przedstawicieli zawodu czynnikiem obniżającym ich status społeczny jest poziom wynagrodzenia, który nie zwiększa się wraz z podnoszeniem kwalifikacji [4].

Pielęgniarstwo to zawód silnie sfeminizowany. Według danych ponad 90% osób wykonujących zawód pielęgniarstwa to kobiety. Jest to dodatkowa przeszkoda sprzyjająca niskiemu prestiżu tego zawodu, gdyż musi zmagać się z czynnikami typowymi dla zawodów

kobięcych takimi jak: niższy status społeczny, niższa płaca, przemoc, gorsze warunki pracy oraz marginalizowanie przez rząd oraz lekarzy. W niektórych krajach nadal zwraca się uwagę na to, iż wyższe wykształcenie nie gwarantuje lepszego odbioru społecznego, a obraz pielęgniarek nie odnosi się do zawodu z wyższym stopniem naukowym. Pomimo, iż w znaczącym stopniu wykształcenie wyższe oraz możliwość ponoszenia kwalifikacji zawodowych przyczynia się do wzrostu prestiżu zawodowego wśród pielęgniarek to udział pielęgniarki w procesie planowania na wszelakich poziomach opieki zdrowotnej nadal jest w większości krajów zaburzony, a pielęgniarki często nie zabierają głosu, iż wymaga to od nich dużej dozy wytrwałości oraz wysiłku [7,8].

Współcześnie pielęgniarstwo w Polsce nadal kojarzy się z wieloma negatywnymi zjawiskami. Liczne zagrożenia zdrowotne związane z przeciążeniem układu ruchu, narażenie na czynniki chemiczne i biologiczne, duży odsetek występowania wypalenia zawodowego, duże obciążenie związane z brakiem personelu i dużą ilością pracy oraz słaba pozycja zawodu wśród innych zawodów medycznych przedstawia pielęgniarstwo jako zawód mało atrakcyjny dla młodego pokolenia. Stanowi to ważny problem oraz zagrożenia dla przyszłości zawodu pielęgniarek, gdyż młodym ludziom brakuje motywacji do podjęcia pracy w tym zawodzie. Według badań przeprowadzonych wśród młodzieży wynika to ze zbyt dużej odpowiedzialności, specyfiki pracy oraz niskiego wynagrodzenia [5,7,8,9].

AUTONOMIA PIEŁĘGNIAREK W OCHRONIE ZDROWIA

Autonomia zawodowa jest jedną ze składowych prestiżu zawodowego pielęgniarek. Autonomizacja jest pozytywnym zjawiskiem także z socjologicznego punktu widzenia, gdyż stanowi ważne źródło motywacji do pracy oraz rozwoju zawodowego. Przez wiele lat pielęgniarki należały do pomocniczego personelu medycznego. Zgodnie z obowiązującymi dawniej aktami prawnymi przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego nie mogli wykonywać żadnych czynności leczniczych bez zlecenia lekarskiego. Na przestrzeni lat pielęgniarstwo stało się zawodem samodzielnym, a autonomię uzyskało na mocy Ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Aktualnie obowiązuje Ustawa z 15 lipca 2011 roku, a także Ustawa z 11 września 2015 roku o zmianie Ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych oraz niektórych innych ustaw, która zawiera zmiany wprowadzone do Ustawy z 2011 roku. Współcześnie obowiązująca ustawa podtrzymała wcześniejsze założenia z 1996 roku, podkreślając samodzielny charakter zawodu, ale również poszerzyła kompetencje zawodu oraz zakres decyzyjności w podejmowanych czynnościach medycznych [10,11].

Uzyskanie autonomii zawodowej pielęgniarek jest odpowiedzią na wzrost w ostatnich latach kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które uzyskiwały coraz lepsze wykształcenie

oraz skutek zmian dokonujących się w ochronie zdrowia. Postęp naukowy oraz konieczność zapewniania pacjentowi dostępu do świadczeń medycznych doprowadziły do podziału kompetencji zawodowych pomiędzy lekarzami, a innymi zawodami medycznymi. Warto zaznaczyć, iż autonomia nie wyklucza wspólnej pracy pielęgniarek z lekarzami oraz innymi pracownikami ochrony zdrowia. Samodzielność zawodowa przede wszystkim umożliwia pielęgniarkom planowanie własnej pracy poprzez stawianie samodzielnych, opartych na posiadanej wiedzy diagnoz pielęgnacyjnych, wybór odpowiedniej metody pracy oraz stawianie oceny uzyskanych wyników. Niezależnie od miejsca wykonywanej pracy oraz formy zatrudnienia pielęgniarki zachowują autonomię zawodu, mają jednakowy status zawodowy, obowiązki i uprawnienia. Warto zauważyć, iż samodzielność zawodowa pielęgniarek nie zmienia faktu, że pielęgniarki w pewnych czynnościach medycznych podporządkowane są lekarzowi, który nadal ma największe uprawnienia zawodowe oraz odgrywa główną rolę w procesie leczenia [10,11].

Zakres czynności medycznych wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki określa współcześnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego. Wymienione wyżej Rozporządzenie określa: rodzaj i zakres wykonywanych czynności medycznych, w tym czynności ratunkowych, a także wykaz środków pomocniczych, produktów leczniczych, rodzaje materiałów pobieranych od pacjenta, oraz wykaz badań diagnostycznych, do których używania i stosowania uprawniona jest pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego. Wykonywanie wymienionych w ustawie świadczeń wymaga jednak od pielęgniarek ukończenia kursu specjalistycznego, kwalifikacyjnego, bądź uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie. Dodatkowo personel pielęgniarski posiada prawo do samodzielnego przepisywania określonych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, włącznie z możliwością wystawienia na nie recepty albo zlecenia oraz prawo do samodzielnego orzekania zakresu i rodzaju świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych na rzecz pacjenta niezdolnego do samoopieki. Względem wszystkich wymienionych w Rozporządzeniu czynności pielęgniarence przysługuje prawo do samodzielnego decydowania o celowości wykonywanych czynności w granicach przygotowania zawodowego. Prawo to przysługuje niezależnie od tego czy udzielane świadczenia zdrowotne mają miejsce w zakładzie opieki zdrowotnej, czy poza nim w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej. Aczkolwiek pielęgniarki pracujące w zakładach leczniczych zobowiązane są do informowania lekarza o podejmowanych czynnościach

medycznych oraz podawanych lekach, co nie ma nic wspólnego z kontrolą lekarską, a podyktowane jest dobrem pacjenta i jego właściwym, dalszym leczeniem [11].

Pomimo szerokiego zakresu świadczeń medycznych wykonywanych samodzielnie, pielęgniarki nadal zobowiązane są do udzielania świadczeń na zlecenie lekarza, które odnotowywane są w dokumentacji. Należy pamiętać, iż zlecenia wydawane przez lekarza nie wykluczają samodzielności pielęgniarek w wykonywanych czynnościach przyznanых ustawą, a pielęgniarka w dalszym ciągu za ich wykonanie odpowiada przed swoim przełożonym. Ponadto pielęgniarka posiada prawo do odmówienia wykonania zlecenia lekarskiego oraz może żądać uzasadnienia celowości jego wykonania. Prawo odmowy ma na celu przede wszystkim dobro pacjenta, ale również ochronę osoby wykonującej dane zlecenie, która za ewentualne szkody ponosi odpowiedzialność prawną. Każda odmowa wykonania zlecenia musi być uzasadniona oraz odnotowana w dokumentacji medycznej. Jedynie w sytuacji, kiedy odmowa pielęgniarki do wykonania zlecenia lekarskiego może zagrażać życiu pacjenta, bądź spowodować ciężkie uszkodzenie zdrowia i ciała, prawo do odmowy jest bezwzględnie wyłączone [11].

Dodatkowym aspektem wynikającym z autonomii zawodowej pielęgniarek, poza profesjonalizmem oraz prestiżem zawodowym, jest odpowiedzialność zawodowa, jaką ponoszą przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego za podejmowane przez siebie działania. Współcześnie zawód pielęgniarki zgodnie z prawem funkcjonuje jako zawód regulowany, medyczny oraz samodzielny, a przedstawiciele zawodu za swoje czyny podlegają odpowiedzialności: karnej, cywilnej, pracowniczej oraz zawodowej. Odpowiedzialność karna wynika z naruszenia praw zapisanych w Kodeksie karnym, a w szczególności za nieumyślne spowodowanie śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Odpowiedzialność cywilna ma charakter majątkowy i wynika z naruszenia praw pacjenta, takich jak prawo dostępu do dokumentacji medycznej, prawo do świadczeń zdrowotnych, do ochrony danych osobowych, do informacji, godności oraz do wyrażenia zgody na podejmowane czynności pielęgnacyjne. Odpowiedzialność pracowniczą zaś podnoszą pielęgniarki, które zawód wykonują w ramach umowy o pracę. Karę ponosi pracownik, który zaniecha wykonywania czynności wyznaczonych przez pracodawcę, za co grozi kara dyscyplinarna lub finansowa. Odpowiedzialność zawodowa dotyczy nieprzestrzegania zasad podczas wykonywania zawodu. Nad prawidłowym wykonywaniem zawodu czuwają samorządy zawodowe, do których zadań należy orzekanie w podmiocie odpowiedzialności zawodowej za przewinienia wykonane podczas pracy, co zgodne jest z ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych. Za

nieprzestrzeganie zasad oraz przepisów pielęgniarcom grożą także poważniejsze kary, takie jak utrata prawa wykonywania zawodu, bądź pozbawienie wolności [12].

CELE PRACY

Celem pracy była:

1. Analiza postrzegania zawodu pielęgniarstwa przez społeczeństwo.
2. Określenie wpływu miejsca zamieszkania na postrzeganie zawodu pielęgniarstwa.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono wśród osób dorosłych zamieszkujących województwo podlaskie. Badaniem objęto 140 osób dorosłych, z czego 78 ankietowanych zamieszkiwało miasto, a 62 ankietowanych wieś. Dobór grupy badawczej był losowy.

W badaniach wykorzystano sondaż diagnostyczny, z zastosowaniem kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej dla celów pracy. Ankieta była anonimowa i udział w niej był dobrowolny.

Kwestionariusz ankiety zawierał 25 pytań – jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru. Zastosowano 18 pytań zamkniętych i 7 pytań półotwartych. Ankieta składała się z 6 pytań ogólnych (metryczkowych) dotyczących: płci, miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia, statusu zawodowego oraz stanu cywilnego oraz 19 pytań szczegółowych, dotyczące pracy pielęgniarstwa oraz prestiżu tego zawodu.

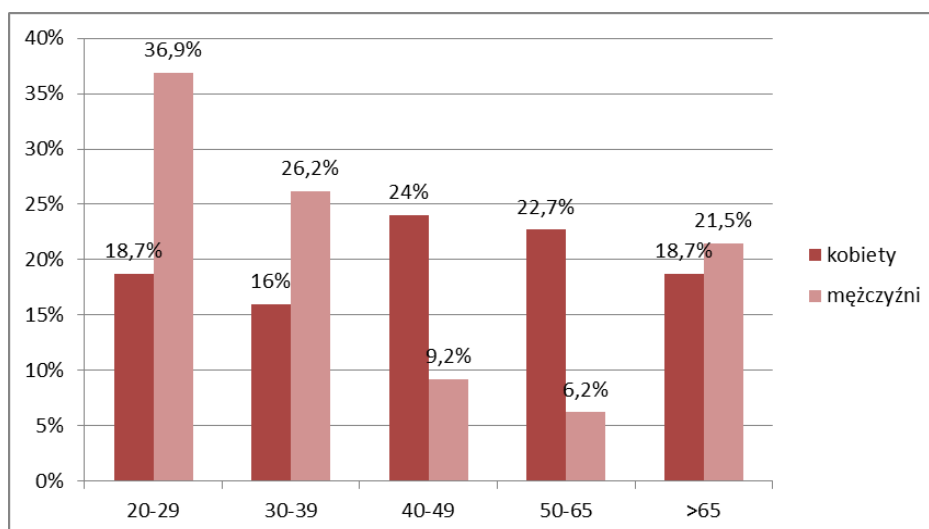
Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

WYNIKI

W badaniu udział wzięło 140 osób: 75 kobiet (53,6%) i 65 mężczyzn (46,4%). Badana grupa zróżnicowana była pod względem miejsca zamieszkania. Wśród badanych 78 osób (55,7%) pochodziło z miasta, natomiast ze wsi 62 osoby (44,3%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 20-29 lat (27,1%), zaś najmniej liczną grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 50-65 lat (15%).

Analizując strukturę wieku pod kątem płci w przedziale wiekowym 20-39 lat większość ankietowanych stanowili mężczyźni, zaś w przedziale wiekowym 40-65 lat ilościowo przeważały kobiety. W najwyższej grupie wiekowej (>65 lat) ilość ankietowanych była na podobnym poziomie, co zobrazowuje Rycina 1.



Rycina 1. Wiek respondentów z podziałem na płeć

Analizując wykształcenie oraz status społeczny respondentów wykazano, że największa liczba osób posiadała wykształcenie średnie – 46,2% respondentów oraz wykonuje pracę fizyczną – 33,6% respondentów.

Odnotowano również spory udział osób z wykształceniem wyższym (34,3%) oraz osób wykonujących pracę umysłową (27,1%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (7,1%) oraz osoby bezrobotne (5,7%).

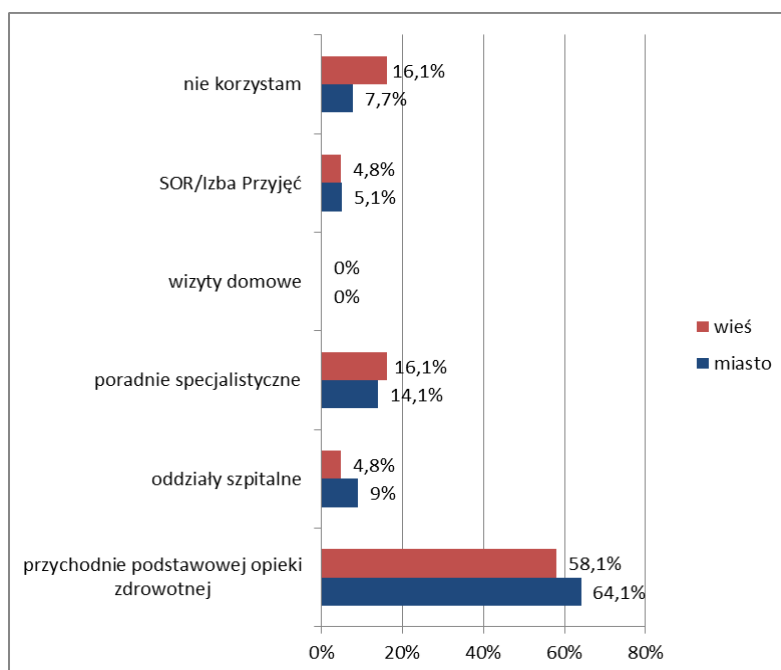
Wśród 140 ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby przebywające w stałym związku małżeńskim (44,3%), zaś najmniej liczną wdowy oraz wdowce (6,4%). Wśród kobiet ponad połowa to mężatki (56,7%), co stanowi najliczniejszą grupę ankietowanych kobiet.

Natomiast wśród mężczyzn najliczniejszą grupę stanowili kawalerowie (56,9%). W przypadku obu płci najmniej liczną grupę stanowiły wdowy (8%) oraz wdowce (4,6%).

Wśród osób zamieszkujących województwo podlaskie, ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, że z opieki pielęgniarskiej najczęściej korzysta w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej. Była to najczęściej udzielana odpowiedź zarówno wśród osób zamieszkujących miasto, jak i wieś.

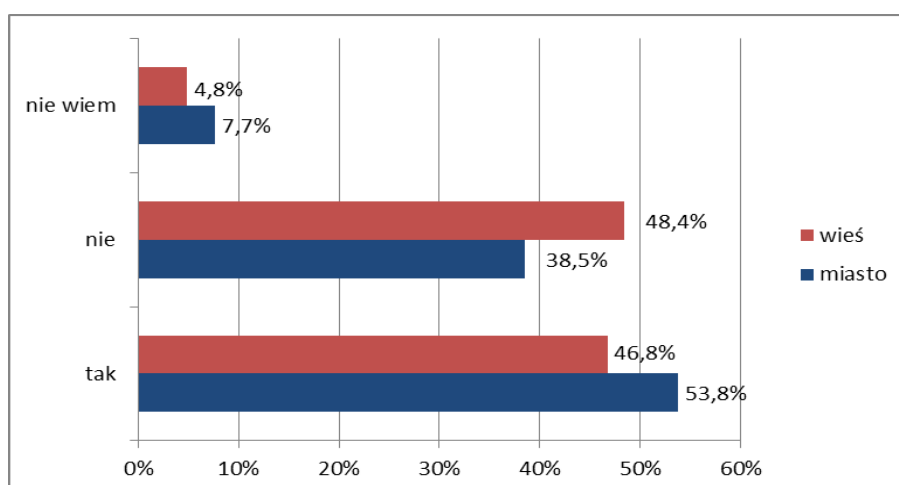
Odpowiedź „nie korzystam z opieki pielęgniarskiej” była wybierana częściej przez osoby zamieszkujące wieś (16,1%) niż miasto (7,7%).

Nikt z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi, iż z opieki pielęgniarskiej korzystał podczas wizyt domowych. Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Miejsca, w których ankietowani najczęściej korzystają z opieki pielęgniarskiej

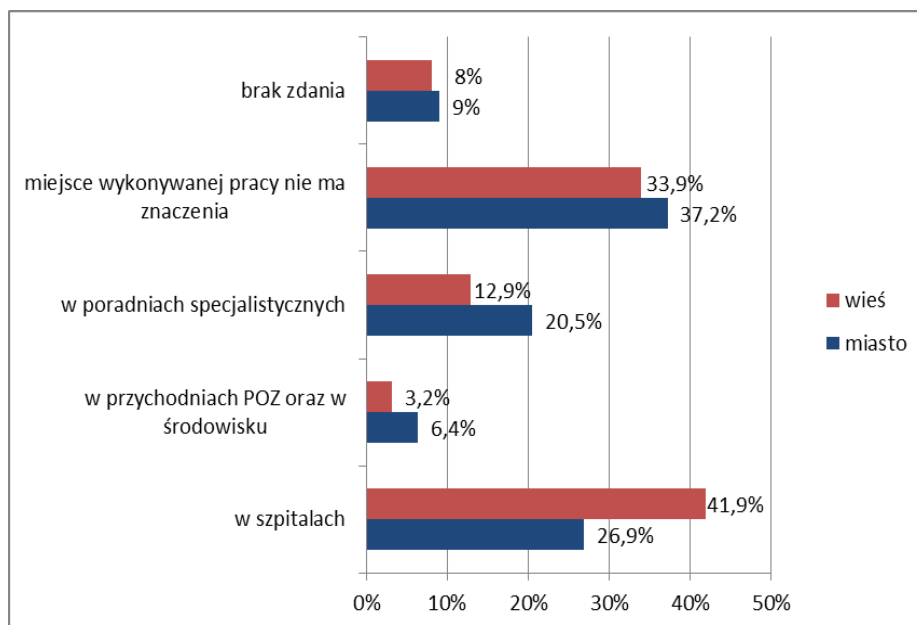
Ponad połowa odpowiedziała, iż według nich zawód pielęgniarki cieszy się szacunkiem wśród społeczeństwa - była to najczęściej wybierana odpowiedź wśród osób zamieszkujących miasto (53,8%). Odpowiedź według, której zawód pielęgniarki nie cieszy się szacunkiem wśród społeczeństwa była częściej wybierana przez osoby zamieszkujące wieś (48,4%) niż osoby zamieszkujące miasto (38,5%), co prezentuje Rycina 3.



Rycina 3. Charakterystyka odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych na pytanie: „Czy zawód pielęgniarki cieszy się szacunkiem wśród społeczeństwa?”

