PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

Tom V

pod redakcją
Barbary Jankowiak
Beaty Kowalewskiej
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA

ORAZ PROFILAKTYKA

W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM V

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Barbary Jankowiak

Dr n. med. Beaty Kowalewskiej

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

Białystok 2021

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik
Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

Dr n. med. Ewa Wiśniewska
Wydziała Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie

Wydawca
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

Wydanie I
Białystok 2021
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet
978-83-951075-4-2

ISBN Tom V
978-83-961397-4-0

Opracowanie graficzne
Agnieszka Kułak-Bejda
zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

Druk
RobotA Piotr Duchnowski
15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307 NIP 966-035-40-80

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

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

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA

ORAZ PROFILAKTYKA

W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM V

WYKAZ AUTORÓW

Andruszkiewicz Anna
Dr hab. n. med.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Bereła Klaudia J.
Lic. położnictwa
Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Betke Katarzyna
Dr n. o zdr.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Borkała Iwona
Mgr pielęgniarstwa
Szpital Wojewódzki w Opolu

Chorąży Monika
Dr n. med.
Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Dombrowska-Pali Agnieszka
Dr n. o zdrowiu
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

Drozdowska Małgorzata
Mgr pielęgniarstwa
Klinika Kardiochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Gebuza Grażyna
Dr n. o zdrowiu
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Girzelska Joanna
Dr n. med.
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wykaz autorów

Głowacka Magdalena
Dr n. o zdrowiu
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Graczkowska Dominika
Mgr położnictwa
Absolwentka Kierunku Położnictwo II Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Humańska Marzena A.
Dr n. med.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jankowiak Barbara
Dr n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jastrzębska Izabela
Lic. pielęgniarstwa
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jedliński Łukasz
Lic. ratownictwa medycznego
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jenczura Anna Maria
Dr n. o zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Jurkiewicz Marlena
Mgr położnictwa
Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy

Kalinowska Paulina
Mgr pielęgniarstwa
Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kaźmierczak Marzena
Dr n. o zdrowiu
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wykaz autorów

Kędra Edyta
Dr n. med.
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

Klimaszewska Krystyna
Dr n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kobus Grażyna
Dr hab. n. o zdrowiu
Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kostrzewa-Zabłocka Ewa
Dr n. med.
Oddział Diabetologiczny Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Poradnia Diabetologiczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej

Kowalewska Beata
Dr n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Krajewska – Kułak Elżbieta
Prof. dr hab. n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Łukaszewicz Weronika
Lic. pielęgniarstwa
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Mieczkowska Estera
Dr n. o zdrowiu
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

Nieckuła Magdalena
Dr n. med.
Instytut Nauk o Zdrowiu Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowe w Nowym Targu

Osek Agata
Mgr pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Paluch Patrycja
Mgr wychowania fizycznego
Absolwentka Wydziału Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Ponczek Danuta
Dr n. med.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Prokopiuk Joanna
Mgr pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Snarska Katarzyna Krystyna
Dr n. med.
Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Stelmach Paulina
Mgr położnictwa
Szpital Wielkospecjalistyczny Sp.z o.o. w Gliwicach

Szlenk-Czyczerska Elżbieta
Dr n. o zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Szulewska Izabela
Mgr pielęgniarstwa
Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Szyca Martyna
Lic. pielęgniarstwa
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Tomczuk Dominika
Lic. pielęgniarstwa
Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Torka Agata
Mgr pielęgniarstwa
Szpital Wojewódzki w Opolu

Turosz Maria Anna
Dr n. o kulturze fizycznej
Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Wykaz autorów

Ulenberg Agata
Mgr pielęgniarstwa
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wiśniewska Katarzyna
Lic. pielęgniarstwa, Mgr pedagogiki
Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Witek Martyna
Mgr położnictwa
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublińcu

Żukowska Kaja Monika
Mgr fizjoterapii
Centrum Rehabilitacji pw. Św. Rocha, Caritas Diecezji Łomżyńskiej, Łomża

SŁOWO WSTĘPNE

„Czas i zdrowie to dwa cenne skarby, których nie rozpoznajemy i nie doceniamy, dopóki się nie wyczerpią”

Denis Waitley

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

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

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

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

Zespół redakcyjny

Dr n. med. Barbara Jankowiak

Dr n. med. Beata Kowalewska

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

SPIS TREŚCI

COACHINGOWE WSPARCIE W IDENTYFIKACJI I KSZTAŁTOWANIU POTRZEB ROZWOJOWYCH STUDENTÓW WYCHOWANIA FIZYCZNEGO..... 19
Turosz Maria Anna, Paluch Patrycja

BEZPIECZEŃSTWO PORODÓW DOMOWYCH W SUBIEKTYWNYCH OPINIACH POŁOŻNYCH..... 34
Jenczura Anna Maria, Witek Martyna

PERYPETIA POŁOGOWA – KARMIENIE NATURALNE.....
Jenczura Anna Maria, Jurkiewicz Marlena, Kędra Edyta 48

SZCZEPIENIA NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT A RUCHY ANTYSZCZEPIONKOWE W POLSCE..... 62
Jenczura Anna Maria, Stelmach Paulina, Kędra Edyta

POCZUCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA WŁASNE ZDROWIE WŚRÓD PACJENTÓW PO ZABIEGU CABG..... 75
Snarska Katarzyna Krystyna, Drozdowska Małgorzata

MEDYCZNE ASPEKTY CHOROBY WRZODOWEJ ŻOŁĄDKA..... 96
Snarska Katarzyna Krystyna, Chorąży Monika

ZACHOWANIA ZDROWOTNE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH..... 118
Snarska Katarzyna Krystyna

OCENA POZIOMU WIEDZY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW..... 140
Torka Agata, Szlenk-Czyczerska Elżbieta, Jenczura Anna Maria

EDUKACJA PACJENTEK Z CUKRZYCĄ CIĄŻOWĄ W PORADNI DIABETOLOGICZNEJ..... 156
Kostrzewa-Zabłocka Ewa

OCENA POZIOMU WIEDZY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA NA TEMAT FIZYCZNEGO I PSYCHOLOGICZNEGO WPŁYWU NIKOTYNY NA ORGANIZM..... 165
Borkała Iwona, Szlenk-Czyczerska Elżbieta, Jenczura Anna Maria

OCENA STANU WIEDZY KOBIET CIĘŻARNYCH NA TEMAT STYMULACJI TKANEK MIĘKKICH KROCZA PRZED PORODEM DROGAMI I SIŁAMI NATURY..... 180
Gierszewska Małgorzata, Graczkowska Dominika, Gebuza Grażyna, Kaźmierczak Marzena, Dombrowska-Pali Agnieszka, Mieczkowska Estera

ZACHOWANIA ZDROWOTNE U KOBIET CIĘŻARNYCH I ICH ZWIĄZEK Z OBJAWAMI DEPRESYJNYMI I WSKAŹNIKAMI DOBREGO SAMOPOCZUCIA..... 192
Kaźmierczak Marzena, Bereła Klaudia J., Gebuza Grażyna, Gierszewska Małgorzata, Dombrowska-Pali Agnieszka, Mieczkowska Estera

WPŁYW DEPRESJI POPORODOWEJ NA ROZWÓJ POZNAWCZY, EMOCJONALNY I SPOŁECZNY DZIECKA..... 205
Dombrowska-Pali Agnieszka, Gebuza Grażyna, Kaźmierczak Marzena, Gierszewska Małgorzata, Mieczkowska Estera

CZY PACJENCI PO TRANSPLANTACJI NERKI STOSUJĄ SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH ?..... 214
Kalinowska Paulina, Kobus Grażyna

ZESPÓŁ NIESPOKOJNYCH NÓG - CZĘSTY PROBLEM U PACJENTÓW Z PCHN..... 229
Kobus Grażyna

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM DŁUGOTRWALE UNIERUCHOMIONYM NA SKUTEK ZMIAN OSTEOPATYCZNYCH - WYBRANE POWIKŁANIA..... 241
Humańska Marzena A., Ulenberg Agata, Betke Katarzyna, Ponczek Danuta, Jedliński Łukasz, Andruszkiewicz Anna

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU- STUDIUM PRZYPADKU..... 250
Betke Katarzyna, Humańska Marzena A., Szyca Martyna, Ponczek Danuta, Ulenberg Agata

EDUKACJA PACJENTA Z CUKRZYCĄ TYPU 2 ROZPOCZYNAJĄCEGO PRZYJMOWANIE ANALOGU GLP-1..... 261
Kostrzewa-Zabłocka Ewa

ANALIZA I OCENA RYZYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO W OPINII PIELĘGNIAREK ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ TRAKTU OPERACYJNEGO..... 270
Girzelska Joanna, Wiśniewska Katarzyna, Głowacka Magdalena, Osek Agata

OCENA WIEDZY PACJENTÓW LECZONYCH W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ W CHEŁMIE NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA WYBRANYCH CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA..... 296
Girzelska Joanna, Wiśniewska Katarzyna, Nieckuła Magdalena, Prokopiuk Joanna

CHOROBA ALZHAIMERA- PRZEBIEG, OBJAWY I LECZENIE..... 322
Klimaszewska Krystyna, Jastrzębska Izabela

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA..... 338
Klimaszewska Krystyna, Jastrzębska Izabela

UDAR NIEDOKRWIENNY MÓZGU – OBJAWY, LECZENIE, REHABILITACJA..... 353
Klimaszewska Krystyna, Tomczuk Dominika

NIETRZYMANIE MOCZU JAKO PROBLEM FIZJOTERAPEUTÓW..... 372
Klimaszewska Krystyna, Żukowska Kaja Monika

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM..... 383
Klimaszewska Krystyna, Łukaszewicz Weronika

POSTACIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO..... 396
Klimaszewska Krystyna, Łukaszewicz Weronika

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO..... 406
Klimaszewska Krystyna, Szulewska Izabela

WYPALENIE ZAWODOWE A ZAWÓD PIELĘGNIARKI..... 429
Klimaszewska Krystyna, Szulewska Izabela

ANALIZA POSTAW KOBIET WOBEC KARMIENIA PIERSIĄ NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT..... 446
Mieczkowska Estera, Gebuza Grażyna, Dombrowska-Pali Agnieszka, Kaźmierczak Marzena, Gierszewska Małgorzata

COACHINGOWE WSPARCIE W IDENTYFIKACJI I KSZTAŁTOWANIU POTRZEB ROZWOJOWYCH STUDENTÓW WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Turosz Maria Anna[1], Paluch Patrycja[2]

1. Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
2. Absolwentka Wydziału Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

WSTĘP

Międzynarodowe badanie studentów i absolwentów przeprowadzone w Polsce i dziesięciu innych krajach Europy Środkowej w 2012 roku - raport „Pierwsze kroki na rynku pracy" ujawnia, iż współcześni pracodawcy konkurują o utalentowanych pracowników, którzy legitymują się doświadczeniem i kompetencjami – w tym osobistymi, a wspólnym mianownikiem jest wysoki etos pracy. Niepokojącym jest fakt, iż dwie trzecie z nich nie może znaleźć kandydatów spełniających powyższe wymagania [1].

Analizując 19 „kompetencji przyszłości" wyłonionych w czasie badań mazowieckiego rynku pracy przeprowadzonych 2019r. warto wskazać, iż większość z nich dotyczy kompetencji osobistych, ich znaczenie podano w porządku malejącym dla oczekiwanej korzyści w rozwoju:

1. Przedsiębiorczość
2. Samorozwój
3. Zdolności interpersonalne i komunikacyjne
4. Umiejętność zarządzania czasem
5. Kompetencje cyfrowe
6. Umiejętność współpracy
7. Zdolność krytycznego myślenia
8. Zdolności adaptacyjne
9. Kreatywność
10. Umiejętność pracy z nowymi technologiami
11. STEM (kompetencje z obszaru nauki, technologii, inżynierii i matematyki)

12. Wiedza z obszaru IT
13. Wszechstronność
14. Zdolność zarządzania talentami
15. Odporność na stres
16. Empatia
17. Specjalizacja dziedzinowa
18. Perspektywa holistyczna [2].

Kształtowanie kompetencji społecznych odbywa się przez całe życie w toku interakcji międzyludzkich zarówno w procesie dydaktyczno-wychowawczym, jak i codziennym doświadczeniu każdego z nas. W odniesieniu do studentów, to głównie uczelnie są miejscem, gdzie młody człowiek zdobywa kwalifikacje zawodowe, odnajduje i kształtuje swoje zasoby osobiste, buduje tożsamość. Dodatkowo należy dodać, iż zasoby osobiste człowieka stanowią jego potencjał zdrowia, sprzyjając w sytuacji stresu ponoszeniu mniejszych strat. Jednak rzeczywistość społeczna trzeciego tysiąclecia niesie wiele trudności w tworzeniu pozytywnych wzorców.

Konsumpcyjny styl życia, świat zbudowany wyłącznie na sukcesie może stanowić dla młodego człowieka wyzwanie, na co wskazują wyniki raportu „Młodzi 2011". Społeczeństwo jest problemem dla młodzieży (…). W różnych pracach na temat młodzieży spotyka się określenia zagubionej, oszukanej czy porzuconej generacji [3].

Przed uczelniami wyższymi pojawia się wyzwanie w postaci poszukiwania nowych metod i form pracy, a także ciągłej aktualizacji programu studiów, tak, aby młody człowiek kończąc studia miał jasny plan dotyczący swojej przyszłości, aby wierzył w swoje umiejętności, kompetencje i potrafił je efektywnie wykorzystać zarówno na rynku pracy, jak też w życiu osobistym. „Dzisiaj innowacyjny sens młodości zawiera się nie tyle w potencjale buntu, co w kompetencjach, charakterze aspiracji i dążeń życiowych młodych ludzi" [3].

„W odpowiedzi na nowe wyzwania stojące przed systemem edukacji (…) pojawia się potrzeba wprowadzenia narzędzi ułatwiających przeprowadzenie tej zmiany. Takim narzędziem, które może to umożliwić, jest coaching. Wykorzystanie coachingu w oświacie pozwala uzupełnić pewną lukę (…) stać się początkiem nowej jakości edukacji" [4].

Pojęcie coachingu w procesie globalizacji zmieniało swoje znaczenie. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku nie istniała jego uniwersalna definicja. Wujec powołując się na różnych autorów przytacza rozumienie coachingu jako: przekazywanie studentom wskazówek, informacji zwrotnych, zwracanie uwagi na rzeczy istotne, miało to na celu zbliżenie się do

wyników eksperckich (Druckman i Bjork); krótkoterminową interwencję, której celem była poprawa i rozwój określonej kompetencji, czy też poprawy wyników (Clutterburck), czy też relację pomagania pomiędzy osobą posiadającą w danej organizacji autorytet a klientem, w której istotne są wykorzystane środki i metody wspierające rozwój zasobów osobistych i wyników zawodowych klienta, w efekcie finalnym zaś całej organizacji (Kilburg) [5].

Zdaniem Kupaj i Krysy coaching w edukacji jest nowym przedsięwzięciem wychodzącym naprzeciw problemom jakie napotykamy w dzisiejszych szkołach, Rzeczywiście, można powiedzieć, że do szkół przychodzą nowoczesne dzieci, które potrzebują nowoczesnych nauczycieli" [6].

CEL PRACY

Celem badań była diagnoza potrzeb coachingowych studentów rozpoczynających lub kończących studia wychowania fizycznego w Wydziale Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej.

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest hierarchia ważności umiejętności/kompetencji społecznych studentek i studentów rozpoczynających lub kończących studia wychowania fizycznego?
2. Które z zasobów osobistych studentki i studenci chcieliby kształtować i rozwijać w czasie studiów?
3. Jaki jest poziom wiedzy studentów rozpoczynających lub kończących studia na temat roli coachingu w edukacji?

MATERIAŁ I METODY

W badaniach uczestniczyło 152 studentów (71 kobiet i 81 mężczyzn) Wydziału Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej kierunku wychowania fizycznego: 69 osób było w trakcie I roku studiów licencjackich, a 83 osoby były na II roku studiów magisterskich. Studentki i studenci uczestniczyli w anonimowych badaniach dobrowolnie oraz byli poinformowani o sposobie prezentacji wyników badań.

W badaniach wykorzystano metodę ankietową, kwestionariusz ankiety zawierał 12 pytań dotyczących: oceny efektywności funkcjonowania w wybranych obszarach życia, poziomu wybranych kompetencji społecznych, hierarchii ważności poszczególnych umiejętności życiowych, określenia potrzeb rozwojowych studentów i możliwości ich kształtowania oraz rozwoju, a także wiedzy studentów na temat coachingu, w tym możliwości

zastosowania coachingu w edukacji. W niniejszym artykule wykorzystano fragmenty wyników badań powstałych w czasie realizacji pracy magisterskiej P. Paluch dotyczącej „Diagnozy potrzeb coachingowych studentów wychowania fizycznego" [7].

WYNIKI

Hierarchia ważności umiejętności społecznych

Analizując umiejętności/kompetencje społeczne najistotniejsze w opinii zarówno studentek rozpoczynających studia licencjackie, jak i kończących studia magisterskie wychowania fizycznego (Tabela I) warto zauważyć, iż wiodące znaczenie ma pewność siebie - (1 miejsce I rok studia licencjackie oraz 2 miejsce II rok studia magisterskie).

Tabela I. Hierarchia umiejętności/kompetencji społecznych studentek studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

umiejętności społeczne/ kompetencje społeczne	I rok studia licencjackie		II rok studia magisterskie	
	$\overline{x}$ ważona	miejsce	$\overline{x}$ ważona	miejsce
Pewność siebie	3,28	1	1,91	2
Efektywność w związkach partnerskich	1	6	1,16	4
Komunikacja międzyludzka	1,08	5	2,29	1
Efektywność nauki	0,70	9	0,51	10
Poczucie odpowiedzialności	0,70	9	0,67	7
Zarządzanie czasem	0,75	8	1,18	3
Efektywność współpracy z grupą	0,47	11	0,54	9
Wzmocnienie pożądanych umiejętności i zachowania	0,61	9	0,29	12
Kreatywność	0,85	7	0,83	6
Aktywna postawa wobec zmian	0,38	12	0,40	11
Osiąganie lepszych wyników oraz osiąganie celów	1,41	3	1,29	12
Pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału osoby	0,55	10	0,59	8
Motywacja do samorozwoju i samodyscypliny	1,5	2	0,89	5
Efektywność rozwiązywania konfliktów	0,47	11	0,43	10
Zadowolenie z własnych działań w życiu zawodowym	1,26	4	0,54	9

Studentki rozpoczynające studia dużą wagę przywiązują do motywacji w procesie samorozwoju i samodyscypliny (2 miejsce) oraz osiągania lepszych wyników i celów (3 miejsce), natomiast ich koleżanki kończące studia największą wagę przywiązują do komunikacji międzyludzkiej (1 miejsce), a następnie pewności siebie oraz efektywnego zarządzania czasem.

Natomiast studenci zarówno rozpoczynający, jak i kończący pięcioletnie studia wychowania fizycznego najwyższe miejsce przypisali pewności siebie (1 miejsce) (Tabela II).

Tabela II. Hierarchia ważności umiejętności/kompetencji społecznych studentów Studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

umiejętności społeczne/ kompetencje społeczne	I rok studia licencjackie		II rok studia magisterskie	
	$\overline{X}$ ważona	miejsce	$\overline{X}$ ważona	miejsce
Pewność siebie	1,9	1	1,8	1
Efektywność w związkach partnerskich	0,9	4	0,4	8
Komunikacja międzyludzka	0,8	5	1,8	1
Efektywność nauki	0,4	7	0,2	10
Poczucie odpowiedzialności	0,4	7	0,5	7
Zarządzanie czasem	0,34	8	0,7	4
Efektywność współpracy z grupą	0,31	9	0,4	8
Wzmocnienie pożądanych umiejętności i zachowania	0,4	7	0,5	7
Kreatywność	0,34	8	1,2	2
Aktywna postawa wobec zmian	0,1	11	0,1	11
Osiąganie lepszych wyników oraz osiąganie celów	1,02	3	0,7	5
Pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału osoby	1,05	2	0,5	7
Motywacja do samorozwoju i samodyscypliny	0,46	6	0,8	3
Efektywność rozwiązywania konfliktów	0,22	10	0,3	9
Zadowolenie z własnych działań w życiu zawodowym	0,34	8	0,6	6

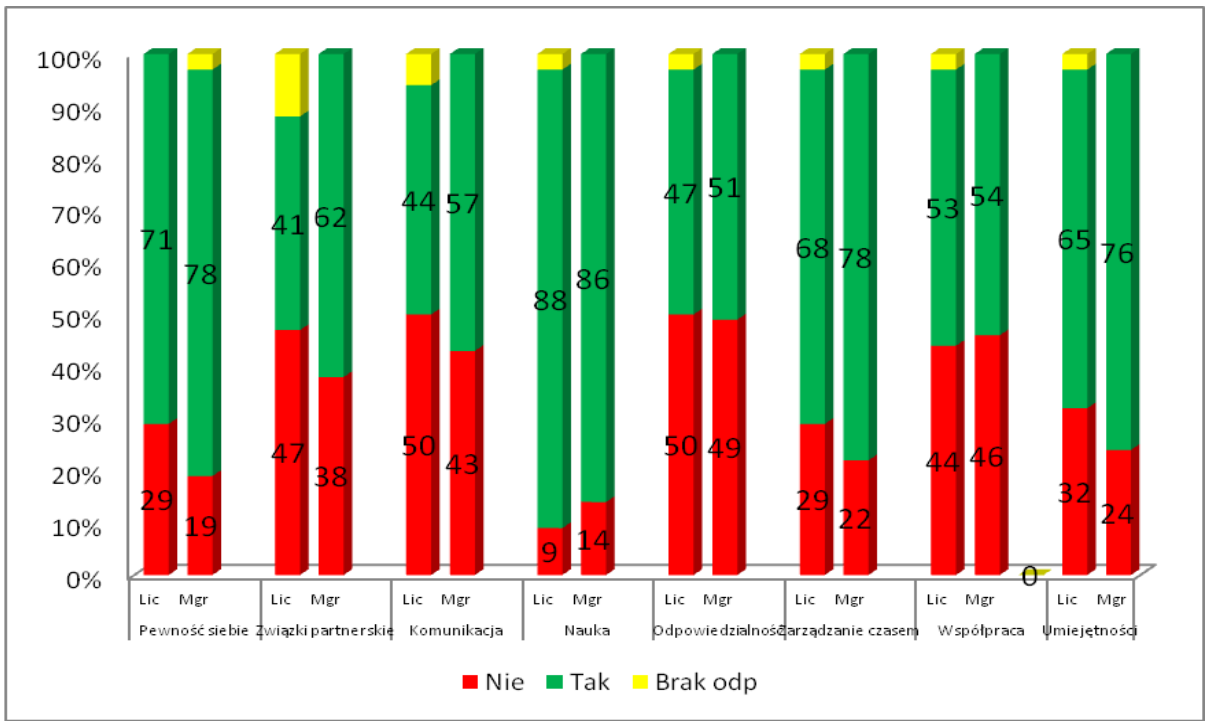
Studenci I roku wysoko cenią sobie zarówno pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału osoby (2 miejsce), jak i osiąganie lepszych wyników i celów (3 miejsce). Natomiast studenci kończący studia, poza pewnością siebie najwyżej w hierarchii lokują kreatywność (2 miejsce) oraz motywację do samorozwoju i samodyscypliny (3 miejsce).

Potrzeby rozwojowe młodzieży akademickiej

Dla zdecydowanej większości (ponad 90%) zarówno studentek, jak i studentów pierwszego, jak i ostatniego roku studiów rozwój osobisty/zawodowy jest bardzo ważny i badani chcą nad nim pracować.

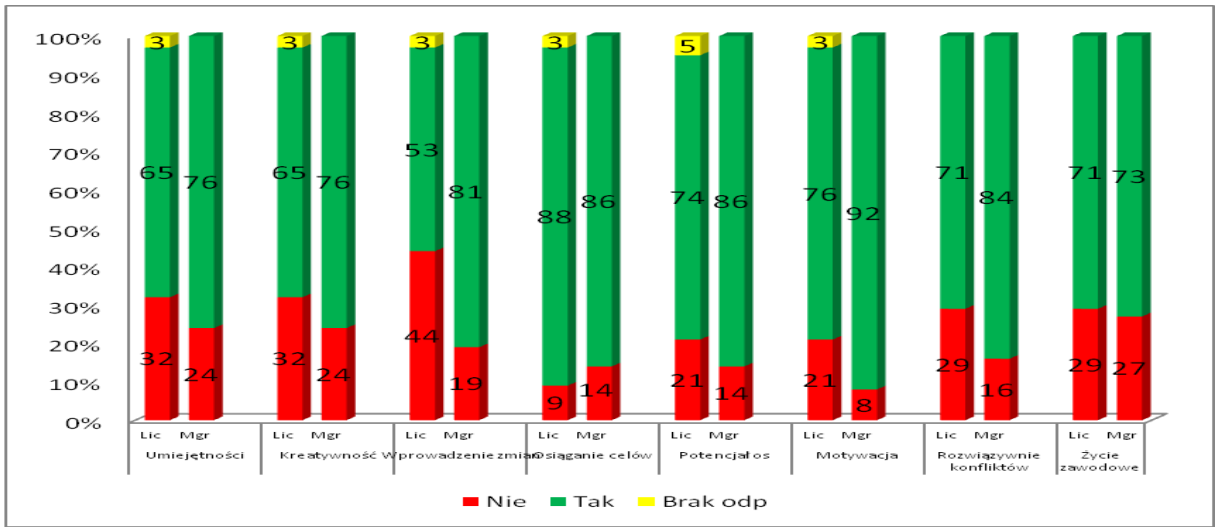
Dalsza analiza wyników badań dotyczyła zdiagnozowania chęci badanych w zakresie poprawy funkcjonowania /potrzeb rozwojowych/ w wybranych obszarach życia (Rycina 1, Rycina 2 – studentki; Rycina 3, Rycina 4 - studenci).

Studentki I roku studiów najbardziej chcą pracować nad jakością funkcjonowania w takich obszarach jak: efektywność nauki oraz osiągania lepszych wyników i celów (88%), motywacja do samorozwoju i samodyscypliny (76%), pełne wykorzystanie indywidualnego potencjału osoby (74%).



Rycina 1. Potrzeby rozwojowe studentek studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

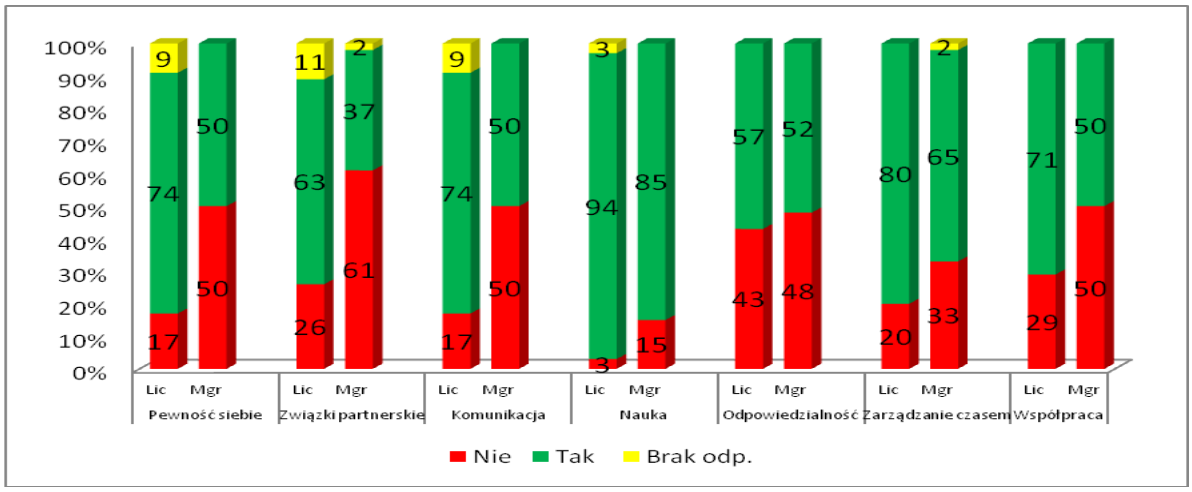
Prawie wszystkim studentkom kończącym studia zależy na: wzroście motywacji do samorozwoju i samodyscypliny (92%), osiąganiu lepszych wyników oraz celów (86%), wzroście efektywność nauki (86%) oraz pełniejszym wykorzystaniu indywidualnego potencjału własnej osoby (86%).



Rycina 2. Potrzeby rozwojowe studentek studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

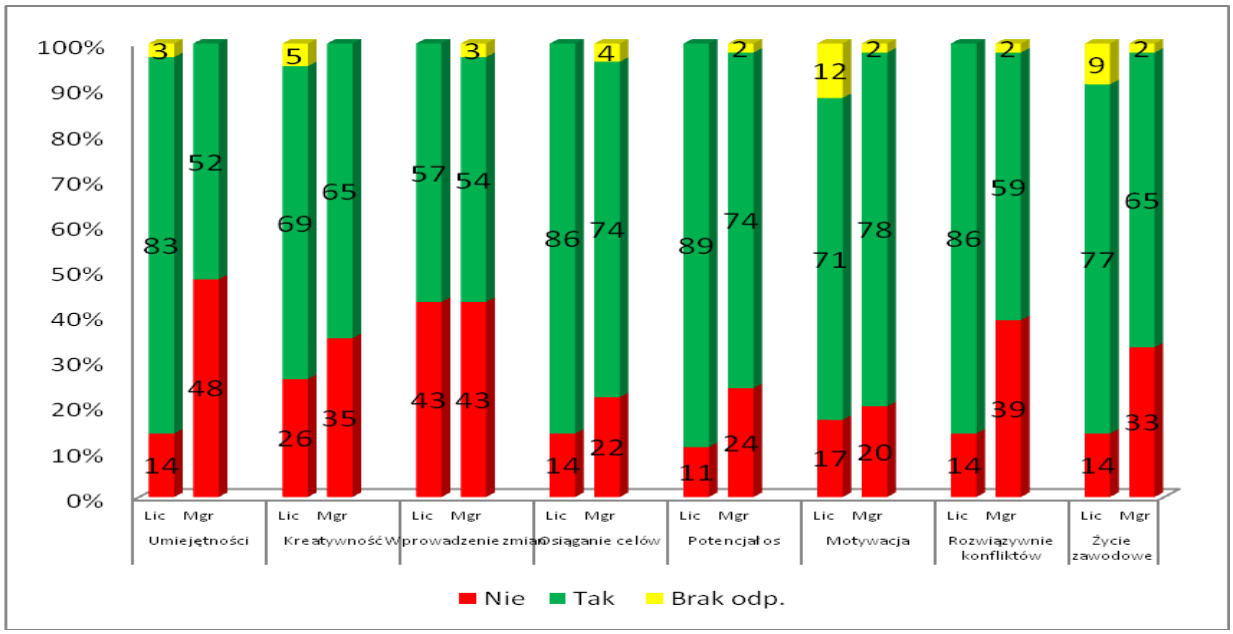
W obydwu grupach badanych kobiet ponad 70% studentek I oraz II roku studiów wyraża chęć poprawy swojego życia zawodowego. Bez względu na rok studiów studentki wyrażają chęć poprawy umiejętności związanych z osiąganiem celów. Studentki na studiach licencjackich i magisterskich podobnie wysoko oceniają, swoje umiejętności dotyczące współpracy (ponad 40%).

Bez względu na rok studiów zarówno studentom rozpoczynającym, jak i kończącym studia wychowania fizycznego w największym stopniu zależy na wzroście efektywności swojej nauki – analogicznie 94% i 98% (Rycina 3, Rycina 4).



Rycina 3. Potrzeby rozwojowe studentów studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Analizując obie ryciny można wywnioskować, iż kolejnymi ważnymi sferami dla studentów pierwszego roku są sfery związane z: pełnym wykorzystaniem indywidualnego potencjału osoby (89%), osiąganiem lepszych wyników i realizacji celów, a także rozwiązywaniem konfliktów (86%) oraz ze wzmacnianiem pożądanych umiejętności i zachowania (83%).



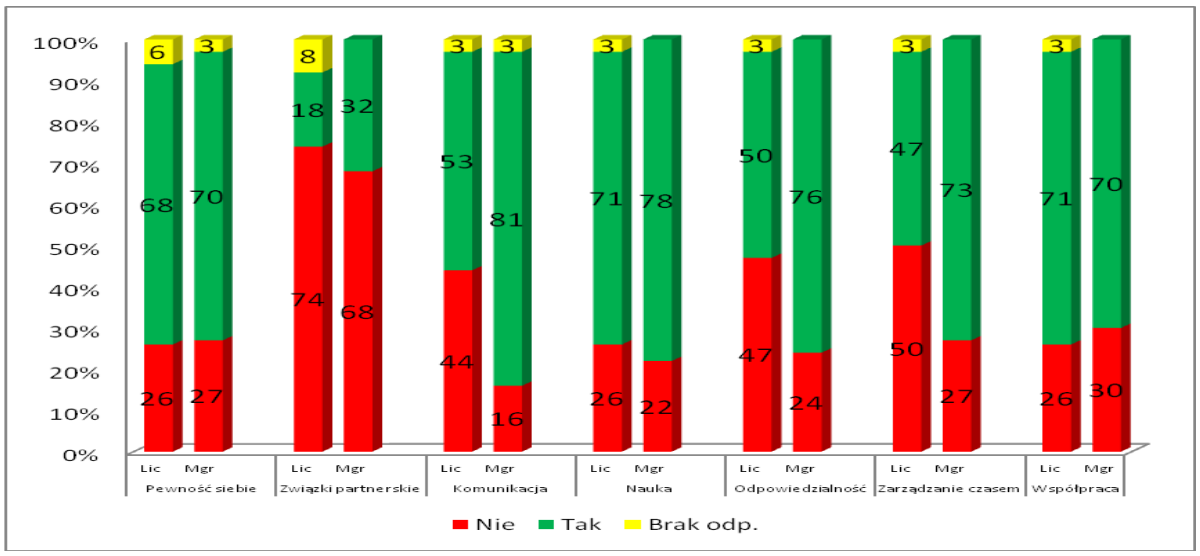
Rycina 4. Potrzeby rozwojowe studentów studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Natomiast studenci kończący studia, poza potrzebą ciągłego wzrostu efektywności nauki (98%), są chętni do: zwiększania motywacji w obszarze samorozwoju i samodyscypliny (78%), dalszego wzrostu w sferze osiągania lepszych wyników i wyznaczania celów, a także pełniejszego wykorzystania potencjału własnej osoby (po 74%).

Na pierwszym roku studiów zaledwie 14% mężczyzn uważa, że radzi sobie ze zdobywaniem nowych umiejętności i potrafi zachować się adekwatnie w różnych sytuacjach - wraz z upływem lat - co drugi student jest zadowolony z nabywania nowych umiejętności i pożądanego zachowania.

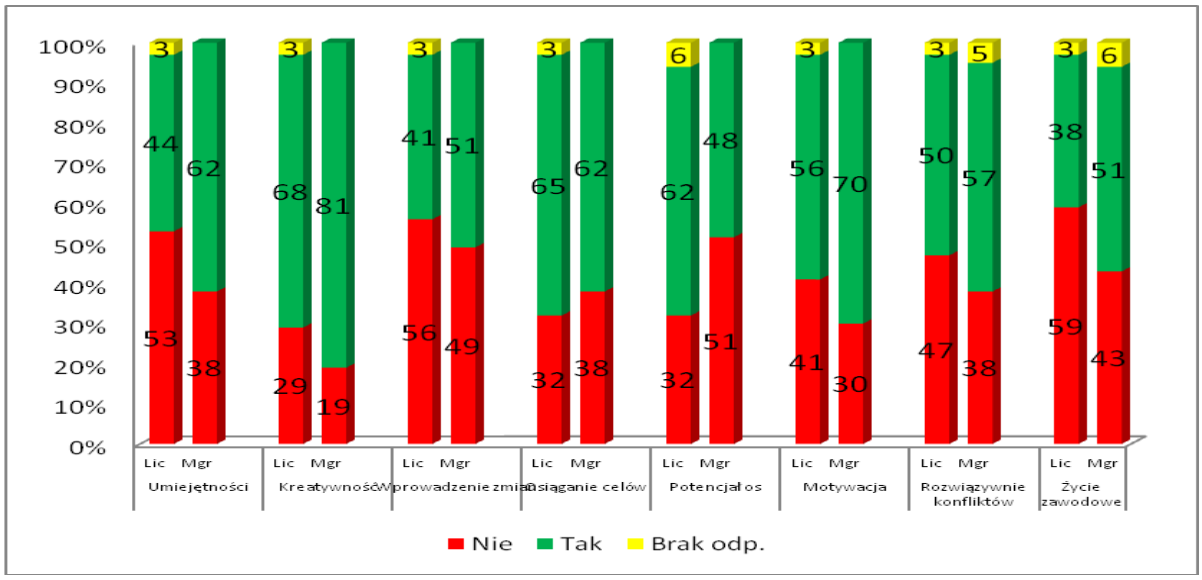
Obszary rozwoju umiejętności/kompetencji społecznych uwzględnione w programie studiów

Studentki I roku studiów (Rycina 5, Rycina 6) w czasie zajęć programowych chciałyby w największym stopniu pracować nad rozwijaniem kompetencji związanych z: efektywnością nauki oraz zwiększenia umiejętności współpracy w grupie (po 71%), większą kreatywnością oraz pewnością siebie (po 68%).



Rycina 5. Obszary rozwoju, które powinny być kształtowane w ramach programu studiów zdaniem studentek studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Co druga badana uważa, że chciałaby rozwijać swoją odpowiedzialność oraz pracować nad umiejętnością rozwiązywania konfliktów.

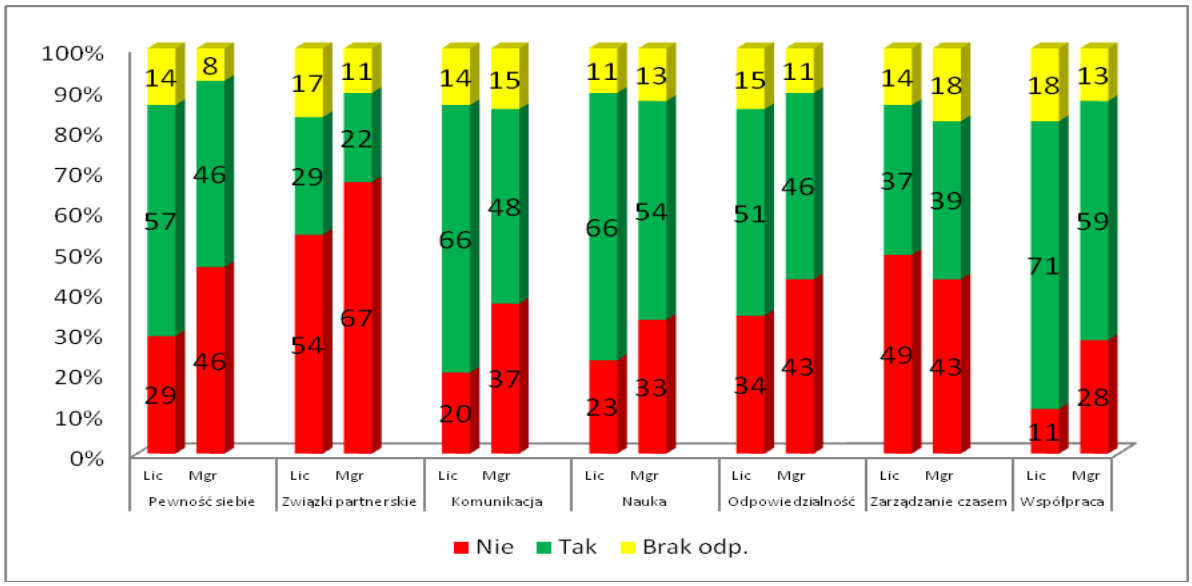


Rycina 6. Obszary rozwoju, które powinny być kształtowane w ramach programu studiów zdaniem studentek studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Studentki kończące studia chętnie uczęszczałyby na zajęcia rozwijające: kreatywność i komunikację międzyludzką (po 81%), efektywność nauki (78%) oraz odpowiedzialność (76%).

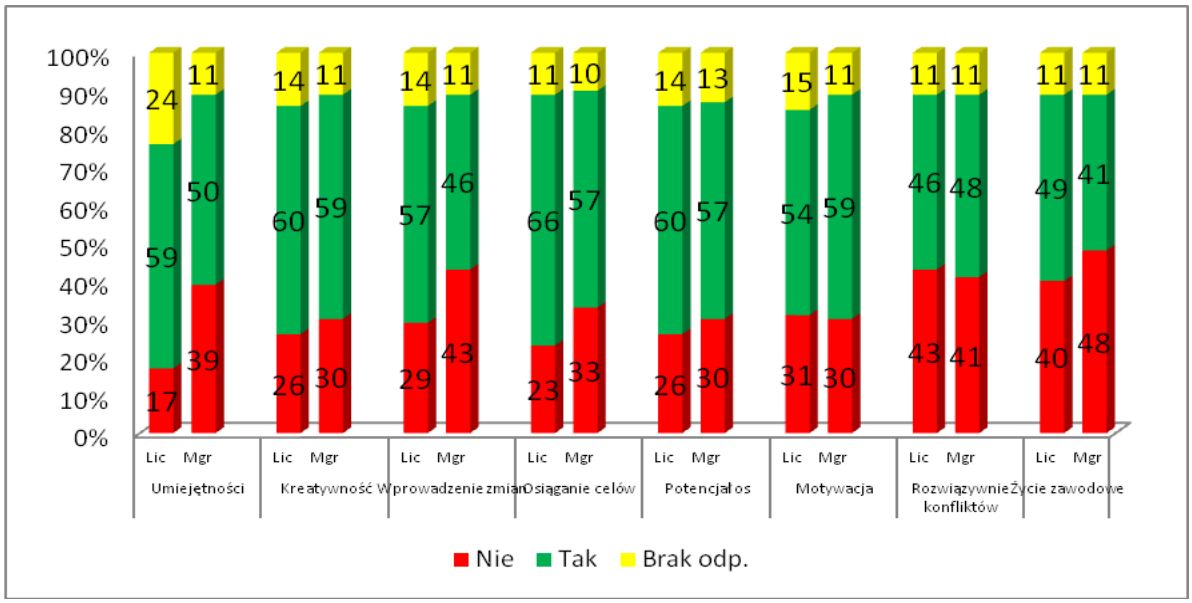
Ponad 70% zarówno studentek na I roku studiów licencjackich, jak i na II roku studiów magisterskich uważa, że w czasie zajęć programowych chciałyby pracować nad: współpracą w grupie oraz efektywnością nauki.

Zarówno studenci rozpoczynający, jak i kończący studia wychowania fizycznego mają największą potrzebę rozwoju współpracy w grupie (analogicznie 71% i 59%) i tego typu zajęcia najchętniej widzieliby w programie studiów (Rycina 7, Rycina 8).



Rycina 7. Obszary rozwoju, które powinny być kształtowane w ramach programu studiów zdaniem studentów studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Dodatkowo studenci będący na I roku wyrazili chęć uczestniczenia w zajęciach skoncentrowanych na: osiąganiu lepszych wyników i celów oraz zwiększeniu efektywności nauki (po 66%), a także podnoszeniu pewności siebie (57%).



Rycina 8. Obszary rozwoju, które powinny być kształtowane w ramach programu studiów zdaniem studentów studiów licencjackich lub magisterskich wychowania fizycznego WWFiZ w Białej Podlaskiej

Studenci kończący studia wskazują na takie obszary jak: lepsze wyznaczanie i realizację celów (57%), komunikację interpersonalną (48%) oraz zwiększenie pewności siebie (46%).

Wiedza na temat coachingu

Analizując poziom rozumienia przez badanych pojęcia coachingu można zauważyć, iż 68% studentek kończących studia i jedynie 9% rozpoczynających naukę rozumie znaczenie słowa coaching. Ponad 40% zarówno studentów zarówno I roku studiów licencjackich, jak i studentów II roku studiów magisterskich rozumie czym jest coaching.

Podstawowym źródłem wiedzy o coachingu są dla badanych zarówno studentek, jak i studentów (analogicznie 57% i 22% oraz 46% i 22%) kończących studia zajęcia na uczelni, a następnie Internet.

Analizując wiedzę badanych dotyczącą wykorzystania coachingu w różnych sferach życia warto zaznaczyć, iż studentki kończące studia w największym stopniu widzą takie możliwości w sporcie oraz zarządzaniu zasobami ludzkimi (35%). W związku ze słabą znajomością pojęcia coachingu przez młodzież rozpoczynającą studia nie dziwi fakt, iż studentki pierwszego roku nie potrafią znaleźć zastosowania tej wiedzy i umiejętności w zbyt wielu sferach życia. Najwięcej z nich - 22% wskazuje na zarządzanie zasobami ludzkimi.

Wyniki badań ujawniają, iż studenci nieco w mniejszym stopniu niż studentki potrafią odnieść pojęcie coachingu do różnych sfer życia. Jedynie co czwarty student rozpoczynający studia wykorzystałby coaching w zarządzaniu relacjami, a co piąty kończący studia w zarządzaniu zasobami ludzkimi oraz sporcie.

DYSKUSJA

Analizując przedstawione wyniki badań warto zauważyć, iż studenci bialskiej uczelni ciągle bardzo wysoko oceniają wartość edukacji, uznając iż wykształcenie stanowi klucz do wielu obszarów życia, a jego jakość daje poczucie bezpieczeństwa, prestiżu i zwiększa subiektywne poczucie szczęścia człowieka, co jest spójne z wynikami raportu „Młodzi 2011” [3].

Wyniki badań pokazują, iż hierarchia ważności umiejętności/kompetencji społecznych w opinii studentów jest zbieżna z hierarchią ważności tzw. „kompetencji przyszłości” zidentyfikowanych przez pracodawców mazowieckiego rynku pracy. Bowiem zarówno w opinii studentów kończących studia wychowania fizycznego, jak też przyszłych pracodawców, wiodącą rolę odgrywa: pewności siebie, komunikacja interpersonalna, kreatywność, motywacja do samorozwoju. Wskazane kompetencje są zbieżne z hierarchią „kompetencji przyszłości”,

zgodnie z którą samorozwój, zdolności interpersonalne i komunikacyjne zajmują drugie i trzecie miejsce, jako przynoszące największą korzyść w rozwoju [8].

Spójność oczekiwań zarówno studentów, jak i przyszłych pracodawców wskazuje, iż dzisiejsza młodzież akademicka aktywnie monitoruje oczekiwania rynku pracy chcąc już w czasie studiów kształtować te zasoby osobiste i kompetencje, które zwiększają ich atrakcyjność na rynku pracy. Aby nauczyciele akademiccy mogli sprostać tym oczekiwaniom muszą wiedzieć i pamiętać, iż istnieją różne kategorie studentów – od nastawionych na pracę do unikających; praca ważna jest dla wszystkich, choć dla każdego inaczej; młodzi są aktywni w zdobywaniu doświadczenia; wierzą w siebie; na ogół źle oceniają ogólny poziom wykształcenia, ale nie własny; w nowej pracy najważniejsze są dla nich możliwości rozwoju, a potem pensja; chcą być ekspertami i robić to, co się lubi. Należy też dodać, iż 30% badanych wskazuje coaching i mentoring, a także regularną informację zwrotną jako główną formę rozwoju osobistego [1].

W tym świetle interesującym, wydaje się być fakt, iż od 20-35% badanych studentek i studentów kończących studia wychowania fizycznego widzi możliwość efektywnego wykorzystania coachingu w sferze zarządzania zasobami ludzkimi.

Uzyskane wyniki badań są ciągle zbieżne z postulatami Autorki dotyczącymi aktualizacji programów studiów, dzięki czemu będzie możliwa w większym stopniu praca nad pomnażaniem zasobów osobistych młodzieży akademickiej [9].

Wydaje się, iż przedmiotem dalszej dyskusji powinny być umiejętności, których współczesna szkoła nie rozwija, a są zdaniem M. Pasterskiego niezbędne do prowadzenia owocnego i satysfakcjonującego życia oraz efektywnego radzenia sobie we współczesnej rzeczywistości [10]. Warto o tym rozmawiać, gdyż nawet krótka forma coachingu w postaci kilku spotkań daje pozytywny efekt [11].

Warto podkreślić, iż zasoby osobiste, którymi dysponuje człowiek wpływają na poziom zdrowia psychicznego, a także subiektywne poczucie szczęścia, zaś wzmacnianie ich poziomu wpisuje się na trwale w zadania edukacji trzeciego tysiąclecia [12, 13].

WNIOSKI

1. Należy aktualizować programy studiów, tak, aby wspierać młodzież akademicką w identyfikacji i rozwoju zasobów osobistych.
2. Coaching w edukacji stanowiłby nowatorską formę wzbogacenia programów studiów na kierunku wychowanie fizyczne.

3. Istnieje potrzeba kształcenia nauczycieli akademickich w roli mentorów i coachów indywidualnych studentów.
4. Należy zintensyfikować współpracę uczelni z pracodawcami celem monitorowania potrzeb rynku pracy w zakresie kompetencji przyszłości.
5. Należy w sposób instytucjonalny wzmacniać i rozwijać zasoby osobiste nauczycieli akademickich.

PIŚMIENNICTWO

1. Pierwsze kroki na rynku pracy, https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_Deloitte_PierwszeKrokiNaRynkuPracy_2013_1.pdf, (data pobrania 1.08.2020).
2. KOMPETENCJE, JAKICH NIE BYŁO Kompetencje przyszłości na mazowieckim rynku pracy w perspektywie do 2040 roku. Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie, Warszawa 2019, https://4cf.pl/wp-content/uploads/pdf/4CF_wup.pdf, (data pobrania 14.09.2020).
3. Szafraniec K.: Młodzi 2011, Warszawa Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, https://nck.pl/upload/attachments/302470/mlodzi_2011.pdf (data dostępu 19.09.2020).
4. Brzeziński Ł.: Coaching - możliwość wykorzystania w edukacji. Przegląd Pedagogiczny, 2014, 2, 166-174.
5. Wujec B.: Geneza i definicje coachingu. Coaching Review, 2012, 1, 4-28.
6. Kupaj L., Krysa W.: Kompetencje coachingowe nauczycieli. Wolters Kluwer, 2014.
7. Paluch P.: Diagnoza potrzeb coachingowych studentów wychowania fizycznego. Niepublikowana praca magisterska. Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej, 2016.
8. Turosz M.A.: Jakość życia a różnice w poziomie zasobów osobistych oraz deficytów studentów WWFiS w Białej Podlaskiej [w:] O jakości życia z perspektywy człowieka zdrowego i chorego, Bereza B., Ledwoch M. (red.). Lublin, CPPP Scientific Press, 2012, 20-29.
9. Pasterski M. Szkoła życia, czyli o czym zapomina edukacja? https://michalpasterski.pl/2015/04/szkola-zycia-czyli-o-czym-zapomina-edukacja/ (data dostępu 20.09.2020).
10. Kwiatkowska P.: Sprecyzowanie celu i planu realizacji a efekt krótkiej formy coachingu kariery. Coaching Review, 2015, 1 (7), 70-83.

11. Pietras – Mrozicka M.: Posiadane zasoby osobiste optymizm i poczucie własnej skuteczności) a ocena jakości życia. Analiza współzależności. Acta Universitatis Lodziensis Folia Sociologica, 2016, 57, 19-36.
12. Kluczyńska S., Witkowska E., Zabłocka – Żytka L., Sokołowska E.: Zdrowie psychiczne polskich studentów – wybrane wskaźniki pozytywne i negatywne. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2019, 28 (4), 233-240.

BEZPIECZEŃSTWO PORODÓW DOMOWYCH W SUBIEKTYWNYCH OPINIACH POŁOŻNYCH

Jenczura Anna Maria[1], Witek Martyna[2]

1. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublińcu

WSTĘP

Na przestrzeni ostatnich lat zauważa się coraz większe zainteresowanie porodami w warunkach domowych. Sposób rodzenia dziecka przebiega intuicyjnie i instynktownie, jednak środowisko może znacząco oddziaływać na jego tok, dlatego podczas przeżywania porodu, jedną z ważnych ról odgrywa miejsce porodu [1].

Głównym argumentem przemawiającym za odbyciem porodu w domu może być świadomość rodzącej o ciągłej i zindywidualizowanej opiece położnej. Rodzące prawdopodobnie czują się pewnie i bezpiecznie w towarzystwie znanej im już położnej [2].

Literatura fachowa zwraca uwagę na kolejny aspekt - prawdopodobnie czas po narodzinach w domu nie jest tak ograniczony jak w środowisku szpitalnym. Rodzinnie przeżywa się pierwszy kontakt z noworodkiem, co z kolei wpływa na profilaktykę depresji poporodowej [3].

Według statystyk dobrzeurodzeni.pl w 2015 roku porodów przyjętych w domu odnotowano 136 na 370 706 wszystkich. Natomiast w 2017 roku według danych GUS (Główny Urząd Statystyczny) już 627. Dla porównania porody domowe w Anglii stanowią 2 % wszystkich porodów, a w Holandii w 2015 roku 16,3%, przy czym w 2004 roku 30% kobiet rodziło w domu [4].

Obecnie w Polsce, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej gwarantuje kobietom w ciąży niepowikłanej możliwość wyboru miejsca porodu [5].

Położnych podejmujących się przyjęcia porodu w domu lub w domach narodzin jest nadal bardzo mało. Decydując się na taki poród kobieta powinna czuć się w towarzystwie swojej położnej komfortowo i bezpiecznie, a położna zaś musi być doskonale przygotowana merytorycznie i mentalnie do takiego wydarzenia. Jest to kluczową kwestią prowadzącą do szczęśliwego zakończenia porodu [1].

CEL PRACY

Celem głównym badań było poznanie opinii położnych pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia, na temat planowania porodu w warunkach domowych.

Jako cele szczegółowe wyartykułowano określenie, czy poród w warunkach domowych jest bezpieczny w subiektywnych opiniach położnych. Ustalenie, czy położne podjęłyby się przyjęcia porodu w warunkach domowych i co wpłynęłoby na ich decyzję. Poznanie, dlaczego kobiety decydują się na poród w warunkach domowych w opinii położnych.

MATERIAŁ I METODY

Badania, które zostały przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy, zostały przeprowadzone przy pomocy kwestionariusza ankiety składającego się z 23 pytań. Respondentkami było 200 położnych. Wypełnienie formularza było dobrowolne oraz anonimowe. Pytania ankietowe miały za zadanie poznanie opinii położnych w temacie porodów domowych. Obejmowały one ocenę bezpieczeństwa porodu poza środowiskiem szpitalnym, czynników wpływających na decyzję prowadzenia takich porodów, wykazania chęci uczestnictwa w tym wydarzeniu, uregulowania prawne, cech posiadających przez położną podejmującą się przyjmowania porodu domowego, niskiego wskaźnika osób zajmujących się tym zawodowo oraz decyzję ciężarnych o planowaniu narodzin w środowisku pozaszpitalnym. W ankiecie pytano także o zaobserwowany przez położne stosunek lekarzy do takich porodów oraz edukację położnych. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu Excel.

WYNIKI

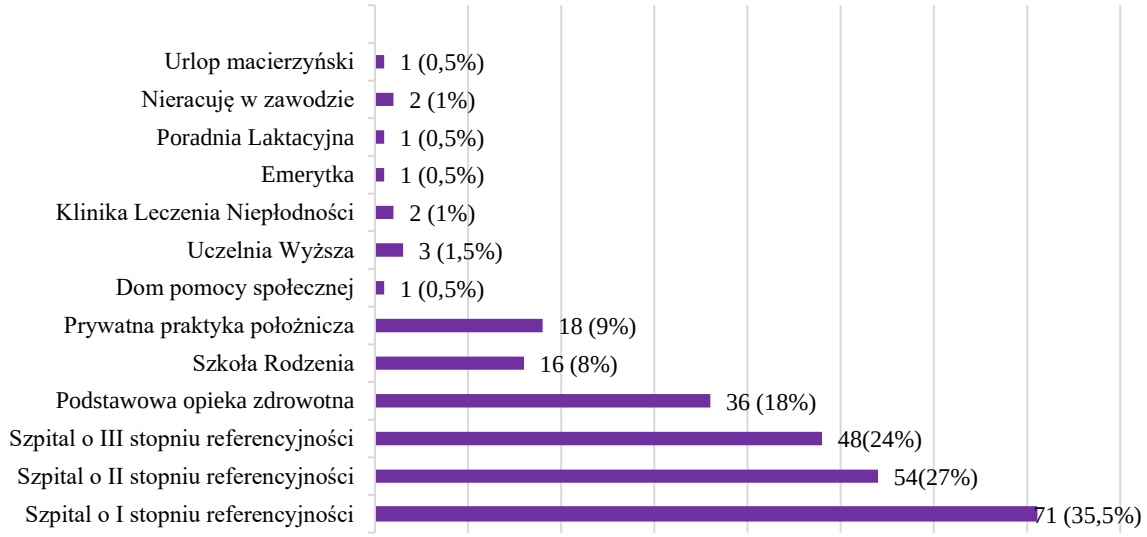
Wiek ankietowanych znajdował się w przedziale 22- 48 i więcej. Najliczniejsza grupa osób zawierała się w przedziale 22- 25 lat, co stanowiło 26%. Przedział wiekowy 26-30 lat miało 22% uczestników badania. Kobiet deklarujących wiek 31- 36 lat było 16%. Respondentki w wieku 49 i więcej lat tworzyły grupę 15,5%. Osoby mające 43-48 lat stanowiły 11,5% grona badanych. Najmniejsza ilość osób zadeklarowała przedział wiekowy 37-42 lata.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania prawie połowę ankietowanych to mieszkańcy miasta poniżej 100 tysięcy mieszkańców. Najmniejszą grupę stanowiło 21% osób zamieszkujący miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Ludność zamieszkująca tereny wiejskie stanowiła 33% wszystkich ankietowanych.

Podobna sytuacja do wieku ankietowanych występowała odnośnie stażu pracy. Najliczniejszą grupę stanowiły położne z krótszym stażem pracy niż 3 lata, ponieważ aż 37 %. Najmniej liczny przedział stażowy to 14-20 lat pracy. Kobiety z 21 i większym stażem pracy tworzyły grupę 21,5%. Respondentek deklarujących się w przedziale 4-8 lat pracy było 19,5%. Grono z 9-13 –letnim doświadczeniem stanowiło 12,5% badanych.

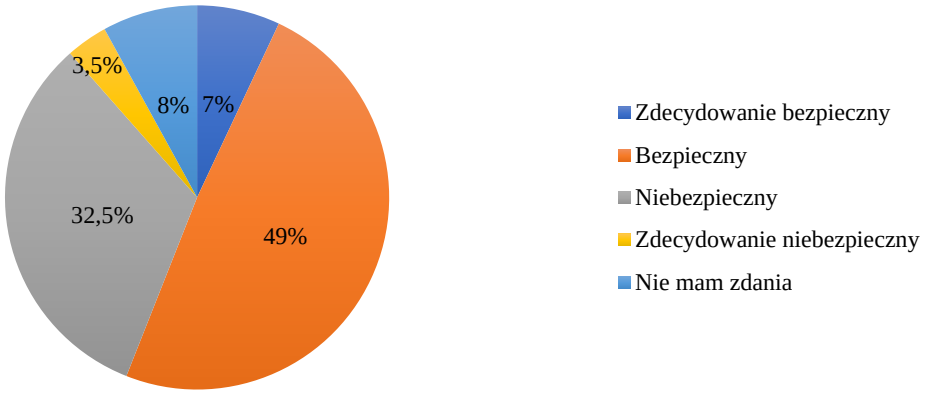
Badana ilość osób była zróżnicowana pod względem wykształcenia. Zdecydowana większość położnych posiadała tytuł magistra. Drugą, co do wielości grupę stanowiły położne z licencjatem położnictwa. Grupą 16% były położne ze specjalizacją zawodową i magistrem. Natomiast kobiet ze specjalizacją zawodową i licencjatem położnictwa było 14,5%. Grupę 13 osobową stanowiły położne dyplomowane. Wśród ankietowanych znajdowały się 2 położne z doktoratem stanowiące 1% wszystkich ankietowanych.

Miejsce pracy ankietowanych położnych przedstawione zostało na Rycinie 1.



Rycina 1. Miejsce pracy położnych

W pytaniu dotyczącym bezpieczeństwa porodów domowych zdecydowana większość, bo 98 osób ankietowanych była pewna, co do bezpieczeństwa takich porodów. Respondentki uważające poród w warunkach pozaszpitalnych, jako niebezpieczny tworzyły grupę 32,5%. Odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 2.



Rycina 2. Ocena stopnia bezpieczeństwa porodów domowych według ankietowanych

Opinia położnych o porodzie w warunkach pozaszpitalnych, przeważającą ilością odpowiedzi było stwierdzenie, iż jest ciekawą alternatywą porodu szpitalnego. Bezpieczniejszym od porodu w warunkach szpitalnych było dla 17 kobiet. 45 położnych, czyli 22,5% ankietowanych uważa poród domowy, jako bezpieczny, ale tylko przy asyście lekarza. Niewiele mniej, bo 20% twierdzi, że jest dobrym zarobkiem dla położnych. Grupę 14,5% tworzyły ankietowane, które twierdziły, iż jest w takim samym stopniu bezpieczny, jak poród w szpitalu. Poród domowy, jako kaprys rodziców to 8% odpowiedzi. Niepotrzebnym narażaniem zdrowia matki i dziecka jest dla 20% położnych. Natomiast 16% uważa, że poród domowy jest dobrym zarobkiem dla położnych. Osób nie mających zdania było 3. Położne, które skorzystały z dopisania własnych odczuć o porodzie pozaszpitalnym, szczególnie zaznaczały, iż poród jest czymś naturalnym, fizjologiczną koleją rzeczy. Ankietowane uwzględniały także aspekt kwalifikacji do porodu domowego, gdyż powinna być to ciężarna z ciążą niskiego ryzyka. Ważne dla nich również było to, iż nie można przewidzieć przebiegu porodu, oraz aby było prowadzony przez doświadczone osoby i w bliskim sąsiedztwie szpitala. Dla 1 ankietowanej poród domowy jest pięknym rodzinnym przeżyciem i wyborem kobiety rodzącej, a dla innej naturalną odpowiedzią na potrzeby kobiet.

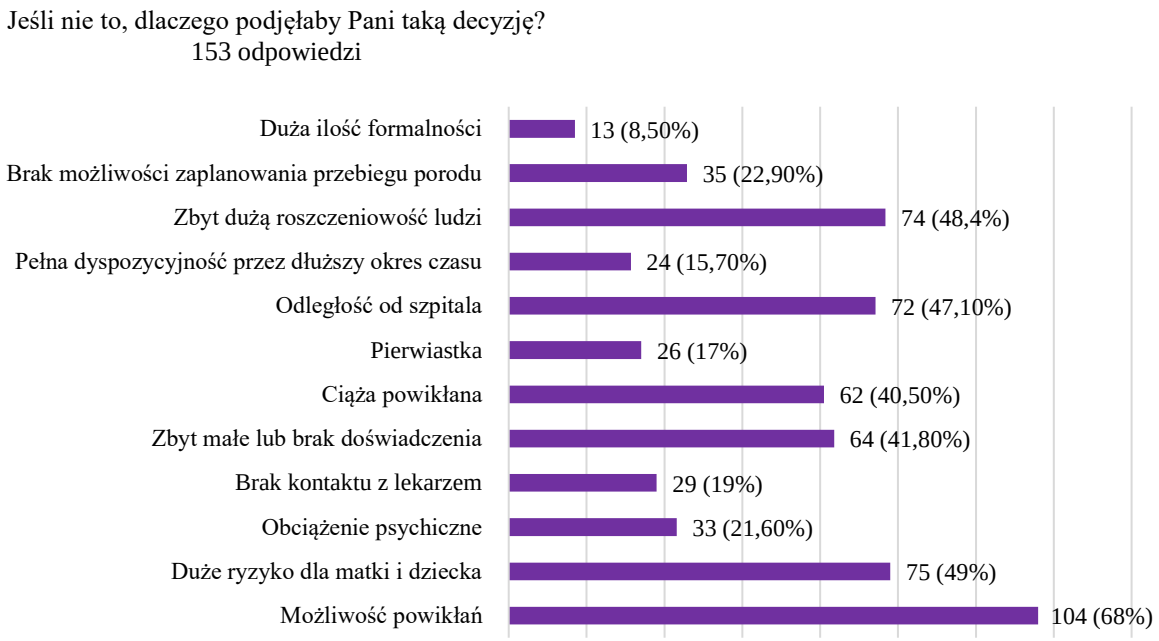
W sytuacji nagłej położne niemal jednogłośnie podjęłyby się przyjęcia porodu - 68,5%. Absolutnie nie podjęłoby się tego 11,5% respondetek. Za porodem w Domu Narodzin obstaje 9 położnych, natomiast żadna z osób nie zaznaczyła odpowiedzi, iż przyjęłaby poród w domu, lecz w Domu Narodzin nie. Respondentek, które nie mają zdania w tej kwestii było 9%. Grupa 3% położnych deklarujących przyjęcie porodu domowego w sytuacji nagłej, uczyniłaby to jednak czekając na przyjazd Zespołu Ratownictwa Medycznego. Pewna ankietowana uważa, iż w sytuacji nagłej nie ma prawa odmówić pomocy. Inna położna stwierdziła, że jej postawa

zależałaby od stanu zdrowia rodzącej. Dla kolejnej położnej warunkiem byłoby zupełne rozwarcie i położenie płodu podłużne główkowe.

W wypadku sytuacji planowej zdania są znacznie inne. Prawie połowa, bo aż 46,5% położnych nie podjęłoby się przyjęcia porodu w sytuacji planowej. Jednak są osoby wykazujące chęć uczestniczenia w takim porodzie (22%). Natomiast 18% ankietowanych deklaruje chęć udziału w porodzie w Domu Narodzin, natomiast żadna z osób nie zaznaczyła odpowiedzi, iż przyjęłaby poród w domu, lecz w Domu Narodzin nie. Grupa 10,5% respondentek nie miała zdania w tej kwestii. 5 uczestniczek badania wykazało chęć obecności w planowym porodzie domowym, lecz aktualnie według niektórych z nich brak im doświadczenia.

Ankietowane zostały zapytane także o wpływ na decyzję o podjęciu się przyjęcia porodu domowego w sytuacji planowej i nieplanowej. Odpowiedzi zostały ukazane na Rycinie 3 i 4.

Rycina 3. Czynniki wpływające na decyzję położnych



Rycina 4. Czynniki wpływające na decyzję położnych

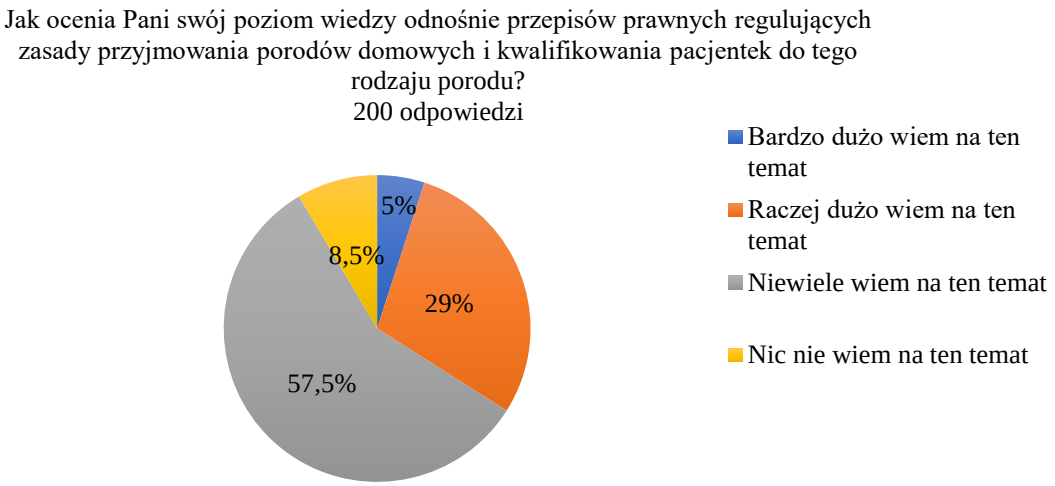
Według ankietowanych kobietami decydującymi się na poród w warunkach pozaszpitalnych kieruje przede wszystkim brak stresu związanego z pobytem w szpitalu- 90%. Równie ważne dla 133 położnych może być ich opieka skierowana tylko na rodzącej, znajomość otoczenia - 66,5%, możliwość kontaktu z bliskimi - 66%, natomiast ograniczona do minimum ilość personelu, jak i swobodna w poruszaniu się to 60,5% odpowiedzi. Dla 107 położnych ważna jest wcześniejsza znajomość z pacjentką (Rycina 5).

Rycina 5. Aspekty warunkujące decyzję kobiet o porodzie w warunkach pozaszpitalnych

Chęć uczestnictwa w porodzie domowym, jako osoba towarzysząca innej położnej zadeklarowało 57% ankietowanych. W sytuacjach nagłych zgodziłoby się 27,5% badanych. Odmówiłoby 9% położnych, a własnego stanowiska w tym pytaniu nie przedstawiło 12 opiniodawców. Inna odpowiedź ankietowanej zwracała uwagę na to, iż położne nie proszą osób niedoświadczonych o asystę podczas porodu domowego.

Według 38,5% położnych poród w warunkach domowych jest niewystarczająco uregulowany prawnie. Natomiast 32,5% ankietowanych jest zadowolonych z uregulowań. 22,5% badanych nie miało zdania na ten temat. Osób, których prawo w tej kwestii nie satysfakcjonuje było 6,5%.

Uczestniczki badania odpowiadały także na pytanie dotyczące swojego poziomu wiedzy odnośnie przepisów prawnych regulujących zasady przyjmowania porodów domowych i kwalifikowania pacjentek do tego rodzaju porodu. Odpowiedzi ukazano na Rycinie 6.

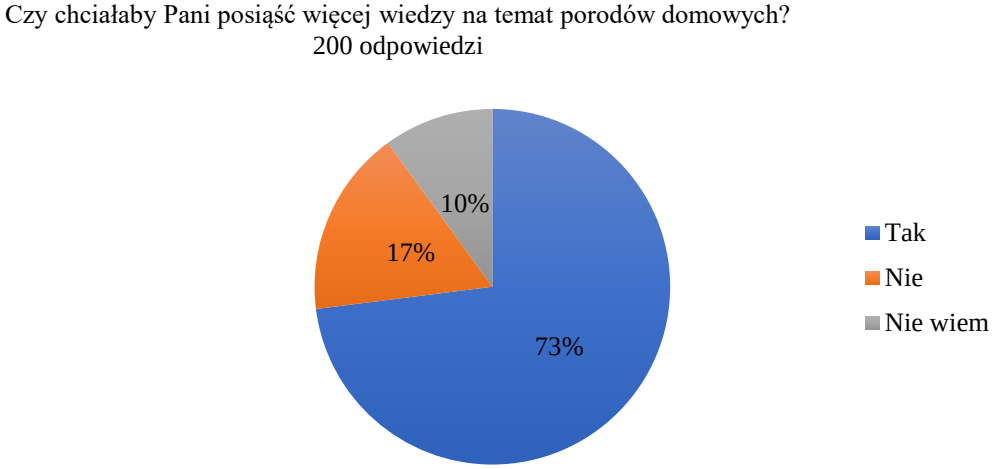


Rycina 6. Poziom wiedzy odnośnie przepisów prawnych regulujących poród domowy

43% osób twierdzi, iż położne chętnie uczestniczyłyby w kursie przyjmowania porodu w domu. Brak zdania w tym temacie zadeklarowało 35% kobiet. Według 22% ankietowanych położne nie byłyby chętne, aby wziąć udział w takim kursie.

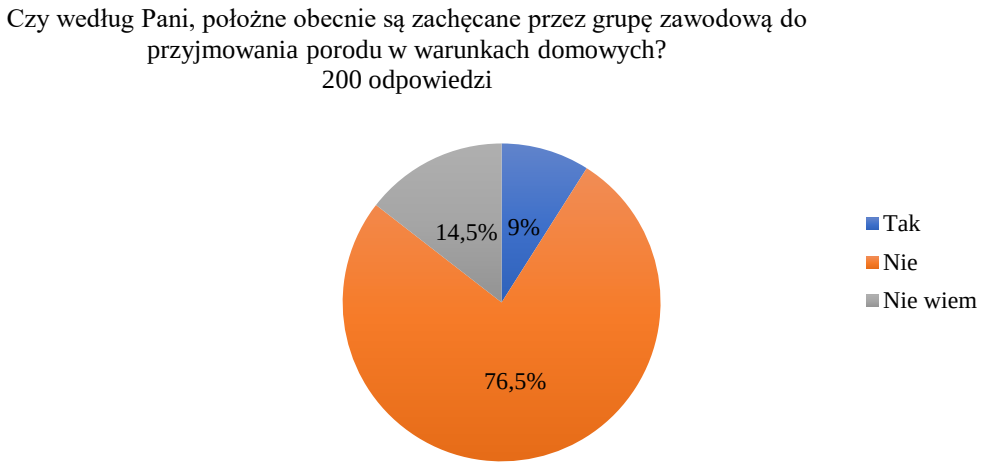
Znaczna większość położnych, ponieważ aż 79% czują się nieprzygotowane teoretycznie przez system kształcenia w kwestii porodu w warunkach domowych. Pozytywny stosunek do wyniesionej medycznej wiedzy ma 17% ankietowanych. Osób nie mających zdania było 4%.

Według zebranych informacji 73% ankietowanych położnych chciałaby posiąść więcej wiedzy na temat porodów domowych. Nie wykazało takiej chęci 17% badanych, a 10% pozostało bezstronnych (Rycina 7).



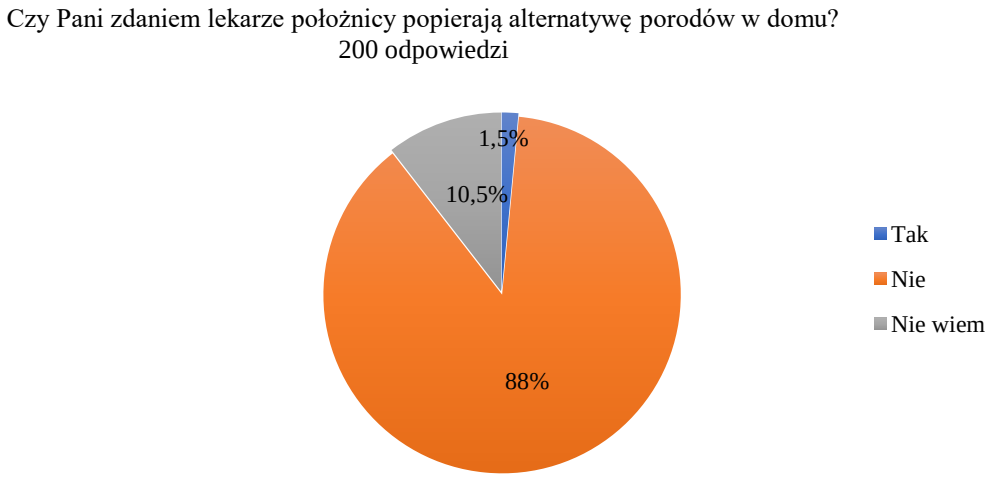
Rycina 7. Chęć posiadania więcej wiedzy na temat porodów domowych

Przeważająca ilość, ponieważ 76,5% uczestników badania uważa, że położne nie są obecnie zachęcane przez grupę zawodową do przyjmowania porodu w warunkach domowych. Osób nie mających zdania w tym temacie było 14,5%, a 9% stwierdziło, że położne są odpowiednio zachęcane (Rycina 8).



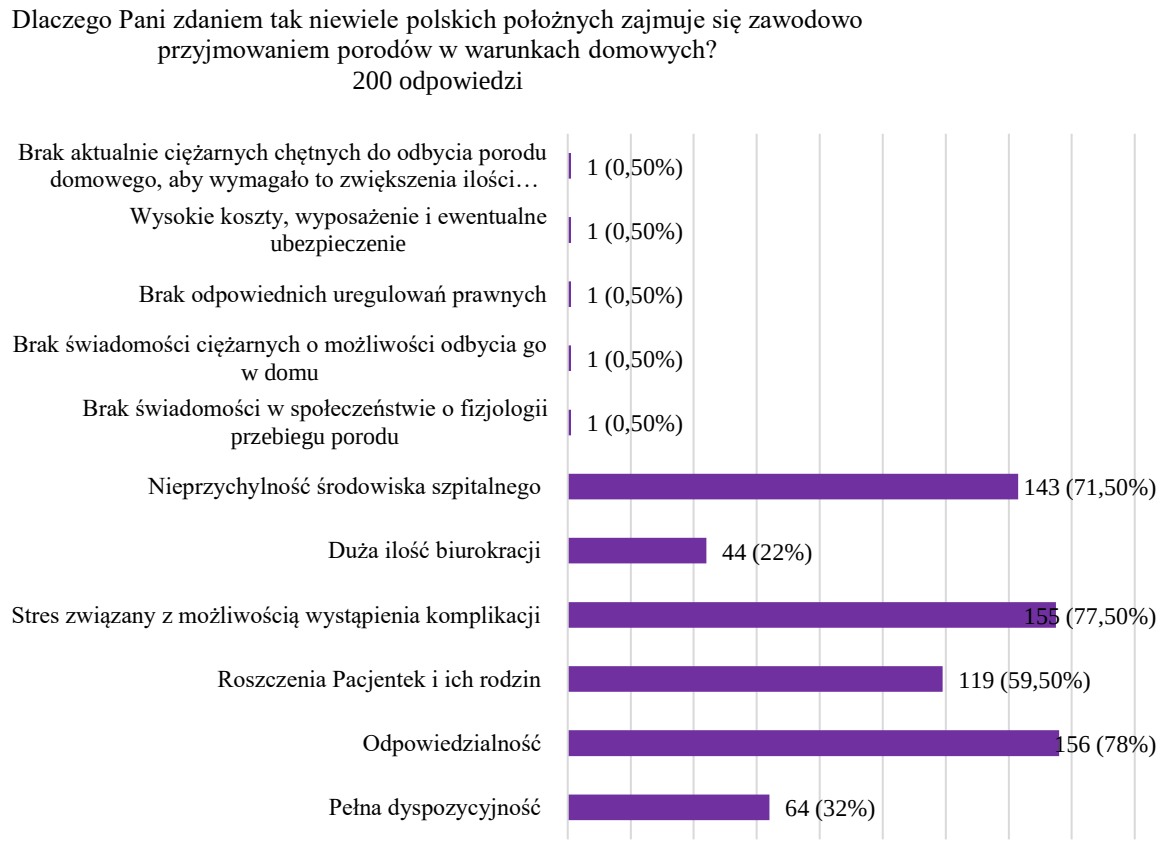
Rycina 8. Opinia położnych o zachęcaniu swojej grupy zawodowej do przyjmowania porodu w warunkach domowych

Znaczna większość położnych (88%) uważa, że lekarze położnicy nie popierają alternatywy porodu w domu. Badanych 10,5% nie przedstawiło swojego stanowiska w pytaniu. Niewielka ilość, bo tylko 3 osoby, czyli 1,5% twierdzi, że lekarze udzielają poparcia porodom domowym (Rycina 9).



Rycina 9. Opinia o popieraniu porodów domowych przez lekarzy położników

Zdaniem położnych ich grupa zawodowa w tak niewielkim stopniu zajmuje się przyjmowaniem porodów domowych ze względu na zbyt dużą odpowiedzialność, za którą opowiedziało się 156 zainteresowanych. W niewiele mniejszym stopniu, bo 155 położnych twierdziło, że jest to obarczone stresem związanym z możliwością wystąpienia komplikacji. Respondentki w ilości 71,5% uważały, iż środowisko szpitalne nie jest przychylne takim wydarzeniom. Pełna dyspozycyjność przyjmującej poród warunkuje podjęcie decyzji według 32%. Roszczenia pacjentek dla 59,5 uczestników badania również było bardzo ważne. Duża ilość biurokracji jest kłopotliwa dla 22%. Według 1 położnej brak aktualnie ciężarnych chętnych do odbycia porodu domowego, aby wymagało to zwiększenia ilości położnych zajmujących się tym (Rycina 10).