Ankietowani najczęściej podawali, iż miejsce wykonywanej pracy przez pielęgniarkę nie ma wpływu na lepsze postrzeganie tego zawodu przez społeczeństwo - była to jednocześnie najczęściej udzielana odpowiedź wśród ludności zamieszkującej miasto

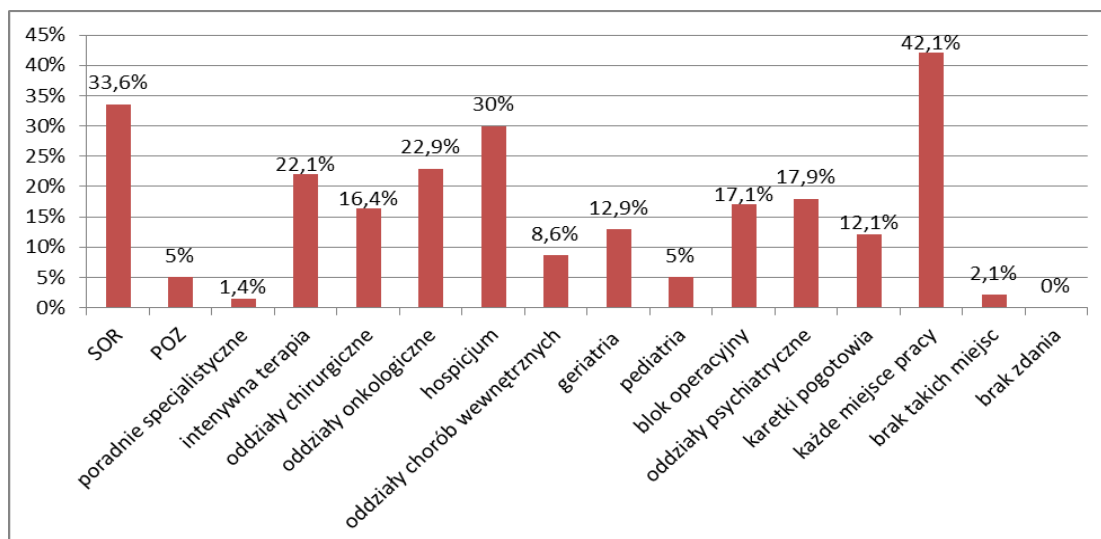
(37,2%). Sporo respondentów odpowiedziało, że praca pielęgniarki wykonywana w szpitalu jest lepiej oceniana przez społeczeństwo – była to z kolei najczęstsza odpowiedź u osób zamieszkujących wieś (41,9%). Najrzadziej udzielaną odpowiedzią zarówno przez osoby zamieszkujące miasto (6,4%), jak i wieś (3,2%) było twierdzenie, iż pielęgniarki pracujące w przychodniach POZ oraz w środowisku są lepiej postrzegane przez społeczeństwo. Szczegółową analizę danych przedstawia Rycina 4.



Rycina 4. Miejsca pracy, w których według ankietowanych praca pielęgniarki jest lepiej postrzegana przez społeczeństwo

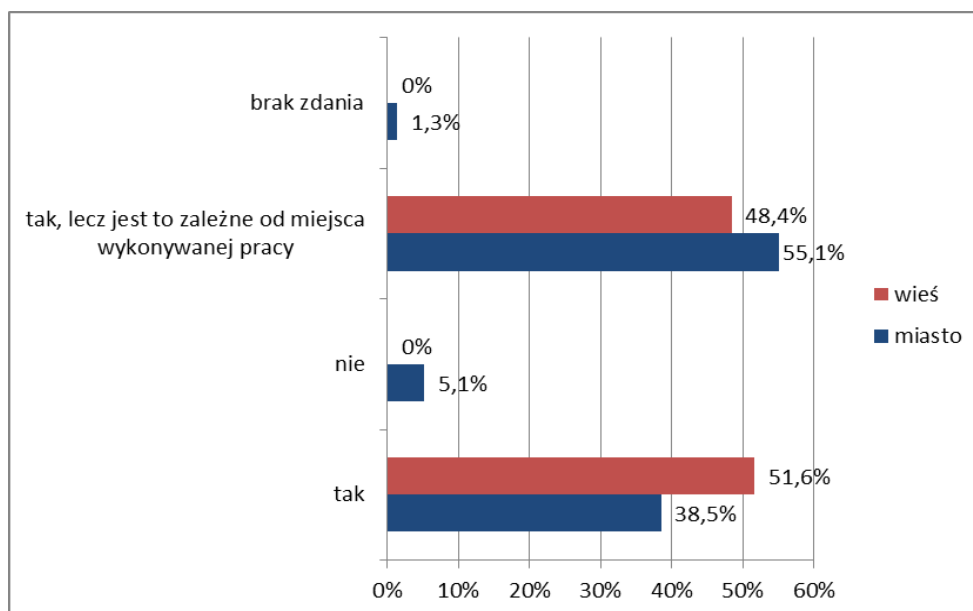
Najwięcej ankietowanych uważało, iż każde miejsce pielęgniarki jest tak samo trudne i niedoceniane przez społeczeństwo (42,1%). Dużą liczbę odpowiedzi uzyskały również takie oddziały jak: szpitalny oddział ratunkowy (33,6%), hospicjum (30%), oddziały onkologiczne (22,9%) oraz oddziały intensywnej terapii (22,1%). Najmniej, bo tylko 1,4% respondentów uważało, iż trudnym i niedocenianym miejscem pracy pielęgniarki są poradnie specjalistyczne, co zobrazowuje Rycina 5.

Zdecydowana większość ankietowanych uznała, iż praca pielęgniarki wiąże się z wykonywaniem dużego wysiłku fizycznego. Odpowiedź, która wskazywała, że wysiłek fizyczny w pracy pielęgniarki zależy jest od miejsca wykonywanej pracy, występowała częściej wśród osób zamieszkujących miasto (55,1%) niż wieś (48,4%). Wśród populacji miejskiej nieznaczna ilość ankietowanych (5,1%) odpowiedziała, że praca pielęgniarki nie wiąże się z dużym wysiłkiem fizycznym, podobna odpowiedź nie została podana przez osoby zamieszkujące wieś, pozostałe dane przedstawiono na Rycinie 6.



*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

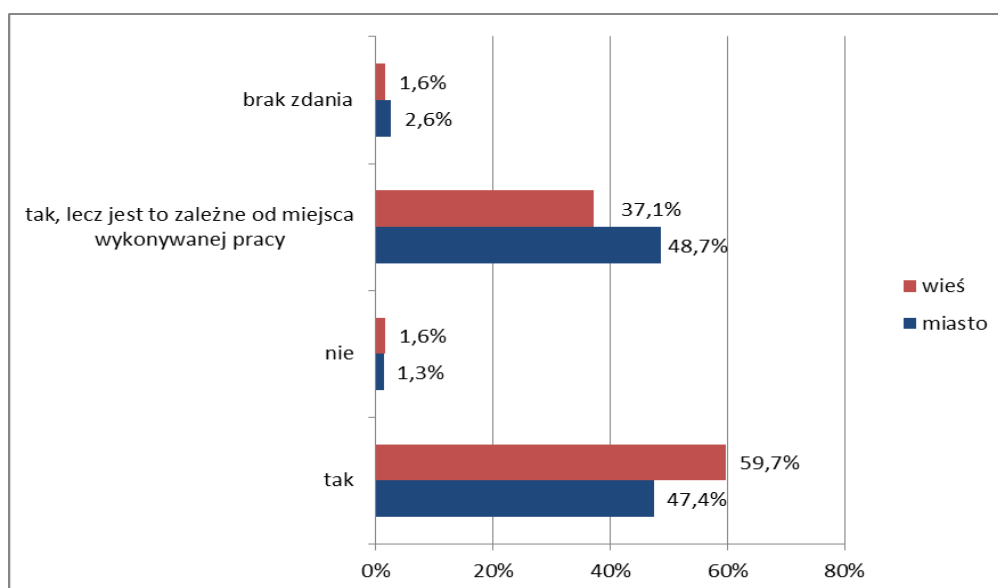
Rycina 5. Miejsca pracy pielęgniarki, które według ankietowanych należą do najbardziej trudnych i niedocenianych przez społeczeństwo



Rycina 6. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy praca pielęgniarki wiąże się z dużym wysiłkiem fizycznym?”

Większość ankietowanych zgodziło się z odpowiedziami, z których wynikało, iż praca pielęgniarki wiąże się z wyczerpującym wysiłkiem psychicznym. Wśród społeczności miejskiej częściej padała odpowiedź, iż wysiłek psychiczny podczas pracy pielęgniarki zależy od miejsca wykonywanej pracy (48,7%). Społeczność wiejska częściej wybierała odpowiedź „tak”, nie łącząc wysiłku psychicznego w pracy pielęgniarki z miejscem wykonywanej pracy

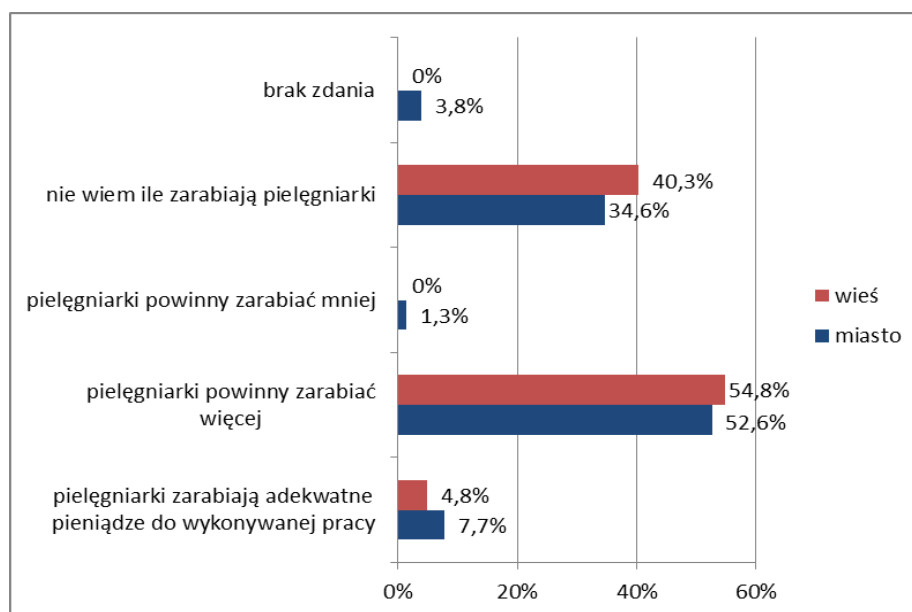
- odpowiedziała tak ponad połowa ankietowanych zamieszkujących wieś (59,7%). Dokładną analizę danych przedstawiono na Rycinie 7.



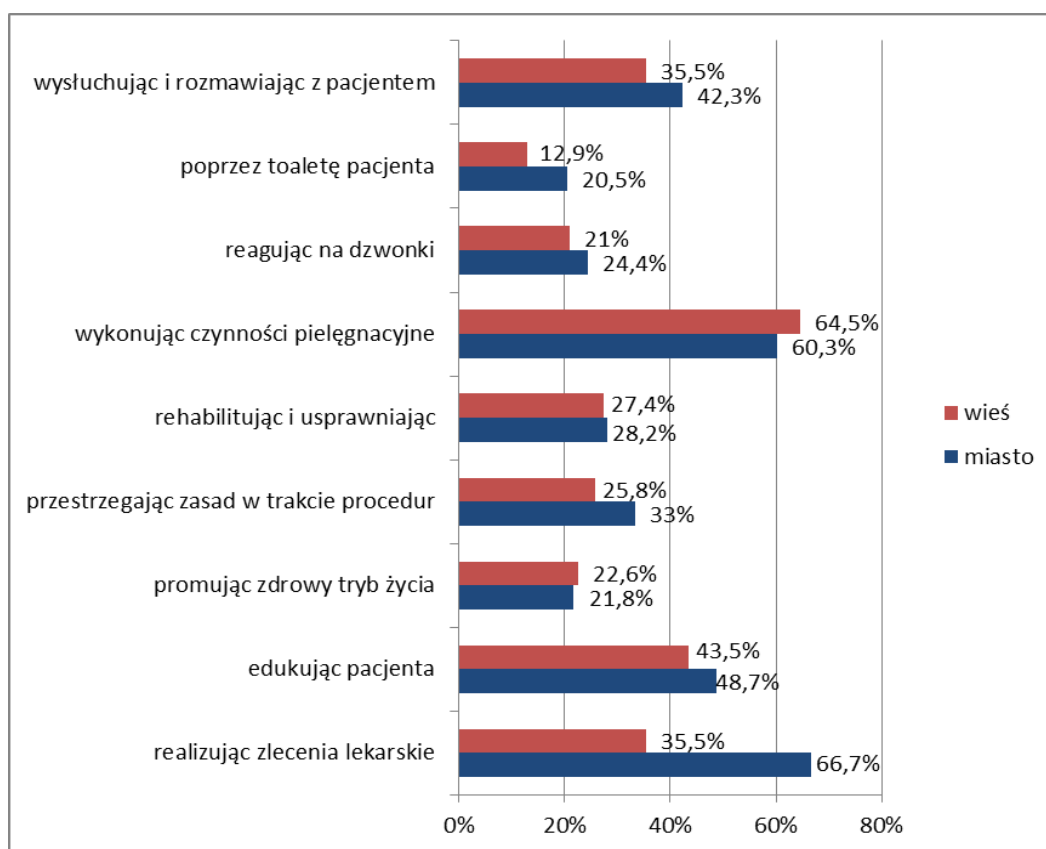
Rycina 7. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy praca pielęgniarki wiąże się z wyczerpującym wysiłkiem psychicznym?”

Ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, iż pielęgniarki powinny zarabiać więcej. Ponadto spora ilość ankietowanych twierdziła, że nie wie ile obecnie zarabiają pielęgniarki. Odpowiedź, iż pielęgniarki powinny zarabiać więcej była najczęściej udzielaną odpowiedzią zarówno wśród społeczności miejskiej (52,3%), jak i wiejskiej (54,8%). Wśród populacji osób zamieszkujących miasto pojawiały się odpowiedzi zgodnie, z którymi pielęgniarki powinny zarabiać mniej lub ankietowana osoba nie miała zdania na ten temat, co nie miało miejsca wśród ankietowanych zamieszkujących wieś, pozostałe dane przedstawiono na Rycinie 8.

Zdecydowana większość ankietowanych odpowiadając na pytanie „W jaki sposób pielęgniarki wpływają na poprawę jakości zdrowia?” wybierała odpowiedzi o znaczeniu pozytywnym. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „wykonywanie czynności pielęgnacyjnych (takich jak pobieranie krwi, zakładanie igieł do żyły, sond żołądkowych itp.)”. Najwięcej ankietowanych zamieszkujących miasto uważała, że pielęgniarki przyczyniają się do poprawy jakości zdrowia zwłaszcza „poprzez realizację zleceń lekarskich” (66,7%), a nieco mniej uważała, iż „poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych” (60,3%). Osoby zamieszkujące wieś najczęściej odpowiadały, że pielęgniarki podnoszą jakość zdrowia pacjenta „poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych” (65,5%). Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 9.



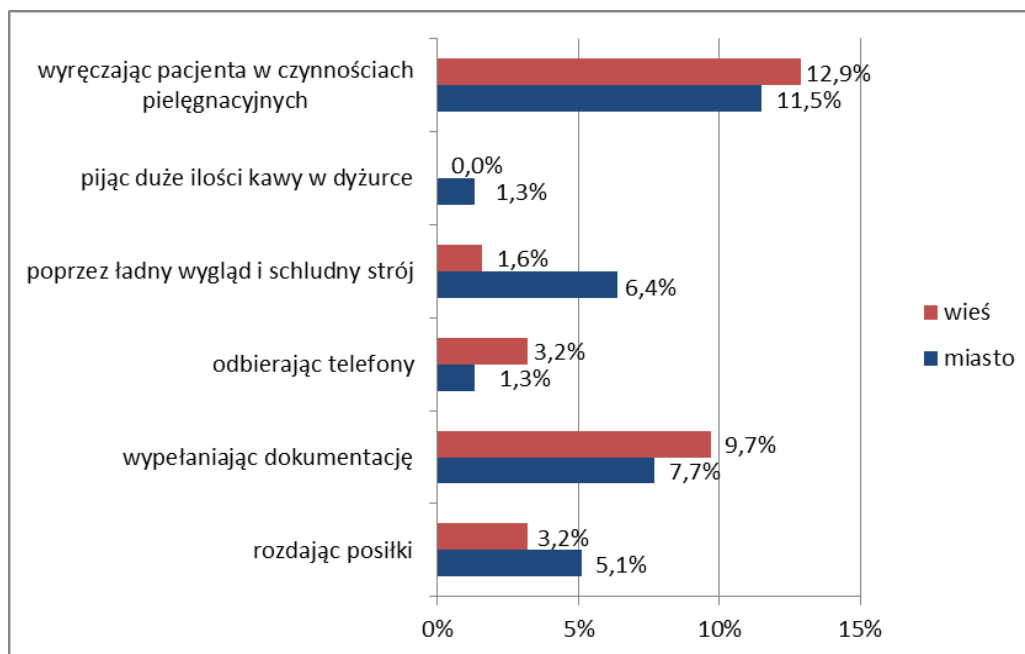
Rycina 8. Opinia ankietowanych na temat zarobków pielęgniarek



*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Rycina 9. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie:
„W jaki sposób pielęgniarka wpływa na poprawę jakości zdrowia?”
– znaczenie pozytywne

Do najrzadziej udzielanych odpowiedzi należało: „ładny wygląd i schludny strój” oraz „odbieranie telefonów”. Wśród osób zamieszkujących wieś nikt nie podał odpowiedzi twierdzącej, że picie kawy w dyżurce przyczynia się do poprawy jakości zdrowia pacjenta, pozostałe dane przedstawiono na Rycinie 10.



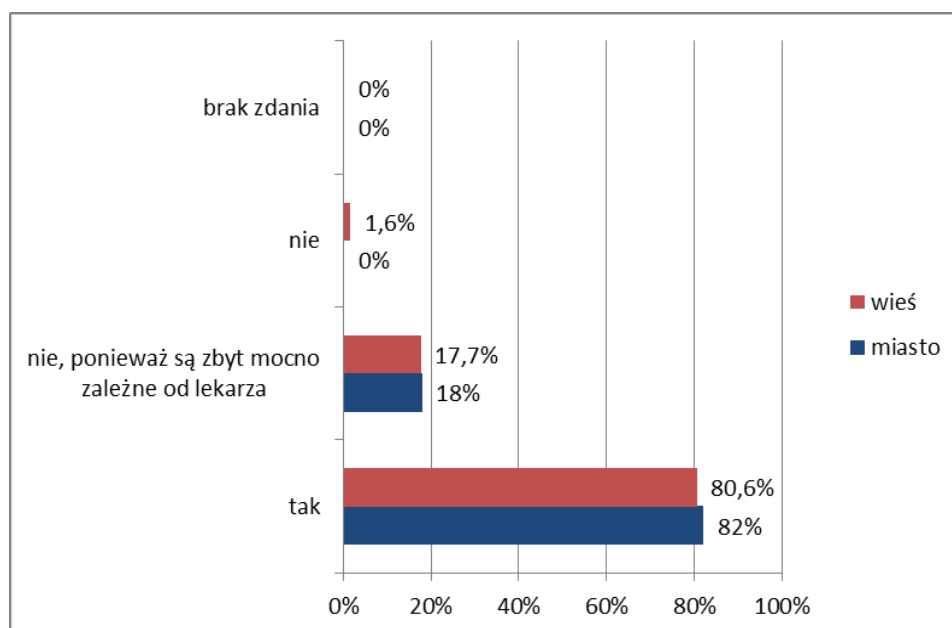
*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Rycina 10. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie:
„W jaki sposób pielęgniarka wpływa na poprawę jakości zdrowia?”
– znaczenie negatywne

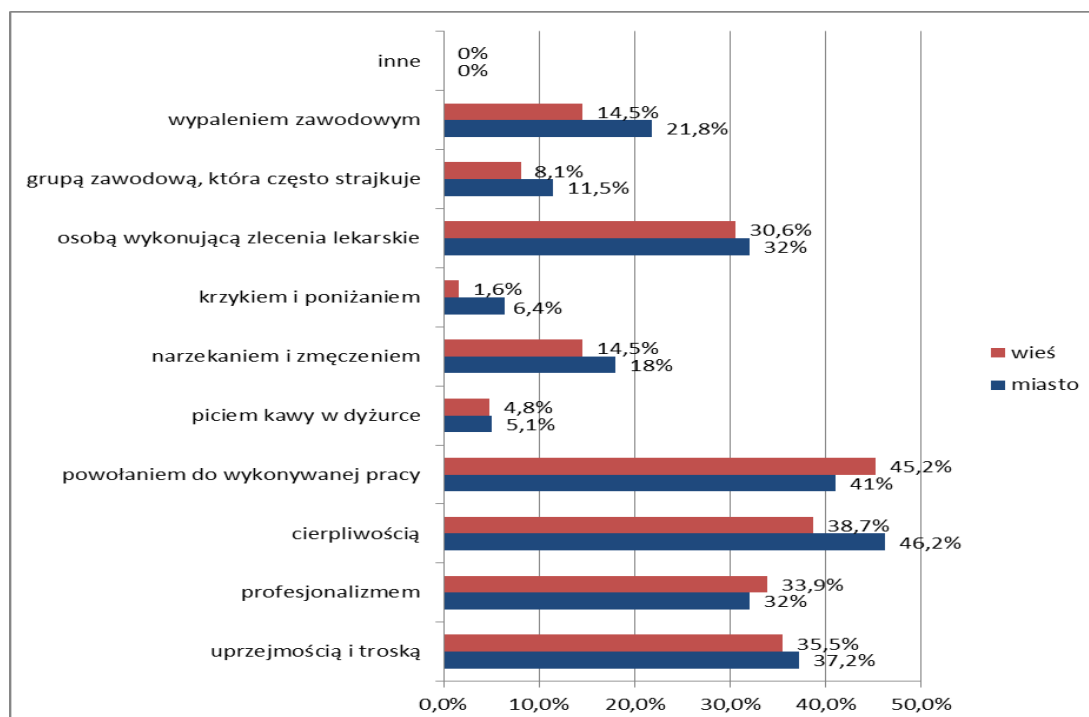
Zdecydowana większość respondentów uważała, iż zawód pielęgniarki cechuje wysoka odpowiedzialność za życie i zdrowie drugiego człowieka. Wśród odpowiedzi zaprzeczających temu stwierdzeniu, częściej wybierano twierdzenie, z którego wynikało, iż jest to spowodowane zbyt dużym uzależnieniem pielęgniarek od lekarzy. Podobne wyniki kształtowały się wśród osób zamieszkujących miasto i wieś, co zobrazowuje Rycina 11.

Zdecydowana większość ankietowanych w odpowiedzi na pytanie: „Z czym kojarzy się zawód pielęgniarki?” wybierała skojarzenia o pozytywnym znaczeniu dla zawodu pielęgniarki. Wśród 140 ankietowanych najczęściej wybierano odpowiedzi, iż zawód pielęgniarki kojarzy się z „cierpliwością” oraz „powołaniem do wykonywanej pracy”. Najrzadziej wybieranymi skojarzeniami było: „picie kawy w dyżurce” oraz „krzyk i poniżanie”. Skojarzenia o znaczeniu negatywnym częściej udzielali ankietowani zamieszkujący miasto. Wśród ankietowanych nie podano własnych skojarzeń, co na rycinie

ujęto jako „inne”. Podobne wyniki kształtowały się w obu porównywalnych grupach, szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 12.



Rycina 11. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy zawód pielęgniarki cechuje wysoka odpowiedzialność za życie i zdrowie drugiego człowieka?”

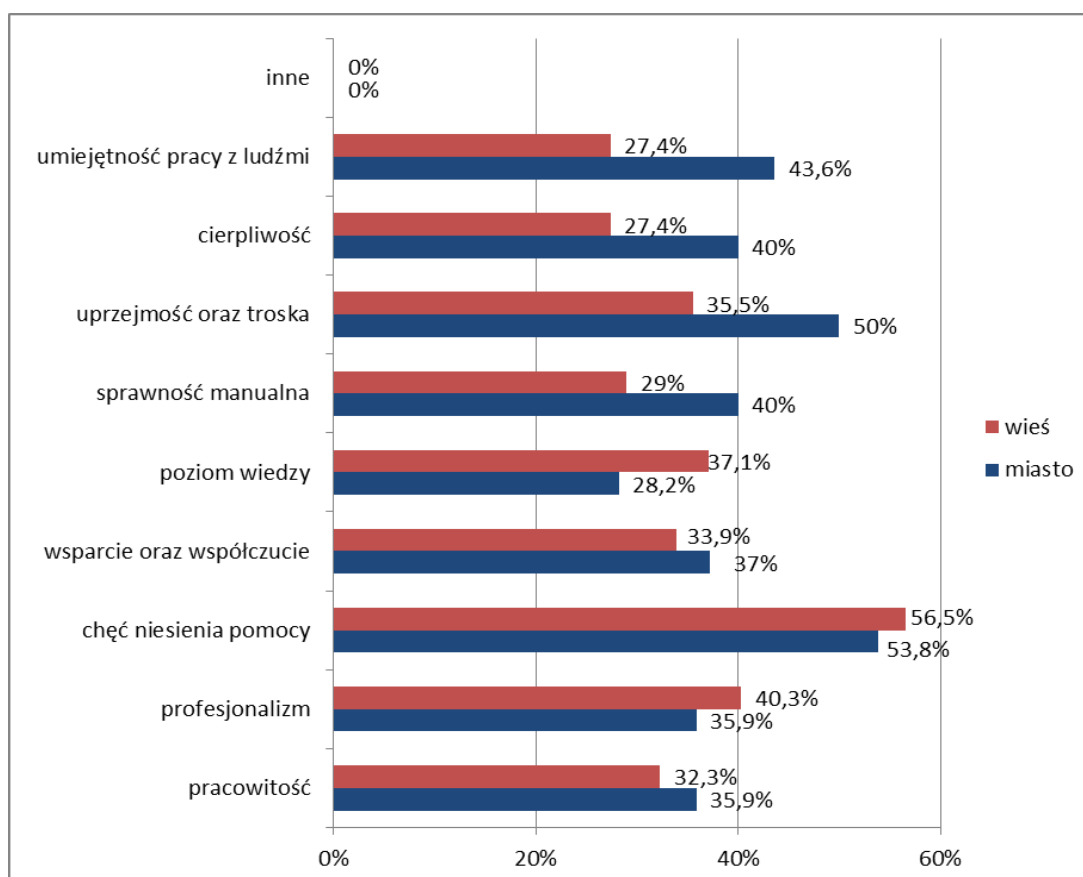


*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Rycina 12. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Z czym kojarzy się zawód pielęgniarki?”

W obu porównywalnych grupach ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, iż zawód pielęgniarstwa najbardziej ceni za chęć niesienia pomocy. Wśród osób populacji miejskiej odpowiedź tą wybrało 53,8% ankietowanych, a w populacji wiejskiej 56,5% ankietowanych. Widoczne różnice pomiędzy badanymi grupami istniały w odpowiedziach takich jak: „sprawność manualna”, „uprzejmość i troska”, „cierpliwość” oraz „umiejętność pracy z ludźmi” - wymienione odpowiedzi były znacznie częściej udzielane przez osoby zamieszkujące miasto, którzy zgodnie z ankietą w najmniejszym stopniu cenią zawód pielęgniarstwa za poziom wiedzy (28,2%).

Spośród osób zamieszkujących wieś odpowiedzi takie jak „cierpliwość” (27,4%) oraz „umiejętność pracy z ludźmi” (27,4%) były najrzadziej udzielanymi odpowiedziami. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 13.

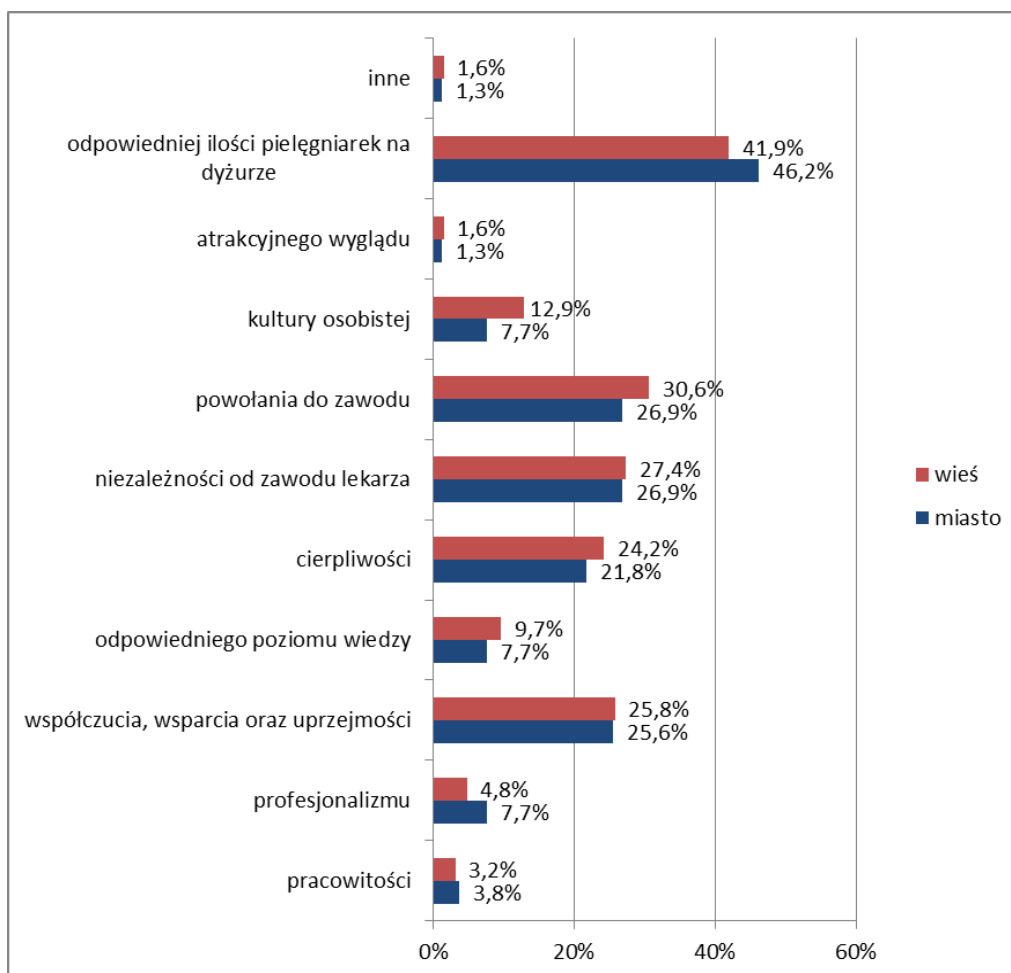


*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru
Rycina 13. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Co najbardziej ceni się w zawodzie pielęgniarstwa?”

Według większości ankietowanych w zawodzie pielęgniarstwa najbardziej brakuje odpowiedniej ilości pielęgniarek na dyżurze. Była to najczęściej udzielana odpowiedź w środowisku miejskim (46,2%) oraz środowisku wiejskim (41,9%). W obu porównywalnych

grupach najrzadziej wybieranymi odpowiedziami była odpowiedź: „atrakcyjny wygląd” oraz „pracowitość”.

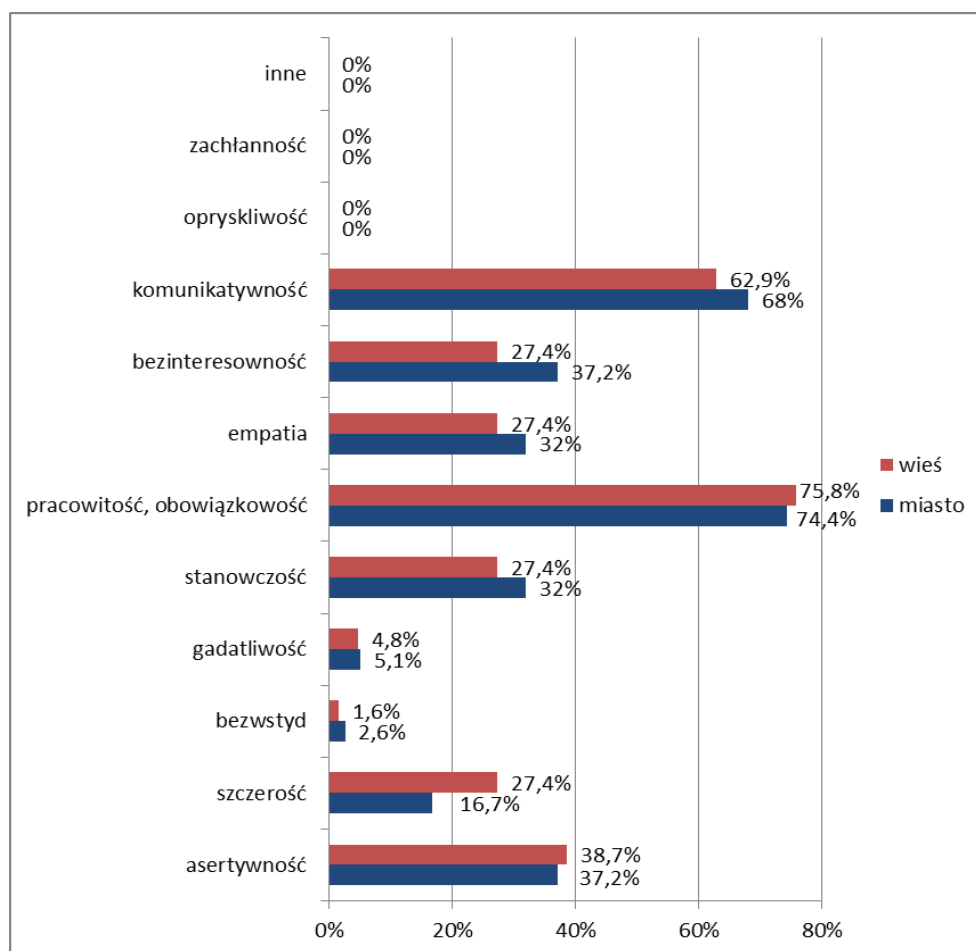
Dwóch ankietowanych podało własne odpowiedzi, według których niczego nie brakuje w zawodzie pielęgniarki. Podobne wyniki kształtowały się w obu porównywalnych środowiskach, co przedstawia Rycina 14.



*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Rycina 14. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czego najbardziej brakuje w zawodzie pielęgniarki?”

Spośród 140 ankietowanych, aż $\frac{3}{4}$ respondentów odpowiedziało, że pielęgniarka powinna być pracowita i obowiązkowa. Była to najczęściej wybierana odpowiedź w obu porównywalnych grupach: miasto (74,4%) i wieś (75,8%). Dodatkowo sporo ankietowanych uważało, że pielęgniarka powinna być także komunikatywna. Do odpowiedzi, które nie zostały udzielone przez ankietowanych należało „opryskliwość” oraz „zachłanność”. Wyniki w obu porównywalnych środowiskach były podobne, co zostało przedstawione na Rycinie 15.

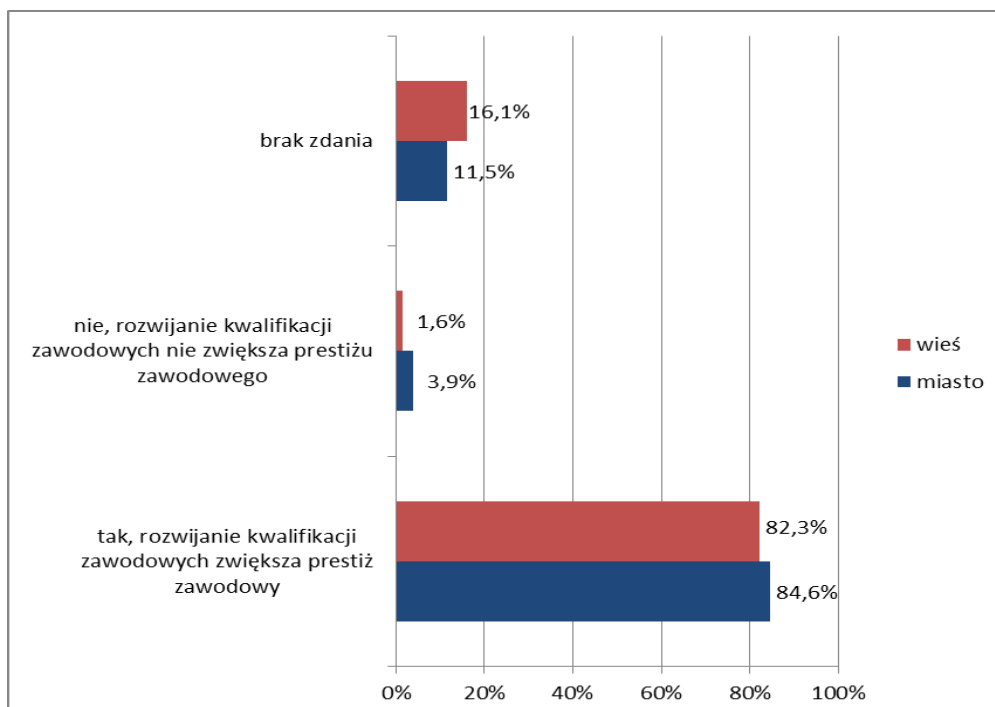


*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

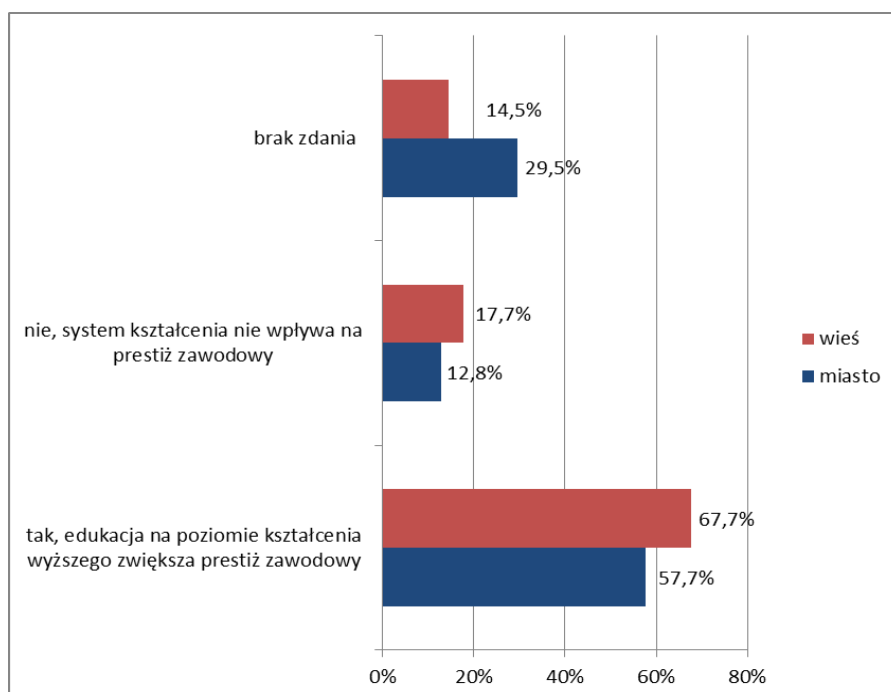
Rycina 15. Cechy charakteru, które według ankietowanych powinna posiadać pielęgniarka

Zdecydowana większość ankietowanych zamieszkujących zarówno miasto, jak i wieś zgadzała się, że stwierdzeniem, iż zwiększanie kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki zwiększa ich prestiż zawodowy. Tylko 3,9% ankietowanych zamieszkujących miasto oraz 1,6% ankietowanych zamieszkujących wieś nie zgadzała się z powyższym stwierdzeniem. Szczegółowe wyniki przedstawiono na Rycinie 16.