Rycina 10. Opinia położnych na temat niewielkiej ilości ich samych w przyjmowaniu porodów w domu

Za najważniejszą cechę osoby zajmującej się przyjmowaniem porodu w warunkach pozaszpitalnych, położne uważały w 76,5%, umiejętne radzenie sobie ze stresem, ale także w 57% zdolności organizacyjne. Według 107 ankietowanych kluczowe było posiadanie doświadczenia zawodowego większego niż 5 lat.

DYSKUSJA

Poród domowy zyskuje zainteresowanie wśród ciężarnych i ich rodzin według statystyk dobrzeurodzeni.pl i danych GUS. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej zapewnia rodzącej ciągłość opieki w czasie porodu i w połogu w warunkach pozaszpitalnych. Dzięki temu kobieta ciężarna ma możliwość wyboru miejsca odbycia porodu. Także niezależność zawodowa zawarta w art. 6 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje jej wykonywanie pewnego zakresu i rodzaju świadczeń samodzielnie [4, 6].

Do tej pory najnowsze badania na temat porodu w warunkach pozaszpitalnych w opinii położnych przedstawiły Fryc i wsp. w 2018 roku w Pomeranian Journal of Life Sciences. Według badań przeprowadzonych przez autorów położne biorące udział w badaniach miały wiedzę o legalności porodów domowych w Polsce oraz o samodzielnej opiece nad kobietą w ciąży, podczas porodu i połogu fizjologicznego w warunkach domowych. We wnioskach badań przedstawiono, iż chęć podjęcia się przyjmowania porodów domowych była zależna od własnej opinii na ten temat. Uczestniczki sondażu stwierdziły, że w celu zwiększenia ilości położnych przyjmujących porody domowe warto byłoby stworzyć podstawy prawne współpracy położnej z lekarzem i szpitalem. Według autorów istnieje także potrzeba edukacji położnych oraz rozpowszechnianie wśród innych członków personelu medycznego informacji o kompetencjach położnych w prowadzenia porodów w warunkach pozaszpitalnych [7].

W badaniach przeprowadzonych przez Dzidzic i wsp. zdecydowana większość ankietowanych położnych uznała dom jako alternatywne miejsce porodu. Wśród respondentek 22,15% osób podjęłoby się prowadzenia porodu w warunkach domowych. Jednym z wniosków badań jest większe bezpieczeństwo porodów domowych w opinii położnych licencjonowanych niż dyplomowanych. Osobami deklarującymi chęć przyjmowania porodów w warunkach domowych są położne z minimalnym stażem pracy 6 lat na sali porodowej [8].

Według wyników badań ukazanych w artykule Zielińskiego i wsp. powikłania matczyne powstające w konsekwencji porodu, tj., krwotok poporodowy czy urazy krocza trzeciego i czwartego stopnia, są mniejsze u kobiet planujących poród w domu. W przypadku wystąpienia innych powikłań np. zatrzymanie łożyska lub zapalenie błony śluzowej macicy, odsetek także był niski w populacji urodzonej w domu [9].

Descieux i wsp. ukazują, iż kobiety postrzegały poród szpitalny, w porównaniu do charakteru porodu domowego, jako nienaturalny. Dostęp do domowej przestrzeni porodowej był nieograniczony, natomiast szpitalna sala porodowa według nich wiązała się z zaostrzonymi procedurami i polityką szpitala. Z tych badań wynika, że kobiety chciały mieć na sali przyjaciół i rodzinę, ale nie chciały, aby nieznajomi, czyli personel medyczny, wchodzili i wychodzili z sali porodowej. W domu kobiety doświadczały znajomości otoczenia, prywatności, swobody poruszania się oraz poczucia spokoju i komfortu [10].

Według danych stowarzyszenia Dobrze Urodzeni w latach 2010-2015 odbyło się 630 porodów domowych, w tym 105 zakończyło się transferem do szpitala, co daje 16,7%. Powikłania I okresu porodu były najczęstszą przyczyną transportu do szpitala. Zaliczono do nich min. brak postępu porodu, odpływanie zielonego płynu owodniowego, czy przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Występowało także nieprawidłowe ułożenie główki oraz nieprawidłowa akcja serca płodu. Innymi czynnikami powodującymi transfer do szpitala były patologie III okresu porodu oraz zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego [11].

Według badań nie wykazano istotnej różnicy między śmiertelnością noworodków w szpitalu, a podczas porodu domowego. Według autorów miejsce porodu nie miało wpływu na wskaźnik zgonów okołoporodowych [12].

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) według swoich rekomendacji twierdzi, iż poród domowy jest bezpieczny dla noworodka, jak i jego matki pierworódki, czy wieloródki z ciążą niskiego ryzyka. Według Instytutu personel medyczny powinien poinformować ciężarne, że poród w środowisku domowym jest korzystniejszy ze względu na mniejszą ilość interwencji medycznych oraz występowania powikłań u dziecka. Zwracają także uwagę na większą szansę porodu spontanicznego i naturalnego siłami natury w domu. Zmniejsza się ryzyko episiotomii lub zabiegowego ukończenia porodu [13].

Według literatury marginalizacja roli położnej zapoczątkowała postrzeganie porodu jako techniczną czynność „wydobycia" płodu. Zaobserwowano także ograniczoną autonomię kobiet rodzących oraz sprowadzanie naturalnych procesów do anomalii. Konsekwencją takich praktyk jest niska świadomość społeczeństwa na temat roli położnej w trakcie porodu, a także nadrzędna pozycja lekarza w szpitalnej hierarchii. Według autorów ważne jest wzmacnianie opieki zdrowotnej oraz promowanie zaangażowania położnych wobec kobiet wykazujących chęć rodzenia poza szpitalem [14].

W środowisku położnych, mimo iż ustawa daje szerokie uprawnienia, podjęcie decyzji o towarzyszeniu podczas porodu domowego jest trudne ze względu na obawy niepowodzeń związanych z ewentualnym transferem rodzącej lub położnicy z noworodkiem do szpitala.

Kluczowe mogą okazać się także reakcje środowiska oraz możliwe przykrości ze strony współpracowników. Prawdopodobnie położne nie są gotowe przyjąć odpowiedzialności za pacjentkę i jej dziecko poza salą porodową, mimo iż pod względem prawnym obowiązkowość jest taka sama, jak w szpitalu [8].

WNIOSKI

1. Większość położnych (56%) uważa poród domowy jako bezpieczny, z tego 7% jako zdecydowanie bezpieczny. Dla 32,5% ankietowanych jest niebezpieczny, a dla 3,5% zdecydowanie niebezpieczny.
2. Chęć podjęcia się porodu domowego w warunkach nagłych wykazała znaczna ilość położnych (68,5%). Natomiast w sytuacji planowej 22% respondentek uczestniczyłaby w porodzie w warunkach pozaszpitalnych.
3. Według ankietowanych kobiety decydujące się na poród domowy kierują się przede wszystkim brakiem stresu związanego z pobytem w szpitalu. Ciężarne potrzebują opieki położnej skierowanej tylko na nie, znajomości otoczenia oraz możliwości kontaktu z bliskimi.
4. Ponad połowa ankietowanych niewiele wie na temat przepisów prawnych regulujących zasady przyjmowania porodów domowych i kwalifikowania pacjentek do tego rodzaju porodu.
5. System kształcenia zawodowego położnej nie przygotowuje w kwestii porodu w warunkach domowych.
6. Istnieje zapotrzebowanie na edukację w zakresie przyjmowania porodów domowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Słoma M.: Miejsce porodu a percepcja porodu domowego oraz jakości narodzin, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2020. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WNoZ_jednostki/wnoz-z-zintegrowanej-opiekimedycznej/monografie/miejsce_porodu_a_percepcja_porodu_domowego_oraz_jakosci_narodzin.pdf [odczyt: 3.10.2020 godz. 15.50].

2. Goldthrop W.O., Richman J.: Maternal attitudes to unintended home confinemant. Practioner, 1974, 212, 845-846.
3. Sendecka A., Sudomir G.: Poród rodzinny w szpitalu. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 1996, 13, 47-51.
4. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018, s.31-139.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej, http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 [odczyt: 2.10.2020 godz. 16.30].
6. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039).
7. Fryc D., Bielicka A., Ćwiek D., Szymoniak K. Daszkiewicz A.: Opinie położnych na temat planowania porodu odbywanego w warunkach pozaszpitalnych. Pomerian Journal of Life Scienes, 2018, 64(4), 48-54.
8. Dziedzic M., Matuszczyk D., Prażmowska B.: Poród domowy w opinii położnych. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19(2), 153-161.
9. Zielinski R., Ackerson K., Low L.K.: Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. International Journal of Women's Health, 2015, 7, 361-377.
10. Descieux K., Kavasseri K., Scott K. S., Beth Parlier A.: Why Women Choose Home Birth: A Narrative Review. MAHEC Online Journal of Research, 2017, 3(2), 1-8.
11. http://www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html, [odczyt: 04.02.2021 godz. 18.00].
12. de Jonge A., van der Goes B., Ravelli A. et al.: Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2009, 116, 1177–1184.
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) In-21. Trapartum care for healthy women and babies during child-birth. CG190, December 2014.
14. Nowakowska L.: Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu. Kultura - Społeczeństwo - Edukacja, 2014, 1(5), 19-20.
15. de Jonge A., Mesman J.A., Manniën J. et al.: Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. British Medical Journal, 2013, 346, f3263.

PERYPETIA POŁOGOWA – KARMIENIE NATURALNE

Jenczura Anna Maria[1], Jurkiewicz Marlena[2], Kędra Edyta[3]

1. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
2. Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
3. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje wyłączne karmienie piersią do ukończenia przez dziecko szóstego miesiąca życia i kontynuowanie karmienia w trakcie rozszerzania diety dziecka co najmniej do drugiego roku życia. Zaleca się rozpoczęcie karmienia w ciągu godziny po porodzie. Eksperci WHO podkreślają, że wspieranie naturalnego karmienia niemowląt jest jedną z najbardziej skutecznych praktyk prewencyjnych wpływających na poprawę stanu zdrowia ludzi. Mimo to z opublikowanego w 2001 roku raportu WHO wynika, że pomimo rekomendacji, nigdzie na świecie karmienie naturalne nie jest promowane w dostateczny sposób. Obecne dane wskazują wręcz, że jedynie ok. 40% niemowląt jest karmionych wyłącznie mlekiem matki w pierwszym półroczu życia [1].

We wszystkich szpitalach w Polsce obowiązuje Standard Opieki Okołoporodowej, który precyzyjnie reguluje między innymi zasady karmienia noworodków. Według ich założeń karmienie naturalne jest najlepszym modelem karmienia dziecka od urodzenia. W naszym kraju funkcjonuje Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, którego głównym celem jest popularyzacja karmienia naturalnego, nadzór nad realizacją i przestrzeganiem zapisów Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece i postanowień Zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia. Stowarzyszenie to od 1992 roku nadaje polskim szpitalom tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku", co wiąże się z obowiązkiem przestrzegania jednolitych na całym świecie 10 Kroków do udanego karmienia piersią. W celu rozwijania idei karmienia naturalnego podjęto również inicjatywę Miejsce Przyjazne Karmieniu Piersią. Jej istotą jest umożliwienie matkom karmienie swoich dzieci „na żądanie", czyli zawsze wtedy, kiedy czują się głodne. Prawo dziecka do niezwłocznego otrzymania pożywienia jest zagwarantowane w Konwencji Praw Dziecka, uzasadnione względami medycznymi, humanitarnymi i wynikającymi z miłości rodzicielskiej [2, 3, 4].

Doradztwo laktacyjne

Departament Matki i Dziecka utworzony przy Ministerstwie Zdrowia uznał, że poradnictwo laktacyjne, będące częścią składową opieki nad matką i noworodkiem, należy do obowiązków i uprawnień lekarzy, pielęgniarek i położnych. Potwierdzeniem kwalifikacji z zakresu udzielania poradnictwa laktacyjnego są certyfikaty: Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC i Certyfikowany Doradca Laktacyjny CDL. Oprócz tego, biorąc pod uwagę kwalifikacje zawodowe i zakres kompetencji, porad laktacyjnych udziela lekarz, pielęgniarka i położna, wsparcia psychologicznego psycholog, zaś organizacją i promocją zajmuje się promotor karmienia piersią. Każda z wymienionych osób zobowiązana jest do ukończenia kursu „Problemy w laktacji" lub „Promotor Karmienia Piersią" (w przypadku psychologa i promotora), a także posiadać jeden z wcześniej wymienionych certyfikatów [5].

CEL PRACY

Głównym celem badania było sprawdzenie wpływu różnorodnych czynników okołoporodowych na zasób wiedzy i zachowania względem karmienia naturalnego.

Cele szczegółowe:

- określenie, jaka część badanych uczęszczała na zajęcia szkoły rodzenia (SR).

Hipotezy badawcze:

1. Samoocena poziomu wiedzy merytorycznej względem karmienia piersią jest większa w grupie matek, które podczas ciąży korzystały z zajęć w SR.
2. Matki, które uczęszczały do SR zdecydowanie rzadziej uzupełniają wiedzę merytoryczną z książek i czasopism medycznych niż matki, które nie przeszły takiej edukacji.
3. Matki, które wykazały chęć edukacji w SR posiadają zdecydowanie dużą wiedzę merytoryczną wobec zasad prawidłowego przystawiania noworodka do piersi – w przeciwieństwie do matek, które nie korzystały z zajęć w SR.
4. Matki edukowane przez profesjonalistów w SR statystycznie częściej karmią naturalnie niż matki, które nie poddały się procesowi edukacji w SR.
5. Wszystkie matki, niezależnie od ich aktywności edukacyjnej w SR lub jej braku, po porodzie w takim samym stopniu obawiają się dokonania subiektywnej oceny stopnia nakarmienia swojego dziecka.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w Szpitalu Powiatowym w Oleśnicy na Oddziale Położniczym w okresie od października do listopada 2020 roku. W badaniu uczestniczyło 100 położnic. Kobiety biorące udział w ankiecie podzielono na dwie grupy, gdzie część deklarowała uczęszczanie do szkoły rodzenia, zaś pozostałe nie korzystały z tych usług.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Wypełnienie ankiety było dobrowolne i anonimowe.

Analizę pytań ankietowych przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z odpowiedzi w próbie. Porównanie odpowiedzi na pytania ankietowe w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera. Ta druga metodyka została wykorzystana tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie liczności oczekiwane. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, zaś wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersji 4.0.3.

WYNIKI

Zauważono różnice wiekowe pomiędzy kobietami, które deklarowały uczęszczanie do SR, a tymi, które nie korzystały z tych usług. Te pierwsze w 80% należały do grupy wiekowej 27-35 lat, zaś wśród respondentek, które nie chodziły na taki kurs więcej było badanych młodszych (18-26 lat) oraz starszych (powyżej 35 lat). Wykazano statystycznie istotne różnice pomiędzy uczestniczkami SR a kobietami, które w takich zajęciach nie uczestniczyły (wynik dokładnego testu Fishera wynosi 0,032) – Tabela I.

Tabela I. Wiek

Do jakiej grupy wiekowej Pani należy?	**Grupa**			**p**
	Uczestniczki SR[3]	**Nieuczestniczące w SR**	**Łącznie**	
18-26 lat	8 (15,69%)	14 (28,57%)	22 (22,00%)	p=0,032
27-35 lat	41 (80,39%)	28 (57,14%)	69 (69,00%)	
Powyżej 35 lat	2 (3,92%)	7 (14,29%)	9 (9,00%)	

p - dokładny test Fishera

Respondentki mieszkały zazwyczaj w miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Udział ten był większy w przypadku kobiet, które uczestniczyły w SR - to pochodna nie wadliwego doboru grupy, ale różnorodnego dostępu do szkół rodzenia, która jest bezsprzecznie większa w największych miastach Polski. W gronie ankietowanych, które do szkół rodzenia nie uczęszczały można dostrzec nadreprezentację osób, które pochodzą ze środowiska wiejskiego (46,9% przy 19,6% dla uczestniczek warsztatów tego typu) – Tabela II.

Tabela II. Miejsce zamieszkania ankietowanych

Miejsce zamieszkania	**Grupa**			**p**
	Uczestniczki SR	**Nieuczestniczące w SR**	**Łącznie**	
Wieś	10 (19,61%)	23 (46,94%)	33 (33,00%)	p=0,017
Miasto do 50 tys. mieszk.	2 (3,92%)	3 (6,12%)	5 (5,00%)	
Miasto 150-500 tys. mieszk.	4 (7,84%)	3 (6,12%)	7 (7,00%)	
Miasto powyżej 500 tys. mieszk.	35 (68,63%)	20 (40,82%)	55 (55,00%)	

p - dokładny test Fishera

W próbie można dostrzec wyraźną nadreprezentację kobiet z wykształceniem wyższym, których było 76% w ogólnej strukturze populacji. Więcej zauważało się uczestniczek SR (82,3%), niż w przypadku kobiet, które w SR nie brały udziału (69,3%), przy czym różnica ta nie pozwala na stwierdzenie istotnych różnic statystycznych. Istotnym elementem grupy badanych były kobiety z wykształceniem wyższym, które stanowiły łącznie 23% (więcej było ich wśród osób nieuczestniczących w SR). Tylko jedna uczestniczka badania legitymowała się wykształceniem zasadniczym zawodowym – Tabela III.

Tabela III. Wykształcenie respondentek

Jakie wykształcenie Pani posiada?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Zawodowe	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,00%)	p=0,193
Średnie	9 (17,65%)	14 (28,57%)	23 (23,00%)	
Wyższe	42 (82,35%)	34 (69,39%)	76 (76,00%)	

p - dokładny test Fishera

Udało się niemal idealnie zbilansować grupę respondentek biorących udział w badaniach własnych. Grupa stanowiąca 51% spośród ankietowanych to uczestniczki SR, natomiast kolejne 49% respondentek nie korzystało z tego typu zajęć. Podział na dwie grupy pozwolił na bardzo sprawne pokazywanie różnic statystycznych odnośnie dwóch zbiorowości – Tabela IV.

Tabela IV. Uczęszczanie do szkoły rodzenia (SR)

Czy podczas ciąży uczęszczała Pani na zajęcia do Szkoły Rodzenia?	n	%
Uczestniczki SR	51	51,00%
Nieuczestniczące w SR	49	49,00%

Wśród kobiet, które uczęszczały do SR 15,6% posiadało dużą wiedzę w zakresie laktacji, a 70,5% było zdania, że ich kompetencje są jedynie podstawowe. Kolejne 13,7% respondentek uznało, że niewiele wie na ten temat. W przypadku kobiet, które nie uczestniczyły do SR było to odpowiednio 10,2%, 67,3% oraz 22,4%. Patrząc na wyniki testu chi-kwadrat nie było istotnych różnic statystycznych między zbiorowościami - Tabela V.

Tabela V. Samoocena badanych odnośnie wiedzy merytorycznej na temat laktacji

Jak ocenia Pani swoją wiedzę na temat laktacji?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Posiadam dużą wiedzę	8 (15,69%)	5 (10,20%)	13 (13,00%)	p=0,433
Posiadam podstawową wiedzę	36 (70,59%)	33 (67,35%)	69 (69,00%)	
Niewiele wiem o laktacji	7 (13,73%)	11 (22,45%)	18 (18,00%)	

p - test chi-kwadrat

Badania pokazały, że brak jest istotnych zależności statystycznych pomiędzy grupami (wyjątkiem jest źródło pierwsze – szkoła rodzenia – które jednak nie miało znaczenia dla grupy porównawczej w tych badaniach). Jeśli chodzi o znaczenie: personelu szpitala, Internetu, książek i czasopism to były one porównywalne. Przy tym znaczenie Internetu było większe wśród osób, które do SR nie uczęszczały – Tabela VI.

Tabela VI. Źródła informacji na temat laktacji

Skąd posiada Pani najważniejsze wiadomości na temat laktacji?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Szkoła Rodzenia	27 (52,94%)	2 (4,08%)	29 (29,00%)	p<0,001
Personel Szpitala	20 (39,22%)	25 (51,02%)	45 (45,00%)	p=0,325
Internet	17 (33,33%)	21 (42,86%)	38 (38,00%)	p=0,438
Książki, czasopisma	12 (23,53%)	10 (20,41%)	22 (22,00%)	p=0,892
Mama, teściowa, inni członkowie rodziny	5 (9,80%)	6 (12,24%)	11 (11,00%)	p=0,944
Inne źródła	2 (3,92%)	6 (12,24%)	8 (8,00%)	p=0,156

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Według badanych kobiet ból brodawek występował przede wszystkim w momencie przystawienia dziecka – później ustępuje. Jest to doświadczenie uniwersalne, które zadeklarowały ankietowane należące do obu grup. Ponadto około 10% badanych z obu zbiorowości wskazało, że ból był na tyle silny, że faktycznie uniemożliwiał karmienie piersią dziecka. Brak statystycznych różnic między grupami Tabela VII.

Tabela VII. Opinia badanych odnośnie bólu brodawek

Ból brodawek	**Grupa**			**p**
	Uczestniczki SR	**Nieuczestniczące w SR**	**Łącznie**	
Jest nieznośny, boję się, że uniemożliwi mi karmienie piersią	5 (9,80%)	5 (10,20%)	10 (10,00%)	p=0,456
Jest największy w momencie przystawienia, potem ustępuje	29 (56,86%)	28 (57,14%)	57 (57,00%)	
Odczuwam przez cały czas karmienia, ale wytrzymuję	14 (27,45%)	9 (18,37%)	23 (23,00%)	
Karmienie jest przyjemne, ten problem mnie nie dotyczy	3 (5,88%)	7 (14,29%)	10 (10,00%)	

p - dokładny test Fishera

Przedstawiano trzy główne metodyki, przy czym większość kobiet stwierdziła, że poprawne karmienie wymaga: szeroko otwartych ust dziecka, wywinięcia warg, przytknięcia brzuszka do brzucha matki karmiącej, ucho, ramię oraz udo dziecka w jednej linii. Tę odpowiedź wybrało 88,2% respondentek z grupy uczestniczek SR oraz 71,4% spośród tych, które w SR nie brały udziału. Te drugie dwukrotnie częściej zaznaczały odpowiedź, w której poza otwartymi ustami oraz wywiniętymi wargami zwraca się uwagę na mlaskanie oraz cmokanie dziecka – Tabela VIII.

Tabela VIII. Sposób prawidłowego przystawienia dziecka do piersi

Prawidłowe przystawienie dziecka do piesi to:	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Szeroko otwarte usta, wargi wywinięte, brzuszek do brzucha, ucho, ramię i udo w jednej linii	45 (88,24%)	35 (71,43%)	80 (80,00%)	p=0,064
Szeroko otwarte usta, wargi wywinięte, słychać mlaskanie, cmokanie	6 (11,76%)	12 (24,49%)	18 (18,00%)	
Nie znam cech prawidłowego przystawiania do piersi	0 (0,00%)	2 (4,08%)	2 (2,00%)	

p - dokładny test Fishera

Wyniki badań własnych pokazują jednoznacznie, że kobiety z obu grup obawiają się właściwie tych samych elementów. Okazało się, że do głównych obaw należały: zapalenie piersi, zastoje pokarmowe, ból brodawek, a także: brak wsparcia oraz naciski ze strony rodziny. Jedyna istotna różnica to fakt, że tylko badane z grupy nie uczestniczącej w SR bały się nawału pokarmowego, zaś druga część zbiorowości nie wykazywała tejże obawy. Wydaje się symboliczne, że po około 8% badanych w obu grupach nie obawiało się niczego w związku z karmieniem. Podsumowując, jest to sfera, która stanowiła źródło różnych dyskomfortów, z którymi zmagały się kobiety – Tabela IX.

Tabela IX. Główne obawy badanych kobiet odnośnie do laktacji

Czego najbardziej obawia się Pani w czasie laktacji?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Nawału pokarmowego	0 (0,00%)	4 (8,16%)	4 (4,00%)	p=0,054
Zapalenia piesi	27 (52,94%)	22 (44,90%)	49 (49,00%)	p=0,546
Zastoju pokarmu	10 (19,61%)	8 (16,33%)	18 (18,00%)	p=0,868

Czego najbardziej obawia się Pani w czasie laktacji?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Bólu brodawek	7 (13,73%)	11 (22,45%)	18 (18,00%)	p=0,382
Braku wsparcia	3 (5,88%)	2 (4,08%)	5 (5,00%)	p=1
Nacisków ze strony rodziny	1 (1,96%)	1 (2,04%)	2 (2,00%)	p=1
Nie obawiam się niczego	4 (7,84%)	4 (8,16%)	8 (8,00%)	p=1

p - dokładny test Fishera

Wyłącznie piersią karmiło 64,7% uczestniczek SR oraz 59,1% kobiet, które do SR nie uczęszczały. Zatem jest to większość w ramach populacji. Natomiast pozostałe respondentki albo karmiły piersią i odciąganym mlekiem, lub też piersią i mlekiem modyfikowanym. Brak różnic między tymi dwiema grupami – Tabela X.

Tabela X. Sposób karmienia dziecka wśród badanych

Jak karmi Pani dziecko obecnie?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Wyłącznie piersią	33 (64,71%)	29 (59,18%)	62 (62,00%)	p=0,79
Piersią i odciąganym mlekiem	2 (3,92%)	3 (6,12%)	5 (5,00%)	
Piersią i mlekiem modyfikowanym	16 (31,37%)	17 (34,69%)	33 (33,00%)	

p - dokładny test Fishera

Wyniki badań własnych pokazały, że największe problemy wiązały się z bolesnością brodawek, a także kwestią trudności w przystawieniu do piersi, z którymi jednak zmagały się obie zbiorowości. Podobnie przedstawiały się wartości dla zmęczenia lub braku snu. Jedyna różnica obserwowana statystycznie dotyczyła kwestii oceny, czy dziecko dostatecznie się najada. W przypadku grupy po SR problem z takową oceną miała 33,3% badanych, zaś w drugiej zbiorowości było to aż 55,1% (wynik testu Fishera to w tym wypadku 0,047) – Tabela XI.

Tabela XI. Trudności laktacyjne w pierwszych dobach po porodzie

Co sprawiło Pani najwięcej trudności podczas karmienia w pierwszych dniach po porodzie?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Bolesność brodawek	26 (50,98%)	24 (48,98%)	50 (50,00%)	p=1
Trudność w przystawianiu dziecka do piersi	33 (64,71%)	29 (59,18%)	62 (62,00%)	p=0,717
Ocena czy dziecko się najada	17 (33,33%)	27 (55,10%)	44 (44,00%)	p=0,047 *
Ciągła dyspozycyjność	1 (1,96%)	0 (0,00%)	1 (1,00%)	p=1
Zmęczenie, wyczerpanie, brak snu	21 (41,18%)	15 (30,61%)	36 (36,00%)	p=0,372
Krępujące obnażanie piersi przed obcymi ludźmi	1 (1,96%)	0 (0,00%)	1 (1,00%)	p=1
Inne	0 (0,00%)	1 (2,04%)	1 (1,00%)	p=0,49

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Jako główną obawę respondentki zaznaczały kwestię ilości przyjętego pokarmu przez dziecko oraz czy ilość pokarmu znajdująca się w piersi jest wystarczająca dla dziecka. Trzecim problemem było to, że badane nie potrafiły samodzielnie przystawić dziecka do piersi i ten problem był częściej widoczny wśród kobiet, które nie uczęszczały do SR. Pozostałe odpowiedzi wskazywały jeszcze na problemy takie jak: zbyt płaskie brodawki, za małe lub za duże piersi, niepełna wartościowość pokarmu oraz poczucie bezradności. Część badanych mówiła także o zbyt dużej ilości pokarmu, co miało prowadzić do krztuszenia się dziecka – Tabela XII.

Tabela XII. Obawy matek wobec karmienia piersią

Czego obawia się Pani najbardziej na początku „drogi mlecznej”?	Grupa			p
	Uczestniczki SR	Nieuczestniczące w SR	Łącznie	
Że moje dziecko się nie najada	35 (68,63%)	33 (67,35%)	68 (68,00%)	p=1
Że mam zbyt mało pokarmu	25 (49,02%)	27 (55,10%)	52 (52,00%)	p=0,683
Że mam zbyt dużo pokarmu (moje dziecko się krztusi)	1 (1,96%)	2 (4,08%)	3 (3,00%)	p=0,614
Że nie potrafię samodzielnie przystawić dziecka do piersi	21 (41,18%)	15 (30,61%)	36 (36,00%)	p=0,372
Że mam zbyt płaskie brodawki	7 (13,73%)	8 (16,33%)	15 (15,00%)	p=0,933
Że mam za małe piersi/zbyt duże piersi	2 (3,92%)	4 (8,16%)	6 (6,00%)	p=0,432
Że mój pokarm jest nie wartościowy	1 (1,96%)	3 (6,12%)	4 (4,00%)	p=0,357
Że sama sobie nie poradzę	5 (9,80%)	3 (6,12%)	8 (8,00%)	p=0,715
Inne	3 (5,88%)	3 (6,12%)	6 (6,00%)	p=1

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

DYSKUSJA

Długi czas karmienia naturalnego zależny jest od wielu czynników. Jednymi z nich są doświadczenia z poprzednich porodów. W analizach prowadzonych przez zespół Gębuzy zauważono wyraźną zależność, według której rodność jest zależna od występujących trudności samodzielnego przystawiania dziecka do piersi. Autorzy tej publikacji potwierdzili, że około 60% badanych kobiet przystawiało dziecko do piersi samodzielnie już od samego początku, gdzie pozostała część była zmuszona do skorzystania z pomocy położnej. Mimo fizjologicznych i instynktownych aspektów karmienie naturalne przysparza kobietom, szczególnie po pierwszym porodzie, znacznych problemów. W ramach analiz wykonanych dla niniejszej pracy wykazano, że aż 81% badanych zdecydowało się na karmienie piersią już na początku ciąży. Niewielką przewagę procentową miały tu kobiety uczęszczające do szkoły

rodzenia. Mimo to po porodzie na wyłączne karmienie piersią zdecydował się już mniejszy odsetek ankietowanych - około 62% [6].

Analizując najnowsze dane okazuje się, że dokarmianie w Polsce jest dość powszechnym zjawiskiem. Badania przeprowadzone przez Józefów i współautorów wyraźnie wskazują na fakt, iż zarówno pierworódki, jak i wieloródki stosowały mieszankę w dokarmianiu dzieci. Dwojaką formę karmienia na nieco wyższym poziomie deklarowały kobiety mające już kilkoro dzieci (65%). Na potwierdzenie tego zjawiska, wykazano, że uczestniczki ankiety przeprowadzonej w celach badawczych niniejszego opracowania, również podejmowały się karmienia mieszanego – wraz z preparatami mleka modyfikowanego (33%) czy wcześniej odciąganego z piersi (5% wskazań). Oczywiście istnieją wskazania do wdrożenia takiego postępowania. W pierwszych dniach po narodzeniu, niektóre noworodki wymagają dokarmiania mimo naturalnego i prawidłowego przystawiania do piersi. Do najczęstszych i najważniejszych wskazań należą: hipoglikemia, odwodnienie, zmniejszenie masy ciała poniżej 10% masy urodzeniowej, wysoce zaawansowane stadia żółtaczki oraz apatia u noworodka. Ponadto na podjęcie takiego działania wskazuje opóźniona laktogeneza II u matki powyżej 5 doby od porodu [7, 8].

Respondentki biorące udział w analizach do niniejszej pracy również wskazały, że najwięcej problemów w pierwszych dniach po porodzie sprawiają im trudność w przystawianiu dziecka do piersi (62% wskazań), dolegliwości bólowe brodawek (50% odpowiedzi) oraz umiejętność oceny, czy dziecko najada się na odpowiednim poziomie (44% wskazań). Problemom tym można zapobiegać poprzez wcześniejsze wdrożenie odpowiednich praktyk, pomoc położnej w momencie próby przystawiania dziecka do piersi po raz pierwszy, a także uczenie noworodka głębokiego chwytania brodawki sutkowej. Bolesność brodawek sutkowych pojawia się zwykle w początkowym okresie po porodzie i powszechnie uznawana jest za fizjologiczną. Może dotyczyć 39–90% kobiet. Tak duża rozbieżność procentowa może być wynikiem stosowania właściwych praktyk w inicjowaniu karmienia piersią w niektórych placówkach leczniczych, dzięki czemu zapobiega się mechanicznym uszkodzeniom brodawek. Ponadto wiele kobiet boryka się z subiektywnym odczuciem braku lub niedoboru pokarmu [9].

WNIOSKI

Dla większości badanych aspektów pomiędzy grupą matek uczestniczących z zajęć edukacyjnych w SR lub nie uczestniczących nie obserwuje się znacznych różnic względem poziomu wiedzy.

Przeprowadzone badania umożliwiły weryfikację hipotez badawczych:

1. Nieprawdą jest, że samoocena poziomu wiedzy merytorycznej względem karmienia piersią jest większa w grupie matek, które korzystały z możliwości SR w porównaniu do matek, które nie skorzystały z tego typu zajęć.
2. Nie potwierdzono hipotezy, jakoby matki uczęszczające do SR korzystały z zasobów książek i czasopism medycznych rzadziej, aniżeli matki nieuczestniczące z zajęć SR.
3. Nie potwierdzono hipotezy, jakoby zajęcia w SR zwiększały wiedzę merytoryczną wobec zasad prawidłowego karmienia piersią na tyle, by wykazać istotność statystyczną z grupą matek nie uczestniczących w zajęciach SR.
4. Nieprawdą jest, że matki, które nie uczestniczyły w zajęciach edukacyjnych SR rzadziej karmiły naturalnie niż matki, które aktywnie skorzystały z zasobów SR.
5. Tylko matki, które nie skorzystały z edukacji w ramach SR wykazały obawę w kwestii subiektywnej oceny nakarmienia swojego dziecka. Brzmienia hipotezy nr.5 nie potwierdzono.

PIŚMIENNICTWO

1. Sarnecki J. Karmienie piersią – raport WHO. Dostęp online: https://www.standardy.pl/newsy/id/158. Dostęp dnia: 15.02.2021.
2. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Dostęp online: https://www.laktacja.pl/. Dostęp dnia: 15.02.2021.
3. Gebuza G., Kaźmierczak M., Mieczkowska E. i wsp.: Wsparcie społeczne podczas karmienia piersią. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018, 4(57), 420-429.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz. 1756).
5. Nehring-Gugulska M., Pietkiewicz A.: Korzyści wynikające z karmienia piersią [w:] Karmienie piersią w teorii i praktyce, Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2012, 130-175.

6. Gebuza G., Jaworska K., Kaźmierczak M. i wsp.: Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2016, 2(47), 148-155.
7. Żukowska-Rubik M.: Dokarmianie dzieci karmionych piersią – kiedy, czym i jak? Standardy Medyczne. Pediatria, 2013, 11, 189–199.
8. Józefów P., Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z.: Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami natury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2013, 3(2), 133–142.
9. Blyth R., Creedy D.K., Dennis C.L.: Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: application of breastfeeding self-efficacy theopry, Birth, 2002, 29, 278–284.

SZCZEPIENIA NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT A RUCHY ANTYSZCZEPIONKOWE W POLSCE

Jenczura Anna Maria[1], Stelmach Paulina[2], Kędra Edyta[3]

1. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego
2. Szpital Wielkospecjalistyczny Sp.z o.o. w Gliwicach
3. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

WSTĘP

Mimo wielu badań potwierdzających skuteczność oraz bezpieczeństwo wakcynacji wzrasta ilość rodziców uchylających się od obowiązku szczepiennego. Często dzieje się to za sprawą rosnących w siłę ruchów antyszczepionkowych, które rozpowszechniają fałszywe informacje dotyczące szkodliwości szczepień. Doniesienia te nie mają absolutnie nic wspólnego z nauką, ani z rzeczywistością, zwłaszcza, że nadal w środowisku występują choroby zakaźne, a brak uodpornienia i nie zaszczepienie jednego dziecka znacząco wpływa na spadek odporności zbiorowej, która odpowiada za bezpieczeństwo osób, które nie mogą zostać poddane szczepieniu [1, 2, 3, 4, 5].

Edukacja wakcynologiczna w Polsce

Z roku na rok obserwuje się wzrost liczby dzieci niezaszczepionych, których rodzice świadomie rezygnują z pojedynczych lub wszystkich szczepień, albo realizują je ze znacznym opóźnieniem. NIK podaje, że od kilku lat zauważa się niebezpieczną tendencję spadku wyszczepień dzieci. Dla przykładu w 2011 roku z powodu braku zgody rodziców nie zaszczepiono 4,7 tysięcy dzieci, w 2014 roku liczba ta wyniosła już ponad 12 tysięcy dzieci. W roku 2016 wynik się podwoił i wyniósł już ponad 23 tysiące. Następstwem ówczesnego trendu antyszczepionkowego, odnotowuje się powrót i zarazem wzrost przypadków chorób zakaźnych, takich jak: odra, ospa wietrzna, krztusiec, gruźlica [6, 7, 8, 9].

Literatura przedmiotu stara się tłumaczyć zachowania i poglądy społeczności antyszczepionkowej. Wśród najczęściej analizowanych czynników wyróżnia się niską świadomość zdrowotną rodziców lub wręcz brak podstawowej wiedzy merytorycznej (jakie skutki wywołuje dana choroba, jak się objawia), deficyt zaufania społecznego wobec opieki medycznej, celowe zachowanie wynikające z indywidualnego stylu życia.

Dość często dyskusjom podlega temat działalności koncernów farmaceutycznych, szachrajstwa merytorycznego leku/produktu, jaki za pośrednictwem mass-mediów otrzymuje potencjalny „klient" [3, 10, 11, 12].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było poznanie poglądów matek względem szczepień ochronnych okresu noworodkowego i niemowlęcego.

Cele szczegółowe odnoszą się do opracowania odpowiedzi na poniższe aspekty:

- Określenie źródła wiedzy na temat szczepień ochronnych okresu noworodkowego i niemowlęcego.
- Określenie opinii matek na temat istotności szczepień ochronnych.
- Określenie opinii matek na temat konsekwencji podaży szczepionek u dzieci.

Hipotezy badawcze:

1. Zdaniem matek dzieci szczepione nie powinny uczęszczać do tej samej placówki edukacyjnej co grupa dzieci nieszczepionych.
2. Wiek matek ma istotne znaczenie wobec rozumienia wybranych aspektów społeczności antyszczepionkowej.
3. Im młodsze matki tym częstsze opinie dotyczące konieczności zapoczątkowania w Polsce szczepień w trybie nieobowiązkowym.

MATERIAŁ I METODY

Badanie na potrzeby niniejszej pracy zostało przeprowadzone w styczniu 2021 roku, wykorzystując zasoby Internetu.

Badanie przeprowadzono w formie sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietyzacji przy pomocy autorskiej anonimowej ankiety. Kwestionariusz ankiety opracowano w oparciu o najnowszą literaturę. Grupę reprezentatywną stanowiły matki, którym został udostępniony formularz ankiety. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy. Ankieta składała się z części metryczkowej, która miała wymiar ogólny oraz z części szczegółowej, w której zawarte były pytania przede wszystkim jednokrotnego wyboru, które miały na celu sprawdzenie poglądów matek względem szczepień ochronnych okresu noworodkowego i niemowlęcego. Ankietę wypełniło 500 kobiet.

Kwestionariusz ankiety zawierał 25 pytań w formie zamkniętej. Wyniki poddano analizie opisowej, graficznej i statystycznej w programie Microsoft Excel. Do zbadania zależności statystycznej użyto testu Chi kwadrat Pearsona.

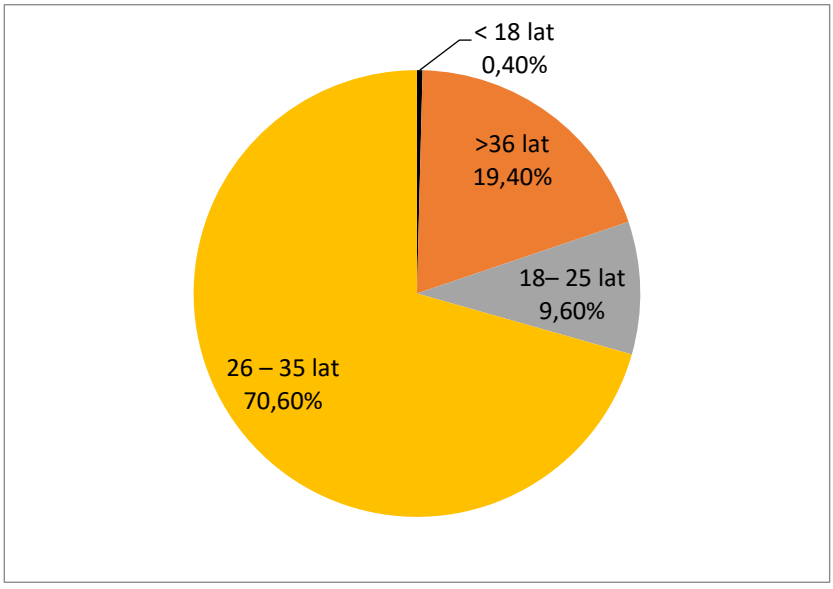
W tabelach posłużono się następującymi oznaczeniami: „N" – liczebność, „%" – odsetek, „Chi-2"– wynik testu chi kwadrat Pearsona, „p" – poziom istotności statystycznej. Przyjęto wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ jako istotną statystycznie. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania.

Przyjęto hipotezy:

- Ho: nie ma zależności istotnych statystycznie między badanymi grupami/zmiennymi w przypadku, gdy $p> 0,05$.
- H1: występuje istotnie statystycznie zależność między badanymi grupami/zmiennymi, gdy $p<0,05$.

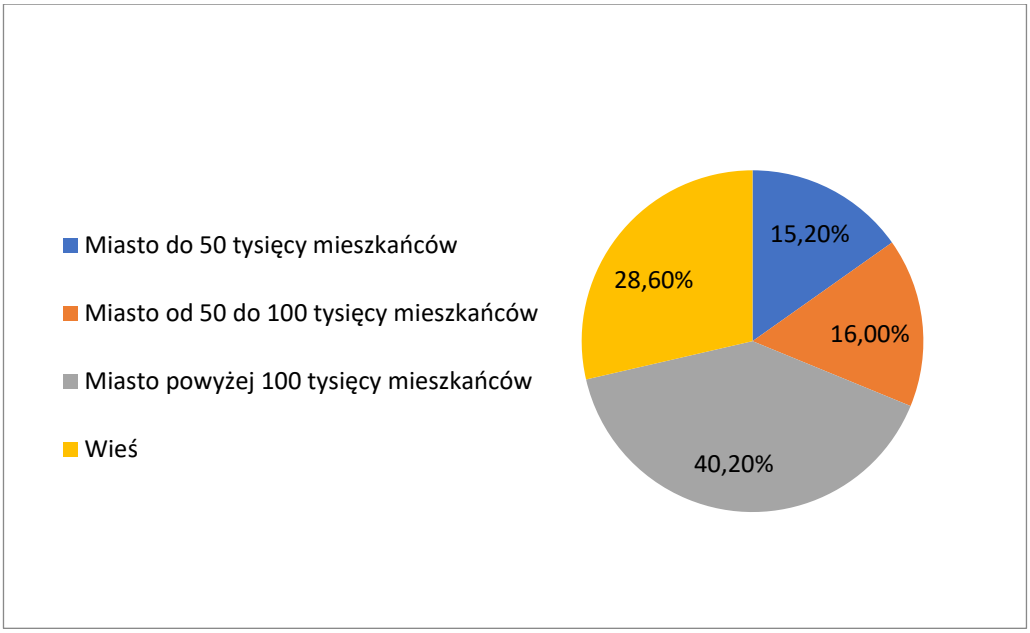
WYNIKI

Najliczniejszą grupę respondentów 70,6% stanowiły kobiety, które były w przedziale wiekowym 26-35 lat. Z kolei 19,4% ankietowanych miało więcej niż 36 lat. W granicy wiekowej 18-25 lat znalazło się 9,6% badanych – Rycina 1.



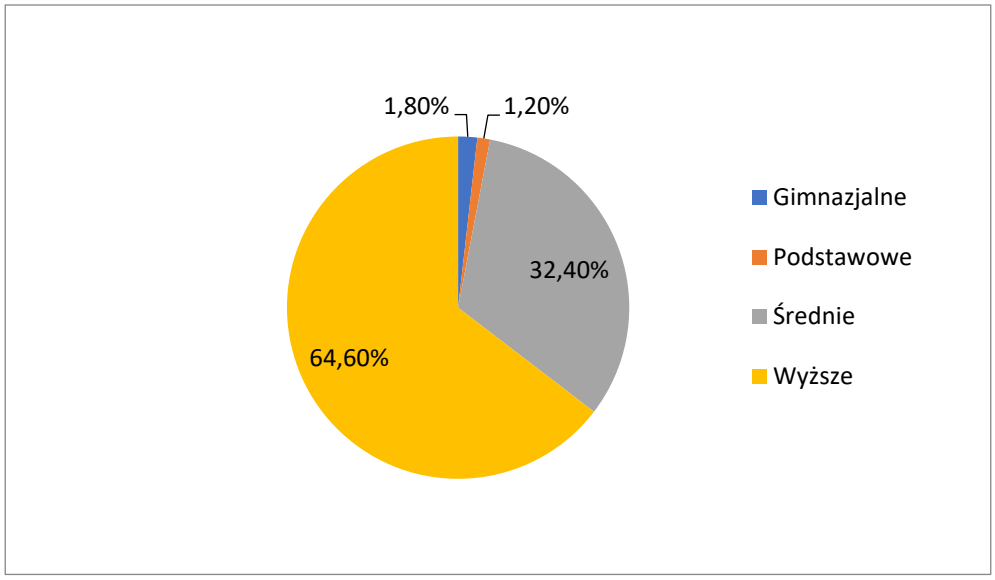
Rycina 1. Wiek

Blisko połowę respondentów stanowiły kobiety mieszkające w mieście powyżej 100 tysięcy mieszkańców - 40,2%, z kolei druga najliczniejsza grupa mieszkała na wsi - 28,6%. Porównywalna ilość respondentek zamieszkiwała miasto do 50 tysięcy mieszkańców - 15,2% i miasto między 50 – 100 tysięcy mieszkańców - 16% - Rycina 2.



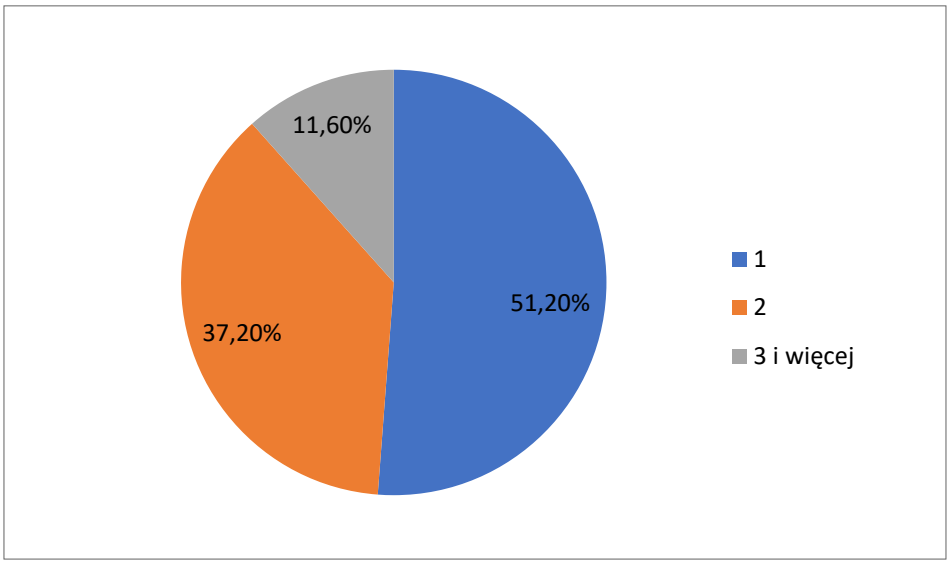
Rycina 2. Miejsce zamieszkania

Pod względem wykształcenia największą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym - 64,6 %. Co trzecia ankietowana posiadała wykształcenie średnie, stanowiąc 32,4% ogółu badanych. Wśród ankietowanych znajdowały się respondentki mające wykształcenie gimnazjalne - 1,8% oraz wykształcenie podstawowe- 1,2% - Rycina 3.



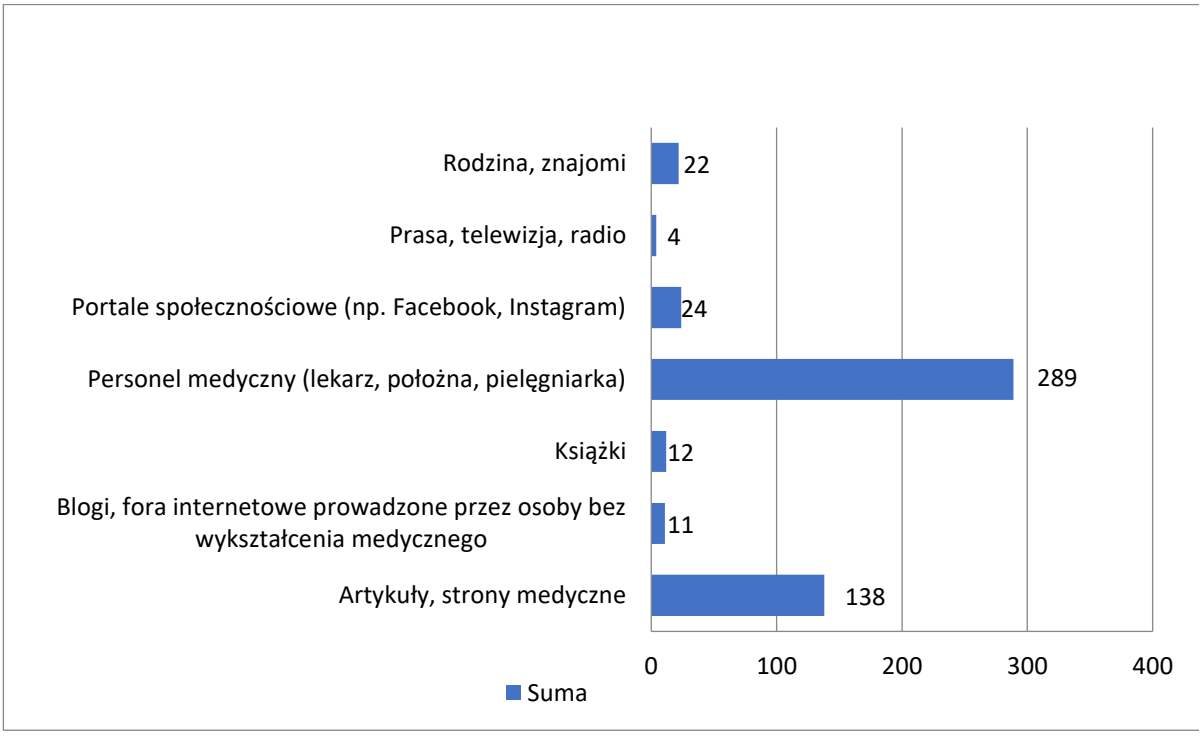
Rycina 3. Wykształcenie

Nieco ponad połowa ankietowanych deklarowało posiadanie jednego dziecka, stanowiąc 51,2 % ogółu badanych. Mniej, bo 37,2 % respondentek wychowywało dwoje dzieci, a 11,6 % troje lub więcej dzieci Rycina 4.



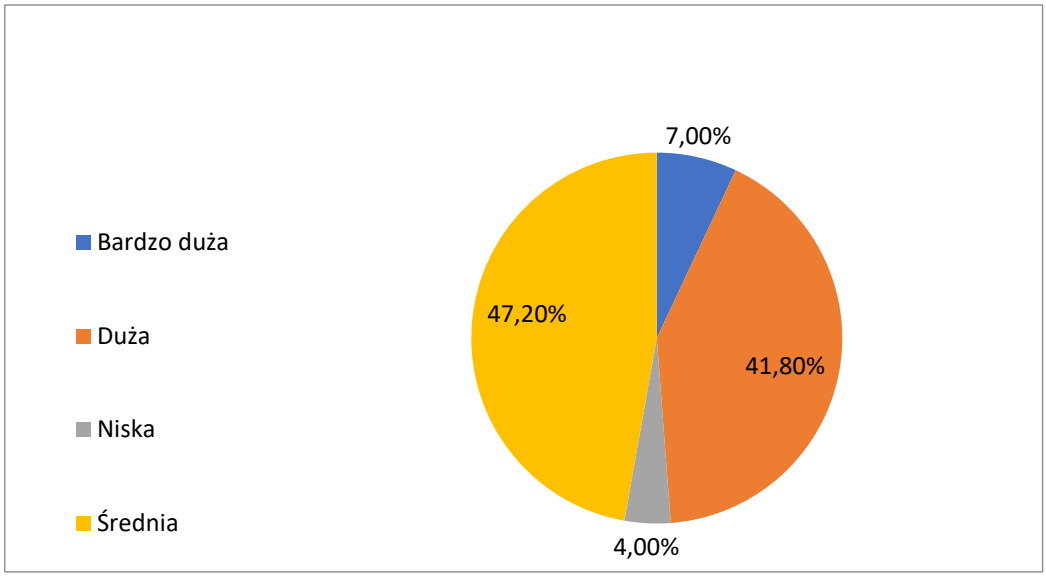
Rycina 4. Dzietność

Względem zagadnienia, jakim jest określenie źródeł wiedzy na temat szczepień ochronnych, największa grupa stanowiąca 298 kobiet deklarowała pozyskiwanie informacji od personelu medycznego. Co do wielkości grupy-drugą największą stanowiło 138 matek, których wiedza wywodziła się z treści dostępnych artykułów i stron medycznych. Zdecydowanie mniejsze grupy czerpały wiedzę z takich źródeł jak: portale społecznościowe – 24 matki, rodzina i znajomi – 22 respondentki, książki – 12 ankietowanych, blogi i fora internetowe autorów niemedycznych – 11 kobiet. Tylko 4 badane matki uzyskały wiedzę z dostępnej popularnej prasy, telewizji czy radia – Rycina 5.



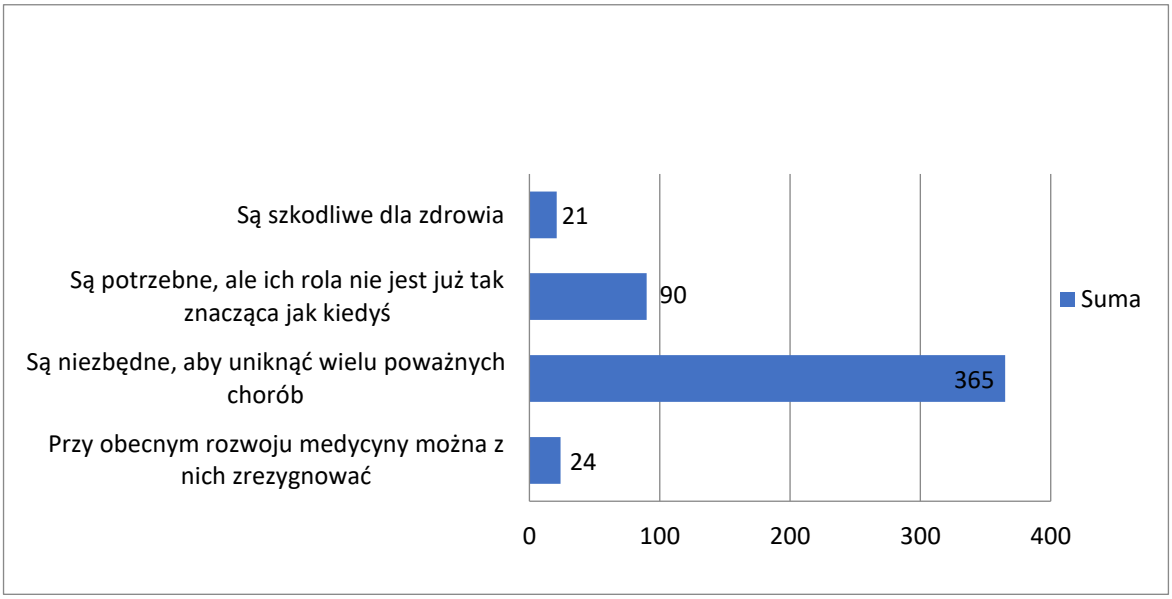
Rycina 5. Źródła wiedzy na temat szczepień ochronnych

Największą grupę stanowiącą 47,20% reprezentowały ankietowane, które oceniały swój poziom wiedzy jako bardzo duży. Nieco mniej – 41,80% deklarowały respondentki, oceniające subiektywny zakres wiedzy merytorycznej jako duży. Zdecydowanie mniejsze wartości procentowe ogółu badanych uzyskały badane oceniające swój poziom wiedzy jako niski 4% i średni 7% - Rycina 6.



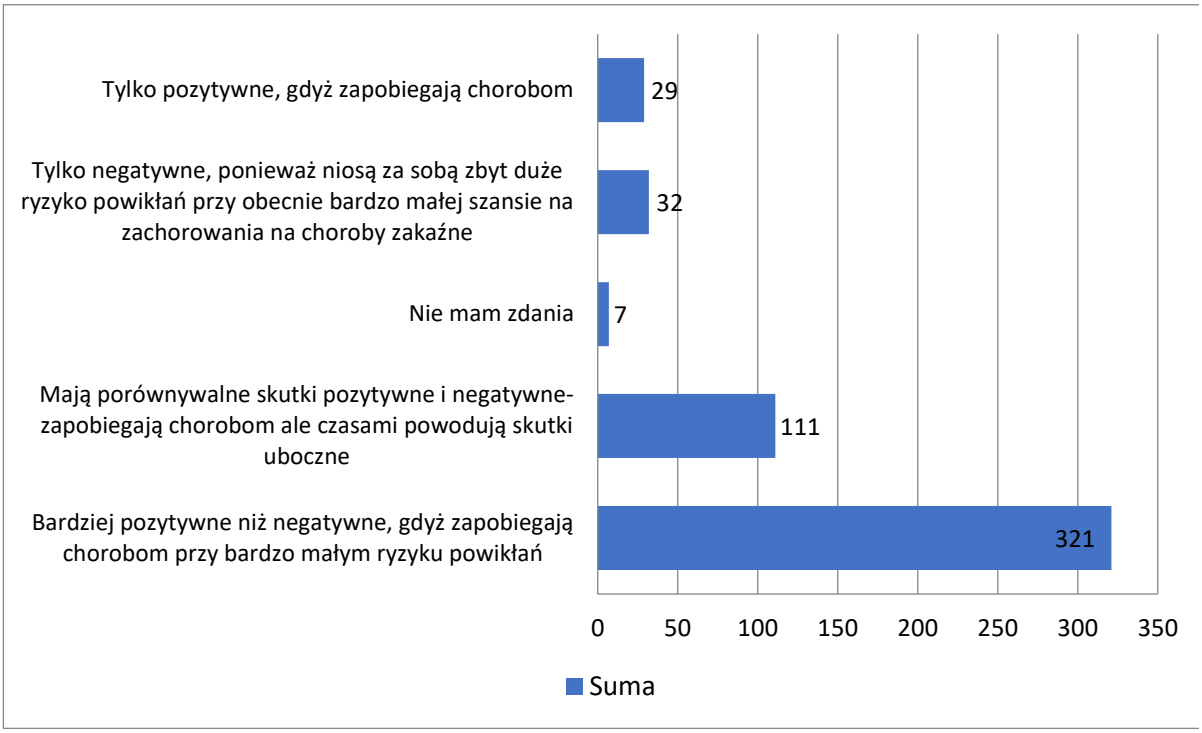
Rycina 6. Subiektywna ocena poziomu wiedzy wobec szczepień ochronnych dzieci

Grupa 365 respondentek zadeklarowała, że czynne wdrażanie szczepień ochronnych jest działaniem niezbędnym, zaś 90 ankietowanych podkreśliło, że choć procedura jest niezbędna to rola szczepień nie jest już tak znacząca jak w przeszłości. Podobne wartości procentowe spośród ogółu badanych uzyskano dla opinii podającej, że ówczesny rozwój medycyny sprawił, że można rezygnować ze świadczeń szczepiennych – 24 ankietowane z kolejne 21 badanych stwierdziło, że szczepionki są szkodliwe dla zdrowia – Rycina 7.



Rycina 7. Opinia na temat istotności szczepień ochronnych wieku wczesnodziecięcego

Ponad połowa ankietowanych stanowiąca 321 kobiet twierdziła, że skutki szczepień są bardziej pozytywne niż negatywne. Kolejne 111 ankietowanych uważało, że szczepienia mają porównywalne skutki pozytywne i negatywne – owszem, zapobiegają chorobom ale powodują także skutki uboczne. Grupa 32 respondentek zaznaczyła, że wszelkie konsekwencje podaży szczepionek są negatywne, a ryzyko zachorowania na chorobę przeciwko której odbywa się szczepienie jest stosunkowo małe. Na wyłączne pozytywne konsekwencje przyjęcia szczepionki wypowiedziało się 29 matek. Odpowiedź „nie mam zdania" zaznaczyło 7 kobiet – Rycina 8.



Rycina 8. Konsekwencje podaży szczepionek

Opracowanie statystyczne wyników badań własnych

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między wiekiem a opinią na temat tego czy dzieci nieszczepione powinny uczęszczać do tego samego żłobka/przedszkola co dzieci zaszczepione. Warto zwrócić uwagę, że zdecydowana większość ankietowanych 74% w wieku 26-35 lat uważa, że nieszczepione dziecko powinno uczęszczać do innego przedszkola niż dzieci szczepione, a tylko 10,7 % respondentek w wieku 18-25 lat uważa podobnie – Tabela I.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a opinią na temat tego, czy przedstawiciele ruchu antyszczepionkowego mają rację w swoich poglądach. Aż 60,8% kobiet w wieku 26-35 lat uważało, że społeczność antyszczepionkowa maja rację. Tylko 9,8% respondentek w wieku 18-25 lat uważało podobnie – Tabela II.

Tabela I. Zależność miedzy wiekiem a opinią na temat uczęszczania nieszczepionych dzieci do tego samego żłobka/przedszkola co dzieci szczepione

Czy Pani zdaniem dzieci nie szczepione powinny uczęszczać do innego żłobka/przedszkola niż dzieci szczepione?	Nie		Nie wiem		Tak		**Suma całkowita**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 18 lat	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%
>36 lat	42	20,5%	22	27,5%	33	15,3%	97	19,4%
18– 25 lat	23	11,2%	2	2,5%	23	10,7%	48	9,6%
26 – 35 lat	138	67,3%	56	70,0%	159	74,0%	353	70,6%
Suma całkowita	205	100,0%	80	100,0%	215	100,0%	500	100,0%
Test Chi-2: Chi-2= 13,218, p= 0,0397								

Tabela II. Zależność między wiekiem respondentów a opinią dotyczącą poglądów ruchów antyszczepionkowych

Czy Pani zdaniem ludzie którzy głoszą poglądy antyszczepionkowe mają rację ?	Nie		Nie wiem (trudno powiedzieć, ponieważ dopatruję się pewnych racji w nielicznych wymienianych aspektach)		Tak (dopatruję się prawdy w kilku kwestiach)		**Suma całkowita**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 18 lat	1	0,4%	1	0,6%	0	0,0%	2	0,4%
>36 lat	58	20,8%	24	14,1%	15	29,4%	97	19,4%
18– 25 lat	22	7,9%	21	12,4%	5	9,8%	48	9,6%
26 – 35 lat	198	71,0%	124	72,9%	31	60,8%	353	70,6%
Suma całkowita	279	100,0%	170	100,0%	51	100,0%	500	100,0%
Test Chi-2: Chi-2= 8,756, p= 0,188								

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych a opinią, czy w Polsce szczepienia powinny być nieobowiązkowe. Uzyskane wartości liczbowe są zbliżone i tym samym nie wyłaniają istotności statystycznej – Tabela III.

Tabela III. Zależność między wiekiem a opinią dotyczącą zniesienia szczepień obowiązkowych w Polsce

Czy uważa Pani, że szczepienia zawarte w kalendarzu szczepień powinny być w Polsce nieobowiązkowe?	Nie		Nie wiem		Tak		**Suma całkowita**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 18 lat	2	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%
>36 lat	63	18,9%	14	20,9%	20	20,0%	97	19,4%
18– 25 lat	25	7,5%	7	10,4%	16	16,0%	48	9,6%
26 – 35 lat	243	73,0%	46	68,7%	64	64,0%	353	70,6%
Suma całkowita	333	100,0%	67	100,0%	100	100,0%	500	100,0%
Test Chi-2: Chi-2= 7,892, p= 0,246								

DYSKUSJA

Szczepienia ochronne to interwencja medyczna, która dzięki swojemu działaniu chroni ludzkość przed zachorowaniem, niepełnosprawnością i śmiercią. Wakcynacja jest bezsprzecznie jednym z najbardziej opłacalnych działań profilaktycznych, które oddziaływają na rzecz zdrowia publicznego. Dzięki powszechnemu stosowaniu szczepień doprowadzono do eradykacji ospy wietrznej oraz do znacznego ograniczenia takich chorób jak na przykład: choroby Heinego-Medina, tężca, krztuśca, gruźlicy [1, 4].

Z badań własnych wynika, że ponad połowa ankietowanych czerpie wiedzę na temat szczepień od personelu medycznego. Według badań przeprowadzonych przez Rogalską i wsp. oraz Nitsch-Osuch i wsp. wynika, że najwięcej rodziców uzyskuje informacje na temat szczepień od lekarza lub pielęgniarki. Decyzje rodziców o realizacji programu szczepień ochronnych mogą ulegać zmianie pod wpływem nowych różnych informacji. Czajka i wsp. w swojej pracy przedstawiają, że decyzja podjęta przez rodziców powinna być świadoma i najlepsza dla dziecka, dlatego personel medyczny jest zobowiązany do udzielania odpowiedzi na wszelkie nurtujące rodziców pytania w sposób zrozumiały i empatyczny [5, 11, 13].

Kalinowski i wsp. przeprowadzili badania, w których zapytali respondentów o opinię na temat skutków szczepień ochronnych. Najczęściej padającą odpowiedzią było, iż skutek szczepienia może być bardziej pozytywny niż negatywny, oraz że szczepienia zapobiegają chorobom przy bardzo niskim ryzyku powikłań. Uzyskane wyniki wymienionych autorów potwierdzają także wyniki badań własnych w zakresie konsekwencji podaży szczepionek [14].

Według badania, które zostało przeprowadzone w 2013 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej, wykazano pozytywne nastawienie do szczepień, aż u 79% badanych. Stan ten potwierdzają wyniki badań własnych przedstawione w niniejszej pracy. Warto nadmienić, że 82% respondentów uważało, że dzięki szczepieniom nie występują już ogniska groźnych chorób, a także, iż dana forma profilaktyki jest najskuteczniejszym działaniem przeciw zachorowaniu [15, 16].

Podczas tych samych badań wykazano, że 40% ankietowanych twierdziło, że promocja szczepień nie do końca jest powiązana z działaniem profilaktycznym i zwalczaniem chorób, lecz sedno tkwi w interesie koncernów farmaceutycznych i wzroście dochodów [15, 16].

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że szczepienia ochronne są powszechnie i społecznie akceptowalną metodą zapobiegania chorobom zakaźnym. O akceptowalności szczepień może świadczyć znaczna grupa matek, która deklaruje aprobatę wobec kalendarza szczepień ochronnych.

Biorąc pod uwagę przeprowadzone badania w oparciu o cele szczegółowe można wysunąć następujące wnioski:

1. Najwięcej matek czerpie wiedzę na temat szczepień ochronnych od profesjonalistów z dziedziny medycyny - personelu medycznego.
2. Zdaniem zdecydowanej większości matek wdrożenie świadczeń medycznych w postaci szczepień jest niezbędnym elementem profilaktyki zdrowotnej.
3. Większość matek uważa, że wdrożenie szczepień ochronnych równa się zjawisku dominacji korzyści wraz ze świadomością, że istnieje ryzyko wystąpienia skutków ubocznych.

Odpowiedzi na założone hipotezy badawcze:

1. Wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy wiekiem respondentek a opinią na temat uczęszczania dzieci szczepionych i nieszczepionych do wspólnej placówki edukacyjnej typu przedszkole, żłobek. Matki będące w przedziale wiekowym 26-35 lat wyraziły sprzeciw wobec komasowaniu dzieci szczepionych i nieszczepionych.

2. Wykazano istotną zależność statystyczną pomiędzy wiekiem ankietowanych, a opinią na temat tego, czy przedstawiciele ruchu antyszczepionkowego mają rację w swoich niektórych poglądach. Ponad 60% respondentek (26-35 lat) zadeklarowała, że dostrzegła pewnych uzasadnień dla głoszonych treści przez społeczność antyszczepionkową wobec pojedynczych aspektów.
3. Nie potwierdzono hipotezy wobec korelacji wieku matek do decyzji odnośnie wdrożenia w Polsce kalendarza szczepień w trybie nieobowiązkowym. Nie mniej jednak należy zaznaczyć, że zdecydowana większość matek nie popiera idei wdrożenia szczepień w trybie dowolnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Pieszka M., Waksmańska W., Woś H.: Wiedza rodziców dzieci do drugiego roku życia na temat szczepień ochronnych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 3(22), 221–226.
2. Faleńczyk K., Piekarska M., Pluta A. i wsp.: Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. Postępy Nauk Medycznych, 2016, XXIX(6), 380-385.
3. Dońka K., Suwała M., Zarzycka D. i wsp.: Postawy i edukacja wakcynologiczna rodziców. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2018, 17(3), 23-64.
4. Dąbek A., Klisowska I., Zborowska I., Twardak J.: Stan wiedzy rodziców dzieci w wieku niemowlęcym na temat szczepień ochronnych i czynniki decydujące o ich wyborze. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2011.
5. Nitsch-Osuch A., Pieńkowska A., Gyrczuk E. i wsp.: Stan wiedzy i postrzeganie szczepień ochronnych przez matki noworodków przedwcześnie urodzonych. Family Medicine&Primary Review, 2013, 15(2), 151-153.
6. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli. System szczepień ochronnych dzieci. Nr ewid. 209/2015/P15/080/LKR. LKR.410.015.00.2015.
7. Słopiecka A., Kwiecień E.: Przyczyny negatywnych postaw ludności wobec szczepień. Hygeia Public Health, 2014, 49(4), 685-689.
8. Jaroszewska K., Marciniak A., Gawlak M. i wsp.: Postrzeganie aktywności ruchów antyszczepionkowych przez rodziców małych dzieci. Postępy Nauk Medycznych, 2014, XXVII(9), 617-621.

9. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/158/plik/ot-660_do_internetu-1.pdf data korzystania 20.03.2021 godzina 16:00[online].
10. Marchewka A., Majewska A., Młynarczyk G.: Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych. Postępy Mikrobiologii, 2015, 54(2), 95–102.
11. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P.: Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. Przegląd Epidemiologiczny, 2010, 64, 83-90.
12. Zgliczyński W., Cianciara D.: Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży w Polsce- wybrane zagadnienia. Biuro Analiz Sejmowych, 2015, 2(122) - ISSN 1899-1114.
13. Czajka H., Sawiec P.: Od programu szczepień ochronnych do indywidualnych rozwiązań czyli jak stworzyć program szczepień w zależności od potrzeb i możliwości. Medycyna Praktyczna, 2013, 3, 36-43.
14. Kalinowski P., Makara—Studzińska M., Kowalska M.: Analiza wpływu posiadania potomstwa na opinie dotyczące wykonywania szczepień ochronnych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2014, 95(2), 273-278.
15. Czajka H.: Dlaczego szczepienia ochronne są nadal potrzebne? Developmental Period Medicine, 2018, XXII(2), 171-178.
16. Centrum Badania Opinii Społecznej CBOS: Opinie na temat szczepień ochronnych dzieci. Komunika z badań nr BS/172/2013- Warszawa- grudzień 2013.

POCZUCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA WŁASNE ZDROWIE WŚRÓD PACJENTÓW PO ZABIEGU CABG

Snarska Katarzyna Krystyna[1], Drozdowska Małgorzata[2]

1. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Kardiochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

WSTĘP

Choroba wieńcowa dotyka coraz większej części populacji. Wpływ na to mają takie czynniki, jak: starzenie się społeczeństwa, otyłość, cukrzyca typu 2 oraz zespół metaboliczny. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że każdego roku, z powodu choroby niedokrwiennej serca, umiera w Polsce ok. 100 tys. osób. W około 90% przypadków chorobie tej towarzyszy nadciśnienie, nadwaga, cukrzyca oraz niezdrowe odżywianie i alkohol. W 2016 roku w Europie choroba ta była przyczyną co piątego zgonu, w Polsce co dziesiątego. Jak wskazują dane zgromadzone przez Institute for Health Metrics and Evaluation na chorobę niedokrwienną serca chorowało w 2017 roku 3,5% ogółu mieszkańców Unii Europejskiej (UE), co w porównaniu z rokiem 2012 daje wzrost o 0,2%. Najwięcej chorych obywateli mieszkało na Węgrzech, w Bułgarii oraz na Litwie (powyżej 5%) [1].

Wyniki badania INTERHEART dowodzą, że ponad 90% przypadków związanych z zawałem serca spowodowane jest modyfikowalnymi czynnikami środowiskowymi, tj.: nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi, paleniem tytoniu, nadwagą i otyłością oraz niewłaściwą dietą, cukrzycą, nadużywaniem alkoholu, niską aktywnością fizyczną i czynnikami o charakterze psychospołecznym. Ryzyko rośnie również wraz z czynnikami genetycznymi, choć w mniejszym zakresie. Niewątpliwie duży wpływ ma wiek oraz płeć. Mimo, że kobiety rzadziej niż mężczyźni doświadczają zawałów, częściej umierają z tego powodu.

W 2019 roku z powodu choroby niedokrwiennej serca udzielono świadczeń medycznych 1,4 mln Polaków. Spadek świadczeń w omawianym okresie wyniósł 31%. W dużej mierze spadek ten wynikał ze spadku ogólnej liczby pacjentów, którym udzielono świadczenie (spadek o 21%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby, którym udzielono świadczenie z uwagi na przewlekłą chorobę niedokrwienną serca (77%). Osoby cierpiące na dusznicę stanowiły 14% ogółu, a osoby z ostrym zespołem wieńcowym – 9%.

Stabilną chorobą wieńcową nazwać można zespół objawów klinicznych polegających na bólu odczuwanym w klatce piersiowej. Ból ten pojawia się w następstwie wysiłku fizycznego bądź stresu, który można zlikwidować odpoczywając lub zażywając nitroglicerynę. Przyczyną tego stanu jest choroba niedokrwienna mięśnia sercowego wynikająca z miażdżycy tętnic wieńcowych.

W 2019 roku na przewlekłą chorobę niedokrwienną cierpiało ok. 2,5 mln osób. W tym zakresie nie ma różnic ze względu na wiek. Na ogół choroba ta dotyka osoby między 65 a 74 rokiem życia.

Ostre zespoły wieńcowe (*Acute Coronary Syndromes*) to grupa schorzeń, które objawiają się zmianami w krążeniu wieńcowym. Wspólną cechą tych schorzeń jest ograniczenie bądź ustanie przepływu w tętnicach wieńcowych, najczęściej z powodu zakrzepu, który powstaje w miejscu pęknięcia blaszki miażdżycowej. Najważniejszym objawem ostrego zespołu wieńcowego jest ból w klatce piersiowej. Wyróżnia się następujące rodzaje ostrych zespołów wieńcowych:

- niestabilna dławica piersiowa (UA –*unstable angina*) – rodzaj choroby wieńcowej, która mimo objawów klinicznych niedokrwienia mięśnia sercowego nie powoduje ani zmian o charakterze elektrokardiograficznym, ani też zwiększenia wskaźników martwicy mięśnia serca
- NSTEMI (*No ST Elevation Myocardoal Infarction)* – zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST, nazywany w przeszłości zawałem podwsierdziowym lub zawałem mięśnia serca bez załamka Q
- STEMI (*ST Elevation Myocardial Infarction)* – zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST
- zawał serca nieokreślony – zmiany w EKG nie dają możliwości jednoznacznego rozpoznania uniesienia odcinka ST
- nagły zgon sercowy [2, 3].

W 2019 roku u 102,7 tys. pacjentów zdiagnozowano ostry zespół wieńcowy, co w porównaniu z rokiem 2014 daje spadek o 19%.Jeśli chodzi o średni wiek pacjentów z ostrym zapaleniem wieńcowym, to w 2019 roku wynosił on 66,3 roku i był nieco wyższy w przypadku kobiet (72,2 roku) [4].

Etiologia choroby wieńcowej

Czynniki ryzyka choroby wieńcowej dzielą się na modyfikowalne oraz niemodyfikowalne. Do pierwszej grupy zaliczyć można:

1. **Dislipidemię** – wyróżnia się 4 frakcje cholesterolowe, tj.: chylomikrony, VLDL, LDL oraz HDL. Niebezpieczną frakcją jest LDL, której cząstki gromadzą się pomiędzy komórkami błony wewnętrznej tętnic. Wydłużona retencja tych frakcji wywołuje różnego rodzaju reakcje w postaci oksydacji i glikacji LDL, w następstwie których powstaje blaszka miażdżycowa. Wraz ze wzrostem blaszki miażdżycowej zwężeniu ulega światło naczynia. Rośnie też ryzyko oderwania się fragmentu blaszki, co może doprowadzić do zaczopowania węższych tętnic, zawału serca mięśniowego bądź naczyń w mózgu i do udaru mózgu. Ryzyko miażdżycy rośnie ze wzrostem poziomu frakcji LDL we krwi. Poziom stężenia cholesterolu całkowitego nie powinien być wyższy niż 200 mg/dL, dla frakcji LDL 115 mg/dL, dla trójacylogliceroli 150 mg/dL, a dla frakcji HDL w przypadku kobiet więcej niż 45 mg/dL, a dla mężczyzn więcej niż 40 mg/dL.
2. **Palenie papierosów** – nikotyna ma wpływ na zwiększenie stężenia frakcji cholesterolowych LDL oraz HDL.
3. **Cukrzyca** – na destrukcję śródbłonka naczyniowego wpływa hiperglikemia, której skutkiem ubocznym może być zwiększona glikacja białek osocza oraz powstawanie wolnych rodników prowadzących do stanu zapalnego i uszkodzenia śródbłonka naczyń. Stan zapalny nasila proces odkładania się blaszki miażdżycowej, co z kolei upośledza mikrokrążenie.
4. **Nadciśnienie tętnicze** – zbyt wysokie zaczyna się od wartości 140 mmHg ciśnienia skurczowego i powyżej 90 mmHg ciśnienia rozkurczowego. Wskutek nadciśnienia dochodzi do nasilenia procesu odkładania się blaszki miażdżycowej. Jej oderwanie powoduje zator. Z nadciśnieniem na ogół występują w parze takie choroby przewlekł, jak cukrzyca, nadwaga oraz otyłość i niewydolność serca.
5. **Nadwaga oraz otyłość.**
6. **Niska aktywność fizyczna lub też jej brak** – aktywność fizyczna redukuje ryzyko chorób sercowo-naczyniowych o ok. 20 do 30%.
7. **Wzrost stężenia we krwi biomarkerów prozapalnych bądź prozkrzepowych**.
8. **Osobowość typu A, c**echująca się koniecznością stałej rywalizacji, odczuwaniem większego nasilenia stresu.
9. **Stres.**
10**. Dieta bogata w tłuszcze nasycone i pozbawiona produktów pełnoziarnistych**, warzyw, owoców oraz ryb.

11. **Płeć męska.**
12. **Wiek.**
13. **Obciążenia genetyczne.**
14. **Wcześniejsze incydenty sercowo-naczyniowe** [4, 5].