Większość ankietowanych odpowiedziała, iż rozpoczęcie edukacji na poziomie kształcenia wyższego, tym samym likwidując możliwość zdobycia wykształcenia średniego zawodowego przez pielęgniarki, zwiększa ich prestiż zawodowy. Była to najczęściej udzielana odpowiedź zarówno przez osoby zamieszkujące miasto (57,7%), jak i wieś (67,7%). Wśród społeczności miejskiej było więcej osób nie mających zdania na temat wpływu systemu kształcenia pielęgniarek na ich prestiż zawodowy (29,5%) w porównaniu do osób zamieszkujących wieś (14,5%), co przedstawiono na Rycinie 17.

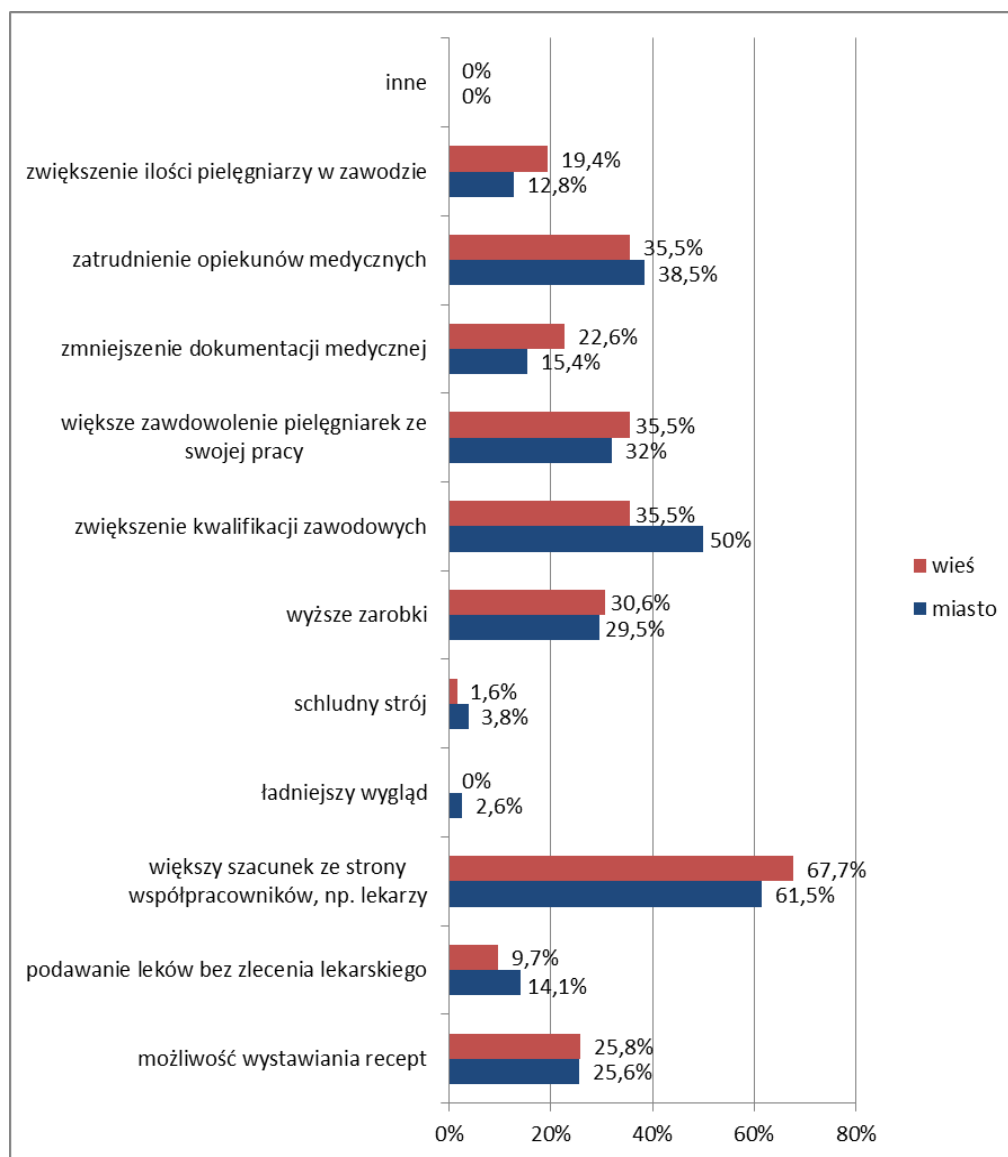


Rycina 16. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy rozwijanie kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki zwiększa ich prestiż zawodowy?”



Rycina 17. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy prestiż zawodowy pielęgniarek zwiększył się na przestrzeni lat umożliwiając pielęgniarkom zdobycie wykształcenia wyższego likwidując wykształcenie średnie zawodowe?”

Ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, iż prestiż zawodowy pielęgniarek mógłby poprawić większy szacunek do pielęgniarek ze strony współpracowników, np. lekarzy. Była to najczęściej udzielana odpowiedź wśród osób z miasta (61,5%) oraz wśród osób ze wsi (67,7%). Dodatkowo oba porównywalne środowiska zadeklarowały, iż najmniejszy wpływ na poprawę prestiżu zawodowego ma „ładny wygląd” oraz „schludny strój”, szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 18.

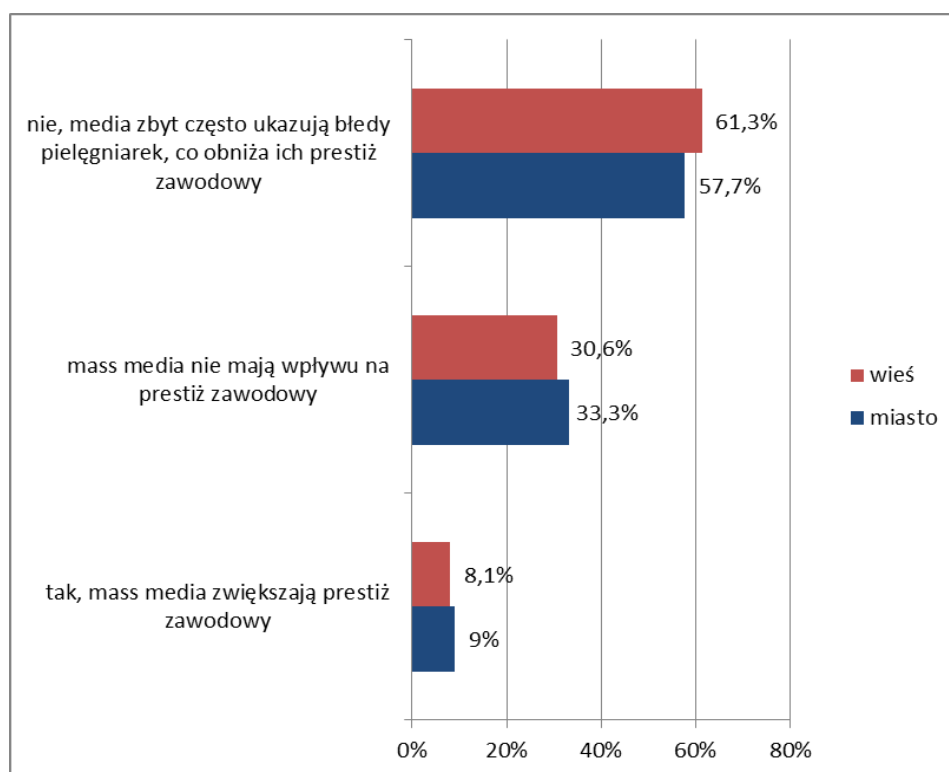


*Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnego wyboru

Rycina 18. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Co mogłoby poprawić prestiż zawodowy pielęgniarek?”

W obu porównywalnych środowiskach najczęściej udzielaną odpowiedzią było stwierdzenie, iż media zbyt często ukazują błędy pielęgniarek, co obniża ich prestiż zawodowy. Tylko 9% respondentów z miasta oraz 8,1% ankietowanych ze wsi odpowiedziało,

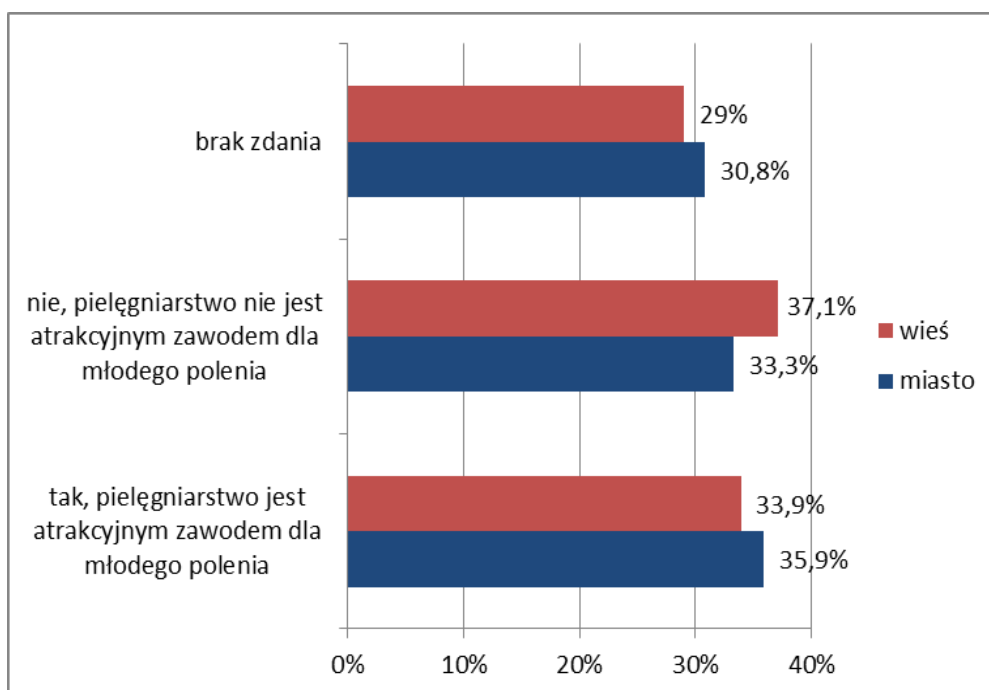
że mass media zwiększają prestiż zawodowy pielęgniarek. Pozostałe dane przedstawiono na Rycinie 19.



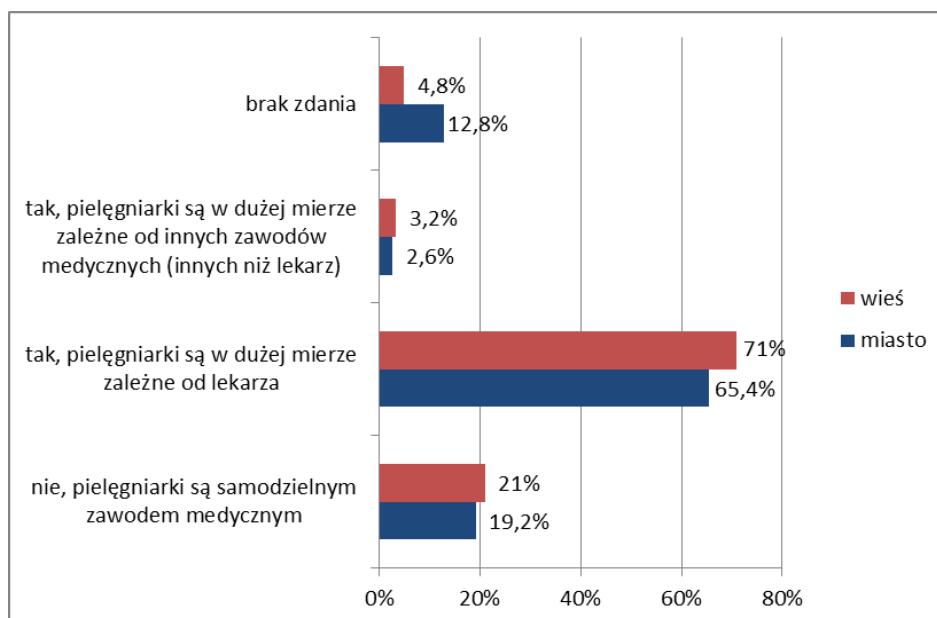
Rycina 19. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy obraz pielęgniarstwa kreowany w mass mediach pozytywnie wpływa na opinie społeczną?”

Wszystkie odpowiedzi na pytanie „Czy zawód pielęgniarstwa jest atrakcyjnym zawodem dla młodego pokolenia?” były wybierane w podobnej ilości przez respondentów, co nie oddaje jednoznacznej odpowiedzi na powyższe pytanie. Obie porównywalne grupy udzielały podobnych odpowiedzi pod względem ilościowym, co prezentuje Rycina 20.

Zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała, iż zawód pielęgniarstwa w dużej mierze zależy od zawodu lekarza. Była to najczęściej udzielana odpowiedź wśród osób zamieszkujących miasto (65,4%) oraz osób zamieszkujących wieś (71%). Najrzadziej udzielaną odpowiedzią w obu porównywalnych grupach było stwierdzenie, iż zawód pielęgniarstwa w dużej mierze zależy od innych zawodów medycznych, innych niż lekarz, odpowiedź tą udzieliło 2,6% osób zamieszkujących miasto oraz 3,2% osób zamieszkujących wieś. Tylko 1/5 respondentów odpowiedziało, że zawód pielęgniarstwa jest zawodem samodzielnym, co przedstawiono na Rycinie 21.



Rycina 20. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy zawód pielęgniarstwa jest atrakcyjnym zawodem dla młodego pokolenia?”



Rycia 21. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych na pytanie: „Czy zawód pielęgniarstwa jest zawodem zależnym od innych zawodów medycznych?”

DYSKUSJA

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia „*pielęgniarstwo to sprawowanie opieki nad chorym oraz zapobieganie chorobom i umacnianie zdrowia*” [13]. Chociaż

pielęgniarstwo i czynności związane z pielęgnowaniem praktykowane były już w starożytności, zawodem stało się dopiero w 1860 roku za sprawą założenia pierwszej szkoły pielęgniarskiej w Londynie przez Florenc Nightingale [14].

Obecnie pielęgniarstwo jest zawodem powszechnie spotykanym. Z badań własnych wynika, iż najczęściej ankietowanych z opieki pielęgniarskiej korzystało najczęściej w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym 64,1% osób zamieszkujących miasto oraz 58,1% osób zamieszkujących wieś.

Z biegiem czasu zawód pielęgniarki ulegał zmianom. Przekształceniom uległa m.in. edukacja, zakres wykonywanych zadań, samodzielność zawodowa oraz pozycja społeczna zawodu. Z badań przeprowadzonych przez Sobczak i Kamińską wynika, iż pielęgniarstwo cieszy się średnim uznaniem wśród społeczeństwa [2]. Podobne wyniki zgodnie, z którymi prestiż zawodowy pielęgniarek ocenia się na poziomie średnim uzyskała Mędrzecka-Dąbrowska i wsp. prowadząc badania w grupie ponad 6 tysięcy pacjentów [15]. Inne wyniki natomiast prezentują badania Siwek i Nowak-Starz, według których prestiż pielęgniarek ocenia się na poziomie wysokim [5]. Pomimo to w literaturze nadal można znaleźć badania, w których prestiż zawodowy pielęgniarek ocenia się na poziomie niskim. Badania takie przedstawiła Pietrzak badając opinię ludzi młodych klas maturalnych [16].

Z analizy przeprowadzonych badań własnych wynika, iż obecnie zawód pielęgniarki cieszy się średnim szacunkiem wśród społeczeństwa. Ze stwierdzeniem, iż pielęgniarki cieszą się uznaniem wśród społeczeństwa zgadzało się 53,8% osób zamieszkujących miasto oraz 46,8% osób zamieszkujących wieś. Przeciwną odpowiedź wybrało 38,5% osób z miasta oraz 48,4% osób ze wsi.

Jak się okazuje prestiż zawodowy na poziomie średnim nie wyklucza pozytywnego odbioru zawodu pielęgniarek wśród społeczeństwa, jak również nie wyklucza braków występujących w tym zawodzie. Badania własne pokazały, iż większość ankietowanych z obu badanych grup kojarzy zawód pielęgniarki oraz ceni, za cechy takie jak: cierpliwość, profesjonalizm, uprzejmość i troska, powołanie do wykonywanej pracy, pracowitość oraz chęć niesienia pomocy, a dobra pielęgniarka powinna być pracowita, obowiązkowa oraz komunikatywna. Według Mędrzycka-Dąbrowskiej i wsp. niezbędną cechą dobrej pielęgniarki jest odpowiedzialność [15].

Analizując dalszą część przeprowadzonych badań zaobserwowano także braki w zawodzie pielęgniarki. Według ankietowanych w zawodzie pielęgniarek najbardziej brakuje odpowiedniej ilości personelu na dyżurze, co przekłada się na jakość sprawowanej opieki. Poza tym wśród ankietowanych znalazła się grupa, która twierdziła, iż pielęgniarkom brakuje

powołania do wykonywanej pracy, cierpliwości oraz niezależność od zawodu lekarza. Dodatkowo badania własne wykazały, iż brak atrakcyjnego wyglądu pielęgniarek respondenci nie zaliczają do braków w tym zawodzie. Odmienne zdanie w tej kwestii ma Przybyła, która stwierdziła, iż pacjenci są baczniymi obserwatorami i krytycznie oceniają nieestetyczny wygląd pielęgniarek oraz często związany z tym rażący makijaż [17].

Na prestiż zawodowy pielęgniarek wpływa wiele czynników. Jednym z nich, który podaje się w literaturze jest miejsce wykonywanej pracy. W przeprowadzonych badaniach w niniejszej pracy aż 41% osób zamieszkujących wieś, a jedynie 26,9 % osób zamieszkujących miasto odpowiedziało, iż pielęgniarki pracujące w szpitalu cieszą się większym prestiżem zawodowy. Pomimo to najwięcej respondentów twierdziło, iż miejsce pracy pielęgniarki nie ma wpływu na prestiż zawodowy, a każdy oddział pracy pielęgniarki jest tak samo trudny i niedoceniany przez społeczeństwo. Analizując dalszą część przeprowadzonych badań określono istotną zależność pomiędzy miejscem wykonywanej pracy a wysiłkiem fizycznym i psychicznym w zawodzie pielęgniarki. Zdecydowana większość respondentów zgodziła się ze stwierdzeniem, iż praca pielęgniarki należy do zawodów ciężkich pod względem psychicznym i fizycznym, a dodatkowo spora część ankietowanych uważała, że stopień ciężkości zależy od miejsca wykonywanej pracy.

Niewątpliwie na prestiż zawodowy pielęgniarek wpływa także świadomość społeczeństwa na temat zadań, które w swojej pracy wykonuje pielęgniarka, a które przyczyniają się do poprawy jakości zdrowia. Badania własne pokazały, że obie porównywalne grupy kojarzą pracę pielęgniarki z wykonywaniem instrumentalnych czynności pielęgnacyjnych, a ponad połowa osób zamieszkujących miasto dodatkowo z wykonywaniem zleceń lekarskich. Podobne wyniki uzyskała Franek i wsp. z badań przeprowadzonych wśród młodzieży licealnej [18]. Badane osoby do zadań pielęgniarki zaliczyły głównie zadania instrumentalne, takie jak: pobieranie krwi, podawanie leków, iniekcje. Nikt z ankietowanych nie udzielił odpowiedzi, w których podałby obowiązki pielęgniarki z zakresu edukacji czy promocji zdrowia. Siwek i wsp. również w swoich badaniach twierdzą, iż badana przez nich grupa miała małą świadomość zadań, jakie obecnie wykonują pielęgniarki [19].

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na prestiż zawodowy pielęgniarek jest rozwijanie kwalifikacji zawodowych. Badania własne pokazały, że 84,6 % osób z miasta i 82,3% osób ze wsi zgadza się ze stwierdzeniem, iż rozwijanie kwalifikacji zawodowych wpływa pozytywnie na prestiż zawodowy pielęgniarek. Podobne wyniki uzyskały Sobczak i Kamińska, które na podstawie swoich badań uznały, iż kształcenie i doksztalcanie

pielęgniarek jest istotnym czynnikiem wpływającym na poziom prestiżu zawodowego [2]. Dodatkowo z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż system kształcenia także wpływa na odbiór zawodu pielęgniarek w społeczeństwie. 57,7% osób zamieszkujących miasto oraz 67,7% osób zamieszkujących wieś przyznało, iż kształtowanie pielęgniarek na poziomie wyższym zwiększa ich prestiż zawodowy.

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na postrzeganie pielęgniarek w społeczeństwie jest wizerunek przedstawicieli zawodu kreowany w mass mediach. Z badań własnych wynika, iż media zbyt często ukazują błędy pielęgniarek, tym samym obniżają ich prestiż zawodowy. Franek i wsp. również twierdzą, iż media prezentują negatywne opinie na temat pielęgniarek, co dodatkowo zniechęca młodych ludzi do podjęcia pracy w tym zawodzie [18]. W tym miejscu warto zauważyć, że w literaturze istnieją również badania na temat atrakcyjności pielęgniarstwa dla przyszłych pokoleń. Franek i wsp. stwierdzają małe zainteresowanie zawodem pielęgniarstwa wśród młodzieży licealnej [18]. Podobne wyniki przedstawiła Pietrzak wykazując, że większość przebadanych licealistów nie podjęłaby pracy w zawodzie pielęgniarki [16]. Badania własne z kolei pokazują, iż poziom atrakcyjności zawodu można ocenić na poziomie średnim. Odpowiedź potwierdzającą atrakcyjność zawodu wybierana była wśród ankietowanych tak samo często, jak odpowiedź przecząca temu stwierdzeniu. Warto podkreślić, iż spora część ankietowanych w odpowiedzi na to pytanie nie miała zdania na ten temat.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na prestiż zawodowy pielęgniarek jest autonomia zawodowa. Z analizy zgromadzonych materiałów wynika, iż zawód pielęgniarki w oczach społeczeństwa nadal w dużej mierze uzależniony jest od lekarza. Uznały tak zarówno osoby zamieszkujące miasto (65,4%), jak i wieś (71%). Tylko 19,2% osób z miasta i 21% osób ze wsi twierdziła, że pielęgniarki są samodzielnym zawodem medycznym. W badaniach przeprowadzonych przez Glińską i wsp. [20] wynika, iż same przedstawicielki zawodu mają niską świadomość na temat zakresu autonomii zawodowej. Inne wyniki z kolei w swoich badaniach uzyskały Skorupska i Machowicz [21]. Autorki stwierdziły, iż pielęgniarki są równorzędnymi partnerami w sprawowaniu opieki, a badani mają świadomość autonomii interwencji pielęgniarstkich.

Co zatem może poprawić oceniany na średnim poziomie prestiż zawodowy pielęgniarek? Z badań własnych wynika, iż najwięcej respondentów stwierdziła, że prestiż zawodowy pielęgniarek mógłby poprawić większy szacunek do pielęgniarek ze strony współpracowników, np. lekarzy. Podobnego zdania byli zarówno osoby zamieszkujące miasto (61,5%), jak i wieś (67,7%). Badania przeprowadzone przez Włodarczyk i Tobolską [22]

potwierdzają, iż wizerunek zawodu pielęgniarki pozytywniej oceniały same przedstawicielki zawodu niż lekarze i pacjenci. Moczydłowska i wsp. [23] twierdziły, iż relacje lekarza z pacjentem są lepsze w odbiorze pacjentów niż relacja lekarza z pielęgniarką.

Na prestiż zawowody pielęgniarek wpływa wiele czynników. Społeczeństwo nadal nie ma pełnej świadomości na temat zakresu obowiązków pielęgniarek oraz autonomii tego zawodu, oceniając i traktując pielęgniarki jako „pomocnika lekarza”. Pomimo to jest to zawód, który ceni się za pracowitość, powołanie do wykonywanej pracy, cierpliwość, troskę oraz profesjonalizm. Dodatkowo badania własne pokazały, iż większość społeczeństwa, zarówno ze środowiska miejskie, jak i wiejskiego jest świadoma odpowiedzialności jakie za życie i zdrowie drugiego człowieka ponoszą pielęgniarki oraz zgadzają się z tym, iż pielęgniarki powinny zarabiać więcej za wykonywaną pracę.

WNIOSKI

1. Osoby dorosłe zamieszkujące województwo podlaskie oceniają prestiż zawodowy pielęgniarek na poziomie średnim.
2. Miejsce zamieszkania nie wpływa istotnie na ocenę prestiż zawodowego zawodu pielęgniarki wśród społeczeństwa.
3. Rozwijanie kwalifikacji zawodowych oraz zmiana systemu kształcenia pielęgniarek zwiększa prestiż zawodowy.
4. Kreowany przez media wizerunek pielęgniarek negatywnie wpływa na status społeczny tego zawodu.
5. Społeczeństwo ma niską świadomość o autonomii zawodowej pielęgniarek.

PIŚMIENNICTWO

1. Janus E., Filar-Mierzwa K.: Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów. *Medycyna Pracy* 2019,70(5): 587-595.
2. Sobczak M., Kamińska B.: Poziom prestiż zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(2): 218-222.
3. Szymaczek M., Galska R., Szot W.: Rola i znaczenie stowarzyszeń zawodowych w podnoszeniu prestiżu zawodowego. *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy* 2011, 1(10): 66-72.
4. Kijak K.: Prestiż zawodowy polskiej pielęgniarki. *Przegląd Urologiczny* 2011, 1(65): 74-75.

5. Siwek M., Nowak-Starz G.: Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, 3(65): 487-494.
6. Kawińska M.: Prestiż zawodu i życie rodzinne pielęgniarek i pielęgniarzy w analizie empirycznej [w:] *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, Łodzińska J., Zaręba S.H., Zarzecki M. (red.). KONTRAST, Warszawa 2017: 61-77.
7. Abramczyk A.: Status społeczny i zawodowy pielęgniarki w Polsce i wybranych krajach europejskich [w:] *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy* 2011, 1(10): 17-26.
8. Kotowska- Wójcik O.: Symbole zawodu pielęgniarzkiego- niechciana tradycja czy korzenie tożsamości? [w:] *Powołanie jako imperatyw zawodowy. Etos polskich pielęgniarek w badaniach socjologicznych*, Łodzińska J., Zaręba S.H., Zarzecki M. (red.). KONTRAST, Warszawa 2017: 47-59.
9. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Specyfika pracy pielęgniarzkiej w szpitalu-warunki pracy i aktualne wyzwania. Część I. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011, 1: 163-167.
10. Sztal A.: Budowanie autorytetu przez pielęgniarek w miejscu pracy. *Magazyn Pielęgniarek i Położnych* 2018, 5: 4-5.
11. Bączyk-Rozwadowska K.: Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia* 2018, 22: 25-48.
12. Nowak A.: Odpowiedzialność w zawodzie pielęgniarki i położnej na wybranych przykładach oraz zdarzenia medyczne w świetle aktualnych przepisów [w:] *Interdyscyplinarny wymiar pielęgniarstwa. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych*, Renn-Żurek A. (red.). Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2018: 185-202.
13. Bodys-Cupak I., Ślusarska B.: Pielęgowanie – ewolucja pojęcia [w:] *Podstawy Pielęgniarstwa Tom I. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarzkiej*, Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). PZWL, Warszawa 2017: 30-42.
14. Leszczyńska M.: Zanim pielęgnowanie stało się zawodem. *Magazyn Pielęgniarek i Położnych* 2018,6: 6-11.
15. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(2): 192-200.

16. Pietrzak M.: Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości – opinia młodzieży klas maturalnych. Nursing as a profession practiced in the future – opinion of junior high school students. *Journal of Education, Health and Sport* 2017, 7(7): 125-140.
17. Przybyła K.: Oczekiwania i postawy wobec pielęgniarek na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy [w:] *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy* 2011, 1(10): 92-106.
18. Franek G., Kulik H., Ferdyn M.: Zainteresowanie zawodem pielęgniarki wśród młodzieży szkół licealnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(4): 423-430.
19. Siwek M., Chmiel I., Dzierga K.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012, 4(41): 73-78.
20. Gliška J., Nowak A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 18(4): 477-482.
21. Skorupska A., Machowicz A.: Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 18(1): 53-59.
22. Włodarczyk D., Tobolska B.: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarza, pacjentów i pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2011, 62(3): 269-279.
23. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza- Brończyk B., Tołoczko H.: Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): 584-595.

ROLA PIELĘGNACYJNA I EDUKACYJNA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z WRZODZIEJACYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO

Izabela Gawor¹, Agata Sacharewicz², Krystyna Piekut³

1. Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Położnictwa, Ginekologii i Opieki Położniczo-Ginekologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) stanowi jedną z dwóch postaci nieswoistych zapaleń jelit. Jest chorobą przewlekłą, a jej etiologia nie jest do końca znana [1].

Na przestrzeni lat liczba zachorowań na nieswoiste zapalenie jelit wzrosła na całym świecie. W ciągu roku zapadalność na UC (Ulcerative colitis) waha się pomiędzy 0-24 osoby na 100 tysięcy, a częstość występowania waha się pomiędzy 4,9 a 500 przypadków na 100 tysięcy osób na całym świecie [2]. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego dotyczy głównie ludzi rasy białej, a częstość jej występowania jest wyższa w krajach wysoko rozwiniętych Europy i Ameryki Północnej [1].

W populacji dziecięcej WZJG najczęściej rozpoznaje się pomiędzy 5 a 16 rokiem życia [3].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest to choroba zapalna obejmująca błonę śluzową odbytnicy, która przemieszcza się w kierunku proksymalnym i może powodować również proces zapalny części lub całości okrężnicy [4]. U młodzieży częściej niż u osób dorosłych stan zapalny obejmuje całe jelito grube [5].

W przypadku łagodnej postaci zapalenia, błona śluzowa jest przekrwiona, jej powierzchnia przypomina papier ścierny natomiast w bardziej nasilonej postaci występują liczne wybroczyny, zmiany krwotoczne oraz obrzęk z drobnymi owrzodzeniami [4].

W ciężkim zapaleniu błona śluzowa jest pokryta dużą ilością owrzodzeń, w związku z czym istnieje ryzyko perforacji, ściany jelita stają się cieńsze, co może doprowadzić do

toksycznego zapalenia okrężnicy lub jej toksycznego rozdęcia [4]. Stan zapalny obejmujący te części jelita grubego powoduje pojawienie się w nim owrzodzeń [6].

Etiologia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Etiologia WZJG pozostaje niewyjaśniona, a w ciągu ostatnich dziesięcioleci pojawiło się wiele prób wyjaśnienia przyczyn powstawania choroby [7]. Uznaje się wieloczynnikową teorię rozwoju choroby, w której wiele czynników powoduje powstanie i nasilenie stanu zapalnego w jelitach, w wyniku czego dochodzi do uszkodzenia tkanek oraz pojawienia się objawów klinicznych [8].

Do przyczyn pojawienia stanu zapalnego zalicza się predyspozycje genetyczne, czynniki środowiskowe oraz immunologiczne [9]. Do rozwoju choroby przyczynia się także czynnik bakteryjny. Skład flory bakteryjnej osoby chorej jest inny niż u osoby zdrowej [10]. Stwierdza się m.in. zwiększoną liczbę szczepów *Bacteroides* i *Enterobacteriaceae* [1], czy też patogenne szczepy m.in. *E.coli* oraz *Desulfibriodesulficans* [11].

Do czynników środowiskowych ryzyka rozwoju choroby zaliczany jest sposób odżywiania, spożywanie substancji chemicznych w żywności oraz stres, który wpływa na ujawnienie się i przebieg WZJG [8,12].

Z badań epidemiologicznych wynika, że wzrost ryzyka zachorowania na nieswoiste zapalenie jelit wiąże się z dietą, a co za tym idzie z małą ilością błonnika, owoców i warzyw z dużą ilością tłuszczu zwierzęcych, cukrów i węglowodanów prostych [13].

W rodzinach osób chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego prowadzone były badania, które wykazały pewną podatność genetyczną na zachorowanie. Również w przypadku bliźniąt jednojajowych zanotowano zależność - jednoczesne zachorowanie na WZJG wynosiło 6-18%, co wskazuje na to, że czynniki genetyczne same w sobie nie wystarczają do pojawienia się choroby [14]. Czynnikiem genetycznym, który zwiększa szansę zachorowania na WZJG obejmuje gen, który zlokalizowany jest na 12 chromosomie - IBD2 [12].

Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Na diagnozę choroby u dzieci składają się dane z wywiadu, wyniki badania fizykalnego, testów laboratoryjnych oraz ocena badań endoskopowych, obrazowych i histopatologicznych [3,15]. Żadne z badań wykonywane pojedynczo nie umożliwia zdiagnozowania choroby, a to jej prawidłowe rozpoznanie jest warunkiem zastosowania odpowiedniego leczenia i tym samym osiągnięcia sukcesu terapeutycznego [15,16].

W przeprowadzanym wywiadzie należy zwrócić uwagę na charakter bólu brzucha, biegunki - szczególnie te z domieszką krwi i stany gorączkowe o niejasnej etiologii. Ważnym

aspektem są dane uzyskane z wywiadu rodzinnego oraz informacje o ostatnio stosowanej antybiotykoterapii [3]. Prawidłowo przeprowadzony wywiad umożliwia postawienie odpowiedniej diagnozy oraz udzielenie właściwej pomocy choremu [17].

W badaniu fizykalnym można stwierdzić bolesność palpacyjną, która zlokalizowana jest najczęściej w lewym dole biodrowym lub w podbrzuszu, a badanie per rectum może wykazać obecność świeżej krwi. Podczas badania należy przeanalizować krzywą masy ciała i wzrostu dziecka oraz dokonać oceny fazy dojrzewania płciowego [3,14].

W WZJG nie ma typowych odchyleń w wynikach badań laboratoryjnych. Badania krwi są zbyt niejednoznaczne, aby móc zdiagnozować chorobę, umożliwiając jednak ocenę aktywności choroby, rozpoznania ewentualnych niedoborów lub powikłań choroby w innych narządach [1,9].

W przypadku podejrzenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u pacjenta należy oznaczyć: morfologię krwi, stężenie mocznika, elektrolitów i kreatyniny, parametry zapalne (CRP, OB) oraz ocenić funkcję wątroby (bilirubina, aminotransferazy, fosfataza zasadowa, stężenie żelaza, albuminy) [1].

W surowicy krwi stwierdza się także występowanie markerów choroby, którymi są przeciwciała p-ANCA (przeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofilów). Pozwalają one na określenie stopnia aktywności choroby [9,14].

W trakcie diagnostyki WZJG należy wykonać badanie kału w celu wykluczenia obecności typowych patogenów bakterii, *Clostridium difficile*, jaj i pasożytów [14]. Badania poziomu kalprotektyny w kale jest istotnym badaniem przy identyfikacji stanu zapalnego i ma ona zastosowanie głównie przy określeniu stopnia aktywności choroby [1,2].

Wykonywanie badań endoskopowych ma zasadnicze znaczenie dla ustalenia diagnozy. Umożliwiają one określenie rodzaju oraz obszaru zmian, ich lokalizacji oraz aktywności, a także pobranie wycinków do badania histopatologicznego [15].

Do badań obrazowych, które umożliwiają diagnostykę wrzodziejącego zapalenia jelita grubego należą: badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, rezonans magnetyczny oraz badanie rentgenowskie [9].

Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które jest badaniem mającym nieinwazyjny charakter oraz jest powszechnie dostępne, dlatego stanowi badanie pierwszego rzutu [9]. Pozwala na ocenę grubości ściany jelita grubego, jej unaczynienie oraz daje możliwość oceny stanu tkanek otaczających jelito [5].

RM (Rezonans magnetyczny) jest badaniem wykonywanym w drugiej kolejności i uznany jest za najlepsze badanie wykorzystywane w diagnostyce obrazowej WZJG.

Umożliwia zlokalizowanie zmian, długości zmienionego zapalnie odcinka jelita oraz stwierdzenie wystąpienia ewentualnych powikłań [9].

Badanie rentgenowskie jest wykonywane w przypadku ostrego rzutu choroby, gdy istnieje podejrzenie wystąpienia ostrego rozdęcia okrężnicy, perforacji lub niedrożności jelit [9].

Do oceny aktywności WZJG została stworzona w 2007 roku skala PUCAI (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index). Stosowanie tej skali opiera się na objawach chorobowych pacjenta i ocenia: ból brzucha, krwawienie z odbytnicy, liczbę i konsystencję stolców, stolce oddawane w nocy oraz poziom aktywności pacjenta. Suma punktów w tej skali wynosi od 0 do 85. Liczba punktów powyżej 65 oznacza ciężki rzut choroby, od 35-64 punktów umiarkowany rzut, 10-34 łagodny rzut, natomiast poniżej 10 punktów oznacza remisję [18].

Prawidłowe rozpoznanie choroby jest warunkiem zastosowania odpowiedniego leczenia i tym samym osiągnięcia sukcesu terapeutycznego [15].

Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Przebieg choroby jest niejednorodny i może obejmować pojedynczy epizod lub mieć postać ciągłej choroby, która potencjalnie zagraża życiu dziecka [2]. Choroba może rozpocząć się nagle, jednakże symptomy niejednokrotnie trwają od tygodni do miesięcy [4]. Im dziecko jest młodsze w chwili zachorowania, tym istnieje wyższe prawdopodobieństwo, że przebieg choroby będzie cięższy [16].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego najczęściej objawia się kurczowymi bólami brzucha, biegunką i obecnością krwi w kale [16]. Pacjent oddaje kał często, ale w małej objętości. Możliwym objawem jest nietrzymanie stolca oraz ból przy jego oddawaniu [19]. Dodatkowymi symptomami jakie mogą wystąpić są: gorączka lub stany podgorączkowe, osłabienie, szybkie męczenie się, zaparcia, nudności i wymioty [2]. U dzieci dość często można zaobserwować spadek masy ciała, a w przypadku długiego okresu trwania choroby może dojść do zahamowania wzrastania oraz opóźnienia dojrzewania płciowego. Chorobie może towarzyszyć złe samopoczucie, brak apetytu oraz objawy pozajelitowe, które dotyczą stawów, skóry i błon śluzowych jamy ustnej, wątroby, układu naczyniowego [1,9].

Wyróżnia się trzy stopnie ciężkości rzutu choroby- rzut łagodny, umiarkowany i ciężki. W rzucie łagodnym WZJG obserwuje się występowanie czterech stolców z krwią lub bez na dobę, nie występują objawy ogólne, a odczyn OB jest prawidłowy. Rzut umiarkowany cechuje się obecnością więcej niż czterech stolców z krwią na dobę oraz niewielkim nasileniem objawów ogólnych. Postać ciężka choroby objawia się oddawaniem przez pacjenta

więcej niż sześć stolców z krwią na dobę, występowaniem objawów ogólnych, niedokrwistością, podwyższonym odczynem OB i wzrostem stężenia białka CRP [6].

Powikłania wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Tak jak w innych chorobach przewlekłych, tak we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego ryzyko powikłań jest tym większe, im dłużej trwa choroba [10].

Do powikłań choroby w obrębie przewodu pokarmowego należą: krwawienia, perforacje jelita, rak jelita grubego oraz toksyczne rozdęcie okrężnicy (megacolon toxicum), które występuje u 5% przypadków i często spowodowane jest zaburzeniami elektrolitowymi lub przyjmowaniem leków opioidowych [4,7]. Masywne krwotoki są powikłaniem występującym w 1% przypadków, a leczenie choroby powoduje ich zahamowanie. Najważniejszym miejscowym powikłaniem WZJG jest perforacja jelita [4].

Rak jelita grubego jest najgroźniejszym powikłaniem WZJG, a ryzyko jego wystąpienia zaczyna wzrastać o 0,5-1,0% rocznie po 8-10 latach trwania choroby [3,14]. Dlatego zaleca się wykonanie kolonoskopii po 8 latach od rozpoznania choroby, a następnie co 1-2 lata wykonywanie kolejnych kontrolnych badań endoskopowych [14].