Diagnostyka

Diagnostyka choroby wieńcowej polega na przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego, badania laboratoryjnego, a także badań specjalistycznych nieinwazyjnych i badań kardiologicznych inwazyjnych. W pierwszej kolejności przeprowadza się wywiad. Chorzy najczęściej skarżą się na ból w klatce piersiowej, ucisk, pieczenie lub dławienie. Na ogół ból ten jest zlokalizowany zamostkowo i często promieniuje do kończyn górnych, szczególnie lewej, pleców, barków oraz szyi. Ból ten pojawia się na ogół po wysiłku fizycznym, wskutek stresu, niskiej temperatury otoczenia, zjedzenia obfitego posiłku oraz zwiększenia ciśnienia tętniczego [6]. Czas jego trwania wynosi maksymalnie 15 min. Chory przestaje odczuwać ból po zaprzestaniu wysiłku lub też kiedy zażyje leki (nitraty). Ból może pojawić się też w następstwie podwyższonej temperatury ciała, anemii bądź niedoczynności tarczycy. Pacjenci w starszym wieku często skarżą się na objawy inne, niż te występujące w klatce piersiowej, np. duszności, zaburzenia rytmu serca, silne osłabienie oraz omdlenie. Część chorych jest w stanie kontynuować wysiłek po ustąpieniu bólu wieńcowego, co wynika prawdopodobnie z zahartowania mięśnia sercowego przez niedokrwienie [7].

W przypadku stabilnej choroby wieńcowej objawy nie mogą nasilać się od minimum dwóch miesięcy. Ten typ choroby dotyka zarówno chorych na ostry zespół wieńcowy, jak i chorych na choroby niedokrwienne serca.

Dławica piersiowa dotyczy zarówno pacjentów mających problem z niedokrwieniem, ze zwężeniem tętnic wieńcowych, jak i przerostem lewej komory. Ból odczuwany w klatce piersiowej, który przypomina dławicę, dotyczy też innych chorób, dlatego też jego zróżnicowanie bywa trudne.

Badanie przedmiotowe przeprowadzane w przypadku pacjenta ze stabilną chorobą wieńcową często nie wykazuje żadnych odchyleń od normy. Może ono jednak wykazać obecność czynników zwiększających ryzyko miażdżycy tętnic wieńcowych. Konieczne jest więc zmierzenie ciśnienia tętniczego, obliczenie wskaźnika masy ciała oraz zmierzenie obwodu w talii pacjenta. Należy oznaczyć także, raz do roku, profil lipidowy, glikemię na czczo, a także morfologię i stężenie kreatyniny [9].

Do diagnostyki chorób wieńcowych wykorzystywane jest szereg metod nieinwazyjnych. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2013 roku regulujące zasady postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej wskazują na kliniczną ocenę prawdopodobieństwa wystpienia choroby wieńcowej przed testem PTP (*pre-test probability*) jako główne kryterium do podejmowania kolejnych decyzji. Wybór metody diagnostycznej powinien być uzależniony także od EKG, oceny fizycznych możliwości pacjenta do wykonywania wysiłku oraz ogólnej dostępności metod. Ocena testu PTP i ocena wyników badań diagnostycznych daje możliwość określenia prawdopodobieństwa wystąpienia choroby. PTP jest zależne od częstości wystąpienia schorzenia w populacji, wieku, płci oraz charakteru występujących objawów [5].

Najczęściej stosowanym nieinwazyjnym badaniem obciążeniowym w przypadku diagnostyki choroby wieńcowej jest elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Metoda ta jest stosunkowo tania, dlatego zaleca się jej wykonywanie w przypadku pacjentów, u których ryzyko mieści się w przedziale od 15 do 65%, u których badanie EKG było prawidłowe. Dodatni wyników próby wysiłkowej stwierdza się kiedy poziome bądź skośne obniżenie odcinka ST do dołu wynosi min. 1 mm lub też uniesienie odcinka ST wynosi min. 1 mm [9].

U pacjentów, którzy uzyskali w badaniu wynik ujemny, wyklucza się chorobę niedokrwienną serca. Najmniejszą wartość ma rutynowa próba wysiłkowa u osób, które nie mają bólów w klatce piersiowej.

Kolejną powszechną i stosunkowo tanią metodą jest echokardiografia obciążeniowa (STRES ECHO). W metodzie tej wykorzystuje się obciążenie wysiłkiem, np. na ruchomej bieżni bądź farmakologicznie, za pomocą dobutaminy. Badanie to polega na przeprowadzeniu różnych testów czynnościowych, których celem jest pobudzenie kurczliwości oraz wywołujących niedokrwienie serca z jednoczesną echokardiograficzną oceną kurczliwości i rezerwy kurczliwości lewej komory [10].

Kolejną nieinwazyjną metodą diagnostyki jest scyntygrafia perfuzyjna mięśnia sercowego metodą tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu lub pozytonowej tomografii emisyjnej. Metoda ta jest szeroko dostępna, cechuje ją wysoka czułość na poziomie 90% oraz wysoka swoistość na poziomie 80%. Do oceny perfuzji mięśnia sercowego wykorzystuje się następujące znaczniki: chlorek talu, sestamibi oraz tetrofosminę. Badanie jest przeprowadzane po podaniu izotopu w czasie wysiłku fizycznego oraz po spoczynku. W ramach badania przeprowadza się rekonstrukcje obrazów przekroju mięśnia sercowego.

Metoda tomografii komputerowej pojedynczego fotonu (GSPECT, *gated single photon emission-computed tomography*) to technika SPECT pozwalająca na jednoczesną ocenę perfuzji oraz czynności lewej komory serca. W celu opracowania wyników badania stosowane są różne algorytmy. Najczęściej wykorzystywana jest metoda map biegunowych oraz ruchomych przekrojów. Utrwalone ubytki perfuzji wskazują na martwicę mięśnia sercowego. Odwracalny ubytek perfuzji i odcinkowe zaburzenia kurczliwości wskazują z kolei na żywy, niedokrwiony mięsień sercowy [11].

W przypadku ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia ST (NSTE-ACS) możliwe są różne objawy:

- trwający dłużej niż 20 minut dławicowy ból w spoczynku,
- nowo powstała ciężka dławica,
- świeża destabilizacja wcześniejszej dławicy, która była stabilna,
- dławica po zawale [6].

W przypadku 80% chorych ból odczuwany w klatce piersiowej ma charakter przedłużający się, a w pozostałych 20% powstaje nowa dławica bądź dotychczasowy ból narasta. Charakterystycznym objawem jest ucisk zamostkowy bądź uczucie dławienia, czyli tzw. dławica, odczuwana jako promieniujący ból od lewej ręki, szyi bądź żuchwy. Ból ten może występować stale lub też z przerwami. Często towarzyszą mu takie objawy, jak: silna potliwość, nudności, ból brzucha, duszność oraz omdlenie. Czasami występują także nietypowe objawy, do których zaliczyć można ból odczuwany w nadbrzuszu, niestrawność o gwałtownym przebiegu, ostry ból w klatce piersiowej bądź też narastającą duszność. Nietypowe objawy dotyczą na ogół ludzi w wieku do lat 40 lub powyżej 75, kobiet, a także osób chorujących na cukrzycę, przewlekłą niewydolność nerek bądź też demencję [7].

Jeśli chodzi o badania dodatkowe w przypadku osób z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego, to wykonuje się:

1. **Elektrokardiogram** – badanie EKG powinno zostać wykonane w ciągu 10 dni od przyjęcia pacjenta. W przypadku chorego, u którego w zapisie EKG stwierdzono obecność uniesienia odcinka ST powyżej 20 minut postępowanie powinno być takie same, jak w przypadku pacjentów z uniesieniem ST. W innym przypadku konieczne są dodatkowe zapisy w chwili, gdy pacjent odczuwał dolegliwości oraz kiedy ich nie odczuwał.

2. **Biochemiczne markery uszkodzenia mięśnia sercowego** – preferowane są troponiny, które są bardziej czułe niż tradycyjnie wykorzystywane enzymy sercowe. Warty podkreślenia jest fakt, że mimo, iż mioglobina to najwcześniejszy marker zawału serca, równocześnie nie jest ona zalecana jako marker wykorzystywany do rutynowej diagnostyki i oceny ryzyka [12].

W przypadku zwiększonego stężenia troponin sercowych diagnozowana jest nieodwracalna martwica komórek miokardium. Każdy pacjent, u którego podejrzewa się ostre zapalenie wieńcowe powinien mieć jak najszybciej wykonane oznaczenie troponiny. Oznaczenie markerów powinno zostać wykonane powtórnie po upływie czasu trwającym od 6 do 12 godzin oraz po każdym kolejnym silnym bólu w klatce piersiowej. Jeśli dany pacjent przeżył zawał serca, stężenie troponiny zwiększa się widocznie po ok. 3-4 godzinach i utrzymuje się maksymalnie do 14 dni [8].

3. **Badania obrazowe –** do nieinwazyjnych technik obrazowych zalicza się: angio-CT tętnic wieńcowych, angio-MRI, badanie perfuzji miokardium oraz echokardiografia. Metody te są stosowane w formie metod przesiewowych, w celu identyfikacji tych pacjentów, którzy nie wymagają już opieki szpitalnej [13].

CABG jako metoda leczenia choroby wieńcowej serca

CABG (*coronary artery bypass grafting*) to operacja kardiochirurgiczna, która polega na wszczepieniu pomostu (bypassu) od aorty do tętnicy wieńcowej za miejscem zwężenia. Metoda krążenia pozaustrojowego i hipotermii została wprowadzona w 1953 roku, a w 1955 roku metoda kardioplegii, polegającą na zatrzymaniu w bezruchu mięśnia sercowego w rozkurczu za pmocą bogatopotasowego roztworu. Dzięki nim już w 1967 roku wykonano pierwszy zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego. Metoda krążenia pozaustrojowego pozwoliła na operowanie nieruchomego serca bez ryzyka wystąpienia takich powikłań, jak: niewydolność nerek, niedokrwienne uszkodzenie mięśnia sercowego bądź ośrodkowego układu nerwowego. Zabieg ten jest wykonywany w przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą wieńcową [14].

W Polsce pierwsza udana próba stworzenia urządzenia, które może zastąpić pracę serca, miała miejsce w 1954 roku. Jego twórcą był Jan Krotoski. Zestaw taki składa się z oksygenatora, pompy, wymiennika ciepła oraz systemu filtrów i kaniul [15].

Zespolenie w zabiegu pomostowania aortalnego wieńcowego techniką CABG przeprowadzane jest na ogół przy użyciu żyły odpiszczelowej pobieranej z podudzia, rzadziej z tętnicy promieniowej, tętnicy piersiowej wewnętrznej prawej bądź lewej,

a także sztucznej protezy naczyniowej. Dzięki sztucznemu połączniu między aortą a tętnicami wieńcowymi, które omijają miejsce zwężenia, możliwe jest poprawienie ukrwienia niedokrwionego obszaru mięśnia sercowego. Cały zabieg jest wykonywany w ogólnym znieczuleniu oraz przy użyciu krążenia pozaustrojowego. Warunkiem koniecznym jest otwarcie klatki piersiowej, w celu uzyskania dostępu do serca. Klasycznie otwarcie klatki piersiowej odbywa się poprzez rozcięcie mostku, choć stosuje się coraz częściej mniej inwazyjne techniki operacji.

Zabieg pomostowania, który jest wykonywany na zatrzymanym sercu daje możliwość bardzo dokładnego wszczepienia pobranych wcześniej naczyń tętniczych i żylnych między miejsce zmienione wskutek choroby a aortę. Nieistotne jest tu poziom zmian chorobowych czy też ich lokalizacja. Pomostowanie zapewnia stabilność pola operacyjnego, a krążenie pozaustrojowe perfuzję narządową pozwalającą na rekonstrukcję i pomostowanie tętnic wieńcowych [16].

Do istotnych wskazań wykonania zabiegu CABG zalicza się:

- „istotne zwężenie trzech głównych naczyń wieńcowych
- istotne zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej lub równoważnik w postaci zwężenia powyżej 70% początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej oraz tętnicy okalającej (będących odgałęzieniami lewej tętnicy wieńcowej)
- choroba dwunaczyniowa w przypadku, gdy istnieje istotne zwężenie początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej lub stwierdzono niewydolność serca, lub badania nieinwazyjne ujawniły niedokrwienie
- w trybie nagłym u niektórych pacjentów z zawałem mięśnia sercowego
- reoperacja w przypadku stwierdzenia niedrożności wcześniej wszczepionego pomostu (nie zawsze)” [17].

Najważniejszym przeciwskazaniem do wykonania zabiegu CABG jest brak konieczności jego wykonania bądź wybór innej, bardziej skutecznej metody leczenia, np. leczenia farmakologicznego. Przeciwskazaniem będzie sytuacja, w której choroba pacjenta ogranicza się do jednego lub dwóch naczyń, nie występuje istotne zwężenie gałęzi przedniej zstępującej oraz pacjent nie odczuwa objawów związanych z niedokrwieniem mięśnia sercowego. Operacji nie zaleca się także w przypadku pacjenta ze stabilną chorobą wieńcową, u którego zmiany w tętnicach mają charakter graniczny i nie obejmują pnia lewej tętnicy wieńcowej. Jeszcze innym przeciwskazaniem jest sytuacja, w której stwierdza się nieistotne

zwężenia (mniej niż 50% średnicy naczynia). Także wysokie ryzyko zgonu oraz innych, groźnych powikłań, może wpłynąć na brak kwalifikacji do zabiegu [18].

Ryzyko udaru po zabiegu CABG wynosi od 1,4 do 3,8%. Ryzyko to zwiększa się w przypadku otyłości, cukrzycy, nadciśnienia oraz płci żeńskiej. Ryzyko udaru okołooperacyjnego wynosi 5% w przypadku pacjentów z obustronnym zwężeniem tętnicy szyjnej oraz 11% w przypadku pacjentów z niedrożnością tętnicy szyjnej [19].

Kolejne powikłanie – delirium – ma miejsce w mniej niż w 10% przypadków. Ryzyko to rośnie z wiekiem, występowaniem chorób naczyniowych oraz wcześniejszych zaburzeń poznawczych.

W przypadku niektórych pacjentów dochodzi do krótkotrwałych zmian poznawczych. Większość z nich nie zauważa tych zmian, ich rozwój jest na ogół łagodny i trwa nie dłużej niż 3 miesiące.

Kolejnym powikłaniem może być infekcja wewnątrzszpitalna, która występuje u 10-20% pacjentów kardiochirurgicznych [20].

Co drugi przypadek zakażenia po zabiegu wynika z infekcji *Staphylococcus aureus*, rzadziej z powodu *Corynebacterium* i jelitowych pałeczek gram ujemnych. Ryzyko to minimalizuje się profilaktyką antybiotykową przeprowadzaną od 30 do 60 minut przed zabiegiem. Wyjątkiem jest wankomycyna, która musi być podana do dwóch godzin przed operacją.

W przypadku pacjentów chorujących na przewlekłą chorobę nerek choroba wieńcowa jest częstą przyczyną zgonu, a operacja rewaskularyzacji mięśnia sercowego znacząco te ryzyko zmniejsza. Jednocześnie kontrasty, które są stosowane w diagnostyce i zabiegu mogą przyczynić się do uszkodzenia nerek. Nawet niewielki wzrost stężenia kreatyniny w surowicy przez 12 godzin po aniografii, wskazuje na neofropatię wywołaną kontrastem. Pacjenci ci powinni być profilaktycznie nawadniani roztworem fizjologicznym przez minimum 12 godzin przed zabiegiem i przez minimum 24 godziny po zabiegu [21].

Kolejnym powikłaniem po CABG może być pooperacyjne zaburzenie rytmu serca. Z tego powodu zalecane jest, zwłaszcza w przypadku stwierdzenia migotania przedsionków przed zabiegiem, leczenie farmakologiczne.

Rehabilitacja po CABG

Bardzo ważne jest, żeby pacjenci po operacji CABG dbali o właściwy odpoczynek i minimum 7 do 9 godzin snu. Istotna jest też lekkostrawna dieta, która powinna obejmować od 4 do 5 posiłków i jeśli to konieczne dieta odchudzająca. Ważne jest też prowadzenie aktywnego

stylu życia, ćwiczenia kardio, rzucenie palenia oraz kontrola nad stanem psycho-emocjonalnym.

Bardzo ważna jest też właściwie zaplanowana rehabilitacja fizyczna. Jej celem jest możliwie jak najwcześniejsza aktywizacja pacjentów. Zarówno szczegółowy plan, jak i intensywność działania muszą być jednak ustalone indywidualnie. Ogólnie zaleca się, żeby pierwszego dnia po operacji pacjent siedział na łóżku. Wykonuje się wówczas masaż drenujący. Drugiego dnia pacjent może podejmować już próby wstawania oraz proste ćwiczenia fizyczne i ćwiczenia oddechowe. Następnego dnia intensywność samodzielne wykonywanych ruchów zwiększa się. Pacjent zaczyna wstawać, stać, chodzić, wykonuje nowe ćwiczenia oraz jest poddawany inhalacjom. Czwartego dnia może samodzielnie korzystać z łazienki, wykonuje też dalej ćwiczenia oddechowe i fizyczne. W kolejnych dniach do dotychczasowej rehabilitacji dochodzą także spacery na korytarzu szpitalnym [22].

Pacjenci są poddawani ocenie sprawności fizycznej przy wykorzystaniu 6 minutowego testu marszu. Przed wykonaniem takiego badania oceniana jest stabilność parametrów klinicznych i hemodynamicznych, a także stabilność rytmu serca i poziom obciążeń fizycznych. Parametry te wpływają na wystąpienie zespołu dusznicy bolesnej bądź objawów niedokrwienia mięśnia sercowego. Ocenie poddawany jest też poziom zakłócenia lewej komory.

Wybór środków wykorzystywanych w rehabilitacji fizycznej zależy od aktywności fizycznej danego pacjenta. Do środków tych zalicza się: poranną gimnastykę higieniczną (przed śniadaniem), kinezyterapię, dawkowany chód po powierzchni płaskiej oraz po schodach w górę [7].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie czynników wpływających na poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dokonanie oceny poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie wśród osób chorych po zabiegu CABG.

MATERIAŁ I METODY

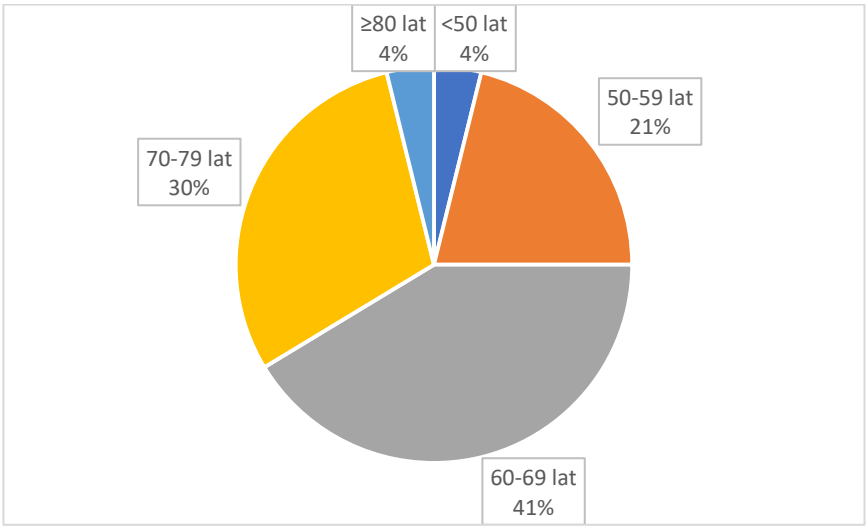
Badania przeprowadzono wśród 104 pacjentów Kliniki Kardiochirurgii USK w Białymstoku między 1 czerwca a 1 grudnia 2020 roku.

Materiał do badania został zebrany za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza, który został przygotowany na potrzeby niniejszej pracy. Stworzona w tym celu ankieta składała się z metryczki, pytań ogólnych na temat przebiegu choroby oraz skali oceniającej poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Skala ta zawierała 18 twierdzeń odnośnie oczekiwań w zakresie kontroli zdrowia w trzech wymiarach, tj.: wewnętrznym, wpływu innych oraz przypadku.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 104 osoby wieku 45-82 lat. Rozkład poszczególnych grup wiekowych prezentuje Rycina 1.



Rycina 1. Wiek ankietowanych

Ponad jedna trzecia ankietowanych mieszka na wsi (34,6%). Niespełna dwie trzecie ankietowanych mieszka w mieście (65,4%).

Znakomita większość ankietowanych (93,3%) określiła swoje warunki mieszkaniowe jako dobre. Niespełna 6% ankietowanych określiła swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre, a tylko jedna osoba wskazała, że są złe.

Ponad trzy czwarte ankietowanych wskazało żonę jako swojego opiekuna. Niespełna 10% ankietowanych znajduje opiekę u jednego z dzieci, prawie 3% opiekuje się zięć lub synowa. Ponad 10% ankietowanych jest samotna.

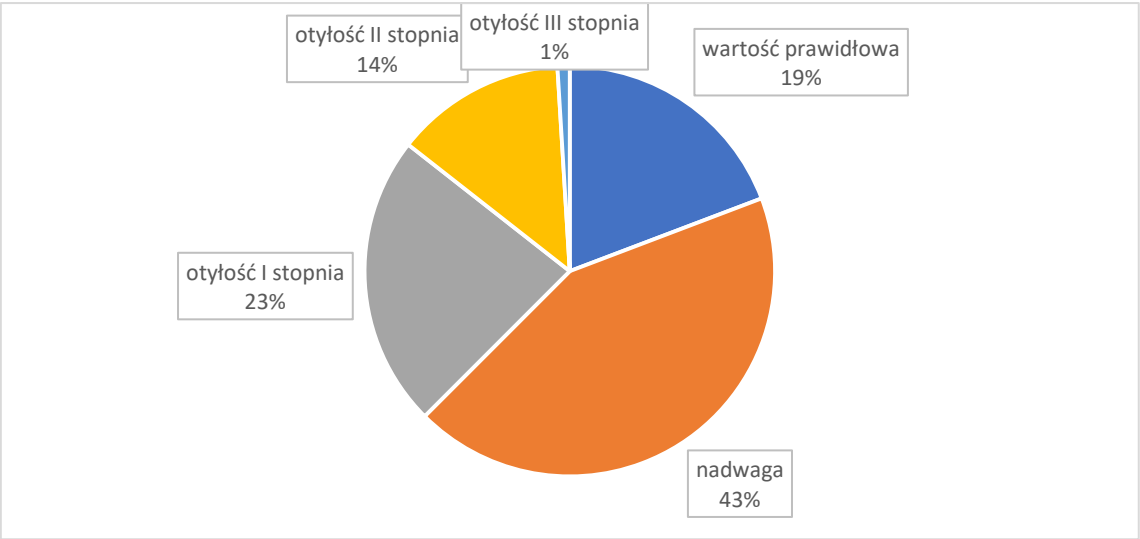
Ponad połowa ankietowanych mężczyzn utrzymuje się z emerytury, jedna czwarta z pracy, a niespełna jedna piąta z renty. Trzy osoby wśród ankietowanych są bezrobotne.

Znakomita większość ankietowanych (71,2%) posiadało wykształcenie zawodowe. Następne grupy, pod względem wielkości, stanowili ankietowani z wykształceniem podstawowym (15,4%) oraz wykształceniem średnim (13,5%). Wśród ankietowanych nie było mężczyzn z wykształceniem wyższym.

Wskaźnik BMI (ang. body mass index) jest standardowym wskaźnikiem oceny masy ciała i obliczany jest jako stosunek masy ciała w kilogramach do kwadratu wzrostu w metrach. Interpretacja wskaźnika BMI jest następująca: poniżej 16,0 – wygłodzenie, 16,0-16,99 – wychudzenie, 17,0-18,49 – niedowaga, 18,5-24,99 wartość prawidłowa, 25,0-29,99 – nadwaga, 30-34,99 – otyłość I stopnia, 35,0-39,99 – otyłość II stopnia, ≥40,0 – otyłość III stopnia.

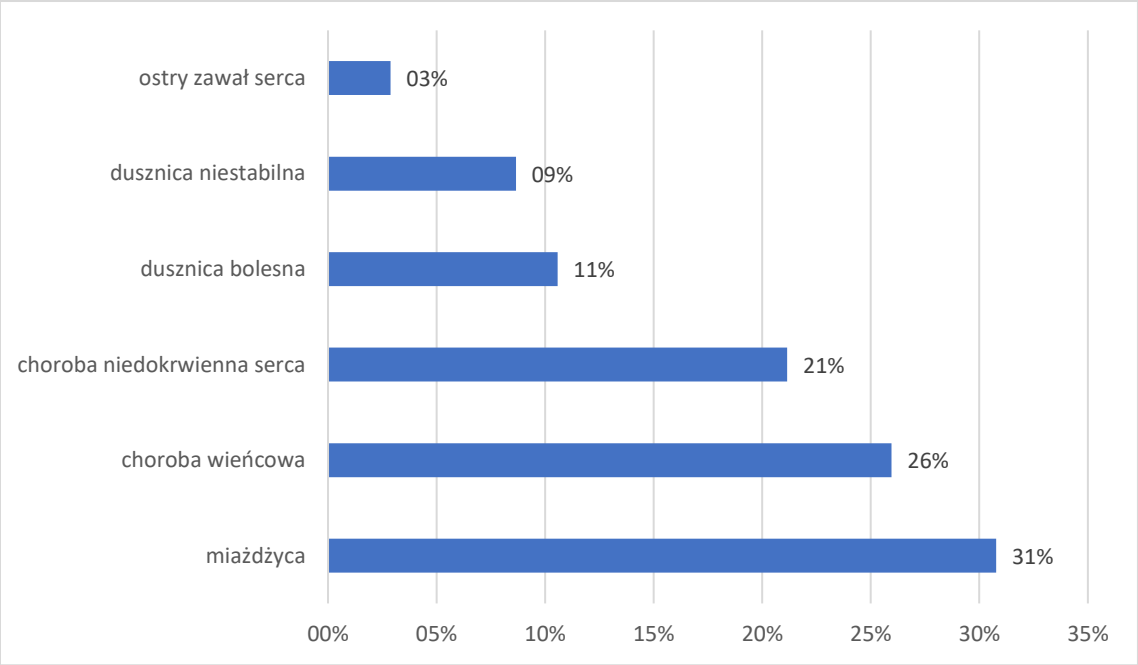
Tylko co piąty badany ma prawidłową wagę ciała. Dominująca grupa badanych (43%) ma nadwagę, co czwarty badany ma natomiast otyłość I stopnia. Otyłość II stopnia cechuje 14% badanych, a III stopnia 1%.

Rozkład ankietowanych względem ich wskaźnika BMI przedstawia Rycina 2.



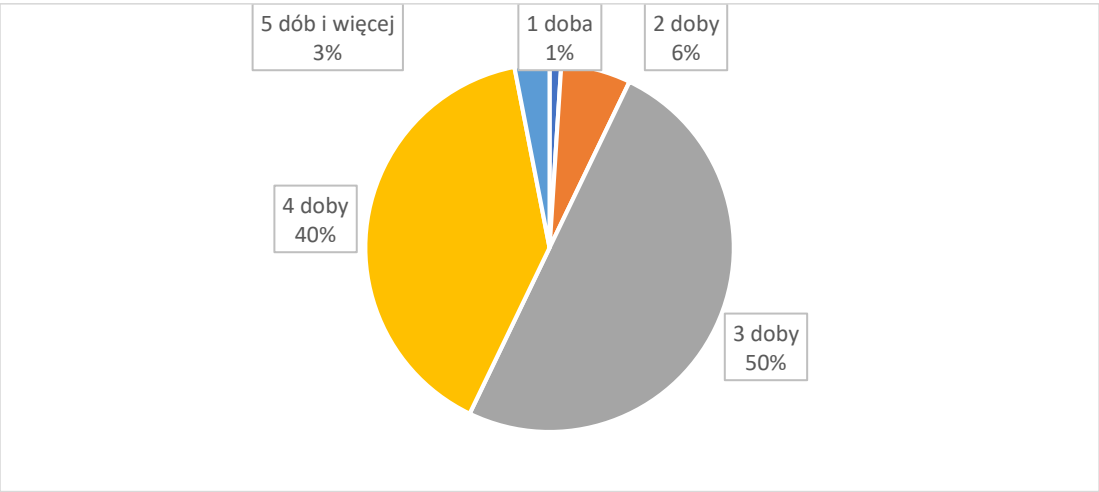
Rycina 2. Wskaźnik BMI ankietowanych

Jako przyczynę zabiegu kardiochirurgicznego ankietowani wskazali sześć czynników, z czego niespełna co trzeci ankietowany wskazał na miażdżycę, co czwarty wskazał chorobę wieńcową, co piąty wskazał chorobę niedokrwienną serca, a co dziesiąty wskazał dusznicę bolesną. Dokładny rozkład ankietowanych względem przyczyny zabiegu kardiochirurgicznego przedstawia Rycina 3.



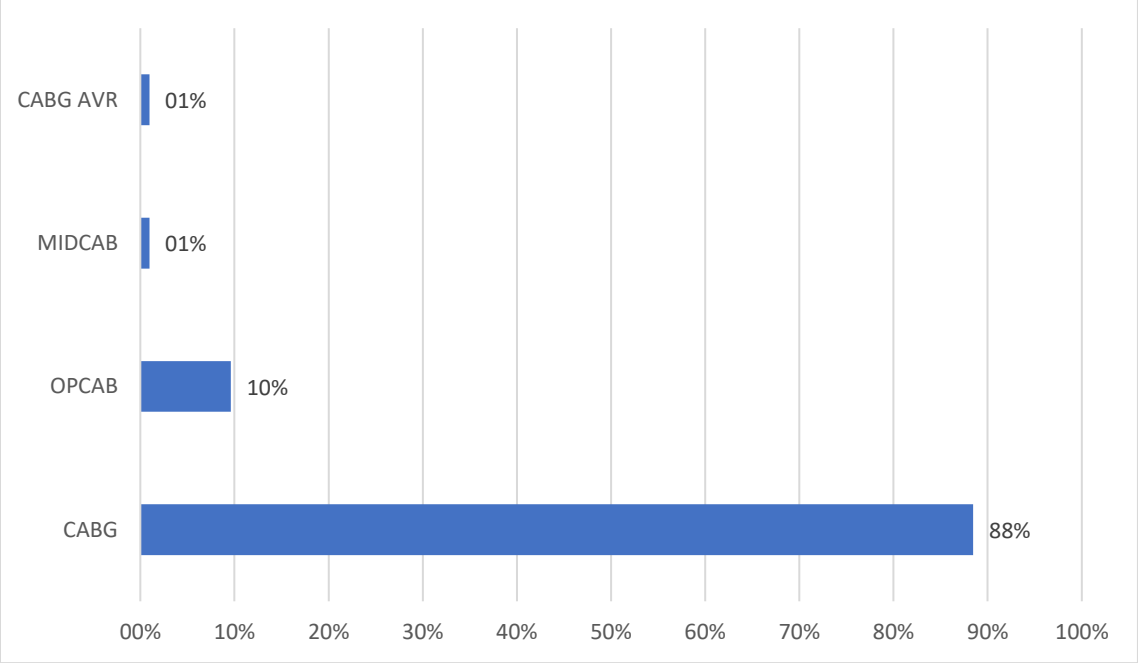
Rycina 3. Przyczyny zabiegu kardiochirurgicznego ankietowanych

Największą grupę (50,0%), wśród ankietowanych, stanowili mężczyźni będący trzecią dobę po zabiegu. Kolejną grupę, pod względem wielkości, stanowili ankietowani będący czwartą dobę po zabiegu (40%). Grupa osób będących drugą dobę po zabiegu stanowiła niespełna 6%. Pozostałe przypadki były jednostkowe. Wszyscy ankietowani przeszli jeden zabieg kardiochirurgiczny. Dokładny rozkład ankietowanych względem ilości dób po zabiegu kardiochirurgicznym prezentuje Rycina 4.



Rycina 4. Doba po zabiegu kardiochirurgicznym

Ankietowani przeszli jeden z czterech zabiegów kardiochirurgicznych, wśród których najczęstszym był CABG (88,5%). Dokładny rozkład ankietowanych względem typu przebytego zabiegu kardiochirurgicznego prezentuje Rycina 5.



Rycina 5. Rodzaj przebytego zabiegu kardiochirurgicznego

Wśród współistniejących czynników doprowadzających do konieczności przeprowadzenia zabiegu kardiochirurgicznego, wśród ankietowanych, najczęściej występującym był stres (89,4%). Kolejnymi, w częstości występowania, były: palenie tytoniu (82,7%), nadciśnienie tętnicze (81,7%), wysoki cholesterol (77,9), miażdżyca (73,1%) oraz brak aktywności fizycznej (52,9%). Połowa ankietowanych wskazała również inne czynniki współistniejące, wśród których najczęściej wskazywano przebyte wcześniej zawały serca oraz przerost gruczołu krokowego.

Ponad połowa ankietowanych (55,8%) nie miało żadnej aktywności fizycznej. Ankietowani wspominający o swojej aktywności fizycznej (44,2%) określali jej przedział czasowy w zakresie 1-2 godzin dziennie.

Kolejne pytania ankiety zbierały odpowiedzi w skali 1-6, gdzie poszczególne oceny miały następujący sens: 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – w pewnym stopniu nie zgadzam się, 3 – w małym stopniu nie zgadzam się, 4 – w małym stopniu zgadzam się, 5 – w pewnym stopniu zgadzam się, 6 – zdecydowanie zgadzam się.

W powyższej skali, stwierdzenie, że jeżeli choruję, to do zdrowia powracam o własnych siłach, uzyskało średnią ocenę 4,87.

Kolejne stwierdzenie, że jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego co zrobię, uzyskało średnią ocenę 4,73.

Stwierdzenie, że jeżeli regularnie będę się konsultował z dobrym lekarzem, to zmniejszę prawdopodobieństwo zachorowania, uzyskało średnią ocenę 4,58.

Czwarte stwierdzenie ankiety, że na stan zdrowia ankietowanych duży wpływ mają przypadkowe zdarzenia, uzyskało średnią ocenę 5.30.

Piąte stwierdzenie ankiety, że zdrowie można zachować jedynie konsultując się z lekarzem, uzyskało średnią ocenę 4,22.

Szóste stwierdzenie ankiety, że ankietowany ponosi pełną odpowiedzialność za swoje zdrowie, uzyskało średnią ocenę 5,24.

Siódme stwierdzenie ankiety, że to, czy pozostanę zdrowy, czy też zachoruję, zależy w dużej mierze od innych ludzi (np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół), uzyskało średnią ocenę 4,30.

Ósme stwierdzenie ankiety, że cokolwiek złego dzieje się z moim zdrowiem, to jest to moja wina, uzyskało średnią ocenę 2,88.

Dziewiąte stwierdzenie ankiety, że kiedy zachoruję, muszę po prostu poczekać aż mi przejdzie, uzyskało średnią ocenę 2,04.

Dziesiąte stwierdzenie ankiety, że lekarze utrzymują mnie w dobrym zdrowiu, uzyskało średnią ocenę 2,04.

Jedenaste stwierdzenie ankiety, że kiedy jestem zdrowy, mam po prostu szczęście, uzyskało średnią ocenę 4,95.

Dwunaste stwierdzenie ankiety, że samopoczucie fizyczne zależy od tego, jak dobrze dbamy o siebie, uzyskało średnią ocenę 5,08.

Trzynaste stwierdzenie ankiety, że kiedy choruję, to wiem, że to dlatego, że o siebie nie zadbałem, uzyskało średnią ocenę 3,88.

Czternaste stwierdzenie ankiety, że opieka, którą otrzymuje się od innych, decyduje o tym jak szybko powraca się do zdrowia, uzyskało średnią ocenę 4,49.

Piętnaste stwierdzenie ankiety, że nawet jeśli dbamy o siebie, łatwo możemy zachorować, uzyskało średnią ocenę 4,92.

Szesnaste stwierdzenie ankiety, że kiedy chorujemy, jest to sprawa losowa, uzyskało średnią ocenę 4,80.

Siedemnaste stwierdzenie ankiety, że pozostaniemy raczej zdrowi, jeżeli zadbamy o siebie, uzyskało średnią ocenę 5,00.

Ostatnie stwierdzenie ankiety, że dokładne wypełnianie poleceń lekarza jest najlepszym sposobem zachowania dobrego zdrowia, uzyskało średnią ocenę 4,37.

DYSKUSJA

W badaniu wzięło udział 104 mężczyzn między 45 a 82 rokiem życia. Co trzeci z nich to mieszkaniec wsi. ¾ badanych wskazało, że opiekuje się nimi żona, co dziesiąty, że dziecko, a co dwudziesty, że zięć lub synowa. Wśród badanych co drugi jest na emeryturze, co czwarty pracuje, a co piąty jest rencistą. ¾ badanych to osoby z wykształceniem zawodowym, reszta to osoby z wykształceniem podstawowym (15,4%) i średnim (13,5%). Wśród ankietowanych nie było mężczyzn z wykształceniem wyższym.

Z badania prowadzonego przez Nowickiego i wsp. [6] wynika, że istnieje zależność między posiadaną wiedzą a poziomem wykształcenia badanych osób. Badacze ci dowiedli też, że osoby posiadające wykształcenie podstawowe cechują się niskim poziomem wiedzy na temat choroby wieńcowej, podobnie jak osoby posiadające wykształcenie zawodowe. Znacznie lepsze wyniki uzyskują w tym zakresie osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Z kolei badanie prowadzone przez Migliaresi i wsp. [23] dowiodło, że pacjenci z zawałem serca mają na ogół niższy poziom wykształcenia i wąską wiedzę na temat niefarmakologicznych metod zwalczania ryzyka tej choroby.

Tylko co piąty badany cechował się prawidłową wagą ciała. Dominująca grupa badanych (43%) miała nadwagę, co czwarty badany miał natomiast otyłość I stopnia. Otyłość II stopnia cechuje 14% badanych, a III stopnia 1%.

Jako przyczynę zabiegu kardiochirurgicznego ankietowani wskazali sześć czynników, z czego najczęściej była to miażdżyca, choroba wieńcowa oraz choroba niedokrwienna serca.

Niemal co drugi badany to pacjent będący trzecią dobę po zabiegu, co trzeci spędził w szpitalu czwartą dobę po zabiegu kardiochirurgicznym. Aż 88,5% pacjentów przeszło zabieg CABG. Do pozostałych zabiegów zaliczyć można OPCAB, MIDCAB oraz AVR.

Jeśli chodzi o czynniki, które stanowiły przyczynę zabiegu kardiochirurgicznego, to najczęściej wymienianym był stres (89,4%), palenie tytoniu (89,4%) oraz nadciśnienie tętnicze (81,7%) i wysoki cholesterol (77,9%). Z badania przeprowadzonego przez Bartoszewicz i wsp. [1] wynika, że na rozwój choroby wieńcowej wpływają w największym stopniu nadciśnienie

tętnicze, miażdżyca i cukrzyca, a tylko w niewielkim zakresie nadwaga. Równocześnie jednak co drugi badany miał nadwagę, a co czwarty otyłość I stopnia.

Na całym świecie choroby układu krążenia stanowią jedną z głównych przyczyn utraty zdrowia oraz życia. Im większy poziom uprzemysłowienia, tym problem ten jest bardziej dominujący. Na stan ten wpływają nie tylko czynniki o charakterze biologicznym, ale także czynniki psychologiczne. W Polsce tematem tym zajęto się po raz pierwszy w 1961 roku, kiedy w Instytucie Kardiologii w Warszawie utworzono pracownię psychologiczną. Temat ten był dość innowacyjny biorąc pod uwagę fakt, że psychologia behawioralna zaczęła rozwijać się od 1977 roku. Już wówczas zaczęto łączyć stres i styl życia ze schorzeniami serca [7, 9].

Wiele badań dowodzi, że stres wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego krwi, na zwiększenie poziomu cholesterolu oraz wolnych kwasów tłuszczowych. Związek między stresem a chorobą niedokrwienną serca wykazała m.in. Bętkowska-Korpała (badanie na grupie 88 pacjentów Kliniki Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego) [2] oraz Nowickiego i wsp. (badanie przeprowadzone na grupie 150 osób w wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Lublinie) [6].

Palenie tytoniu przyczynia się do 5 mln zgonów rocznie. Z badania Framingham Heart Study wynika że jedną z głównych przyczyn nadciśnienia tętniczego oraz hipercholestemii jest właśnie palenie tytoniu. Tytoń to również jedna z głównych przyczyn zwiększających ryzyko wystąpienia zaburzeń sercowo-naczyniowych, miażdżycy oraz wzrostu cholesterolu. W istotny sposób palenie tytoniu wpływa także na zwiększenie ryzyka pęknięcia blaszki miażdżycowej, wystąpienia ostrej zakrzepicy oraz zwiększonego ryzyka wystąpienia udaru mózgu [8].

Palenie tytoniu stanowi ogólnie jedną z głównych przyczyn zgonów w Europie. Widocznie zwiększa ono ryzyko rozwoju choroby wieńcowej oraz nagłej śmieci sercowej. Ryzyko zawału u osoby palącej zwiększa się dwukrotnie [9] Do podobnych wniosków doszła w swoim badaniu Bartoszewicz i wsp. [1]. Z jej badań wynika bowiem, że papierosy pali 41% badanych.

Etiologia niewydolności serca nie jest łatwa do jednoznacznego ustalenia. Nawet 90% pacjentów ma łączny problem z niewydolnością serca, z nadciśnieniem tętniczym oraz z chorobą niedokrwienną serca. Analiza nadciśnienia tętniczego jako czynnika ryzyka rozwoju niewydolności serca stanowi przedmiot wielu badań. Jak stwierdzono m.in. w trwającym ok. 20 lat badaniu Framingham w 91% przypadków nadciśnienie tętnicze stanowiło przyczynę niewydolności serca [3]. Podobne wnioski wynikają z badania NAT-POL z 2011 roku, gdzie nadciśnienie tętnicze to główne ryzyko sercowo-naczyniowe.

Również badania INTERHEART (*A Global Case-Control Study of Risk Factors for Acute Myocardial Infarction*), czyli badania kliniczne poświęcone analizie przyczyn chorób niedokrwiennej serca wykazały, że głównymi czynnikami ryzyka są: palenie tytoniu, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, spożycie alkoholu, niska aktywność fizyczna [10].

Co drugi ankietowany nie uprawia żadnej formy aktywności fizycznej. Wśród osób aktywnych aktywność ta mieści się w przedziale od jednej do dwóch godzin. Aktywność fizyczna odgrywa istotną rolę w prewencji chorób układy krążenia. Regularny wysiłek fizyczny jest szczególnie ważny w przypadku osób w podeszłym wieku. Ma on bardzo korzystny wpływ na wydolność oraz sprawność, zarówno fizyczną, jak i umysłową. Jak wynika z prowadzonych przez 20 lat badań własnych w Pracowni Medycyny Sportowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz Poradni Zdrowego Człowieka, osoby wykonujący regularny trening fizyczny mają wyższą wydolność fizyczną i niższe ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej. Tymczasem osoby prowadzące siedzący tryb życia są narażone na tego typu choroby siedem razy częściej [5]. Również z badania przeprowadzonego przez Bartoszewicz i wsp. [1] wynika, że aż ¾ pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego nie uprawia żadnego sportu. Połowa z nich wykazuje aktywność fizyczną kilka razy w miesiącu.

Badani są w większości przekonani, że po chorobie są w stanie wrócić do zdrowia o własnych siłach. Są też przekonani, że choroba może się przytrafić bez względu na to, co zrobią i jaką podejmą decyzję. Wierzą także, że konsultacje z dobrym lekarzem mają wpływ na redukcję prawdopodobieństwa zachorowania.

Badani są również przekonani o tym, że na stan zdrowia mają wpływ przypadkowe zdarzenia. Nieco mniejsza grupa jest zdania, że zdrowie jest zależne w dużej mierze wyłącznie w przypadku konsultacji z lekarzem. Podobne zdanie miały badane osoby na temat tego, że ich zdrowie zależy od innych osób, np. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół. Najmniej badanych jest zdania, że problemy z ich zdrowiem zależą od nich samych. Średnia liczba osób jest również zdania, że lekarze mają możliwość utrzymania ich w dobrym stanie zdrowia.

Zdecydowana większość uznała, ze ich zdrowie zależy od poziomu szczęścia. Nieco mniej badanych jest zdania, że samopoczucie fizyczne zależy od tego, w jaki sposób dba się o siebie. Dla badanych ważną kwestią jest też to, że opieka, jaką otrzymują od innych osób wpływa na szybkość powrotu do zdrowia. Ważne jest też, żeby o siebie dbać.

WNIOSKI

1. Badane osoby raczej nie są chętne do stałej, regularnej aktywności fizycznej.
2. Badane osoby cechują się niskim poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie. W większości są przekonane bowiem, że bez względu na to, co zrobią, jeśli będą miały zachorować, to się tak stanie.
3. Badane osoby są w większości przekonane, że powrót do zdrowia jest zależny od ich własnych sił i że to one większości ponoszą odpowiedzialność za swoje zdrowie.
4. Większość respondentów zdaje sobie sprawę z konieczności regularnych konsultacji z lekarzem.
5. Badani nie obwiniają raczej siebie samych za zły stan zdrowia. Wierzą, że zdrowie zależy od szczęścia, a jednocześnie dostrzegają związek między dobrym samopoczuciem a zdrowiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartoszewicz M., Rać M.: Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja, Hygeia Public Health, 2018, 53(3), 253-261.
2. Bętkowska-Korpała B.: Rola Wzoru Zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca [w:] Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania, Wrześniewski K. Włodarczyk D. (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, 34-65.
3. Dolzhenko M., Radziejowska M., Radziejowski P., Knotowicz J.: Terapia okołooperacyjna i rehabilitacja pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po operacji pomostowania aortalno-wieńcowego [w:] Fizjoterapia – wiedza i doświadczenie, Borowicz A.M. (red.). Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018.
4. NFZ o zdrowiu. Choroba niedokrwienna serca, NFZ, Warszawa 2020.
5. Drygas W., Jegier A.: Zalecenia dotyczące aktywności ruchowej w profilaktyce chorób układu krążenia. Czynniki Ryzyka, 2002, 4, 76-84.
6. Nowicki G., Ślusarska .B, Kulik B.T., Noniewicz M.: Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowe wśród dorosłych. Polski Przegląd Kardiologiczny, 2011, 13, 82-88.

7. Dyszy S., Kluszczyńska M.: Porównanie zabiegów pomostowania aortalno-wieńcowego metodą CABG, OPCAB i MIDCAB wykonanych u pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym – opisy przypadków. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2020, 10, 189-195.
8. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp.: Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kariologii. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2005, 5, 61-68.
9. Dytfeld D., Dyszkiewicz W., Meissner R. K.: Rozwój pomostowania aortalno-wieńcowego oraz sposobów śródoperacyjnej protekcji mięśnia sercowego. Nowiny Lekarskie, 2006, 75, 404-406.
10. Główczyńska R.: Echokardiografia obciążeniowa — rodzaje, wskazania diagnostyczne, zasady przeprowadzenia badania. Choroby Serca i Naczyń, 2017, 2, 99-102.
11. Frycz-Kurek A.M., Buchta P., Szkodziński J.: Stabilna choroba wieńcowa – epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania. Choroby Serca i Naczyń, 2008, 3, 125-134.
12. Kawecka-Jaszcz K., Kloch-Badek M., Wojciechowska W.: Nadciśnienie tętnicze jako czynnik ryzyka rozwoju niewydolności serca. Nadciśnienie Tętnicze, 2011, 5, 275-282.
13. Korzeniowska K., Wietlicka I., Szałek E.: Ostre zespoły wieńcowe – część I. Zawał mięśnia serca bez uniesienia odcinka ST – opis przypadku. Farmacja Współczesna, 2011, 4, 3-39.
14. Miernik S., Dziuk M.: Metody hybrydowe (SPECT-CT, PET-CT) w diagnostyce choroby wieńcowej i ocenie żywotności mięśnia sercowego. Choroby Serca i Naczyń, 2008, 2, 93-101.
15. Surma S., Szyndler A., Narkiewicz K.: Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych. Choroby Serca i Naczyń, 2018, 1, 14-22.
16. Nikolaou N., Arntz R., Bellou A. i wsp.: Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych. Wytyczne resuscytacji 2015.
17. Płoska-Gościniak E., Gackowski A, Gąsior Z.: Rekomendacje 2011 Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące zastosowania echokardiografii obciążeniowej w praktyce klinicznej. Kardiologia Polska, 2011, 69, 642-648.

18. Paszkiewicz-Mes E.: Palenie tytoniu w aspekcie powikłań występujących po zabiegu operacyjnym. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012, 93, 249-255.
19. Główczyńska R.: Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa – na ile można na niej polegać? Choroby Serca i Naczyń, 2014, 3, 171-173.
20. Zatoński W., Jankowski P., Banasiak W. i wsp.: Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Kardiologia Polska, 2011, 69, 96-100.
21. https://www.echirurgia.pl/kardiochirurgia/pomostowanie_aortalno_wiencowe_by_pass.htm [dostęp 28.04.2021].
22. https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/8_OZW.pdf [dostęp 20.04.2021].
23. Migliaresi P., Celentano A., Palmieri V. et al.: Knowledge of cardiovascular risk factors and awareness of non-pharmacological approach for risk prevention in young survivors of acute myocardial infarction. The cardiovascular risk prevention project "Help Your Heart Stay Young". Nutrition Metabolism& Cardiovascular Disease, 2007, 17, 468-472.

MEDYCZNE ASPEKTY CHOROBY WRZODOWEJ ŻOŁĄDKA

Snarska Katarzyna Krystyna[1], Chorąży Monika[2]

1. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Palący ból w nadbrzuszu, który nasila się na czczo oraz zmniejszający się po zjedzeniu posiłku to zespół objawów związany z chorobą wrzodową. Wrzód to przerwanie integralności błony śluzowej żołądka i/lub dwunastnicy prowadzące do miejscowego ubytku albo zagłębiania spowodowanego aktywnym procesem zapalnym [1]. Jest on efektem zaburzenia mechanizmów obronnych błony śluzowej przed działaniem kwasu solnego oraz enzymów proteolitycznych, a najczęstszym powodem jego powstania jest infekcja *Helicobacter pylori* lub toksyczne działanie NLPZ [2].

Nieleczone wrzody uszkadzając naczynia krwionośne mogą spowodować krwotok albo nawet w skrajnej sytuacji doprowadzić do perforacji. W terapii leczenia należy uwzględnić wieloczynnikowość choroby i oprócz farmakoterapii ważne jest przestrzeganie zasad prawidłowego i zdrowego odżywiania, podstawowych zasad higieny, unikaniu używek jak również regularny umiarkowany wysiłek fizyczny [3].

Choroba wrzodowa żołądka jest schorzeniem wieloletnim, a powstanie wrzodu trawiennego kilkutygodniowym zaostrzeniem choroby. Jednostka ta posiada przewlekły charakter a w wyniku występujących objawów klinicznych oraz dolegliwości doprowadza do znaczącego pogorszenia jakości życia [4]. Objawy choroby wrzodowej żołądka i/lub dwunastnicy mogą niekorzystnie wpływać na aktywność życiową, a niekiedy również zawodową pacjenta. Schorzenie to może mieć również wpływ na sferę psychiczną osoby chorej w związku z wystąpieniem obaw przed badaniami (np. gastroskopia), a także możliwością wystąpienia groźnych dla życia powikłań. W sferze społecznej może również dojść do wystąpienia deficytów jakości życia chociażby w czynnościach dnia codziennego. Badania jakości życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy i zdobyta w ten sposób wiedza mogą stać się wytycznymi do podjęcia kierunkowych działań, których realizacja przyczyni się do poprawy jakości procedur pielęgniarskich, a finalnie opieki w sferach, w których wystąpiły deficyty jakości życia [4].

Pomiar jakości życia to trudne zadanie, jednak dzięki zastosowaniu odpowiednio wystandaryzowanych kwestionariuszy możliwe jest dokonanie jego oceny w różnych dziedzinach życia [5]. Dzięki powyższym badaniom możliwe jest poznanie ogólnego postrzegania życia chorych z zdiagnozowaną chorobą wrzodową żołądka.

ROZWINIĘCIE

Definicja choroby wrzodowej żołądka

Choroba wrzodowa jest to cykliczne pojawianie się wrzodów trawiennych w żołądku [6]. Wrzód trawienny jest ubytkiem w ścianie żołądka, który obejmuje błonę mięśniową i śluzową a także tkankę podśluzową. Powstaje jedynie w tych odcinkach przewodu pokarmowego gdzie błona śluzowa ma styczność z kwasem solnym oraz pepsyną. Występuje najczęściej na krzywiźnie mniejszej, znacznie rzadziej na tylnej ścianie żołądka a sporadycznie w okolicy przedodźwiernikowej oraz podwpustowej [7].

Wrzód żołądka

Choroba wrzodowa rozwija się stopniowo [8]. W początkowym stadium można zaobserwować jedynie powierzchowne uszkodzenie błony śluzowej tzw. nadżerkę. Wrzód rozwija się wówczas, gdy stworzą się sprzyjające ku temu warunki. Dochodzi wtenczas do rozrostu zmiany, która wnika w głąb ściany żołądka uszkadzając coraz to głębiej leżące warstwy a także siatkę naczyń krwionośnych [9].

Wrzód najczęściej osiąga średnicę 5-25mm i składa się z kraterowatego zagłębienia, które otacza stan zapalny, natomiast w jego zagłębieniu jest ognisko martwicy skrzepowej [10].

Błona śluzowa z łatwością sobie radzi z pojedynczymi zmianami dzięki swoim zdolnościom regeneracyjnym. O chorobie wrzodowej mówi się wówczas, gdy obserwuje się liczne, trudno gojące się uszkodzenia, które wywołują dolegliwości oraz powikłania [11].

Owrzodzenia żołądka występują zazwyczaj pojedynczo lecz w przeciwieństwie do wrzodów dwunastnicy mają naturę rozrostową. Zmiany mnogie i/lub powstałe wzdłuż krzywizny większej są najczęściej wynikiem działania kwasu acetylosalicylowego albo niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Zazwyczaj średnica wrzodów osiąga 3cm, jednak zdarzają się zmiany olbrzymie [12].

Większość łagodnych owrzodzeń powstaje dystalnie do połączenia części odźwiernikowej oraz części wydzielającej kwas solny. Łagodne owrzodzenia powstałe w dnie żołądka występują rzadko, a mikroskopowo są podobne do wrzodów dwunastnicy.

Owrzodzeniem związanym z zakażeniem *Helicobacter pylori* dość często towarzyszy zapalenie błony śluzowej okolicy przedodźwiernikowej. W przypadku zmian związanych ze stosowaniem NLPZ stwierdza się gastropatię chemiczną (to uszkodzenie komórek błony śluzowej żołądka niezwiązany z reakcją zapalną) charakteryzującą się hiperplazją dołeczkową, obrzękiem blaszki właściwej oraz regeneracją nabłonka pod nieobecność zakażenia *H. pylori* [13].

Łagodne wrzody żołądka można podzielić w zależności od lokalizacji:

a) Typ I: wrzody umiejscowione są w okolicy kąta żołądka. To strefa przejściowa pomiędzy częścią odźwiernikową a trzonem żołądka; z wiekiem może przesunąć się w kierunku wpustu.
b) Typ II: ta sama lokalizacja jak w typie I, dodatkowo współistnieje choroba wrzodowa dwunastnicy.
c) Typ III: wrzody znajdują się w odległości do 2,5 cm od odźwiernika [13].

Istnieją atypowe odmiany choroby wrzodowej:

a) Wrzody olbrzymie – powyżej 2 cm średnicy zwiększają ryzyko rozwoju nowotworu oraz mogą być powikłane krwawieniem albo niedrożnością przewodu pokarmowego.
b) Wrzody kanału odźwiernika – u chorych mogą pojawić się wymioty w wyniku niedrożności przewodu pokarmowego.
c) Krwawienie z wrzodów – pacjenci mogą wymagać przetoczenia krwi oraz płynów a także wykonania pilnej endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego [14].

Cechą najczęściej opisywaną wrzodu jest jego dno. Ziarnina pokrywająca dno może być zabarwiona na biało lub szaro. Krater owrzodzenia może być płytki albo głęboki. Dno owrzodzenia we wczesnej fazie ma okrągły oraz regularny kształt.

W przypadku zmian polekowych, które są znacznych rozmiarów, dno może być nieregularne. Czasami w dnie owrzodzenia widoczny jest skrzep albo przebarwienie świadczące o wcześniejszym krwawieniu lub nawet naczynie ze skrzepem [13].

Owrzodzenia łagodne mają gładkie, nieco uniesione brzegi. We wczesnej fazie brzegi są regularne natomiast śluzówka wokół wrzodu niezmieniona. Zbliznowacenia po wcześniejszych owrzodzeniach mogą prowadzić do powstania nieregularności brzegów. Fałdy żołądkowe widać aż do dna owrzodzenia.

W pierwszej fazie leczenia wokół wrzodu wytwarza się przekrwiona strefa. Zmniejszeniu ulega ilość włóknika w dnie owrzodzenia, który zastępowany zostaje przez nabłonek regenerujący. Zazwyczaj gojenie przebiega koncentrycznie, jednak może mieć linijny charakter lub przebiegać z wytworzeniem mostka tkankowego. W wyniku gojenia dno owrzodzenia staje się mniej regularne. Uwidacznia się granulacja strefy przekrwienia. Regenerujący nabłonek prawie całkowicie pokrywa dno wrzodu a ilość włóknika zmniejsza się aż do całkowitego zaniku [13].

Regenerujący nabłonek ma barwę czerwoną związane jest to z dużą ilością kapilar (blizna czerwona). Po miesiącach czerwone zabarwienie ulega zblednięciu a wygląd blizny staje się nie do odróżnienia z otaczającą tkanką (blizna biała). Jedyną pozostałością po owrzodzeniu może stanowić nieregularność fałdów w tym rejonie. Jeżeli włóknienie jest nasilone, może dojść do tworzenia zaciągnięć śluzówki, które otoczone są uchyłkami [13].

Epidemiologia choroby wrzodowej żołądka

Choroba wrzodowa stanowi jedną z najczęstszych schorzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego. W populacji ogólnej u ok. 6-10% osób w którymś okresie życia zostanie ona rozpoznana. Choroba wrzodowa żołądka występuje rzadziej aniżeli choroba wrzodowa dwunastnicy jednakże dolegliwości oraz przebieg obu chorób jest zbliżony. W USA zachorowalność szacuje się w przybliżenia na 2% rocznie, natomiast ryzyko zachorowania w ciągu życia na 10%. Na chorobę wrzodową żołądka mężczyźni chorują w podobnie często jak kobiety [5].

W USA szacuje się, że śmiertelność w przebiegu choroby wrzodowej wynosi 1,7/100000. Zgony związane są z powikłaniami wrzodu żołądka (zazwyczaj w starszym wieku) w postaci krwawień albo perforacji. Powikłania stanowią przyczynę coraz to liczniejszych hospitalizacji. Roczne koszty bezpośredniego leczenia w USA (hospitalizacje, porady, leki) przekraczają 3 mld dolarów natomiast koszty pośrednie (absencja w pracy, obniżenie produkcji) szacuje się na 6 mld [15].

Duży wpływ na zachorowalność ma standard życia, gdyż od tego zależy rozprzestrzenianie się *H. pylori*. Przez ostanie 30 lat wystąpił stały spadek liczby zachorowań związany z powszechną eradykacją *H. pylori*. W ostatnim dziesięcioleciu zauważono wzrost liczny przypadków owrzodzenia żołądka bez zakażenia *H. pylori* – prawdopodobną przyczyną jest szkodliwe działanie leków (m.in.: NLPZ, leków przeciwzakrzepowych oraz antyagregacyjnych). Istotne znaczenie w zwiększaniu zachorowalności ma również stres [3].

Etiologia i patogeneza choroby wrzodowej żołądka

Błona śluzowa żołądka i dwunastnicy stale narażona jest na działanie czynników uszkadzających, zaczynając od urazów mechanicznych, termicznych, chemicznych oraz polekowych a kończąc na czynnikach zakaźnych. Istnieje również wiele czynników działających na nią ochronnie. W prawidłowych warunkach w żołądku panuje równowaga pomiędzy tzw. czynnikami agresji oraz obrony [8].

Przewaga czynników agresji przyczynia się do uszkodzenia integralności błony śluzowej. We wstępnej fazie występują nadżerki a następnie głębsze ubytki (wrzody) ze wszelkimi konsekwencjami coraz to głębszej penetracji nieneutralizowanego kwasu oraz enzymów proteolitycznych (szczególnie pepsyny). Do czynników uszkadzających zalicza się:

a) *Helicobacter pylori*
b) NLPZ
c) leki przeciwzakrzepowe
d) sole żółciowe
e) dym tytoniowy
f) alkohol
g) stres.

Do czynników ochronnych należą:

a) buforowe działanie pokarmu oraz śliny
b) powierzchowne wydzielanie śluzu
c) wydzielanie dwuwęglanów do warstwy śluzu
d) śluzówkowy przepływ krwi
e) mechanizmy regeneracyjne nabłonka
f) prostaglandyny
g) czynniki wzrostu.

Podstawą uszkodzenia jest stan zapalny błony śluzowej najczęściej wywołany na skutek przewlekłej kolonizacji warstwy śluzowej przez *H. pylori* [6].

W patogenezie choroby wrzodowej ma znaczenie wiele różnych czynników. Do głównych ich przyczyn powstania zaliczyć można:

a) zakażenie *Helicobacter pylori*
b) NLPZ.

Wśród przyczyn rzadkich wymienia się:

a) stres fizjologiczny w warunkach OIT
b) zespół Zollingera i Ellisona
c) Choroba Leśniowskiego-Cohna
d) kortykosteroidy
e) mastocytoza układowa
f) zespół rakowiaka
g) bazofilia w nowotworach mieloproliferacyjnych
h) przerost komórek G w części odźwiernikowej żołądka
i) idiopatyczny (nieobecna *H. pylori*) hipersekrecyjny wrzód dwunastnicy
j) zakażenie wirusami HSV *(Herpes simplex virus)* oraz CMV
k) zakażenie *H. heilmanni*
l) leki (chlorek potasu, bisfosfoniany, mykofenolanmofetylu)
m) zwężenie dwunastnicy
n) napromienianie
o) chemioterapia
p) sarkoidoza
q) idiomatyczne [7].

W 1983 roku dwóch australijskich naukowców: gastroenterolog oraz internista Barry J. [7]. Marshall oraz patolog Robin J. Warren potwierdzili możliwość bytowania bakterii *Helicobacter pylorii* w śluzie pokrywającym błonę śluzową żołądka. W 2005 roku szwedzki Królewski Karoliński Instytut Medyczno-Chirurgiczny w Sztokholmie poinformował, że otrzymali oni Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny za wyjaśnienie sprawczej roli zakażenia bakterią *Helicobacter pylori* w powstawaniu wrzodów trawiennych żołądka [8].

Bakterie te należą do drobnoustrojów gram-ujemnych o spiralnym kształcie oraz wielkości 0,5-3 μm. Mają formę podłużną, posiadają 3-7 wici (otoczonych osłonką) na jednym z końców dzięki którym mogą się poruszać [9]. Występuje zazwyczaj w głębokiej warstwie żelu śluzowego pokrywającego nabłonek żołądkowy albo ponadnabłonkowo. Posiada zdolność przytwierdzania się do nabłonka jednakże w zwykłych warunkach nie zajmuje komórek nabłonkowych. Zamieszkuje okolicę przedodźwienikową, a z czasem migruje do proksymalnych odcinków żołądka. Ma zdolność do przemiany w postać ziarniakową, czyli uśpioną, zdolną do przetrwania w niekorzystnych warunkach [12].

H. pylori zwiększają aktywność cytoplazmatycznej ureazy, która uwalniając się do środowiska, rozkłada obecny w śluzie mocznik do dwutlenku węgla oraz zasadowego amoniaku. Powoduje to podwyższenie pH w bezpośrednim otoczeniu bakterii a także zabezpiecza bakterie przed kwasem solnym. *H. pylori* zawsze powoduje odczyn zapalny ze strony błony śluzowej. Aktywność ureazy bakteryjnej wykorzystuje się w szybkim diagnostycznym teście urazowym. Niektóre szczepy *H. pylori* tworzą wraz z organizmem ludzkim układ w którym gospodarz nie ma dość siły aby pokonać zakażenie. O powstaniu takiego układu decydujący wpływ ma zjadliwość bakterii oraz reakcja na zakażenie [9].

Bakterie posiadają własne mechanizmy kształtujące przychylne dla nich środowisko w żołądku, zapewniające egzystencję oraz umożliwiające przetrwanie zakażenia [10].

Mechanizmy te decydują o cechach zjadliwości:

a) czynniki kolonizacji (ruchliwość bakterii, mikroaerofilność, produkcję ureazy oraz adhezyn)
b) czynniki przetrwania (oddziaływanie na układ immunologiczny gospodarza, połaszczenie, przyleganie, przekształcanie się w ziarniakowe formy przetrwalnikowe: prawdopodobnie są one przyczyną utajonego rozprzestrzeniania się np. w wodzie, mleku, płodach rolnych, ziemi, czynniki indukujące chorobę u gospodarza: działanie enzymów bakteryjnych zmniejszające grubość warstwy śluzu, wydzielanie cytotoksyn, pobudzanie wydzielania pepsynogenów, gastryny, fosfolipazy, indukowanie wydzielania czynników pozapalnych oraz innych cytokin) [1].

Występowanie *H. pylori* jest zróżnicowane na świecie, a zależy przede wszystkim od standardu życia w danym regionie. W rozwijających się regionach świata nawet 80% populacji zakaża się przed 20. rokiem życia, natomiast w rejonach rozwiniętych chorobowość waha się od 20% do 50%. W USA ogólna chorobowość wynosi ok. 30%, natomiast u dzieci stwierdzana jest tam rzadko.

Do czynników sprzyjających zakażeniu *H. pylori* zaliczamy:

a) złe warunki socjoekonomiczne
b) niższe wykształcenie
c) urodzenie albo zamieszkiwanie w kraju rozwijającym się
d) większą gęstość zamieszkiwania gospodarstw domowych
e) brak sanitariów
f) zanieczyszczenie żywności oraz wody
g) narażenie na treść żołądkową osób zakażonych.

Przenoszenie drobnoustroju zachodzi:

a) z człowieka na człowieka
b) drogą oralno –oralną
c) drogą feralno-oralną [2].

W początkowej fazie zakażenia (przez pierwsze tygodnie) od momentu zasiedlenia oraz namnożenia bakterii dochodzi do rozwinięcia się ostrego stanu zapalnego, powstają nadżerki, obserwować można zmiany krwotoczne oraz obrzęk błony śluzowej. Następnie zakażenie przechodzi w fazę przewlekłą, która może trwać latami [7].

W zależności od profilu genetycznego gospodarza a zwłaszcza od typu reakcji na zakażenie *H. pylori* (zwiększenie wydzielania pozapalnej interleukiny 1β) możliwe są dwie wykluczające się drogi rozwoju zmian w błonie śluzowej:

a) utrzymywanie się aktywnego zapalenia błony śluzowej

- towarzyszy temu przerost gruczołów błony śluzowej oraz stała nadprodukcja kwasu solnego, co powoduje uporczywie nawracającą chorobę wrzodową dwunastnicy

b) autoimmunizacja

- rozwija się wolno (od kilku do kilkunastu lat), następuje naciekanie ściany żołądka przez limfocyty z częstym wytwarzaniem grudek chłonnych oraz stopniowe przechodzenie aktywnych zmian zapalnych w zmiany o charakterze zanikowym, skutkujące owrzodzeniami żołądka, a z czasem nawet rakiem żołądka [16].

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Są powszechnie stosowane przez chorych na całym świecie. Powodem tego jest ich ogólnodostępność i szerokie spektrum działania. Pacjenci bez problemu mogą dostać je w aptece lub drogerii [18]. W USA sprzedaje się bez recepty ponad 30 miliardów tabletek oraz realizuje się ponad 100 milionów recept [12]. Najczęściej stosuje się je w przypadku bólu, gorączki lub zapalenia. Z drugiej strony mogą wywołać wiele skutków niepożądanych [20]. Działania uboczne oraz powikłania są uważane za najczęstsze uszkodzenia polekowe w USA. Spektrum zmian obejmuje objawy od nudności i dyspepsji (ok.50-60%), aż do poważnych powikłań ze strony układu pokarmowego np. owrzodzenie trawienne (dotyka 15-30% osób regularnie zażywających NLPZ) powikłane krwotokiem albo perforacją (1,5% leczonych rocznie). Około 20 tys. osób rocznie umiera w skutek poważnych powikłań ze strony układu pokarmowego. Nie ma dawki całkowicie bezpiecznej.

Do czynników zwiększających ryzyko powikłań NLPZ w przewodzie pokarmowym zalicza się:

a) zaawansowany wiek (>60 lat)
b) owrzodzenie oraz powikłania wrzodu w wywiadzie
c) stosowanie kilku leków z grupy NLPZ w zbliżonym czasie
d) duże dawki NLPZ
e) jednoczesne stosowanie antykoagulantów
f) glikokortykosteroidy
g) selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
h) poważne schorzenia wieloukładowe [9].

NLPZ oraz kwas acetylosalicylowy oddziaływają bezpośrednio na nabłonek żołądka [8].

Kwas acetylosalicylowy oraz jego pochodne jako słabe niezdysocjowane kwasy, silnie litofilne, łatwo przenikają do wnętrza komórek nabłonka błony śluzowej na zasadzie niejonowej dyfuzji. W komórce (pH jest 7,4) szybko ulegają dysocjacji oraz uszkadzają rozmaite struktury. Dyfundują także przez warstwę ochronnego śluzu do powierzchni komórek nabłonka co wywołuje zakwaszenie danej okolicy (jako słabe kwasy), a to umożliwia aktywację pepsynogenu oraz rozpoczęcie trawienia nabłonka. U niektórych osób powstają nadżerki i zmiany krwotoczne. Ogólne działanie tych leków prowadzi do uszkodzeń poprzez zahamowanie aktywności cyklooksygenazy kwasu arachidonowego (COX) w błonie śluzowej, co prowadzi zmniejszanie wydzielania prostaglandyn mających działanie ochronne. Długotrwałe przyjmowanie NLPZ i kwasu acetylosalicylowego prowadzi do poważnych zmian – wrzodu żołądka i dwunastnicy, sporadycznie do owrzodzenia w innych odcinkach przewodu pokarmowego.

Alkohol

W wysokich stężeniach (>20%) wywołuje ostre powierzchowne uszkodzenie błony śluzowej w postaci nadżerek oraz wybroczyn. Wynikiem uszkodzeń są objawy dyspeptyczne czasem też ból. Niski poziom higieny, czego następstwem może być prawdopodobieństwo zakażenia *H. pylori* oraz przewlekłe spożywanie stężonych alkoholi mogą spowodować głębsze ubytki oraz przewlekły wrzód. Alkohole w niskich stężeniach zazwyczaj nie powodują uszkodzenia błony śluzowej (uruchamiają mechanizmy gastroprotekcyjne) [9].

Dieta i ostre przyprawy

Niektóre pokarmy wywołują objawy dyspeptyczne lecz nie istnieją żadne przekonujące dowody wskazujące na związek między powstaniem owrzodzenia, a konkretną dietą. W chwili obecnej wiadomo że odpowiednie odżywianie stanowi ważny element wspomagający leczenie choroby wrzodowej, łagodzi jej dolegliwości, a niejednokrotnie powodując ich całkowite ustąpienie [2].

Nie ma dowodów o szkodliwym działaniu ostrych przypraw kuchennych a wręcz jest odwrotnie mogą one uruchamiać mechanizmy gastroprotekcji. Zgaga zgłaszana przez osoby chore po spożyciu ostrych lub kwaśnych posiłków związane są raczej z chorobą refluksową przełyku [9].

Palenie tytoniu

Palący częściej chorują na chorobę wrzodową niż niepalący [12]. Palenie papierosów przyśpiesza pasaż treści z żołądka do dwunastnicy, a także upośledza wydzielanie wodorowęglanów (HCO^{3-}) w soku trzustkowym, powodując zmniejszenie buforowania kwaśnej treści w dwunastnicy. Przypuszcza się, iż palenie tatuniu sprzyja powstawaniu oraz spowalnia gojenie nadżerek oraz owrzodzeń zwłaszcza w okolicy dwunastnicy [9].

Stres

Stresory napotykane w życiu codziennym mogą stanowić istotny czynnik ryzyka choroby wrzodowej. Przesądzać mogą, które osoby zakażone aktualnie *H. pylori* rozwiną wrzód, a u których rozwiną się jedynie objawy dyspeptyczne bez wrzodu [13]. Jednak jednorazowa sytuacja stresowa nie wywoła trwałych zmian organicznych. Dopiero długotrwałe narażenie - stan chronicznego napięcia, jako skutek bodźców wewnętrznych, psychicznych trwających powyżej sześciu miesięcy może prowadzić do rozległych zaburzeń, przyczynić się do rozwoju choroby wrzodowej. Uważa się, że 30-65% wrzodów żołądka i dwunastnicy spowodowanych jest przez stres. Według badań przewlekły czynnościowy ból nadbrzusza, wymioty oraz nudności psychogenne doprowadzą w ciągu kolejnych 12-13 lat do rozwoju choroby wrzodowej [2].

Katecholaminy uwalniane w sytuacji stresu powodują upośledzenie mikrokrążenia w błonie śluzowej żołądka oraz dwunastnicy, przyczyniając się do osłabienia sił obronnych oraz zwiększa wrażliwość na uszkadzające działanie czynników agresji [3].

Osobowość, emocje i zachowanie

Pojęcie osobowości stresowej *(distressed personality)*, typ „D" zostało wprowadzone w latach dziewięćdziesiątych XX wieku. Osobowość „D" charakteryzuje się zaburzeniami w dwóch wymiarach – ujawnianiu i wyrażaniu emocji a także w funkcjonowaniu społecznym. Hamowanie społeczne objawia się ciągłym tłumieniem negatywnych emocji w obawie przed dezaprobatą, a także odrzuceniem ze strony otoczenia. Drugą komponentę stanowi upośledzenie zdolności do wyrażania emocji oraz wycofanie języka ciała (regresywny język ciała) do okresu dzieciństwa. Dzieci mają nie w pełni wykształconą zdolność do werbalnego przekazywania emocji, dzieje się to jedynie poprzez reakcje organizmu. Na chorobę wrzodową częściej cierpią jednostki z tym typem osobowości [6].

Typowe cechy osobowości: pesymizm, niskie poczucie własnej wartości, obwinianie się za wszystko. Ponadto obserwuje się mniejszą zdolność do szukania oraz uzyskania wsparcia społecznego, poczucie wyczerpania a także stałe napięcie [4].

Do rozwoju choroby wrzodowej predysponuje również nadmierna skłonność do tłumienia oraz kontrolowania emocji. Dodatkowo jednostki z tym typem osobowości silnej przeżywają negatywne uczucia takie jak gniew, wrogość czy irytacja. Obserwuje się również wysoki poziom lęku. U pacjentów z chorobą wrzodową, u których badania nie wykazały obecności *Helicobacter pylori*, obserwuje się zdecydowanie wyższy poziom lęku, a także frustracji (komponenty osobowości „D") jak również większy ich udział w patogenezie zmian [2].

Zachowaniami typowymi dla pacjentów z chorobą wrzodową są: przyjmowanie trwałej pozycji obronnej, nadmierna samokontrola, potrzeba dominacji oraz współzawodnictwa. Funkcjonowanie tych osób mocno wiąże się z przekonaniem, że człowiek musi się sprawdzać, a jego samoocena jest ściśle związana z aprobatą jego otoczenia. Doprowadza to obecności stałego lęku przed kompromitacją, porażką, poczucia walki ze sobą, a także z otoczeniem, chęcią stałego porównywania siebie z innymi oraz ich osiągnięciami. Dodatkowo towarzyszy im przekonanie braku odpowiednich możliwości, by wykazać się własnymi wartościami. Skutkiem tej postawy jest niepokój, napięcie, podejrzliwość, a także wrogość. Jednostki z chorobą wrzodową wykazują większe tendencje do anozognozji (zaprzeczania objawom) w porównaniu z populacją ogólną [4].

Choroby

Niektóre przewlekłe schorzenia są związane z chorobą wrzodową. Wykazuje się silną korelację z:

a) mastocytozą
b) przewlekłą chorobą płuc
c) przewlekłą niewydolnością nerek
d) marskością
e) kamicą nerkową
f) niedoborem α-1 antytrypsyny.

Możliwy związek z chorobą wrzodową jest w:

a) nadczynności przytarczyc
b) chorobie wieńcowej
c) czerwienicy prawdziwej
d) przewlekłym zapaleniu trzustki [8].

Obraz kliniczny choroby wrzodowej żołądka

Niepowikłana choroba wrzodowa nie jest uważana za ciężką jednak dla chorego może być bardzo dolegliwa. Główne dolegliwości to ból w jamie brzusznej oraz towarzyszące jemu dolegliwości dyspeptyczne.

Choroba rozwija się stopniowo, w początkowym okresie przypomina zaburzenia czynnościowe bez dolegliwości bólowych. Można zaobserwować zgagę, pieczenie albo odbijanie. Chorzy skarżą się na uczucie pieczenia w dołku podsercowym i zaparcia. Najbardziej charakterystyczny i najczęstszy jest ból w nadbrzuszu uzależniony od spożycia pokarmów. Chorobę wrzodową żołądka charakteryzuje ból pojawiający się bezpośrednio albo w krótkim czasie po posiłku tzw. ból wczesny (o charakterze tępym, często piekącym, nasilającym się w rytm fali perystaltycznej – co kilka minut) [9]. Bóle te są sutkiem drażnienia owrzodzeń poprzez pokarm oraz wydzielający się sok żołądkowy. Mogą one promieniować ku dołowi albo w kierunku klatki piersiowej rzadko w stronę pleców. W 5-30% przypadkach nie obserwuje się bólu tzw. bezbólowe wrzody żołądka. Bólom towarzyszą: nudności, odbijanie, zgaga, wymioty kwaśną treścią. Wymioty najczęściej przynoszą ulgę jednakże przejściową. Do niecharakterystycznych objawów możemy zaliczyć utratę apetytu oraz nieregularne wypróżnienia. Niektóre osoby cierpią na zaparcia, a u innych pojawiają się biegunki. Zdarza się, że pojawia się niesmak w ustach, nadmierne wydzielanie śliny, czkawka czy wzdęcia.

Niekiedy pacjenci mimo niezmienionego apetytu ograniczają spożywanie pokarmów z obawy przed wystąpieniem bólu. Prowadzi to do zmniejszenia masy ciała, mogą wystąpić ogólne osłabienie oraz zawroty głowy. W badaniu fizykalnym stwierdzić można bolesność czuciową w dołku podsercowym. W zaawansowanym stadium pojawić się mogą poważniejsze objawy: wymioty krwią tzw. smoliste stolce, a także niedokrwistość w wyniku krwawieniem. Nagły, nieustępujący oraz bardzo silny ból w nadbrzuszu może świadczyć o perforacji wrzodu [1].

Przebieg choroby wrzodowej żołądka

W większości przypadków choroba ma początek z niewielkimi bólami, które nasilają się stopniowo, a poprzedzają albo towarzyszą im dolegliwości dyspeptyczne:

- niesmak w jamie ustnej
- przykry zapach z ust
- dysfagia, odynofagia
- ciężar w nadbrzuszu
- szybkie nasycenie w trakcie jedzenia
- zgaga
- odbijania
- ulewania
- nudności, mdłości
- wymioty
- wzdęcia
- kruczenia, przelewania
- zaburzenia w oddawaniu stolca [9].

Dopiero znaczne nasilenie bólu sprawia, iż pacjenci zgłaszają się do lekarza. Często zmniejszenie dolegliwości poprzez samoleczenie preparatami hamującymi żołądkowe wydzielanie kwasu solnego, np. inhibitorami pompy protonowej *(PPI)* powoduje, że chorzy nie zgadzają się na proponowane postępowanie diagnostyczne, pozostając przy samodzielnym leczeniu domowym [7].

Chorobę cechuje znaczna nawrotność szczególnie jeśli nie stosowano leczenia eradykującego *H. pylori.* W nieprawidłowo leczonej chorobie wrzodowej dolegliwości nasilają się wiosną albo jesienią. Nierozpoznana, niewłaściwie leczona albo długotrwała choroba wrzodowa powoduje rozwinięcie powikłań [9].

Niektórzy chorzy z czynną niszą wrzodową nie odczuwają dolegliwości. Pierwszym objawem choroby może być w takim wypadku ostre powikłanie. Takie przebiegi zdarzają się w przypadku podwyższenia progu bólowego np. w cukrzycy, w czasie terapii glikokortykosteroidami, przy długotrwałym leczeniu NLPZ, w zaburzeniach neurologicznych, w chorobach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) [10].

Rozpoznanie choroby wrzodowej żołądka

Podstawą diagnostyki choroby wrzodowej żołądka jest badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego – ezofagogastroduodenoskopia (EGD). Pozwala wykryć oraz zlokalizować wrzód oraz uzyskać materiał do badania histopatologicznego, a także posiewu na obecność *H. pylori.*

Zalecane są dwa testy diagnostyczne w miarę pewnie potwierdzające zakażenie *H. pylori*, w praktyce stosowane razem (złoty standard):

- szybki test urazowy (RUT – rapie urease test)
- badanie histopatologiczne [15].

Do innych metod diagnostycznych wykorzystywanych w uściśleniu diagnozy należy:

- badanie rentgenowskie ze środkiem cieniującym (np. z barytem – siarczanem baru)
- endoskopowa ultrasonografia (EUS) [6].

Badania te są komplementarne. Prześwietlenie całościowo ukazuje kształt żołądka, jego perystaltykę, ukazuje głębokość wrzodu oraz jego penetrację do jamy otrzewnej albo sąsiednich narządów. Badanie EUS obrazuje naciek oraz jego głębokość w okolicy owrzodzenia podejrzanej o zmiany nowotworowe, co kwalifikować może do operacji [7].

Endoskopia

Kwalifikacja do badania może być już w podstawowej opiece zdrowotnej. Lekarz rodzinny może skierować pacjenta bezpośrednio do jednostki wykonującej badanie endoskopowe. Konieczne jest pobranie wycinka w celu wykrycia H. pylori oraz szybki test urazowy. Wycinki pobierane są z antrum oraz trzonu żołądka. Z okolicy owrzodzenia pobiera się wycinki do szczegółowego badania histopatologicznego w kierunku nowotworu żołądka. Obowiązuje zasada pobierania minimum 5 wycinków z brzegu owrzodzenia [9].

Badanie histopatologiczne

Histologię wykonuje się zawsze w przypadku wrzodów żołądka. Oprócz zmian histologicznych bierze się pod uwagę zakażenie bakteryjne.

Test urazowy

Polega na umieszczeniu pobranego w czasie gastroskopii skrawka błony śluzowej żołądka w pojemniku zawierającym roztwór mocznika oraz indykator barwny (czerwień fenolowa). W niektórych testach typu RUT wykorzystuje się bibułę nasyconą odczynnikami. Jeżeli w wycinku obecna jest *H. pylori* w skutek działania ureazy bakteryjnej następuje rozkład mocznika do amoniaku. Amoniak wywołuje podwyższenie pH oraz zmianę zabarwienia wskaźnika barwnego z żółtego na czerwone. Wynik w zależności od producenta odczytuje się po kilkunastu minutach lub godzinach [13].

Rozpoznanie różnicowe

Diagnostyka wielu spośród nich wymaga szczegółowego analizowania wywiadu oraz objawów przedmiotowych jak również skomplikowanych oraz kosztownych badań. Dlatego ważna jest szybka diagnostyka endoskopowa w połączeniu z badaniem histopatologicznym. W różnicowaniu z rakiem żołądka szczególną uwagę należy zwrócić na niewielkie, zapadnięte wrzody – zazwyczaj zmiany te są oporne na leczenie przeciwrządowe, długo się nie goją. Wymagają wielokrotnych kontroli endoskopowych , histologicznych oraz EUS [2].

Leczenie choroby wrzodowej żołądka

Nie zaleca się rozpoczynania leczenia nim nie uzyska się odpowiedzi na to czy istnieje nisza wrzodowa oraz czy chory jest zakażony *H. pylori.* W zależności od wyników gastroskopii oraz testu na obecność *H. pylori* podaje się lek zmniejszających wydzielanie żołądkowe albo rozpoczyna leczenie antybakteryjne. Nie wolno automatycznie bez potwierdzenia zakażenia drobnoustrojem rozpoczynać leczenia eradykacyjnego po stwierdzeniu w badaniu endoskopowym wrzodu żołądka albo dwunastnicy [7].

Leczenie choroby ma na celu wyleczenie owrzodzenia, zapobieganie nawrotowi, a także ewentualnym powikłaniom. U chorych z owrzodzeniem żołądka należy badać obecność infekcji *H. pylori*, jeżeli jest obecna to leczyć, ze względu na problem oceny czy choroba wrzodowa wywołana jest zakażeniem drobnoustrojem czy stosowaniem leków, a może w wyniku obu tych przyczyn. Choć *H. pylori* i NLPZ są powodem powstania większości wrzodów, to mimo wszystko poziom wydzielania kwasu w żołądku odgrywa znaczącą rolę w

ich patogenezie oraz leczeniu. Liczne badania udowadniają, że stosowanie leków hamujących wydzielanie kwasu sprzyja gojeniu owrzodzenia [13].

Leczenie farmakologiczne

Wrzody o lekkim oraz średnio ciężkim przebiegu można leczyć za pomocą środków farmakologicznych. W przypadkach ciężkich należy przygotować pacjenta do operacyjnego usunięcia wrzodu żołądka lub dwunastnicy [7].

Osobom z chorobą wrzodową niewskazane jest przyjmowanie preparatów zawierających kwas acetylosalicylowy albo inne leki z grupy NLPZ, ponieważ utrudniają leczenie oraz same mogą przyczynić się do powstawania owrzodzeń błony śluzowej [12].

Leczenie farmakologiczne choroby wrzodowej obejmuje stosowanie leków o różnych mechanizmach działania, jednakże największe znaczenie mają leki hamujące działanie soku żołądkowego. Wyróżniamy grupy stosowanych leków:

a) Leki zobojętniające kwas solny

- działanie polega na chemicznej neutralizacji kwasu solnego, redukcji aktywności septycznej soku żołądkowego oraz osłonie błony śluzowej żołądka przed trawiennym działaniem kwasu jak również pepsyny. Preparaty działają natychmiastowo, znoszące albo znacząco zmniejszające dolegliwości.

b) Leki antycholinergiczne

- działają hamująco na wydzielanie żołądkowe, stymulowane poprzez nerw błędny, wpływają na motorykę żołądka, zwalniając perystaltykę. Preparaty z tej grupy leków zawierają atropinę.

c) Leki blokujące receptory muskarynowe

- obecnie nie stosuje się ich.

d) Leki blokujące receptory H2

- mechanizm działania polega na hamowaniu wydzielania żołądkowego poprzez zablokowanie receptorów histaminowych. Przykłady to: cymetydyna, ranitydyna, famotydyna. Cymetydyna powoduje ustąpienie dolegliwości bólowych oraz zagojenie owrzodzeń żołądka albo dwunastnicy w ciągu 4-6 tygodni u 60-90% chorych, jednak po odstawieniu leku nawrót owrzodzeń jest podobny jak przed rozpoczęciem.

e) Leki blokujące pompę protonową komórek okładzinowych

- mechanizm działania polega na nieodwracalnym unieczynnianiu H+, K+ - ATP-azy kluczowego enzymu w działaniu pompy protonowej, odpowiedzialnej za wymianę jonów potasu (K+) na jony wodoru (H+), wydzielane do kanalików wewnątrzkomórkowych komórek

okładzinowych. Enzym ten jest ostatnim ogniwem łańcucha reakcji prowadzącym do wydzielania kwasu solnego w żołądku.

f) Prostaglandyny

- mechanizm działania jest różny w zależności od przyjętej dawki. W niskich dawkach pobudzają aktywność śluzówkowych czynników obronnych, natomiast w wyższych dawkach mają działanie przeciwwydzielnicze. Działanie prostaglandyn jest następstwem blokowania, tworzenia cyklicznego monoadenozynofosforanu, którego powstawanie indukowane jest histaminą. Obecnie nie są stosowane w leczeniu choroby wrzodowej ze względu na liczne powikłania (biegunka, kurczowe bóle brzucha, nudności, bóle głowy, anoreksja).

g) Leki działające powierzchniowo

- zaliczamy do nich sukralfat i związki bizmutu. Sukralfat w żołądku oraz dwunastnicy tworzy gęstą, lepką zawiesinę pokrywa ona błonę śluzową, szczególnie w miejscach jej uszkodzeń. Uwalniany z sukralfatu wodorotlenek glinu wiąże się z białkami, śluzem nabłonka powierzchniowego w ten sposób zwiększa jego odporność na uszkodzenia. Hamuje również aktywność pepsyny, a także *H. Pylori*. Związki bizmutu mają działanie niszczące na *Helicobacter Pylori*. Leki te zapobiegają nawrotom wrzodów dwunastnicy, utrzymujące się przez kilka miesięcy po zaprzestaniu ich przyjmowania. Uboczne skutki działania związków bizmutu poza barwieniem języka oraz stolców na czarno, są obserwowane rzadko, jednak kilkutygodniowe stosowanie może powodować wzrost stężenia bizmutu we krwi do granicy bliskiej toksycznej (możliwość uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego). Dotyczy to zwłaszcza chorych z niewydolnością nerek, którym powinno się unikać podawania.

h) Antybiotyki

- znajdują zastosowanie w przypadku współistnienia infekcji *Helicobacter Pylori*. Są to: β-laktamowi, makrolidy, tetracykliny oraz nitroimidazole [7].

Leczenie zabiegowe choroby wrzodowej żołądka

Leczenie endoskopowe

Zabiegi endoskopowe wykorzystuje się w leczeniu powikłań:

a) krwawienia o różnym charakterze (powolne sączenia żylne aż do masywnego krwotoku niczego
b) odcinkowych zwężeń powstałych w czasie bliznowacenia zmian owrzodzeniowych.

Większą skuteczność tamowania krwawienia zapewnia połączenie dwóch metod. Technika zabiegu mechanicznego rozszerzania odźwiernika jest przybliżona do techniki poszerzania przełyku. Stosuje się różnego rodzaju poszerzała pełne albo techniki balonowe. Zabiegowa endoskopia wymaga przede wszystkim bardzo dobrze wyszkolonego oraz doświadczonego personelu, dobrego sprzętu endoskopowego oraz zaplecza chirurgicznego w razie nieprzewidzianych powikłań [4].

Leczenie operacyjne

Wybór operacji jest uzależniony od typu owrzodzenia, uwarunkowań anatomicznych jak również od obecnej oraz przyszłej sytuacji klinicznej. Współczesne operacje stosowane w leczeniu choroby wrzodowej są następujące:

1. Wysoce wybiórcza vagotomia
2. Vagotomia z operacją drenażową
3. Vagotomia z antrectomią
4. Resekcja żołądka [8].

Leczenie zachowawcze choroby wrzodowej żołądka

Najwłaściwszym sposobem leczenia choroby wrzodowej żołądka jest leczenie zachowawcze. Obejmuje ono leczenie farmakologiczne, które jest wspomagane przez odpowiednią dietę a także uregulowany tryb życia. W chwili obecnej wiadomo, że odpowiednia dieta jest ważnym elementem wspomagającym leczenie, łagodzi ona dolegliwości, często pomagając w ich całkowitym ustąpieniu. Oczywiste jest, że w terapii najważniejsza jest likwidacja *H. pylori*, jednak ze względu na wzrastającą oporność bakterii na antybiotyki, odpowiednie postępowanie dietetyczne może odegrać fundamentalną rolę w leczeniu [16].

Świadome odżywianie może znacząco zaburzyć zagnieżdżenie się drobnoustrojów w naszym organizmie, ale także zapobiec rozwojowi choroby wrzodowej żołądka. Eliminacja produktów zwiększających ryzyko zakażenia, a także rozwoju choroby ma również na celu zmniejszenie ryzyka reinfekcji u osób po przebytym leczeniu eradykacyjnym [3].

Literatura wskazuje szkodliwe działanie palenia tytoniu, alkoholu oraz kawy oraz mocnej herbaty. Czynniki te nie powodują choroby, jednak znacznie ułatwiają jej rozwój, następnie utrudniają leczenie. Stosowanie używek zaburza funkcjonowanie obrony śluzówkowej a także zwiększa wydzielanie większych ilości kwasu solnego. Zostaje zachwiana równowaga między działaniem czynników ochronnych a trawienną zdolnością soku żołądkowego. Zarówno w leczeniu, jak i profilaktyce zbawienne działanie dla naszego

organizmu mają bakterie probiotyczne. Regularne ich stosowanie ma na celu zwiększenie odporności organizmu. Probiotyki mają także istotny wpływ na tolerancję terapii eradykacyjnej *H. pylori* oraz w prewencji nawrotów choroby wrzodowej [11].

Na rozwój choroby wrzodowej mają wpływ nadmierne spożycie soli kuchennej, jednocześnie niska podaż warzyw i owoców zawierających antyoksydanty. Przede wszystkim wskazuje się pozytywne działanie witaminy C. Przypisuje się jej działanie eliminujące zakażenie *H. pylori*. Ponadto dieta powinna być bogata w beta-karoten oraz witaminę E, które zmniejszają ilość wolnych rodników jednocześnie neutralizują ich szkodliwe działanie. Wykazano również że regularne spożywanie polifenoli roślinnych przeciwdziała rozwojowi choroby wrzodowej [3, 16].

Zalecane jest spożywanie 5 porcji warzyw oraz owoców dziennie, z przewagą warzyw. Szczególną uwagę zwraca się na spożywanie: żurawiny, aronii, czosnku, ponadto jarmużu, brokułu, brukselki, szpinaku oraz buraków. Korzystne efekty przypisuje się tłuszczom roślinnym dzięki zawartości witaminy E, a także tokoferoli o właściwościach przeciwutleniających. Do swojej diety warto włączyć zioła i przyprawy, które zapobiegają powstawaniu produktów utleniania podczas obróbki termicznej np: szałwii, rozmarynu, kurkumy, cynamonu, kminku, imbiru, tymianku, ograniczając sól kuchenną w diecie [8].

Korzystne efekty obniżające ryzyko zachorowania może przynieść spożywanie błonnika rozpuszczalnego. Jego najlepszym źródłem są rośliny strączkowe. Zaleca się spożywanie soi, która wykazuje się dużą aktywnością przeciwutleniającą, a także bobu, fasoli, soczewicy i grochu. Wskazuje się także korzystny wpływ nienasyconych kwasów tłuszczowych. Dzięki działaniu hamującemu rozwój *H. pylori* mogą w znacznym stopniu zmniejszać zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka [7].

Odpowiednia dieta może mieć duże znaczenie u osób starszych, u których regeneracja mikrokosmków błony śluzowej jest znacząco osłabiona. Z tego właśnie względu ryzyko choroby u tych osób wzrasta. Jako czynniki odpowiedzialne za rozwój choroby wrzodowej żołądka u osób starszych wskazuje się również duże spożycie leków, a także błędy żywieniowe, prowadzące do wielu niedoborów [3, 8].

W obecnych czasach coraz częściej wskazuje się czynniki psychologiczne, jako współodpowiedzialne za rozwój choroby wrzodowej żołądka. Medycyna psychosomatyczna ukazuje istnienie ścisłego związku pomiędzy funkcjami fizjologicznymi organizmu, a procesami psychicznymi. Szczególnie istotny jest przewlekły stres, który odpowiada za obniżenie odporności immunologicznej. Wskazuje się także na emocje, które w nadmiarze mogą doprowadzić do zaburzeń w regulowaniu czynności fizjologicznych. Ponadto osoby

żyjące w napięciu oraz długotrwałym stresie charakteryzują się skłonnością do niezdrowego trybu życia. Sięgają one częściej po używki, nieregularnie i niezdrowo się odżywiają, natomiast ich dieta często jest niedoborowa. W profilaktyce choroby wrzodowej zaleca się unikanie stresujących sytuacji w życiu codziennym. Dla uzyskania wewnętrznego spokoju zaleca się wprowadzenie regularnej aktywności fizycznej [6].

W sytuacji objawów dyspeptycznych należy wprowadzić modyfikacje w swoich dotychczasowych nawykach żywieniowych. Korzystne efekty obserwuje się po wyeliminowaniu produktów smażonych, napojów gazowanych, a także słodyczy. Do diety warto wprowadzić warzywa, owoce, chude mięso, ryby i wędliny oraz jogurty, a także kefiry. Spożywane posiłki powinny być niewielkie oraz regularne w ilości 4-5 dziennie [5].

Badania wykazują, że najbardziej korzystne efekty w profilaktyce chorób przewodu pokarmowego przynosi przestrzeganie zasad prawidłowego i zdrowego żywienia, jak również podstawowych zasad higieny, a także regularny umiarkowany wysiłek fizyczny oraz unikanie używek [8].

Powikłania choroby wrzodowej żołądka

Do powikłań choroby wrzodowej zalicza się:

a) krwawienie (nieobfite, masywne)
b) perforację wrzodu
c) bliznowate zniekształcenia żołądka albo opuszki dwunastnicy ze zwężeniem światła górnego odcinka przewodu pokarmowego [9].

PODSUMOWANIE

Choroba wrzodowa żołądka stanowi jedną z najczęstszych chorób górnego odcinka przewodu pokarmowego. Mówimy o niej w sytuacji kiedy obecne są liczne, trudno gojące się uszkodzenia powodujące dolegliwości oraz powikłania, określana jest jako zespół zmian ogólnoustrojowych oraz miejscowych. Wiele osób nie jest świadomych poważnych konsekwencji ,jakie może mieć nieleczona choroba wrzodowa albo jej ostra postać.

PIŚMIENNICTWO

1. Del Valle John: Wrzód trawienny i choroby pokrewne [w:] Harrisom Gastroenterologia i hepatologia, Longo Dan J., Fauci Anthony S. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012, 149-173.

2. Kołodziej G., Klasik-Ciszewska S.: Profilaktyka i terapia żywieniowa w chorobie wrzodowej żołądka. Medycyna Rodzinna, 2018, 21(3), 245-251.
3. Rowicka G., Czajka M.: Znaczenie diety w profilaktyce i leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Medycyna Rodzinna, 2011, 1, 15-18.
4. Greenberg N.J., Blumberg R.S., Burakoff R.: Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, 187-187.
5. Zboralski K., Florkowski A., Pietras T., Gałecki P.: Jakość życia i funkcjonowanie emocjonalne pacjentów z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2004, 13(4), 325-329.
6. Sojka E., Jonderko K.: Od laboratorium do praktyki: stres jako czynnik patogenetyczny chorób przewodu pokarmowego. Wiadomości Lekarskie, 2013, 66(4), 379-385.
7. Janowska M., Prystupa A.: Choroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18(4), 330-333.
8. Lew E.: Choroba wrzodowa [w:] Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia, Greenberg N.J., Blumberg R.S, Burahoff R. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, 187-197.
9. Mokrowiecka A., Małecka-Panas E.: Współpraca pacjenta w leczeniu chorób przewodu pokarmowego. Medycyna po Dyplomie, 2008, 3, 22-27.
10. Łaszewicz W.: Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy [w:] Gastroenterologia Część II, Dąbrowski A. (red.). Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2019, 107-117.
11. Majkowicz M: Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2017, 11(2), 78-83.
12. Mangili A.: Stany nagłe w schorzeniach żoładka i przełyku [w:] Stany nagłe w gastroenterologii, Małecka-Panas E. (red.) Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, 131-133.
13. Dziurzyński S., Kulty J.: Choroba wrzodowa wczoraj i dziś. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2008, 1, 91-97.
14. Synoweć J., Pogorzelczyk K., Robakowska M. et al.: The consequences of using widely available non-steridal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Medycyna Rodzinna, 2018, 3, 281-291.
15. Soll A. H., Graham D.Y.: Postępowanie u chorego z dyspepsją i chorobą wrzodową [w:] Postępy w gastroenterologii, Hamada T. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2010, 108-128.

16. Weiss A.A.: Zakażenie Helicobacter pylorii – leczenie i eradykacja [w:] Gastroenterologia. Przewodnik ekspertów Mount Sinai, Sands B.E. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2018, 199-211.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Snarska Katarzyna Krystyna

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

PRM, czyli Państwowe Ratownictwo Medyczne to system, który powstał w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia. System ten dostarcza pomoc i opiekę niezależnie od pory dnia i jest aktywny przez cały rok, 24 godziny na dobę. Bezpośrednią realizacją zadań systemu zajmują się w głównej mierze szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i zespoły ratownictwa medycznego, w tym również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym do systemu zalicza się również organy administracji rządowej i dyspozytornie medyczne. Ponadto z systemem ściśle współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego jak również jednostki organizacyjne tj.: Państwowa Straż Pożarna, Policja i Straż Graniczna, jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej i inne [1].

Ratownicy medyczni są specyficzną grupa zawodową, ponieważ mają szeroką wiedzę na temat zdrowia i fizjologii człowieka. Specjalistyczne kwalifikacje, biomedyczne i interdyscyplinarne kompetencje skłaniają do stwierdzenia, że mają wysoki poziom świadomości i motywacji do podejmowania i utrzymania prozdrowotnych zachowań. Ich decyzje są bardziej świadome a sposoby realizacji prozdrowotnych planów pozwalają im lepiej zrozumieć, jak styl życia wpływa na zdrowie. Wiedza, którą posiadają przekłada się na doskonalenie własnego zdrowia oraz może być przydatna przy realizacji celi zdrowotnych ogółu społeczeństwa, w których często uczestniczą. Działania zdrowotne najczęściej koncentrują się wokół konkretnego postępowania i określonych wyborów w zakresie kontroli masy ciała, odpowiedniego żywienia, ograniczenia spożywania używek, aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem i zachowaniami profilaktycznymi. Zachowania zdrowotne to ciągle aktualne zagadnienie i zawsze odnosi się do określonej grupy populacji ukierunkowanej na ich potrzeby [2].

Zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie definiuje się jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania (niepełnosprawności, ułomności). Zatem zdrowie jest szerokim pojęciem, które nie ogranicza

się wyłącznie do oceny stanu fizjologicznego danej osoby. Nad składowymi zdrowia zastanawiano się od zarania dziejów, ale należy pamiętać, że definicja i okoliczności wpływające na zdrowie zmieniają się wraz ze zmianami w społeczeństwa. Najczęściej pojawiająca się w literaturze teorią opisującą co wpływa na zdrowie jest Raport Lalond'a/pola zdrowia Lalond'a [3].

CEL PRACY

Celem jest ocena zachowań zdrowotnych ratowników medycznych i ocena czynników wpływających na zachowania zdrowotne

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży wśród 100 ratowników medycznych, w okresie od 01.06.2020 roku do 01.12.2020 roku. Materiał badawczy zebrany był za pomocą autorskiego, anonimowego kwestionariusza, skonstruowanego na potrzeby niniejszych badań. Ankieta składa się z metryczki, pytań ogólnych z zakresu zachowań zdrowotnych oraz standaryzowanej skali: Wielowymiarowa skala MHLC. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego.

Oceniono BMI badanych:

- Znaczna niedowaga BMI poniżej 16,5
- Niedowaga – poniżej 18,5
- Normalne BMI – od 18,5 do 24,9
- Otyłość BMI większe lub równe 30
    - I stopień otyłości: 30-34,9
    - II stopień otyłości: 35-39,9
    - III stopień otyłości: równe lub większe od 40 [4].

WYNIKI

Grupę badanych stanowiło 35 kobiet (35%) i 65 mężczyzn (65%) pomiędzy 23 a 61 rokiem życia, gdzie średnia wieku wynosiła 35,57%. Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: 23-25 lat 5%, 26-30 lat 26%, 31-35 lat 30%, 36-40 lat 15%, 40 lat i więcej 24%

Ankietowani byli pracownikami Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży z wykształceniem policealnym (21%) w stopniu licencjata (71%) i magistra (8%).

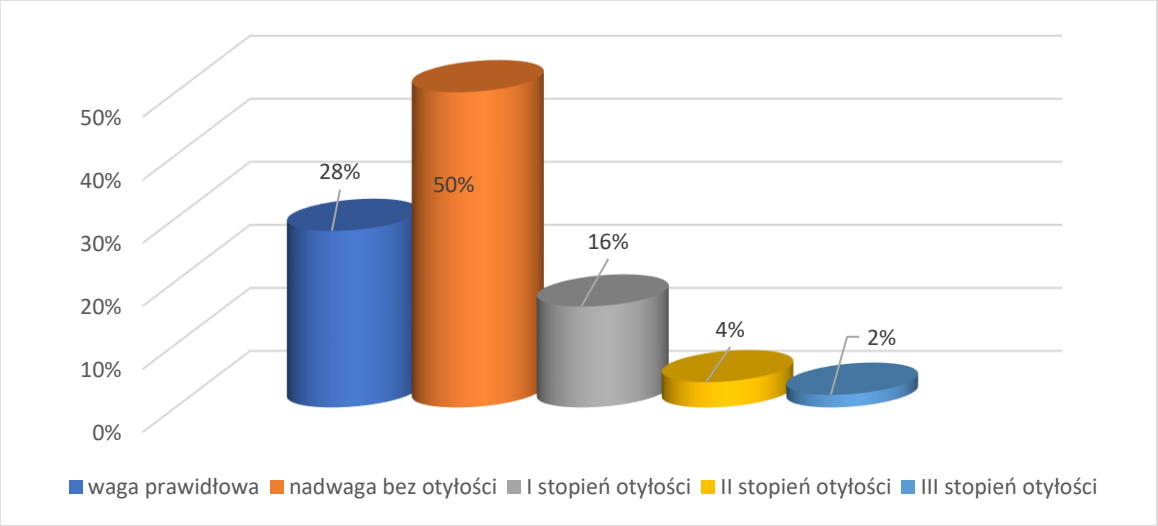
Przeważająca cześć badanych zamieszkiwała tereny miejskie 79%. Mieszkańców wsi było odpowiednio 21%.

Wśród ankietowanych 30% było stanu wolnego panna/kawaler, 47% było stanu żonaty/zamężna, 20% stanu było rozwiedziony/rozwiedziona, gdy w przypadku jednostkowym osoby były wdowiec/wdowa - 3%.

Ankietowani posiadali wykształcenie średnie - 21% oraz wyższe I stopnia - 71%, wyższe II stopnia - 8%.

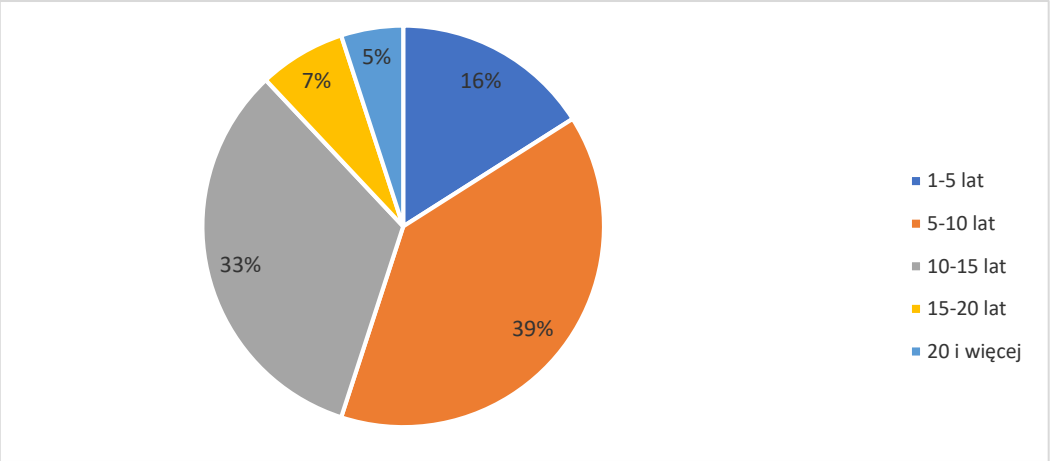
Na podstawie zebranych danych wzrost i masa ciała, wyliczono wskaźnik BMI według wzoru: BMI=(masa ciała [kg])/(wysokość ciała [m])^2. Do oceny poziomu otyłości wykorzystano klasyfikację otyłości wg WHO dla osób dorosłych.

Analizując wskaźnik BMI stwierdzono, że przeważający odsetek ankietowanych ma nadwagę bez otyłości. Wagę prawidłową posiadało 28% ankietowanych. Otyłość I stopnia stwierdzono u 16%, natomiast otyłość II i III stopnia wykazano u 4% i 2% ankietowanych (Rycina 1).



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na wskaźnik BMI

Wśród ankietowanych 16% posiadało staż pracy 1-5 lat. Największa ilość ankietowanych osób deklarowała staż pracy w przedziale 5-10 lat aż 39% oraz 33% w przedziale 10-15 lat. Najmniejszy odsetek respondentów deklarował staż pracy w przedziale 15-20 lat 7% i 5% 20 lat i więcej (Rycina 2).



Rycina 2. Staż pracy w zawodzie

Przeważający odsetek badanych pracował na umowie cywilno-prawnej - 62%. Umowę o pracę miało 26%, natomiast 12% ankietowanych było zatrudnionych na umowie zlecenie.

Wśród ankietowanych 13% podało, że ich gospodarstwo domowe składa się z jednej osoby. Najwięcej ankietowanych, bo aż 65% deklarowało, że ich gospodarstwo domowe składa się z dwóch osób. 19% podało, że trzy osoby należą do gospodarstwa domowego, natomiast 3% ankietowanych deklaruje cztery i więcej osób w swoim gospodarstwie domowym.

Wśród ankietowanych 24% nie posiadało na utrzymaniu nikogo w swoim gospodarstwie domowym. Najwięcej ankietowanych podawało, iż utrzymują jedną osobę 37%, 26% podało, że posiada dwie osoby na utrzymaniu. 11% utrzymuje trzy osoby, natomiast 2% utrzymuje cztery i więcej osób w swoim gospodarstwie domowym.

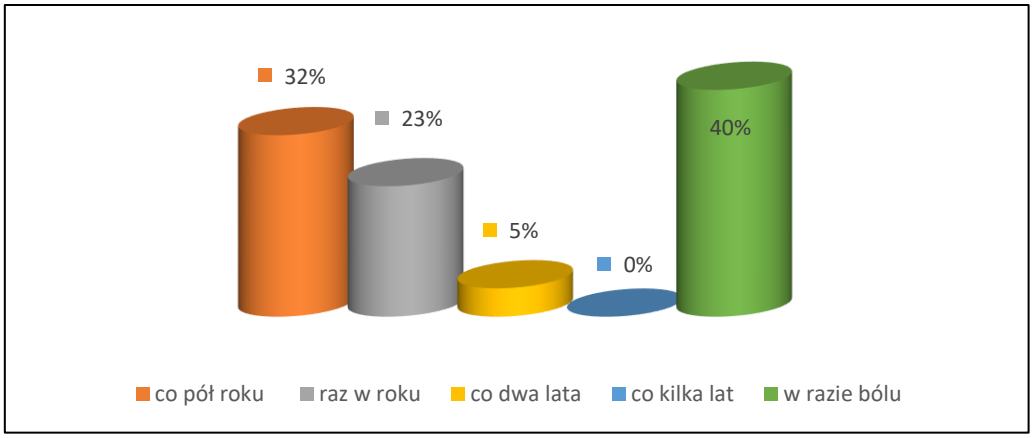
Stan zdrowia i styl życia

Ankietowani zgłaszali głównie choroby układu pokarmowego - 78%, układu kostno-stawowego - 45%, alergie - 54%, skóry - 39%, choroby układu krążenia - 23%, choroby układu oddechowego - 12%, po 6% - choroby układu nerwowego i choroby autoimmunologiczne, 5% - choroby układu dokrewnego, po 2% - choroby układu moczowo-płciowego i narządów zmysłu i 1% choroby hematologiczne. U żadnej osoby nie zdiagnozowano chorób zakaźnych i nowotworowych. Sumując: choroby współistniejące diagnozowano u 69% ankietowanych. Poziom stosowania terapii leczniczej kształtował się na poziomie 67-100%. Najrzadziej terapii leczniczej poddawano choroby układu nerwowego 67% (Tabela I).

Tabela I. Struktura badanych ze względy na występowanie chorób

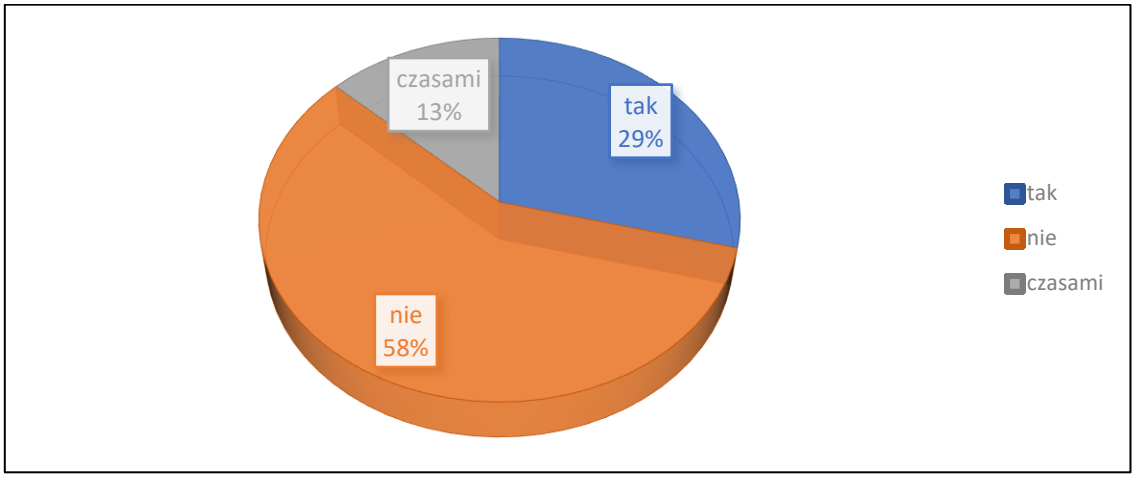
Choroby współistniejące	Występowanie				Leczenie			
	TAK		NIE		TAK		NIE	
Choroby układu nerwowego	6	6%	94	94%	4	67%	2	33%
Choroby układu krążenia	23	23%	77	77%	22	96%	1	4%
Choroby układu oddechowego	12	12%	88	88%	12	100%	0	0%
Choroby układu kostno-stawowego	45	45%	55	55%	41	91%	4	9%
Choroby układu moczowo-płciowego	2	2%	98	98%	2	100%	0	0%
Choroby układu dokrewnego	5	5%	95	95%	5	100%	0	0%
Choroby skóry	39	39%	61	61%	35	90%	4	10%
Choroby autoimunologiczne	6	6%	94	94%	6	100%	0	0%
Choroby hematologiczne	1	1%	99	99%	1	100%	0	0%
Choroby narządów zmysłów	2	2%	98	98%	2	100%	0	0%
Choroby nowotworowe	0	0%	100	100%	-	-	-	-
Choroby układu pokarmowego	78	78%	12	12%	75	96%	3	4%
Choroby zakaźne	0	0%	100	100%	-	-	-	-
Inne: alergie	54	54%	46	46%	52	96%	2	4%
Podsumowanie: WYSTĘPOWANIE CHORÓB	**69**	**69%**	**31**	**31%**				

Ankietowani deklarowali wizytę u stomatologa w razie bólu - 40%, co pół roku - 32% oraz raz w roku - 37%, gdy pozostali badani rzadziej: co dwa lata - 5%. Natomiast nikt nie deklarował wizyty co kilka (Rycina 3).



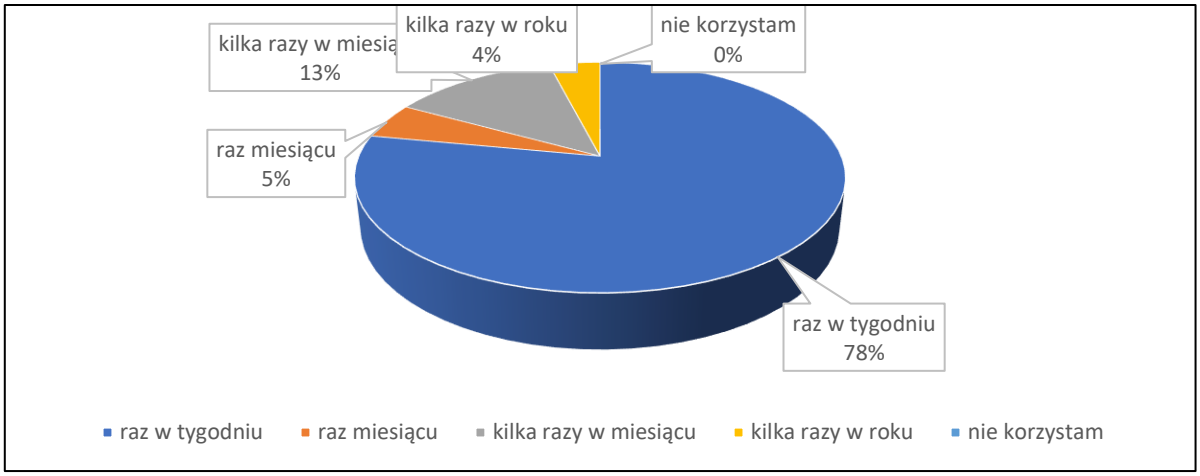
Rycina 3. Częstotliwość wizyt stomatologicznych wśród badanych

Posiłki o stałych porach spożywało 29% badanych, gdy nieregularnie odżywiało się 58% ankietowanych, w tym 13% czasami dbało o regularny tryb odżywiania się (Rycina 4).



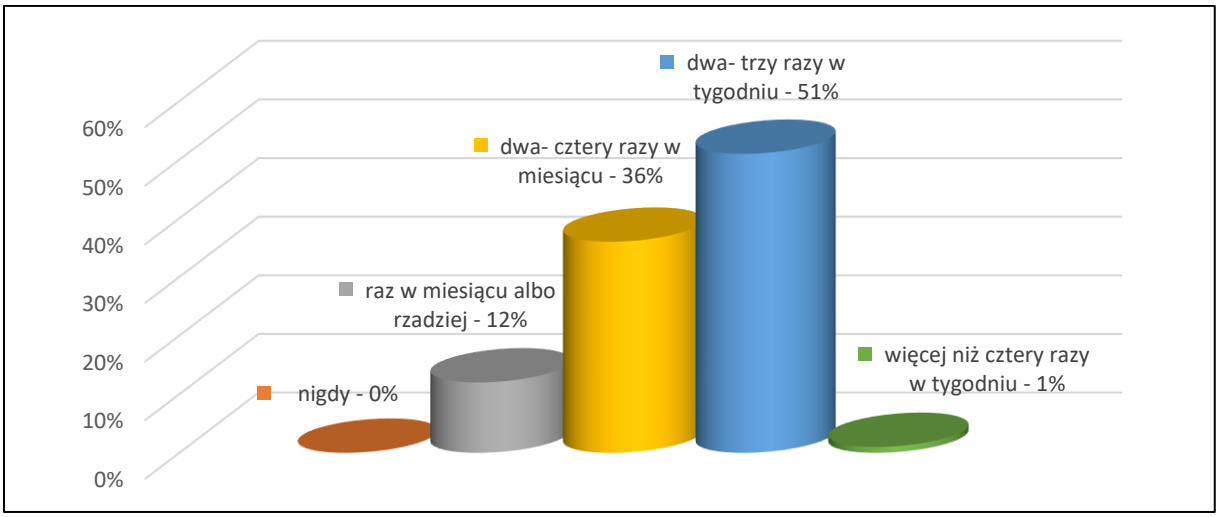
Rycina 4. Spożywanie regularnych posiłków wśród badanych

Posiłki typu fast-food spożywało 100% respondentów, w tym 78% w każdym tygodniu, 13% kilka razy w miesiącu, 5% raz w miesiącu, 4% kilka razy w roku (Rycina 5).



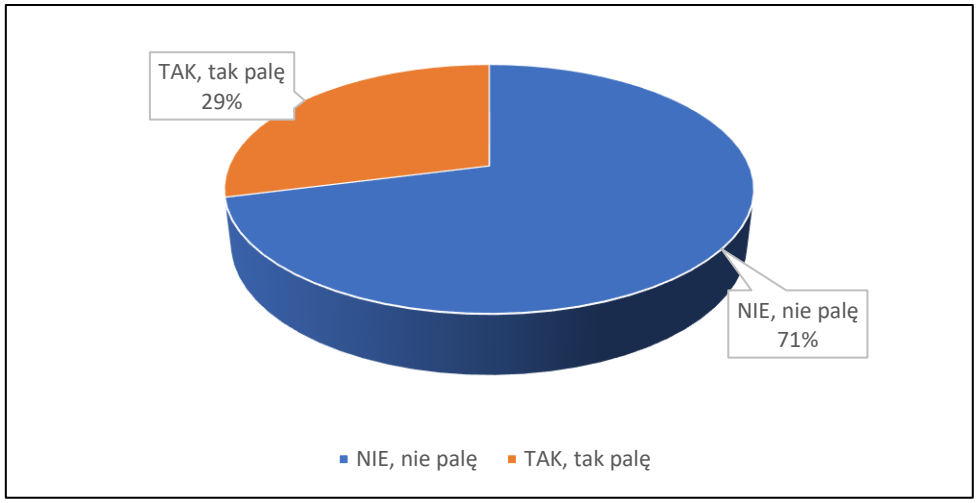
Rycina 5. Spożywanie posiłków typu fast-food wśród badanych

Alkohol spożywało 100% badanych. W diecie ankietowanych występował on raz w miesiącu - 12%, 2-4 razy w miesiącu - 36%, 2-4 razy w tygodniu - 51%, więcej niż 4 razy w tygodniu - 1% (Rycina 6).



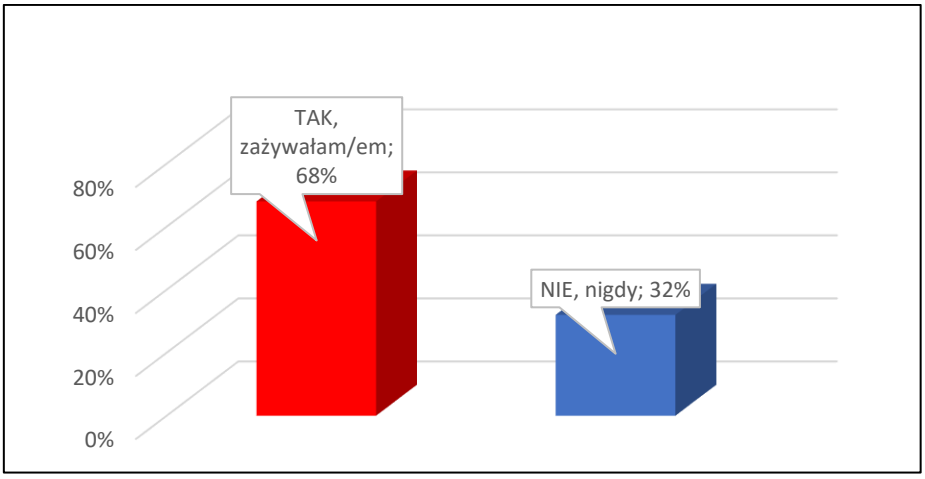
Rycina 6. Spożywanie alkoholu wśród badanych

Papierosy paliło 29% ankietowanych, przeciętnie 15 sztuk dziennie. W badanej grupie nie paliło 71% badanych (Rycina 7).



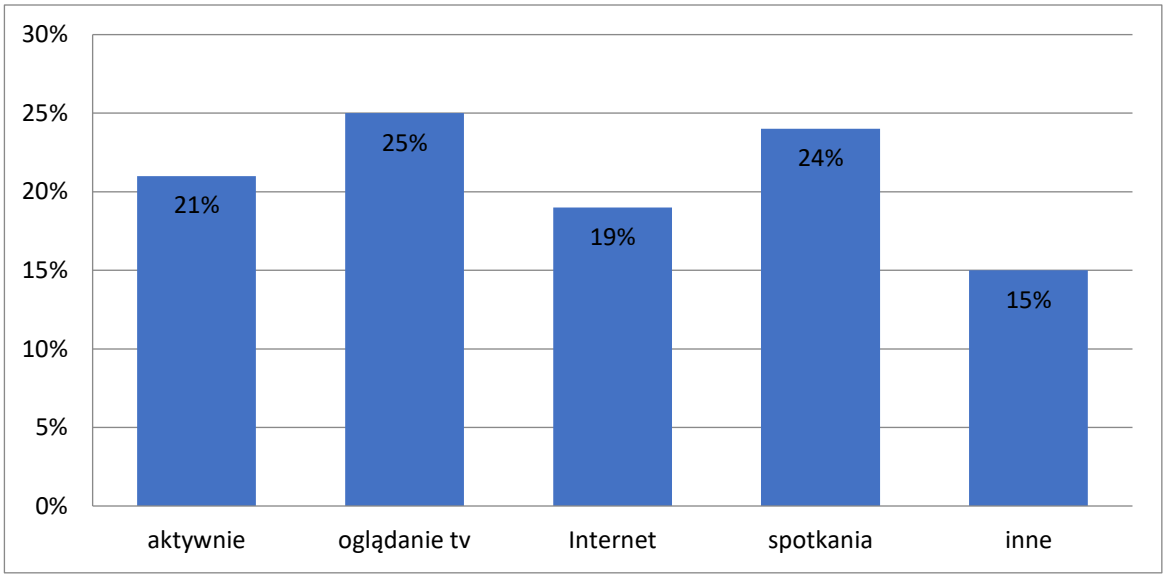
Rycina 7. Palenie papierosów wśród badanych

Substancje uzależniające – narkotyki i inne – co najmniej raz w życiu zażyło 68% ankietowanych. W badanej grupie nigdy substancji uzależniających nie stosowało 32% badanych (Rycina 8).



Rycina 8. Zażywanie substancji uzależniających wśród badanych

W pytaniu dotyczącym spędzania wolnego czasu respondenci mieli możliwość wskazać kilka odpowiedzi. Dało to możliwość pełnej oceny jaka forma aktywności poza pracą jest najbardziej pożądana. Z badań własnych można wywnioskować, iż w wolnym czasie ratownicy medyczni preferują oglądania tv i spotkania ze znajomymi. Trzecie miejsce w tym zakresie zajął wysiłek fizyczny, która stanowiła 21% wszystkich zaznaczanych odpowiedzi. Koleiną co do częstości formą było przeglądanie Internetu i stanowiło to 19% wszystkich udzielanych odpowiedzi (Rycina 9).



wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi

Rycina 9. Sposób spędzania wolnego czasu wśród badanych

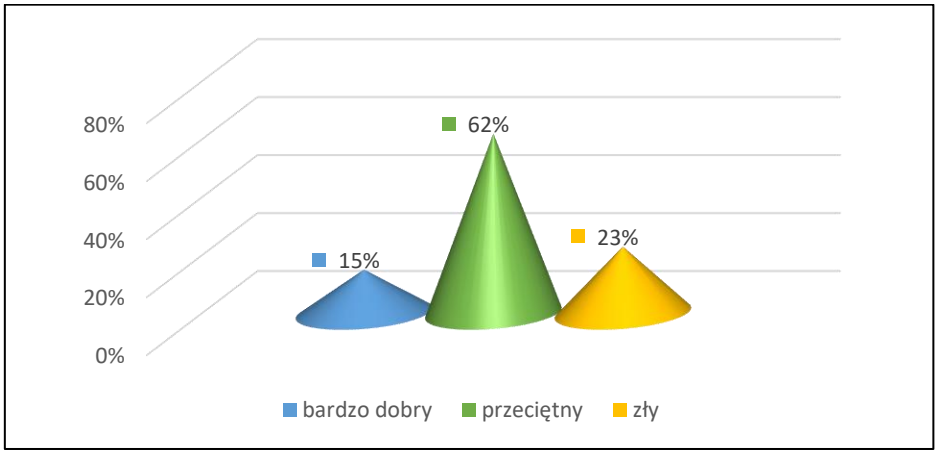
Sport uprawiało 94% ankietowanych: więcej niż 4 razy w tygodniu - 3%, 2-3 razy w tygodniu - 32%, 2-4 razy w miesiącu - 38%, raz w miesiącu albo rzadziej - 21%. Aktywności fizycznej nie podejmowało 6% badanych

Badani na odpoczynek nocny przeznaczali najczęściej 5 godzin i mniej - 57%, gdy pozostali 7-6 godzin - 32% i 8 godzin i więcej - 11%

Problemy ze snem występowały u 43% ankietowanych, gdy nie dotyczyły 57% badanych.

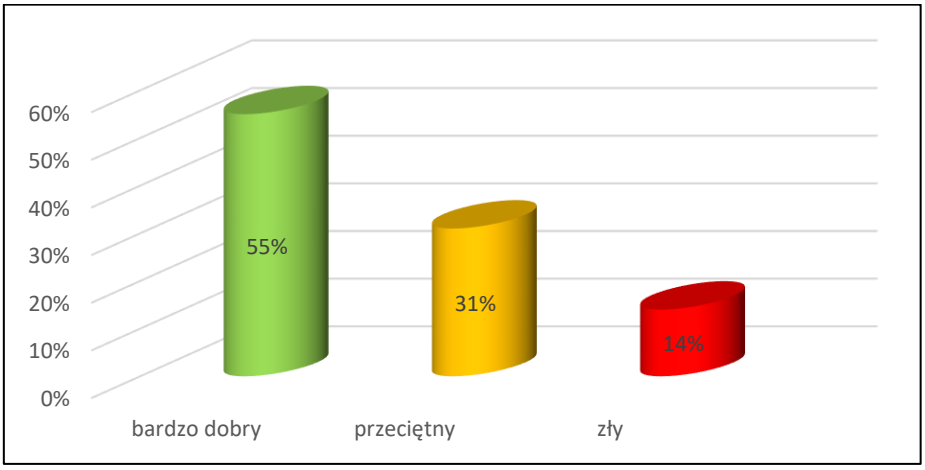
Ocena stanu zdrowia i umiejscowienia czynników kontroli zdrowia

Ankietowani najczęściej ocenili swój styl życia jako przeciętny - 62%, gdy pozostali użyli oceny bardzo dobry - 15% lub zły -23% (Rycina 10).



Rycina 10. Samoocena stylu życia wśród badanych

W ocenie stanu zdrowia badani użyli oceny bardzo dobry - 55% i przeciętny - 31%, gdy w 14% przypadków - zły (Rycina 11).

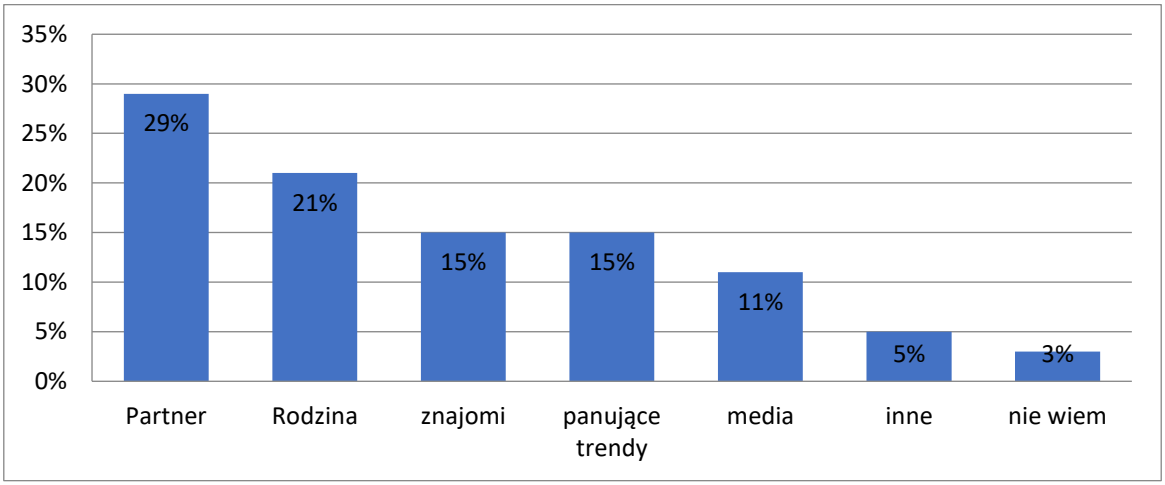


Rycina 11. Samoocena stanu zdrowia wśród badanych

Ankietowani najczęściej ocenili swój stan odżywiania jako przeciętny - 64%, gdy pozostali użyli oceny bardzo dobry - 16% lub zły - 20%.

W ocenie poziomu aktywności fizycznej badani użyli oceny przeciętny - 53%, a rzadziej bardzo dobry - 21%, gdy w 26% przypadków – zły.

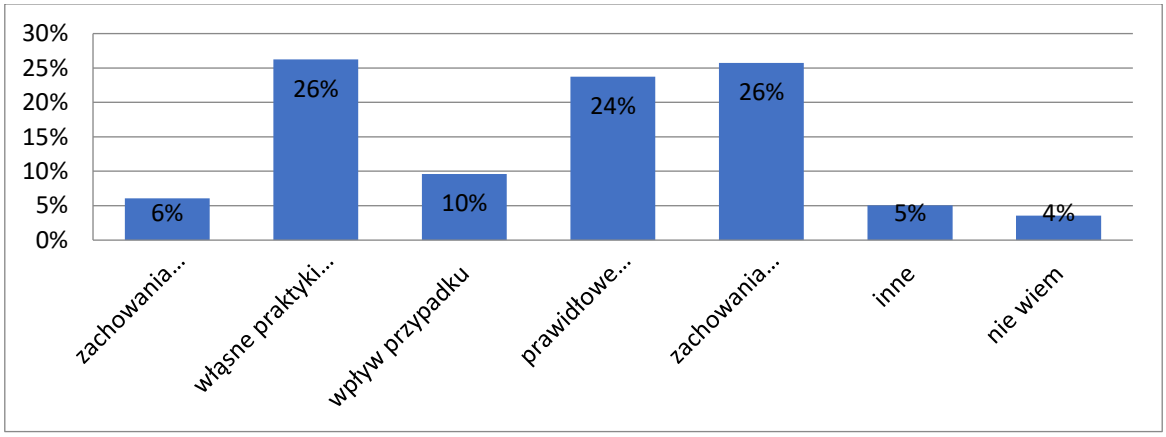
Zapytano badanych o subiektywną opinię na temat wpływu osób z ich środowiska mogących mieć wpływ na kształtowanie się stanu zdrowia. Respondenci mieli możliwość udzielić kilka odpowiedzi. Zachowując kolejność najczęściej wskazywanych odpowiedzi byli to: partner, rodzina, znajomi, panujące trendy, media, inne i nie wiem ankietowany nie był w stanie określić taką osobę. Dane w formie graficznej zaprezentowano na Rycinie 12.



wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi

Rycina 12. Czynniki determinujące styl życia badanych

Rycina 13 zawiera dane dotyczące czynników, które w sposób determinujący wpływają na stan zdrowia ratowników medycznych. Zgodne z informacjami zebranymi przez kwestionariusz ankiety najczęściej wskazywanym czynnikiem były własne praktyki zdrowotne i w podobnym stopniu oceniono również odpowiedź zachowania profilaktyczne. Obie odpowiedzi prezentowały po 26% każda spośród wszystkich udzielanych odpowiedzi. Kolejnymi, co do częstości udzielanymi odpowiedziami były: prawidłowe nawyki żywieniowe (24%), wpływ przypadku (10%), zachowania zdrowotne innych ludzi (6%), inne (5%) oraz nie wiem (4%).



wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi

Rycina 13. Czynniki determinujące stan zdrowia badanych

Ostatnie pytanie w samodzielnie skonstruowanej ankiecie dotyczyło czynników wpływających korzystnie na stan zdrowia i samopoczucie w subiektywnej ocenie respondentów. Ratownicy medyczni w tym pytaniu mogli wybrać kilka odpowiedzi i według nich, największy wpływ ma brak stresu. Odpowiedzi tej udzieliło 61 ankietowanych co stanowiło 21% ogólnie zaznaczanych odpowiedzi. Kolejną był odpoczynek (20%) i tej odpowiedzi udzieliło 56 osób. Następne co do częstości odpowiedzi to: brak nałogów (17%), aktywność fizyczna (15%), zdrowa żywność (14%), czyste środowisko naturalne (9%) oraz czynniki genetyczne (4%).

Analiza statystyczna i korelacje

Porównując wiek i ilość wypracowanych godzin zaobserwowano pewną zależność. Osoby do 30 roku życia pracowały miesięcznie od 80 do 300 godzin miesięcznie i rozkład w tej grupie wiekowej nie był jednorodny. Osoby, które pracowały poniżej lub równo 200 godzin miesięcznie było 13 (5 kobiet i 8 mężczyzn), powyżej 200 godzin - 8 (6 kobiet i 12 mężczyzn).

Ratownicy medyczni w przedziale wiekowym od 31 do 40 roku życia pracowali miesięcznie od 100 do 290 godzin miesięcznie. Poniżej 200 godzin pracowało 29 osób (14 kobiet, 15 mężczyzn), a powyżej 200 godzin 16 badanych (3 kobiety i 13 mężczyzn). W przedziale wiekowym ponad 41 roku życia poniżej 200 godzin miesięcznie pracowało 24 pracowników (7 kobiet i 17 mężczyzn), nie było osób pracujących ponad 200 godzin miesięcznie, rozkład przepracowanych godzin w miesiącu znajdował się pomiędzy 80 a 200 godzin.

Przyjęto więc hipotezę, że wiek wpływa na ilość przepracowanych godzin miesięcznie. Przyjęto poziom istotności α=0,01 i podzielono ankietowanych na trzy przedziały wiekowe: poniżej 30 roku życia od 31 do 40 roku życia i ponad 41 rok życia. Posłużono się analizą statystyczną testem χ^2 w celu wykazania zależności między czynnikami badanej grupy. Wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi: miesięczny czas pracy a wiek. Na poziomie istotności 0,01 można odrzucić hipotezę, że zmienne są niezależne i występuje korelacja pomiędzy tymi czynnikami. Wartość statystyczna testu wyniosła χ^2=9,2 co mieści się w obszarze krytycznym testu – powyżej wartości 9,2 (Tabela II).

Tabela II. Osoby na utrzymaniu w gospodarstwie domowym

x \ y	Poniżej 30 r.ż.	31-40	Ponad 41	n_i
Jedno dziecko	13	29	24	66
Ponad jedno dziecko	18	16	0	34
n_{ji}	31	45	24	100

H_0: zmienne są niezależne

H_1: zmienne są zależne

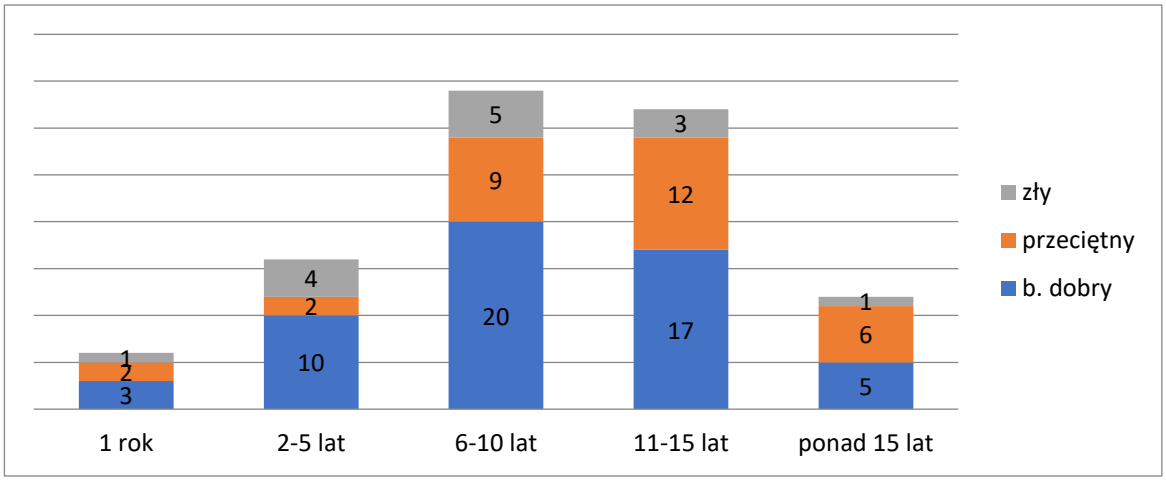
Analizie poddano również miesięczny czas pracy a staż pracy. Podzielono badaną grupę na pięć grup: osoby pracujące 1 rok, od 2 do 5 lat, od 6 do 10 lat, od 11 do 15 i ponad 15 lat stażu pracy. Poddani analizie ratownicy medyczni charakteryzowali się różnorodnością w deklarowanym stażu pracy zarówno kobiety jak i mężczyźni (Tabeli III).

Tabela III. Miesięczny czas pracy ankietowanych ratowników medycznych

Przedziały wiekowe	Kobiety		Mężczyźni		Suma M+K
	↓ 200h	↑ 200 h	↓ 200 h	↑ 200 h	
1 rok	2	0	3	1	6
2 -5 lat	1	3	5	7	16
6-10 lat	11	5	7	11	34
11-15 lat	10	1	15	6	32
Ponad 15 lat	2	0	10	0	12

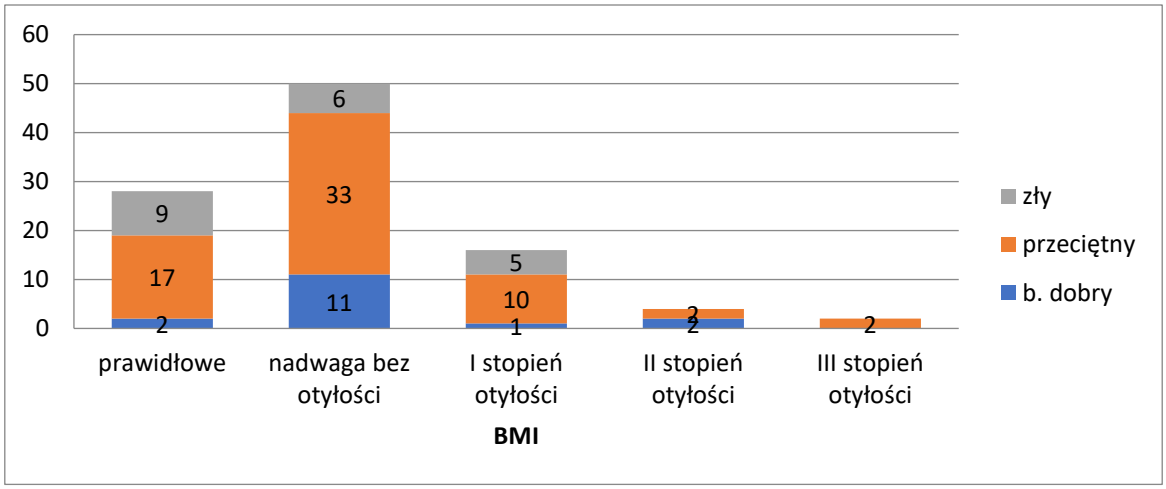
Zaobserwowano, że staż pracy wpływa na ilość przepracowanych miesięcznie godzin. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,01$, jednocześnie dokonano podziały grupy badanej na podgrupy odnośnie stażu pracy. Analiza dotyczyła osób pracujących poniżej 200 godzin miesięcznie oraz równo bądź więcej niż 200 godzin miesięcznie w odniesieniu do stażu pracy. W tym wypadku nie wystąpiła istotnie statystycznie zależność pomiędzy badanymi czynnikami.

Podczas przeprowadzenia badania poddano analizie subiektywną ocenę stanu zdrowia w porównaniu z deklarowanym stażem pracy. Zgodnie z danymi i z przyjęto metodyką badań i przyjętym w ankiecie podziałem widać iż rozkład jest proporcjonalny do danej grupy. Najwięcej osób ocenia swój stan zdrowia na bardzo dobry w grupach stażu pracy między 6 a 10 lat i 11 a 15 lat ale też fakt ten wynika z większej liczebności tych grup. Każda kategoria zawierała w sobie odpowiedzi ankietowanych oceniających w trzech możliwościach swój stan zdrowia. Na średnim poziomie w badanych podgrupach znajdowała się odpowiedź przeciętny. Szczegółowe dane zawiera Rycina 14.



Rycina 14. Staż pracy ankietowanych ratowników medycznych

Analizowano zależność pomiędzy BMI a subiektywną oceną sposobu odżywiania. Przyjęto podział BMI zgodnie z przedstawionym w metodologii pracy. Dane prezentuje obrazowo Rycina 15. Wynika z niej, że wśród osób, które mają prawidłową wagę tylko dwie oceniają swój sposób odżywiania jako bardzo dobry, na poziomie przeciętny – 17 ankietowanych, a 9 oceniło subiektywnie jako zły. Przy wartościach BMI między 25-29,9, czyli nadwaga bez otyłości, jako bardzo dobry oceniło omawianą cechę 11 respondentów, na poziomie przeciętny aż 33 badanych i na poziomie zły – 6 osób. Oszacowano, że I stopień otyłości dotykał 16 ankietowanych i wśród nich na poziomie bardzo doby swój sposób odżywiania oceniła jedna osoba, na poziomie przeciętny – 10, a na poziomie zły – 5 osób. U 4 osób oceniono BMI, jako II stopień otyłości i 2 z nich określiło omawiany czynnik, jako bardzo dobry i 2 jako przeciętny. Jedynie dwie osoby zakwalifikowały się do III stopnia otyłości i określiły one sposób odżywania na poziomie przeciętny. Widać, że jest spory opór albo w miarę obiektywna ocena swojego sposobu odżywiania ponieważ ankietowani w małym stopniu odpowiadali, że ta cecha jest na bardzo dobrym poziomie. Stosunkowo mało osób zadeklarowało zły stan odżywiania, najwięcej takich odpowiedzi udzielały osoby z prawidłową masa ciała. Obrazowo dane przedstawia Rycina 15.



Rycina 15. BMI ankietowanych ratowników medycznych

Analiza wielowymiarowej skali MHCL

Zgodnie z przyjętym podziałem na przekonania dotyczące zdrowia, gdzie niskie umiejscowienie kontroli mieściło się w przedziale od 1 do 18 punktów, a od 19 do 36 punktów wysokie uzyskano następujące wyniki analizy otrzymanych danych ze skali MHCL.

Umiejscowienie kontroli nad zdrowiem – wewnętrzne (W), czyli przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy od jednostki w badanej grupie oceniona została na poziomie wysokim dla wszystkich respondentów (100%). Najniższa punktacja wynosiła 20 punktów, a największa 32, wartość średnia punktacji to 26,56.

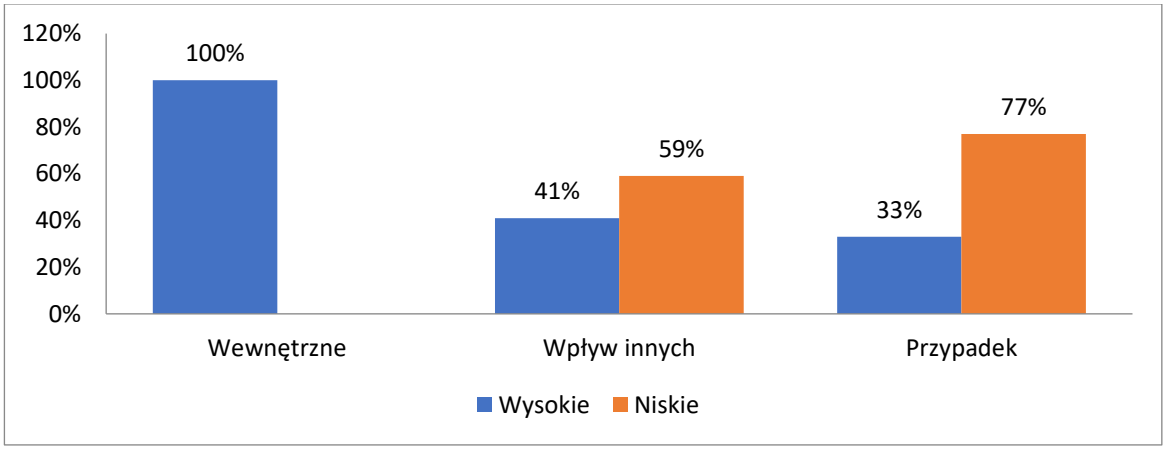
Przekonanie, że zdrowie jest wynikiem oddziaływań innych (głównie personelu medycznego), czyli umiejscowienie – wpływ innych (I), przedstawiało się inaczej niż wewnętrzne (W). Tutaj stwierdza się, że 59% badanych ma w tej kwestii niskie przekonanie, a 41% że mocno to wpływa na ich stan zdrowia. Wartości punktowe mieściły się w zakresie od 9 do 24 punktów, a średnia wartość wyniosła 17,41.

Ostatni obszar to przypadek (P) i w tej kwestii zdecydowana większość grupy prezentowała niskie przekonanie wpływu przypadku lub innych czynników zewnętrznych na poziom ich stanu zdrowia. Aż 77% ankietowanych prezentowało niskie przekonanie o wpływie przypadku na ich stan, a 33% skłaniało się do, że może mieć to pewien wpływ. Największa ilość punktów uzyskana w tym obszarze to 23, a najniższa 7 punktów i średni wynik, w tym obszarze wynosił 15,73.

Ponadto 54 badanych prezentowało niskie przekonanie w wymiarach przypadek i wpływ innych, a jedynie 19 ankietowanych miało przekonanie, że te czynniki wpływają mocno na ich stan zdrowia.

Respondenci wykazali się jednorodnością grupy ponieważ dominującym czynnikiem, który determinuje ich poziom zdrowia jest wewnętrzne przekonanie o kontroli nad własnym stanem. Nie było żądnego przypadku, gdzie punktacja innych obszarów byłaby większa. W 18 przypadkach ankietowani wykazali wysoką korelację wszystkich trzech obszarów na ich stan zdrowia. 55% badanych wykazało wysokie przekonanie jedynie w obszarze własnej kontroli nad zdrowiem, co daje wniosek, że ponad połowa badanych nie kieruje się (bądź jest to ograniczone) przypadkiem i nie ulega wpływom innych.

Dane w formie zbiorczej przedstawiono na Rycinie 16.



Rycina 16. Wyniki wysokie, niskie dla kontroli wewnętrznej skali MHCL

Zapytano ratowników medycznych o czas pracy w ciągu miesiąca. 43 pracowników pracuje maksymalnie 160 godzin miesięcznie, znalazło się w tej grupie 27 mężczyzn i 16 kobiet. Reszta badanej populacji pracuje ponad ten wymiar i w przedziale 161-210 godzin pracuje 28 osób, 211-250 godzin 18 ankietowanych i ponad 250 – 9 ankietowanych. Wynika z tego, że większość respondentów, czyli 57% pracuje ponad 160 godzin miesięcznie.

Zakwalifikowani do badania ratownicy medyczni zostali również zapytani, ile godzin poświęcają na sen oraz o problemy związane z tym zagadnieniem. Zaobserwowano pewną zależność porównując te dwa parametry i po przeprowadzeniu analizy statystycznej wyszło, że te dwa czynniki korelują ze sobą. Przeprowadzono test χ^2 (przy założeniu α=0,01). Wartość testu wyniosła 9,01 i mieściła się w obszarze krytycznym (wartość krytyczna dla dwóch stopni swobody =9,2104). Przyjęta zatem na początku badania hipoteza, że zaburzenia snu zależą od długości snu potwierdziła się. Wyniki obrazowo zaprezentowano w Tabeli IV.

Tabela IV. Czas poświęcony na sen przez ankietowanych

x \ y	Sen 8 i więcej h	Sen 7-6 h	Sen 5 i mniej h	n_i
Zaburzenia snu	0	25	37	62
Brak zaburzeń snu	11	6	21	38
n_{ji}	11	31	58	100

H_0: zmienne są niezależne

H_1: zmienne są zależne

DYSKUSJA

Praca zmianowa jest typem pracy, która potrafi bardzo mocno obciążać organizm człowieka. Niestety może spowodować pojawienie się chronicznych zespołów chorobowych lub niekorzystnego stanu braku równowagi na wielu płaszczyznach, co odbija się występowaniem uciążliwych schorzeń [5]. System taki predysponuje do zwiększonego ryzyka problemów z prawidłowym funkcjonowaniem układu pokarmowego, zaburzenia sposobu odżywiania się, pojawia się nadwaga, a nawet otyłość, może być podwyższony poziom cholesterolu, mogą wystąpić choroby układu pokarmowego, cukrzyca, nowotwory itp. Badania naukowe dowodzą, że praca zmianowa jaką wykonują ratownicy medyczni, wpływa negatywnie na obniżenie jakości diety. Ponadto brak możliwości odpoczynku i brak czasu na drzemkę może sprzyjać rozregulowaniu się uczucia głodu, pojawienia się zmian metabolicznych takich jak: otyłość, czy insulinooporność. Ten typ pracy wpływa na ograniczenie podejmowania aktywności prozdrowotnych, w tym utrzymanie lub wprowadzenie prawidłowych nawyków żywieniowych, bardziej niż pracownicy „dzienni", czy nawet pracownicy pracujący w systemie 24 godzinnym. Rozregulowanie to jest szczególnie widoczne po pracy w systemie zmian nocnych [6].

Badania Bińczyckiej-Anholcer i Lepiesza wykazały w badanej grupie ratowników medycznych występowanie u 19% bóli brzucha, a u 6% ankietowanych chorobę wrzodową dwunastnicy i zaburzenia łaknienia [7]. Badania Kulczyckiej i wsp. wykazały występowanie zaparć, w tym częściej problem ten dotyczył mężczyzn niż kobiet [8].

Zgodnie z uzyskanymi danymi z przeprowadzonych samodzielnie badań można potwierdzić wyżej opisane zależności. Aż 78% badanych skarżyło się na występowanie chorób układu pokarmowego, jednak zdecydowana większość, bo aż 96% spośród tych ratowników stosuje leczenie w tym kierunku. Ponadto większość ankietowanych ma stwierdzone

(na podstawie wartości wskaźnika BMI) problemy z nadwagą, u 50% rozpoznano: nadwagę bez otyłości, u 16% I stopień, 4% - II stopień i 2% - III stopień, co łącznie daje wartość 72% badanych mających różnego stopnia otyłość. Zdecydowana większość nie je regularnie oraz spożywa dania typu „fast food", co najmniej raz w tygodniu. Ponadto większa część ankietowanych w subiektywnej ocenie uważa, że ich stan odżywiania jest przeciętny (64%), a tylko 16 osób twierdzi, że cecha ta jest na poziomie bardzo dobrym.

Praca raz w dzień, a raz w nocy lub jak często bywa wśród pracowników szpitali praca po 24h lub więcej, to częsty obraz normalnej długości wykonywanych obowiązków przez ratowników medycznych [7, 9]. W badaniach Kulczyckiej i wsp. stwierdzono, że czas pracy ratowników medycznych waha się w ciągu miesiąca od 8 do 34 dyżurów (od 96 do 408 godzin) średnio po 17,5 dyżuru czyli 210 godzin [8]. Badania Bińczyckiej-Anholcer i Lepiesza wykazały, że 33% badanych ratowników pracuje ponad 12 godzin dziennie, co może być przyczyną wyczerpania i predysponuje do chorób przejawiających się różnego typu objawami somatycznymi [7].

W badaniach własnych stwierdzono, że ponad połowa ratowników medycznych pracuje miesięcznie więcej niż 160 godzin (normalny etat). W przeprowadzonym badaniu 34% ratowników medycznych pracowało 210 lub więcej godzin miesięcznie, co zgadza się z wspomnianymi doniesieniami naukowymi.

Ratownicy medyczni, ze względu na specyficzny charakter swojej pracy, są narażeni na występowanie zaburzeń snu. Zgodnie z badaniami CIOB-PIP po nocnej zmianie ratownicy medyczni odczuwają większą senność niż po dziennej zmianie. Jest to grupa zawodowa, która ocenia jakość swojego snu na niskim poziomie. Praca zmianowa (w trybie zmianowym po 12 godzin) sprzyja zatem gorszej jakość wypoczynku po pracy i predysponuje do niedoborów snu [10]. Dlatego też, ratownicy medyczni mogą czuć się bardziej zmęczeni po pracy, niż przedstawiciele innych zawodów [11].

W badaniach własnych również badano długość snu oraz zapytano o występowanie problemów ze snem. Wykazano, że istnieje korelacja pomiędzy krótkim snem, a występowaniem zaburzeń snu. Im mniejsza ilość snu tym większe prawdopodobieństwo, że się pojawią zaburzenia snu.

Ratownicy medyczni często skarżą się również na różnorodne zaburzenia i choroby układu kostno-stawowego, co wykazały badania własne. Nieco poniżej połowy ankietowanych – 45% skarżyło się na występowanie dolegliwości w tym układzie i zdecydowana większość, bo 41 osób z tej grupy wprowadza leczenie swoich problemów w tym obszarze. Ponadto wykazano też, że jedynie 27 osób spędza wolny czas w sposób aktywny i w grupie osób, które

zadeklarowały aktywność fizyczną dwa razy w miesiącu lub mniej znalazło się 65 osób, czyli znacznie powyżej połowy badanej populacji ratowników medycznych. Doniesienia naukowe potwierdzają tą tendencję. Charakter pracy ratowników medycznych niestety sprzyja niekorzystnemu zjawisku braku ćwiczeń i przyjmowaniu złych nawyków w związku z aktywnością fizyczną [12]. Jest to ważny element życia osób, które wykonają takie obciążające zawody, ponieważ aktywność fizyczna redukuje poziom stresu i zapobiega pojawieniu się bólu czy redukuje go [7, 13].

W badaniach Ciury i Klimek-Piskorz wykazano występowanie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa u 89% badanych ratowników medycznych. Z kolei dane z CIOB-PIB (badania przeprowadzone w 2013 roku) wykazują, że problemu bólowe odcinka lędźwiowego to dominujący problem bólowy ratowników medycznych i dotyka 2/3 tej grupy zawodowej. Inne problemy co do kolejności to: bóle szyi, górnej części pleców, bóle kolan, ramion czy dłoni. W badaniach tych nie wykazano większej różnicy między występowaniem konkretnych dolegliwości a płcią ratownika medycznego [14, 15]. W badaniach Kulczyckiej i wsp. wykazano również, że im starszy wiekiem ratownik medyczny, tym większe jest prawdopodobieństwo pojawienia się objawów jak: ból, dyskomfort, drętwienie w dolnym, jak i w górnym odcinku kręgosłupa [7] .

Ocena kwestionariusza MHLC pozwala na stwierdzenie, że ratownicy medyczni mają wysoki poziom wewnętrznej kontroli własnego zdrowia i cała badana grupa wykazywała taką zależność. Najmniej kierują się przypadkiem i ten obszar u większości badanych był na niskim poziomie (77%). W badaniach Nowickiego i wsp. wykazano, że wśród zawodów medycznych tj.: pielęgniarki, opiekun medyczny, technik sterylizacji medycznej obszar wewnętrzny również był najbardziej rozwinięty, co również wykazano dla zawodów niemedycznych jak: nauczyciel czy górnik [14]. Badania te potwierdzają, że zawody medyczne kierują się wewnętrzną kontrolą swojego stanu zdrowia.

Wyniki przeprowadzonych samodzielnie badań pozwoliły wywnioskować, że cała badana populacja deklaruje spożywanie alkoholu w różnej częstotliwości, cztery razy w miesiącu lub rzadziej spożywało alkohol 48% badanych, a 52% częściej niż dwa – trzy razy w tygodniu. Odnośnie palenia papierosów jedynie 29% deklarowało palenie papierosów, w tym 6 kobiet i 23 mężczyzn. W badaniach Rasmus i wsp. wykazano, że 57% badanych deklarowało absencję od wyrobów tytoniowych, a ponad 92% spożywa alkohol z różną częstotliwością. Spożywanie alkoholu w badaniach Rasmus i wsp. i badaniach własnych jest zbliżone natomiast w badaniach własnych palenie papierosów jest znacząco mniejsze niż we wspomnianych doniesieniach naukowych [16].

Należy również pamiętać, że wszystkie analizowane czynniki wpływające na zdrowie korelują z poziomem stresu, a te z kolei wpływają na cały ustrój człowieka. Podniesiony poziom stresu w pracy ratownika medycznego może powodować realne w pomiarach objawy takie jak: przyspieszone tętno, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, spłycenie oddechu, napięcie mięśni kończyn, zaciskanie zębów. Ale nie tylko stres często powoduje objawy na płaszczyźnie psychologicznej objawiające się gorszą koncentracją i uwagą, utratę pewności siebie, napięcie, agresję, poczucie rozdrażnienia, obniżenie samooceny, zmęczenie, niepokój i wiele innych [17]. Nie można zatem jednoznacznie stwierdzić, że problemy ze snem czy niskie ocenianie swojego stanu zdrowia są spowodowane tylko jednym czynnikiem.