Z czasem trwania choroby dochodzi do włóknienia jelita, a te w konsekwencji doprowadzają do zwężenia światła jelita, które występuje u 5-10% chorych [4,9]. Sporadycznym powikłaniem może być powstawanie szczelin odbytu, hemoroidów lub ropni okołodbytniczych [4].

Do powikłań pozajelitowych wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zaliczane są: choroby wątroby- stłuszczenie wątroby, rak dróg żółciowych, powikłania ze strony układu kostnego- osteoporoza, osteopenia, powikłania ze strony układu stawowego- zapalenia dużych stawów, powikłania skórne- rumień guzowaty, a także powikłania oczne- zapalenie spojówek, zapalenie tęczówek [12].

Ważnym powikłaniem jest niedożywienie, które może doprowadzić do opóźnienia bądź zatrzymania wzrastania i pokwitania [9]. Poza tym często można zaobserwować niedobór żelaza, kwasu foliowego, witaminy B₁₂, a także witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), w wyniku czego może dojść do rozwoju niedokrwistości [14].

Leczenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Zalecenia dotyczące leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego bazują na wytycznych przedstawionych przez instytut NICE (National Institute for Health and Care Excellence) oraz wspólnych wytycznych opisanych przez organizację ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) i ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) [2].

Sposób leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego zależy jest od aktywności choroby, rozległości zmian, a także przebiegu WZJG - częstości nawrotów, odpowiedzi organizmu na wcześniej przyjmowane leki oraz występujące objawy pozajelitowe choroby [20].

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne jest skuteczne w przypadku 80% chorych i zazwyczaj już po około tygodniu widoczna jest poprawa kliniczna [21].

Wybór leku zależy głównie od stopnia nasilenia występujących objawów klinicznych. W przypadku chorych z łagodniejszą postacią choroby, aby osiągnąć poprawę stanu pacjenta stosuje się leki słabsze niż u osób z ciężkim rzutem choroby, gdzie konieczne jest zastosowanie bardziej agresywnego postępowania farmakologicznego [14].

W leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wykorzystuje się między innymi aminosalicylany, glikokortykosteroidy oraz leki immunosupresyjne [22].

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne jest ostateczną metodą leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w przypadku, gdy inne metody okazały się nieskuteczne [2]. Stanowi ono konieczność w przypadku 10-24% pacjentów [3].

U dzieci zawsze powinno wykonywać się całkowitą proktokolektomię, czyli zabieg polegający na usunięciu całej okrężnicy i błony śluzowej odbytnicy. Zabieg ten choć w sposób okaleczający pozwala jednak na całkowite pozbycie się zmian chorobowych w obrębie pierwotnej lokalizacji jaką jest jelito grube [23].

Przeprowadzenie zabiegu w trybie planowym jest wskazane, gdy choroba nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu, powoduje ograniczenie codziennej aktywności i jakości życia pacjentów, jest przyczyną zahamowania wzrostu i dojrzewania i utrzymuje się dłużej niż 10 lat. Natomiast wskazaniami do natychmiastowej interwencji chirurgicznej są najczęściej ciężka postać choroby oporna na leczenie, masywny krwotok lub też toksyczne rozdęcie okrężnicy [20].

Leczenie dietetyczne

Leczenie żywieniowe stanowi bardzo ważną rolę w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego [2]. W przypadku pacjentów w wieku rozwojowym ma ono na celu utrzymanie prawidłowego tempa rozwoju fizycznego, doprowadzenie do wyrównania zaburzeń wzrostu, masy ciała oraz niedoborów składników odżywczych, a także uzyskanie remisji, minimalizację skutków niepożądanych terapii, zapobieganie osteoporozie oraz rozpoczęcie procesu gojenia się ran [2]. Chorym zaleca się stosowanie diety bogatej w białko i

węglowodany z normalną zawartością tłuszczu [16]. Posiłki należy podawać często, ale w małych objętościach [21]. Pacjenci powinni unikać potraw ciężkostrawnych, nasion, orzechów oraz surowych warzyw [2]. W trakcie trwania okresu remisji dieta pacjenta powinna w pełni pokrywać zapotrzebowanie energetyczne (100-150% zapotrzebowania), a ilość przyjmowanego białka powinna wynosić 1,5-3,0g/kg w zależności od poziomu niedożywienia dziecka [24]. Oprócz przestrzegania wartości kalorycznej posiłków, należy u dziecka uzupełniać niedobór mikroelementów wapnia i witamin [16].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.
2. Sporządzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.
3. Określenie wskazówek do dalszej pielęgnacji pacjenta w warunkach domowych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem został objęty pacjent R.H. z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, który został przyjęty do Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii w trybie planowym.

Celem hospitalizacji było potwierdzenie wstępnie postawionej diagnozy oraz rozpoczęcie leczenia choroby.

Materiał do badań został zebrany na podstawie analizy dokumentacji medycznej (karta zleceń indywidualnych, historii choroby) oraz wywiadu z pacjentem.

Aby postawić diagnozę pielęgniarską oraz przedstawienie odpowiednich działań pielęgniarskich zostanie wdrożony plan opieki pielęgniarskiej.

WYNIKI

Opis przypadku

Pacjent R.H. lat 17 został przyjęty do Kliniki *Pediatrii*, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym z podejrzeniem wrzodziejącego

zapalenia jelita grubego w trybie planowym. Założeniem przeprowadzonej hospitalizacji było potwierdzenie diagnozy badaniami diagnostycznymi oraz rozpoczęcie leczenia choroby.

W wywiadzie uzyskanym od pacjenta objawy wystąpiły około 3 miesięcy przed przyjęciem do szpitala. Nastąpiło wówczas osłabienie, brak apetytu oraz okresowe stany podgorączkowe. Następnie pojawiły się okresowe biegunki, a w stolcu pacjent zauważył nieznaczную ilość krwi. Odczuwał również bolesność po lewej stronie brzucha. W ciągu dwóch tygodni występujące objawy nasiliły się. U pacjenta nasiliła się niechęć do jedzenia, dolegliwości bólowe. Zmniejszyła się również tolerancja wysiłku przez pacjenta. W tym czasie masa ciała zmniejszyła się o 5 kg, a występujące już wcześniej biegunki nasiliły się do 5 stolców na dobę. Ilość krwi w stolcu zwiększyła się oraz zmieniły wygląd na bardziej śluzowate. Rodzice zgłosili się do lekarza rodzinnego, który zlecił wykonanie podstawowych badań krwi u chłopca. Po zapoznaniu się z wynikami skierował go do szpitala w celu pogłębienia diagnostyki.

W trakcie przyjęcia do szpitala pacjent był przytomny oraz kontakt słowny logiczny. Odczuwał niepokój związany ze swoim stanem zdrowia. Wykonano podstawowe pomiary: wzrost pacjenta 185 cm, masa ciała 60 kg, BMI 17,53 kg/m², RR: 110/70, HR 90 uderzeń na minutę, temperatura ciała 38,3°C, liczba oddechów 17 oddechów/ minutę. Założono również wkłucie obwodowe na prawym przedramieniu.

Chory w trakcie przyjęcia do szpitala zgłaszał bóle brzucha, występowały u niego stolce biegunkowe z domieszką krwi i śluzu oraz nudności. Stwierdzono błądliwość powłok skórnych, a sam pacjent skarżył się na ból i zawroty głowy.

W celu potwierdzenia diagnozy wykonano odpowiednie badania: morfologia krwi obwodowej, oznaczenie poziomu mocznika, kreatyniny i elektrolitów, badanie OB., badanie stężenia białka ostrej fazy CRP, badanie na obecność przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilów (pANCA). Badanie te wykazały u pacjenta znacznie podwyższony poziom płytek krwi, obniżony poziom żelaza we krwi oraz niewielkiego stopnia niedokrwistość. Ponadto na podstawie badań stwierdzono znacznie podwyższony poziom OB oraz niewielki wzrost stężenia białka CRP. W badaniach wykazano również obecność przeciwciał pANCA.

Na oddziale wykonano badanie fizykalne oraz oceniono stan zdrowia pacjenta. W badaniu fizykalnym została stwierdzona bolesność palpacyjna zlokalizowana w lewym dole biodrowym. Bolesność ta została oceniana przez pacjenta na 6 w skali VAS.

W wywiadzie pacjent oraz jego rodzice stwierdzili, że nikt w najbliższej rodzinie pacjenta nie choruje na wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

W celu pogłębienia diagnostyki zostały wykonane badania radiologiczne – badanie USG jamy brzusznej oraz badanie kolonoskopowe. W badaniu USG stwierdzono w niewielkim stopniu pogrubiczną ścianę jelita grubego. W wyniku wykonanego badania kolonoskopowego stwierdzono zmienioną zapalnie błonę śluzową jelita z niewielką ilością owrzodzeń.

W wyniku wykonanych badań laboratoryjnych i radiologicznych została potwierdzona diagnoza – wrzodziejące zapalenie jelita grubego w stopniu zaawansowania umiarkowanym.

Pacjent pozostawał na oddziale okres 8 dni. W tym czasie wdrożono leczenie farmakologiczne oraz dietetyczne. Rozpoczęto płynoterapię, podawano leki przeciwzapalne (Salazopiryn, Encorton).

Podawano pacjentowi również preparaty mające na celu uzupełnienie niedoborów elementarnych krwi. Zastosowano dietę lekkostrawną, posiłki podawano częściej, ale w mniejszych ilościach.

Odpowiedź organizmu dziecka na leczenie była prawidłowa. Nastąpiło zmniejszenie ilości stolców oraz ich normalizacja. Pacjent odczuwał mniejszy ból, nie skarżył się już na występowanie tak częstych zawrotów głowy, jego samopoczucie uległo poprawie.

Poinformowano pacjenta oraz jego rodziców w zakresie przestrzegania odpowiedniej diety oraz konieczności przyjmowania leków zgodnie ze zleceniem lekarza. Pacjent pozostaje pod stałą kontrolą lekarza.

Proces pielęgnowania został sporządzony na dzień przyjęcia pacjenta na oddział.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Podwyższona temperatura ciała (38,3°C) spowodowana stanem zapalnym.

Cel: Obniżenie temperatury ciała do wartości fizjologicznych

Działania pielęgniarskie:

- Wykonywanie kontrolnych pomiarów temperatury ciała co 30 minut, interpretacja pomiarów i ich dokumentacja w karcie gorączkowej pacjenta,
- Obserwacja pacjenta pod kątem występowania objawów wskazujących na wzrost temperatury ciała,
- Zalecenia spożywanie większej ilości wody,
- Umieszczenie zimnych okładów na duże naczynia krwionośne,

- Zalecenie ubrania przez pacjenta luźnej i bawełnianej bielizny,
- Zapewnienie odpowiednich warunków pokojowych – wietrzenie pomieszczenia, utrzymywanie temperatury 18-20°C w pomieszczeniu,
- Podanie leku o działaniu przeciwgorączkowym zgodnie ze zleceniem lekarza np. paracetamol.
- Wykonywano kontrolne pomiary temperatury ciała co 30 minut, a następnie udokumentowano pomiary w karcie gorączkowej pacjenta (I pomiar 38,3 °C, II pomiar 37,8 °C, III pomiar 37,3 °C, IV pomiar 36,7 °C),
- Obserwowano pacjenta pod kątem wystąpienia objawów wskazujących na wzrost temperatury ciała (dreszcze, zaczerwienie skóry, suchość błon śluzowych, zwiększona potliwość, tachykardia, tachypnoe),
- Zalecono pacjentowi spożywanie około 2 litrów płynów,
- Umieszczono zimne okłady na duże naczynia krwionośne (naczynia krwionośne w pachwinach, pod pachami),
- Zalecono pacjentowi ubranie luźnej bielizny,
- Zapewniono pacjentowi odpowiedni mikroklimat w pomieszczeniu – wywietrzono pomieszczenie i zapewniono odpowiednią temperaturę,
- Podano lek przeciwgorączkowy zgodnie ze zleceniem lekarza .

Ocena: Temperatura ciała pacjenta została obniżona do wartości prawidłowych.

Diagnoza pielęgniarska 2: Bóle brzucha spowodowane stanem zapalnym jelit.

Cel: Eliminacja dolegliwości bólowych, poprawa samopoczucia pacjenta

Działania pielęgniarskie:

- Ocena przez pacjenta stopnia nasilenia bólu w skali VAS i jego lokalizacji,
- Zalecenie przyjęcia wygodnej pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe,
- Polecenia natychmiastowego zgłaszania zwiększenia się nasilenia bólu oraz innych objawów towarzyszących bólowi,
- Stworzenie odpowiednich warunków do odpoczynku i snu,
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Pacjent określił stopień bólu w skali VAS na 6 i lokalizację bólu w lewym dole biodrowym,
- Zalecono przyjęcie pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe,

- Poinformowano pacjenta aby zgłaszał natychmiastowo zwiększenie się nasilenia dolegliwości bólowych i innych niepokojących objawów,
- Zapewniono odpowiednie warunki sprzyjające do odpoczynku i snu - spokoju i ciszy na sali chorego,
- Podano leki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena: Pomimo zastosowania działań pacjent nadal odczuwa dolegliwości bólowe, są nieco mniejsze.

Diagnoza pielęgniarska 3: Stolce biegunkowe z domieszką krwi i śluzu.

Cel: Stopniowa normalizacja stolców.

Działania pielęgniarskie:

- Pobranie próbki stolca do badań diagnostycznych,
- Wdrożenie leczenia dietetycznego,
- Podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
- Obserwacja stolca pod kątem ilości krwi i śluzu.
- Pobrano próbkę stolca do badań diagnostycznych,
- Wdrożono leczenie dietetyczne- zastosowano dietę lekkostrawną,
- Podano leki zgodnie ze zleceniem lekarza: Salazopiryn, Encorton,
- Obserwowano ilość śluzu i krwi w stolcu.

Ocena: Ilość krwi i śluzu w kale nie uległa zmianie. Zalecono dalszą obserwację charakteru stolca.

Diagnoza pielęgniarska 4: Dyskomfort pacjenta związany z występującymi nudnościami.

Cel: Zmniejszenie uczucia nudności, poprawa samopoczucia pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

- Zapewnienie pacjentowi miski nerkowatej, ligniny
- Zalecenie pacjentowi przyjęcia pozycji zmniejszającej ryzyko zachłyśnięcia,
- Płynoterapia na zlecenie lekarza,
- Podawanie leków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarza
- Zapewniono pacjentowi czystą miskę nerkowatą i ligninę przy łóżku,
- Zalecono pacjentowi picie wody małymi łyżkami w celu zmniejszenia uczucia nudności,
- Zalecono pacjentowi przyjęcie pozycji półwysokiej zmniejszającej ryzyko, zachłyśnięcia się treścią pokarmową w razie wystąpienia wymiotów,

- Podano leki przeciwwymiotne zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Podłączono 500 ml Optilyte.

Ocena: Uczucie nudności zmniejszyło się, nastąpiła poprawa samopoczucia pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 5: Bładość powłok skórnych i zaburzenia koncentracji spowodowane niedokrwistością.

Cel: Poprawa stanu morfologicznego krwi pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych,
- Obserwacja pacjenta pod kątem nasilenia się objawów,
- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych pacjenta,
- Podawanie preparatów żelaza i kwasu foliowego zgodnie ze zleceniem lekarza i obserwacja wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych.
- Pobrano krew do badań laboratoryjnych na morfologię krwi, stężenie żelaza, hemoglobiny
- Obserwowano pacjenta pod kątem nasilenia się objawów
- Podano preparaty żelaza (Ferrum Lek) i kwas foliowy oraz obserwowano wystąpienie ewentualnych działań niepożądanych: nudności, wymioty, bóle głowy, zaparcia, ciemne zabarwienie stolca.

Ocena: Zalecono dalszą obserwację parametrów morfologicznych krwi pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 6: Zawroty i bóle głowy.

Cel: Poprawa stanu fizycznego pacjenta, eliminacja występujących dolegliwości

Działania pielęgniarskie:

- Ocena nasilenia i czasu występowania objawów,
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zmniejszenia intensywności wysiłku fizycznego,
- Zalecenie spożywania produktów zawierających dużą ilość żelaza,
- Zapewnienie odpowiednich warunków do odpoczynku,
- Podanie środków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Oceniono nasilenie i czas występowania objawów najczęściej objawy pojawiały się wieczorem,

- Poinformowano pacjenta o konieczności zmniejszenia intensywności wysiłku fizycznego do czasu zmniejszenia się dolegliwości,
- Zalecono spożywanie produktów z dużą zawartością żelaza np. natka pietruszki, pieczywo pełnoziarniste, mięso,
- Zapewniono odpowiednie warunki do odpoczynku - cisza i spokój na sali,
- Podano środki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena: W chwili obecnej pacjent czuje się lepiej, bóle i zawroty głowy zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 7: Utrata masy ciała spowodowana utratą apetytu w przebiegu choroby.

Cel: Poprawa stanu fizycznego pacjenta, eliminacja występujących dolegliwości.

Działania pielęgniarskie:

- Poinformowanie pacjenta i jego rodziny o konieczności stosowania odpowiedniej diety i suplementacji,
- Zapewnienie pacjentowi konsultacji z dietetykiem,
- Zachęcanie pacjenta do regularnego spożywania posiłków,
- Wykonywanie regularnych pomiarów masy ciała oraz poinformowanie pacjenta i jego rodzinę o konieczności kontroli masy ciała.
- Poinformowano pacjenta i jego rodzinę o zalecanej diecie: wysokobiałkowej, wysokokalorycznej, lekkostrawnej oraz odpowiedniej suplementacji (preparaty żelaza, kwasu foliowego, witaminy B₁₂),
- Zapewniono pacjentowi konsultację z dietetykiem,
- Zachęcono pacjenta do regularnego spożywania posiłków i wyjaśniono cel oraz istotę prawidłowego odżywiania,
- Wykonywano regularne pomiary masy ciała oraz poinformowano o konieczności kontroli masy ciała.

Ocena: Zalecono dalszą obserwację stanu odżywienia pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt wiedzy pacjenta i rodziny na temat choroby i długoterminowej terapii we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy, przekazanie pacjentowi i jego rodzinie informacji dotyczących leczenia domowego

Działania pielęgniarские:

- Edukacja pacjenta i jego rodziny na temat choroby i zasad postępowania w czasie remisji
- Przekazanie informacji pacjentowi i jego rodzinie o zaleceniach żywieniowych i stylu życia
- Edukacja pacjenta i jego rodziny w zakresie postępowania farmakologicznego w warunkach domowych
- Poinformowanie pacjenta o konieczności systematycznych kontroli lekarskich
- Dostarczenie materiałów edukacyjnych pacjentowi i jego rodzinie
- Przekazano informacje pacjentowi i jego rodzinie odnośnie przyczyn powstawania choroby, jej istoty, objawów oraz możliwych powikłań,
- Przekazano informacje pacjentowi i jego rodzinie dotyczące diety i stylu życia: spożywanie posiłków często lecz w małych objętościach, przygotowywanie posiłków na parze, pieczenie bez tłuszczu, unikanie smażenia potraw, stosowanie diety bogatej w białko, konieczność unikania produktów wzdymających (m.in. nasiona bobu, gruchu, fasoli, kalafior), owoców bogatych w pestki (m.in. truskawki, maliny), używek, napoi gazowanych, potraw ciężkostrawnych,
- W czasie remisji ograniczenie spożywania surowych warzyw, owoców i soków,
- Unikanie stresu,
- Poinformowano pacjenta w zakresie konieczności stosowania leków i ich odpowiednich dawek zgodnie z zaleceniami lekarza,
- Poinformowano pacjenta o konieczności systematycznych kontroli lekarskich zgodnie z zaleceniami,
- Dostarczono pacjentowi i jego rodzinie materiały edukacyjne w postaci broszur, ulotek i poradników.

Ocena: Poziom wiedzy pacjenta i jego rodziców na temat choroby poprawił się.

Diagnoza pielęgniariska 9: Lęk pacjenta spowodowany stanem zdrowia.