WNIOSKI

1. Cała badana grupa kieruje się w głównej mierze wewnętrzną kontrolą swojego stanu zdrowia, a w znacznie mniejszym stopniu wpływem innych czy przypadkiem. Porównując wartości średnie uzyskane z danych ratownicy medyczni kierują się pierwszym sposobem kontroli.
2. Występuje zależność pomiędzy poświęconym czasem na sen a występowaniem zaburzeń w tym obszarze. Im mniej czasu poświęcano na sen tym częściej pojawiały się jego zaburzenia. Wykazano istotność statystyczną.
3. Wiek i ilość przepracowanych godzin w miesiącu korelują ze sobą. Osoby powyżej 41 roku życia pracowały maksymalnie 200 godzin miesięcznie, a młodsze osoby częściej decydowały się na pracę ponad 200 godzin miesięcznie.
4. Ratownicy medyczni mają problem z utrzymaniem prawidłowych zachowań zdrowotnych takich jak: utrzymanie prawidłowej masy ciała, kontrolne wizyty u stomatologa, regularność posiłków, aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu, odpowiednia długość snu oraz częste spożywanie jedzenia typu „fast food".
5. Respondenci w większości określili swój styl zdrowia jako przeciętny, co może świadczyć o rozpoznawaniu swoich problemów i posiadaniu świadomości ich istnienia.
6. Wśród ankietowanych niepokojąco często deklarowano choroby układu pokarmowego, układu kostno-stawowego, choroby skóry, alergie i choroby układu krążenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2019 poz. 993).

2. Aftyka A., Rudnicka-Drożak E.: Nieuzasadnione wezwania Zespołów Ratownictwa Medycznego w materiale Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Lublinie. Anestezjologia i Ratownictwo, 2014, 8,: 152-159.
3. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D.: Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2013, 94, 667-674.
4. Coomber K., Curtis A., Vandenberg B. et al.: Aggression and violence at ambulance attendances where alcohol, illicit and/or pharmaceutical drugs were recorded: A 5-year study of ambulance records in Victoria, Australia. Drug and Alcohol Dependence**,** 2019, 205, 1076-85.
5. Fedroczuk W., Pawlas K.: Ryzyko zawodowe w pracy ratownika medycznego. Hygeia Public Health, 2011, 46, 437-441.
6. Gańczak M., Topczewska K.: Risk of occupational exposure to blood-borne pathogens in paramedics. Medycyna Pracy, 2018, 69, 685-694.
7. Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. Hygea Public Health, 2011, 46, 455-461.
8. Kulczycka K., Grzegorczyk-Puzio E., Stychno E. i wsp.: Wpływ pracy na samopoczucie ratowników medycznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 1, 66–71.
9. Kołodziej B.: Potrzeba wsparcia psychologicznego ratowników medycznych w kontekście wsparcia psychologicznego funkcjonariuszy policji i straży pożarnej. Journal of Ecology and Health**,** 2011, 15, 35-38.
10. Kotarska K., Nowak L., Szark-Eckardt M., Nowak A. M.: Intensity of Health Behaviors in People Who Practice Combat Sports and Martial Arts. International Journal Environmental Research and Public Health, 2019, 16, 2463.
11. Kamecki A., Maślanka M., Szmitkowski P., Dmowski R.: Ocena funkcjonowania wojewódzkiej stacji pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego „Meditrans" w Warszawie w latach 2013-2015. Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa, 2017, 4, 199-214.
12. Sumińska S., Nowak K., Łukomska B., Cygan H.B.: Cognitive functions of shift workers: paramedics and firefighters - an electroencephalography study. International Journal Occupational Safety of Ergonomics 020, 1, 1-12.
13. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R.: Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health, 2015, 50, 558-556.

14. Shivari S., Letafatkar A., Bertozzi L., Pillastrini P., Tazji M. K.: Efficacy of Abdominal Control Feedback and Scapula Stabilization Exercises in Participants With Forward Head, Round Shoulder Postures and Neck Movement Impairment. Sports Health, 2019, 11, 272-279.
15. Nowicki G. J., Ślusarska B., Młynarska M., Rudnicka-Drożak E., Chemperek E., Gawroński M.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 1, 38-48.
16. Rasmus P., Kozłowska E., Sudra S., Machała W, Sobów T.: Czy poziom doświadczanego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego? Anestezjologia i Ratownictwo, 2015, 9, 448-456.
17. Ogłodek E.: Nasilenie objawów stresu pourazowego u osób wykonujących zawód ratownika medycznego. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine, 2011, 14, 54-58.

OCENA POZIOMU WIEDZY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA NA TEMAT TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Torka Agata[1], Szlenk-Czyczerska Elżbieta[2], Jenczura Anna Maria[2]

1. Szpital Wojewódzki w Opolu
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Transplantacja narządów to często jedyna metoda leczenia niewydolności narządów. Jest szansą na uratowanie życia i poprawę jego jakości u osób mających schyłkową postać niewydolności narządów [1].

Transplantacja polega na operacyjnym przemieszczeniu tkanki lub całego narządu w obrębie organizmu jednego człowieka (z jednego miejsca w drugie) lub od jednego człowieka – dawcy do drugiego – biorcy [2]. Narządy można pobierać od dawcy żywego (*ex vivo*) i wówczas dawca po darowaniu choremu organu lub jego fragmentu dalej może normalnie żyć i funkcjonować. Wykonuje się także przeszczepy od dawcy zmarłego (*ex mortuo*). W takim przypadku, narząd do transplantacji pobierany jest ze zwłok ludzkich, w sytuacji stwierdzenia śmierci mózgu. Oprócz narządów mogą być również przeszczepiane komórki i tkanki. Komórki i tkanki mogą być konserwowane i przechowywane w banku tkanek i komórek. Współczesna medycyna pozwala na transplantację kilku narządów jednocześnie, np. nerki i serca, nerki i wątroby, serca i płuca [3, 4, 5].

W Polsce transplantacja jest uregulowana prawnie, a pieczę nad polską transplantacją ma Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT". Poltransplant zajmuje się organizacją, pobieraniem i przeszczepianiem narządów, nadzoruje i prowadzi krajowa listę oczekujących na przeszczep oraz prowadzi Centralny Rejestr Sprzeciwów [6].

Transplantacja jest pozytywnie odbierana jako dziedzina medycyny, lecz nie zawsze deklarowane pozytywne nastawienie pociąga za sobą określoną postawę i zachowanie [1]. Problematyka transplantacji jest kontrowersyjną kwestią współczesnej medycyny, bioetyki i filozofii [2]. Z racji doniosłości społecznej stała się przedmiotem licznych prac badawczych, także z udziałem przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych [7, 8, 9]. Ich celem jest ocena wiedzy oraz zebranie opinii na temat analizowanego zagadnienia, ponieważ adekwatna

wiedza i właściwy poziom edukacji jest bezwzględnie istotnym czynnikiem wpływającym na akceptację oraz gotowość ofiarowania własnych narządów do przeszczepu.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa i położnictwa na temat transplantacji narządów.

MATERIAŁ I METODY

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone online od 5 czerwca 2020 roku do 30 listopada 2020 roku wśród studentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego. Łącznie w badaniu wzięło udział 206 osób. Respondenci zostali poinformowani o celu i anonimowości badania. Do zgromadzenia danych posłużono się internetową platformą Formularze Google oraz arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2019.

W przeprowadzonym badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankietowania przy zastosowaniu kwestionariusza własnego autorstwa zawierającego 16 pytań. W niniejszym badaniu jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Dla zmiennych jakościowych określono częstość – procent, natomiast zmienne wyrażone na poziomie porządkowym lub nominalnym analizowano z wykorzystaniem testów opartych o rozkład chi- kwadrat. Analizując poziom wiedzy studentów na temat transplantacji narządów sumowano punkty w ankiecie własnej przyznane za prawidłowe odpowiedzi na pytania od 6 do 14 oraz 16, które uznane zostały za pytania o fakty. W pytaniach jednokrotnego wyboru przyznawano punkt za wskazanie poprawnej odpowiedzi. W przypadku pytań wielokrotnego wyboru przyznawano punkt za wskazanie każdej poprawnej odpowiedzi, a także za niewskazanie każdej niepoprawnej. Im więcej uzyskano łącznie punktów, tym wyższy był poziom wiedzy badanych. Możliwa do uzyskania liczba punktów zawierała się w przedziale od 0 do 13 punktów. Wyniki punktowe ustandaryzowano do wartości 100 i uzyskano odsetek odpowiedzi prawidłowych. Następnie podzielono je według przedziałów: poziom najniższy (do 70% poprawnych odpowiedzi), poziom przeciętny (71 – 85% poprawnych odpowiedzi), poziom najwyższy (powyżej 85% poprawnych odpowiedzi).

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu (Nr zgody 39/PI/2020).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

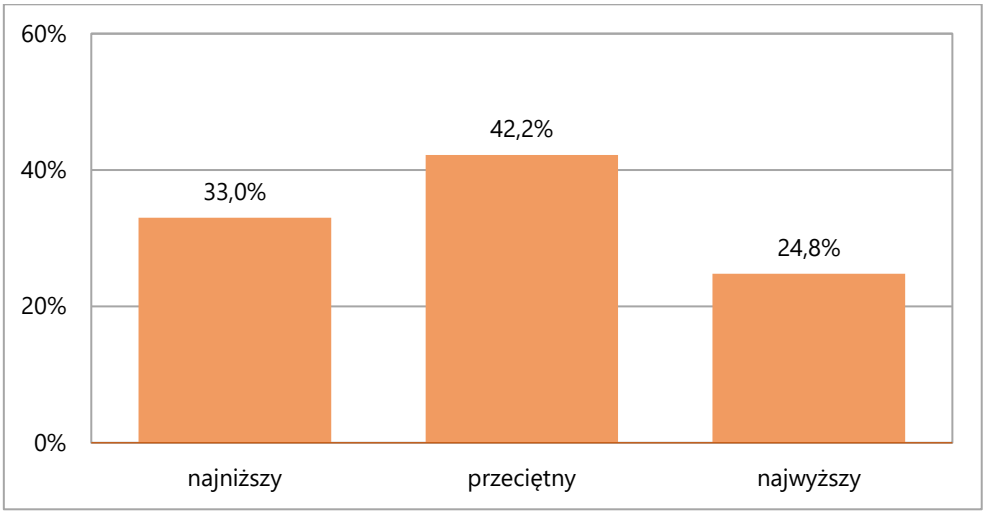
Wśród studentów pielęgniarstwa i położnictwa (n = 206) dominowały kobiety, stanowiły 96,1% badanych. Analiza zmiennej wiek wykazała, że największy odsetek badanych stanowiły osoby w wieku od 18 do 25 lat – 85,9%. Większość respondentów mieszkało w mieście (63,6%). W grupie studentów pielęgniarstwa i położnictwa większość stanowiły osoby studiujące pielęgniarstwo – 59,7%. Największy odsetek stanowiły osoby studiujące na I roku studiów pierwszego stopnia – 22,3%, a najmniejszy studenci I roku studiów drugiego stopnia – 17,5%. Osoby studiujące pielęgniarstwo i położnictwo na II roku studiów pierwszego stopnia stanowiły 20,4%, na III roku studiów pierwszego stopnia 18,4%, natomiast na II roku studiów drugiego stopnia 21,4% (Tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	n	%
Płeć		
kobieta	198	96,1
mężczyzna	8	3,9
Wiek		
18 – 25 lat	177	85,9
26 – 30 lat	12	5,8
31 – 35 lat	7	3,4
36 – 40 lat	1	0,5
powyżej 40 lat	9	4,4
Miejsce zamieszkania		
wieś	75	36,4
miasto do 20 tys.	35	17
miasto 21 – 50 tys.	23	11,2
miasto 51 – 100 tys.	27	13,1
miasto powyżej 100 tys.	46	22,3
Zmienna	**n**	**%**
Kierunek studiów		
pielęgniarstwo	123	59,7
położnictwo	83	40,3
Rok i stopień studiów		
I rok I stopnia	46	22,3
II rok I stopnia	42	20,4
III rok I stopnia	38	18,4
I rok II stopnia	36	17,5
II rok II stopnia	44	21,4

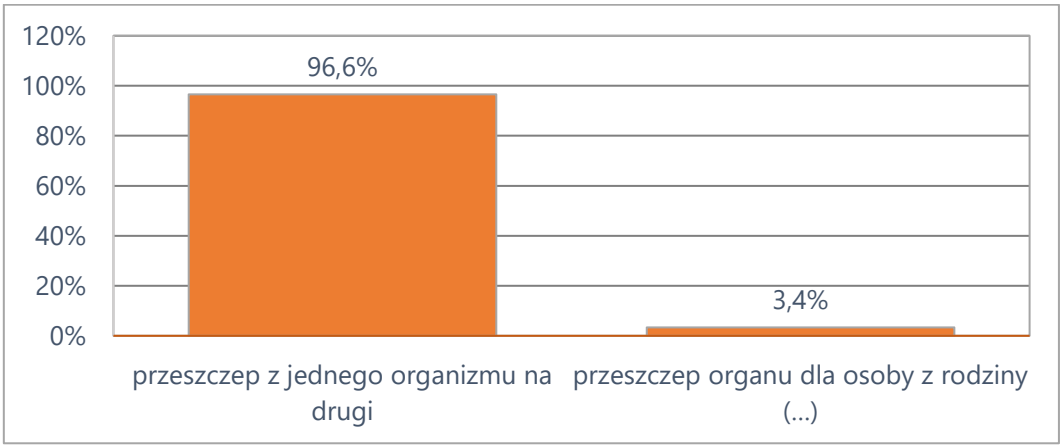
Poziom wiedzy studentów na temat transplantacji narządów

Oceniając poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa i położnictwa na temat transplantacji narządów stwierdzono, że 42,2% (n = 87) badanych charakteryzowało się przeciętnym poziomem wiedzy w tym zakresie. Najwyższy poziom wiedzy prezentowało 24,8% (n = 51) osób, natomiast poziom najniższy – 33% (n = 68) (Rycina 1).



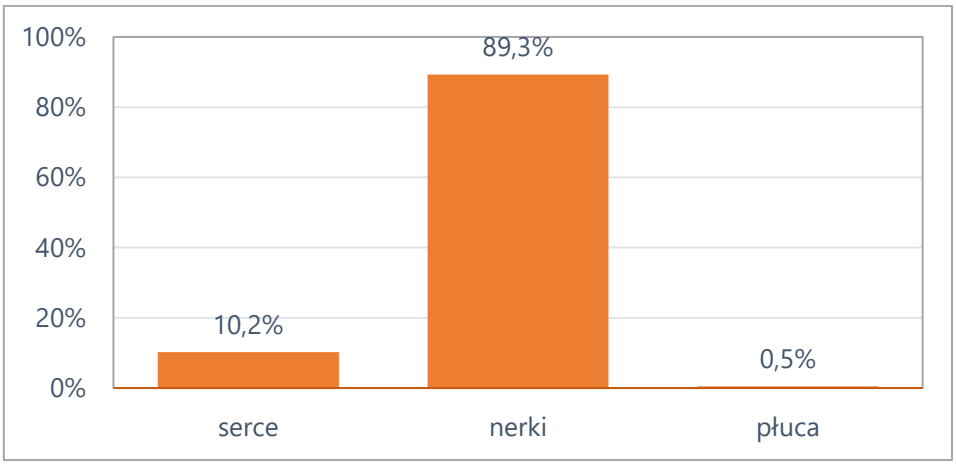
Rycina 1. Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa i położnictwa na temat transplantologii

Szczegółowa analiza poziomu wiedzy studentów na temat transplantologii wykazała, że 96,6% (n = 199) badanych na pytanie dotyczące definicji transplantacji odpowiedziało – przeszczep z jednego organizmu na drugi, a 3,4% (n = 7) transplantację zdefiniowało jako przeszczep organu od zmarłej osoby dla osoby z rodziny z niewydolnością narządu, który jest przeszczepiany (Rycina 2).



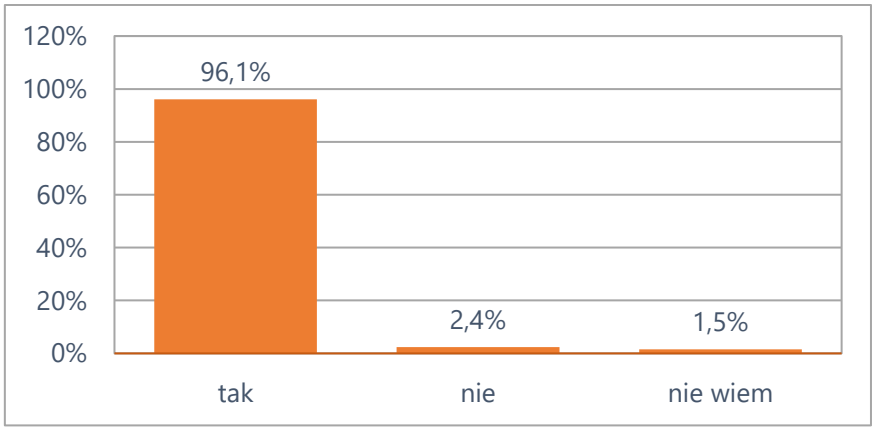
Rycina 2. Poziom wiedzy na temat definicji transplantologii

Większość badanych uważało, że najczęściej przeszczepianymi narządami w Polsce są nerki – 89,3% (n = 184), a 10,2% (n = 21) stwierdziło, że najczęściej dokonuje się transplantacji serca (Rycina 3).



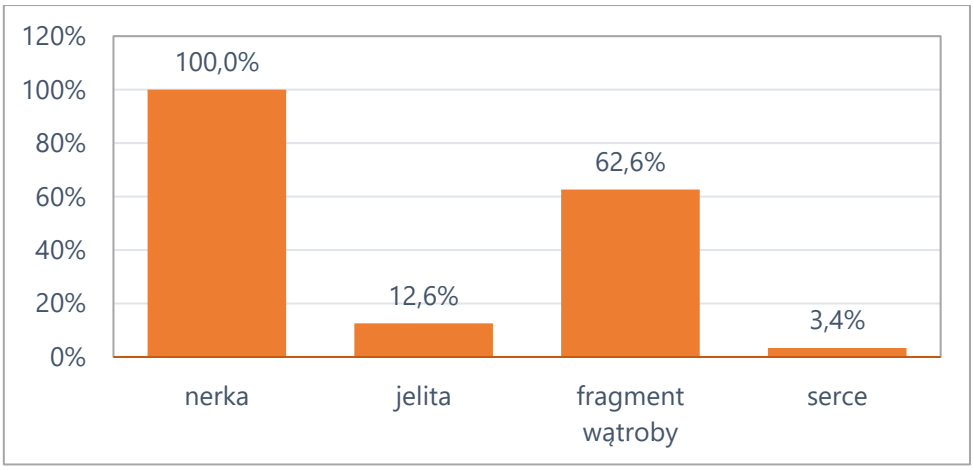
Rycina 3. Poziom wiedzy studentów na temat najczęściej przeszczepianych narządów

Większość respondentów – 96,1% (n = 198) uważało, że jest możliwość pobrania narządów od żywego dawcy, zaś 2,4% (n = 5) sądziło, że pobranie narządów za życia jest niemożliwe, a 1,5% (n = 3) nie wiedziało, czy jest możliwość pobrania narządów od żywego dawcy (Rycina 4).



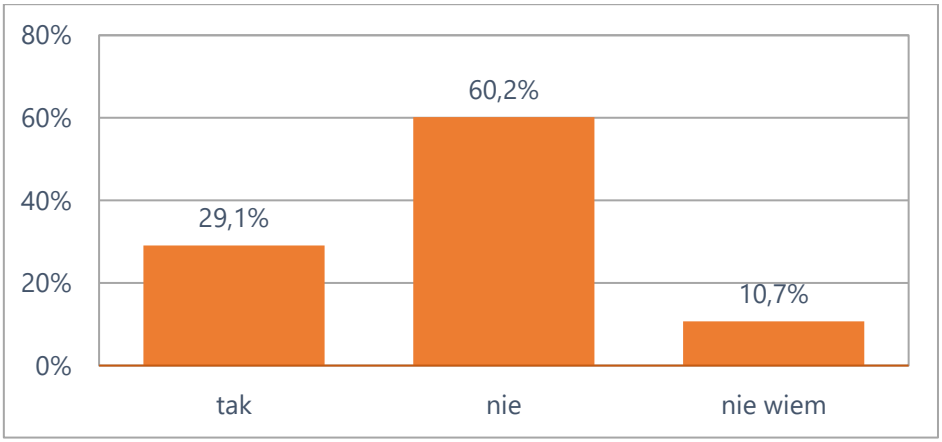
Rycina 4. Poziom wiedzy na temat najczęściej możliwości pobrania narządów od żywego dawcy

Na pytanie o narządy, które można pobierać w celu przeszczepienia od żywego dawcy wszyscy badani – 100% (n = 206) odpowiedzieli, że nerkę, Kolejno zaznaczanymi odpowiedziami były: fragment wątroby – 62,6% (n = 129), jelita – 12,6% (n = 26) oraz serce – 3,4% (n = 7) (Rycina 5).



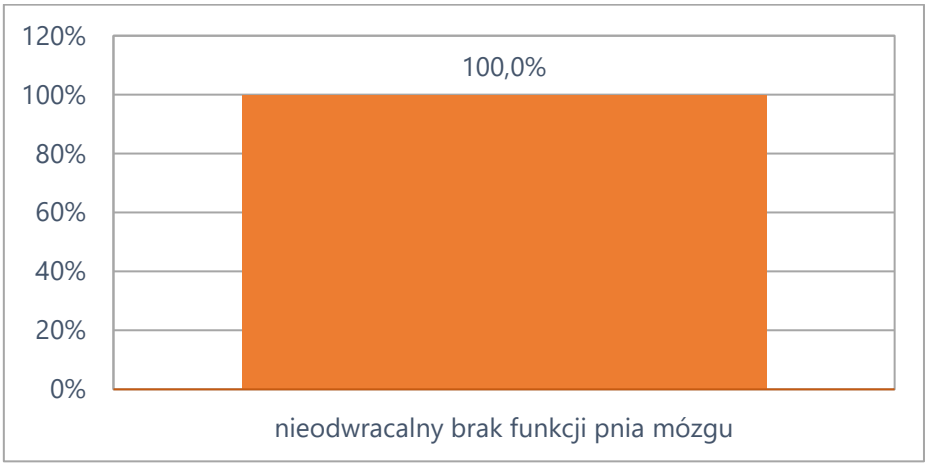
Rycina 5. Poziom wiedzy na temat narządów możliwych do pobrania od żywego dawcy

Zapytano również o to, czy konieczne jest wyrażenie zgody za życia na pobranie narządów po śmierci i większość – 60,2% (n = 124) odpowiedziało, że nie. Odnotowano, że 29,1% (n = 60) badanych stwierdziło, iż aby pobrać narządy po śmierci, należy za życia wyrazić zgodę, a 10,7% (n = 22) nie znało odpowiedzi na to pytanie (Rycina 6).



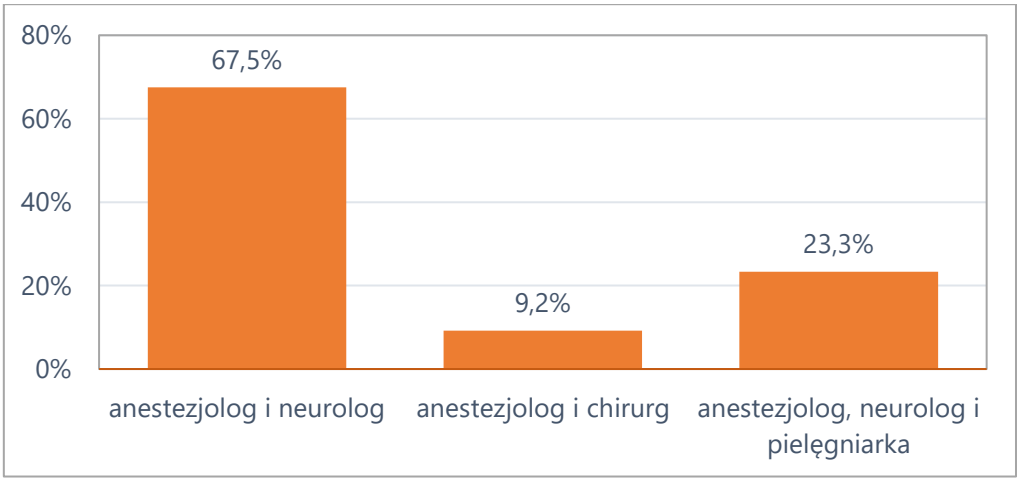
Rycina 6. Poziom wiedzy na temat konieczności wyrażenia zgody za życia na pobranie narządów po śmierci

Na pytanie o definicję śmierci mózgu badani jednogłośnie odpowiedzieli, że jest to nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu – 100% (n = 206) (Rycina 7).



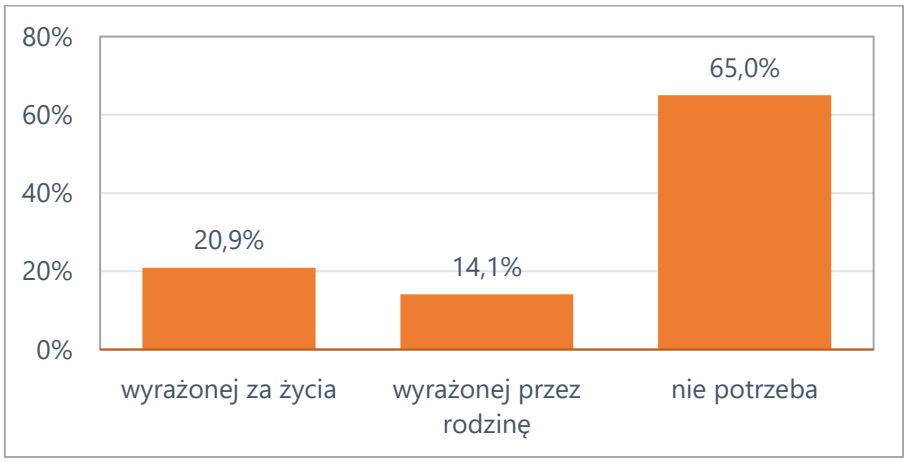
Rycina 7. Poziom wiedzy na temat definicji śmierci mózgu

Podczas badania sprawdzano również wiedzę studentów na temat tego, kto stwierdza śmierć mózgu u osoby dorosłej i kwalifikuje pacjenta do pobrania narządów. Najwięcej osób (67,5%; n = 139) wskazało na dwóch lekarzy specjalistów – anestezjologa i neurologa lub neurochirurga. Najmniej osób – 9,2% (n = 19) wskazało na anestezjologa i chirurga, a 23,3% (n = 48) myślało, że w skład komisji orzekającej śmierć mózgu i kwalifikującej do pobrania narządów wchodzi anestezjolog, neurolog i pielęgniarka (Rycina 8).



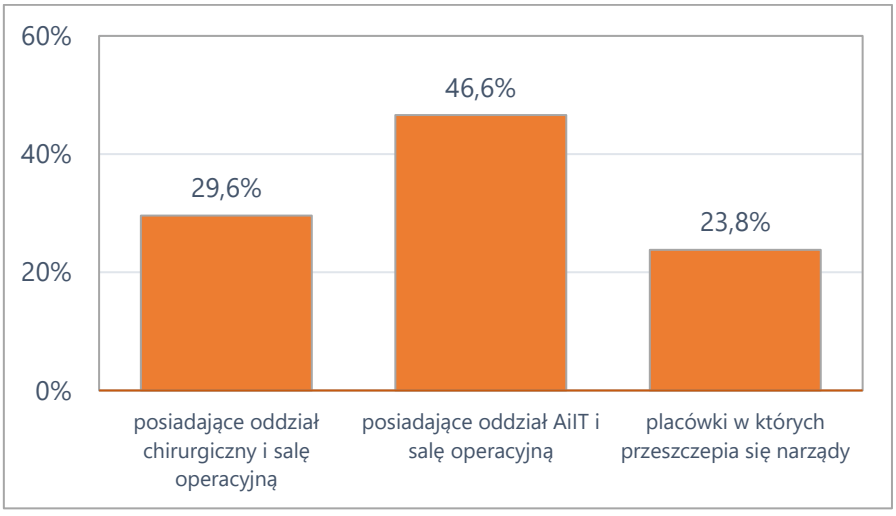
Rycina 8. Poziom wiedzy na temat składu komisji

Na pytanie o potrzebę wyrażenia zgody na pobranie narządów od osoby zmarłej najwięcej studentów – 65% (n = 134) odpowiedziało, że nie ma potrzeby wyrażenia zgody, ponieważ istnieje zasada zgody domniemanej, jeżeli pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu. 20,9% (n = 43) uważało, że potrzebne jest za życia wyrażenie pisemnej zgody na pobranie narządów po śmierci, a 14,1% (n = 29) badanych twierdziło, że rodzina wyraża zgodę na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby (Rycina 9).



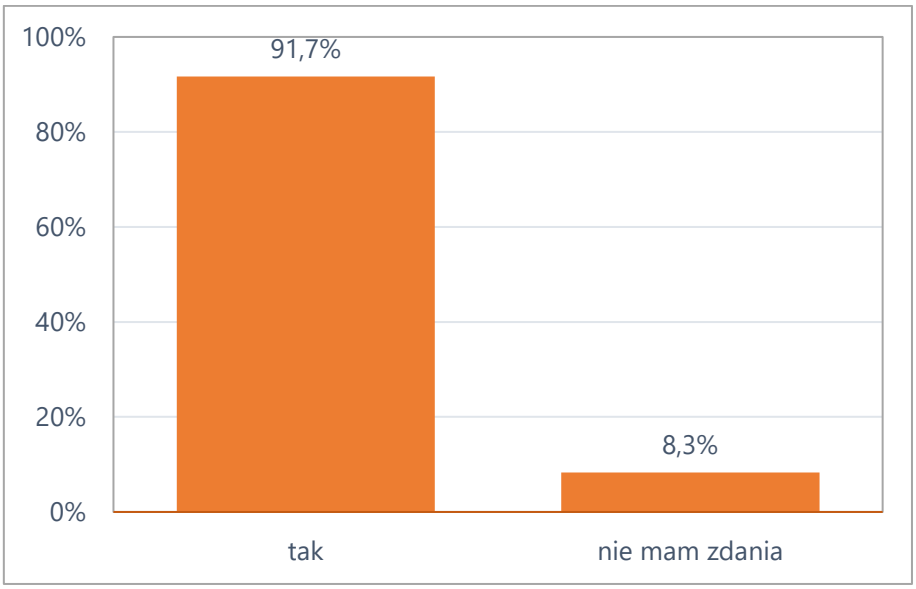
Rycina 9. Poziom wiedzy na temat wyrażenia zgody na pobranie narządów od osoby zmarłej

Respondenci zostali zapytani o placówki, w których dokonuje się pobrania narządów i najwięcej odpowiedziało, że w szpitalach posiadających oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz salę operacyjną (46,6%; n = 96), 29,6% (n = 61) osób odpowiedziało, że w podmiotach leczniczych posiadających oddział chirurgiczny i salę operacyjną, a 23,8% (n = 49) odpowiedziało, że w placówkach przeszczepiających narządy (Rycina 10).



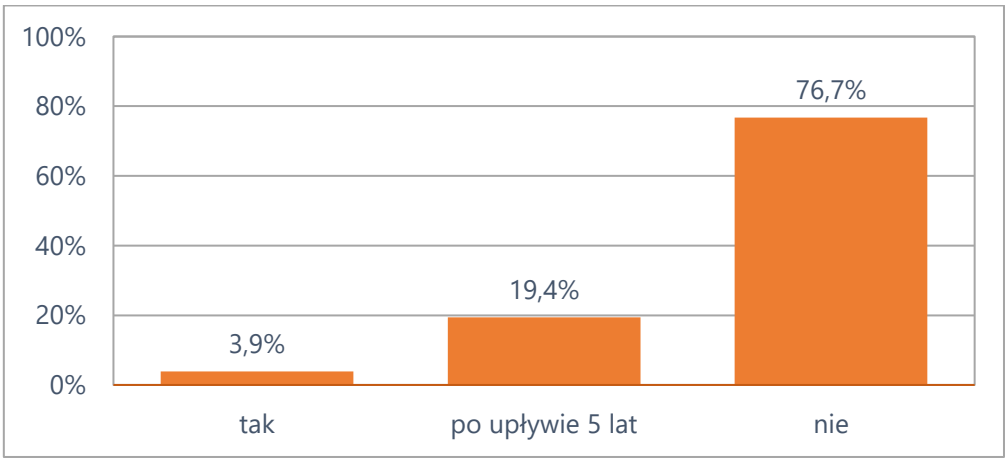
Rycina 10. Poziom wiedzy na temat placówek pobierających narządy

Studenci zostali również zapytani o opinię na temat skuteczności transplantacji narządów jako metody leczenia niewydolności narządów. 91,7% (n = 189) respondentów uważało, że to skuteczna metoda, a 8,3% (n = 17) nie miało zdania na ten temat (Rycina 11).



Rycina 11. Poziom wiedzy na temat skuteczności transplantacji w leczeniu niewydolności narządów

Ostatnim pytaniem w przeprowadzonym badaniu było pytanie o możliwość poznania przez biorcę danych dawcy. Stwierdzono, że najwięcej studentów odpowiedziało, że nie ma takiej możliwości – 76,7% (n = 158), natomiast 3,9% (n = 8) osób sądziło, że jest taka możliwość, a 19,4% (n = 40) badanych uważało, że biorca może poznać dane dawcy dopiero po upływie 5 lat od przeszczepu (Rycina 12).



Rycina 12. Poziom wiedzy na temat możliwości poznania przez biorcę danych dawcy

Zależność między wiedzą na temat transplantologii a wiekiem, kierunkiem, rokiem i stopniem studiów badanych studentów

Analizując zależność miedzy wiedzą na temat transplantologii a wiekiem studentów, odnotowano małe różnice w rozkładzie poziomu wiedzy w podziale na wiek (p = 0,793). Osoby w wieku 18 – 25 lat najczęściej (41,8%, n = 74) reprezentowały przeciętny poziom wiedzy, podobnie jak osoby w wieku powyżej 25 lat (44,8%, n = 13).

Analiza zależności miedzy wiedzą na temat transplantologii a kierunkiem studiów, wykazała, że zarówno studenci pielęgniarstwa (35,8%, n = 44), jak i położnictwa (51,8%, n = 43) najczęściej charakteryzowali się przeciętną wiedzą w tym zakresie. Zaobserwowano jednak, że studenci położnictwa reprezentowali istotnie niższy poziom wiedzy niż studenci pielęgniarstwa (p = 0,005).

Analizując zależność między wiedzą na temat transplantologii a stopniem studiów, obserwowano, że studenci I roku studiów pierwszego stopnia równie często reprezentowali poziom najniższy oraz przeciętny (po 37%, n = 37). Studenci II roku studiów pierwszego stopnia (50%, n = 21), I roku studiów drugiego stopnia (47,2%, n = 17) oraz II roku studiów drugiego stopnia (47,7%, n = 21) najczęściej reprezentowali przeciętny poziom wiedzy. Z kolei studenci III roku studiów pierwszego stopnia reprezentowali najczęściej poziom najniższy (60,5%, n = 23). Stwierdzono, że studenci III roku studiów pierwszego stopnia charakteryzowali się istotnie niższym poziomem wiedzy od pozostałych (p = 0,004) (Tabela II).

DYSKUSJA

Transplantacja narządów jest nadzieją na przedłużenie życia i znaczne poprawienie jego jakości dla osób z ciężką niewydolnością narządów. Decyzja o gotowości bycia dawcą narządów jest godna do naśladowania. Chęć oddania części siebie, aby pomóc drugiemu człowiekowi to postawa altruistyczna [8]. Gotowość do donacji to niełatwa decyzja, którą ciężko podjąć, gdy człowiek nie ma wystarczającej wiedzy na jej temat. Osoby wypełniające oświadczenie woli do bycia dawcą, powinny być świadome swojej decyzji. Aby dać szansę osobom z niewydolnością narządów i zwiększyć ilość potencjalnych dawców potrzebna jest odpowiednia wiedza społeczeństwa na temat transplantacji [1].

Tabela II. Zależność między wiedzą na temat transplantologii a wiekiem, kierunkiem, rokiem i stopniem studiów badanych

Zmienna			**Wiek**		**Wynik testu**
			18 – 25 lat	**powyżej 25 lat**	
Poziom wiedzy	najniższy	n	60	8	$\chi^2 = 0,464$ $df = 2$ $p = 0,793$
		%	33,9	27,6	
	przeciętny	n	74	13	
		%	41,8	44,8	
	najwyższy	n	43	8	
		%	24,3	27,6	
Ogółem		n	177	29	
		%	100	100	
Zmienna			**Kierunek studiów**		**Wynik testu**
			pielęgniarstwo	**położnictwo**	
Poziom wiedzy	najniższy	n	39	29	$\chi^2 = 10,605$ $df = 2$ $p = 0,005$
		%	31,7	34,9	
	przeciętny	n	44	43	
		%	35,8	51,8	
	najwyższy	n	40	11	
		%	32,5	13,3	
Ogółem		n	123	83	
		%	100	100	

Zmienna			**Rok i stopień studiów**					**Wynik testu**
			I rok I stopnia	**II rok I stopnia**	**III rok I stopnia**	**I rok II stopnia**	**II rok II stopnia**	
Poziom wiedzy	najniższy	n	17	12	23	9	7	$\chi^2 = 22,656$ $df = 8$ $p = 0,004$
		%	37	28,6	60,5	25	15,9	
	przeciętny	n	17	21	11	17	21	
		%	37	50	28,9	47,2	47,7	
	najwyższy	n	12	9	4	10	16	
		%	26,1	21,4	10,5	27,8	36,4	
Ogółem		n	46	42	38	36	44	
		%	100	100	100	100	100	

Legenda: χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; n – liczebność; *p* – istotność statystyczna

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że największy odsetek respondentów wykazał się przeciętną (42,2%) i niedostateczną (33%) wiedzą dotyczącą dawstwa narządów. W niniejszym badaniu tylko 24,8% badanych studentów odznaczało się najwyższym poziomem wiedzy na ten temat. Badania przeprowadzone w Białymstoku wskazują na konieczność edukacji w kwestii transplantacji [10]. Również badania wrocławskich studentów ukazują brak

wiedzy na temat transplantacji. Autorki, badając wiedzę i postawy studentów na temat procedur towarzyszących transplantacji szpiku kostnego stwierdziły, że respondenci charakteryzowali się niskim poziomem wiedzy w tym zakresie, ponadto, studenci nie byli zainteresowani tą tematyką [11]. Pytanie o ocenę swojego poziomu wiedzy dotyczącej transplantacji Ławecka i Gotlib skierowały do pielęgniarek. Z ich badań wynika, że ponad połowa badanych posiadało słabą bądź niepełną wiedzę [12]. Z kolei, Humańska i Dudek analizując postawy młodzieży wobec transplantacji narządów zapytały respondentów o to, czy według nich wiedza społeczeństwa na temat transplantacji jest wystarczająca. 80,8% badanych wskazało, że nie i raczej nie [4]. Badania własne, podobnie jak badania innych autorów, potwierdzają konieczność edukacji w zakresie transplantacji narządów.

W badaniach własnych większość studentów (96,6%) wskazało na poprawną definicję transplantacji, czyli na przeszczep organu z jednego organizmu na drugi. Podobne wyniki uzyskała Wojczyk [3] oraz Rolka i wsp. [13]. Znajomość definicji transplantacji narządów przez studentów pielęgniarstwa badała Romanowska i wsp. Wyniki wykazały, że większość osób (56%) błędnie zdefiniowało pojęcie transplantacja jako metodę ratującą życie chorych ludzi, polegającą na przeszczepianiu komórek, tkanek lub narządów [14].

Śmierć mózgu to nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu, co jest równoznaczne ze śmiercią człowieka. Orzekania śmierci mózgu dokonuje dwóch lekarzy specjalistów – anestezjolog i neurolog lub neurochirurg. W badaniach własnych, wszyscy respondenci wskazali na poprawną definicję śmierci mózgu, czyli nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu. Większość badanych (67,5%) miało pojęcie o procedurze orzekania śmierci mózgu i poprawnie wskazało na skład komisji orzekającej śmierć mózgu oraz kwalifikującej do pobrania narządów *ex mortuo*. Znajomość przez studentów podstawowych pojęć i procedur w transplantacji związanych ze śmiercią mózgu badali Ścieranka i wsp. Ich badania wskazują na to, że większą wiedzę na temat śmierci mózgu mieli studenci kierunków medycznych niż niemedycznych. Ścieranka i wsp. badali również znajomość przez studentów procedury orzekania śmierci mózgu i największą wiedzą w tym zakresie wyróżnili się studenci pielęgniarstwa (77,1%), a najmniejszą studenci rolnictwa (33,3%) [15]. Opinię pielęgniarek i położnych na temat transplantacji narządów badały Kliś i Trzcińska. W swoich badaniach zapytały respondentów o moment śmierci człowieka. Połowa z badanych błędnie twierdziła, że zgon człowieka można stwierdzić, gdy przestają pracować mózg i serce [16]. Rydzewska i wsp. swoimi badaniami na temat transplantacji objęli studentów ratownictwa medycznego. Autorzy zapytali studentów o znajomość procedury stwierdzania śmierci mózgu i 97% badanych wiedziało, jak przebiega orzekanie śmierci mózgu [17].

W Polsce, aby pobrać narządy *ex mortuo* za zgodę na wykonanie tego zabiegu przyjmuje się zgodę domniemaną. Zgoda domniemana, to brak wyrażenia sprzeciwu za życia zarejestrowanego w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów bądź sprzeciwu wyrażonego pisemnie i własnoręcznie podpisanego za życia lub ustnego sprzeciwu wyrażonego w obecności dwóch świadków (pisemnie przez tych świadków potwierdzonego) [18]. W badaniach własnych na pytanie o konieczność wyrażenia zgody za życia na pobranie narządów po śmierci, 60,2% studentów wskazało, że nie jest potrzebna. W innym pytaniu uszczegóławiającym wyrażanie zgody na pobranie narządów *ex mortuo,* co piąty student (20,9%) uważał, że aby doszło do pobrania narządów, zgodę należy wyrazić za życia. Natomiast, 14,1% twierdziło, że konieczna jest zgoda rodziny na pobranie narządów. Romanowska i wsp. zapytali studentów pielęgniarstwa o opinię, czy zgoda domniemana jest wystarczająca do pobrania narządów od osoby, u której stwierdzono śmierć mózgu. Ponad połowa z badanych osób (55%) uważała, że jest wystarczająca [14]. O opinię na temat tego, kto powinien podejmować decyzję o pobieraniu narządów po śmierci zapytano również pielęgniarki i położne. Badania wykazały, że 55,4% badanych uważała, że powinna decydować zgoda rodziny, 25,4% respondentów stwierdziło, że na decyzje mają wpływać rozwiązania prawne, a 19,2% nie potrafiło określić, kto powinien dokonywać tej decyzji [16]. Podobne pytanie pielęgniarkom zadali Siennicka i Marczewski. Większość (62%) uważała, że to rodzina zmarłego powinna decydować o pobraniu narządów, natomiast 19% badanych sądziło, że powinno decydować prawo, a 19% ankietowanych stwierdziło – trudno powiedzieć [19].

Medycyna transplantacyjna jest na tyle rozwinięta, że narządy w celu przeszczepienia można pobierać nie tylko od osób, które już nie żyją, ale także od osób żyjących. W badaniach własnych chciano poznać wiedzę studentów pielęgniarstwa i położnictwa na ten temat. Zapytano, czy dawcą narządów może być osoba żywa i zdecydowana większość osób badanych (96,1%) słusznie stwierdziła, że tak. W kolejnym pytaniu, zapytano o to, który narząd jest najczęściej przeszczepianym narządem. Respondenci w większości (89,3%) odpowiedzieli, że nerka. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Ścisło i wsp. [20].

Transplantacja narządów jest szansą na lepsze życie dla osób z niewydolnością narządów, ponieważ jest to skuteczna metoda leczenia. W niniejszym badaniu chciano poznać opinię studentów pielęgniarstwa i położnictwa na ten temat. Osoby badane w większości (91,7%) uważały, że transplantacja to skuteczna metoda leczenia niewydolności narządów, ale 8,3% respondentów nie miało zdania na ten temat. Podobnie wyniki uzyskały w swoich badaniach Kliś i Trzcińska [16].

Uzyskane wyniki badań wykazały, że studenci pielęgniarstwa odznaczali się wyższym poziomem wiedzy na temat transplantacji narządów niż studenci położnictwa. Zaskoczeniem było to, że studenci ostatniego roku studiów pierwszego stopnia wykazali się najniższym poziomem wiedzy dotyczącym transplantacji narządów. Czynnikiem różnicującym poziom wiedzy na temat dawstwa narządów okazał się stopień studiów – studenci drugiego stopnia obu kierunków wykazali się większą wiedzą na ten temat. Wyniki badania studentów pielęgniarstwa i położnictwa ukazują konieczność zwiększenia zajęć z zakresu problemów transplantacji z uwzględnieniem jej aspektów medycznych, prawnych, społecznych, etycznych oraz religijnych w toku nauczania. Wiedzę studentów na temat transplantacji zwiększyć mogą również spotkania z profesjonalistami (np. koordynatorem transplantacyjnym), a także dawcami i biorcami narządów. Czas edukacji akademickiej może być kluczowy w procesie kształtowania postawy wobec ważnego zjawiska i problemu społecznego, jakim jest transplantacja.

WNIOSKI

1. Badania prezentowane w niniejszej pracy wskazują na niedostateczną wiedzę studentów pielęgniarstwa i położnictwa na temat transplantacji narządów.
2. Czynnikami różnicującymi wiedzę studentów były: kierunek, rok oraz poziom studiów:

- studenci pielęgniarstwa mieli większy poziom wiedzy na temat transplantacji narządów niż studenci położnictwa;
- studenci III roku studiów pierwszego stopnia wykazali się najniższym poziomem wiedzy dotyczącym transplantacji narządów;
- studenci pielęgniarstwa pierwszego i drugiego stopnia posiadali większą wiedzę w zakresie dawstwa narządów w porównaniu ze studentami położnictwa pierwszego i drugiego stopnia, przy czym studenci drugiego stopnia kierunków pielęgniarstwo i położnictwo mieli większą wiedzę dotyczącą dawstwa narządów w porównaniu ze studentami pierwszego stopnia obu kierunków;
- studenci kierunku pielęgniarstwo mają większą wiedzę na temat komisji stwierdzającej śmierć mózgu i kwalifikującej do pobrania narządów, niż studenci kierunku położnictwo.

3. Transplantacja jako metoda leczenia niewydolności narządów jest uznawana przez studentów obu kierunków jako skuteczna.
4. Wiedzę studentów na temat transplantacji zwiększyć mogą zajęcia w toku kształcenia oraz spotkania z profesjonalistami, a także dawcami i biorcami narządów.

PIŚMIENNICTWO

1. Antos E., Dopierała M.: Ocena wiedzy osób starszych na temat transplantacji narządów. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2018, 54 (1), 40-46.
2. Makara-Studzińska M., Kowalska A., Jakubowska K.: Poziom wiedzy i opinie pielęgniarek na temat transplantacji organów. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, 18 (1), 31-36.
3. Wojczyk A.: Stan wiedzy studentów opolskich uczelni wyższych na temat transplantacji narządów. Puls Uczelni, 2013, 7 (4), 34-38.
4. Humańska M., Dudek K.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2017, 1, 69-85.
5. Domagała P., Wszoła M.: Dawca zmarły narządów, ocena i kwalifikacja dawcy, pobranie wielonarządowe [w:] Transplantologia Kliniczna: Skrypt dla studentów i lekarzy: Kwiatkowski A., Chmura A., Durlik M., Bączkowska T. (red.). Warszawa, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2015, 56-62.
2. Dziennik Ustaw 2020 r. poz. 2134. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002134, (data pobrania 30.06.2021).
3. Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Przybyłowski P.: Role of Empathy and Altruism in Organ Donation Decisionmaking Among Nursing and Paramedic Students. Transplantation Proceedings, 2018, 50 (7), 1928-1932.
4. Smoleń E., Budzińska K., Ścieranka M., Mazur A., Lisowska D.: Samoocena wiedzy studentów dotycząca transplantacji i zapotrzebowanie na działania promujące przeszczepianie narządów. Hygeia Public Health, 2018, 53 (3), 313-319.
5. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz J., Lipińska M.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2012, 4, 123-128.
6. Perkowska M.: Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji. Stan, uwarunkowania, implikacje pedagogiczne [praca doktorska]. Białystok, Uniwersytet w Białymstoku, 2018. http://hdl.handle.net/11320/7797, (data pobrania 01.07.2021).

7. Gościniak M., Wójta-Kempa M.: Wiedza i postawy studentów wrocławskich uczelni na temat transplantacji szpiku kostnego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1 (1), 27-34.
8. Ławecka M., Gotlib J.: Analiza wiedzy i postaw pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych wobec dawstwa szpiku kostnego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, 19 (4), 425-430.
9. Rolka H., Mroczkowska H., Łukaszuk C. i wsp.: Przez śmierć ofiarowanie daru życia – opinie studentów kierunku zarządzanie i marketing PWSIiP w Łomży na temat przeszczepiania narządów od dawców żywych i martwych [w:] Drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B. (red.). ABIS, Białystok, Tom IV, 2008, 201-209.
10. Romanowska U., Lizak D., Jaśkiewicz J., Lipińska M.: Dawstwo i transplantacje narządów w opinii studentów pielęgniarstwa studiów uzupełniających pomostowych. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2012, 4, 123-128.
11. Ścieranka M., Mazur A., Budzińska K., Lisowska D., Smoleń E.: Znajomość przez studentów podstawowych pojęć i procedur w transplantacji związanych ze śmiercią mózgu z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych. Problemy Pielęgniarstwa, 2018, 26 (1), 44-50.
12. Kliś A., Trzcińska A.: Opinia pielęgniarek i położnych na temat transplantacji narządów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2015, 3, 182-186.
13. Rydzewska M., Małyszko M., Drobek N., Zajkowska A., Małyszko J.: Studenci ratownictwa medycznego promują ideę transplantacji narządów. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2017, 21 (4), 157-159.
14. Załuski W.: Czy słuszna jest zasada domniemanej zgody na pobieranie narządów od pacjentów? Prawo i Więź, 2014, 3 (9), 38-48.
15. Siennicka K., Marczewski K.: Pielęgniarki wobec problemu transplantacji. Aspekty Zdrowia i Choroby, 2018, 3 (1), 55-83.
16. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G., Naszydłowska E., Kozieł D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. Hygeia Public Health, 2013, 48 (1), 40-45.

EDUKACJA PACJENTEK Z CUKRZYCĄ CIĄŻOWĄ W PORADNI DIABETOLOGICZNEJ

Kostrzewa-Zabłocka Ewa

Oddział Diabetologiczny Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Poradnia Diabetologiczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej

WSTĘP

Cukrzyca ciążowa (GDM, gestationaldiabetesmellitus) według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) jest oprócz cukrzycy typu 1 i typu 2 jedną z głównych postaci klinicznych zaburzeń metabolizmu węglowodanów występujących w okresie ciąży. Dotychczasowe dane epidemiologiczne dotyczące występowania GDM w badanych populacjach są niejednoznaczne. Jej częstość szacuje się na 3–20% [1, 2]. Należy podkreślić, że kobiety, które w czasie ciąży zachorowały na cukrzycę, stanowią grupę o najwyższym prawdopodobieństwie, niespotykanym w innych grupach ryzyka, zapadnięcia na tę chorobę w przyszłości. We wstępnych badaniach retrospektywnych kobiet z GDM szacuje się występowanie upośledzonej tolerancji glukozy i cukrzycy po porodzie na 19–87%, w zależności od czasu, jaki upłynął od porodu, badanej populacji oraz przyjętych kryteriów rozpoznania [3].

W ciąży fizjologicznej dochodzi do dynamicznych zmian w zakresie gospodarki węglowodanowej. Normoglikemia utrzymywana jest dzięki równowadze między produkcją insuliny i wrażliwości na insulinę. W warunkach fizjologicznych insulinooporność zwiększa się w okresie ciąży, osiągając najwyższe wartości w II i III trymestrze ciąży. Patogeneza insulinooporności w okresie ciąży jest wieloczynnikowa, lecz główną rolę odgrywają hormony produkowane przez łożysko, na co wskazuje szybko normalizująca się wrażliwość na insulinę wkrótce po porodzie. Drugim czynnikiem mającym istotny wpływ na rozwój zaburzeń węglowodanowych w okresie ciąży jest niewystarczający kompensacyjny wzrost wydzielania insuliny. W większości przypadków GDM subkliniczne, genetycznie uwarunkowane zaburzenia wydzielania insuliny, występują już przed ciążą [2, 3].

Czynniki ryzyka hiperglikemii w ciąży, to: ciąża po 35 roku życia, w wywiadzie porody dzieci o dużej masie ciała (>4000 g), urodzenie noworodka z wadą rozwojową, zgony wewnątrzmaciczne w wywiadzie, nadciśnienie tętnicze, nadwaga, otyłość, rodzinny wywiad

w kierunku cukrzycy typu 2, rozpoznanie cukrzycy ciążowej w poprzednich ciążach, wielorództwo oraz zespół policystycznych jajników [4, 5].

Przebieg cukrzycy ciążowej jest zwykle bezobjawowy, więc zaburzenia węglowodanowe można wykryć jedynie podczas badania stężenia glukozy we krwi. Badania przesiewowe w kierunku wykrycia GDM mają ogromne znaczenie, gdyż stwierdzono, że nawet niewielkiego stopnia hiperglikemia podczas ciąży, zasadniczo zwiększa ryzyko powikłań położniczych i noworodkowych oraz negatywnie wpływa na dalszy rozwój dziecka [6]. Cukrzyca ciążowa jest schorzeniem stanowiącym zagrożenie zarówno dla kobiety ciężarnej, jak i rozwijającego się płodu. Tkanki rozwijającego się płodu są bardzo wrażliwe na zaburzenia metaboliczne zachodzące w organizmie matki. U kobiet z cukrzycą, nawet bardzo dobrze wyrównaną, zmiany stężenia glukozy we krwi i towarzyszące temu zaburzenia metaboliczne są znacznie częstsze niż u kobiet zdrowych [3].

Cukrzycę ciążową rozpoznaje się gdy spełnione jest przynajmniej jedno z kryteriów wymienionych w rozpoznaniu cukrzycy ciążowej na podstawie wyników 75 g OGTT według IADPSG 2010 i WHO 2013 czyli : na czczo 92-125 mg/dl, 60 minuta ≥180 mg/dl, 120. minuta 153-199 mg/dl.[7].

Zwiększone stężenie glukozy w organizmie matczynym, stanowi przyczynę powikłań ciąży, między innymi takich jak: wady wrodzone, poronienia i porody przedwczesne oraz makrosomia. Z tego względu dąży się do osiągnięcia dość rygorystycznie ustalonych celów terapeutycznych, ponieważ ryzyko powikłań matczynych i płodowych pozostaje w ścisłej zależności z wyrównaniem metabolicznym w okresie ciąży [7].

W trakcie terapii należy dążyć do wartości glikemii stwierdzanych u zdrowych ciężarnych. Na obecnym etapie wiedzy za docelowe uznaje się następujące wartości glikemii w samokontroli: na czczo i przed posiłkami: 70-90 mg/dl, maksymalna glikemia w 1. godzinie po rozpoczęciu posiłku:<140 mg/dl lub po 2 godz. <120 mg/dl oraz miedzy godziną 2.00 a 4.00: 70-90 mg/dl [5].

Pacjentki chore na GDM zwykle nie mają żadnych dolegliwości, czują się dobrze, dlatego początkowo mogą zaprzeczać chorobie i nie chcą podjąć leczenia. Ze względu na przebieg ciąży i konieczność natychmiastowego rozpoczęcia leczenia, skumulowana w czasie edukacja musi zawierać najbardziej potrzebne informacje. Pacjentki nie są w stanie zapamiętać wszystkich zaleceń przekazywanych ustnie przez zespół terapeutyczny, dlatego powinny otrzymać odpowiedni dla cukrzycy w czasie ciąży zestaw materiałów edukacyjnych [8].

Zgodnie z zaleceniami PTD system edukacji obejmuje zagadnienia dotyczące diety i monitorowania glikemii zarówno kobiet chorych na cukrzycę przedciążową, jak i w sytuacji

hiperglikemii w ciąży. Zagadnienia dotyczące insulinoterapii wprowadza się do edukacji pacjentek, które wymagają jej stosowania [5].

Zasadniczym lekiem, który ułatwia utrzymywanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi jest prawidłowa dieta. Przy cukrzycy ciążowej dieta powinna, realizować zasady zdrowego żywienia i ma za zadanie umożliwienie prawidłowego rozwoju dziecka. Musi więc dostarczać odpowiednie ilości poszczególnych składników, w tym nieco więcej niż poza ciążą białek (1,3g/kg masy ciała), a również zabezpieczyć zwiększone potrzeby energetyczne matki i równocześnie chronić ją przed niekorzystnym, nadmiernym przyrostem masy ciała [9].

Kolejnym „lekiem", który jest wykorzystywany do obniżania poziomów glikemii jest ruch. Jeżeli nie ma przeciwwskazań położniczych można wykonywać różne ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności, pływać, spacerować. Ważne jest, aby aktywność fizyczna była regularna, najlepiej codziennie powtarzana, co oczywiście nie oznacza wykonywania tych samych form ćwiczeń każdego dnia (mogą być różne, ale codziennie) [10].

Jeżeli modyfikacja diety i regularna aktywność fizyczna nie pozwalają na uzyskanie normalizacji poziomów glikemii, jedynym lekiem obniżającym stężenie cukru, który aktualnie jest dopuszczony do stosowania w czasie ciąży jest insulina [5].

Kobiety w ciąży powinny wykonywać pomiary glikemii samodzielnie, po odpowiednim przeszkoleniu przez pielęgniarkę mającą doświadczenie w opiece nad chorymi z cukrzycą. Liczba i pory oznaczania stężenia glukozy, powinny być uzależnione od natężenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej i stosowanego leczenia [11].

Istotnym elementem samokontroli jest również regularny pomiar masy ciała i jeżeli lekarz zaleci, również ciśnienia tętniczego krwi. Nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży, może powodować podobnie jak nieprawidłowy poziom cukru cechy makrosomii u płodu oraz szereg innych poważnych powikłań. Leczenie nadzorowane jest przez lekarza diabetologa, ginekologa i w razie potrzeby innych specjalistów. Uczestniczą w nim również zespoły edukacyjne - pielęgniarka diabetologiczna, położna, dietetyk. Wszystkie osoby biorące udział w leczeniu dążą do uzyskania prawidłowego przebiegu ciąży, dobrostanu płodu i uniknięcia jakichkolwiek powikłań ciąży u matki. Największe znaczenie w uzyskaniu dobrego wyrównania cukrzycy i uniknięciu jej powikłań, ma codzienne postępowanie kobiety ciężarnej, skrupulatne stosowanie się do zaleceń zespołu terapeutycznego, przestrzeganie diety w cukrzycy ciążowej, regularne zgłaszanie się na kontrolne wizyty lekarskie, korzystanie z pomocy zespołu edukacyjnego. Tylko aktywny udział w leczeniu i pełne zaangażowanie kobiety ciężarnej, może dać oczekiwane rezultaty i uniknąć niekorzystnych następstw cukrzycy ciążowej [12, 13].

Poleca się pacjentce sprawdzone aplikacje i strony internetowe, po aby mogła samodzielnie zapoznać się z problematyką GDM oraz przyswoić pewne informacje przed wizytą u diabetologa. Główne zagadnienia z zakresu samokontroli w GDM, to: monitorowanie glikemii, monitorowanie ciał ketonowych w moczu lub we krwi, dieta, insulinoterapia (jeżeli jest to konieczne) oraz aktywność fizyczna [4].

Edukacja jest podstawą w opiece diabetologicznej i leczeniu cukrzycy. Badanie *Diabetes Control and Complications Trial* dostarczyło pewnych dowodów, że skuteczna intensyfikacja leczenia cukrzycy zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań. Intensyfikacja leczenia wymaga skutecznej samokontroli, ta zaś wymaga stałego poszerzania wiedzy i nieustającego wsparcia. Edukacja powinna być prowadzona przez odpowiednio przeszkolonych profesjonalistów i winna być dostosowana do potrzeb różnych grup pacjentów i ich rodzin, zmieniających się w różnych okresach życia. Aby edukacja cukrzycowa była efektywna, musi być procesem ciągłym [8].

CEL PRACY

Celem pracy jest wykazanie roli pielęgniarki diabetologicznej w edukacji pacjentek z cukrzycą ciążową.

MATERIAŁ I METODY

Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: wieku, wykształcenia, odczuć związanych z rozpoznaną cukrzycą ciążową (GDM) oraz źródeł czerpania wiedzy o hiperglikemii. Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 2020 r.

WYNIKI

Ankietę przeprowadzono wśród 60 kobiet, które zgłosiły się ze skierowaniem od lekarza ginekologa do Poradni Diabetologicznej z powodu podwyższonej glikemii w teście diagnostycznym 75 g OGTT wykonanym w 24 a 28 tygodniem ciąży. Średnia wieku badanych to 35 lat. Większa część kobiet posiadała wykształcenie średnie (65%).

Z chwilą postawienia diagnozy o cukrzycy ciążowej, wystąpił: lęk (90%), smutek(100%), przerażenie (100%), niepokój o zdrowie dziecka i swoje (100%). Wszystkie

pacjentki pozyskiwały niepełną wiedzę z Internetu. Edukacja indywidualna z pielęgniarką uspokoiła w 90% pacjentki.

Emocje w trakcie pierwszej wizyty były tak duże, że była potrzeba reedukacji pacjentek (20 osób) za tydzień z powodu wykonywania błędów dietetycznych. Uzupełnieniem wiedzy stanowiły aplikacje medyczne z dietą i samokontrolą.

Wszystkie pacjentki na wizytach kontrolnych u lekarza diabetologa i pielęgniarki edukacyjnej twierdziły, że dieta oraz samokontrola wpłynęły na jakość ich życia.

DYSKUSJA

Wyniki badań własnych dowodzą, że przeprowadzona edukacja u pacjentek z cukrzycą ciążową wpłynęła istotnie statystycznie na przestrzeganie przez nie obowiązujących zaleceń wydanych przez lekarza i pielęgniarkę. Korzon-Burkowska i wsp. podają podobne wyniki [14]. Można zatem wnioskować, że program edukacyjny ukierunkowany na zmianę stylu życia oraz mający na celu rozwijanie skutecznych umiejętności radzenia sobie z chorobą i zwiększający motywacje pacjenta do przestrzegania zaleceń medycznych, pozytywnie wpływa na subiektywną ocenę jakości życia. Wyniki analizy wpływu czasu trwania choroby na ogólną ocenę jakości życia kobiet z cukrzycą ciążową są zaskakujące. Wskazują na fakt, że moment zdiagnozowania, jak również czas trwania choroby nie wpływał istotnie na jakość życia kobiet z cukrzycą ciążową. Inne wyniki w swojej pracy przedstawiły Kurowska i Szomszor [cyt. za 15], twierdząc, że im dłuższy czas trwania choroby, tym niższy poziom jakości życia chorych na cukrzycę. Także Pufal i wsp. [cyt. za 15] w swoich badaniach stwierdzili, że osoby, u których wykryto chorobę stosunkowo niedawno, znacznie lepiej oceniają jakość życia niż osoby, u których cukrzyca występuje dłużej. Istnieje wiele czynników, zarówno klinicznych, jak i socjodemograficznych, które istotnie oddziałują na sposób odczuwanej jakości życia [16].

Wyniki własnych badań wskazują, że kobiety z cukrzycą ciążową za czynniki kliniczne, najbardziej obniżające ich jakość życia, wybrały powikłania cukrzycowe, zmianę nawyków żywieniowych i obowiązek nakłuwania się kilka razy dziennie. Wynikać może to z tego, że wystąpienie powikłań cukrzycowych wiąże się z dodatkowymi obawami matki o stan zdrowia zarówno dziecka, jak i własny. Z kolei przystosowanie się do zmian nawyków żywieniowych, może sprawiać trudności ze względu na konieczność bardziej skrupulatnego przywiązywania uwagi na to, co się spożywa i w jakiej ilości. Zrozumiałe wydaje się, że obowiązek nakłuwania się kilka razy dziennie w celu pomiaru stężenia glukozy jest oceniane dość wysoko, jako czynnik obniżający jakość życia, gdyż niesie za sobą nieprzyjemne doznania bólowe [15].

Kolejnej analizie poddano wpływ wieku badanych na ich jakość życia. W przeprowadzonych badaniach istotne statystycznie okazało się, że poziom jakości życia był wyższy u kobiet młodych tylko w dziedzinie psychologicznej i socjalnej. W pozostałych dziedzinach jakość życia wszystkich kobiet bez względu na wiek była taka sama. Niemniej jednak występowała tu pewna tendencja wskazująca na to, że im starsze kobiety, tym minimalnie gorsza była ich jakość życia w dziedzinach fizycznej i środowiskowej. Pufal i wsp. w swoich badaniach potwierdzają obserwacje innych autorów prac naukowych, że jakość życia pogarsza się wraz z wiekiem [cyt. za 15].

Wyniki badań wskazują na dodatni związek między wiekiem kobiety w chwili rozpoznania GDM a wystąpieniem zaburzeń gospodarki węglowodanowej po porodzie [15]. W pracy Henry i Beischera prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy w przyszłości było istotnie wyższe u kobiet, u których rozpoznano GDM przed 25 rokiem życia [cyt. za 10]. Dodatkowo autorzy wykazali utrzymujące się plateau w grupie kobiet z GDM między 25 a 35 rokiem życia oraz kolejną znaczną tendencję wzrostową wśród osób powyżej 35 roku życia. Z kolei nieliczni autorzy nie wykazali dodatniej korelacji między wiekiem w chwili rozpoznania GDM, a wzrostem ryzyka zaburzeń gospodarki węglowodanowej w przyszłości [17].

Na ocenę ryzyka powikłań wynikających z cukrzycy ciężarnych ma wpływ nie tylko hiperglikemia, ale również okres ciąży, w którym występowała. Tkanki i narządy płodu są najbardziej wrażliwe na zaburzenia metaboliczne w okresie kluczowym dla rozwoju organogenezy. Szczególnie groźna w tym okresie jest hiperglikemia i specyficzne, teratogenne działanie D-glukozy. Zmiany metaboliczne w tym okresie mają najczęściej odzwierciedlenie w obrazie morfologicznym płodu. Hiperglikemia w pierwszych 8–10 tygodniach ciąży koreluje ze wzrostem liczby wad wrodzonych płodu [18].

Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej oraz rozwijającej się cukrzycy, często przez dłuższy czas niemej klinicznie, u pacjentek z GDM w wywiadzie, ponieważ istnieje potencjalne ryzyko rozwoju w przyszłości: choroby wieńcowej, udaru mózgu, miażdżycy tętnic obwodowych, nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego. Wobec istniejącego zagrożenia progresji cukrzycy i wyżej wymienionych chorób, bardzo istotne jest stworzenie właściwego schematu postępowania w celu profilaktyki, wczesnej diagnostyki i leczenia zaburzeń gospodarki węglowodanowej, które mogą się rozwinąć wkrótce po porodzie, często u młodych kobiet z GDM w wywiadzie [19]. Istnieje przekonanie, że wczesna diagnostyka cukrzycy oraz podjęcie w okresie poprzedzającym jawną cukrzycę licznych działań prozdrowotnych, poprzez wyeliminowanie nadwagi, utrzymanie prawidłowej masy ciała, stosowanie diety z ograniczeniem węglowodanów prostych,

przyjmowanie środków farmakologicznych, mogą opóźnić rozwój choroby, a tym samym — zapobiec groźbie rozwoju cukrzycy oraz powikłań naczyniowych lub oddalić to zagrożenie. GDM powinna być traktowana jako wczesna faza cukrzycy, która u znacznego odsetka kobiet i ich dzieci może się pojawić zaraz po porodzie lub w późniejszym okresie ich życia [20, 21].

Zadaniem pielęgniarki edukacyjnej jest przekazanie informacji o zasadności przestrzegania harmonogramu wizyt kontrolnych, gdyż jest to ciąża wysokiego ryzyka oraz wskazanie korzyści i niebezpieczeństw wynikających z lekceważenia zaleceń. Wykorzystując różnorodne metody i formy dydaktyczne, należy przybliżyć ciężarnej istotę choroby oraz zasady życia z cukrzycą. Ważnym działaniem pielęgniarki, edukatorki jest przygotowanie ciężarnej do samoopieki i samopielęgnowania. Zgodnie z teorią D. Orem samoopieka jest definiowana jako „aktywność, którą ludzie inicjują i realizują osobiście w stosunku do siebie samych, aby utrzymać własne życie i zdrowie oraz zapewnić dobre samopoczucie". Zmierza ona do podjęcia przez pacjenta, w toku uczenia się, pewnych zadań oraz odpowiedzialności za własne postępowanie. Koncepcja ta neguje wyręczenie pacjenta na korzyść aktywizowania go. Treści edukacyjne dominują nad czynnościami pielęgniarki [10].

Warunkiem prawidłowej współpracy pielęgniarki edukacyjnej z pacjentką z cukrzycą ciążową jest rozpoznanie potrzeb pacjentki, ocena wiedzy i umiejętności w zakresie radzenia sobie z chorobą oraz wynikającymi z niej problemami opiekuńczo-terapeutycznymi. Na podstawie zebranych informacji i obserwacji pielęgniarka powinna opracować szczegółowy plan postępowania oraz dokonać wyboru odpowiedniej metody pracy z ciężarną. Działania w tym przypadku powinny być ukierunkowane na doradzanie, udzielanie wskazówek oraz wsparcie psychiczne. Efektywne komunikowanie się osoby pomagającej z osobą oczekującą pomocy oraz motywacja i zdolność do wykonywania wymaganych czynności przez pacjentkę są warunkiem skuteczności zaplanowanych działań [11].

Przeprowadzona wspólnie z chorą weryfikacja efektów leczenia, podkreślenie sukcesów w terapii, przy równoczesnej analizie obszarów do poprawy, sprawiają, że kobieta rozumie potrzebę wprowadzenia zmian, a lekarz i pielęgniarka może je łatwiej i szybciej wdrożyć. Taki sposób działania umożliwia eliminację świadomych lub nieświadomych błędów popełnianych przez pacjentki [19].

WNIOSKI

1. Pielęgniarka edukacyjna w Poradni Diabetologicznej przeprowadza edukację nakłaniającą pacjentkę z cukrzycą ciążową do samokontroli glikemii, masy ciała, oznaczania ciał ketonowych w moczu, stosowania diety, aktywności fizycznej, insulinoterapii (jeżeli jest to konieczne) oraz systematycznej kontroli u lekarza diabetologa.
2. Podstawę leczenia cukrzycy ciążowej jest tzw. terapeutyczny styl życia, obejmujący zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, odpowiednio długi sen oraz unikanie stresu.
3. W edukacji pacjentek chorych na GDM należy położyć nacisk na jak najszybsze zdobycie wiedzy i postępowaniu w cukrzycy ciążowej.
4. W procesie edukacji uwzględnia się standardowo specjalne, medyczne aplikacje, strony internetowe i programy do analizy danych cukrzycowych.
5. Pielęgniarka wykorzystując w swej pracy przekazywanie wiedzy, staje się pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, a w opinii pacjentów – kompetentnym opiekunem. Nabycie umiejętności oceny stanu zdrowia i stosowanie edukacji, zapewnia lepszą opiekę, jest wyrazem poszerzenia kompetencji i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek, a także zwiększa prestiż zawodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Hebda-Szydło A.: Cukrzyca a ciąża. Terapia, 2003, 1, 11–17.
2. Moczulski D.: Diabetologia. Medical Tribune, Warszawa 2010, 158-168.
3. Ogonowski J.: Epidemiologia zaburzeń tolerancji węglowodanów u kobiet w ciąży [w:] Cukrzyca i ciąża, Cypryk K., Wender-Ożegowska E. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 194-196.
4. Kinalski M., Śledziewski A., Kuźmicki M.: Wskaźniki ryzyka ujawnienia się cukrzycy ciężarnych. Diabetologia Praktyczna, 2003, 4, 257–265.
5. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2021. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Praktyczna, 2021, 7(1), 80-84.
6. Wolnik B.: Patogeneza hiperglikemii u ciężarnych [w:] Cukrzyca i ciąża, Cypryk K., Wender-Ożegowska E. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 175-182.

7. Kinalski M., Topolska J., Zarzycka B.: Cukrzyca a ciąża. Terapia, 2000, 6–7(91), 13–16.
8. Benbenek-Klupa T., Targońska-Piekutowska E.: Edukacja kobiet w ciąży chorych na cukrzycę [w:] Cukrzyca i ciąża, Cypryk K., Wender-Ożegowska E. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 223-247.
9. Jeznach-Steinhagen A.: Żywienie osób z cukrzycą i chorobami towarzyszącymi. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 55-57.
10. Bień A.: Opieka nad kobietą ciężarną. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 242-254.
11. Szewczyk A.: Pielęgniarstwo Diabetologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 176-199.
12. Jóźwicka E., Karnafel W.: Cukrzyca a ciąża. Przewodnik Lekarza, 2000, 2, 82–83.
13. Strojek K., Kuzyszyn Z., Dąbrowski K.: Opieka diabetologiczna nad kobietami ciężarnymi chorymi na cukrzycę. Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna, 2003, 3(1), 105–108.
14. Korzon-Burakowska A.: Proces zapalenia a nietolerancja glukozy: perspektywie badanie cukrzycy ciążowej. Diabetologia Praktyczna 2004, 5(2), 85-94.
15. Kopacz K., Myśliwiec M., Techmańska I.: Cukrzyca ciążowa narastający problem diagnostyczny i epidemiologiczny. Diabetologia Praktyczna, 2011, 12(3), 96-102.
16. Łagoda K., Kobus G., Bachórzewska-Gajewska H.: Wpływ cukrzycy ciążowej na rozwój płodu i noworodka. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii, 2008, 4(4), 168-173.
17. Cypryk K., Loba J., Wiczyński J. i wsp. Ocena gospodarki węglowodanowej u kobiet z przebytą cukrzycą ciężarnych. Ginekologia Polska, 1994, 65, 665–670.
18. Szurkowska M.: Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 187-204.
19. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Diabetologia kliniczna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 127.
20. Bomba-Opoń D.: Ciąża powikłana cukrzycą. Nowa Klinika. Ginekologia, 2003, 10(5–6), 559–563.
21. Osiński W.: Nadwaga i otyłość. Aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 55-60.

OCENA POZIOMU WIEDZY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA NA TEMAT FIZYCZNEGO I PSYCHOLOGICZNEGO WPŁYWU NIKOTYNY NA ORGANIZM

Borkała Iwona[1], Szlenk-Czyczerska Elżbieta[2], Jenczura Anna Maria[2]

1. Szpital Wojewódzki w Opolu
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Palenie tytoniu jest nadal jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych na całym świecie, a wynikające z niego konsekwencje dotykają zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa. Nikotynizm odpowiada za około 5,1 mln zgonów rocznie, głównie z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych (nowotwory, choroby układu krążenia i układu oddechowego). Nie odnotowano kraju, w którym nikotynizm nie występowałby i nie byłby jednocześnie powodem pośrednio wpływającym na przedwczesny zgon czy wystąpienie chorób tytoniozależnych. Wiadomo jednak, że są kraje, które mogą poszczycić się najniższym odsetkiem osób palących – są to Kanada oraz Szwecja, gdzie odsetek ten wynosi odpowiednio 13% i 14% [1].

Badania na temat postaw wobec palenia tytoniu wskazują, że w Polsce odsetek osób po piętnastym roku życia deklarujących codzienne, nałogowe palenie tytoniu wynosił w 2017 roku aż 24%. Oznacza to, że niemal co czwarty Polak, poczynając od średniego wieku wczesnej adolescencji, był uzależniony od nikotyny. Okazało się, że liczba ta zmalała w porównaniu do lat poprzednich, biorąc pod uwagę okres od 2009 roku [2].

Obecnie szacuje się, że w roku 2030 patologiczne działanie nikotyny na organizm przyczyni się do śmierci blisko 8 milionów osób [3]. Długotrwałe palenie papierosów nie jest obojętne dla organizmu człowieka [4]. Nikotyna wpływa destrukcyjnie na cały organizm i prowadzi do rozległych zmian w wielu narządach oraz tkankach [5]. Kwestia uzależnienia od nikotyny rozpatrywana jest dwupłaszczyznowo – pierwsza, czyli fizyczna oraz druga – psychologiczna, zamiennie nazywana behawioralną. Obie są ze sobą ściśle powiązane [6].

Absolwenci kierunku pielęgniarstwo mają znaczący udział w kształtowaniu postaw innych ludzi wobec wartości, jaką jest zdrowie. Dlatego też, ważne są wyniki badań dotyczących oceny poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było przedstawienie poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm.

MATERIAŁ I METODY

Materiał empiryczny zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z 33 pytań. W związku z sytuacją epidemiologiczną (pandemia COVID-19) badanie przeprowadzono online wśród 106 studentów kierunku pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego, w tym 95 kobiet oraz 8 mężczyzn. Ankieta została udostępniona za pomocą aplikacji internetowej Microsoft Teams oraz dodatkowo rozpowszechniona za pomocą aplikacji Facebook. Respondenci zostali poinformowani o celu i anonimowości badania. Badanie prowadzono od 5 czerwca 2020 roku do 30 listopada 2020 roku. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie SPSS oraz MS Office 2019. W celu wykazania zależności pomiędzy określonymi zmiennymi wykorzystano test niezależności chi-kwadrat. Za poziom istotności ustalono $p = 0,05$.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu (Nr KB – 40/PI/2020).

WYNIKI

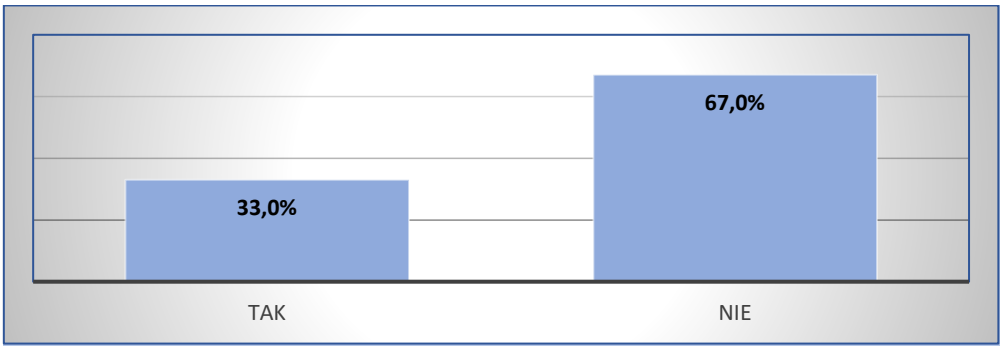
Charakterystyka grupy badanej

Wśród badanych dominowały kobiety 92,2%. Większość to osoby w wieku 22-23 lat (49,5%). Najwięcej studentów mieszkało na wsi – 41,7%. Niepozostawanie w związku deklarowało 50,5% respondentów, a 45,6% stanowiły osoby aktywne zawodowo. Wśród badanych 28,2% było studentami I roku studiów drugiego stopnia, 25,2% osób – studentami III roku studiów pierwszego stopnia, 21,4% osób – studentami I roku studiów pierwszego stopnia, 19,4% osób – studentami II roku studiów pierwszego stopnia oraz 5,8% osób – studentami II roku studiów drugiego stopnia (Tabela I).

Tabela I. Dane socjodemograficzne badanej grupy

Zmienna	n	%
Płeć		
Kobieta	95	92,20
Mężczyzna	8	7,80
Wiek		
Do 21 lat	27	26,20
22-23 lata	51	49,50
Od 24 lat	25	24,30
Miejsce zamieszkania		
Wieś	43	41,70
Miasto do 50 tys.	21	20,40
Miasto powyżej 50 tys.	15	14,60
Miasto powyżej 100 tys.	24	23,30
Aktywność zawodowa		
Bezrobotna/y	56	54,40
Aktywna/y zawodowo	47	45,60
Stan cywilny		
Niebędący w związku	52	50,50
W związku	51	49,50
Rok studiów		
I rok (studia I°)	22	21,40
II rok (studia I°)	20	19,40
III rok (studia I°)	26	25,20
I rok (studia II°)	29	28,20
II rok (studia II°)	6	5,80
Legenda: n - liczebność grupy; % - procent		

Na podstawie wyników badań, ustalono, że 33% (n = 34) badanych paliło papierosy, a pozostałe 67% (n = 69) osób deklarowało niepalenie tytoniu (Rycina 1).



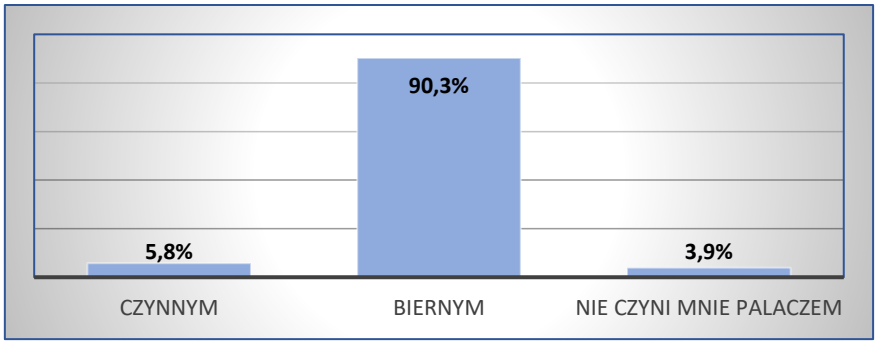
Rycina 1. Palenie papierosów przez studentów pielęgniarstwa

Odnotowano istotne różnice statystyczne pomiędzy paleniem papierosów przez ankietowanych, a paleniem tytoniu przez matkę i ojca oraz niepaleniem żadnego z rodziców (p = 0,011) (Tabela II).

Tabela II. Zależność pomiędzy paleniem papierosów przez ankietowanych, a paleniem tytoniu przez matkę i ojca oraz niepaleniem żadnego z rodziców

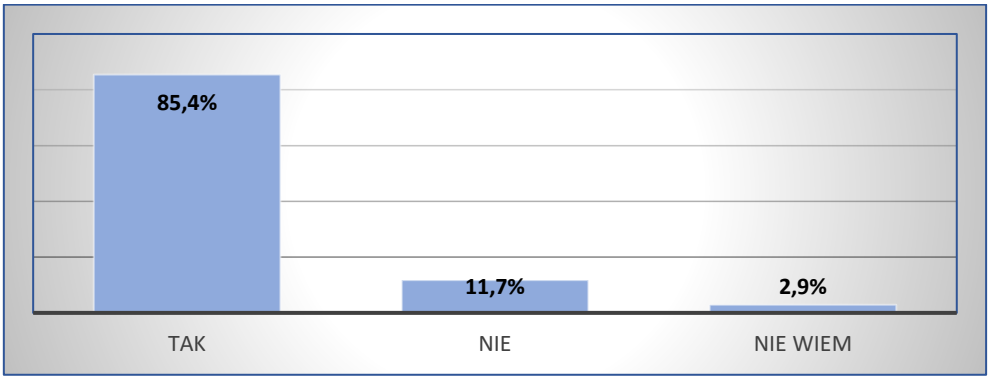
Zmienna				**Wynik testu Ch2**
Palenie papierosów		**Rodzice palący**		
		Tak	**Nie**	
Tak	n	21	13	$\chi^2 = 6,407$ $df = 1$ ***p = 0,011***
	%	47,70	22,00	
Nie	n	23	46	
	%	52,30	78,00	
Ogółem	n	44	59	
	%	100,00	100,00	
Legenda: χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna				

Zdecydowana większość respondentów (90,3%; n = 93) stwierdziła, że przebywanie w otoczeniu osób palących czyni ich palaczem biernym, natomiast 5,8% (n = 6) stwierdziło, że palaczem czynnym, a 3,9% (n = 4) respondentów odpowiedziało, że nie czyni ich palaczem (Rycina 2).



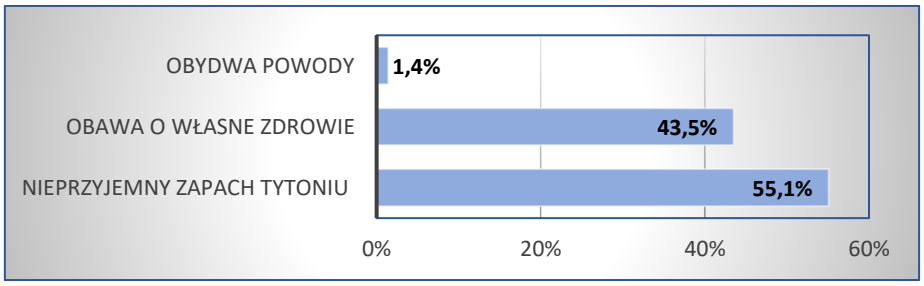
Rycina 2. Przebywanie w otoczeniu osób palących czyni palaczem

Większość respondentów stwierdziło, że przebywanie wśród osób palących naraża inne osoby na wystąpienie chorób odtytoniowych – 85,4% (n = 88) (Rycina 3).



Rycina 3. Osoba przebywająca w otoczeniu osoby palącej jest narażona na wystąpienie chorób odtytoniowych

Odnotowano, że 59,2% (n = 61) respondentów unika towarzystwa palaczy. Wśród tych osób, 55,1% (n = 38) deklarowało, że czyni to z uwagi na nieprzyjemny zapach tytoniu utrzymujący się przez długi czas, 43,5% (n = 30) z powodu obawy o własne zdrowie, natomiast 1,4% (n = 1) stwierdziło, że z obu powodów (Rycina 4).



Rycina 4. Powód unikania przez studentów towarzystwa palaczy

Stwierdzono, że istotnie częściej badani unikający towarzystwa palaczy byli świadomi narażania się na bycie biernym palaczem ($p < 0,001$) (Tabela III).

Tabela III. Zależność między unikaniem towarzystwa palaczy, a byciem świadomym zjawiska biernego palenia

Zmienna					**Wynik testu Ch2**
Świadomość narażenia na bycie biernym palaczem		**Poziom wiedzy**			
		Niski	Przeciętny	Wysoki	
Czynnym	n	15	16	3	$\chi^2 = 16,905$ $df = 2$ $\mathbf{p < 0,001}$
	%	60,00	35,60	9,10	
Biernym	n	10	29	30	
	%	40,00	64,40	90,90	
Ogółem	n	25	45	33	
	%	100,00	100,00	100,00	
Legenda: χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna					

Wiedza studentów pielęgniarstwa na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm

Na wstępie dokonano analizy poziomu wiedzy studentów na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm. Stwierdzono, że 43,7% badanych posiadało przeciętny poziom wiedzy na ten temat, wysoki poziom wiedzy prezentowało 32% osób. Najmniej liczną grupą okazały się osoby posiadające wiedzę na niskim poziomie – stanowiły 24,3% (Tabela IV).

Tabela IV. Ocena poziomu wiedzy na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm

Poziom wiedzy na temat fizycznego i psychicznego wpływu nikotyny na organizm	**n**	**%**
Niski	25	24,30
Przeciętny	45	43,70
Wysoki	33	32,00
Legenda: n – liczebność grupy; % - procent		

Wysoki poziom wiedzy posiadało 25,9% badanych do 21 roku życia, 41,2% w wieku 22-23 lata i 20% - od 24 roku życia, niski poziom wiedzy posiadało natomiast 18,5% badanych do 21 lat, 15,7% w wieku 22-23 lata i 48% - od 24 roku życia. Stwierdzono, że badani powyżej 24 lat istotnie częściej posiadali niski poziom wiedzy niż młodsi badani (Tabela V).

Tabela V. Zależność miedzy poziomem wiedzy a wiekiem badanych

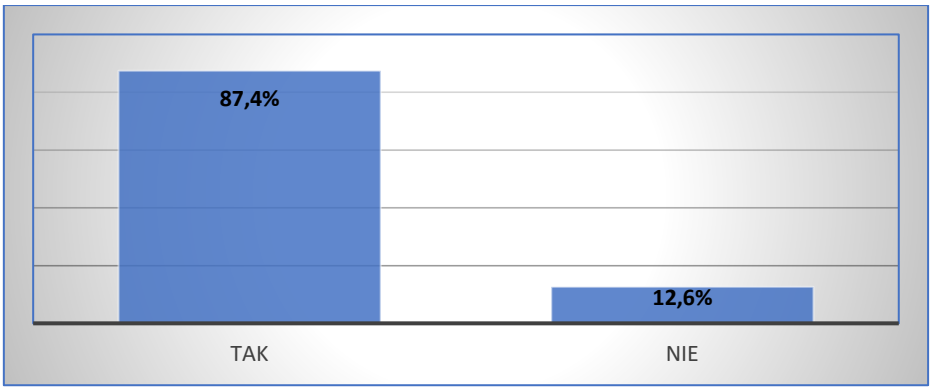
Zmienna					**Wynik testu Ch2**
Poziom wiedzy		**Wiek**			
		do 21 lat	22-23 lata	od 24 lat	
Niski	n	5	8	12	$\chi^2 = 12,147$ $df = 4$ $p = 0,016$
	%	18,50%	15,70%	48,00%	
Przeciętny	n	15	22	8	
	%	55,60%	43,10%	32,00%	
Wysoki	n	7	21	5	
	%	25,90%	41,20%	20,00%	
Ogółem	n	27	51	25	
	%	100,00	100,00%	100,00	
Legenda: χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność					

Odnotowano, że istnieje zależność między paleniem papierosów przez studentów pielęgniarstwa a poziomem ich wiedzy. Paliło papierosy 60% badanych posiadających niski poziom wiedzy, 35,6% posiadających przeciętny poziom wiedzy i 9,1% - wysoki (Tabela VI).

Tabela VI. Zależność miedzy paleniem papierosów a poziomem wiedzy

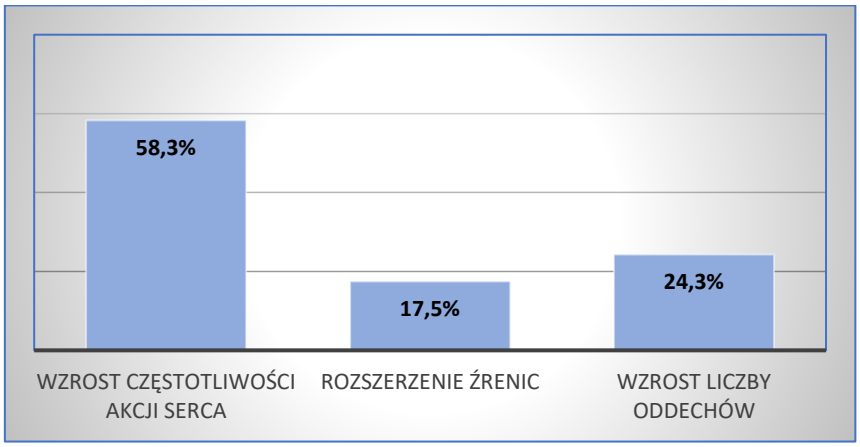
Zmienna					**Wynik testu Ch2**
Palenie papierosów		**Poziom wiedzy**			
		Niski	Przeciętny	Wysoki	
Tak	n	15	16	3	$\chi^2 = 16,905$ $df = 2$ $p < 0,001$
	%	60,00%	35,60%	9,10%	
Nie	n	10	29	30	
	%	40,00%	64,40%	90,90%	
Ogółem	n	25	45	33	
	%	100,00%	100,00%	100,00%	
χ^2 – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna					

Szczegółowa analiza poziomu wiedzy studentów na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm wykazała, że 87,4% (n = 90) badanych uważało, że osoby palące są bardziej narażone na zachorowanie na nowotwór płuc niż osoby niepalące (Rycina 5).



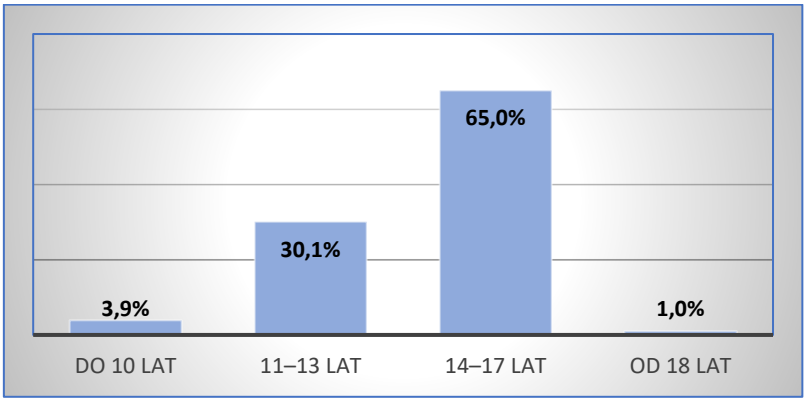
Rycina 5. Osoby palące są bardziej narażone na zachorowanie na nowotwór płuc niż osoby niepalące

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że natychmiastowym skutkiem działania nikotyny jest wzrost częstotliwości akcji serca – 58,3% (n = 60), 24, 3% (n = 25) osób sądziło, że nikotyna powoduje wzrost liczby oddechów, a 17,5% (n = 18) uznało, że rozszerza źrenice (Rycina 6).



Rycina 6. Osoby palące są bardziej narażone na zachorowanie na nowotwór płuc niż osoby niepalące

Na pytanie w jakim wieku najczęściej sięga się po raz pierwszy po papierosa, studenci pielęgniarstwa najczęściej odpowiadali, że w wieku 14-17 lat (Rycina 7).



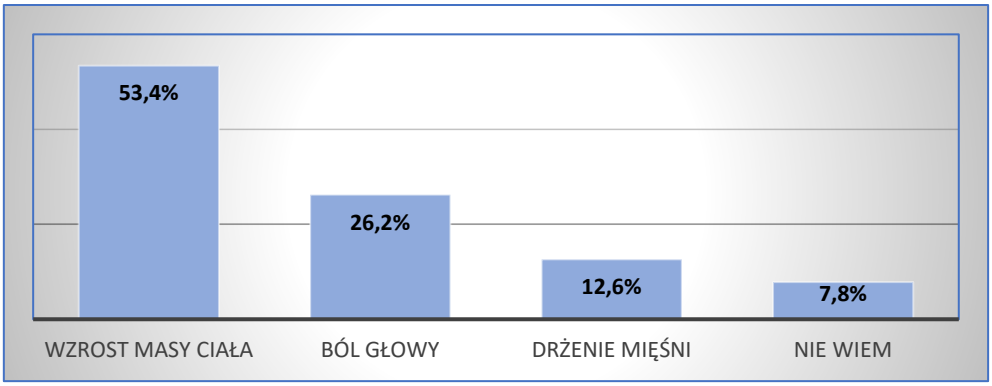
Rycina 7. Wiek sięgania po raz pierwszy po papierosa

Wśród badanej grupy studentów, 94,2% ankietowanych zauważyło negatywny wpływ nikotyny na spadek wydolności fizycznej organizmu. Przeważająca część respondentów 74,8% uważała, że nikotyna wpływa na obniżenie odporności, a 75,7% stwierdziło, że wpływa degradacyjnie na zmysł węchu i smaku (Tabela VII).

Tabela VII. Wpływ nikotyny na organizm w opinii studentów

Zmienna		**n**	**%**
Nikotynizm powoduje spadek wydolności fizycznej	Tak	97	94,20%
	Nie	6	5,80%
Nikotyna wpływa na obniżenie odporności	Tak	77	74,80%
	Nie	26	25,20%
Nikotyna wpływa degradacyjnie na zmysł węchu i smaku	Tak	78	75,70%
	Nie	25	24,30%
Legenda: n – liczebność grupy; % - procent			

Ponad połowa ankietowanych (53,4%; n = 55) uznała, że objawem fizycznym występującym najczęściej podczas abstynencji nikotynowej jest wzrost masy ciała. Natomiast, nieco ponad 26% (n = 27) uważało, że ból głowy (Rycina 8).



Rycina 8. Objawy fizyczne występujące najczęściej podczas abstynencji nikotynowej

Wśród badanej grupy studentów, 56,3% ankietowanych uznało, że czynnikiem wewnętrznym, który odpowiada za chęć sięgnięcia po pierwszego papierosa jest ciekawość. Natomiast, ponad połowa (56,3%) badanych sądziła, że chęć zaimponowania innym jest najczęstszym czynnikiem zewnętrznym, który odpowiada za chęć sięgnięcia po pierwszego papierosa (Tabela VIII).

Tabela VIII. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wywołujące chęć sięgnięcia po pierwszego papierosa

Zmienna		**n**	**%**
Czynnik wewnętrzny wywołujący chęć sięgnięcia po pierwszego papierosa	Chęć zminimalizowania stresu	30	29,10%
	Ciekawość	58	56,30%
	Bunt przeciw „autorytetom”	15	14,60%
Czynnik zewnętrzny wywołujący chęć sięgnięcia po pierwszego papierosa	Chęć zaimponowania gronu znajomych	58	56,30%
	Brak asertywności podczas namawiania do zapalenia	27	26,20%
	Uznanie nikotyny za „najmniej szkodliwą” z używek	18	17,50%

DYSKUSJA

Przede wszystkim należy zauważyć, że niski poziom wiedzy na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm posiadało mniej niż jedna czwarta badanych, wysoki – niespełna jedna trzecia, pozostali natomiast posiadali wiedzę na poziomie przeciętnym. W tym miejscu należy bezwzględnie pokreślić, że to właśnie studenci pielęgniarstwa w przyszłości pracując jako pielęgniarki/pielęgniarze mogą odgrywać istotną rolę w działaniach antynikotynowych i to bez względu na miejsce pracy. Niniejsze badania

wykazały także zależność między poziomem wiedzy a wiekiem badanych. W badaniach Sawickiej i wsp., okazało się, że wiek w żaden sposób nie koreluje z poziomem wiedzy [7]. Aby doprecyzować zależność poziomu wiedzy i wieku, należałoby przeprowadzić badania w zawężonych grupach wiekowych, a następnie poddać je analizie porównawczej względem siebie. Uzyskane wyniki, mogłyby posłużyć jako materiał do zaplanowania i przygotowania działań prewencyjnych dla określonych grup docelowych.

Furmanowska podkreśla, że występuje istotna zależność między występowaniem nikotynizmu u dzieci a paleniem papierosów przez ich rodziców. Zaburzony przez uzależnienie od nikotyny autorytet rodzica wpływa znacząco na kształtowanie stylu życia młodego dorosłego, w tym przypadku jest to wpływ zdecydowanie negatywny, powodujący występowanie zachowań patologicznych [8]. Wyniki niniejszego badania potwierdzają istnienie tego zjawiska – dzieci osób palących, same częściej stają się osobami uzależnionymi od nikotyny.

Wyniki badań prowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykazały zależność między unikaniem towarzystwa palaczy a byciem świadomym występowania biernego palenia. Respondenci w dużej mierze wskazywali ten powód jako przyczynę braku chęci spędzania czasu w obecności osób uzależnionych od nikotyny. Porównywalne wyniki uzyskali w swoim badaniu Binkowska-Bury i wsp. Badanie skierowane było do studentów jednej z rzeszowskich uczelni, którzy w blisko 80% uznali bierne palenie za równie szkodliwe, co czynne. W tym zakresie wszelkie doniesienia naukowe pozostają zgodne – tytoniu należy unikać bezpośrednio, jak i pośrednio. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt odnoszący się do umieralności – w ciągu roku, biorąc pod uwagę skalę międzynarodową, nikotyna zabija ponad 6 milionów osób, z czego blisko 600 tysięcy to palacze wyłącznie bierni [9]. Bierne palenie można jednak rozpatrywać w innym kontekście – antagonistycznym do poprzedniego. Mianowicie, należałoby skupić się na grupie palaczy, którzy inhalują dym tytoniowy w towarzystwie innych osób. Podniesienie świadomości biernego palenia w tej grupie odbiorców mogłaby wpłynąć na wykształcenie odpowiedzialności za społeczeństwo. Aby uzyskać pełen obraz wiedzy palaczy, należałoby przeprowadzić badania skupiające uwagę na ich stosunku do palenia w obecności innych. Uzyskane wyniki stanowiłyby fundament do ewentualnego wprowadzenia edukacji społecznej kierowanej do palących papierosy. Jej celem byłoby podniesienie odpowiedzialności za zdrowie innych oraz uświadomienie, że chwilowa przyjemność inhalacji dymu tytoniowego może pośrednio odbierać szansę na zdrowie, a nawet długie życie osobie znajdującej się obok.

Za główny powód, dla którego sięga się po pierwszego papierosa respondenci niniejszego badania wskazywali ciekawość. W badaniu Walewskiej i wsp. stwierdzono natomiast, że to chęć poczucia szeroko rozumianej przyjemności motywuje do zapalenia papierosa [10]. Porównując oba badania, można doszukać się podobieństw. Obie analizy wskazują na to, że znaczna część respondentów podaje chęć zminimalizowania odczuwanego stresu jako czynnik motywujący do zapalenia. W związku z tym należałoby bezwzględnie podnieść świadomość studentów pielęgniarstwa na temat niebezpiecznych skutków stresu doświadczanego w trakcie toku nauczania, a później w pracy zawodowej. Wsparcie psychologiczne oraz gruntowne przygotowanie odnoszące się do higieny psychicznej mogłaby przynieść ogromne korzyści.

Gallas i Przybysz podają, że wiekiem inicjacji nikotynowej jest przedział od 12 do 13 lat [11]. W niniejszym badaniu okazało się, że respondenci wskazują inny przedział wiekowy - oscylujący między 14 a 17 rokiem życia. Na tle wspomnianego wcześniej badania, wydaje się zadowalająca kwestia podniesienia średniej wieku. To jednak nie zmienia faktu, że niepokojącym pozostaje zjawisko nikotynizmu wśród nastolatków. Konieczne jest poszerzenie działań polityki antynikotynowej, w tym edukowanie przez pielęgniarki młodzieży poniżej 14 roku życia. Wdrożenie zaproponowanych działań znajduje uzasadnienie w wynikach badań Pakulskiej-Korcali dotyczących częstości palenia tytoniu wśród 14-letnich uczniów sopockich szkół. Okazało się, że co piąty uczeń przyznaje się do palenia papierosów – sporadycznie lub nałogowo [12]. Jako osoby dorosłe nie powinniśmy przechodzić obojętnie obok tego zjawiska. Szczególną odpowiedzialnością powinny wykazać się osoby będące przedstawicielami systemu ochrony zdrowia. Pomaganie drugiemu człowiekowi to nie tylko udzielanie świadczeń medycznych, ale również rozpoznawanie jego sytuacji oraz identyfikacja potrzeb, na podstawie których buduje się plan wdrażania działań profilaktycznych mających na celu zabezpieczenie jego zdrowia, a tym samym przyszłości.

Bezwzględnie należałoby podnosić wiedzę społeczeństwa, aby zmniejszyć liczbę zachorowań na choroby odtytoniowe oraz zapobiec nowym zachorowaniom. Pod tym względem nieoceniona wydaje się być rola personelu pielęgniarskiego w postaci prowadzenia wykładów edukacyjnych oraz promowania szeroko pojętego prozdrowotnego stylu życia. Horbowska na podstawie wyników autorskich badań wskazuje, że „zdrowie" jako wartość jest umieszczane w pobliżu szczytu hierarchii wartości [13].

Podsumowanie niniejszej pracy zdaje się świetnie pasować do konkluzji Łukasik na temat szeroko pojętego zagadnienia zdrowia. Podkreśla ona, że kluczowym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest zbyt niski poziom świadomości społeczeństwa.

Jest on wywołany niskim poziomem wiedzy wynikającym z wieloletnich zaniedbań w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych [14]. Wyniki niniejszej pracy zdają się potwierdzać zdanie autorki, ponieważ zdecydowana liczba studentów pielęgniarstwa będących palaczami wykazywała niski poziom wiedzy. Ten niepokojący fakt potęgują doniesienia innych autorek, które w 2020 roku prowadzały badania mające na celu analizę zachowań zdrowotnych studentów kierunków medycznych. Niestety wyniki jednoznacznie wskazują, że studenci pielęgniarstwa prowadzą najbardziej niezdrowy styl życia. Grupami porównawczymi byli studenci położnictwa oraz studenci fizjoterapii [15].

Podsumowując, należy podkreślić, że należałoby bezwzględnie podnieść świadomość studentów pielęgniarstwa na temat zjawiska autorytetu medycznego. Studenci, jako przyszli pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi, że ich zachowanie względem własnego zdrowia będzie determinowało wiarygodność realizowanych programów profilaktycznych wśród pacjentów.

WNIOSKI

1. Wysoki poziom wiedzy na temat fizycznego i psychologicznego wpływu nikotyny na organizm posiadała niespełna jedna trzecia studentów pielęgniarstwa, niski – mniej niż jedna czwarta badanych, pozostali natomiast posiadali wiedzę na poziomie przeciętnym.
2. Studenci pielęgniarstwa, którzy deklarowali palenie papierosów to w większości osoby, których rodzice również byli uzależnieni od nikotyny.
3. Studenci pielęgniarstwa, którzy palą papierosy mają świadomość podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób odtytoniowych.
4. Najczęstszym powodem unikania towarzystwa palaczy przez studentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu jest długo utrzymujący się i nieprzyjemny zapach dymu tytoniowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojtasiński Z.: Spada liczba palaczy w Polsce, ale nadal pali 8 mln Polaków. Puls Medycyny, https://pulsmedycyny.pl/spada-liczba-palaczy-w-polsce-ale-nadal-pali-8-mln-polakow-976049 , (data pobrania 12.12.2020).
2. Główny Urząd Statystyczny. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf , (data pobrania 15.01.2021).

3. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43818 (data pobrania 19.01.2021).
4. Chądzyński R., Woźniak K., Nowogórska A., Domagała-Kulawik J.: Narażenie na palenie bierne wśród czynnych palaczy tytoniu i osób niepalących. Pneumonologia i Alergologia Polska, 2009, 77, 440-445.
5. Majewski J., Bernat K., Jarosz M.J.: Wpływ palenia tytoniu na błonę śluzową jamy ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii – na podstawie piśmiennictwa. Aspekty zdrowia i choroby, 2017, 2 (1), 19-25.
6. Nowak D., Wojciechowska M., Kopański Z., Brukwicka I., Uracz W., Rowiński J., Maslyak Z., Sklyarov I.: Mechanizm, objawy i rozpoznanie uzależnienia od tytoniu. Journal of Clinical Healthcare, 2014, 4, 10-13.
7. Sawicka K., Łuczyk R., Zięba K., Łuczyk M.: Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu w wybranej grupie Polaków. Journal of Education, Health and Sport, 2015, 5 (8), 395-416.
8. Furmanowska M.: Oddziaływania projektowe promujące zdrowy styl życia dziecka. Repozytorium Uniwersytetu Wrocławskiego. Wrocław. Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, 2017. https://repozytorium.uni.wroc.pl/publication/94508/edition/89118/oddzialywania-projektowe-promujace-zdrowy-styl-zycia-dziecka-furmanowska-miroslawa, (data pobrania 22.12.2020).
9. Binkowska-Bury M., Sałacińska I., Więch P., Januszewicz P.: Palenie tytoniu wśród studentów pierwszego roku rzeszowskich uczelni. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, 21 (1), 101-106.
10. Walewska E., Ścisło L., Szczepanik A.M., Nowak A., Gądek M., Machnik K.: Palenie tytoniu wśród pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2015, 3, 170-175.
11. Gallas M., Przybysz M.: Stosunek gdańskich gimnazjalistów do problemu palenia tytoniu i używania wyrobów tytoniowych. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2019, 9 (1), 51-55.
12. Pakalska-Korcala A., Suligowska K., Wolańczyk T., Zdrojewski T.: Depresja i palenie papierosów – powszechne problemy zdrowotne wśród polskich 14-latków. Wyniki badania SOPKARD-Junior. Psychiatria Polska, 2021, 55 (1), 113-125.
13. Horbowska J.: Wartość „zdrowie" i jej miejsce w hierarchiach wartości młodzieży i osób dorosłych. Roczniki Pedagogiczne, 2017, 9 (45), 147-158.

14. Łukasik I.M.: Budowanie świadomości zdrowotnej orientacji na przyszłość wyzwaniem edukacji zdrowotnej. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 2019, 37 (4), 94-106.
15. Radosz Z., Tomaszewska-Kumela P., Paplaczyk M., Gruszczyńska M.: Zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych. Rozprawy społeczne, 2020, 14 (2), 151-164.

OCENA STANU WIEDZY KOBIET CIĘŻARNYCH NA TEMAT STYMULACJI TKANEK MIĘKKICH KROCZA PRZED PORODEM DROGAMI I SIŁAMI NATURY

Gierszewska Małgorzata[1], Graczkowska Dominika[2], Gebuza Grażyna[1], Kaźmierczak Marzena[1], Dombrowska-Pali Agnieszka[1,3], Mieczkowska Estera[1,4]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Kierunku Położnictwo II Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
4. Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

WSTĘP

W trakcie porodu mięśnie dna miednicy narażone są na duże siły parcia, które skutkują intensywnym rozciąganiem się tych mięśni. U kobiety rodzącej bardzo istotnym elementem jest ochrona tkanek miękkich krocza, ale także odpowiednie przygotowanie ich do porodu w trakcie trwania ciąży. Niestety niekiedy żadne z tych działań nie są podejmowane. Wystąpienie urazów kanału rodnego niesie ze sobą niekiedy poważne i niebezpieczne powikłania. Do powikłań krótkoterminowych należą: ból, krwiaki, dyskomfort w okolicy krocza a także krwotoki. Oprócz wyżej wymienionych dolegliwości mogą wystąpić także powikłania, które ujawniają się po jakimś czasie. Należą do nich np. obniżenie satysfakcji seksualnej, wysiłkowe nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca. Zbyt szybko wyżynająca się główka może spowodować duże obrażenia w okolicy krocza, dlatego tak bardzo ważne jest, aby w trakcie ciąży zadbać o prawidłowe przygotowanie tkanek miękkich krocza, a także, aby w trakcie porodu personel medyczny odpowiednio chronił krocze [1].

Najczęstszym powikłaniem obejmującym tkanki miękkie krocza w trakcie porodu jest pęknięcie krocza lub pęknięcie szyjki macicy. W Polsce, aż u ponad 22% kobiet stwierdzono uszkodzenie tkanek miękkich krocza po porodzie drogami i siłami natury. Pęknięcie krocza częściej dotyka pierwiastek, bo aż 20-30% kobiet podczas porodu bez episiotomii. Do najczęstszych przyczyn pęknięcia krocza zalicza się pierwszy poród, makrosomia płodu, wysokie krocze <3cm, porody zabiegowe (kleszcze, próżnociąg),

przedłużony czas porodu, stosowanie oksytocyny podczas porodu, nieprawidłowe ustawienia lub ułożenia główki podczas porodu, a także ucisk na dno macicy podczas II okresu porodu. Dodatkowo urazy krocza występują częściej u kobiet otyłych. Wśród nich częściej dochodzi do pęknięcia krocza, dystocji barkowej, a także zabiegowego ukończenia porodu [2].

Nacięcie krocza było znane już w XIX wieku, gdzie kanadyjski socjolog Ian Graham opisywał je jako ostateczną interwencję podczas porodu z powodu obaw o wystąpienie infekcji. W wieku XX propagator nacięć krocza Joseph De Lee opublikował tezę, że każdy poród jest procesem patologicznym i wymagana jest interwencja chirurgiczna. Według niego poród polegał na usypianiu kobiety, dokonywaniu rozległego nacięcia krocza i wydobywaniu dziecka za pomocą kleszczy. Dzięki pracom De Lee nacięcie krocza zyskiwało popularność prawie na całym świecie. W latach 80 – tych XX wieku nikt nie kwestionował konieczności nacinania krocza podczas porodu, pomimo że nie były nigdy ukazane zalety tego zabiegu [3]. W tym samym czasie zaczęła się rozwijać medycyna oparta na faktach, która ukazała konieczność zmniejszenia rutynowego nacięcia krocza. W wyniku tych badań większość państw zaczęło odstępować od rutynowej episiotomii. Jednak do dnia dzisiejszego w niektórych krajach odsetek nacięć krocza nadal jest bardzo wysoki.

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uzasadnione zastosowanie nacięcia krocza szacuje się na 5-20% wszystkich porodów. WHO wskazuje, że nie ma dowodów na to, aby efektywna episiotomia niosła za sobą korzyści, a wręcz przeciwnie, powinno się rezygnować z niej na rzecz ochrony krocza [3].

Każda kobieta przygotowując się do porodu może, a nawet wskazane jest, aby stymulowała tkanki miękkie i przygotowała je do rozciągania. Stymulacja nie tylko może zmniejszyć ryzyko nacięcia lub pęknięcia krocza, ale także ułatwi powrót tych mięśni do stanu sprzed porodu. Kobieta będzie wiedziała, które mięsnie ma ćwiczyć po porodzie, aby po czasie nie borykała się z problemami wypadającego narządu rodnego czy obniżonej satysfakcji seksualnej. Do metod przygotowujących krocze do porodu (stymulujących tkanki miękkie) należą: masaż krocza olejkami, ćwiczenia mięśni Kegla, korzystanie z urządzeń do tego przystosowanych [4].

CEL PRACY

Głównym celem pracy była ocena stanu wiedzy kobiet na temat stymulacji tkanek miękkich krocza przed porodem drogami i siłami natury oraz ustalenie źródeł wiedzy kobiet na ten temat.

Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Ocena odsetka kobiet korzystających z metod stymulacji tkanek miękkich krocza i metod przez nie wykorzystywanych.
2. Ocena wiedzy na temat korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza.
3. Ocena zmiennych różnicujących stan wiedzy kobiet na temat stymulacji tkanek miękkich krocza.
4. Ocena wiedzy na temat określenia okresu ciąży w którym powinno rozpocząć się stymulację tkanek miękkich krocza w odniesieniu do poszczególnych metod.
5. Ocena zasad korzystania z metod stymulacji tkanek miękkich krocza.
6. Ocena roli położnej w pozyskiwaniu wiedzy przez kobiety na temat stymulacji tkanek miękkich krocza.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono na podstawie analizy kwestionariusza własnego, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB505/2018), Dyrekcji Wielospecjalistycznego Ośrodka Zdrowia GRYF-MED w Bydgoszczy oraz Przychodni Ogrody w Bydgoszczy.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, natomiast narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnej przygotowany w celu oceny wiedzy kobiet na temat ochrony krocza oraz sprawdzenie zaangażowania kobiet do ćwiczenia mięśni krocza. Wykorzystano model regresji logistycznej, w celu ustalenia istnienia związku badanych zmiennych niezależnych (rodności, wieku, wielkości zamieszkiwanej miejscowości) na stan wiedzy z różnego zakresu (korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza, wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla, znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania, znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza, świadomość zmniejszenia urazów poprzez masaż krocza, wiedzę na temat ułatwienia świadomego "sterowania" mięśniami w II okresie porodu oraz zmniejszenia ryzyka pęknięcia krocza lub konieczności jego nacięcia dzięki ćwiczeniom mięśni Kegla oraz umiejętność wskazania 3 tygodni przed planowanym terminem porodu jako odpowiedni okres rozpoczęcia ćwiczeń z przyrządem do stymulacji tkanek miękkich krocza). Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p<0,05$.

Badana próba liczyła 100 kobiet. W analizie statystycznej uwzględniono kobiety będące w ciąży (pierwiastki i wieloródki).

Biorąc pod uwagę wiek badanych kobiet, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 20 – 30 lat – 61%, powyżej 30 roku życia było 36% respondentek, natomiast poniżej 20 roku życia – 3%. Określając miejsce zamieszkania, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety zamieszkujące duże miasto – 68%, mieszkankami wsi było jedynie 7% badanych. Oceniając rodność badanych kobiet, pierwiastki stanowiły 49%, zaś wieloródki – 51%.

WYNIKI

1. **Ocena korzystania z metod stymulacji tkanek miękkich krocza wykorzystując ćwiczenia mięśni Kegla**

W badanej grupie kobiet (n=100) wykonano analizę sprawdzając ich stan wiedzy w zakresie stymulacji tkanek miękkich krocza (Tabela I).

Tabela I. Stan wiedzy kobiet na temat stymulacji tkanek miękkich krocza

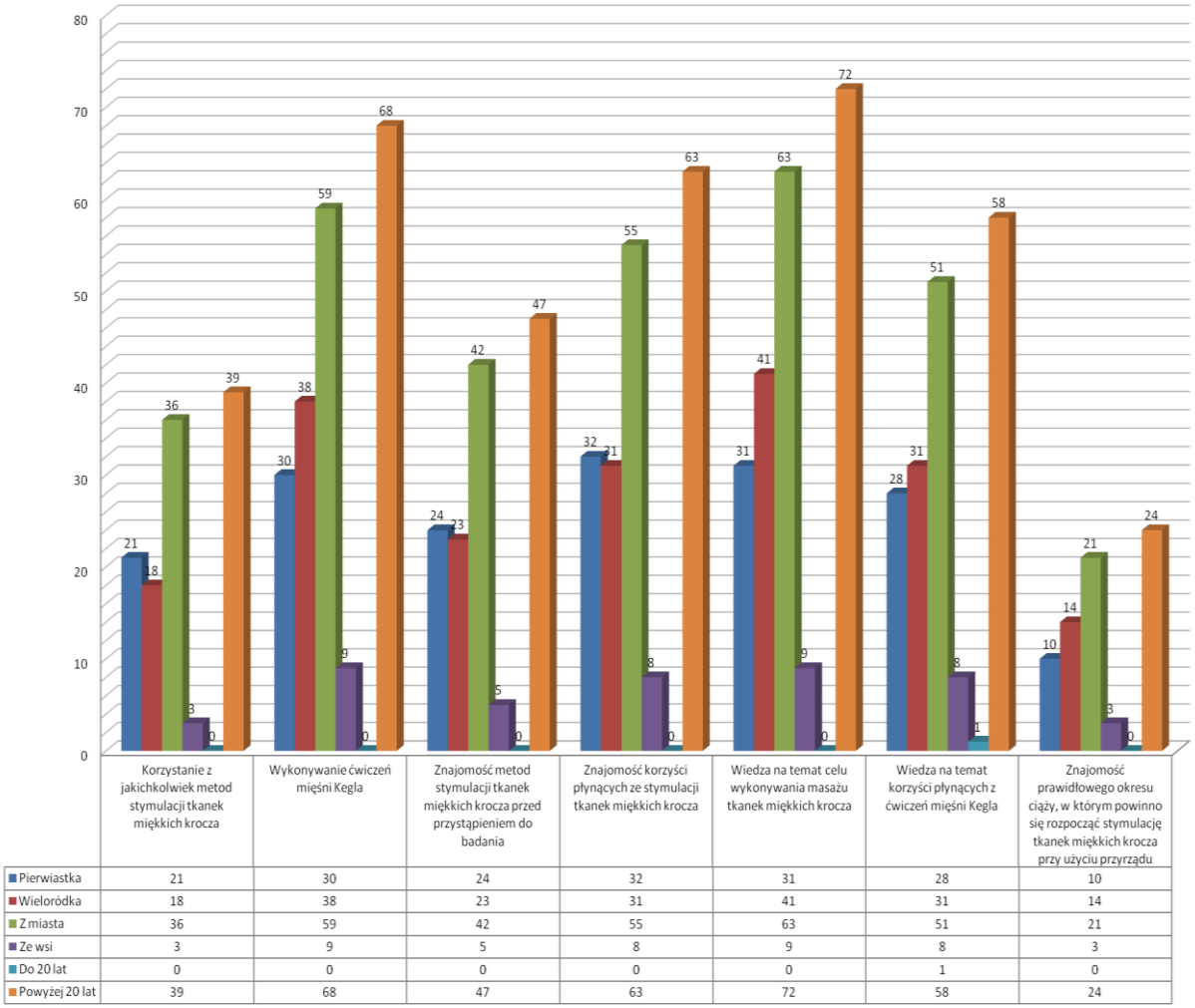
	Posiada wiedzę %	**Nie posiada wiedzy %**
Korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza	39	61
Wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla	68	32
Znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania	47	53
Znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza	63	37
Wiedza na temat celu wykonywania masażu tkanek miękkich krocza	72	28
Wiedza na temat korzyści płynących z ćwiczeń mięśni Kegla	59	41
Znajomość prawidłowego okresu ciąży, w którym powinno się rozpocząć stymulację tkanek miękkich krocza przy użyciu przyrządu	24	76
Posiadanie wiedzy w każdym ze wskazanych zagadnień	14	86

Przeprowadzono analizę badanej grupy kobiet (n=100) sprawdzając jakie były najczęstsze metody stymulacji mięśni miękkich krocza. Z danych wynika, że aż 55% wykorzystywało przewidywaną metodę, czyli ćwiczenia mięśni Kegla. Pozostałe kobiety wykonywały masaż krocza 38%, a jedynie 7% używało przyrządów przygotowujących do porodu drogami natury.

W badanej grupie kobiet (n=100) przeprowadzono analizę, aby zweryfikować, ile z kobiet zna korzyści płynące ze stymulacji tkanek miękkich krocza. Dane wykazują, że większa część kobiet 63% znała korzyści płynące ze stymulacji tkanek miękkich krocza, a pozostałe 37% nie potrafiły wskazać jakichkolwiek pozytywów.

2. Wpływ zmiennych niezależnych na stan wiedzy kobiet w zakresie stymulacji tkanek miękkich krocza

Celem ustalenia, czy analizowane predykaty niezależne wykazują wiązek ze stanem wiedzy kobiet na temat stymulacji tkanek miękkich krocza, zastosowano model regresji logistycznej. W podsumowaniu regresji dla siedmiu zależności (korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza, wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla, znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania, znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza, świadomość zmniejszenia urazów poprzez masaż krocza, wiedzę na temat ułatwienia świadomego "sterowania" mięśniami w II okresie porodu oraz zmniejszenia ryzyka pęknięcia krocza lub konieczności jego nacięcia dzięki ćwiczeniom mięśni Kegla oraz umiejętność wskazania 3 tygodni przed planowanym terminem porodu jako odpowiedni okres rozpoczęcia ćwiczeń z przyrządem do stymulacji tkanek miękkich krocza) potwierdzających wiedzę kobiet w tym zakresie, żadna z trzech zmiennych nie okazała się istotna statystycznie. Wyniki badań przedstawiają odpowiednio: (Tabela II-VIII). Prawdopodobnie przy zastosowaniu dodatkowej ilości zmiennych i posiadania większej próbki badanych kobiet, mogłoby się udać wykazać istotną statystycznie zmienną ($p<0,05$).



	Korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza	Wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla	Znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania	Znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza	Wiedza na temat celu wykonywania masażu tkanek miękkich krocza	Wiedza na temat korzyści płynących z ćwiczeń mięśni Kegla	Znajomość prawidłowego okresu ciąży, w którym powinno się rozpocząć stymulację tkanek miękkich krocza przy użyciu przyrządu
Pierwiastka	21	30	24	32	31	28	10
Wieloródka	18	38	23	31	41	31	14
Z miasta	36	59	42	55	63	51	21
Ze wsi	3	9	5	8	9	8	3
Do 20 lat	0	0	0	0	0	1	0
Powyżej 20 lat	39	68	47	63	72	58	24

Rycina 1. Stan wiedzy kobiet według poszczególnych zmiennych

Tabela II. Korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	21,068	23205,456	0	0,999	1411647949	0	.
Z miasta	0,469	0,727	0,415	0,519	1,598	0,384	6,649
Wieloródka	-0,42	0,418	1,011	0,315	0,657	0,29	1,49

Tabela III. Wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	21,738	23205,434	0	0,999	2759962860	0	.
Z miasta	-1,426	1,081	1,74	0,187	0,24	0,029	1,999
Wieloródka	0,421	0,451	0,87	0,351	1,523	0,629	3,686

Tabela IV. Znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	21,282	23205,423	0	0,999	1748154253	0	.
Z miasta	-0,093	0,67	0,019	0,89	0,911	0,245	3,39
Wieloródka	-0,287	0,408	0,493	0,483	0,751	0,337	1,672

Tabela V. Znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	21,966	23205,412	0	0,999	3465009159	0	.
Z miasta	-0,886	0,825	1,152	0,283	0,412	0,082	2,079
Wieloródka	-0,417	0,433	0,926	0,336	0,659	0,282	1,541

Tabela VI. Świadomość zmniejszenia urazów poprzez masaż krocza ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	21,848	23205,423	0	0,999	3079351451	0	.
Z miasta	-1,195	1,087	1,21	0,271	0,303	0,036	2,547
Wieloródka	0,667	0,476	1,963	0,161	1,948	0,766	4,95

Tabela VII. Wiedza na temat ułatwienia świadomego "sterowania" mięśniami w II okresie porodu oraz zmniejszenia ryzyka pęknięcia krocza lub konieczności jego nacięcia dzięki ćwiczeniom mięśni Kegla ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	0,964	1,262	0,583	0,445	2,621	0,221	31,12
Z miasta	-1,08	0,82	1,734	0,188	0,339	0,068	1,695
Wieloródka	0,059	0,419	0,02	0,887	1,061	0,467	2,412

Tabela VIII. Umiejętność wskazania 3 tygodni przed planowanym terminem porodu jako odpowiedni okres rozpoczęcia ćwiczeń z przyrządem do stymulacji tkanek miękkich krocza ze względu na wybrane zmienne – model regresji logistycznej

	wsp. B	błąd b	stat. Walda	wartość p	iloraz szans	-95% CI	+95% CI
Wiek kobiety >20 lat	19,896	23205,418	0	0,999	437428458,4	0	.
Z miasta	-0,274	0,737	0,139	0,709	0,76	0,179	3,22
Wieloródka	0,301	0,477	0,398	0,528	1,351	0,531	3,437

3. Określenie głównego źródła pozyskiwania wiedzy przez kobiety na temat stymulacji tkanek miękkich krocza

Najczęstszym źródłem wykorzystywanym do zdobycia wiedzy na temat stymulacji tkanek miękkich były media - Internet i telewizja - 77% badanej próby kobiet. Tylko 23% kobiet przyznało, że szukało informacji w pozostałych źródłach (książki, czasopisma, lekarz, położna, szkoła rodzenia, ginekolog i znajomi).

Badaną próbę kobiet (n=100) poddano analizie, w celu sprawdzenia ich znajomości okresu, w którym powinno się rozpocząć stymulację tkanek miękkich krocza, poprzez wykonywanie masażu. Poprawny okres (ok. 32-36 tydzień ciąży) wskazało 52% kobiet, a błędne odpowiedzi wybierało 48% ankietowanych kobiet.

Na tej samej grupie kobiet (n=100) dokonano analizy, aby zweryfikować, czy określą one poprawnie czas, w którym powinno rozpocząć się stymulację tkanek miękkich przy użyciu przyrządu (balonik Aniball). Większa część z nich (76%) wskazała poprawny okres (3 tygodnie przed planowanym porodem), w którym należy rozpocząć stymulację, a pozostałe 24% podawały nieprawidłowe przedziały czasowe.

Dodatkowo sprawdzono, czy kobiety potrafią określić prawidłowy okres, w którym powinno rozpocząć się stymulację tkanek miękkich ćwicząc mięśnie Kegla. Wskazań poprawnych odpowiedzi (od początku ciąży) było 71%, co dawało 29% nieprawidłowo wskazanych okresów.

W badanej grupie kobiet (n=100) przeprowadzono analizę, weryfikującą znajomość zasad, którymi należy się kierować podczas masażu, w celu stymulacji tkanek miękkich krocza. Dane wykazują, że 68% kobiet potrafiło wskazać prawidłową zasadę wykonywania masażu (rozluźniając mięśnie), a pozostałe 32% podawało nieprawidłowe odpowiedzi (spinając mięśnie krocza, w trakcie ćwiczeń mięśni Kegla, spinając pośladki).

Dokonano także analizy na badanej próbie kobiet (n=100), w celu sprawdzenia, ile z nich zna zasady korzystania z przyrządu, w celu stymulacji tkanek miękkich krocza. Dane prezentują, że 23% kobiet potrafi określić jak stosować balonik Anibal (na niewielkim obwodzie balonika wprowadzonego do pochwy mobilizujemy mięśnie, poprzez jak najmocniejsze ściskanie balonika). Pozostałe 73% nie udzielało odpowiedzi bądź wybierało te nieprawidłowe.

Badaną próbę kobiet (n=100), poddano analizie, aby określić znajomość zasad, którymi powinno się kierować podczas ćwiczeń mięśni Kegla, w celu stymulacji tkanek miękkich krocza. Dane prezentują, że 71% kobiet wskazało poprawne odpowiedzi (wykonywanie ćwiczeń od początku ciąży). Pozostałe 29% podawało nieprawidłowe zasady (nie powinno się wykonywać ćwiczeń w trakcie ciąży, ćwiczyć po 39 tygodniu ciąży, ćwiczyć od ok. 32. do 36. tygodnia ciąży).

W badanej grupie kobiet (n=100) dokonano analizy, weryfikując ile z nich otrzymało jakiekolwiek informacje od położnej na temat stymulacji tkanek miękkich krocza. Niestety, lecz tylko 34% kobiet otrzymało informacje w danym temacie, a pozostałe 66% nie zostało poinstruowane przez położne.

Zweryfikowano jakość uzyskanych od położnych informacji na temat stymulacji tkanek miękkich krocza w badanej próbie kobiet (n=100). Większość, bo 26 z nich stwierdziła, że przekazane informacje były wyczerpujące (76%). Pozostałe (24%) nie uznało, aby jakość otrzymanych instrukcji była wyczerpująca.

DYSKUSJA

Występowanie urazów krocza oraz nacięć, to problem w położnictwie badany już od lat. Opieka okołoporodowa określona standardem opieki okołoporodowej z 2019 roku kładzie duży nacisk na działania medyczne w trakcie porodu jak i na edukację przed porodem, których nadrzędnym celem jest pomoc kobiecie rodzącej, jak i ochrona dziecka podczas porodu. PTG (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) dąży do tego, aby odstępować od nacięcia krocza wykonywanego rutynowo, a także zmniejszyć ilość porodów zabiegowych. Istotna w tym wszystkim jest ochrona krocza kobiety rodzącej [5, 6].

Szeroki zakres wiedzy na temat stymulacji tkanek miękkich krocza posiadało zaledwie 14% kobiet badanych. Pozostała część, tzn. 86% nie posiadała wiedzy bądź nie obejmowała ona wszystkich aspektów. Za to 63% kobiet znają korzyści płynące z stymulacji tkanek miękkich krocza. Według badań przeprowadzonych przez Kocur, aż co piąta kobieta nie wie o istnieniu mięśni dna miednicy oraz o ich istotności [7].

Podczas badania większość kobiet (61%) zaznaczyła, że korzystała z metod stymulacji tkanek miękkich krocza. Założono, że większość kobiet wykorzystywało ćwiczenia mięśni Kegla. Badania wykazały, że 55% kobiet wykonywało ćwiczenia mięśni Kegla, 38% kobiet wykorzystywało masaż krocza, natomiast pozostałe 7% do stymulacji używało urządzenia typu balonik Aniball. W badaniach przeprowadzonych przez Kocur rozkład procentowy kobiet wykonujących ćwiczenia mięśni Kegla wskazał 55%. We wspomnianych badaniach aż 73% kobiet wiedziało, jak wykonywać ćwiczenia mięśni Kegla. Oznaczałoby to, że 18% kobiet wie, jak wykonywać ćwiczenia jednak z niewyjaśnionych przyczyn ich nie wykonuje [7].

Na pytania dotyczące korzyści płynących ze stymulacji tkanek miękkich krocza większość kobiet (63%) potrafiła określić korzyści płynące ze stymulacji tkanek miękkich krocza. Natomiast 37% nie potrafiło wskazać jakichkolwiek pozytywów ze stymulacji tkanek miękkich krocza. W wynikach przeprowadzonych przed Kocur wskazano, że większość kobiet wie o udziale mięśni dna miednicy w trakcie porodu drogami i siłami natury. Natomiast 20% badanych kobiet nie wie, że stymulacja tkanek miękkich krocza może wpłynąć na satysfakcję seksualną kobiety, jak i partnera [7].

W trakcie badania chciano sprawdzić, czy zmienne wykorzystane są istotne. Wykazano że trzy zmienne wykorzystane do badania nie są istotne statystyczne dla każdego z poszczególnych zagadnień: korzystanie z jakichkolwiek metod stymulacji tkanek miękkich krocza, wykonywanie ćwiczeń mięśni Kegla, znajomość metod stymulacji tkanek miękkich krocza przed przystąpieniem do badania, znajomość korzyści płynących ze stymulacji tkanek

miękkich krocza, świadomość zmniejszenia urazów poprzez masaż krocza, wiedzę na temat ułatwienia świadomego "sterowania" mięśniami w II okresie porodu oraz zmniejszenia ryzyka pęknięcia krocza lub konieczności jego nacięcia dzięki ćwiczeniom mięśni Kegla oraz umiejętność wskazania 3 tygodni przed planowanym terminem porodu jako odpowiedni okres rozpoczęcia ćwiczeń z przyrządem do stymulacji tkanek miękkich krocza.

W zawodzie położnej dosyć przykrym może być fakt, iż tylko 23 % kobiet pozyskuje wiedzę z innych źródeł jak media, w tym z edukacji prowadzonych przez położną. Jest to wynik, który wskazuje jak wiele jeszcze trzeba zmienić w środowisku medycznym, aby kobiety uzyskiwały merytorycznie prawidłowe informacje od wykwalifikowanego personelu medycznego. W badaniach przeprowadzonych przez Szymczuk i wsp., aż 80,2% badanych czerpie wiedzę poprzez media [8].

W trakcie badań kobiety były pytane o prawidłowy okres ciąży, w którym trzeba było rozpocząć stymulację tkanek miękkich krocza w odniesieniu do poszczególnych metod. Kobiety odpowiadały na pytania w większości poprawnie. 52% kobiet wskazało, że masaż krocza należy rozpocząć wykonywać ok. 32.-36. tygodnia ciąży. Od początku ciąży ćwiczenia mięśni Kegla wykonywałoby ok. 71% badanych kobiet. Natomiast ćwiczenia z wykorzystaniem balonika Aniball wykonywałoby w odpowiednim czasie ciąży ok 76% kobiet.

Założono, że kobiety nie znają zasad korzystania z metod stymulacji tkanek miękkich krocza. Badanie ukazało, że większość kobiet poprawnie udzieliła odpowiedzi na temat zasad korzystania z metod takich jak masaż krocza i ćwiczenia mięśni Kegla. Kobiety nie znają zasad bądź nie udzieliły odpowiedzi w odniesieniu do urządzenia takiego jak balonik Aniball. W badaniu Kocur większość kobiet także znała zasady korzystania z ćwiczeń mięśni Kegla [7].
Ostatnią badaną kwestią i jakże istotną dla zawodu położnej było uzyskanie przez kobiety odpowiedniej wiedzy od wykwalifikowanego personelu medycznego. Zaledwie 34% kobiet uzyskało jakiekolwiek informacje od położnej na temat stymulacji tkanek miękkich krocza. Z tych 34 % kobiet większość uzyskała satysfakcjonujące je odpowiedzi.

WNIOSKI

1. Z metod stymulacji tkanek miękkich krocza podczas ciąży korzystało 68% badanych, z czego więcej jak połowa wykorzystała metodę jaką są ćwiczenia mięśni Kegla.
2. Kobiety znają korzyści dotyczące stymulacji tkanek miękkich krocza.
3. Badanie nie wykazało zmiennych niezależnych mających wpływ na stan wiedzy kobiet na temat stymulacji tkanek miękkich krocza przed porodem drogami i siłami natury.

4. Kobiety w większości posiadają wiedze dotyczącą okresu rozpoczęcia stymulacji tkanek miękkich krocza w odniesieniu do poszczególnych metod.
5. Większość kobiet potrafiło określić prawidłowo zasady wykonywania stymulacji tkanek miękkich krocza w odniesieniu do ćwiczeń mięśni Kegla oraz masażu krocza. Mniej jak połowa ankietowanych prawidłowo wskazała zasady krocza, takich jak np. balonik Aniball.
6. Aż 76% kobiet badanych nie uzyskało informacji od położnej na temat stymulacji tkanek miękkich krocza. Kobiety, które uzyskały taką wiedzę od położnej oceniły, że informacje były wyczerpujące i zadawalające.

PIŚMIENNICTWO

1. Malinowska - Polubiec A., Knaś M., Czajkowska K., Smolarczyk R., Romejko E.: Okołoporodowe urazy dróg rodnych. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2009, 2 (3), 195-202.
2. Dudenhausen J., Pschyrembel W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 308-311.
3. Chojnacki M., Borowski D., Wielgoś M., Węgrzyn P.: Poporodowe uszkodzenia dźwigacza odbytu. Diagnostyka i terapia. Ginekologia Polska, 2015, 86, 67-71.
4. Czajkowski K., Dębski R., Markowska U., Paszkowski T., Poręba R., Wielgoś M.: Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodnego oraz struktur dna miednicy. Ginekologia Polska, 2011, 82, 390-394.
5. Czajkowski K., Bręborowicz G.H., Kotarski J. i wsp.: Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. Ginekologia Polska, 2009, 80, 548-557.
6. Kalinka J., Baczyńska M.: Okołoporodowe pęknięcia krocza – częstość występowania, czynniki ryzyka, następstwa oraz sposoby zapobiegania. Ginekologia po Dyplomie, 2014, 16 (1), 28-32.
7. Kocur D.: Wiedza kobiet na temat mięśni dna miednicy. Seksuologia Polska, 2016, 14 (1), 31–38.
8. Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A., Makara-Studzińska M., Zwolak A., Daniluk J.: Media jako źródło wiedzy o zdrowiu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17 (4), 165-168.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE U KOBIET CIĘŻARNYCH I ICH ZWIĄZEK Z OBJAWAMI DEPRESYJNYMI I WSKAŹNIKAMI DOBREGO SAMOPOCZUCIA

Kaźmierczak Marzena[1], Berela Klaudia J.[2], Gebuza Grażyna[1], Gierszewska Małgorzata[1], Dombrowska-Pali Agnieszka[1,3], Mieczkowska Estera[1,4]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Kierunku Położnictwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
3. Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
4. Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

WSTĘP

Okres ciąży to czas troski o zdrowie własne i dziecka, czas na przewartościowanie dotychczasowego życia, skupieniu się na priorytetach, budowaniu i utrzymywaniu zdrowych relacji z bliskimi. Każda matka pragnie mieć w pełni zdrowe potomstwo, być w dobrej formie psychicznej i fizycznej przed i po porodzie. Nie zawsze jednak kobiety są świadome, co jest dla nich i dziecka dobre, dlatego niezwykle istotna jest kwestia poprawy zachowań zdrowotnych i podjęcie działań edukacyjnych, ponieważ najważniejszym czynnikiem wpływającym na stan matki i dziecka jest jej styl życia [1, 2]. Kobieta powinna skupić się na prawidłowym odżywianiu, nawodnieniu organizmu, higienie, profilaktyce chorób, aktywnym odpoczynku, unikaniu niekorzystnych nawyków oraz na pozytywnym nastawieniu psychicznym. Czynniki te warunkują niezakłócony wzrost i rozwój dziecka. W okresie ciąży kobieta bezwzględnie powinna zrezygnować ze stosowania używek: alkoholu, palenia tytoniu, czy stosowania substancji psychoaktywnych. Aktywność fizyczna w ciąży, to jeden z ważniejszych elementów prozdrowotnych zachowań kobiet ciężarnych. Tiffert-Tłok i wsp. [3] donoszą, że u kobiet w ciąży aktywnych fizycznie średni przyrost masy ciała wynosił 13,2 kg (±1,2 kg), u kobiet nieaktywnych 19,7 kg (±1,4kg). Kobiety aktywne fizycznie w ciąży rzadziej wymagają indukcji czy stymulacji porodu oraz nieczęsto dochodzi do porodów zabiegowych i cięć cesarskich. Czas hospitalizacji poporodowej aktywnych kobiet jest krótszy, a powrót do równowagi psychicznej i formy sprzed ciąży jest dużo szybszy [4]. Właściwy wzrost i rozwój

płodu zależą od stanu odżywienia kobiety jeszcze przed poczęciem. Prawidłowe odżywianie w ciąży to również gromadzenie rezerw (białka, tłuszczu, witamin, minerałów) w organizmie kobiety na okres laktacji. Kanadys i wsp. [5] wykazali istnienie zależności między urodzeniową masą ciała noworodka oraz rozwojem płodu a masą ciała matki, jak i przyrostem masy ciała w czasie ciąży. Nadwaga i otyłość kobiet w ciąży wiązała się z ryzykiem występowania cukrzycy ciążowej, nadciśnienia tętniczego krwi, stanu przedrzucawkowego, czy żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Kobieta ciężarna powinna więcej czasu poświęcić na sen i odpoczynek, unikać sytuacji wywołujących stres i napięcia emocjonalne [6]. Ciąża o prawidłowym przebiegu nie stanowi przeciwwskazań do aktywności seksualnej. Satysfakcja seksualna kobiet ciężarnych znacząco wpływa na ich zdrowie i jakość życia [7].

CEL PRACY

Ocena poziomu zachowań zdrowotnych, wskaźników dobrego samopoczucia i objawów depresyjnych u kobiet ciężarnych oraz ustalenie determinantów zachowań zdrowotnych.

MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 140 kobiet ciężarnych średnio w 29 tygodniu ciąży, które rekrutowano w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (KB 873/2018). W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a narzędzia badawcze stanowiły: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Skala Dobrego Samopoczucie (WHO-5/WBI) oraz Inwentarz Depresji Becka (BDI). Kwestionariusz ankiety zawierał: metryczkę, dane dotyczące przebiegu ciąży i stylu życia badanych.

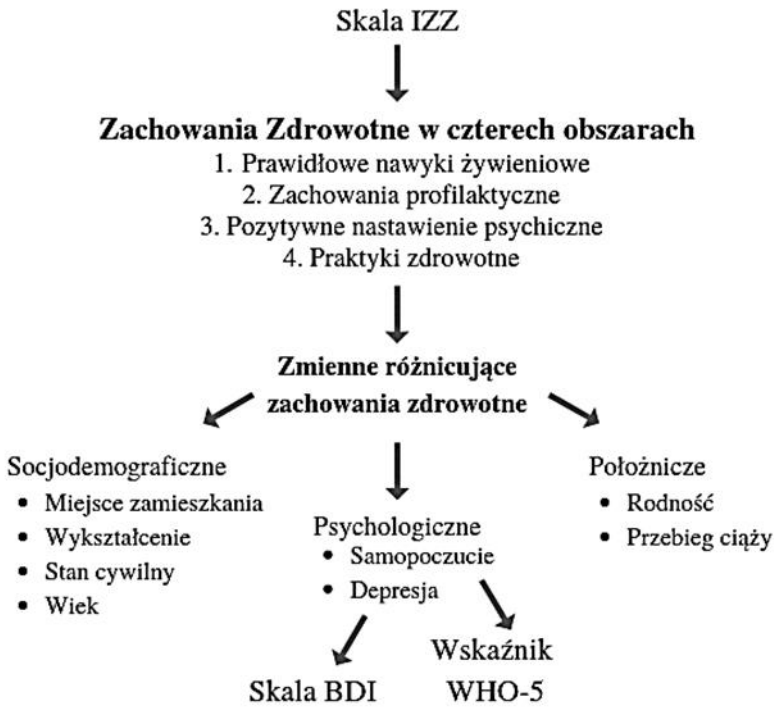
Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego służy do oceny nasilenia zachowań zdrowotnych. Skala zawiera 24 stwierdzenia, opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, tj. (PN*) pozytywnego nastawienia psychicznego (unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy też sytuacji wpływających przygnębiająco), (ZP) zachowań profilaktycznych (przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby), (PN) prawidłowych nawyków żywieniowych (rodzaj i jakość spożywanej żywności) i (PZ) praktyk zdrowotnych (sen, rekreacja, aktywność fizyczna). Wartość skali mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Wyniki w granicy 24-77 punktów (sten 1-4)

przyjęto traktować, jako wyniki niskie. Za wyniki przeciętne uznaje się wartości między 78-91 punktów (sten 5-6), zaś w granicach 92-120 punktów (sten 7-10) wyniki wysokie [8].

Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory-BDI) autorstwa Aarona Becka w polskim tłumaczeniu Parnowskiego i Jernajczyka. Skala zawiera 21 pytań opisujących różnego rodzaje stany emocjonalne. Jej wartość mieści się w granicach 0-63 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie objawów depresji. W celu interpretacji wyników, przyjęto następującą skalę oceny: 0–11 punktów brak depresji, 12–26 punktów epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, 27–49 punktów epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, 50–63 punktów epizod depresyjny o głębokim nasileniu [9].

Wskaźniki Dobrego Samopoczucia (Well-Being Index - WHO-5/WBI) - narzędzie badawcze utworzone przez Mental Health Center w Danii w 1998 roku. Skala zawiera 5 stwierdzeń opisujących samopoczucie w ciągu ostatnich dwóch tygodni. Wartość skali mieści się w granicach od 0 do 25 punktów. Im wyższy wynik, tym lepsze samopoczucie. W celu interpretacji wyników przyjęto następującą skalę oceny: 0-13 punktów złe samopoczucie, 14-25 punktów dobre samopoczucie [10].

Poniższy model stanowi graficzną prezentację proponowanych hipotez weryfikowanych w oparciu o analizę statystyczną.



Analizę zebranego materiału przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.6.202. Wykorzystano testy statystyczne: U Manna-Whitneya i Spearmana.

Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez został przyjęty poziom istotności p=0,05. Za istotne statystycznie uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie p<0,05, a za wysoce istotne statystycznie uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie p<0,01. Poziom p>0,05 uznawano za nieistotny statystycznie.

WYNIKI

Średnia wieku kobiet ciężarnych wynosiła 29 lat. Wykształcenie wyższe posiadało 46% respondentek, średnie - 36%, zawodowe i gimnazjalne odpowiednio - 14% i 4%. Mężatki stanowiły 68,1% badanej próby, kobiety pozostające w związkach nieformalnych/partnerskich - 29%, kobiet samotnych było 2,9%. Pierworódek było 61%, a wieloródek 39%. Średni wzrost badanych wynosił 166 cm. Średni wskaźnik BMI wynosił 23,81. Średni przyrost masy ciała w ciąży wynosił 9,36 kg. Aktywność fizyczną w czasie ciąży uprawiało 26% kobiet. Zdrowe odżywianie w ciąży deklarowało 72% pacjentek. Spożywanie 4-5 posiłków dziennie deklarowało 61% kobiet. Palenie tytoniu czynne dotyczyło 19% kobiet. Prawie połowa (49%) kobiet przyjmowała suplementy witamin na zlecenie lekarza. Niemal połowa pacjentek (49%) sypiała po 7-8h na dobę. Na stres w ciąży narażonych było 60% badanych, a czynnikami stresogennymi okazały się: obawa o zdrowie/życie dziecka lub swoje, strach przed zmianami, nieprzyjemności w pracy/szkole, problemy finansowe i pogorszenie relacji z partnerem.

Oceny poziomu zachowań zdrowotnych w czterech obszarach dokonano za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). W Tabeli I-II przedstawiono statystyki opisowe skali IZZ. Analizując związek między zmiennymi socjodemograficznymi a skalą IZZ wykazano, że wraz z wiekiem maleje nasilenie zachowań zdrowotnych w obszarze praktyki zdrowotne (PZ), p=0,01. Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN), zachowania profilaktyczne (ZP) i pozytywne nastawienie psychiczne (PN*) nie korelowały z wiekiem kobiet. Dane z obserwacji zawarto w Tabeli III. Wykazano wysoce istotny związek (p<0,01) między wykształceniem kobiet ciężarnych a prawidłowymi nawykami żywieniowymi (PN). Pozostałe obszary zachowań zdrowotnych (ZP, PN* i PZ) nie różnią się istotnie (p>0,05) - Tabela IV. Najwyższą średnią w obszarze prawidłowe nastawienie psychiczne (PN*) uzyskały kobiety pozostające w związkach (p<0,05). Stan cywilny nie warunkował zachowań zdrowotnych w pozostałych obszarach skali (p>0,05) – Tabela V. Analizując zmienne położnicze i ich związek ze skalą IZZ stwierdzono, że wyższe wartości średnie skali IZZ w obszarach pozytywne nastawienie psychiczne (PN*) i praktyki zdrowotne (PZ) wykazały pierworódki (p<0,05). Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN) i zachowania profilaktyczne (ZP) nie zależały od

rodności badanych (p>0,05) – Tabela VI. Związek między prawidłowym przebiegiem ciąży a praktykami zdrowotnymi (PZ) okazał się istotny statystycznie (p<0,05) – Tabela VII.

Oceny objawów depresyjnych u kobiet ciężarnych dokonano na podstawie Skali Depresji Becka. Epizod depresyjny o łagodnym nasileniu stwierdzono u 27,1% badanych. Jedna pacjentka prezentowała objawy depresyjne o umiarkowanym nasileniu. Stwierdzono związek między objawami depresyjnymi a prawidłowymi nawykami żywieniowymi (PN) (p<0,05). Wykazano wysoce istotną zależność między objawami depresyjnymi a obszarami skali IZZ: ZP, PN* i PZ (p<0,01). Wraz ze wzrostem wskaźnika BDI maleje nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich obszarach IZZ (Tabela VIII).

Oceny wskaźników dobrego samopoczucia dokonano na podstawie skali WHO-5. Średni wynik skali wyniósł 13,35 punktów. Ponad połowa badanych kobiet (53%) prezentowała dobre samopoczucie. Stwierdzono związek między samopoczuciem kobiet ciężarnych a poziomem zachowań zdrowotnych w obszarach: prawidłowe nawyki żywieniowe (PN) i zachowania profilaktyczne (ZP) (p<0,05) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (PN*) (p<0,01). Wraz ze wzrostem wskaźnika WHO-5 rośnie poziom nasilenia zachowań zdrowotnych. Nie wykazano różnicy między wskaźnikami skali WHO-5 a praktykami zdrowotnymi (PZ) skali IZZ (p>0,05) – Tabela IX.

Tabela I. Statystyki opisowe skali IZZ

	IZZ	**STEN**
Średnia arytmetyczna	91,96	6,62
Mediana	92	7
Odchylenie standardowe	11,95	1,76
Dominanta	87	6
Minimum	56	2
Maksimum	115	10
Dolny kwartyl	85,75	6
Górny kwartyl	100,25	8
IZZ - STEN	**LICZBA**	**PROCENT**
Wynik niski Wynik przeciętny Wynik wysoki OGÓŁEM	16 50 74 140	11,43 35,71 52,86 100,00

Tabela II. Wartości średnie skali IZZ w czterech obszarach

	PN (prawidłowe nawyki żywieniowe)	ZP (zachowania profilaktyczne)	PN* (pozytywne nastawienie psychiczne)	PZ (praktyki zdrowotne)
Średnia arytmetyczna	22,11	23,7	23,26	22,89
Mediana	23	24	23	23
Odchylenie standardowe	4,12	3,72	3,77	3,57
Dominanta	23	24	23	24
Minimum	11	11	14	12
Maksimum	30	30	30	30
Dolny kwartyl	19	21	21	21
Górny kwartyl	25	27	25,25	25

Tabela III. Zachowania zdrowotne wg IZZ ze względu na wiek

	PN	ZP	PN*	PZ
R	0,1314	0,0767	-0,1141	-0,2154
Błąd dla r	0,0844	0,0849	0,0846	0,0831
-95% CI dla współczynnika r	-0,0402	-0,0953	-0,2794	-0,3724
+95% CI dla współczynnika r	0,2955	0,2442	0,0577	-0,0464
Statystyka t dla r	1,5576	0,9034	-1,3496	-2,5912
Stopnie swobody	138	138	138	138
Wartość p	0,1216	0,3679	0,1794	0,0106

Tabela IV. Wartości średnie zachowań zdrowotnych w 4 obszarach skali IZZ ze względu na wykształcenie

	PN		ZP		PN*		PZ	
	Niższe	Wyższe	Niższe	Wyższe	Niższe	Wyższe	Niższe	Wyższe
Średnia arytmetyczna	21,21	23,14	23,53	23,89	23,04	23,52	22,93	22,85
Mediana	22	23	24	24	23	23	23	23
Odchylenie standardowe	4,37	3,57	3,75	3,71	4,13	3,30	3,55	3,63
Minimum	11	14	11	14	14	15	16	12
Maksimum	30	29	30	30	30	29	30	29
Dolny kwartyl	18	21	21	21	21	22	20,5	21
Górny kwartyl	24	26	26	27	25,5	25	25	25
Statystyka Z	2,8756		0,4551		0,7154		0,1175	
Wartość p	0,0040		0,6490		0,4743		0,9065	

Tabela V. Wartości średnie zachowań zdrowotnych w 4 obszarach skali IZZ w zależności od stanu cywilnego

	PN		ZP		PN*		PZ	
	W związku	Samotne	W związku	Samotne	W związku	Samotne	W związku	Samotne
Średnia arytmetyczna	22,09	22,75	23,71	23,25	23,37	19,75	22,90	22,75
Mediana	23	22	24	21,5	23	20,5	23	22,5
Odchylenie standardowe	4,10	5,38	3,73	3,86	3,76	1,89	3,62	0,96
Minimum	11	17	11	21	14	17	12	22
Maksimum	30	30	30	29	30	21	30	24
Dolny kwartyl	19	20,75	21	21	21	19,25	21	22
Górny kwartyl	25	24	27	23,75	26	21	25	23,25
Statystyka Z	0,0125		0,4834		2,2296		0,3455	
Wartość p	0,9900		0,6288		0,0258		0,7297	

Tabela VI. Wartości średnie zachowań zdrowotnych w 4 obszarach skali IZZ w zależności od rodności

	PN		ZP		PN*		PZ	
	Pierworódki	Wieloródki	Pierworódki	Wieloródki	Pierworódki	Wieloródki	Pierworódki	Wieloródki
Średnia arytmetyczna	22,43	21,6	23,93	23,34	23,81	22,42	23,67	21,69
Mediana	23	22	24	24	24	23	24	23
Odchylenie standardowe	4,18	4,00	3,58	3,94	3,73	3,69	3,75	2,94
Minimum	13	11	14	11	15	14	12	15
Maksimum	30	30	30	29	30	30	30	27
Dolny kwartyl	20	19	21	21,5	22	20	21	20
Górny kwartyl	25	24	27	26	27	25	26	24
Statystyka Z	1,1343		0,4990		2,0824		3,4520	
Wartość p	0,2567		0,6178		0,0373		0,0006	

Tabela VII. Wartości średnie zachowań zdrowotnych w 4 obszarach skali IZZ w zależności od przebiegu ciąży

	PN		ZP		PN*		PZ	
	Powikłana	Prawidłowa	Powikłana	Prawidłowa	Powikłana	Prawidłowa	Powikłana	Prawidłowa
Średnia arytmetyczna	22,29	21,98	23,13	24,06	22,74	23,58	22,27	23,32
Mediana	23	22	23	24	23	23	23	24
Odchylenie standardowe	3,65	4,43	3,41	3,90	3,63	3,85	3,27	3,74
Minimum	13	11	14	11	15	14	16	12
Maksimum	30	30	30	30	30	30	28	30
Dolny kwartyl	20,5	19	21	21	21	21	20	21,75
Górny kwartyl	24	25	26	28	25	27	24	26
Statystyka Z	0,3241		1,5047		1,2327		1,9664	
Wartość p	0,7459		0,1324		0,2177		0,0493	

Tabela VIII. Zachowania zdrowotne wg IZZ ze względu na objawy depresyjne wg BDI

	PN	ZP	PN*	PZ
R	-0,2087	-0,2891	-0,5370	-0,2640
Błąd dla r	0,0833	0,0815	0,0718	0,0821
-95% CI dla współczynnika r	-0,3664	-0,4382	-0,6483	-0,4160
+95% CI dla współczynnika r	-0,0394	-0,1245	-0,4032	-0,0977
Statystyka t dla r	-2,5068	-3,5473	-7,4781	-3,2155
Stopnie swobody	138	138	138	138
Wartość p	0,0133	0,0005	<0.0001	0,0016

Tabela IX. Zachowania zdrowotne wg IZZ ze względu na samopoczucie wg WHO-5

	PN	ZP	PN*	PZ
R	0,2027	0,1803	0,3512	0,1064
Błąd dla r	0,0834	0,0837	0,0797	0,0846
-95% CI dla współczynnika r	0,0331	0,0099	0,1920	-0,0655
+95% CI dla współczynnika r	0,3609	0,3406	0,4924	0,2722
Statystyka t dla r	2,4316	2,1534	4,4069	1,2570
Stopnie swobody	138	138	138	138
Wartość p	0,0163	0,0330	<0.0001	0,2109

DYSKUSJA

Zdrowie to najważniejsza wartość w życiu człowieka. Wbrew powszechnemu myśleniu społeczeństwa zdrowie nie jest warunkowane w głównej mierze przez funkcjonowanie opieki medycznej, lecz przez styl życia jednostki, co potwierdził Marc Lalonde w latach 70-tych XX wieku. Lalonde wprowadził do dziś aktualną koncepcję „pól zdrowotnych" [11]. Proces kształtowania się poszczególnych zachowań zdrowotnych trwa całe życie. Największy wpływ na ich zmianę mają kulminacyjne momenty w życiu, a jednym z takich momentów jest czas ciąży.

Głównym celem badania była ocena poziomu zachowań zdrowotnych, wskaźników dobrego samopoczucia i objawów depresyjnych u kobiet ciężarnych oraz ustalenie determinantów zachowań zdrowotnych. Średnia skali IZZ w badanej próbie kobiet wyniosła 91,96 punktów. Średnia wartość stenowa wyniosła 6,62. Ponad połowa badanych (52,86%) uzyskała wysoki wynik stenowy. Kobiety ciężarne prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Najwyższą średnią w poszczególnych obszarach skali IZZ respondentki osiągnęły w dziedzinie zachowania profilaktyczne (23,7), a najniższą w dziedzinie prawidłowe nawyki żywieniowe (22,11). W badaniu Pieniążek i wsp. [12] wykazano, że ponad połowa badanych kobiet ciężarnych (58,5%) prezentowała wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Analogicznie, jak w materiale własnym autorzy uzyskali najwyższe wyniki w obszarze zachowania profilaktyczne, a najniższe w dziedzinie prawidłowe nawyki żywieniowe. Kaźmierczak i wsp. [13] wykazały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych u kobiet w połogu, osiągając wartość ogólną 82,88 punktów w skali IZZ. Boguszewski i wsp. [14] podają, że poziom stwierdzonych zachowań i czynności związanych ze zdrowiem w badanych grupach osiągnął poziom przeciętny. Średnia skali IZZ dla kobiet ciężarnych wynosiła 87,56.