Cel: Zmniejszenie uczucia lęku, poprawa samopoczucia pacjenta.

Działania pielęgniarские:

- Wsparcie psychiczne pacjenta w czasie hospitalizacji,
- Zapewnienie pacjentowi spokoju i komfortu na sali,
- Rozmowa z pacjentem o konieczności prowadzenia leczenia w celu wyleczenia choroby,
- Obserwacja stanu psychicznego i samopoczucia pacjenta.

- Udzielono wsparcia psychicznego pacjentowi,
- Zapewniono pacjentowi spokój i komfort na sali,
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentem o konieczności prowadzenia leczenia w celu poprawy jego stanu zdrowia,
- Obserwowano stan psychicznego i samopoczucia pacjenta.

Ocena: Samopoczucie pacjenta uległo poprawie.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji chorego

Istotną rolę w opiece nad pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego odgrywa pielęgniarka, która pielęgnuje pacjenta oraz edukuje jego i rodzinę w zakresie dalszego leczenia oraz samopielęgnacji w warunkach domowych. Wśród wskazówek do dalszej pielęgnacji należy uwzględnić:

- konieczność przebywania pacjenta pod stałą opieką lekarza,
- przyjmowanie leków, probiotyków oraz witamin zgodnie ze zleceniem lekarza,
- stosowanie odpowiedniej diety
- ❖ w okresie zaostrzenia choroby: dieta powinna mieć cechy diety lekkostrawnej. Ograniczyć należy spożywanie produktów wzdymających (nasiona bobu, grochu, fasoli, kalafior, brokuł), surowych warzyw i owoców zawierających drobne pestki (truskawki, porzeczki, maliny). Potrawy powinny być rozdrobnione, mieć konsystencję zupy – krem, puree i spożywane często w małych objętościach,
- ❖ w okresie remisji: dieta wysokobiałkowa (1,5 - 3,0 g/kg masy ciała), posiłki przyjmowane częściej, ale w mniejszych objętościach. W remisji dieta dziecka powinna być zbliżona do zwykłej, uwzględniająca upodobania kulinarne pacjenta,
- właściwe przygotowywanie posiłków: gotowanie w wodzie lub na parze, pieczenie w folii bez tłuszczu, unikanie smażenia potraw i stosowania zasmażek,
- unikanie używek (alkoholu, papierosów), kawy i herbaty, napojów gazowanych, prażonej kukurydzy, chipsów, jedzenia typu fast food. Należy również unikać stosowania ostrych przypraw (chili, pieprz cayenne),
- zalecenie unikania sytuacji stresowych, które mogą przyczynić się do zaostrzenia lub nawrotu choroby,
- w przypadku profilaktyki niedokrwistości zalecono pacjentowi przyjmowanie pokarmów bogatych w związki żelaza (jaja kurze, kasze, szpinak, natka pietruszki, koperek, buraki),

witaminę B12 (jaja, mięso z kurczaka i indyka, wołowina, ryby i ich przetwory, ser twarogowy) oraz kwas foliowy (szpinak, szparagi, sałata, pomarańcze, banany),

- systematyczne wykonywanie morfologii krwi oraz badań biochemicznych co 3 miesiące,
- obserwacja charakteru stolców w kierunku występowania krwi i śluzu oraz ich ilość
- wykonywanie regularnych pomiarów masy ciała,
- zgłaszanie niepokojących objawów lekarzowi świadczących o nawrocie choroby lub powikłaniach pozajelitowych choroby,
- wykonywanie kontrolnego badania kolonoskopowego co 2 lata.

WNIOSKI

Zadaniem pielęgniarki w opiece nad pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego jest edukacja pacjenta w zakresie stosowania odpowiedniej diety, zapoznanie pacjenta z zasadami diety w czasie leczenia jak i w okresie remisji, przygotowanie go do samopielęgnacji oraz motywowanie do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniem lekarza.

PIŚMIENNICTWO

1. Pawlik M., Rydzewska G. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego[w:] Gastroenterologia Część II. Dąbrowski A. Wielka Interna 2011, 294-303.
2. Tarka K., Żamojcin M., Banach B.: Terapia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci. Farm Pol 2017, 73(5) 271-274.
3. Albrecht P., Karolewska-Bochenek K., Łazowska-Przeorek I.: Nieswoiste choroby zapalne jelit u dzieci. Klinika Pediatryczna 2009, 17(3) 358-367.
4. Friedman S., Blumberg R.S.: Nieswoiste zapalne choroby jelit [w:] Harrison Gastroenterologia i hepatologia. Tom 1..Rydzewska G. (red). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
5. Zaleska-Dorobisz U.: Choroby przewodu pokarmowego dzieci starszych [w:] Diagnostyka obrazowa w pediatrii. Jurkiewicz E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 124-154.
6. Iwańczak B., Iwańczak F.: Zmienność epidemiologiczna i kliniczna nieswoistych zapaleń jelit u dzieci. Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka 2009, 11(2) 63-66.

7. Osiecki M., Woźniak M., Kierkuś J.: Zastosowanie cyklosporyny A we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego i autoimmunizacyjnym zapaleniu wątroby u dzieci. *Pediatrics Polska* 2016, 91 46-51.
8. Twarduś K.: Nieswoiste zapalenie jelit [w:] Modele pielęgnowania dziecka przewlekłe chorego. Podręcznik dla studiów medycznych. Cepuch G., Krzeczowska B., Perek M Twarduś K. Wydawnictwo lekarskie PZWL 2011: 168-182.
9. Kierkuś J.: Nieswoiste choroby zapalne jelit [w:] Gastroenterologia dziecięca- podręcznik do specjalizacji. Socha P., Lebensztejn D., Kamińska D. Wydawnictwo Media-Press, Warszawa 2016: 34-39.
10. Kwiecień J.: Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci- trudności diagnostyczne i specyfika obrazu klinicznego. *Pediatrics. Klinika. Lekarz* 2011 (1/2) 82-88.
11. Kubicka K., Kawalec W. (red): *Pediatrics. Podręcznik dla studentów tom 1.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008, 371-373.
12. Szczuko M., Konecka N., Kikut J., Klimczyk W.: Sposób żywienia nastoletnich pacjentów chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna i celiakię a morfologia krwi. *Pomeranian J Life Sci* 2017, 64(4) 67-76.
13. Gacek L., Bączyk G., Skokowska B., Bielawska A., Brzezińska R.: Poziom wiedzy chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit o chorobie i stylu życia. *Pielęgniarstwo Polskie* nr 1(63) 2017, 20-21.
14. Levine J.S., Burakoff R.: Nieswoiste zapalenia jelit: aspekty kliniczne [w:] Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia. Tom 1. Greenberger N.J. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013: 23-36.
15. Pytrus T., Mowszet K., Krzesiek E., Rzeszutko M., Iwańczyk B.: Zmiany endoskopowe w górnym odcinku przewodu pokarmowego u dzieci chorych na nieswoiste zapalenia jelit. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2008, 25(150) 460-464.
16. Hay W.W., Levin M.J., Sondheimer J.M., Deterding R.R.: Nieswoiste zapalenie jelit [w:] *Pediatrics. Diagnostyka i leczenie. Tom I.* Jackowska T.(red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2011: 648-651.
17. Kleszczyński J.: Ostre schorzenia jamy brzusznej u dzieci [w:] *Stany nagłe u dzieci.* Palczewski M. (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2018: 275-289.
18. Szychta M., Kierkuś J., Dądański M., Wegner A., Kmiołek J., Ryżko J.: Leczenie biologiczne infliksymabem ciężkiej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u dzieci. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2012, 14 (2) 83-87.

19. Mills A. M., Dean A.J.: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie uchyłków jelita grubego i zapalenie okrężnicy [w:] Stany nagłe w gastroenterologii. Horn A.E., Ufberg J.W. Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2014: 200-205.
20. Bałaj M., Kaliciński P.: Nieswoiste zapalenia jelit [w:] Chirurgia dziecięca. Stefanowicz M., Ismail H., Kaliciński P. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 551-567.
21. Kubicka K., Kawalec W., Ziółkowska H. (red.): Pediatria 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2013.
22. Schmid B., Strub P., Studer A.: Przewód pokarmowy [w:] Farmakologia dla zawodów pielęgniarских. Prandota J. (red.). Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2013.
23. Albrecht P., Łazowska-Przeorek I., Karolewska-Bochenek K.: Choroby jelit [w:] Gastroenterologia dziecięca. Poradnik lekarza praktyka. Albrecht P. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014: 218-250.
29. Ryżko J., Kierkuś J., Ryżko J.: Postępowanie dietetyczne i żywieniowe w nieswoistych zapaleniach jelit u dzieci z uwzględnieniem zaleceń European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). Pediatria Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka 2011, 13(2) 103-110.
30. Reczek A., Kilińska D.: Planowanie opieki pielęgniarской [w:] Podstawy pielęgniarstwa tom I. Założenia koncepcyjno – empiryczne opieki pielęgniarской. Zarzycka D., Ślusarska B (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 289-305.

PROBLEMY BIO-PSYCHO-SPOŁECZNE PACJENTKI WE WCZESNYM OKRESIE PO ZABIEGU MASTEKTOMII

Amanda Zajczyk¹, Beata Kowalewska²

1. Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WSTĘP

Nowotwór piersi jest jednym z najczęściej występujących zmian złośliwych wśród kobiet zamieszkujących Polskę i Europę. W ostatnich latach możemy zaobserwować coraz większy wzrost liczby osób zdiagnozowanych. Amerykański NCI (National Cancer Institute) na podstawie wykonanych badań epidemiologicznych szacuje, że ryzyko wystąpienia tego typu nowotworów u kobiety wynosi 12 procent. Jednym z ważniejszych czynników determinujących wystąpienie choroby jest wiek kobiety – wraz z jego wzrostem wzrasta procentowy udział; w przypadku kobiet w wieku 40 lat zachoruje 1/69, w wieku 60 lat zostanie zdiagnozowana już aż u 1/29 pań. W roku 2012 było to 17 tysięcy nowych przypadków, zaś w roku 2018 było to już ponad 18 tysięcy chorych. Rocznie na tę chorobę umiera nawet 5000 osób. Rak piersi jest drugą przyczyną zgonów Polek z powodów nowotworowych – wyprzedza go jedynie nowotwór płuc [1].

Na podstawie tego, co wiemy po analizie przeprowadzonych badań epidemiologicznych możemy wnioskować, że pewnie czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwór piersi możemy zmniejszać, modyfikować bądź eliminować. Jako jeden z głównych czynników powodujących zmiany w piersiach może być spożywanie alkoholu, szczególnie wieloprocentowego, utrzymywanie przez dłuższy czas diety bogatej w NKT (nasycone kwasy tłuszczowe, występujące głównie w produktach pochodzenia zwierzęcego, olej kokosowy, olej palmowy oraz dania wysoko przetworzone) – wynika z tego kolejny z czynników zwiększających ryzyko zachorowania – mianowicie otyłość typu brzusznej i nadwaga, zwłaszcza u kobiet, które przeszły już menopauzę.

Kolejną z okoliczności podnoszącą prawdopodobieństwo zapadnięcia na złośliwe zmiany w gruczole piersiowym czas, w jakim oddziałują hormony (szczególnie estrogeny). Mowa tu o wydłużonym czasie ekspozycji na ich działanie, który jest zwiększony u kobiet, u których wystąpiła późna ostatnia miesiączka, bądź dosyć wczesne wystąpienie pierwszej. Większe szanse na zachorowanie ponoszą też kobiety które są nieródkami lub swoje pierwsze dziecko urodziły po 30 roku życia. Kobiety w wieku rozrodczym powinny unikać znacznego napromieniowania – stwierdzono, że panie poddane działaniu promieniowania (nawet w celach medycznych) są bardziej zagrożone chorobą. W takim przypadku staramy się zapewnić pacjentce ochronę radiologiczną (fartuchy ołowiane, ochrona gonad, tarczycy, unikanie zbędnego napromieniowania, dostosowywanie dawek promieniowania do wagi pacjentki oraz miejsca napromieniowanego) [2].

Ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet posiadających w rodzinie krewnych pierwszego stopnia, które zachorowały na obustronny raka piersi, jest zbliżone do ryzyka nosicieli mutacji genowej BRCA1 i BRCA2. Posiadanie tejże mutacji zwiększa ryzyko choroby piersi o 80%, ponad 40% o choroby nowotworowe jajnika/jajników oraz o 10% nowotworów jajowodów i otrzewnej.

Mimo tych wszystkich informacji jakie posiadamy, w większości przypadków etiologia pochodzenia nowotworów piersi nadal pozostaje niewyjaśniona. Z tego też powodu staramy się kierować nasze działania na profilaktykę wtórną, reprezentowaną przez wczesne wykrywanie zmian, badania przesiewowe oraz szybka diagnostyka [3].

Zwiększenie wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych możemy potraktować jako jeden z elementów profilaktyki pierwotnej.

Śmiertelność nowotworu piersi zależna jest od momentu wykrycia, zaawansowania choroby oraz samego rodzaju nowotworu. Rak wcześnie zdiagnozowany, szczególnie w stadium przedinwazyjnym ma wysokie szanse na wyleczenie. W przypadku Carcinoma Invasivum rokowania także są dobre. W takiej sytuacji, przeżywalność 5 lat (traktowane jako wyleczenie choroby) osiąga nawet 89-91% pacjentów [4].

Nowotwory piersi, klasyfikujemy i dzielimy na raki naciekające i nienaciekające. Nienaciekające stanowią grupę około 15 procent, dzieląc się dodatkowo na raki wewnątrzprzewodowe (*Carcinoma intraductale in situ*, CDIS) i wewnątrzrazikowe (*Carcinoma lobulare in situ*, CLIS) [4].

Drugą grupą są zmiany naciekające, stanowiące 85% wszystkich zmian [4].

Stopień zaawansowania choroby nowotworowej oceniamy za pomocą skali TNM, która bierze pod uwagę wielkość guza pierwotnego (T-Tumor-guz) od 0 do 4; ocenia to

rozrost i naciekanie tkanki zmienionej chorobowo na okoliczne tkanki, stan miejscowych węzłów chłonnych (N-Nodus-węzeł) od 0 do 3; ocena stopnia roznoszenia się komórek nowotworowych z guza do naczyń i osadzających się w najbliższych węzłach chłonnych [5].

Wskazania i przeciwwskazania do mastektomii

Podstawowym wskazaniem do zabiegu mastektomii piersi jest stwierdzona choroba nowotworowa piersi. Najczęściej wykonywane to jest w przypadku stosunkowo dużych nowotworów, zmian rozlanych, a szczególnie: nowotwory przewodowe i zrazikowe, nowotwór zapalny piersi, dający masywne przerzuty do węzłów chłonnych oraz doprowadzający do niedrożności przewodów limfatycznych, obustronny nowotwór piersi, nowotwory metaplastyczne piersi, Chłoniaki piersi [6].

Głównymi przeciwwskazaniami do przeprowadzenia mastektomii są: zaburzenia ze strony układu oddechowego, choroby płuc, POChP, zaburzenia ze strony układu krążenia oraz krwionośnego – problemy z krzepialnością krwi, silna anemia, świeżo przebyty zawał serca, choroba niedokrwienna, objawowa niewydolność krążenia, niewyrównane choroby tarczycy, mogące wywołać przełom tarczycowy, infekcja układu oddechowego, opryszczka [7].

Powikłania po zabiegu mastektomii

Powikłaniami pozabiegowymi nazywamy zjawiska niepożądane, które mogą wystąpić po zakończeniu operacji. Dzielimy je na powikłania wczesne i późne. Wszystkim typom problemom staramy się zapobiegać, stosując odpowiednią opiekę nad pacjentką, skupiając się na tych, które mają największe prawdopodobieństwo wystąpienia.

Powikłania wczesne rozwijają się do 24h po zabiegu. Możemy odróżnić takie zjawiska jak: ból okolicy operowanej, krwotok wewnętrzny, mdłości, wymioty, zatrzymanie moczu, obrzęk okolicy operowanej, gorączka.

Powikłania późne rozwijają się po pierwszej dobie po operacji. Charakterystyczne dla mastektomii są: obrzęk limfatyczny ręki po stronie operowanej, silny ból okolicy operowanej, krwotok, rozejście się szwów, zakażenie rany, przepuklina, przetoka, choroba zakrzepowo – zatorowa, zapalenie płuc, spowodowane późnym uruchomieniem pacjentki [7].

CELE PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki w pierwszej dobie po zabiegu jednostronnej mastektomii,

2. Opracowanie indywidualnego planu opieki , ocena stanu pacjentki przy zastosowaniu różnych skal.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badaniem objęto kobietę w marcu .2020, lat 55, hospitalizowaną na oddziale Ginekologii Onkologicznej Białostockiego Centrum Onkologii z powodu nowotworu piersi, poddaną operacji jednostronnej mastektomii piersi prawej w znieczuleniu ogólnym. W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku z zastosowaniem procesu pielęgnowania.

Materiał do pracy zebrano na podstawie:

- Wywiadu pielęgniarzkiego, w którym wykorzystano:
 - Rozmowę z pacjentką
 - zebranie danych o pacjentce za pomocą arkusza danych, zawierającego takie informacje jak: dane personalne, uczulenia i alergie, choroby współistniejące, przebyte zabiegi operacyjne, nałogi, aktualny stan zdrowia fizycznego i psychicznego, nastrój, warunki mieszkaniowe, sytuacja rodzinna, sytuacja materialna, wydolność i jakość funkcjonowania poszczególnych narządów i układów: układ krwionośny, układ pokarmowy, układ oddechowy, układ nerwowy, układ mięśniowo-szkieletowy, układ moczowo-płciowy, układ wydalniczy, skóra, narządy zmysłu – wzrok, węch, słuch.
- Obserwacji pacjentki:
 - ocena układu oddechowego: ilość oddechów na minutę, charakter oddechu, drożność dróg oddechowych, poziom saturacji, zabarwienie powłok skórnych oraz dystalnych części ciała.
 - ocena układu moczowego: kolor i ilość oddanego moczu, trudności w oddawaniu moczu, samodzielność w oddawaniu moczu.
 - ocena układu krwionośnego: wartości tętna, ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, ewentualny krwawy pomiar ciśnienia krwi.
 - stan świadomości i nastroj pacjentki: ocena świadomości za pomocą skali Glasgow. oraz nastroju za pomocą rozmowy z pielęgniarką.
 - ocena gospodarki wodno-elektrolitowej: prowadzenie bilansu płynów, dobowej zbiórki moczu oraz dokładne zliczanie ilości podanych płynów.
 - ocena opatrunku i drenu: ocena poziomu przekrwienia opatrunku; rodzaj, ilość, kolor, gęstość wydzieliny w drenie.

- ocena odczuwanego przez pacjentkę bólu: zastosowanie VAS w zależności od stanu pacjentki, ocena tętna, ciśnienia i temperatury ciała.
- ocena wklucia obwodowego pacjentki na podstawie skali Baxter.

Obserwacja pacjentki oraz wykonywane pomiary były uzależnione od stanu pacjentki, wykonywano je co 6h.

- Analizy dokumentacji medycznej, zawierającej:
 - historia choroby pacjentki
 - arkusz do zbierania danych o pacjentce
 - wyniki badań diagnostyki obrazowej: MRI, mammografia, USG
- pomiarów parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczba oddechów, poziom saturacji, temperatura ciała, pomiar masy ciała i wzrostu, ocena BMI.

WYNIKI

Opis przypadku

55 letnia pacjentka H.K zgłosiła się na oddział ginekologii onkologicznej w Białostockim Centrum Onkologii z powodu guza piersi prawej. Badania histopatologiczne z wykorzystaniem biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), USG gruczołu piersiowego prawego oraz mammografia wykazały obecność masy litej, ocenionej jako inwazyjny rak przewodowy naciekający.