Pilewska-Kozak i wsp. [15] stwierdzili wysoki poziom zachowań zdrowotnych u kobiet w ciąży mnogiej, który wynosił średnio 93,9 ± 10,8 punktów w skali IZZ. Wysokie wskaźniki zachowań zdrowotnych odnotowano we wszystkich obszarach skali, jednak najwyższą średnią zaobserwowano w zachowaniach profilaktycznych (ZP). W badaniu Nowickiego i wsp. [16] kobiety w ciąży wykazały istotnie wyższy poziom deklarowanych zachowań prozdrowotnych, a także wyżej oceniały obszary: pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne w porównaniu do kobiet, które niedawno rodziły i kobiet bezdzietnych. W materiale własnym wykazano, że wraz z wiekiem maleje nasilenie zachowań zdrowotnych w obszarze praktyki zdrowotne. Nie stwierdzono różnicy między wiekiem badanej próby a zachowaniami zdrowotnymi w obszarach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienie psychiczne. Kobiety poniżej 30 roku życia przejawiały istotnie wyższy poziom zachowań prozdrowotnych we wszystkich kategoriach skali IZZ w badaniu Boguszewskiego i wsp. [14]. Pieniążek i wsp. [12] donoszą, że wraz z wiekiem oraz u mężatek rośnie nasilenie prawidłowych nawyków żywieniowych. Nasze badanie wskazuje, że wykształcenie różnicuje prawidłowe nawyki żywieniowe kobiet ciężarnych, a stan cywilny prawidłowe nastawienie psychiczne (mężatki). Wartości średnie skali IZZ w pozostałych trzech obszarach (ZP, PN* i PZ) w zależności od wykształcenia nie różnią się istotnie. W badaniu Kaźmierczak i wsp. [13] wykazano istotną statystycznie zależność między wykształceniem badanych a każdym obszarem skali IZZ. Im bardziej wykształcone kobiety, tym większe nasilenie zachowań z obszaru praktyk zdrowotnych. Im starsze i bardziej wykształcone kobiety, tym lepsze nastawienie psychiczne [12, 17]. Grochans i wsp. [18] wskazują, że płeć oraz wykształcenie jest istotnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się postaw wobec zachowań zdrowotnych osób zdrowych. Wiek i miejsce zamieszkania wykazało niską istotną zależność w każdej kategorii zachowań zdrowotnych w badaniu Kaźmierczak i wsp. [13]. Analizując zmienne położnicze autorzy badania donoszą, że istnieje związek między rodnością kobiet (pierworódki) a pozytywnym nastawieniem psychicznym i praktykami zdrowotnymi. Pozostałe obszary skali IZZ nie miały związku z rodnością badanych. Stwierdzono niską istotną zależność między kategoriami zachowań zdrowotnych (za wyjątkiem praktyk zdrowotnych) a rodnością w badaniu Kaźmierczak i wsp. [13]. Juczyński donosi, że u kobiet w ciąży powikłanej zauważalny jest wzrost poziomu nasilenia zachowań zdrowotnych we wszystkich obszarach [8]. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych w sferze prawidłowe nawyki żywieniowe odnotowano u pacjentek z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i anemią w badaniu Krzysztoszek i wsp. [19]. W materiale własnym odnotowano istotny związek między prawidłowym przebiegiem ciąży a praktykami zdrowotnymi. Nasze badanie donosi, że objawy depresyjne o

łagodnym i umiarkowanym nasileniu wykazało 28% respondentek. Stwierdzono, że wraz ze wzrostem wskaźnika BDI maleje nasilenie zachowań zdrowotnych we wszystkich obszarach skali IZZ. Badanie van Lee i wsp. [20] donosi, że wiele czynników związanych ze stylem życia (słaba jakość snu, gorsza jakość diety, palenie tytoniu, potrzeba wsparcia emocjonalnego, stres) jest powiązanych z ryzykiem występowania depresji u kobiet w ciąży między 26 a 28 tygodniem. Autorzy badania wykazali, że ponad połowa badanych kobiet (53%) prezentowała dobre samopoczucie. Wraz ze wzrostem wskaźnika WHO-5 rośnie poziom nasilenie zachowań zdrowotnych w obszarach: prawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Kaźmierczak i wsp. [13] donoszą, że u kobiet po porodzie wraz ze zmniejszającym się poczuciem własnej skuteczności maleje poziom zachowań zdrowotnych w każdym obszarze skali IZZ. Zachowania prozdrowotne kobiet ciężarnych warunkują optymalny przebieg ciąży, zdrowie matki i dziecka.

WNIOSKI

Kobiety ciężarne prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Dobre samopoczucie i brak depresji, wyższe wykształcenie i młodszy wiek kobiet, pierwsza ciąża i prawidłowy przebieg ciąży istotnie warunkują zachowania zdrowotne.

PIŚMIENNICTWO

1. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Poczucie własnej skuteczności [w:] Osobowość, stres a zdrowie, Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (red.). Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, 148-152.
2. Mianowska V.: Wybrane zachowania zdrowotne kobiet w okresie doświadczania macierzyństwa. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010, 1(2), 87-89.
3. Tiffert-Tłok J., Skrzypulec-Plinta V., Szuścik-Niewiadomy K., Drosdzol-Cop A., Czajkowska M.: Prozdrowotne zachowania kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży – badania wstępne. Ginekologia i Położnictwo Medical Project, 2019, 3 (53), 047-052.
4. Chojnowska-Depczyńska E.: Ćwiczenia dla kobiet w ciąży. Wydawnictwo Literat, Toruń 2016, 2-10.
5. Kanadys W.M., Leszczyńska-Gorzelak B., Oleszczuk J.: Otyłość u kobiet. Aspekty kliniczne otyłości podczas ciąży. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, 2009, 2(4), 254-265.

6. Zwolińska-Mirek K.: Niektóre zachowania prozdrowotne charakterystyczne dla okresu ciąży [w:] Pielęgniarstwo a edukacja zdrowotna. Tom II, Marć M., Nagórska M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2010,128-140.
7. Ilska M., Przybyła-Basista H., Ilski A., Cnota W.: Aktywność i satysfakcja seksualna kobiet w ciąży prawidłowej oraz wysokiego ryzyka. Ginekologia i Położnictwo Medical Project, 2018, 2(48), 034-041.
8. Juczyński Z.: Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, 110-117.
9. Beck AT., Ward CH., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 1961, 4, 53-63.
10. Mental Health Services. WHO-5 https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx (data pobrania 28.04.2019).
11. Lalonde M.: Chapter 4. The Health Field Concept Minister of Supply and Services [in:] A New Perspective on the Health of Canadians, Lalonde M. (ed.) Ottawa 1974, 31-34.
12. Pieniążek A., Gałda D., Błajda J.: Wybrane zachowania zdrowotne kobiet ciężarnych z Podkarpacia. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 1(50),49-57.
13. Kaźmierczak M., Gebuza G., Brzozowska K., Gierszewska M., Mieczkowska E.: Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności u kobiet w okresie poporodowym. JPHNMR, 2018, 1, 19-28.
14. Boguszewski D., Adamczyk J.G., Tomaszewski W. et al.: Evaluation of the health-related behaviour of pregnant women from Warsaw, Poland. Iranian Journal Public Health, 2018, 47(1), 57-63.
15. Pilewska-Kozak A. B., Dobrowolska B.B., Tkaczuk-Włach J. et al.: Evaluation of the health behaviors of women in multiple pregnancies - a preliminary study. Ginekologia Polska, 2018, 89(6), 289-294.
16. Nowicki G.J., Misztal-Okońska P., Ślusarska B. et al.: Analysis of health behaviors and personal values of childless women, pregnant women and women who recently delivered. International Journal of Environmental Research *and* Public Health, 2018, 15(3), 411. https://doi.org/10.3390/ijerph15030411 (data dostępu 5.07.21).
17. Bojar I., Humeniuk E., Wdowiak L. i wsp.: Zachowania żywieniowe kobiet ciężarnych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2007, 88(1), 74-77.

18. Grochans E., Gburek D., Polakiewicz P. i wsp.: Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. Family Medicine & Primary Care Review, 2012, 14(2), 148–150.
19. Krzysztoszek J., Kus K., Banaszak M.: Analiza nawyków oraz preferencji żywieniowych kobiet w ciąży. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2015, 4(45), 248-254.
20. Van Lee L., Chia A., Phua D. et al.: Multiple modifiable lifestyle factors and the risk of perinatal depression during pregnancy: Findings from the GUSTO cohort. Comprehensive Psychiatry, 2020. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152210 (data dostępu 8.07.21).

WPŁYW DEPRESJI POPORODOWEJ NA ROZWÓJ POZNAWCZY, EMOCJONALNY I SPOŁECZNY DZIECKA

Dombrowska-Pali Agnieszka[1,2], Gebuza Grażyna[1], Kaźmierczak Marzena[1], Gierszewska Małgorzata[1], Mieczkowska Estera[1,3]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
3. Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

WPROWADZENIE

W ostatniej dekadzie wzrosła częstość występowania zaburzeń nastroju zarówno w trakcie ciąży jak i w okresie poporodowym. Po porodzie, w życiu kobiety dochodzi do szeregu zmian na poziomie: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Zmiany te powodują ciągłą adaptację kobiet do nowej sytuacji, jaką są narodziny dziecka. Z obserwacji badaczy wynika, że po porodzie kobiety stają się bardziej wrażliwe z punktu widzenia psychologicznego i emocjonalnego. Wpływa to na pojawienie się u kobiety zaburzeń nastroju.

Depresja poporodowa jest jednym z poważniejszych zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa w zależności od zastosowanych narzędzi badawczych i badanej populacji średnia częstość występowania depresji poporodowej waha się od 10% do blisko 30% kobiet. Pojawienie się objawów depresji bezpośrednio po porodzie zdarza się sporadycznie. Z badań wynika, że epizody depresyjne w ciągu pierwszych dwóch dni obserwuje się średnio u 2,5% kobiet.

Charakterystycznymi objawami depresji poporodowej są: anhedonia, obniżony nastrój, zaburzenia snu, apetytu, koncentracji, poczucie bezwartościowości. Kobiety chorujące na depresję poporodową mogą doświadczać również myśli samobójczych, urojeń, halucynacji, natrętnych myśli skłaniających do zrobienia krzywdy dziecku. Depresja poporodowa ma negatywny wpływ nie tylko na zdrowie kobiety, ale również na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dziecka.

Depresja poporodowa wpływa destrukcyjnie na funkcjonowanie całej rodziny. Istotne jest, by obserwacje symptomów depresji rozpocząć już w okresie planowania ciąży. Personel medyczny opiekujący się kobietą powinien na podstawie zebranego wywiadu rozpoznać

ewentualne czynniki, które mogą predysponować do zaburzeń psychicznych. Wczesne rozpoznanie symptomów depresji przez lekarza ginekologa-położnika, położną środowiskową, lekarza medycyny rodzinnej, czy też przez wyedukowaną rodzinę pacjentki umożliwiłoby szybką pomoc i zahamowałoby rozwój choroby. Literatura przedmiotu wskazuje, że etiologia depresji poporodowej jest złożona i wieloczynnikowa. Choroba według badaczy ma podłoże heterogenne. Oznacza to, że depresja poporodowa uwarunkowana jest w znacznym stopniu czynnikami osobowościowymi i psychospołecznymi [1].

ROZWINIĘCIE

Nieleczone zaburzenia psychiczne kobiety rozpoznane w okresie poporodowym mogą doprowadzić do krótkofalowych i długofalowych zmian w życiu całej rodziny. Zaburzenia te dotyczą pogorszenia stanu psychicznego kobiety, ale również relacji z partnerem i rozwoju niemowląt oraz starszych dzieci [2]. Z obserwacji wynika, że problemy emocjonalne kobiety przeszkadzają w pełnieniu roli „matki" i utrudniają interakcję z dzieckiem.

Noppe i wsp. wykazali, że kobiety, które w okresie poporodowym doświadczyły wysokiego poziomu stresu prezentowały gorsze relacje z dziećmi niż kobiety, których poziom stresu był niższy. Stwierdzono, że natężenie poporodowych zaburzeń psychicznych kobiety jest odwrotnie proporcjonalne do natężenia więzi między matką a dzieckiem [3]. Kolejne badania przeprowadzone przez Laxton-Kane i wsp. przedstawiają zależność między rozpoznaną depresją w III trymestrze ciąży, a słabszą więzią emocjonalną z dzieckiem po porodzie [4]. Kobieta, która zmaga się z depresją poporodową bardzo często nie jest w stanie nawiązać z niemowlęciem *„empatycznego kontaktu"*, co skutkuje jego odrzuceniem. Natomiast dzieci matek chorych na depresję poporodową przejawiają mniejsze zaangażowanie w nawiązywaniu relacji, prezentują niską inteligencję emocjonalną. U starszych dzieci obserwuje się często poczucie winy oraz urazy [2].

Silna więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym sprzyja pozytywnemu postrzeganiu dziecka po porodzie oraz zwiększa u kobiety poczucie tolerancji i akceptacji. Najistotniejszym czasem w życiu dziecka, biorąc pod uwagę jego późniejsze funkcjonowanie to okres 2-6 miesięcy po narodzinach. Właśnie wtedy relacje między matką, a dzieckiem kreują doświadczenia emocjonalne, poznawcze i społeczne. Należy również pamiętać, że jakość interakcji między matką, a noworodkiem jest odzwierciedleniem jakości interakcji starszego dziecka z innymi osobami [1]. Teti i wsp. zaobserwowali, że dzieci matek chorych na depresję poporodową są częściej: wycofane, zamknięte w sobie, sceptycznie podchodzą do zabaw, są

mniej radosne i bardziej narażone na ryzyko zachorowania na depresję [2]. Depresja postnatalna kobiety ma zatem wpływ na rozwój dziecka na wszystkich płaszczyznach jego życia [1, 2]. W Tabeli I przedstawiono konsekwencje pojawienia się depresji poporodowej u matki na rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy dziecka.

Tabela I. Konsekwencje depresji poporodowej matki na rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy dziecka Źródło:[opracowanie własne]

Konsekwencje depresji poporodowej matki na rozwój poznawczy dziecka	**Konsekwencje depresji poporodowej matki na rozwój emocjonalny i społeczny dziecka**
Ogólne zaburzenia rozwoju zdolności poznawczych niemowląt i starszych dzieci [5].	Trudności w zachowaniu, liczne napady złości, częstsze zaburzenia snu, problemy z apetytem, przejawy zachowań antyspołecznych, większa nadpobudliwość [5].
Nieprawidłowy rozwój funkcjonowania poznawczo-językowego [6].	Przewaga emocji gniewu, bierności, wycofania, kształtowanie zachowań samoregulacyjnych na przykład ssanie kciuka [6].
Wśród chłopców niższe wyniki w standardowych testach osiągnięć intelektualnych [7].	Bardzo częste sytuacje nieprzestrzegania zasad przez dzieci i nieumiejętność wyrażania autonomii właściwej do wieku [10].
Zaburzenia w zakresie percepcji, a także wydajności [6].	Nieprawidłowa, bardzo często agresywna reakcja podczas spotkań z rówieśnikami [6].
Zaburzenia w zakresie koncentracji i pobudzenia seksualnego [5].	Zaburzenia funkcjonowania adaptacyjnego dzieci w wieku szkolnym [6].
Niższe wyniki ilorazu inteligencji, większe problemy w rozumowaniu matematycznym i trudności w uczeniu się [6].	Wyższe ryzyko wystąpienia u dzieci zaburzeń lękowych, fobii, zaburzeń zachowania, zaburzeń uwagi, ADHD (ang. attention-deficit hyperactivity disorder - zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) oraz uzależnień od substancji [6].
Trudności w uczeniu się i przetwarzaniu informacji oraz wykonywaniu zadań pozaszkolnych [6].	U dwumiesięcznych dzieci szybsze reakcje stresowe, mniejszy poziom zadowolenia, większa drażliwość i podatność na zdenerwowanie się [5].
Niższy poziom zdolności werbalnych, motorycznych i percepcyjnych wśród 4-letnich chłopców [7].	Zachowania agresywne i niechęć do zawierania nowych kontaktów [5].
Mniejszy stopień zaangażowania podczas kreatywnej, indywidualnej zabawy [6].	Wśród 11-letnich dzieci większa liczba nieprawidłowych zachowań związanych z przemocą [5].
Wśród 11-latków niższy poziom dojrzałości szkolnej [8].	Gorsze zachowanie wśród niemowląt 3-7 miesięcznych [1].
W pierwszym roku życia słabszy rozwój motoryczny i intelektualny dzieci [9].	U dzieci w wieku szkolnym niższy poziom kompetencji społecznych [1].

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne *(ang. American Psychological Association* – APA*)* także przedstawiło negatywne konsekwencje depresji postnatalnej dla dziecka uwzględniając jego poszczególne okresy rozwoju. Według APA noworodki matek chorych na depresję poporodową są mniej aktywne, przejawiają większą nerwowość i drażliwość, prezentują więcej negatywnych reakcji mimicznych, mają zaburzony rytm dobowego snu i czuwania oraz skłonność do podwyższonego poziomu hormonów stresu (analogicznie jak w depresji), a także wykazują tendencję do większej aktywności fal mózgowych. Z kolei u niemowląt i małych dzieci obserwuje się mniejszą masę ciała, opóźniony rozwój motoryczny, większą częstość infekcji dolnych dróg oddechowych i układu pokarmowego, mniejszą siłę fizyczną, depresyjny sposób nawiązywania interakcji. Natomiast dzieci wieku przedszkolnego przejawiają zachowanie agresywne, nieżyczliwe, depresyjne, mają podwyższony poziom aktywności mózgu oraz hormonów stresu sugerujący stan chronicznej depresji [11].

Należy również zwrócić uwagę, że współcześnie coraz więcej uwagi poświęca się tematyce związanej z oddziaływaniem stresu już w okresie prenatalnym na rozwój płodu jak i starszego dziecka. W sytuacji stresogennej mechanizmy reakcji kobiety w ciąży pobudzają oś podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz znacznie aktywują autonomiczny układ nerwowy. Doświadczanie przewlekłego stresu powoduje wydzielanie do krwiobiegu matki podwyższonego poziomu kortyzolu i adrenaliny, które przenikają przez barierę płodowo-łożyskową. Następnie hormony przedostają się do krwiobiegu płodu mając wpływ na rozwój zaburzeń psychicznych i somatycznych w życiu dziecka. Udowodniono, że wysokie stężenie kortyzolu we krwi pępowinowej wpływa na niską masę urodzeniową dziecka [12], zaburzenia osobowości oraz przejawy agresji i lęku u dziecka w okresie postnatalnym. Narażenie dziecka na wysoki poziom stresu podczas ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia u niego w okresie postnatalnym chorób psychicznych, depresji, autyzmu, zachowań antyspołecznych i nadpobudliwość u starszych dzieci [13].

Ekspozycja płodu na przewlekły stres prenatalny związana jest również ze zwiększonym ryzykiem rozwoju astmy, atopowego zapalenia skóry i alergicznego nieżytu nosa u dzieci w okresie postnatalnym. Podwyższony poziom hormonu stresu u kobiet w ciąży wpływa także na zaburzenia kardiologiczne u dzieci zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym [14].

Ponadto badacze zwracają również uwagę na związek między podwyższonym poziomem hormonu stresu u kobiet w ciąży, a nieprawidłowym wzrostem łożyska, co wpływa na zmniejszoną podaż składników odżywczych, doprowadzając do wystąpienia

wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu (ang. Intrauterine Growth Restriction - IUGR) i nieprawidłowego programowania metabolicznego [12]. Literatura przedmiotu wskazuje również na zależność między nadmierną ekspozycją płodu na wysoki poziom kortyzolu, a zwiększonym ryzykiem poronienia i porodu przedwczesnego [13, 14].

Wpływ kortyzolu w mleku matki na zachowanie niemowląt

Korzyści zdrowotne dla dzieci wynikające z karmienia piersią to częsty temat poruszany w publikacjach naukowych. Natomiast literatura przedmiotu przedstawia nieliczne badania dotyczące składu mleka kobiecego i jego znaczenia na fenotyp potomstwa. Mleko matki składa się między innymi z wody, białka, węglowodanów, tłuszczy oraz czynników immunologicznych i hormonów. Kortyzol, hormon stresu to główny glikokortykosteroid w organizmie człowieka, którego stężenie w mleku matki związane jest z zachowaniem dziecka [15].

Pierwsze badania analizujące zależność między poziomem hormonu stresu, a fenotypem behawioralnym potomstwa przeprowadzono na zwierzętach [16, 17]. Na szczurach zaobserwowano, że wyższe stężenie kortyzolu w mleku matki było związane z lepszymi efektami uczenia się i zmniejszonym poziomem lęku u potomstwa [18]. U małp rezus *(Macaca mulatta)* wyższe poziomy kortyzolu mlecznego były związane z pozytywnym zachowaniem społecznym i częściej podejmowaną zabawą. Kolejne badania przeprowadzone na małpach rezus wykazały, że wysokie stężenie kortyzolu mlecznego było związane z pewnym temperamentem u samców [17], natomiast u samic zaobserwowano większą skłonność do smutku, strachu, frustracji i gniewu [19]. Hinde i wsp. przeprowadzając badania na tej samej grupie naczelnych wykazali zależność między wyższym stężeniem kortyzolu w mleku, a mniej pewnym temperamentem i większą nerwowością zarówno u płci żeńskiej, jak i męskiej [16]. Kortyzol znajdujący się w mleku kobiecym przenoszony jest z osocza krwi. Według hipotezy kobiety karmiące piersią w sytuacjach silnie stresogennych mogą swoim dzieciom fizjologicznie zasygnalizować informację dotyczącą „stresującego środowiska" za pomocą wysokiego poziomu hydrokortyzonu znajdującego się w ich mleku. Natomiast dzieci za pośrednictwem hormonu stresu znajdującego się w mleku matki przystosowują swój fenotyp behawioralny do panujących warunków środowiska [15]. Hinde koncepcję tę określił jako „hipotezę programowania laktacyjnego" według, której biologiczne składniki mleka kobiecego oddziałują na metaboliczny i neurobiologiczny rozwój dziecka, co ostatecznie wpływa na ich zachowanie i fenotyp [16].

Badania Kolba i wsp. potwierdzają, że mózg w okresie niemowlęcym charakteryzuje się neuroplastycznością i wysokim poziomem wrażliwości na bodźce środowiska zewnętrznego [20]. Z kolei przewód pokarmowy dzieci ma wiele receptorów dla glikokortykosteroidów, które umożliwiają kortyzolowi znajdującemu się w mleku matki na przekroczenie bariery nabłonkowej jelit [16]. Następnie kortyzol mleczny pokonuje barierę krew-mózg i wiąże się z receptorami okolicy limbicznej, czyli obszarem mózgu odpowiedzialnym za regulację okazywania emocji oraz zachowanie [19]. Pierwsze badania analizujące zależność między poziomem kortyzolu mlecznego, a temperamentem dziecka zakładały, że poziom stężenia kortyzolu w osoczu matki odpowiada poziomowi stężenia kortyzolu w jej mleku. Na podstawie tego badania zaobserwowano, że wyższy poziom kortyzolu w osoczu krwi – wyższy poziom kortyzolu w mleku matki, związany był z lękliwym usposobieniem 2-miesięcznych niemowląt [21].

Kolejne badania na próbie 3-miesięcznych niemowląt także wskazują, że im wyższe stężenie kortyzolu w mleku matki tym większy poziom smutku i strachu u niemowląt, który charakteryzuje melancholijny temperament [19]. Badania Nolvi i wsp. wykazały, że wyższe stężenie kortyzolu mlecznego oznaczonego 2,5 miesiąca po porodzie predysponowało do częstszej reaktywności strachu u 8-miesięcznych niemowląt. Zależność tę zaobserwowano wyłącznie u płci żeńskiej [22]. Natomiast ostatnie badania nie są zgodne z wcześniejszymi wynikami badań. Hechler i wsp. przeprowadzili badania u niemowląt w wieku 2, 6 i 12 tygodni. Oczekiwano, że wyższy poziom kortyzolu mlecznego będzie związany z częstszymi epizodami płaczu, grymaszenia i okazywaniem niezadowolenia ze strony niemowląt. Na podstawie przeprowadzonego badania podłużnego zaobserwowano proporcjonalny wzrost stężenia kortyzolu w mleku matki w okresie pierwszych trzech miesięcy życia dzieci. Nie wykazano jednak zależności między poziomem kortyzolu mlecznego, a częstością i czasem trwania płaczu i grymaszeniem niemowląt [15].

Należy jednak zwrócić uwagę, że związek między stężeniem kortyzolu mlecznego, a zachowaniem, temperamentem niemowląt może mieć charakter dwukierunkowy. Trudności w opiece nad dziećmi bardzo często mają wpływ na wystąpienie zaburzeń zdrowia psychicznego i pogarszają ogólną jakość życia matek, co z kolei może determinować wyższe stężenie kortyzolu mlecznego. Natomiast niemowlęta narażone na stres matczyny, który powoduje podwyższony poziom kortyzolu w mleku matki, mogą go doświadczać reagując płaczem i lękiem [23].

PODSUMOWANIE

Szacuje się, że depresja poporodowa dotyka blisko 30% kobiet. Pomimo tego, że coraz częściej mówi się o tym zaburzeniu psychicznym we współczesnym położnictwie, to nadal to temat trudny i wielokrotnie lekceważony. Kobiety z powodu krytyki otoczenia ignorują pierwsze symptomy choroby, nie zdając sobie zazwyczaj sprawy z konsekwencji nieleczonej depresji poporodowej, która ma negatywny wpływ nie tylko na zdrowie kobiety, ale również na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dziecka. Depresja poporodowa wpływa destrukcyjnie na funkcjonowanie całej rodziny. Obserwacje symptomów depresji należy rozpocząć w okresie planowania ciąży. Personel medyczny opiekujący się kobietą powinien na podstawie zebranego wywiadu rozpoznać ewentualne czynniki, które mogą predysponować do zaburzeń psychicznych. Przeciwdziałanie depresji zazwyczaj wymaga różnorodnych działań, dlatego udzielanie wsparcia kobiecie chorej na depresję niejednokrotnie związanie jest z zintegrowaną pomocą wielu specjalistów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kossakowska K.: Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, 2019, 3 (39), 134−151.
2. Teti D.M., Towe-Goodman N., Gonzalez M.: Postpartum Depression, Effects on Infant. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, 2018, 562-572. DOI: 10.1016/B978-0-12-809324-5.23477-9.
3. Noppe I., Noppe L., Hughes F.: Stress as a predictor of the quality of parent-infant interactions. Journal of Genetic Psychology, 1991, 152 (1), 17−28.
4. Laxton-Kane M., Slade P.: The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2002, 20 (4), 253−266.
5. Murray L.: The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1992, 33 (3), 543–561.
6. Canadian Pediatric Society. Maternal depression and child development. Paediatrics and Child Health, 2004, 9 (8), 575–583.
7. Sharp D., Hay D.F., Pawlby S., Schmücker G., Allen H., Kumar R.: The impact of postnatal depression on boys' intellectualdevelopment. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1995, 36, 1315−1336.

8. Galler J.R., Ramsey F.C., Harrison R.H., Taylor J., Cumberbatch G., Forde V.: Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004, 45, (6), 1064-1075.
9. Nguyen P.H., Friedman J., Kak M., Menon P., Alderman H.: Maternal depressive symptoms are negatively associated with child growth and development: Evidence from rural India. Maternal and Child Nutrition, 2018, 14 (4), e12621.
10. Kuczyński L., Kochańska G.: Development of children's non-compliance strategies from toddlerhood to age 5. Developmental Psychology, 1990, 26, 398−408.
11. Banasiak-Parzych B.: Depresja poporodowa. Przyczyny, skutki, zapobieganie. Wyd. Koldruk, Warszawa 2007, 36-41.
12. Cherak S. J., Giesbrecht G. F., Metcalfe A., Ronksley P. E., Malebranche M. E.: The effect of gestational period on the association between maternal prenatal salivary cortisol and birth weight: A systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrino, 2018, 94, 49–62.
13. Jośko-Ochojska J.: Traumatyczne przeżycia matki ciężarnej a zdrowie jej dziecka. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2016, 15 (3), 117−129.
14. Flanigan C., Sheikh A., DunnGalvin A., Brew B.K., Almqvist C., Nwaru B.I.: Prenatal maternal psychosocial stress and offspring's asthma and allergic disease: A systematic review and meta-analysis. Clinical and Experimental Allergy, 2018, 48, (4), 403−414.
15. Hechler C.C., Beijers R.R., Riksen-Walraven J.M., de Weerth C.: Are cortisol concentrations in human breast milk associated with infant crying? Developmental Psychobiology, 2018, 60, (6), 639−650.
16. Hinde K., Skibiel A.L., Foster A.B., Del Rosso L., Mendoza S.P., Capitanio J.P.: Cortisol in mother's milk across lactation reflects maternal life history and predicts infant temperament. Behavioral Ecology, 2015, 26 (1), 269–281.
17. Sullivan E.C., Hinde K., Mendoza S.P., Capitanio J.P.: Cortisol concentrations in the milk of rhesus monkey mothers are associated with confident temperament in sons, but not daughters. Developmental Psychobiology, 2011, 53, 96–104.
18. Catalani A., Casolini P., Cigliana G., Scaccianoce S., Consoli C., Cinque C., Zuena A.R., Angelucci L.: Maternal corticosterone influences behavior, stress response and corticosteroid receptors in the female rat. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 2002, 73 (1), 105−114.

19. Grey K.R., Davis E.P., Sandman C.A., Glynn L.M.: Human milk cortisol is associated with infant temperament. Psychoneuroendocrinology, 2013, 38, (7), 1178−1185.
20. Kolb B., Gibb R.: Brain plasticity and behaviour in the developing brain. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011, 20 (4), 265−276.
21. Glynn L.M., Davis E.P., Schetter C.D., Chicz-Demet A., Hobel C.J., Sandman C.A.: Postnatal maternal cortisol levels predict temperament in healthy breastfed infants. Early Human Development, 2007, 83 (10), 675−681.
22. Nolvi S., Uusitupa H.M., Bridgett D.J., Pesonen H., Aatsinki A.K., Kataja E.L., Korja R., Karlsson H., Karlsson L.: Human milk cortisol concentration predicts experimentally induced infant fear reactivity: moderation by infant sex. Developmental Science, 2018, 21 (4), 1−8.
23. Barr R.G., Fairbrother N., Pauwels J., Green J., Chen M., Brant R.: Maternal frustration, emotional and behavioural responses to prolonged infant crying. Infant Behavior and Development, 2014, 37 (4), 652−664.

CZY PACJENCI PO TRANSPLANTACJI NERKI STOSUJĄ SIĘ DO ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH ?

Kalinowska Paulina[1], Kobus Grażyna[2]

1. Studia Doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Współczesna medycyna stwarza pacjentom realne szanse na wydłużenie życia i poprawę jego jakości. Przykładem jest transplantacja nerki, która dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek jest najlepszą metodą leczenia. Sukces terapeutyczny, jakim w przypadku pacjentów po transplantacji nerki jest wydłużenie życia pacjenta i prawidłowa funkcja przeszczepionego narządu, zależy od wielu czynników [1]. Wśród nich ogromną rolę odgrywa przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Całość zagadnienia dotyczącego przestrzegania zaleceń terapeutycznych najdokładniej opisuje termin adherence, który według definicji zaproponowanej przez Briana Haynesa określa „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodne z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi'' [2] .

Po zabiegu transplantacji nerki brak współpracy chorego staje się jednym z najważniejszych czynników powodujących małą skuteczność terapii i odrzucenie przeszczepionego narządu. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może prowadzić do odrzucania i utraty przeszczepionego narządu oraz śmierci biorcy [3]. Pacjent niestosujący się do zaleceń to osoba, która nie zgłasza się na wizyty ambulatoryjne lub na badania kontrolne, nie stosuje się do zaleconego schematu dawkowania leków, zaleconej diety oraz opóźnia zgłaszanie problemów zdrowotnych [4].

Powody, dla których pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarskich, są różnorodne. Wśród nich istotne znaczenie ma duża liczba zaleconych leków, skomplikowany schemat terapeutyczny, działania niepożądane leczenia immunosupresyjnego, ograniczenia dietetyczne czy konieczność systematycznej samokontroli w postaci pomiarów wartości ciśnienia tętniczego, masy ciała czy glikemii. Warto podkreślić, że bardzo ważnym elementem wpływającym na poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest edukacja pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów [5].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów po przeszczepieniu nerki, ocena częstości występowania nadwagi i otyłości oraz ocena częstości wykonywania badań kontrolnych w profilaktyce przeciwnowotworowej.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto pacjentów po przeszczepieniu nerki będących pod opieką Poradni Transplantacyjnej. W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, oraz analizę dokumentacji medycznej. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UM w Białymstoku.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech mierzalnych wyliczono średnią arytmetyczną i odchylenie standardowe, a dla cech jakościowych ich rozkład ilościowo-procentowy. Dla cech mierzalnych przy porównaniach między wybranymi grupami stosowano test t-Studenta, a dla jakościowych test niezależności CHI^2. W obliczeniach przyjęto poziom istotności $P<0.05$, jako znamienny statystycznie.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Grupa badawcza składała się z 313 pacjentów (kobiety 47.28%, mężczyźni 52.72%). Średnia wieku 52.75 ± 13.85 lat.

Najczęstszą przyczyną niewydolności nerek było kłębuszkowe zapalenie nerek (25.88%) oraz wielotorbielowate zwyrodnienie nerek typu dorosłych (23%); nefropatia cukrzycowa stanowiła 6.7%. Średni czas po przeszczepieniu nerki wynosił 8.06 ± 5.67 lat. Ok. 42% pacjentów miało zabieg przeszczepienia nerki w okresie ostatnich 5 lat; w okresie od 5 do 10 lat po transplantacji było 26.84%; powyżej 20 lat od zabiegu przeszczepienia nerki było ok. 2% pacjentów. U 93.61% pacjentów była to pierwsza transplantacja nerki; ok. 4% chorych miało wykonane przeszczepienie wyprzedzające. Średni czas oczekiwania na transplantację wynosił 24.81±20.28 miesięcy. Średnie stężenie kreatyniny w całej grupie badanych wyniosło 1.46 mg/dl ± 0.9 mg/dl. Stężenie kreatyniny w grupie kobiet – 1.29 mg/dl ± 0.7 mg/dl, mężczyzn – 1.6 mg/dl ±1.04 mg/dl.

Postrzeganie własnego stanu zdrowia

Swój stan zdrowia jako doskonały określiło ok. 66% kobiet i mężczyzn; bardzo dobry - ok.15% kobiet i 12% mężczyzn, dobry - ok. 8% kobiet i mężczyzn. Ok. 7% pacjentów niezależnie od płci określiło swój stan zdrowia jako średni. Zły stan zdrowia wskazało 7.27% mężczyzn i 4.05% kobiet. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią a postrzeganiem własnego stanu zdrowia.

Kto w szpitalu rozmawiał z pacjentem na temat stylu życia po transplantacji nerki ?

W 90% przypadków informacji odnośnie stylu życia po transplantacji nerki udzielał lekarz; na pielęgniarkę wskazało ok. 36.5% kobiet i 28.5% mężczyzn. Ok.3% kobiet i 7% mężczyzn wskazało innego pacjenta jako źródło informacji, ok.6% pacjentów stwierdziło, że nikt z nimi nie rozmawiał na temat stylu życia po transplantacji nerki.

Częstość wizyt w poradni transplantacyjnej

Ok. 91% pacjentów zgłaszało się na wizyty kontrole do poradni raz na 3 miesiące; raz na miesiąc zgłaszało się ok.8% badanych. Opuszczanie zaplanowanych wizyt kontrolnych zwiększało się w miarę upływu czasu od transplantacji; po 12 miesiącach opuszczało wizytę 2.88% , po 24 miesiącach - 16.29% chorych. Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie pod względem częstości opuszczania wizyt (12.84% vs. 19.39%; p=0,272).

Prowadzenie dzienniczka samokontroli

Aż 85.94% respondentów nie prowadziło dzienniczka samokontroli. Do jego regularnego uzupełniania przyznaje się zaledwie 15.54% kobiet i 12.73% mężczyzn.

Kontrola ciśnienia tętniczego w domu

Ok. 85% pacjentów kontrolowało ciśnienie tętnicze w warunkach domowych. Wartości ciśnienia były większe w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet Średnie wartości ciśnienia tętniczego dla kobiet wynosiło 116/69 mmHg dla kobiet dla mężczyzn 122/71mmHg.

Zalecenia dotyczące przyjmowania leków immunosupresyjnych

68.69% przyjmowało leki immunosupresyjne regularnie o stałych porach; ok. 13% pacjentom zdarzyło się zapomnieć przyjąć leki immunosupresyjne. Kobiety i mężczyźni nie

różnili się istotnie pod względem przestrzegania zaleceń w zakresie przyjmowania leków immunosupresyjnych (p=0,360), co prezentuje Tabela I.

Tabela I. Przyjmowanie leków immunosupresyjnych

Przyjmowanie leków immunosupresyjnych	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Tak, przyjmuję leki regularnie o stałych porach	68.24%	69.09%	68.69%
Czasami zdarza mi się zapomnieć	15.54%	10.91%	13.10%
Staram się samodzielnie modyfikować przyjmowanie leków w zależności od samopoczucia i wyników	1.35%	1.21%	1.28%
W ciągu ostatnich 3 miesięcy raz zapomniałem przyjąć lek immunosupresyjny	8.11%	11.52%	9.90%
Leki immunosupresyjne przyjmuję regularnie, ale inne leki zdarza mi się zapomnieć	6.76%	7.27%	7.03%
Ogółem	100%	100%	100%

Zalecenia dietetyczne po transplantacji nerki

22.04% pacjentów znało i przestrzegało zaleceń dietetycznych po transplantacji nerki; 30.03% przyznało się do nieznajomości zaleceń dietetycznych; 5.75% pacjentów nie znało zaleceń dietetycznych po transplantacji nerki oraz nie stosowało żadnej diety. Płeć nie miała wpływu na znajomość zaleceń dietetycznych po transplantacji nerki.

41.53% badanych zmieniło dietę po transplantacji; co trzeci pacjent zmienił dietę w nieznacznym stopniu, a u 26.20% dieta po transplantacji nie zmieniła się w ogóle. Kobiety w większym odsetku dokonywały zmian w diecie niż mężczyźni (38.51% vs. 26.67%).

Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu

Po transplantacji nerki 65.81% pacjentów zaprzestało palenia tytoniu, obecnie pali 7.35%, średni czas palenia wynosił 22 lata ± 12.34 lat.

Do okazjonalnego spożywania alkoholu przyznało się 15.97% pacjentów, po alkohol częściej sięgali mężczyźni niż kobiety (16.97% vs. 14.86%). Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią a spożywaniem alkoholu.

Wskaźnik BMI

Średnia wartość BMI w grupie to 27.26 ± 5.44 kg/m2. Prawidłową masę ciała miało 41.22% kobiet i 32.73 % mężczyzn. Nadwagę oraz otyłość miał co trzeci pacjent. Nieznacznie czyściej zarówno nadwaga, jak i otyłość dotyczyła mężczyzn, jednak nie była to istotna różnica.

Profilaktyka przeciwnowotworowa

Badanie ultrasonograficzne nerek w profilaktyce przeciwnowotworowej co roku miało wykonane 8.63% pacjentów, raz na dwa lata 41.21%. Połowa pacjentów (50.16%) nigdy po przeszczepieniu nerki nie miała wykonywanego badania usg w ramach profilaktyki przeciwnowotworowej. Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy płcią a częstością wykonywania badań ultrasonograficznych nerek w profilaktyce przeciwnowotworowej (p=0,352).

Test na krew utajoną w kale- raz na rok było wykonane u 3.51% chorych, co 3 lata - 6.71%, co 5 lat -26.2% .Ok. 64 % pacjentów nigdy nie miała wykonanego testu po transplantacji nerki.

Częstość wykonywania mammografii i cytologii wśród kobiet

Co czwarta kobieta po transplantacji miała wykonywaną mammografię co roku; co trzy lata -35.14% , co 5 lat – ok.23%. Ok. 17% kobiet deklarowało, iż nigdy po transplantacji nerki nie miało wykonanej mammografii.

Badanie cytologiczne zgodnie z zaleceniami (co roku) wykonywało jedynie 10.81% kobiet; ok.34% pacjentek badanie cytologiczne wykonywało co pięć lat; 1/3 kobiet nigdy po transplantacji nerki nie miała wykonanego badania cytologicznego.

Częstość wykonywania badań kontrolnych (USG gruczołu krokowego i badanie urologicznego) w kierunku raka gruczołu krokowego u mężczyzn

Ok. 7% mężczyzn zgodnie w zalecaniami co roku miało wykonywane USG gruczołu krokowego; co trzeci pacjent miał badanie co 5 lat. Prawie połowa (ok. 47%) mężczyzn po transplantacji nerki nie miała wykonanego USG gruczołu krokowego.

DYSKUSJA

Pomyślny przebieg transplantacji nerki nie przesądza jeszcze o prawidłowym funkcjonowaniu przeszczepu w przyszłości. Decydujący wpływ na pomyślność rokowania ma przestrzeganie zaleceń dotyczących trybu życia wśród biorców. Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest w stanie uchronić takiego pacjenta przed wystąpieniem epizodów późnego odrzucania, utraty przeszczepionego narządu oraz powrotu na dializy [6, 7]. Jak wynika z analizy piśmiennictwa odsetek biorców narządów unaczynionych niestosujących się do zaleceń waha się w zakresie między 20% a 50% w różnych badaniach [8, 9].

W badaniach własnych podjęliśmy próbę oceny w jakim stopniu pacjenci po przeszczepie nerki przestrzegają zaleceń odnośnie trybu życia. Badaniami objęliśmy pacjentów po przeszczepie nerki. Średni czas po przeszczepie nerki wynosił 8 lat, niemal połowa - 42% pacjentów, miało wykonany przeszczep w ciągu ostatnich 5 lat. Jak wynika z badań 79.55% badanych określiło swój stan zdrowia jako doskonały lub bardzo dobry, a 5.75% określiło obecny stan zdrowia jako zły. Mężczyźni oceniali swój stan zdrowia gorzej niż kobiety.

W dużym stopniu o powodzeniu transplantacji decyduje styl życia jaki pacjent prowadzi po zabiegu. Odpowiednie przygotowanie teoretyczne z zakresu różnych dziedzin życia wpływa na ochronę przed utratą przeszczepionego organu, a nawet przed zgonem biorcy. Edukacja zdrowotna pacjentów powinna być prowadzona jeszcze przed wypisaniem pacjenta do domu przez zespół terapeutyczny składający się m.in. z: lekarza, pielęgniarki, dietetyka czy psychologa. Przekazywana wiedza najczęściej dotyczy takich kategorii życia codziennego jak: prowadzenie samokontroli, zaleceń dietetycznych, aktywności fizycznej, nałogów, profilaktyki przeciwnowotworowej. Z naszych badań wynika, że najczęściej osobą, która udzielała informacji odnośnie samoopieki w warunkach domowych był lekarz (ok.90%), tylko 36.49% kobiet i 28.48% mężczyzn podało, że była to pielęgniarka. A przecież zadania pielęgniarki to nie tylko wykonywanie świadczeń pielęgnacyjnych, terapeutycznych, diagnostycznych, ale także udzielanie świadczeń z zakresu promocji i edukacji zdrowia. Pielęgniarka powinna udzielać jasnych i spójnych wskazówek sprzyjających utrzymaniu zdrowia. Przygotować pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji po wypisaniu ze szpitala. Efektywność w procesie edukacji pacjentów ma ogromne znaczenie dla zdrowia i życia pacjentów i w głównej mierze zależy od sposobu zarządzania zasobami kadrowymi w danym zakładzie opieki zdrowotnej. Opisane badania wskazują na konieczność zmian i poszukiwanie nowych rozwiązań logistycznych, by pacjenci opuszczający oddziały byli w pełni wyposażeni w wiedzę i

umiejętności potrzebne do funkcjonowania z przeszczepioną nerką. Do rozważenia pozostaje, też czy wiedza pielęgniarek z zakresu transplantacji jest wystarczająca. Z praktyki codziennej wiemy, że promocja wiedzy o życiu po przeszczepieniu nerki ogranicza się do wręczenia pacjentowi materiałów edukacyjnych przygotowanych przez firmy farmaceutyczne, gdyż Ministerstwo Zdrowia ani jego agencje takowych nie zapewniają.

Pacjent po transplantacji po opuszczeniu szpitala pozostaje pod opieką personelu ośrodka transplantacyjnego. W czasie pierwszych miesięcy po zabiegu transplantacji bardzo ważne są regularne wizyty kontrolne w poradni transplantacyjnej. Dzięki tym wizytom jest możliwe monitorowanie leczenia oraz wykrywanie ewentualnych powikłań. W zależności od czasu jaki upłynął od przeszczepienia częstość tych wizyt jest inna. Jednak bardzo istotne jest aby pacjent regularnie przychodził na te wizyty. Badania własne wykazały, że opuszczenie zaplanowanej wizyty rosło wprost proporcjonalnie do czasu od przeszczepienia, np. po 12 miesiącach od transplantacji nerki tylko 2.88% respondentów przyznało się do opuszczenia zaplanowanej wizyty, zaś po 24 miesiącach opuściło je 16.29% chorych. Częściej na planowane wizyty nie przychodzili mężczyźni. Z analizy piśmiennictwa wynika, że pacjenci po przeszczepieniu serca bardziej przestrzegają wizyt kontrolnych [10, 11].

Kolejną istotną kwestią jest prowadzenie dzienniczka samokontroli. Chory powinien nauczyć się właściwej oceny swojego organizmu poprzez dokładną obserwację siebie i dokonywanie pomiarów temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, prowadzeniu bilansu płynów czy kontroli glikemii [12]. W badaniach własnych aż 85.94% respondentów nie prowadziło dzienniczka samokontroli. Do jego regularnego prowadzenia przyznało się zaledwie 15.54% kobiet i 12.73% mężczyzn.

Właściwe odżywianie odgrywa ważną rolę w procesie zdrowienia i rehabilitacji. Jednym z istotnych czynników przestrzegania zaleceń jest prawidłowa dieta, co potwierdza Limer i wsp. [13] w swoich badaniach. Należy pamiętać, że jednym z niepożądanych działań kortykosteroidów jest znaczny wzrost apetytu, co w krótkim czasie u niektórych chorych doprowadza do nadwagi i otyłości, prowadząc do wielu powikłań sercowo-naczyniowych i metabolicznych. W naszych badaniach ok. 26% pacjentów nie wprowadziło żadnych zmian w diecie po transplantacji nerki. Sposób odżywiania zmieniło 41.53% respondentów. Kobiety częściej deklarowały zmiany w żywieniu niż mężczyźni (38.51% vs 26.67%). W badaniach Kobus i wsp. [14] wykazano, że 85.3% pacjentów nie wprowadziła zmian w swojej dotychczasowej diecie w związku z przebytą transplantacją nerki. W badaniu Hedayati i wsp. oraz Dew i wsp. i połowa pacjentów po transplantacji nerki przestrzegała zaleconej diety [15, 16]. Porównując wprowadzenie zmian w żywieniu w grupie pacjentów po przeszczepie serca,

aż 81% badanych w mniejszym lub większym stopniu zmodyfikowało swoje zwyczaje żywieniowe, ograniczyło spożywania kofeiny i alkoholu [17]. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych przez pacjentów po transplantacji serca wiązało się ze spadkiem całkowitego cholesterolu, trójglicerydów i poziomu glukozy w osoczu oraz z utratą masy ciała, głównie ze względu na zmniejszenie masy tkanki tłuszczowej [18]. Szacuje się, że hipercholesterolemia występuje u 60-70% biorców nerki, 45% biorców wątroby i u ponad 80% biorców serca [19]. W naszych badaniach nie analizowaliśmy odsetka występowania hiperlidpidemii z uwagi na to, że tylko niewielu pacjentów miał oznaczane parametry gospodarki lipidowej. Przeanalizowaliśmy natomiast częstość występowania nadwagi i otyłości na podstawie wskaźnika BMI. Wiemy, że otyłość jest bardzo powszechnym i narastającym problemem w populacji ogólnej, co u pacjentów po transplantacji narządów ma szczególne znaczenie. W pierwszym roku po przeszczepieniu średni przyrost masy ciała wynosi od 3 do około 10 kilogramów. Otyłość ma istotny związek z chorobowością z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz jest też niezależnym czynnikiem wpływającym na wczesne i odległe wyniki przeszczepiania narządów [20]. Po transplantacji często dochodzi do zwiększenia masy ciała na skutek leków immunosupresyjnych [21]. Ostatnie dane ze współczesnej kohorty United Network for Organ Sharing database wskazują, że 50% pacjentów po przeszczepach można zaklasyfikować jako otyłych lub chorobliwie otyłych [22]. Otyłość może predysponować do insulinooporności, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i zmniejszonego przeżycia przeszczepu [23, 24]. Z naszych badań wynika, że ok. 60% pacjentów miało nadwagę i otyłość. Zaledwie co 3 respondent był świadomy swojej nadwagi. Z prawidłową masą ciała było 36.74% pacjentów. Nasze wyniki znacznie odbiegają od wyników innych badaczy. W badaniach Dudziak i wsp. wykazano, że nadwagę i otyłość wykazywało ok. 39% pacjentów [25].

Nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących trybu życia u pacjentów po transplantacji obejmuje również palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu [26]. Palenie papierosów ma negatywny wpływ na biorców przeszczepionej nerki, powodując choroby układu krążenia, upośledzenie czynności nerek i nowotwory [27, 28]. W badaniach własnych wykazaliśmy, że aż 65.81% pacjentów zaprzestało palenia tytoniu po przeszczepie, natomiast do palenia tytoniu przyznało się 7.35% pacjentów. Alkohol sporadycznie spożywało ok. 16% pacjentów. Nasze wyniki są porównywalne w wynikami innych badaczy. W badaniu Hedayati odsetek osób palących był niewielki i wynosił 1.76% [15].

Ważnym elementem zdrowego trybu życia jest aktywność fizyczna. Po przeszczepieniu nerki jest ona istotna dla utrzymania dobrej kondycji psychofizycznej. Zapobiega osłabieniu

mięśni spowodowanemu przez przewlekłe stosowanie steroidów. W wielu badaniach potwierdza się znaczącą rolę aktywności fizycznej w prawidłowym funkcjonowaniu przeszczepów unaczynionych [29, 30, 31]. Analizując własne wyniki stwierdzono, że blisko połowa respondentów (45.05%) nie uprawiała żadnej aktywności fizycznej lub był to sporadyczny wysiłek fizyczny (21.73%). Tylko 18.22% ankietowanych regularnie uprawia jakąś formę zwiększonej aktywności fizycznego. Mężczyźni częściej niż kobiety regularnie uprawiają wysiłek fizyczny (20.61% vs. 16.22%).

Leki immunosupresyjne przyjmowane do czasu utraty funkcji graftu są podstawowym warunkiem dobrej czynności przeszczepionego narządu. Celem immunosupresji jest zahamowanie lub zmniejszenie odpowiedzi immunologicznej biorcy na antygeny przeszczepu. Immunosupresja obok korzystnego efektu hamowania procesu odrzucania przeszczepu sprzyja wystąpieniu zakażeń lub nowotworów oraz wywołuje narządowo swoiste działania niepożądane. W wielu badaniach wykazano, iż w miarę upływu czasu od przeszczepienia pacjenci coraz częściej nie przestrzegają zaleceń dotyczących przyjmowania leków zarówno immunosupresyjnych, jak i innych leków [32, 33, 34]. Powikłania spowodowane nieprzestrzeganiem zaleceń dotyczących przyjmowania leków prowadzą do odrzucenie graftu i powrotu na dializy [35]. W badaniach własnych zaobserwowano, że 13.10% ankietowanym czasami zdarza się zapomnieć przyjąć leki immunosupresyjne, a 7.03% zdarza się zapomnieć przyjąć inne leki poza immunosupresyjnymi. Nasze wyniki są zbliżone do innych badań [36, 37, 38]. Analizując płeć, kobiety częściej zapominały o lekach immunosupresyjnych (15.54%), a mężczyźni o zażyciu innych leków. W badaniach innych badaczy to mężczyźni bardziej stosowali się zaleceń odnośnie przyjmowania leków [6, 27, 37].

W związku z tym, że transplantacja zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów, osoby po przeszczepieniu narządów powinny regularnie wykonywać badania profilaktyczne. W badaniu własnym zostały uwzględnione takie badania jak cytologia i samodzielne badanie piersi - w przypadku kobiet, urologiczna kontrola gruczołu krokowego oraz oznaczenie PSA (badanie swoistego antygenu sterczowego) w przypadku mężczyzn. Częstość występowania nowotworów po przeszczepieniu nerki mieści się w zakresie od 2.3% do 31% [39, 40]. Inne źródła donoszą, że nowotwory u biorców występują 3-5 razy częściej niż w dobranej wiekowo populacji ogólnej. Z danych USRDS (United States Renal Data System) skumulowane ryzyko rozwoju nowotworu w pierwszym roku po przeszczepieniu wynosi 3.2%, w trzecim – 7.5%, a po 20 latach - 40% [41]. W 70-89% przypadków nowotwory po przeszczepieniu narządu rozwijają się de novo, w 20% jest to wznowa nowotworu przebytego przed transplantacją, sporadycznie dochodzi do niezamierzonej transmisji z przeszczepionym narządem [42].

W grupie kobiet znaczącą rolę w profilaktyce przeciwnowotworowej odgrywa badanie cytologiczne i mammograficzne. Według wytycznych dotyczących pacjentek po przeszczepie nerki mammografię powinno się wykonywać w grupie kobiet po 40 r.ż raz na 1-2 lata. W badanej grupie analizy własnej ¼ badanych wykonywała mammografię co roku, czyli zgodnie w wytycznymi. Prawie 17% ankietowanych kobiet (16.89%) deklarowało, iż nigdy nie miało wykonanej mammografii. Badanie cytologiczne i badanie ginekologiczne zalecane jest corocznie w grupie kobiet po 20 r.ż. Badanie cytologiczne zgodnie z zaleceniami wykonywało jedynie 10.81% respondentek. Badanie cytologiczne najczęściej wykonywane było przez respondentki co pięć lat (33.87% badanych). Niepokojącym faktem jest to, że ponad 1/3 kobiet (31.08% ankietowanych) nigdy nie wykonała badania cytologicznego.

Dane z rejestru amerykańskiego USRDS (35 765 osób po transplantacji), w którym porównano występowanie nowotworów u pacjentów po pierwszej transplantacji z populacją ogólną. Po 3 latach od transplantacji nowotwory układu moczowego stwierdzono u około 3% pacjentów (rak nerki u 1.01%, rak prostaty u 1.74%, a rak pęcherza moczowego u 0.32 % pacjentów po Tx) [41]. Według tych samych danych nowotwory układu moczowego u pacjentów po przeszczepieniu są spotykane częściej w stosunku do populacji ogólnej. Rak prostaty jest spotykany 2 razy częściej, rak pęcherza moczowego 3 razy częściej, a rak nerki około 15 razy częściej niż w populacji ogólnej [41]. Raz w roku zalecane jest wykonanie USG gruczołu krokowego i badanie urologiczne w grupie mężczyzn po 50 r.ż. Niepokojącym faktem jest to, iż w badaniach własnych prawie połowa (47.27% badanych mężczyzn) nigdy nie miała wykonanego badania urologicznego lub USG w kierunku raka gruczołu krokowego. Mniej niż 1/10 respondentów (6.67%) wykonuje takie badanie co roku czyli zgodnie w zalecaniami. Należy sądzić, że rutynowe badania USG wykonywane podczas wielokrotnych hospitalizacji pacjenta są wystarczające do wykrycia ewentualnych nieprawidłowości.

Nowotwory jelita grubego i odbytnicy stanowią ok. 12% nowotworów powstałych de novo u pacjentów po transplantacji. Większość danych sugeruje, że ryzyko powstania raka jelita grubego jest wyższe niż w ogólnej populacji, zwłaszcza po 10 latach od zabiegu. Nowotwory okolicy odbytu i odbytnicy występują ok. 6–10-krotnie częściej [43]. Chorzy po 50 r.ż. po przeszczepieniu nerki powinni mieć wykonywany 1 raz w roku test na krew utajoną w kale. Badania własne wykazały, iż co roku test na krew utajoną w kale wykonało 3,51% pacjentów, z czego częściej byli mężczyźni (4.24%). Należy zwrócić uwagę, iż 63,58% pacjentów po przeszczepieniu nerki nigdy nie miała wykonywanego testu na krew utajoną w kale.

W oparciu o wyniki badań (badanie własne i inne) można stwierdzić, że odsetek nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów po transplantacji jest nieproporcjonalnie wysoki w obliczu zagrożenia utratą przeszczepu. Zdobyta wiedza przez pacjentów na temat właściwego trybu życia oraz ich motywacja są nieznaczne i wymagają interwencji ze strony personelu medycznego. Wiele prostych działań, które może podjąć każdy lekarz, przyczynia się do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Ważne role do odegrania w tym procesie mają także inni pracownicy ochrony zdrowia, na czele z pielęgniarkami. Żadna z opisanych interwencji nie daje wprawdzie całkowitej gwarancji pełnego przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, warto jednak wykorzystać efekt synergistyczny łączenia dwu lub więcej interwencji u tego samego pacjenta, co pozwoli na jak najdłuższe funkcjonowanie graftu.

WNIOSKI

Niezależnie od płci przestrzeganie zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych po przeszczepieniu nerki było niewystarczające i różniło się w grupie kobiet i mężczyzn. Dotyczyło min. przestrzegania zaleceń dietetycznych, prowadzenia dzienniczka samokontroli i profilaktyki przeciwnowotworowej. Niepokojącym zjawiskiem jest występowanie nadwagi i otyłości wśród pacjentów po transplantacji nerki i ta grupa wymaga podjęcia bardziej radykalnego postępowania w zakresie prewencji otyłości.

Edukacja zdrowotna jest bardzo istotna w opiece potransplantacyjnej. Niepokojące jest, że tylko co trzeci pacjent wskazał pielęgniarkę jako osobę, która udzieliła odpowiednich wskazówek odnośnie stylu życia po transplantacji. Biorąc pod uwagę funkcję dydaktyczno-wychowawczą zawodu pielęgniarki należałoby położyć większy nacisk na kształcenie pielęgniarek w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

1. Lizakowski S., Dudek I., Rutkowski B.: Możliwości poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych u chorych po przeszczepieniu narządów unaczynionych i wpływ tych działań na losy przeszczepionego narządu. Forum Nefrologiczne, 2016, 9(3), 189-197.
2. Kardas P.: Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych. Polski Merkuriusz Lekarski, 2011, XXXI(184), 215-220.

3. Karam V.H., Gasquet I., Delvart V. et al.: Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. Transplantation, 2003, 76, 1699–1704.
4. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A. et al.: Urquhart J., for the ABC Project Team, A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. British Journal of Clinical Pharmacology, 2012, 73(5), 691–705.
5. Henriksson J., Tydén G., Höijer J., Wadström J.: A prospective randomized trial on the effect of using an electronic monitoring drug dispensing device to improve adherence and compliance. Transplantation, 2016, 100, 203–209.
6. Gheith O.A., El-Saadany S.A., Abuo Donia S.A., Salem Y.M.: Compliance with recommended life style behaviors in kidney transplant recipients: Does it matter in living donor kidney transplant? Iranian Journal of Kidney Disease, 2008, 2, 218–226.
7. Martínez B., Pérez A., López Suárez A. et al.: Medication Adherence in Patients Who Undergo Cardiac Transplantation. Transplantation Proceedings. 2013, 45, 2662–2664.
8. Giardini A., Pierobon A., Majani G. et al.: Adherence self report assessment in solid-organ pre and post transplant recipients. Giomale Italiano di Medicina Lavoro ed Ergonomia, 2011, 33, 69–76.
9. Williams A.F, Manias E, Gaskin C.J, Crawford K.: Medicine non-adherence in kidney transplantation. Journal of Renal Care, 2014, 40, 107–116.
10. Tigges-Limmer K., Brocks Y., Grisse D. et al.: It's not the bad guys. A differentiated view on post HTX adherence: Medication, mental health, hygienic behavior. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2013, 61, 131 -133.
11. Brocks Y., Zittermann A., Grisse D. et al.: Adherence of heart trans- plant recipients to prescribed medication and recommended life- style habits. Progress in Transplantation 2017, 7, 160-166.
12. Joseph J.T, Baines L.S, Morris M.C et al.: Quality of life after kidney and pancreas transplantation: A review. American Journal of Kidney Diseases, 2003, 42, 431–445.
13. Tigges-Limmer K., Schmid-Ott G., Schulz U. et al.: Extended adherence of heart transplant patients-single-center study. HDZ-Thorac Cardiovascular Surgery, 2012, 60, 32-33.

14. Kobus G., Małyszko J., Małyszko J.S. et al.: Compliance with the life style recommendations in kidney allograf trecipients. Transplantation Proceedings, 2011, 43, 2930 – 2934.
15. Hedayati P., Shahgholian N., Ghadami A.: Nonadherence Behaviors and Some Related Factors in Kidney Transplant Recipients. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2017, 22(2), 97–101.
16. Dew M.A., Di Martini A.F., De Vito Dabbs A. et al.: Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation, 2007, 83, 858–873.
17. Escott-Stump E.: Nutrition and diagnosis-related care. Wolters Kluwer Health, Maryland 2008, 333-340.
18. Flattery M.P., Salyer J., Maltby M.C. et al.: Elswick RK. Lifestyle and health status differ over time in long-term heart transplant recipients. Progress in Transplantation, 2006, 16, 232-238.
19. Grundy S., Cleeman J., Merz C.N. et al.: For the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program, Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute: Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation, 2004, 11, 227–239.
20. Shirali A.C., Bia M.J.: Management of cardiovascular disease in renal transplant recipients. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 2008, 3, 491–504.
21. Parikh C.R., Klem P., Wong C. et al.: Obesity as an independent predictor of posttransplant diabetes mellitus. Transplantation Proceedings, 2003, 35, 2922– 2926.
22. Gore J.L., Pham P.T., Danovitch G.M. et al.: Obesity and outcome following renal transplantation. American Journal of Transplantation, 2006, 6, 357– 363.
23. El-Agroudy A.E., Wafa E.W., Gheith O.E. et al.: Weight gain after renal transplantation is a risk factor for patient and graft outcome. Transplantation, 2004, 77, 1381– 1385.
24. Jindal R.M., Zawada E.T. Jr: Obesity and kidney transplantation. American Journal of Kidney Diseases, 2004, 43, 943– 952.
25. Dudziak A., Czekalski S.: Cukrzyca ujawniająca się po przeszczepieniu nerki (cukrzyca potransplantacyjna) a doświadczenia jednego ośrodka transplantacyjnego. Nefrologia i Dializoterapia Polska, 2008, 12, 218-220.

26. Lin S.J., Koford J.K., Baird B.C. et al.: Effect of donors' intravenous drug use, cigarette smoking, and alcohol dependence on kidney transplant outcome. Transplantation, 2005, 80, 482-496.
27. Germani G., Lazzaro S., Gnoato F. et al.: Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. Transplantation Proceedings, 2011, 43, 318–323.
28. Nourbala M.H., Nemati E., Rostami Z., Einollahi B.: Impact of cigarette smoking on kidney transplant recipients: A systematic review. Iranian Journal of Kidney Disease, 2011, 5, 141–148.
29. Zitt N., Kollerits B., Neyer U. et al.: Cigarette smoking and chronic allograft nephropathy. Nephrology Dialysis Transplantation, 2007, 22, 3034-3039.
30. Chisholm M.A.: Identification of medication-adherence barriers and strategies to increase adherence in recipients of renal transplants. Manag Care Interface, 2004, 17, 44-48.
31. Vlaminck H., Maes B., Evers G. et al.: Prospective study on late consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant patients. American Journal of Transplantation, 2004, 4, 1509-1513.
32. Denhaerynck K., Dobbels F., Cleemput I. et al.: Prevalence, consequences, and determinants of non-adherence in adult renal transplant patients: a literature review. Transplant International, 2005, 18, 1121–1133.
33. Dew M.A., DiMartini A.F., Dabbas De Vito et al.: Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid transplantation. Transplantation, 2007, 83, 858–873.
34. Schmid-Mohler G., Thut M.P., Wüthrich R.P. et al.: Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction: a cross-sectional study. Clinical Transplantation, 2010, 24, 213–222.
35. Griva K., Davenport A., Harrison M., Newman S.P.: Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medical intake. Annals of Behaavioral Medicine, 2012, 44, 85–93.
36. Fine R.N., Becker Y., Geest S. et al.: Nonadherence consensus conference summary report. American Journal of Transplantation, 2009, 9, 35–41.
37. McCune K.R.: Nonadherence to Immunosuppressive Medication: New Insights. Immunology, 2013,10, 22–25.

38. Prihodova L., Nagyova I., Rosenberger J. et al.: Adherence in patients in the first year after kidney transplantation and its impact on graft loss and mortality: A cross-sectional and prospective study. Journal of Advanced Nursing, 2014,70, 2871–2883.
39. Cheung C.Y., Tang S.C.W.: An update on cancer after kidney transplantation. Nephrology Dialysis Transplantation, 2019, 34(6), 914-920.
40. Villeneuve P.J., Schaubel D.E., Fenton S.S. et al.: Cancer incidence among Canadian kidney transplant recipients. American Journal of Transplantation, 2007, 7, 941–948.
41. Collett D., Mumford L., Banner N.B. et al.: Comparison of the incidence of malignancy in recipients of different types of organ: a UK Registry audit. American Journal of Transplantation, 2010, 10, 1889–1896.
42. Vajdic C.M., McDonald S.P., McCredie M.R. et al.: Cancer incidence before and after kidney transplantation. JAMA, 2006, 296, 2823–2831.
43. Wong G., Chapman J.R.: Cancers after renal transplantation. Transplantation Reviews, 2008, 22, 141-149.

ZESPÓŁ NIESPOKOJNYCH NÓG - CZĘSTY PROBLEM U PACJENTÓW Z PCHN

Kobus Grażyna

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Zespół niespokojnych nóg (RLS - restless legs syndrome) jest zaburzeniem sensomotorycznym, polegającym na nieodpartej potrzebie poruszania kończynami dolnymi, szczególnie w spoczynku, najczęściej w trakcie snu nocnego [1, 2]. Chorzy opisują je jako uczucie mrowienia lub drętwienia. Charakterystyczną cechą zespołu jest jego ustępowanie lub znaczne złagodzenie pod wpływem ruchu. Problemy te pojawiają się wraz z zasypianiem . Zespół niespokojnych nóg powoduje zamieszanie i niepokój co wpływa na wydajność indywidualną i życie rodzinne; zwiększa zmęczenie, zaburzenia snu i stres; i obniża jakość życia [3, 4].

W zależności od populacji, zespół ten występuje u 5-15% osób, a wśród ludzi cierpiących na bezsenność stanowi 10-20 przypadków [5, 6]. Z badań epidemiologicznych wynika, że objawy zespołu niespokojnych nóg (RLS) występują często u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN) oraz chorych dializowanych [7]. Jak wynika z piśmiennictwa RLS dotyczy 20- 25% pacjentów dializowanych [8].

Przebieg choroby zależny jest od wieku zachorowania i nasilenie objawów rośnie wraz z wiekiem do osiągnięcia 60 roku życia, wtedy następuje ustabilizowanie a nawet zmniejszenie objawów. Jeśli choroba zacznie się przed 45 rokiem życia często jest wolniejszy przebieg choroby, objawy zwiększają się powoli [9].

W zależności od czynników etiologicznych chorobę klasyfikuje się do postaci pierwotnych i wtórnych. Większość pacjentów ma pierwotną idiopatyczną postać choroby, w której dodatni wywiad rodzinny jest obecny w prawie 40% przypadków, co sugeruje predyspozycję genetyczną. W przypadku RLS rodzinnego zauważamy szybsze wystąpienie objawów i wolniejszy postęp porównując z RLS, który nie występuje w rodzinie.

Wtórne RLS najczęściej występują w związku z niedoborem żelaza, podczas gdy inne stany, takie jak neuropatia obwodowa, cukrzyca (DM), reumatoidalne zapalenie stawów stwardnienie rozsiane, Parkinsonizm i niewydolność nerek mogą często współistnieć z RLS [10, 11]. Niektóre leki (takie jak przeciwnadciśnieniowe, leki przeciwdepresyjne, blokery

receptorów histaminowych) również mogą prowadzić do rozwoju RLS [12, 13]. Zaawansowany wiek, czynniki genetyczne, występowanie zespołu niespokojnych nóg w rodzinie i płeć żeńska to czynniki predysponujące do wystąpienia RLS [14].

U pacjentów HD zaburzenia snu mogą prowadzić do poważnych powikłań w zakresie zdrowia psychicznego, ogólnego stanu zdrowia, bólu ciała, zmęczenia i funkcjonowania fizycznego. Współwystępowanie zaburzeń snu i depresji może powodować poważne konsekwencje dla pacjentów HD. RLS wiąże się również z wyższą zachorowalnością na choroby sercowo-naczyniowe, zwiększonym ryzykiem zgonu u pacjentów z PChN i hemodializowanych [15].

CEL PRACY

Celem pracy była cena częstości występowania zaburzeń niespokojnych nóg i jego wpływu na występowanie zaburzeń snu u chorych z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo i przewlekłymi dializami.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie 95 pacjentów (51.6% kobiet i 48.4%) z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo i leczonych nerkozastępczo. Pacjenci byli pod opieką Poradni Nefrologicznej oraz Ośrodka Dializ.

W badaniach wykorzystano narzędzie standaryzowane - Skalę nasilenia objawów Zespołu Niespokojnych Nóg. Skala ta zawiera 10 pytań w której pacjent określa: 1) poziom dyskomfortu odczuwanego w rękach lub nogach. 2) potrzebę poruszania się z powodu niepokoju w rękach lub nogach. 3) odczuwanie ulgi w nogach lub rękach na skutek poruszania się. 4) występowanie zaburzeń z powodu RLS. 5) odczuwanie zmęczenia/senności w ciągu dnia z powodu odczuwanego w nocy niepokoju. 6) poziomu ciężkość RLS. 7) częstości występowania objawów RLS. 8) czasu trwania objawów RLS. 9) wpływu objawów RLS na codzienne życie. 10) wpływu RLS na nastrój. Ponadto analizą objęto dane dotyczące choroby, czasu trwania, chorób współistniejących. Jedna z konsekwencji zespołu niespokojnych nóg jest nadmierna senność w ciągu u dnia (EDS, excessive daytime sleepiness). Rozpoznanie tego zespołu opiera się na Epworth Sleepiness Scale (ESS). Kwestionariusz ten służy do oceny nasilenia senności występującej u badanego w ciągu dnia w sytuacjach: 1) siedzenie i czytanie, 2) oglądanie telewizji, 3) siedzenie w miejscu publicznym, np. teatr, 4) jako pasażer samochodu jadącego bez przerwy ponad godzinę, 5) leżenie po południu, 6) siedzenie i rozmowa,

7) siedzenie po obiedzie, 8) siedzenie w samochodzie, który zatrzymał się w ruchu ulicznym na kilka minut. Natężenie senności określa się w skali 0-3. Wskaźnik > 9 wskazuje na EDS [15].

Badania były przeprowadzone zgodne z wytycznymi Dobrej Praktyki Klinicznej, a procedury były zgodne z Deklaracją Helsińską z 1975 r. oraz ze standardami etycznymi instytucjonalnej komisji ds. eksperymentów na ludziach (statut Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Członkowie zespołu badawczego przekazali potencjalnym uczestnikom pisemne i ustne informacje o badaniu. Otrzymali informacje o projekcie badania sposobie wykorzystania uzyskanych informacji, anonimowości badania oraz możliwości rezygnacji z wypełniania ankiety na każdym etapie. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Każda z osób biorących udział w badaniu została poinformowana o celu prowadzonych badań, ich dobrowolności i anonimowości oraz sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej zebranych danych posłużył program Excel oraz program PQ Stat firmy Software. W obliczeniach statystycznych wykorzystano testy chi-kwadrat. Wyniki istotne statystycznie uznano na poziomie $p<0.05$.

WYNIKI

W analizowanej grupie leczonych zachowawczo było 43.15%, leczonych metodą przewlekłych hemodializ 56.84%. Średni wiek w grupie wynosił 62.36 ± 14.91 lat. W przedziale wieku do 65 roku życia było 56.84% , po >65 rż 43.16% pacjentów. Około 42% pacjentów chorowało na PChN od 2 do 5 lat. Osoby chorujące krócej niż 2 lata stanowili 31.58%. Chorujących od 5 do 10 lat było 15.79%, a powyżej 10 lat- 11.58%. Ponad połowa (56.84%) pacjentów była w 5 stadium PChN, w 3 ok.21% chorych, w 4 stadium ok.22% . Nie było pacjentów w stadium 1 i 2 PChN. Choroby współistniejące to: cukrzyca (43.16%), nadciśnienie tętnicze (64.21%) oraz inne choroby (tj .niewydolność serca, kamica żółciowa, dna moczowa, astma, niedoczynność tarczyca) występowały u 12.63%.

Analiza Skali nasilenia objawów Zespołu Niespokojnych Nóg w zależności od stadium PChN

Poniższa analiza przedstawia objawy odczuwane z powodu Zespołu Niespokojnych Nóg w ostatnich dwóch tygodniach porównując ze stadium PChN. Nie stwierdzono znamiennych różnic pomiędzy stadium PChN a skalą nasilenia objawów Zespołu niespokojnych nóg (Tabela I).

Dyskomfort odczuwany w rękach lub nogach

Łagodny dyskomfort w rękach lub nogach odczuwało -23.16% chorych, umiarkowany -28.42%, znaczny 4.21% chorych. Co trzeci pacjent nie odczuwał dyskomfortu w rękach lub nogach. Dyskomfort odczuwany w nogach i rękach nasilał się z kolejnym stadium PChN, jednak nie miał istotnego wpływu (p=0.624). Dokładne wyniki przedstawia Tabela I.

Potrzeba poruszania się z powodu niepokoju w rękach lub nogach

Niewielką potrzebę poruszania się z powodu niepokoju w rękach lub nogach miało 27.37% chorych, umiarkowaną 10.53%, silną i bardzo silną 20% chorych. Ok.42% chorych nie miała takiej potrzeby. Silną potrzebę poruszania się odczuwali pacjenci w stadium 4 PChN - 23.81% i w stadium 5 -22.22%. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium PChN, a potrzebą poruszania się z powodu uczucia niepokoju w rękach lub nogach (p=0.834) Dokładne wyniki przedstawia Tabela I.

Jak dużą ulgę w dyskomforcie odczuwanym w rękach lub nogach przynosi Panu/Pani poruszanie się?

Poruszanie nogami lub rękoma przynosiło całkowitą lub prawie całkowitą ulgę 29.47%, umiarkowaną - 21.05%, niewielką ulgę 6.32% chorym. Całkowitą lub prawie całkowitą ulgę z poruszania się miało 25% badanych w stadium 3. w stadium 4 - 33.33% ; w 5 -29.63%. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium a odczuwaną ulgą z powodu poruszania się w dyskomforcie w rękach lub nogach (p=0.942). Dokładne wyniki przedstawia Tabela I.

Jak bardzo zaburzony był Pana/Pani sen przez objawy niepokoju nóg?

Co czwarty pacjent określił łagodny wpływ objawów niespokojnych nóg na zaburzenia snu, umiarkowany wpływ miało 18.95%, silny i bardzo silny wpływ objawów niespokojnych nóg na sen miało 9.48% chorych. U ok.47% nie obserwowano wpływu na sen.

Umiarkowany wpływ objawów niespokojnych nóg na sen częściej występował u chorych w stadium 5 (25.93%), natomiast w stadium 4 (33.33%) i stadium 3 (35%) miał łagodny wpływ na jakość snu. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium PChN a zaburzeniami snu z powodu objawów RLS (p=0.513) (Tabela I).

Jak bardzo zmęczony/a lub senny/a był/a Pan/Pani w ciągu dnia z powodu odczuwanego w nocy niepokoju?

W ciągu dnia nadmierną senność lub zmęczenie z powodu odczuwanego w nocy niepokoju w niewielkim stopniu miało 25.26% chorych, w stopniu umiarkowanym - 17.89%, w dość znacznym - 7.37% chorych. Ok.49% chorych nie odczuwało zmęczenia z powodu niepokoju odczuwanego w nocy. Zmęczenie i senność z powodu zespołu niespokojnych nóg chorzy odczuwali w lekkim stopniu zarówno w stadium 3 (15%), 4 (23.81%) i 5 (29.63%). Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium PChN a odczuwaniem zmęczenia lub senności w ciągu dnia z powodu odczuwanego w nocy niepokoju (p=0.721) (Tabela I).

Jak ciężki jest u Pana/Pani zespół niespokojnych nóg?

Na podstawie objawów wymienionych wcześniej ok.65% chorych określiło łagodny zespół niespokojnych nóg, umiarkowany - 22.11%, ciężki i bardzo ciężki - 12.65% . Pacjenci w 4 i 5 stadium w ok.62% określili zespół niespokojnych nóg jako łagodny. Ciężki w większym odsetku określili pacjenci ze stadium 5. Nie zaobserwowano istotnego wpływu stadium PChN na ciężkość objawów zespołu niespokojnych nóg (p=0.655) (Tabela I).

Jak często występują u Pana/Pani objawy zespołu niespokojnych nóg?

Objawy zespołu niespokojnych nóg rzadko (1 dzień w tygodniu albo rzadziej) występowały u 26.32% osób, dość często (2-3 dni w tygodniu) u 17.89% badanych. często (4-5 dni w tygodniu) u 11.58%, bardzo często. (6-7 dni w tygodniu) u 3.16%. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium choroby a częstością występowania objawów RLS (p=0.850) . Dokładne wyniki przedstawia Tabela I.

Gdy Pan/Pani odczuwa objawy zespołu niespokojnych nóg. Jak długo one przeciętnie trwają?

Objawy, które utrzymywały się krótko (krócej niż godzinę w ciągu doby) miało 36.84% chorych, dość długo (1-3 godziny/dobę) u 13.68%, długo (3-8 godzin/dobę) u 3.16%, bardzo długo (8 godzin lub więcej/dobę) występowało u 2.11% pacjentów.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium PChN, a czasem trwania objawów RLS (p=0.978). Dokładne wyniki przedstawia Tabela I.

Jak znaczny był wpływ objawów zespołu na Pana/Pani codzienne funkcjonowanie. np. rodzinne. domowe. towarzyskie. w szkole lub w pracy?

Łagodny wpływ objawów zespołu niespokojnych nóg na codzienne życie rodzinne, domowe, towarzyskie lub w pracy/szkole miało 24.21% chorych, wpływ umiarkowany - 12.63%, znaczny i bardzo znaczny 4.21 %. Ok.59% chorych nie zgłaszało wpływu objawów zespołu niespokojnych nóg na codzienne funkcjonowanie.

Łagodny wpływ objawów RLS na codzienne funkcjonowanie częściej dotyczył pacjentów z 4 stadium (42.86%) i u 24.07% pacjentów z stadium 5. Umiarkowany wpływ częściej dotyczył pacjentów w stadium 3 - (20%), Tabela I.

Jak bardzo objawy zespołu niespokojnych nóg wpływały na Pana/Pani nastrój np. uczucie złości, przygnębienia, smutku, lęku, rozdrażnienia?

Na nastrój, czyli uczucie złości, smutku, lęku przygnębienia objawy miały łagodny wpływ u 20% badanych, umiarkowany u 10.53%, jako silny wpływ określiło 4.21%. U ok. 59% wcale nie miało wpływu na nastrój. W stadium 4 (23.81%) i w stadium 5 (22.22%) objawy zespołu niespokojnych nóg miały łagodny wpływ na nastrój, a w stadium 3 (15%) miały umiarkowany wpływ. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy stadium choroby a wpływem objawów RLS na nastrój. np. uczucie smutku, złości, lęku, rozdrażnienia (p=0.797) (Tabela I).