Pacjentkę zaniepokoiło w wykonanym samodzielnie badaniu palpacyjnym wycucie twardej, nieprzesuwającej się „kulki” na godzinie jedenastej. Oprócz tego, u chorej wystąpiło zaczerwienienie zewnętrznego, górnego kwadrantu piersi oraz krwisto-surowiczy wyciek z brodawki sutkowej. Pacjentka została zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego – mastektomii prostej, dodatkowo zaplanowano usunięcie węzła wartowniczego, ze względu na wyczuwalne pakiety w dole pachowym.

Pani H.K dodatkowo choruje na nadciśnienie tętnicze poddające się leczeniu farmakologicznemu; oraz cukrzycę typu drugiego. Kobieta jest w trakcie przechodzenia procesu menopauzy – skarży się na wahania nastroju, osłabienie, uderzenia gorąca i problemy ze snem. Pacjentka waży 89kg przy wzroście 164cm, BMI wskazuje wynik 33, co wskazuje nam na otyłość I stopnia. Alkohol spożywa okazjonalnie (3-4 razy do roku), jednakże pacjentka przyznaje się do palenia papierosów w ilości 10-12 dziennie. Swoją dietę określa jako domową – spożywa głównie produkty wysokowęglowodanowe i wysokotłuszczowe, nierzadko wysoko przetwarzane.

Swój stan psychiczny ocenia jako średni, cierpi na chwilowe obniżenie nastroju spowodowane strachem o nową, zdiagnozowaną dolegliwość. Boi się, czy leczenie przyniesie oczekiwany skutek, obawia się też bólu pooperacyjnego oraz zaplanowanej chemioterapii.

Pacjentka ocenia swoje warunki socjoekonomiczne jako dobre, tak samo ocenia swoje warunki mieszkaniowe. Mieszka w domu jednorodzinnym wraz z mężem, dwójką córek i synem. Kobieta zajmuje się prowadzeniem domu, nie jest osobą aktywną zawodowo. Rodzinę utrzymuje jej mąż, dwie córki podjęły pracę zgodną z ich wykształceniem.

Podczas zabiegu nie odnotowano żadnych powikłań, w trakcie operacji usunięto całą pierś oraz węzeł wartowniczy; mięśnie zostały oszczędzone. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym, z zastosowaniem premedykacji w celu uspokojenia i wyciszenia pacjentki. Wybudzona bez komplikacji, mocz w ilości 250ml oddała w ciągu 3h od zabiegu; zacewnikowana. Po zabiegu narzekała na silne nudności i wymioty (efekt narkozy).

Zażywane leki na stałe: Metformax 850mg, Apo-Zolpin 5mg – w przypadku problemów z zaśnięciem, Betaloc 20K 50mg, Vigantoletten 1000, Agen 5.

Leki zastosowane w leczeniu szpitalnym, po zabiegu operacyjnym: Clexane 6000, Tramal 100mg/2ml, Biofuroksym 750mg, Metamizol 500mg, Furosemidum 20mg,

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Silny ból okolicy operowanej.

Cel: zmniejszenie odczuwanych dolegliwości bólowych u pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa i wyjaśnienie pacjentce źródła pochodzenia bólu,
- kontrola natężenia dolegliwości bólowych za pomocą skali VAS,
- delikatne i empatyczne podejście do pacjentki,
- ograniczenie niepotrzebnego podrażniania okolicy operowanej,
- zastosowanie chłodnych okładów,
- delikatna zmiana opatrunku,
- włączenie farmakoterapii na zlecenie lekarza – Metamizol i Tramal

Pacjentka została poinformowana o źródłach bólu, początkowo ból oceniła na 8/10 według skali VAS, po podaniu Tramalu na zlecenie lekarza ból zmalał do 2/10. Zmiana opatrunku wykonana delikatnie, z zastosowaniem się do procedur medycznych.

Ocena: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgnarska 2: Ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej.

Cel: Obniżenie ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej

Działania pielęgnarskie:

- zastosowanie rękawa przeciwoobrzękowego
- ułożenie ręki w pozycji wysokiej, przy wykorzystaniu klinów i podkładek
- odciążenie kończyny górnej
- zachęcanie pacjentki do wykonywania większej ilości czynności ręką po przeciwnej stronie
- wykonywanie ćwiczeń biernych i czynnych, zapobiegających wystąpieniu obrzęku
- obserwacja kończyny w celu kontroli obrzęku
- farmakoterapia na zlecenie lekarza

Pacjentka została poinformowana co do konieczności wykonywania ćwiczeń biernych i czynnych. Kończyna została ułożona w pozycji wysokiej, użyto do tego celu trójkątnego klina; oraz założono rękaw przeciwoobrzękowy. Podano 20mg Furosemidu i.v, na zlecenie lekarza prowadzącego.

Ocena: U pacjentki nie zaobserwowano obrzęku limfatycznego.

Diagnoza pielęgnarska 3: Ryzyko zakażenia miejsca operowanego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia.

Działania pielęgnarskie:

- regularna wymiana opatrunku
- stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie wymiany opatrunków, a także kontaktu z raną
- kontrola miejsca umieszczenia drenu,
- kontrola drożności drenu,
- kontrola i zanotowanie koloru, ilości i charakteru wydzieliny,
- obserwacja miejsca operowanego pod kątem potencjalnych zmian skórnych, zaczerwienienia, ocieplenia
- pomiary ciepłoty ciała rano i wieczorem
- kontrola RR i HR

Pacjentka została poddana wymianie opatrunku, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki. W momencie ściągnięcia starego opatrunku i oczyszczenia rany został oceniony

stan skóry i miejsca operowanego, pod kątem zmian w kolorze i ociepleniu. Zmierzono temperaturę ciała termometrem bezdotykowym, gorączki nie stwierdzono. W drenie wydzielina o charakterze krwisto surowicznym, bez cech mogących wskazywać na toczące się zapalenie.

Ocena: U pacjentki zakażenie rany nie wystąpiło.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwotoku.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja ciśnienia tętniczego krwi,
- obserwacja wartości i charakteru tętna,
- obserwacja miejsca operowanego i opatrunku pod kątem obecności krwi,
- ograniczanie napięcia okolic rany,
- ograniczenie wysiłku fizycznego pacjentki,
- kontrola poziomu witaminy K oraz ilości płytek krwi na zlecenie lekarza,
- kontrola ilości i rodzaju wydzieliny w drenie.

Pacjentka poddana pomiarom ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna – pomiary prawidłowe, odpowiednio 122/78 i HR 77. Na opatrunku zauważono śladowe ilości krwi, mieszczące się w granicach normy. W drenie około 70ml wydzieliny o charakterze krwistosurowicznym.

Ocena: U pacjentki krwotok nie wystąpił.

Diagnoza pielęgniarska 5: Złe samopoczucie spowodowane nudnościami i wymiotami.

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki oraz zmniejszenie występowania nudności i wymiotów.

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie pacjentce swobodnego dostępu do miski nerkowatej i ligniny,
- zredukowanie ilości bodźców podrażniających, takich jak intensywne zapachy, mocne źródła światła,
- regularne wietrzenie sali w celu dostępu do świeżego powietrza, zapewnienia niższej temperatury na sali,
- wyłączenie mocnych źródeł światła,
- zapewnienie ciszy pacjentce,
- obserwacja ilości i rodzaju wydzieliny,

- w przypadku bardzo intensywnych wymiotów, odbarczenie żołądka za pomocą zgłębnika,
- ocena stopnia nawodnienia pacjentki na podstawie obserwacji,
- prowadzenie bilansu płynów,
- pielęgnacja jamy ustnej pacjentki,
- płynoterapia dożylna na zlecenie lekarza,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.

Pacjentce został odbarczony żołądek za pomocą zgłębnika. Salę wietrzono regularnie, usunięto wszystkie potencjalne źródła podrażniające, zapewniono ciszę i spokój. Włączono płynoterapię płynem Optilyte, oraz podano leki hamujące odruch wymiotny.

Ocena: Pacjentka nie odwodniła się, jednak wymioty nadal występowały. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko zakażenia wkłucia obwodowego.

Cel: zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia wkłucia obwodowego.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja miejsca wkłucia,
- codzienna wymiana okleiny dookoła wenflonu,
- stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki,
- wymiana wenflonu na nowy w przypadku wystąpienia dolegliwości bólowych bądź zmian skórnych według skali Baxter,
- utrzymywanie przepustowości igły Vigo poprzez przepłukiwanie jej 0.9% NaCl po każdym podaniu leków, oraz po zakończeniu podaży płynów,
- prowadzenie karty obserwacji igły Vigo,
- jałowe przygotowywanie leków,
- obserwacja parametrów życiowych, takich jak RR, HR, temperatura ciała,
- unikanie moczenia wkłucia i okleiny dookoła,
- edukacja pacjentki na temat prawidłowego postępowania z wkłuciem dożylnym,
- ocena naczynia żylnego według skali Baxter.

U pacjentki zmieniono okleinę dookoła wenflonu, leki przygotowywano zgodnie z zasadami jałowości. Parametry RR, HR i temperatury ciała zostały sprawdzone, nie wykazały cech zapalenia. Pacjentka została edukowana na temat prawidłowego postępowania z wkłuciem dożylnym. Wkłucie i naczynie żyłne zostało ocenione według skali Baxter. Podczas manipulacji przy wenflonie zachowano zasady aseptyki i antyseptyki. Igłę Vigo regularnie przepłukiwano solą fizjologiczną.

Ocena: U pacjentki nie doszło do zakażenia linii naczyniowej.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zwiększone ryzyko rozejścia się brzegów rany w wyniku zbyt dużej aktywności pacjentki.

Cel: Zmniejszenie ryzyka rozejścia się brzegów rany.

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja miejsca operowanego,
- edukacja pacjentki na temat pielęgnacji rany,
- delikatna zmiana opatrunku,
- ograniczenie ilości nagłych ruchów

Pacjentka została poedukowana co do pielęgnacji rany, miejsce operowane było poddane obserwacji. Opatrunek został zmieniony delikatnie, wraz z zachowaniem procedur medycznych.

Ocena: Nie doszło do rozejścia się brzegów rany.

Diagnoza pielęgniarska 8: Dyskomfort pacjentki spowodowany pobytem w szpitalu.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu pacjentki, spowodowanego pobytem w szpitalu.

Działania pielęgniarskie:

- okazywanie współczucia i zrozumienia pacjentce,
- edukacja rodziny na temat postępowania z chora,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z rodziną,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z psychologiem i lekarzem prowadzącym,
- częste przebywanie z chorym, rozmowa z pacjentką,
- poinformowanie pacjentki o wykonywanych zabiegach.

Rodzina pacjentki została poinformowana na temat prawidłowości postępowania z pacjentką. Umożliwiono kontakt z psychologiem i lekarzem prowadzącym. Kobieta regularnie informowana na temat postępowania medycznego, wykazuje chęć do współpracy z personelem medycznym.

Ocena: Pacjentka czuje się nieco lepiej, ale problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Zmęczenie i obniżony nastrój spowodowane bezsennością.

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki i uzyskanie efektywnego snu.

Działania pielęgniarskie:

- edukacja pacjentki na temat przyczyn bezsenności,
- zapewnienie dodatkowego okrycia,
- dokładne wietrzenie sali,
- redukcja ilości cukrów i kofeiny w diecie pacjentki,
- edukacja pacjentki na temat metod relaksacji,
- unikanie drzemek w ciągu dnia,
- farmakoterapia lekiem Apo-Zolpin na zlecenie lekarza prowadzącego

Pacjentka została poinformowana na temat higieny snu i przyczyn bezsenności. Na prośbę pacjentki zaniesiono dodatkowy koc, wieczorem sala została dokładnie wywietrzona. Pacjentce uniemożliwiono drzemkę w ciągu dnia. Podano lek nasenny na zlecenie lekarza prowadzącego.

Ocena: Pacjentka przespała całą noc, jednak problem jest do dalszej obserwacji. Poziom wiedzy pacjentki na temat bezsenności podniósł się, kobieta jest usatysfakcjonowana zdobytymi informacjami na ten temat.

Diagnoza pielęgniarska 10: Obniżony nastrój spowodowany zdiagnozowaną chorobą i okaleczającym zabiegiem.

Cel: Poprawa samopoczucia i stanu psychicznego pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa z pacjentką na temat jej samopoczucia,
- edukacja pacjentki na temat choroby,
- zapewnienie pacjentce kontaktu z psychologiem,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z członkami koła „Amazonki”
- rozmowa z pacjentką na temat jej lęków
- edukacja rodziny na temat sposobu rozmowy z pacjentką
- odwracanie uwagi pacjentki na inne tematy, na przykład szydełkowanie, krzyżówki
- wzmacnianie samopoczucia kobiety przez rozmowy z nią, zapewnienie o udzieleniu jej pomocy,
- podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza,

Z pacjentką została podjęta rozmowa na temat choroby. Wyjaśniono najważniejsze pojęcia, takie jak przerzut, guz, nowotwór, zmiany hormonalne, chemioterapia, mastektomia, radioterapia.

Opowiedziano także o kole Amazonki, przekazano kontakt do członkiń.

Umówiono wizytę psychologa szpitalnego u kobiety. Poedukowano rodzinę na temat postępowania z kobietą. Zapewniono dostęp do krzyżówek i materiałów do szydełkowania. Zapewniono ją o wsparciu ze strony personelu medycznego. Podano leki uspokajające na zlecenie lekarza

Ocena: Pacjentka się uspokoiła i wyciszyła, czuje się pewniej w danej jej sytuacji. Jest pewniejsza siebie oraz usatysfakcjonowana zdobytą wiedzą na temat choroby nowotworowej.

Diagnoza pielęgniarska 11: Ryzyko zakażenia układu moczowego w wyniku założonego cewnika Foley'a.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego.

Działania pielęgniarskie:

- wymiana worka po każdym wypełnieniu,
- utrzymywanie higieny okolic intymnych, szczególnie okolicy ujścia cewki moczowej, dokładne oczyszczanie wodą z mydłem, następnie oczyszczenie ujścia cewki moczowej Octaniseptem
- zachęcenie pacjentki do noszenia przewiewnej, bawełnianej bielizny
- oczyszczanie cewnika w okolicy cewki moczowej Octaniseptem,
- obserwacja cewnika pod kątem oceny drożności,
- obserwacja cewki moczowej pod kątem obecności białozółtego, mętnego wysięku o charakterze ropowicznym
- rozmowa z pacjentką na temat potencjalnych dolegliwości bólowych takich jak pieczenie, rozpieranie w pęcherzu i cewce moczowej,
- obserwacja moczu pod kątem koloru,
- edukacja pacjentki na temat higieny cewnika i cewki moczowej.

U pacjentki wykonano higienę okolic cewki moczowej. Poinstruowano ją, jak postępować z cewnikiem Foleya.

Przy okazji oczyszczania okolic założenia cewnika Octanisteptem obejrzano go pod kątem drożności i zmian w wyglądzie moczu.

Ocena: Pacjentka zdobyła większą ilość wiedzy na temat postępowania z cewnikiem Foleya. Nie doszło do zakażenia układu moczowego .

Diagnoza pielęgniarska 12: Zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowozatorowej w wyniku uzależnienia od nikotyny i nadwagi pacjentki.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej u pacjentki.

Działania pielęgniarские:

- edukacja pacjentki na temat wpływu nikotyny na organizm, w szczególności na układ krążenia,
- edukacja pacjentki na temat wpływu zwiększonej masy ciała na układ krążenia,
- edukacja rodziny pacjentki na temat szkodliwości palenia papierosów,
- zachęcenie pacjentki do rzucenia palenia,
- dostarczenie pacjentce ulotek na temat szkodliwości palenia papierosów,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z psychologiem, który pomoże jej w rezygnacji z nałogu nikotynowego,
- edukacja pacjentki na temat postępowania w wypadku wystąpienia zespołu odstawienego nikotyny w celu złagodzenia niedogodności,
- umożliwienie pacjentce kontaktu z dietetykiem w celu ustalenia prawidłowej diety,
- zachęcenie pacjentki do zmniejszenia wagi,
- zachęcenie pacjentki do zwiększonej ilości aktywności fizycznej,
- zmniejszenie podaży tłuszczu w diecie,
- jak najszybsza pionizacja pacjentki,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej za pomocą aparatu Trifflo,
- zastosowanie metod masażu na kończynach dolnych, w celu ich lepszego ukrwienia,
- obserwacja parametrów życiowych pacjentki, a także koloru i ucieplenia kończyn dolnych,
- farmakoterapia na zlecenie lekarza.

Z pacjentką została przeprowadzona rozmowa na temat szkodliwości palenia i wpływu zwiększonej masy ciała na możliwość wystąpienia powikłań po przeprowadzonym zabiegu. Dostarczono jej broszury zawierające informacje na ten temat, przeprowadzono też rozmowę uświadamiającą z bliskimi chorej. Podjęto próby pionizacji pacjentki. Polecono wykonywanie ćwiczeń oddechowych, obserwowano kończyny dolne pod kątem zmian w kolorze i uciepleniu skóry. Umówiono wizytę dietetyka szpitalnego w celu ułożenia diety niskokalorycznej. Zastosowano lek Clexane 6000 na zlecenie lekarza prowadzącego.

Ocena: U pacjentki nie doszło do powikłań na tle zakrzepowo-zatorowym. Pacjentka jest chętna do rzucenia palenia i zmniejszenia masy ciała. Rodzina deklaruje pomoc pacjentce w zmianie sposobu odżywiania i zapewnienia większej ilości aktywności fizycznej.

WNIOSKI

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Określono problemy pielęgnacyjne pacjentki w pierwszej dobie po zabiegu jednostronnej mastektomii, wśród których na plan pierwszy wysunęły się:
 - silny ból okolicy operowanej,
 - ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej
 - ryzyko zakażenia miejsca operowanego,
 - ryzyko wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej,
 - złe samopoczucie spowodowane nudnościami i wymiotami,
 - ryzyko zakażenia wklucia obwodowego,
 - zwiększone ryzyko rozejścia się brzegów rany w wyniku zbyt dużej aktywności pacjentki,
 - dyskomfort pacjentki spowodowany pobytem w szpitalu,
 - zmęczenie i obniżony nastrój spowodowane bezsennością,
 - obniżony nastrój spowodowany zdiagnozowaną chorobą i okaleczającym zabiegiem,
 - ryzyko zakażenia układu moczowego w wyniku założonego cewnika Foleya,
 - zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej w wyniku uzależnienia od nikotyny i nadwagi pacjentki.
2. Zastosowanie technik działania przeciwbólowego takich jak: zimne okłady, odpowiednia pozycja ułożeniowa, edukacja pacjentki na temat źródła bólu i zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza obniżyły dolegliwości bólowe.
3. Dzięki poinformowaniu pacjentki co do konieczności wykonywania ćwiczeń biernych i czynnych, ułożenia kończyny w pozycji wysokiej za pomocą trójkątnego klina uniknięto obrzęku limfatycznego.
4. Zastosowanie się do zasad pielęgnacji wklucia obwodowego pozwoliły uniknąć zakażenia linii naczyniowej.
5. Skuteczność działań umożliwiło zastosowanie skali Baxter oraz skali VAS.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J., Wojciechowska U.: Nowotwory piersi w Polsce i Europie — populacyjny punkt widzenia. *Journal of Oncology*, 2013 2: 112-117.

2. Koper A.: Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020.
3. Jassem J., Krzakowski M., Bobek-Billewicz B, Duchnowska R, Jeziorski A, Olszewski W, Senkus-Konefka E, Tchórzewska-Korba H, Wysocki P.: Wytoczne Postępowania Diagnostyczno-Terapeutycznego, Rak Piersi. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2018,14: 210-214.
4. Nowecki Zbigniew I., Jeziorski A.: Chirurgiczne leczenie zmian nowotworowych piersi, Biblioteka chirurga onkologa Via Medica, Gdańsk 2016 5: 101-105
5. Jeziorski A., Rutkowski P., Wysocki W.: Chirurgia onkologiczna, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019.
6. Głuszek S.: Chirurgia podstawy, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019.
7. Łacko A, Matkowski R.: Leczenie chorych na raka piersi w podeszłym wieku, Katedra Onkologii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 2007.

ISBN- 978-83-958200-7-6