Tabela I. Skala nasilenia objawów Zespołu niespokojnych nóg w zależności od stadium PChN

Skala nasilenia objawów Zespołu niespokojnych nóg	Stadium PChN			Ogółem	p
	3 (n=20)	4 (n=21)	5 (n=54)		
Jakby Pan/Pani określił/a dyskomfort odczuwany w rękach lub nogach?					
Wcale	35%	28.57%	29.63%	30.53%	p=0.624 NS
Łagodny	30%	19.0%	22.22%	23.16%	
Umiarkowany	20%	42.86%	25.93%	28.4%	
Ciężki	15%	9.52%	22.22%	17.89%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	

Jakby Pan/Pani określił/a potrzebę poruszania się z powodu niepokoju w rękach lub nogach?					
Wcale	50%	42.86%	38.89%	42.10%	p=0.834 NS
Niewielka	30%	28.57%	25.9%	27.37%	
Umiarkowana	10%	4.76%	12.96%	10.53%	
Silna	10%	23.81%	22.22%	20%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Jak dużą ulgę w dyskomforcie odczuwanym w rękach lub nogach przynosi Panu/Pani poruszanie się?					
Nie dotyczy	50%	42.86%	40.74%	43.16%	p=0.942 NS
Całkowitą lub prawie całkowitą ulgę	25%	33.33%	29.63%	29.47%	
Umiarkowaną lub niewielką ulgę	25%	23.81%	29.6%	27.37%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Jak bardzo zaburzony był Pana/Pani sen przez objawy niepokoju nóg?					
Wcale	50%	47.63%	46.30%	47.37%	p=0.513 NS
Łagodnie	35%	33.33%	20.37%	26.32%	
Umiarkowanie	10%	9.52%	25.93%	18.95%	
Silnie	5%	9.52%	7.41%	7.36%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Odczuwane zmęczenie/senność w ciągu dnia z powodu odczuwanego w nocy niepokoju w zależności od stadiów PChN					
Wcale	55%	52.38%	46.30%	49.475	p=0.721 NS
Trochę	15%	23.81%	29.63%	25.26%	
Umiarkowanie	15%	19.05%	18.52%	17.90%	
Dość znacznie	15%	4.76%	5.55%	7.37%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Jak ciężki jest u Pana/Pani zespół niespokojnych nóg?					
Łagodny	75%	61.90%	62.96%	65.26%	p=0.655 NS
Umiarkowany	10%	28.57%	24.08%	22.11%	
Ciężki	15%	9.53%	12.96%	12.63%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Jak często występują u Pana/Pani objawy zespołu niespokojnych nóg?					
Wcale	50%	42.85%	42.59%	44.21%	p=0.850 NS
1 dzień w tygodniu lub rzadziej	30%	19.05%	27.78%	26.32%	
2-3 dni w tygodniu	10%	19.05%	20.37%	17.89%	
Więcej niż 4 dni w tygodniu	10%	19.05%	9.26%	14.74%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Gdy Pan/Pani odczuwa objawy zespołu niespokojnych nóg, jak długo one przeciętnie trwają?					
Nie dotyczy	50%	42.865	42.59%	44.21%	p=0.978 NS
Krócej niż godzina w ciągu doby	35%	38.10%	37.04%	36.84%	
Dłużej niż godzina w ciągu doby	15%	19.04%	20.37%	18.95%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	
Wpływ objawów zespołu na Pana/Pani codzienne funkcjonowanie					
Nie dotyczy	70%	47.62%	59.26%	58.95%	p=0.178 NS
Łagodny	5%	42.86%	24.07%	24.21%	
Umiarkowany	20%	4.76%	12.96%	12.63%	
Znaczny	5%	4.76%	3.71%	4.21%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	

Jak bardzo objawy zespołu niespokojnych nóg wpływały na Pana/Pani nastrój np. uczucie złości. przygnębienia. smutku. lęku. Rozdrażnienia?					
Nie dotyczy	75%	61.90%	62.96%	65.26%	p=0.797 NS
Łagodny	10%	23.81%	22.22%	20%	
Umiarkowany	15%	14.29%	14.82%	14.74%	
Ogółem	100%	100%	100%	100%	

Wykorzystana skala oceniała senność w ciągu dnia. W stadium 3 (75%) i 4 (90,48%) zdecydowana większość nie wykazywała cech nadmiernej senności. W stadium 5 (68,51%) chorzy leczeni metodą hemodializy również nie mieli objawów nadmiernej senności, jednak zauważono częstsze występowanie lekkiej senności (11,12%) i umiarkowanej (16,67%) w porównaniu z populacją leczoną zachowawczo w stadium 3 i 4. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy nadmierną sennością w ciągu dnia a stadium choroby (p=0.045848) (Tabela II).

Tabela II. Skala senności Epworth w zależności od stadium choroby

Skala senności Epworth	**Stadium**			**Ogółem**
	3	**4**	**5**	
Wynik prawidłowy (0-10pkt)	75%	90,48%	68,51%	74,74%
Lekka senność (11-14pkt)	15%	0%	11,12%	9,47%
Umiarkowana senność (15-18 pkt)	10%	4,76%	16,67%	12,63%
Ciężka senność (>18 pkt)	0%	4,76%	3,70%	3,16%
Ogółem	100%	100%	100%	100%

p=0.045848 (test chi kwadrat)

DYSKUSJA

Zespół niespokojnych nóg jest dość częstym problemem u chorych z PChN. Jest subiektywnym odczuciem i jak dotąd nie ma obiektywnych metod służących do jego oceny. Kliniczne kryteria diagnostyczne zostały ustalone przez International RLS Study Group (IRLSSG). Są to następujące cztery kryteria: 1) konieczność poruszania kończynami dolnymi z powodu nieprzyjemnych doznań czuciowych w ich obrębie, a zwłaszcza w łydkach, 2) konieczność poruszania nogami lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie zaczynają się lub nasilają podczas okresów odpoczynku lub braku aktywności jak leżenie lub siedzenie, 3) konieczność poruszania kończynami dolnymi lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie są częściowo lub całkowicie usuwane przez ruch, jak chodzenie lub ćwiczenia rozciągające

mięśnie nóg, przynajmniej tak długo jak trwa ruch, 4) konieczność poruszania nogami lub nieprzyjemne odczucia w ich obrębie są silniejsze wieczorem lub w nocy niż w ciągu dnia lub występują tylko wieczorem lub w ciągu nocy [9].

Częstość występowania RLS u chorych leczonych nerkozastępczo ocenia się w zależności od źródła oraz przyjętych kryteriów na 20–25% i jest znacznie większa niż w populacji ogólnej [10]. Większość badań wskazuje. że rodzaj dializy nie ma wpływu na częstsze występowanie zespołu - zarówno pacjenci hemodializowani, jak i dializowani otrzewnowo charakteryzują się chorobowością na tym samym poziomie [11, 12]. Istnieją doniesienia wskazujące na częstsze występowanie RLS w populacji osób dializowanych otrzewnowo niż hemodializowanych. Czynnikami, które mogą się do tego predysponować jest hiperfosfatemia i hipokaliemia, do której tendencję mają osoby dializowane otrzewnowo. Losso i wsp. wykazali większą częstość występowania RLS wśród chorych leczonych metodą ADO w porównaniu z osobami leczonych metodą CADO i hemodializowanych, dodatkową przyczynę może zaś stanowić nocny tryb dializ [13]. Z kolei Naini i wsp. stwierdzili, że hemodializoterapia i otyłość wiązały się z większym ryzykiem występowania RLS [14].

Nasze badania przeprowadziliśmy wśród pacjentów z PChN leczonych zachowawczo i nerkozastępczo. Metodą leczenia nerkozastępczego była przewlekła hemodializoterapia. W naszych badaniach ok.18% chorych miało ciężki dyskomfort odczuwany w rękach i nogach. Największy odsetek dotyczył pacjentów w 5 stadium PChN. Co piąty pacjent miał silną potrzebę poruszania się z powodu niepokoju w rękach i nogach. Ok.13% chorych określiło jako ciężką postać zespołu, umiarkowaną 22.11.%. Postać ciężka częściej występowała u chorych w 5 stadium PChN. Nasze wyniki są zbliżone do wyników Merlino i wsp., z których wynika, że 16% badanych miało RLS [15]. Z kolei Li i wsp. stwierdzili w swoich badaniach, że 23% chorych z przewlekłą chorobą nerek miało RLS [16].

Zespół niespokojnych nóg jest mocno skojarzony z bezsennością u chorych dializowanych, ale nie tylko bo również w populacji ogólnej istotnie zaburza i wydłuża okres zasypiania. Powoduje znaczny niedobór snu oraz uniemożliwia pacjentowi pozostanie przez dłuższy czas w spoczynku w ciągu dnia. W przypadku chorych dializowanych nie można jednoznacznie określić czynnika, który wpływa na zaburzenia snu, gdyż są badania, które przemawiają za tym, że zaburzenia snu u osób hemodializowanych mogą być wskaźnikiem słabej adekwatności dializoterapii, jednak nie wszystkie prace potwierdzają tę obserwację [17]. Również w badaniu obejmującym pacjentów dializowanych otrzewnowo leczenie dializami otrzewnowymi nie zmniejszało częstości występowania RLS [18].

W naszych badaniach pojawienie się RLS u chorych miało silny lub bardzo silny wpływ na zaburzenia snu u ok. 9% chorych. Nie zauważono różnicy w częstości i ciężkości występowaniu objawów Zespołu Niespokojnych nóg w zależności od stadium choroby. W analizie Merlino i wsp. współwystępowanie Zespołu Niespokojnych Nóg zwiększało występowanie bezsenności porównując z grupą chorych bez tego problemu (35% vs 16%) [15].

Zespół niespokojnych nóg wymaga leczenia nie tylko ze względu na to, że pogarsza jakość snu i życia, ale również dlatego. że przyczynia się do zwiększonej śmiertelności oraz wcześniejszego zaprzestania dializoterapii, co wykazali Unruh i wsp. w swoim badaniu obejmującym 894 pacjentów dializowanych [19]. W niewielkim badaniu prospektywnym obserwacyjnym obejmującym 100 chorych dializowanych (okres obserwacji: 18 miesięcy) La Manna i wsp. wykazali, że natężenie objawów RLS wiąże się również z większym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych. Śmiertelność w grupie o niższym natężeniu objawów RLS wynosiła 23.8.6% w porównaniu z 55.6% wśród pacjentów z nasilonym RLS [20].

Leczenie zespołu niespokojnych nóg możemy podzielić na farmakologiczne i niefarmakologiczne. Leki takie jak: agoniści dopaminy, benzodiazepiny, leki przeciwpadaczkowe, żelazo oraz środki niefarmakologiczne, takie jak ćwiczenia fizyczne. które stosuje się w leczeniu idiopatycznej postaci RLS znalazły również zastosowanie w leczeniu RLS u chorych na PChN. Jednak środki te mogą być nieodpowiednie dla chorych na PChN, ze względu na chorobę współistniejącą i zmienione parametry farmakokinetyczne u tych chorych. Jest nie wielka liczba badań w Cochrane Kidney and Transplant's Specialised Register, która pozwoliłaby na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w zakresie leczenia niefarmakologicznego w tej populacji chorych. Wpływ wykonywania ćwiczeń aerobowych i stosowania środków farmakologicznych u hemodializowanych pacjentów z RLS jest niejasny. Dlatego też konieczne jest przeprowadzenie badań z randomizacją o wysokiej jakości, aby określić najlepszą metodę leczenia RLS u chorych na PChN.

WNIOSKI

Zespół niespokojnych nóg jest częstym problemem u pacjentów poddawanych hemodializie, zespół ten może mieć niekorzystny wpływ na wiele aspektów jakości życia, prowadzić do zmęczenia pacjenta i prowadzić do zaburzeń snu.

PIŚMIENNICTWO

1. Skalski M. (red.): Zespół niespokojnych nóg [w:] Zaburzenia snu i czuwania. American Psychiatric Association. Wyd. Edra Urban&Partner, Wrocław 2017, 71-74.
2. Kryszkowski W., Florkowski A., Bobińska K., Gałecki P.: Zespół niespokojnych nóg. Psychiatria Polska, 2010, 44, 235-243.
3. Turk AC., Ozkurt S., Turgal E. et al.: The association between the prevalence of restless leg syndrome, fatigue, and sleep quality in patients undergoing hemodialysis. Saudi Medical Journal, 2018, 39(8), 792–798.
4. Hasheminasab Zaware R., Mahmoodi Meymand M.H., Rezaeian M. et al.: Insomnia and restless leg syndrome in patients undergoing chronic hemodialysis in Rafsanjan Ali Ibn Abitaleb hospital. Nephro-urology Monthy, 2016, 8, 29527.
5. Lin CH., Wu VC., Li WY. et al.: Restless legs syndrome in end-stage renal disease:a multicenter study in Taiwan. European Journal of Neurology, 2013, 20, 1025–1031.
6. Unruh M.L., Levey A.S., D'Ambrosio C. et al.: Restless legs symptoms among incident dialysis patients: association with lower quality of life and shorter survival. American Journal of Kidney Diseases, 2004, 43, 900–909.
7. Novak M., Winkelman J.W., Unruh M.: Restless Legs Syndrome in Patients With Chronic Kidney Disease. Seminars in Nephrology, 2015, 5(4), 347-358.
8. Benes H., Garcia-Borreguero D., Ferrini-Strambi L.: Augmentation in the treatment of restless legs syndrome with transdermal rotigotine. Sleep Medicine, 2012, 13(6), 589–597.
9. Giannaki C.D., Hadjigeorgiou G.M., Karatzaferi C. et al.: Epidemiology, impact, and treatment options of restless legs syndrome in end-stage renal disease patients:an evidence-based review. Kidney Int., 2014, 85, 1275–1282.
10. Mao S., Shen H., Huang S., Zhang A.: Restless legs syndrome in dialysis patients:a meta-analysis. Sleep Medicine, 2014, 15, 1532–1538.
11. Stolic R.V., Trajkovic G.Z., Jekic D. et al.: Predictive parameters of survival in hemodialysis patients with restless leg syndrome. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 2014, 25, 974–980.
12. Scherer J.S., Combs S.A., Brennan F.: Sleep disorders, restless legs syndrome, and uremic pruritus:diagnosis and treatment of common symptoms in dialysis patients. American Journal of Kidney Diseases, 2017, 69, 117–128.

13. Losso R.L., Minhoto G.R., Riella M.C.: Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis: comparison between hemodialysis. continuous ambulatory peritoneal dialysis and automated peritoneal dialysis. International Urology and Nephrology, 2015, 47, 369–375.
14. Naini A.E., Masoumi M., Mortazavi M. et al.: Restless legs syndrome in patients on maintenance hemodialysis and peritoneal dialysis. Journal of Research in Medical Sciences, 2012, March Special Issue, 2, 264-271.
15. Merlino G., Lorenzut S., Romano G. et al.: Restless legs syndrome in dialysis patients: a comparison between hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. Neurological Sciences, 2012, 33, 1311–1318.
16. Li Y., Wang W., Winkelman J.W. et al.: Prospective Study of Restless Legs Syndrome and Mortality among Men. Neurology, 2013, 81(1), 52–59.
17. Allen R.P., Picchietti D., Hening W.A. et al.: Restless legs syndrome: diagnostic criteria. special considerationis. and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. Sleep Medicine, 2003, 4, 101-119.
18. Dikici S., Bahadir A., Baltaci D., Ankarali H. et al.: Association of anxiety, sleepiness, and sexual dysfunction with restless legs syndrome in hemodialysis patients. Hemodialysis International, 2014, 18, 809–818.
19. Perl J., Unruh M.L., Chan C.T.: Sleep disorders in end-stage renal disease: “Markers of inadequate dialysis”? Kidney International, 2006, 70, 1687–1693.
20. La Manna G., Pizza F., Persici E. et al.: Restless legs syndrome enhances cardiovascular risk and mortality in patients with end-stage kidney disease undergoing long-term haemodialysis treatment. Nephrology Dialysis Transplantation, 2011, 26, 1976–1983.

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM DŁUGOTRWALE UNIERUCHOMIONYM NA SKUTEK ZMIAN OSTEOPATYCZNYCH - WYBRANE POWIKŁANIA

Humańska Marzena A., Ulenberg Agata, Betke Katarzyna, Ponczek Danuta, Jedliński Łukasz, Andruszkiewicz Anna

Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Osteoporoza według WHO (World Health Organization) to choroba układu szkieletowego, która charakteryzuje się niską masą kostną, zwiększoną podatnością na złamania oraz zaburzeniem mikroarchitektury kości [1].

Według National Osteoporosis Foundation oraz National Institutes of Health poprzez analizę licznej literatury i źródeł naukowych dokonano opracowania nowej definicji osteoporozy jako chorobę szkieletu, która charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem złamań z powodu upośledzenia wytrzymałości kości. Budowę kości odzwierciedla gęstość mineralna brana pod uwagę razem z jakością kości [2].

Osteoporoza to schorzenie, które obejmuje na świecie 22,1% kobiet i 6,1% mężczyzn powyżej 50 roku życia. Ogólna szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2018r. w oparciu o wskaźniki epidemiologiczne to 2,1 miliona w tym 1,7 miliona stanowią kobiety. W ogólnie przyjętych czynnikach ryzyka można wyróżnić niemodyfikowane, czyli: płeć żeńska, wiek powyżej 50 lat i etniczna rasa kaukaska. Wśród modyfikowanych czynników wymienić należy: niedobór witaminy D, niską podaż spożywanego wapnia, mało aktywny styl życia, używki w tym nadmierne palenie papierosów i picie alkoholu [3].

W prawidłowym rozwoju kości obserwuje się trzy fizjologiczne okresy, które charakteryzują się zmienną ilością mas kostnych. Dzielimy okresy na fazę wzrostu, dojrzałości (konsolidacji) i inwolucji. Masa kośćca zmienia się wraz z wiekiem i zwiększa się w okresie pokwitania oraz osiąga główną wielkość w przedziale między 30 a 35 rokiem życia, następnie dochodzi do stopniowego zmniejszania objętości.

Główną przyczyną osteoporozy są zaburzenia związane z metabolizmem kostnym, czyli narastająca wraz z wiekiem przeważająca liczba procesów resorpcji kostnej nad procesem kościotworzenia [4].

Głównymi przyczynami oraz czynnikami ryzyka są: okres przekwitania, zaawansowany wiek, mukowiscydoza, niska podaż wapnia lub zaburzone jego wchłanianie, niski poziom witaminy D, używki, długotrwałe unieruchomienie mogące powodować osteoporozę nawet u ludzi młodych, szczupła budowa ciała, zmiany hormonalne. Konsekwencją osteoporozy są liczne złamania, a te mogą prowadzić do unieruchomienia.

ROZWINIĘCIE

Unieruchomienie zdefiniowane zostaje jako przypadłość wynikająca z patologicznych zaburzeń obejmujących układ ruchu, utrata ruchu autonomicznego. W mianownictwie medycznym, a zwłaszcza rehabilitacyjnym brak ruchu opisany jest jako fizjologiczna degeneracja, spowodowana ograniczeniami aktywności i znacznego obniżenia sprawności. Unieruchomienie i jego konsekwencje są problemem narastającym, zwiększającym się wraz z wiekiem, problemem w biologicznych dysfunkcjach, zależnych od środowiskowych czynników oraz socjalnych [1, 5].

Wśród chorych długotrwale lub częściowo unieruchomionych dużą część stanowią pacjenci z rozpoznaniem klinicznym w przebiegu: złamań na skutek upadków, chorób zwyrodnieniowych stawów, zastoinowej niewydolności serca, przebyte udary mózgu (z rozległymi zmianami neurologicznymi w tym para oraz tetraplegie, niedowłady), stany po zawałach mięśnia sercowego, otępienia na wysokim stadium zaawansowania- zwykle dotyczy pacjenta całkowicie unieruchomionego, bez logicznego kontaktu [5, 6].

Częstym powikłaniem u pacjentów ciężko chorych przy towarzyszącej ograniczonej lub zniesionej sprawności ruchowej są odleżyny, pojawiające się zwłaszcza w wieku starszym. Wywołują one dużą ilość powikłań między innymi są powodem dolegliwości bólowych, zmniejszają i tak już ograniczoną sprawność, prowadzą do pogorszenia się stanu zdrowia. W skrajnych przypadkach mogą być przyczyną zgonu. Odleżyny są powodem izolacji społecznej, wpływają negatywnie na jakość życia. Ich występowanie prowadzi do wydłużenia czasu hospitalizjacji, zwiększenia kosztów leczenia oraz zintensyfikowania ilości pracy przez pielęgniarki [7]. Odleżyna to powstająca w wyniku niefizjologicznego ukrwienia martwica tkanek, spowodowana nadmiernym ich uciskiem. Odleżyna jest miejscem stanowiącym pożywkę dla bakterii chorobotwórczych, przyczyniających się do zakażeń miejscowych,

mogą powodować zakażenia ogólnoustrojowe- posocznica [7, 8]. Główne zasady profilaktyki odleżyn powinny być oparte na szerokich działaniach i zabiegach, które będą prowadziły do zmniejszenia ryzyka powstania odleżyn, a na etapie ich pojawienia się- poprawy warunków i skrócenia czasu ich gojenia. W profilaktyce powinno brać się przede wszystkim pod uwagę: dobry stan skóry, utrzymanie względnie dobrego stanu ogólnego pacjenta oraz poprawną redukcję siły ucisku. W celu oceny ryzyka występowania odleżyn można zastosować odpowiednie skale (CBO, Waterlow, Douglas, Norton, Braden). Wartości i ilość osiąganych punktów zależeć będzie od między innymi: przyjmowanych leków, kondycji fizycznej, występowania chorób współistniejących, stanu umysłowego, stanu odżywienia, aktywności fizycznej. W momencie przyjęcia do szpitala większość pacjentów oceniana jest pod kątem możliwości powstania odleżyn. Profilaktyka powinna być wdrożona, gdy suma punktów danej skali świadczy o możliwym zagrożeniu. Ocena powinna być dokonywana z częstotliwością przynajmniej raz na dobę [8]. Rolą pielęgniarki w planie postępowania przeciwodleżynowego jest: odpowiednie zaścielenie łóżka, utrzymywanie go w czystości, zapewnienie swobodnego dostępu do pacjenta, unikanie w bieliźnie pościelowej szwów, guzików, zamków, ułożenia bez fałd nakładających się na siebie. Pomoc w stosowaniu obuwia i ubrań nie powodujących ucisku, zapewnienie dostępu powietrza, co wiąże się z nie używaniem podkładów wykonanych z gum czy folii. Zastosowanie materacy, poduszek, klinów mających na celu odbarczenie z ucisku miejsc narażonych na powstanie odleżyny ze zwróceniem uwagi na równomierne rozmieszczenie ciężaru ciała w łóżku. Częsta zmiana pozycji, obserwacja skóry pod kątem zmian skórnych, przy czynnościach toalety ciała nie wywieranie dużego ucisku na powłoki ciała, tym samym unikanie urazów i mikrouszkodzeń skóry, zwracając szczególną uwagę na obszary skóry mające kontakt z wydalinami. Utrzymanie prawidłowo wilgotnej skóry przy użyciu: kremów, balsamów, oliwek. Użycie pampersów, pieluchomajtek o wysokim poziomie chłonnym w celu zmniejszenia ryzyka odparzeń i uszkodzeń skóry. Edukowanie pacjenta w zakresie czynnego udziału w procesie leczenia. Koniecznym jest obserwowanie i opieka nad pacjentem mająca na celu niedopuszczenia do powstania zaparć, kontroli temperatury organizmu, prowadzenie bilansu płynów, stężeń białka, zmian morfologicznych, bądź zaburzeń elektrolitowych [8, 9].

Zapalenie płuc jest chorobą, która obejmuje miąższ płucny i tkankę śródmiąższową. W typowej etiologii charakterystycznymi objawami są: podniesiona temperatura, kaszel, przyspieszony oddech, plwocina o zabarwieniu żółtym, zielonym, krwistym. Pamiętać należy, że u osób starszych choroba ta przebiega nietypowo i nie jest szybko poddawana diagnozie. Zapalenia płuc możemy podzielić ze względu na miejsce, w którym choroba ta pojawiła się.

Wyróżnia się: pozaszpitalne zapalenie płuc (dochodzi do zakażenia w sytuacji, gdy osoba przebywa ambulatoryjnie i do 48h od momentu przyjęcia w oddział szpitalny), szpitalne zapalenie płuc (dochodzi do niego wówczas po 48h od hospitalizacji, które w chwili przyjęcia nie było w fazie inkubacji) [10]. W długotrwałym unieruchomieniu zapalenie płuc może być wywołane przez niedostateczną wentylację, spowodowaną wymuszoną pozycją w łóżku, nieprawidłowo przyjętej pozycji ułożenia z nie w pełni udrożnionymi drogami oddechowymi. Przyczynami są również osłabione odruchy kaszlowe, gromadzenie wydzieliny w drogach oddechowych powodująca zalegania oraz zmniejszenie się obszaru wymian gazowych przez brak ćwiczeń oddechowych odbywających się regularnie. Rolą pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu zapaleniu płuc powinna opierać się na: zapewnieniu poprawnej pozycji pacjenta w łóżku z w pełni udrożnionymi drogami oddechowymi, utrzymaniu wysokiego poziomu higieny jamy nosowej i ustnej, odessaniu wydzieliny zalegającej przy pomocy ssaka, zastosowanie oklepywania klatki piersiowej oraz drenażu ułożeniowego z równoczesnym rozpatrywaniem przeciwwskazań. Pielęgniarka może również zastosować ćwiczenia oddechowe mające na celu wzmocnienie odruchu kaszlowego i tym samym poprawę jakości oddychania. Ważnym aspektem jest regularne wietrzenie sali, utrzymanie prawidłowej temperatury otoczenia (18-20^{0}C), zmiana pozycji ułożenia co 2h, zadbanie o prawidłową i bezpieczną pozycję podczas przyjmowania posiłków i płynów, co znacznie zmniejszy ryzyko zachłyśnięcia, a co za tym, samego zachłystowego zapalenia płuc [11]. Jednymi z przeciwwskazań do zabiegu oklepywania klatki piersiowej i drenażu ułożeniowego jest: nadciśnienie tętnicze, wiek podeszły, osteoporoza, wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, niewydolność krążeniowa lub oddechowa, stan po udarze mózgu lub zawale mięśnia sercowego. Żylna choroba zakrzepowo zatorowa, czyli zakrzepica żylna, polega na pojawieniu się w środku żył głębokich skrzeplin, czyli zakrzepów, które uniemożliwiają i znacznie utrudniają fizjologiczny przepływ krwi. Zauważono, że najczęściej choroba ta dotyka żył głębokich kończyn dolnych, lecz dotyczy też żył kończyn górnych czy miednicy. Obecność i zalegania zakrzepów powoduje z czasem uszkodzenie ściany żylnej i zastawek. Świeżo oderwane skrzepliny mogą oderwać się i zlokalizować w naczyniach płucnych (powodując zator płucny). Zakrzepica to trzecia częsta przyczyna występowania chorób układu krążenia, a zatorowość płucna jedną z najczęstszych przyczyn zgonów nagłych u pacjentów hospitalizowanych [12]. Rolą pielęgniarki w profilaktyce i leczeniu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej to stosowanie opatrunku z odpowiednio dobranego bandaża elastycznego lub zastosowanie pończoch uciskowych, uniesienie kończyny powyżej poziomu linii serca (15-20^0). Dokonywanie regularnych pomiarów obwodów kończyny powyżej kostek, w połowie uda oraz łydki raz dziennie

i odnotowywanie pomiarów dla porównania, stosowanie ucisku goleni przy pomocy mankietów zmiennociśnieniowych pneumatycznych. Zalecenie i pomoc w ćwiczeniach w wykonywaniu ruchów kończynami dolnymi i możliwie szybkie uruchamianie np. po zabiegach operacyjnych, jeśli brak przeciwwskazań. Podaż środków farmakologicznych (przeciwkrzepliwych, przeciwzapalnych) według indywidualnej karty zleceń [13].

Podstawowymi zespołami objawowymi zakażenia układu moczowego są: ból oraz uczucie pieczenia/ szczypania podczas oddawania moczu, ciągłe parcie na pęcherz moczowy, częste oddawanie moczu w niewielkich ilościach z towarzyszącym odczuwaniem nie w pełni opróżnionego pęcherza moczowego zaraz po jego opróżnieniu, ból w okolicy kości łonowej, bóle podbrzusza i dolnej części brzucha, widoczna krew w moczu, bądź krwinkomocz w laboratoryjnym badaniu moczu [14]. Do działań pielęgniarskich mających na celu niedopuszczenie do powstania zakażenia oraz ograniczenia już istniejącej infekcji należy: prawidłowa i dokładna higiena krocza ze szczególnym uwzględnieniem cewki moczowej i jej okolic, w razie potrzeby założenie cewnika w celu całkowitego opróżnienia pęcherza lub ograniczanie namnażania się bakterii spowodowanych nietrzymaniem moczu, częsta zmiana bielizny osobistej, pampersa. Zwiększenie objętości spożywanych płynów doustnych. Zakwaszanie moczu poprzez zastosowanie diety bogatej w podaż witaminy C np. żurawina, rodzynki, jabłka, gruszki. Podaż diuretyków z jednoczesnym nawadnianiem według indywidualnej karty zleceń. Prowadzenie bilansu płynów oraz ich dokumentowanie [14].

Zanik mięśni dotyczy najczęściej osób, które są długoterminowo lub przewlekle leżące oraz takie, których funkcje ruchowe zostały zniesione lub ograniczone np. na skutek przebytego udaru lub urazu. Zaniki mas mięśniowych dotyczą również pacjentów starszych z wielochorobowością, którzy nie mogą poruszać się, para i tetraplegików, chorych w stadium terminalnym, wyniszczonych z powodu choroby nowotworowej, chorób otępiennych. Osoby po przebytych urazach wielonarządowych, ciężko gojących się oparzeniach, złamaniach wymagających długoterminowej hospitalizacji i unieruchomienia [15].

Zaawansowanie unieruchomienia, jak i czas jego trwania bezpośrednio wpływa na siłę i wytrzymałość mięśni o 1-1,5% na dobę, dłuższe unieruchomienie w skrajnych przypadkach może zmniejszyć parametry mięśniowe o 40%. Obniżenie siły mięśni może wahać się od 10 do 25% w ciągu tygodnia. Pomocą w ocenie poziomu zaniku mięśniowego może być pomiar obwodu mięśnia przy czym pamiętać należy, że większe grupy mięśniowe mają większą skłonność do zaników niż grupy mniejsze. Bardzo ważnym aspektem jest pozycja pacjenta w jakiej jest on unieruchomiony, gdyż mięśnie im bardziej są skrócone, tym podatne są na większe ubytki w masie. W momencie długotrwałego unieruchomienia zachodzą reakcje biochemiczne,

dochodzi do: zwiększenia się ilości kolagenu, spadku zawartości wody, zaburza się praca i funkcjonowanie fibroblastów. Prócz mięśni, uszkodzeniu ulega chrząstka stawowa, z powodu ograniczonej ruchomości stawów i dochodzi do produkcji osteofitów powodujących zesztywnienia stawowe. Tym samym zmniejsza się powierzchnia międzystawowa i ciśnienie wewnątrz stawu rośnie [5, 6, 15]. Do działań pielęgniarskich mających na celu zredukowanie lub spowolnienie zaniku mięśniowego zaliczamy: wykonywane wraz z pacjentem ćwiczenia usprawniające o charakterze ogólnoustrojowym (zastosowanie ćwiczeń wzmacniających, czynnych, biernych, izometrycznych, oddechowych, które dostosowujemy do aktualnego stanu pacjenta). Ćwiczenia bierne i czynno-bierne kończyn dolnych i górnych zapobiegają przykurczom, zanikom mięśniowym oraz zastojom krwi żylnej. Forma, jaką przybiera rehabilitacja, powinna opierać się na systematyczności, wolnych i dokładnych ruchach. Podczas toalety ciała prowadzenie masażu kończyn od części dystalnej do bliższej. Stosowanie technik rozluźniających mięśnie. Zauważono, że po kilku dniach unieruchomienia zwiększa się poziom wapnia w wydalanym moczu, co jest wynikiem nadmiernego katabolizmu kości, którego powodem jest zmniejszenie nacisku na oś długą kości oraz zmniejszoną perfuzję krwi w obrębie kości. W procesie kościogubnym rolę odgrywa też obecność fosforu, zwiększone st; parathormonu i niepoprawne tworzenie się macierzy kolagenowej kości [15, 16].

Przeciwdziałanie skutkom następującym z powodu długotrwałego unieruchomienia również przyczyniać się może do pogłębiania osteoporozy. Zwrócić uwagę należy na dietę i zawarte w niej fosforany. Fosforany znacznie obniżają stężenie wapnia, zaczynając tym samym proces zwiększonej produkcji i uwalniania/aktywacji parathormonu. Nieliczne falowe wzrosty parathormonu działają stymulująco na procesy metaboliczne kości i są fizjologiczne. Natomiast wysokie stężenie parathormonu jest jednym z czynników najmocniej degradujących kościec. Podobny efekt otrzymujemy przy podaży diety z dużą ilością sodu, gdzie poprzez nasilenie kalciurii dochodzi do zmniejszenia się ilości wapnia w surowicy [16]. Odżywianie się jest jednym z kluczowych i podstawowych fizjologicznych potrzeb człowieka. Proces prawidłowego odżywiania składa się z kilku etapów: polega na dostarczeniu żywności oraz płynów do organizmu, trawieniu przyjętych pokarmów, wchłanianiu związków mineralnych, odżywczych i wody, przyswajaniu odżywczych związków [17]. W diecie osób unieruchomionych powinny znaleźć się potrawy najlepiej sporządzane na parze, duszone bez smażenia, w piekarniku, na parze. Nie jest wskazane smażenie oraz pieczenie wraz z tłuszczami. Nie zaleca się podaży tłuszczy pochodzenia zwierzęcego (smalec, boczek, słoniny). Proponuje się tłuszcze roślinne (olej rzepakowy, słonecznikowy, oliwa z oliwek). Dopuszcza się zagęszczanie potraw zawiesiną powstałą z mąki i wody lub mleka i mąki.

Ograniczeniu powinny ulec cukier i sól, które w organizmie powoduje zatrzymanie wody, a tym samym prowadzić może do powstawania obrzęków. Istotną rolę odgrywa właściwe nawadnianie. Gdy brak przeciwwskazań zaleca się spożywanie od 2,5l do 3l płynów na dzień pod postacią soków, słabych herbat, wód lekko gazowanych lub niegazowanych, zup, kompotów (lecz nie mocno słodzonych). Chory leżący długotrwale spożywać powinien ok. dwóch szklanek dziennie mleka lub jego przetworów (kefiry, jogurty naturalne, maślanki), które zaspokoić mają zapotrzebowanie w wapń. Do produktów spożywczych zawierających wapń zaliczyć możemy także: suszone owoce, ryby, soję, sery i orzechy. Pacjenci, którzy przez długie miesiące nie wychodzą z domu mogą wykazywać deficyty witaminy D. Jest ona niezbędna w gospodarce wapniowej. Witaminy D szukać możemy między innymi w rybach, tranie, jajach, maśle, wątrobie np. drobiowej. Na co dzień pojawić się powinien chleb pełnoziarnisty (graham lub razowy), warzywa (za wyjątkiem warzyw powodujących wzdęcia), owoce zawierające błonnik potrzebny osobom unieruchomionym, często zgłaszającym problemy z zaparciami. W diecie osoby leżącej należy pamiętać o zapotrzebowaniu w odpowiednie pierwiastki. Jednym z nich jest cynk, wspomagający gojenie się ran. Żelazo odpowiedzialne za prawidłową produkcję hemoglobiny i pośrednio odpowiadające za transport tlenu w organizmie człowieka. Składniki posiadające dużą ilość żelaza to: mięso czerwone, szpinak, buraki, szczaw, natka pietruszki. Ciągłe przebywanie w pozycji leżącej wymaga zwiększenia podaży białka. Należy zwiększyć ilość białka do 1,5-2,1g/kg mc./dobę. Praktycznie oznacza to, że dawka białka ulega niemal podwojeniu niż w zwykłej diecie. W żywieniu można wspomagać się również środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia np. nutridrinki, peptamen, po uprzedniej konsultacji z lekarzem [15, 17].

Z psychologicznego punktu widzenia najpoważniejszym problemem, z którym borykają się osoby niepełnosprawne nie jest sam fakt uszkodzenia organizmu, lecz jego skutki psychologiczne. U każdej osoby problemy te ukazują się w różny sposób. W psychologii opracowano wiele teorii na temat reakcji ludzi na uszkodzenie ciała i utratę sprawności funkcjonowania [18]. Doświadczenie przez osobę niepełnosprawną bólu jest pierwszym skutkiem psychologicznym. Z powodu bólu, u człowieka zaczyna pojawiać się lęk (przybierający postać; pobudzenia ruchowego, krzyku, stany napadowego płaczu, wymiotów). Utrata poprawnego przystosowania się do otaczającego chorego świata wyraża się u niego w postaci cierpienia. Wyróżniamy kilka rodzajów cierpienia; z powodu dolegliwości bólowych, somatycznych, wynikające z niepewności siebie i przyszłości, z powodu strat jakie poniesione są w wyniku niepełnosprawności oraz cierpienie z powodu samotności lub braku pomocy ze strony innych, braku zainteresowania. Niejasność, niestabilność i trud życia, ograniczenia

zawodowe, towarzyskie w każdym wieku powodują cierpienie i potrzebę społecznej przynależności. Warto więc pamiętać, że w trakcie procesu leczenia pacjenta należy spojrzeć na jego stan emocjonalny i psychiczny, odgrywa on również znaczną rolę w terapii usprawniającej [18, 19].

PODSUMOWANIE

Choroby układu kostnego mają istotny wpływ na życie i funkcjonowanie pacjentów. W przebiegu osteoporozy dochodzi do zmniejszenia gęstości mineralnej kośćca, co powodować może częste złamania, urazy w następstwie czego pojawiać się mogą problemy z samodzielnym poruszaniem się i wystąpieniem znacznego deficytu samoopieki. W procesie długotrwałego unieruchomienia dochodzi do zmian w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego, wzrasta ryzyko infekcji układu oddechowego, moczowego i niesie za sobą o wiele więcej negatywnych skutków. Ważna jest holistyczna, całościowa opieka pielęgniarska nad pacjentami z chorobą osteoporozy oraz szerzenie profilaktyki i edukowanie pacjentów z zakresu chorób układu kostnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA, 2001, 856, 785-794.
2. Głuszko P.: Osteoporoza – spojrzenie w przeszłość. Reumatologia, 2011, 49(5), 372-377.
3. Departament Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia, NFZ o zdrowiu-osteoporoza, Warszawa 2019.
4. Akesson K., Marsh D., Mitchell P.J. et al.: Capture the fracture: a best practice framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporosis International, 2013, 24, 2135-2152.
5. Derejczyk J., Zimna R.: Unieruchomienie, rehabilitacja i jej cele oraz wpływ ćwiczeń na pacjenta w starszym wieku. Przewodnik Lekarza, 2002, 5 (7), 58-63.
6. Bońkowski K., Klich-Rączka A.: Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej. Gerontologia Polska, 2007, 15, 98-99.
7. Kaźmierczyk G., Puchalski Z., Szwarc-Woźniak J.: Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. Zeszyty Naukowe WSA w Łomży, 2013, 47, 45-55.

8. Smaga A., Kowalczyk B.: Odleżyny w obiektywie pielęgniarki i fizjoterapeuty. Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2013, 3, 65-68.
9. Walden- Gałuszko de K., Ciałkowska- Rysz A.: Medycyna paliatywna. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015.
10. Boroń-Kaczmarska A., Wiercińska-Drapało A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017.
11. Rymkiewicz E., Milaniuk S., Rękas-Wójcik A. i wsp.: Pozaszpitalne zapalenie płuc u chorych w starszym wieku z chorobami współistniejącymi. Forum Medycyny Rodzinnej, 2015, 9 (2), 103–105.
12. Tomkowski W., Kuca P., Urbanek T. i wsp.: Żylna chorba zakrzepowo-zatorowa- wytyczne profilaktyki, diagnostyki i terapii. Konsensus Polski 2017. Acta Angiologica, 2017, 23 (2), 73-113.
13. Grodzicki W., Flis P., Sławiński P.: Postępy w profilaktyce przeciwzakrzepowej u pacjentów po urazach w oparciu o aktualne wytyczne i badania. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018, 24 (3), 158–161.
14. Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A.: Pielęgniarstwo nefrologiczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2013.
15. Pulik D., Polańska P., Gil R. i wsp.: Dystrofia mięśniowa Duchenne'a- rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2018, 7 (2), 41-45.
16. Nawrot-Szołtysik A., Żmudzka-Wilczek E. i wsp.: Profilaktyka i usprawnianie ruchowe u chorych z osteoporozą. Rehabilitacja Praktyczna, 2010, 1, 21-24.
17. Włodarek D.: Znaczenie diety w zapobieganiu osteoporozie. Endokrynologia, Otyłości Zaburzenia Przemiany Materii, 2009, 5(4), 245-253.
18. Strelau J.: Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
19. Tadych A., Pospiech W.: Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji pacjentów na oddziale intensywnej terapii. Medical and Health Sciences Review, 2016, 2 (2), 57-64.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU- STUDIUM PRZYPADKU

Betke Katarzyna[1], Humańska Marzena A.[1], Szyca Martyna[2], Ponczek Danuta[1], Ulenberg Agata[1]

1. Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Udar niedokrwienny mózgu jest to stan zagrożenia życia, wymagający bezzwłocznej i specjalistycznej pomocy medycznej [1]. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje go jako *zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa* [2]. Zaburzenia ogniskowe lub uogólnione spowodowane są przyczynami naczyniowymi, które związane są z mózgowym przepływem krwi [3].

Udar mózgu to jedna z najczęstszych chorób układu krążenia. Według szacunkowych danych w skali ogólnoświatowej każdego roku na udar mózgu zapada ponad 15 milionów ludzi, a 6 milionów umiera z tego powodu. W Polsce odnotowuje się udar u 60-70 tysięcy osób rocznie, z czego 20-30% chorych umiera [4]. Udary niedokrwienne stanowią ok. 85% wszystkich udarów mózgu. Liczby te wskazują, że udar mózgu stanowi globalne wyzwanie dla wszystkich grup zawodów medycznych.

Czynniki ryzyka wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu można podzielić na modyfikowalne oraz niemodyfikowalne. Czynniki modyfikowane to m.in. hipercholesterolemia, palenie papierosów, alkoholizm, brak aktywności fizycznej, otyłość, nieodpowiednia dieta bogata w tłuszcze. Czynniki niemodyfikowalne to wiek – po 55 roku życia ryzyko wystąpienia udaru wzrasta dwukrotnie [5]. Stwierdzono, że zachorowalność na udar jest większa u mężczyzn niż u kobiet - różnica ta nie dotyczy jednak osób starszych. Czynniki genetyczne nie maja istotnego znaczenia klinicznego w etiologii udaru. Tendencja do występowania udarów jest dziedziczona wieloczynnikowo w rodzinie [3].

Udar mózgu jest uznawany za stan zagrożenia życia, w którym dochodzi do obumarcia części mózgu w wyniku zatrzymania dopływu krwi do jego tkanek. Do charakterystycznych objawów udaru niedokrwiennego mózgu należą: niedowład lub porażenie połowicze; połowicze zaburzenia czucia; zaburzenia mowy o typie afazji — niemożność wypowiadania słów oraz rozumienia prostych poleceń; zaburzenia widzenia — zaniewidzenie jednooczne; zaburzenia w polu widzenia; zawroty i bóle głowy z uczuciem wirowania otoczenia i towarzyszącymi nudnościami, wymiotami; zaburzenia równowagi. Pacjent powinien zostać objęty specjalistyczna opieką, diagnostyką i leczeniem w możliwie najszybszym czasie. W przebiegu udaru istotne znaczeni dla stanu pacjenta ma każde kolejne 15 minut. Najbardziej istotna dla terapii udaru jest pierwsza godzina choroby- tzw. złota godzina udarowa [6, 7, 8]. W tym czasie pacjent powinien trafić do ośrodka, w którym zostanie wykonana kompleksowa diagnostyka i leczenie. Wczesne wykrycie objawów oraz wprowadzenie terapii mają decydujące znaczenie dla przeżywalności pacjentów. Standardową metodą leczenia jest odpowiednio szybkie podanie leków trombolitycznych [9, 10, 11]. W wyniku powikłań powstałych po udarze proces leczenia oraz powrót do zdrowia jest długotrwały. Wymaga on zaangażowania ze strony zespołu terapeutycznego, rodziny pacjenta oraz samego pacjenta. Udar mózgu niesie za sobą poważne następstwa. Za jedną z głównych konsekwencji udaru niedokrwiennego mózgu uważa się utratę świadomości, charakteryzuje się ona zaburzeniem związku między ilościowym (poziom pobudzenia, przytomność) a treściowym (świadomość siebie i otoczenia) aspektem świadomości. Wśród innych następstw udaru niedokrwiennego mózgu obserwuje się utratę sprawności, samodzielności, komunikowania się ze światem. Rola funkcji wykonawczych związana jest z procesami planowania, tworzenia strategii, monitorowania działań, a także samoregulacji. Umożliwiają one pacjentowi samodzielne kierowanie własnymi myślami oraz zachowaniem w sposób świadomy i celowy [12]. Każdy pacjent po przebytym udarze mózgu powinien być poddany rehabilitacji już od pierwszej doby choroby. Wczesna rehabilitacja pacjentów obejmuje poprawne ułożenie ciała (profilaktyka powikłań ze strony układu oddechowego i zakrzepowo-zatorowych, zapobieganie przykurczom i odleżynom), natomiast w dalszych dniach na stopniowe przygotowanie do pionizacji ciała. [9]. Leczenie rehabilitacyjne obejmuje terapię zajęciową, fizykoterapię, rehabilitację, oraz ocenę mowy i połykania [8]. Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu jest wykonywanie kompleksowych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych i leczniczych. Opieka pielęgniarska ukierunkowana jest na szybkie rozpoznawanie niepokojących objawów, ocenę stanu zdrowia pacjenta, jak również wsparcie psychiczne i edukację pacjenta oraz jego rodziny.

CEL PRACY

Celem pracy było o przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu oraz utworzenie wzorcowego procesu pielęgnowania.

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku. Proces pielęgnowania 80-letniego pacjenta z zaburzeniami neurologicznymi spowodowanymi przebytym udarem niedokrwiennym mózgu. został zaplanowany na podstawie: obserwacji, szczegółowego wywiadu pielęgniarskiego, wykonanego badania fizykalnego, analizy dokumentacji medycznej, wyników badań oraz Skali Barthel, Skali Glasgow, Skali Tinetti i Skali GDS.

Opis przypadku

Pacjent M.S. lat 80 od lat funkcjonuje z zaburzeniami neurologicznymi spowodowanymi przebytym udarem niedokrwiennym mózgu. U mężczyzny występują zaburzenia mowy pod postacią afazji amnestycznej. Pacjent obciążony wieloma chorobami przewlekłymi: miażdżycą uogólnioną naczyń mózgowych i mięśnia sercowego, nadciśnieniem tętniczym, miokardiopatią pozawałową i nadciśnieniową oraz hipercholesterolemią. W wywiadzie dwukrotnie przebyty zawał mięśnia sercowego. Mężczyzna leczony również z powodu utrwalonego migotania przedsionków oraz niedomykalności mitralnej. Pacjent mimo niesprawności i obciążeń neurologicznych radzi sobie z czynnościami samoobsługowymi i pielęgnacyjnymi. Pacjent mieszka sam w bloku, na drugim piętrze.

W 2007 roku pacjent został przyjęty na oddział neurologiczny z powodu zaburzeń pamięci oraz dezorientacji allopsychicznej. U pacjenta zostało przeprowadzone badanie przedmiotowe, w którym nie stwierdzono istotnych odchyleń od stanu prawidłowego: nie stwierdzono objawów oponowych, badanie 12 par nerwów czaszkowych nie wykazało nieprawidłowości, pacjent miał zachowaną prawidłową siłę i napięcie mięśniowe po obu stronach, odruchy fizjologiczne głębokie i powierzchniowe symetryczne. Stwierdzono występowanie objawu patologicznego Babińskiego- odruchowy wyprost palucha z jego zgięciem grzbietowym z tendencją po stronie lewej. Po zakończonej hospitalizacji pacjent przebywał pod opieką poradni neurologicznej i poradni kardiologicznej.

Pacjent w 1997 r. przebył zawał serca mięśnia sercowego, ściany przednio- bocznej. Z objawami duszności trafił na do Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, podczas hospitalizacji wystąpiły zaburzenia rytmu pod postacią migotania przedsionków.

Wykonana koronografia ustabilizowała stan kardiologiczny pacjenta na wiele lat. W 2003 roku pacjent przebył kolejny zawał mięśnia sercowego. Z powodu wysiłkowych bólów zamostkowych o charakterze ucisku wraz z promieniowaniem do żuchwy mężczyzna został przyjęty do szpitala. W 7 dobie hospitalizacji wykonano pacjentowi koronografię, która uwidoczniła obraz choroby trzynaczyniowej. Po konsultacji kardiochirurgicznej pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. W 2004 r. pacjentowi wykonano zabieg rewaskularyzacji serca- koronografię. Podczas zabiegu wykonano u pacjenta pomostowanie tętnic wieńcowych serca bez krążenia pozaustrojowego. W dniu wypisu stan zdrowia mężczyzny określono jako dobry.

Wyniki przeprowadzonego badania fizykalnego oraz ocenę stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego prezentuje Tabela I.

Tabela I. Wyniki badania fizykalnego, ocena stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego pacjenta (opracowanie własne)

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej
prawidło-we	36.8 °C	prawidłowe	prawidłowa	prawidłowy	brak	nie dotyczy

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
15/ min	prawidłowy	brak	brak	nie dotyczy

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie tętnicze krwi	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
135/80 mmHg	92/min	brak	brak	duszność wysiłkowa	brak	97% SpO_2

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
proteza	osłabione	prawidłowy	przeciw-miażdżycowa	brak	doustny

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
1.5 l	barwa słomkowa	nietrzymanie moczu	brak

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy* *dotyczy dzieci i młodzieży
adekwatny do wieku	brak	nie dotyczy

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady/ drżenia	mowa	inne objawy
14	brak	niewyraźna	afazja

UKŁAD RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
samodzielny	ograniczony	normalna	brak	nie dotyczy	10

NARZĄDY ZMYSŁÓW					
wzrok	słuch	smak	czucie	inne objawy	wyroby medyczne
okulary	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy	brak	brak

STAN PSYCHICZNY PODOPIECZNEGO			
sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS* *dotyczy seniorów
przebudza się w nocy	dostosowany do sytuacji	brak	10

STAN SPOŁECZNY PODOPIECZNEGO				
pamięć	myślenie	stosunek do świata	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy
pogorszona	racjonalne	optymistyczne	optymistyczne	brak

WYNIKI

Proces pielęgnowania to jakościowa metoda pracy pielęgniarek, która identyfikuje potrzeby zdrowotne pacjenta i jego rodziny. Jednym ze sposobów dokumentowania procesu jest Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®., *International Classification for Nursing Practice*). Katalog ICNP®. to zestaw gotowych diagnoz, interwencji oraz wyników które odpowiadają danemu obszarowi opieki pielęgniarskiej. ICNP®. Jest wykorzystywany w formie elektronicznej na całym świecie przez pielęgniarki i położne.

Diagnozy pielęgniarskie są uniwersalne, to znaczy, że w każdym miejscy na ziemi mają ten sam kod [13]. Poniżej przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w odniesieniu do zdiagnozowanych problemów pielęgnacyjnych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Diagnoza	**Interwencje**	**Wynik**
1. Brak apetytu ze względu na częściowy brak uzębienia. ICNP: Brak apetytu [10033399].	- ważenie pacjenta [100033323] - nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] - monitorowanie odżywiania [10036032] - ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem [10002747] - ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia [10040921] -ocenianie pielęgnacji protezy dentystycznej [10045108] - nauczanie o pielęgnacji protezy [10045112]	Dobry apetyt [10040333]
2. Wzrost ciśnienia tętniczego krwi z powodu nieregularnego przyjmowania leków. ICNP: Zmienione ciśnienie krwi [10022954].	- promowanie przestrzegania zaleceń dotyczących leków z wykorzystaniem pojemnika na tabletki [10021703] - monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] - monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109] -promowanie samoopieki [10026347]	Prawidłowe ciśnienie krwi [10027647]
3. Ryzyko utraty elastyczność skóry związane z wiekiem. ICNP: Ryzyko zaburzenia integralności skóry [10015237].	- ocenianie w zakresie samopielęgnacji skóry [10030747] - nauczanie o samopielęgnacji skóry [10033029] - pielęgnacja skóry [10032757] - ocenianie integralności skóry [10033922] - promowanie samoopieki [10026347]	Ryzyko zaburzenia integralności skóry [10015237]
4. Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich uwarunkowane wielochorobowością pacjenta. ICNP: Ryzyko zakrzepicy żył głębokich [10027509].	-nauczanie o terapii przeciwzakrzepowej [10036531] - terapia przeciwzakrzepowa [10039284] - ocenianie tętna na stopie [10042927] - monitorowanie tętna na tętnicy grzbietowej stopy [10036633] - monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335]	Bez zakrzepicy żył głębokich [10036406]
5. Występowanie zawrotów głowy podczas zwiększonej aktywności fizycznej. ICNP: Zawroty głowy [10045584]	-ocenianie zawrotów głowy [10045917] -zachęcanie do odpoczynku [10041415] - monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285] -nauczanie o kontrolowaniu objawów podmiotowych [10038080] - promowanie samodzielnego zarządzania objawami -zarządzanie niwelowaniem objawu [10038718]	Bez zawrotów głowy [10045681]

6. Brak wiedzy pacjenta na temat stosowanych leków. ICNP: Brak wiedzy o leku [10025975]	-ocenianie wiedzy o reżimie przyjmowania leku [10039039] - nauczanie o leku [10019470] -nauczanie o podawaniu leku [10040712] -zapewnienie materiału instruktażowego [10024493] - ewaluacja odpowiedzi psychospołecznej na instruowanie dotyczące leku [10007130]	Wiedza o leku [10025968]
7. Ryzyko otępienia u pacjenta z powodu podeszłego wieku. ICNP: Ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego [10037333]	- ocenianie obwodowej funkcji nerwowo-naczyniowej [10042873] - ocenianie funkcji nerwowo- naczyniowej [10042839] - testowanie diagnostyczne [10031140] - ocenianie świadomości [10050186]	Zaburzona funkcja układu nerwowego [10037322]
8. Wiedza opiekunów na temat udaru niedokrwiennego mózgu oraz jego możliwych powikłań. ICNP: Wiedza o chorobie [10023826]	- nauczanie rodziny o chorobie [10021719] - ocenianie postawy wobec choroby [10024192] - ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591]	Efektywny proces rodziny [10025232]
9. Aktywność fizyczna pacjenta realizowana poprzez jazdę na rowerze. ICNP: Efektywna tolerancja aktywności [10027634]	- monitorowanie tolerancji aktywności ruchowej [10036622] - nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660] - ocenianie tolerancji aktywności ruchowej [10037945] - zarządzanie aktywnością pacjenta [10044971]	Efektywna tolerancja aktywności [10027634]
10. Trudności w oddychaniu spowodowane dusznością. ICNP: Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10029414]	- ocenianie statusu fizjologicznego [10030694] - pozycjonowanie pacjenta [10014761] - nauczanie o terapii inhalacyjnej [10044835] - monitorowanie statusu oddychania [10012196] - zachęcenie do stosowania techniki oddychania lub odkasływania [10006834]	Efektywne oddychanie [10041334]
11. Dyskomfort pacjenta z powodu nietrzymania moczu. ICNP: Inkontynencja moczu z powodu przepełnienia [10026914].	- nauczanie o funkcji układu moczowego [10045196] - nauczanie o zarządzaniu inkontynencją moczu [10045261] - ocenianie kontynencji moczu [10030781] - wspieranie kontynencji moczu [10044698]	Ryzyko nagłej inkontynencji moczu [10026848]
12. Zaburzenia pamięci w wyniku fizjologicznego starzenia się układu nerwowego. ICNP: Zaburzona pamięć [10001203].	- zapewnienie urządzenia wspomagającego pamięć [10043205] - kierowanie na terapię zajęciową [10026415] - nauczanie technik pamięciowych [10024673] - ocenianie pamięci [10043775] - promowanie używania technik pamięciowych [10024472]	- zaburzona pamięć [10001203]

DYSKUSJA

Udar niedokrwienny mózgu wraz z postępem nauki i medycyny przestał być chorobą nieuleczalną, jednakże jego konsekwencjami są różne deficyty neurologiczne, które częściowo lub całkowicie ograniczają funkcjonowanie pacjenta. Opisywany pacjent lat 80, po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu w 2007r., obciążony jest także wieloma chorobami przewlekłymi: miażdżycą uogólnioną naczyń mózgowych i mięśnia sercowego, nadciśnieniem tętniczym, miokardiopatią pozawałową i nadciśnieniową oraz hipercholesterolemią. Do głównych dolegliwości obecnych u opisanego pacjenta zalicza się: nietrzymanie moczu, obniżenie wydolności fizycznej spowodowane niewydolnością serca, problemy z pamięcią w wyniku pogorszenia funkcji poznawczych oraz powikłania narządowe w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

Powyższe obciążenia zdrowotne opisywane są w literaturze jako często występujące u pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. W badaniu przeprowadzonym przez Banecką-Majkutewicz i wsp. udział wzięły 102 osoby, w tym 49 kobiet i 53 mężczyzn z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego mózgu. Statystycznie wiek kobiet był wyższy niż wiek mężczyzn. Najczęściej stwierdzono współistnienie trzech czynników ryzyka u jednego chorego (22% chorych). Do najczęstszych czynników ryzyka należało nadciśnienie tętnicze (92%), drugim czynnikiem ryzyka był brak aktywności fizycznej (85.3%), a trzecim istotnym czynnikiem ryzyka była choroba wieńcowa (68%) [5]. Wskazuje to na istotę podejmowania działań edukacyjnych i profilaktycznych w grupach pacjentów obciążonych chorobami układu krążenia. Jednym z częstych następstw udaru, obok niedowładu czy porażenia, jest afazja, czyli utrata zdolności mowy. Kluczową rolę w powrocie chorego do sprawności odgrywa profesjonalna rehabilitacja. Podobne doniesienia przedstawiła Krajewska – opisywana przez nią pacjentka, lat 73 została przyjęta na oddział udarowy z podejrzeniem udaru lewej półkuli mózgu, jednym z kluczowych objawów była afazja. Po 3 miesiącach od wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu pacjentka opisywana przez Krajewską powróciła do samodzielności. Córka pacjentki podkreślała poprawę w zakresie umiejętności językowych matki pomimo, że ta nie uczestniczyła regularnie w terapii z logopedą, która jest ważną częścią rehabilitacji [14]. Podjęcie wczesnej rehabilitacji pozwala na szybszy powrót pacjenta do domu i do sprawności w różnych aspektach życia [15]. Badania Krajewskiej są potwierdzeniem wyników badań Baneckiej-Majkutewicz i wsp. Wykazano, że ryzyko wystąpienia udaru niedokrwiennego mózgu jest większe u mężczyzn, u których to incydenty udarowe występują w młodszym wieku niż u kobiet [5]. U młodych osób udary przebiegają bardzo gwałtownie.

Przyczynami są najczęściej: przewlekły stres, duże obciążenie pracą, niezdrowy styl życia i brak aktywności fizycznej. Inne przyczyny to zaburzenia kardiologiczne, np. migotanie przedsionków [16]. Z uwagi na powyższe bardzo ważna jest edukacja zdrowotna, profilaktyka pierwotna i wtórna. U pacjentów po przebytym udarze istotne jest regularne przyjmowanie leków, pomiary ciśnienia tętniczego krwi, zwracanie uwagi na ogólny stan chorego, jego aktywność i zachowanie. Pacjenci po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu powinni zmodyfikować swój styl życia, zaprzestać palenia tytoniu, wprowadzić dietę korzystną dla zdrowia (np. śródziemnomorską), wprowadzić w życie regularną aktywność fizyczną dostosowaną indywidualnie do potrzeb i stanu klinicznego pacjenta [17].

WNIOSKI

1. Główne problemy występujące u przedstawionego pacjenta po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu to: afazja, otępienie, powikłania sercowo- naczyniowe, zaburzenia metaboliczne oraz duszność wysiłkowa.
2. Dzięki zastosowaniu procesu pielęgnowania zorientowanego indywidualnie na problemy pacjenta zapewniona została kompleksowa opieka.
3. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem sprawowana przez zespół terapeutyczny przy współudziale rodziny pozwoliła na poprawę stanu zdrowia i samopoczucia chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, *8*(4), 161-175.
2. Hebel K., Kowiański P., Rogoza, K.: Ocena stanu funkcjonalnego chorych po udarze niedokrwiennym mózgu leczonych trombolitycznie. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2020, 9 (1), 12-19.
3. Członkowska A., Niewada M.: Udar mózgu [w:] Choroby wewnętrzne. Tom II, Szczeklik A (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006, 1903-1912.
4. Departament Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego: Małopolska dba o zdrowie https://www.profilaktykawmalopolsce.pl/wyszukiwarka-badan-2019/submission-view/423 (20.07.2021).

5. Banecka-Majkutewicz, Z., Dobkowska, M., Wichowicz, H.: Analiza czynników ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. Annales Academiae Medicae Gedanensis, 2005, 35, 207-216.
6. Smith E.E., Kent D.M., Bulsara K.R., et al.: Accuracy of prediction instruments for diagnosing large vessel occlusion in individuals with suspected stroke: a systematic review for the 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke, 2018, 49(3), e111-e122.
7. Okumura K., Tomita H., Nakai M.: Risk factors associated with ischemic stroke in Japanese patients with nonvalvular atrial fibrillation. JAMA Network Open, 2020, 3 (4), e202881-e202881.
8. Kozera G., Nyka W.M., Siebert J.: Aktualne zasady terapii ostrej fazy udaru mózgu. Forum Medycyny Rodzinnej, 2011, 5 (2), 147-155.
9. Litwin T., Członkowska A.: Ostre niedokrwienie mózgu – udar niedokrwienny i przemijające niedokrwienie mózgu [w:] Neurologia, t. 2, Stępień A. (red.). Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa, 2014, 189–215.
10. Johnson S., Chueh J., Gounis M.J. et all.: Mechanical behavior of in vitro blood clots and the implications for acute ischemic stroke treatment. Journal of Neurointerventional Surgery, 2020, 12 (9), 853-857.
11. Rabinstein, A.A.: Update on treatment of acute ischemic stroke. Continuum: Lifelong Learning in Neurology, 2020, 26 (2), 268-286.
12. Sabiniewicz M., Niwald M., Machnia M., Włodarczyk L., Miller E.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu –charakterystyka kliniczna i diagnostyka. Aktualności Neurologiczne, 2015, 15, 35-40.
13. Kilańska D.M., Librowska B., Karolczak A.: Katalog planów opieki dla pacjenta z chorobą Parkinsona z wykorzystaniem międzynarodowego standardu terminologii pielęgniarskiej—ICNP®. Ewaluacja. Problemy Pielęgniarstwa, 2017, 25 (2), 82-87.
14. Krajewska, M.: Dynamika i obraz afazji we wczesnej fazie udaru niedokrwiennego. Opis przypadku. Biuletyn Logopedyczny Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, 2016/2017, 1-2(30-31), 97-117.
15. Sienkiewicz-Jarosz H. (red.). Udar mózgu kompendium dla praktyka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2020.
16. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera, G.K.G.: Opóźnienia przed-i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie. Forum Medycyny Rodzinnej, 2016, 10 (3), 119-128.

17. Antecki J., Brelak E., Sobolewski P., Kozera G.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwiennego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. Forum Medycyny Rodzinnej, 2018, 12 (3), 89-98.

EDUKACJA PACJENTA Z CUKRZYCĄ TYPU 2 ROZPOCZYNAJĄCEGO PRZYJMOWANIE ANALOGU GLP-1

Kostrzewa-Zabłocka Ewa

Oddział Diabetologiczny Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Poradnia Diabetologiczna Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie

Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej

WSTĘP

Otyłość jest chorobą przewlekłą rozwijającą się w wyniku dodatniego bilansu energetycznego, spowodowanego nadmiarem energii przyswajalnej przez organizm w stosunku do wydatkowanej. Tradycyjna definicja WHO kładzie nacisk na przyrost masy ciała spowodowany zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej wskutek hipertofii i/lub hiperplazji adipocytów. Graniczna ilość tkanki tłuszczowej w organizmie, powyżej której można rozpoznać otyłość, wynosi 25% u mężczyzn oraz 35% u kobiet [1].

Nadmiar tkanki tłuszczowej prowadzi do rozwoju licznych powikłań ogólnoustrojowych, a ryzyko ich wystąpienia rośnie w miarę czasu trwania i nasilenia otyłości, zwłaszcza trzewnej [2, 3].

Zgodnie z aktualną definicją amerykańskich towarzystw naukowych zajmujących się diagnostyką i leczeniem otyłości *American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)* oraz *American Collage of Endocrinology (ACE)*, przedstawioną w zaleceniach z 2016 roku, powikłania otyłości są to choroby, które rozwijają się lub nasilają wskutek nadmiaru tkanki tłuszczowej. W ostatnich latach coraz większy nacisk kładzie się na konieczność przeprowadzenia pełnej diagnostyki już w chwili rozpoznania otyłości [3].

W zaleceniach AACE/ACE do powikłań zaliczono następujące zaburzenia: cukrzycę i stany przedcukrzycowe, dyslipidemie, nadciśnienie tętnicze i inne choroby sercowo-naczyniowe, niealkoholowe stłuszczenie wątroby, obturacyjny bezdech senny, astmę, reaktywne stany skurczowe oskrzeli, zespół policystycznych jajników, niepłodność żeńską, męski hipogonadyzm, chorobę zwyrodnieniową stawów, chorobę refleksową przełyku, wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz depresję [4].

Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w wysokorozwiniętych krajach świata, w tym w Polsce, nasila się, stanowiąc coraz większy problem zdrowia publicznego. Obecnie otyłość jest to jeden z głównych problemów zdrowotnych wynikających ze stylu życia.

Szacuje się, że w Polsce odpowiada za około 9% utraty lat przeżytych w pełnym zdrowiu DALY (*Disability Adjusted Life Years)*- Utrata lat życia skorygowana niesprawnością. Ocena rozpowszechnienia nieprawidłowej masy ciała opiera się na ocenie wskaźnika BMI *(Body Mass Index).* Oblicza się go na podstawie wzoru: BMI= masa ciała (kg)/wzrost² (m). Nadwagę i otyłość klasyfikuje się w populacji osób dorosłych według norm Światowej Organizacji Zdrowia. Za nadwagę przyjmuje się wskaźniki BMI równy lub > 25,0 kg/m², a otyłość za równy i większy od 30 kg/m² [5].

Literatura podaje, że szczególnie niebezpieczna jest tzw. otyłość brzuszna. Polega ona na odkładaniu się tkanki tłuszczowej głównie w okolicach brzucha. Aby ją ocenić, wystarczy dokonać pomiaru obwodu pasa. O otyłości brzusznej świadczy obwód pasa 80 cm u kobiet oraz 94 cm u mężczyzn. Jak dowodzą badania, jest to czynnik istotnie zwiększający ryzyko przedwczesnego zgonu [3, 6].

Na podstawie wyników Europejskich Ankietowych Badań Zdrowia (*EHIS)* wyłania się niekorzystny obraz rozpowszechnienia nadmiernej masy ciała w naszym kraju. W końcu 2014 roku odsetek osób dorosłych z nadwagą i otyłością wynosił 53,3%, w tym z nadwaga-36,6%, a otyłością-16,7%. Problem ten częściej dotyka mężczyzn-62,2% niż kobiet-u 45,7% stwierdzono nadwagę i otyłość [7].

Zarówno otyłość, jak i cukrzyca typu 2 stanowią naglący problem współczesnej medycyny. Trwają zatem poszukiwania leku, który swoim działaniem obejmie zarówno wyrównanie cukrzycy, jak i bezpieczne, stopniowe odchudzanie. A ponadto będzie miał korzystny wpływ na układ krążenia. Tu na scenę wkracza stosunkowo nowa, lecz dynamicznie rozwijająca się grupa leków: analogi GLP-1 [8].

Agoniści receptora GLP-1 (analogi GLP-1) są lekami, które naśladują działanie naturalnie występującego w organizmie glukagonopodobnego peptydu 1 (w skrócie GLP-1). U zdrowego człowieka GLP-1 jest hormonem produkowanym przez komórki jelita cienkiego w odpowiedzi na posiłek [9].

Wspomniane leki wywołują szereg pozytywnych skutków. Regulują poziom glukozy we krwi, co pokazuje spadek wartości HbA1C do 7% i poniżej (czyli prawie jak u zdrowych osób) nawet u ponad 70% pacjentów [7]. Poza tym obniżają poziom cholesterolu, redukują łaknienie i mają udowodnione korzystne działanie na układ krążenia (liraglutyd, semaglutyd oraz dulaglutyd). Powodują także spadek masy ciała na tyle istotny i poprawiający pozostałe parametry leczenia, że zostały włączone w standardy leczenia cukrzycy typu 2 u otyłych dorosłych [10].

W porównaniu z doustnymi lekami stosowanymi w otyłości, efekty spadku masy ciała w trakcie leczenia analogami GLP-1 są dużo lepsze [8]. Trzeba podkreślić, że leki te wpływają głównie na zmniejszenie otyłości brzusznej [1].

W Polsce zarejestrowane są analogi GLP-1 we wstrzyknięciach podskórnych:

- stosowane codziennie (liraglutyd: Saxenda, Victoza, exenatyd: Bydureon, liksysenatyd: Lyxumia);
- stosowane raz w tygodniu (semaglutyd: Ozempic, dulaglutyd: Trulicity) [11].

Aktualnie trwają prace nad doustną formą semaglutydu [12].

Wszystkie wymienione leki mają rejestrację do leczenia cukrzycy typu 2. Wyjątek stanowi jeden z preparatów liraglutydu (Saxenda), który zarejestrowany jest w leczeniu otyłości. Leczenie liraglutydem powinno być prowadzone przy jednoczesnym przestrzeganiu diety i dopasowanej aktywności fizycznej. Przeznaczony jest dla osób z BMI powyżej 30, albo z BMI w granicach 27-30 ze współistniejącymi czynnikami ryzyka (np. stan przedcukrzycowy, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia i bezdech senny) [12, 13].

Badania pokazują także, że semaglutyd pomaga osiągnąć znacznie lepsze wyrównanie glikemii oraz większy spadek masy ciała, w porównaniu z liraglutydem. Profil bezpieczeństwa obu leków pozostaje podobny [14].

Analogów GLP-1 nie mogą stosować osoby z nadwrażliwością na składniki leku, pacjenci z cukrzycą typu 1 oraz kwasicą ketonową. Leki te nie mogą także zastępować insuliny [11].

Do najczęstszych działań niepożądanych należą nudności, biegunki i wymioty. Mogą także wystąpić poważniejsze skutki: ostre zapalenie trzustki, większa skłonność do kamicy żółciowej, hipoglikemia, reakcje alergiczne na składniki leku oraz tachykardia (przyspieszone bicie serca) [12].

Badania analogów GLP-1 trwają. Leki te budzą ogromne nadzieje zarówno u lekarzy, jak i u pacjentów. Przyczynia się do tego osiągane w trakcie leczenia lepsze wyrównanie cukrzycy i pozytywny wpływ na układ krążenia. Pacjenci stosujący analogi GLP-1 obserwują także zauważalny spadek masy ciała i istotne zmniejszenie stopnia otyłości. Decyzję o leczeniu zawsze podejmuje lekarz, dostosowując je do stanu pacjenta [11].

Według aktualnych zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz dostępnej wiedzy medycznej analogi GLP-1 powinny być stosowane znacznie częściej, niż ma to miejsce aktualnie w Polsce. Przyczyną jest przede wszystkim wysoka cena miesięcznej kuracji.

Przykładem może być Ozempic (semaglutyd), którego cena na 100% wynosi 360 zł, a odpłatność 30% dla pacjentów objętych refundacją 108 zł. [10].

Edukacja jest podstawą w opiece diabetologicznej i leczeniu cukrzycy. Badanie *Diabetes Control and Complications Trial* dostarczyło pewnych dowodów, że skuteczna intensyfikacja leczenia cukrzycy zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań. Intensyfikacja leczenia wymaga skutecznej samokontroli, ta zaś wymaga stałego poszerzania wiedzy i nieustającego wsparcia. Edukacja pacjentów przyjmujących analog GLP- 1powinna być prowadzona przez odpowiednio przeszkolonych profesjonalistów i winna być dostosowana do potrzeb różnych grup pacjentów i ich rodzin, zmieniających się w różnych okresach życia. Aby edukacja cukrzycowa była efektywna, musi być procesem ciągłym [14].

CEL PRACY

Celem pracy była odpowiedź na pytanie: w jaki sposób przebiega edukacja pacjenta z cukrzycą typu 2, otyłego i zaczynającego przyjmować analog GLP-1?

MATERIAŁ I METODY

Badanie ankietowe przeprowadzono w SPWSzS w Poradni Diabetologicznej w Chełmie w 20201 r. Badaną grupę stanowiło 40 pacjentów. Metodą, która posłużyła do przeprowadzenia badań własnych, był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Ankieta zawierała pytania dotyczące: wieku, wykształcenia, wagi, przyczyny otyłości oraz objawy utrudniające funkcjonowanie w życiu codziennym.

WYNIKI

Badaną grupę stanowiło 40 pacjentów (18 kobiet oraz 22 mężczyzn). Średnia wieku to 60 lat, BMI>35, przeważało wykształcenie średnie. Miejsce zamieszkania to miasto.

Wszyscy pacjenci twierdzili, że przyczyną otyłości była pandemia COVID-19. U osób przychodzących na edukację występował lęk (100%) przed podawaniem nowego leku. Twierdzili, że nie nauczą się wstrzykiwania analogu, a zwłaszcza bali się, że nieprawidłowo wykonają tak drogi zastrzyk i brak będzie dobrego efektu. Wszyscy chcieli szybko schudnąć, ponieważ otyłość utrudniała im wykonywać podstawowe czynności życiowe, jak: chodzenie (90%), ubieranie (85%), zginanie się (100%) oraz ogólne osłabienie (99%), senność (100%) i trudności w koncentracji (85%).

DYSKUSJA

Uzyskane dane z ankiety wskazują, że wszyscy pacjenci w ostatnich miesiącach w czasie pandemii COVID-19 przytyli ok. 10 kg-15 kg i nie mogą schudnąć. Nie zgadzają się na leczenie insuliną. Objawy nakłaniające do analogu, to: trudności w oddychaniu, chodzeniu, ubieraniu. Podają ogólne osłabienie, senność, trudności w koncentracji oraz lęk przed podawaniem analogu GLP-1.

W trakcie edukacji pielęgniarka – edukator, przekazuje podstawowe informacje na temat GLP-1 i uczy bezpiecznego dozowania. Analogi GLP-1 są podawane we wstrzyknięciu pod skórę (podskórnie). Nie wolno wstrzykiwać go do żyły ani do mięśnia. Najlepsze miejsca do samodzielnego wykonywania wstrzyknięcia, to: przednia część uda, przednia część talii (brzuch) lub ramię. Po wykonaniu wstrzyknięcia, kiedy licznik dawki powróci do pozycji 0, należy pozostawić igłę wbitą w skórę i powoli policzyć do 6, aby upewnić się, że została podana pełna dawka. Ważne jest, aby pacjent zmieniał miejsca wstrzyknięć w obrębie danego obszaru, przesuwając się na odległość 2 do 3 palców między każdym miejscem aplikacji. Wstrzyknięcie Semaglutydu odbywa się raz w tygodniu, jeśli to możliwe tego samego dnia tygodnia. Wstrzyknięcie można wykonywać samodzielnie o dowolnej porze dnia, niezależnie od posiłków. Lek przechowuje się w lodówce (2°C-8°C) [15].

Jak sugerują nowe badania, lek stosowany w terapii cukrzycy może pomóc osobom z otyłością podczas odchudzania. Wyniki zostały zaprezentowane w dorocznym spotkaniu ENDO *The Endocrine Society w Chicago* (USA) [9].

Semaglutyd jest lekiem hipoglikemizującym, który jest antagonistą receptora glukogonopodobnego peptydu 1 (GLP-1). GLP-1 reguluje wydzielanie insuliny oraz apetyt. W grudniu Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (ang. *Food and Drug Administration,* FDA) zaaprobowała wstrzyknięcia produktu leczniczego Ozempic – semaglutyd, jako co tygodniowy dodatek do diety i aktywności fizycznej w celu poprawy kontroli glikemii u dorosłych z cukrzycą typu 2 [12].

W randomizowanych badaniach wykazano, że liraglutyd, glukagonopodobny analog peptydu-1, ma potencjalną korzyść w kontrolowaniu masy ciała w dawce 3,0 mg raz na dobę, wstrzykiwanej podskórnie. Przeprowadzono 56-tygodniowe badanie z podwójnie ślepą próbą z udziałem 3731 pacjentów bez cukrzycy typu 2, u których wskaźnik masy ciała wynosił co najmniej 30 lub BMI co najmniej 27. Mieli leczoną lub nieleczoną dyslipidemię lub nadciśnienie. Przydzielono losowo pacjentów w stosunku 2:1 do otrzymywania raz dziennie podskórnych zastrzyków liraglutydu w dawce 3,0 mg (2487 pacjentów) lub placebo

(1244 pacjentów). Obie grupy otrzymały porady dotyczące modyfikacji stylu życia. Równorzędnymi pierwszorzędowymi punktami końcowymi była zmiana masy ciała oraz odsetek pacjentów, którzy utracili co najmniej 5% i więcej niż 10% początkowej masy ciała. Wyjściowo średni wiek pacjentów wynosił 45,1±12,0 lat, średnia masa ciała 106,2±21,4 kg, a średni BMI 38,3±6,4; w sumie 78,5% pacjentów stanowiły kobiety, a 61,2% miało stan przedcukrzycowy. W 56. tygodniu pacjenci w grupie liraglutydu stracili średnio 8,4±7,3 kg masy ciała, a ci w grupie placebo średnio 2,8±6,5 kg (różnica -5,6 kg; 95% przedział ufności, -6,0 do -5,1; P<0,001). Łącznie 63,2% pacjentów w grupie liraglutydu w porównaniu z 27,1% w grupie placebo straciło co najmniej 5% masy ciała (p<0,001), a odpowiednio 33,1% i 10,6% straciło ponad 10% masy ciała (P<0,001). Najczęściej zgłaszanymi zdarzeniami niepożądanymi związanymi z liraglutydem były łagodne lub umiarkowane nudności i biegunka. W tym badaniu 3,0 mg liraglutydu jako dodatek do diety i ćwiczeń wiązało się ze zmniejszeniem masy ciała i poprawą kontroli metabolicznej [14].

Drugie randomizowane badanie wykazało, że podawanie semaglutydu osobom z otyłością, ale nie chorujących na cukrzycę, doprowadziło do redukcji masy ciała. Badanie objęło 957 uczestników, z których 35% stanowili mężczyźni. Wszyscy uczestnicy mieli wskaźnik masy ciała (BMI) co najmniej 30, ale nie chorowali na cukrzycę. Badani zostali losowo przydzieleni do siedmiu grup. Pięć grup otrzymywało różne dawki semaglutydu (od 0,05 mg do 0,4 mg) przez wstrzyknięcie raz dziennie; szósta grupa otrzymywała placebo, a siódma grupa otrzymywała 3 mg liraglutydu (lek przeciwcukrzycowy). Wszyscy uczestnicy otrzymywali comiesięczne porady dietetyczne oraz wskazówki co do aktywności fizycznej. Po roku zauważono, że u wszystkich uczestników otrzymujących semaglutyd doszło do większej redukcji macy ciała niż u tych, który otrzymali placebo [16].

Warunkiem prawidłowej współpracy pielęgniarki edukacyjnej z pacjentem z otyłością jest rozpoznanie potrzeb, ocena wiedzy i umiejętności w zakresie radzenia sobie z chorobą oraz wynikającymi z niej problemami opiekuńczo-terapeutycznymi. Na podstawie zebranych informacji i obserwacji, pielęgniarka powinna opracować szczegółowy plan postępowania oraz dokonać wyboru odpowiedniej metody pracy z osobą z otyłością. Działania w tym przypadku powinny być ukierunkowane na doradzanie, udzielanie wskazówek oraz wsparcie psychiczne [15].

Pielęgniarka omawia z pacjentem sposoby postępowania dotyczącego redukcji masy ciała. Ustalając strategię, należy pamiętać, że rzadko efektem odchudzania jest osiągnięcie prawidłowej masy ciała. Świadomość, iż utrata masy ciała rzędu kilku kilogramów polepsza stan zdrowia, pomaga pacjentowi w przestrzeganiu zaleceń żywieniowych. Cele leczenia

otyłości powinny być realistyczne, a cały proces rozłożony na krótkie i odległe etapy. Celem praktycznym w przypadku leczenia dietetycznego otyłości prostej jest uzyskanie i długoterminowe utrzymanie masy ciała obniżonej o 5-10% w odniesieniu do masy aktualnej i utrzymanie masy ciała na poziomie przez co najmniej 3-6 miesięcy. Większy (20% lub więcej) ubytek masy ciała może być brany pod uwagę dla osób z otyłością przy BMI≥35 kg/m² i z ciężkimi powikłaniami. Istotna jest nie tylko sama redukcja masy, ale również poprawa składu ciała poprzez zmniejszenie zawartości tkanki tłuszczowej. Satysfakcjonujące efekty dietetycznego leczenia otyłości, to zmniejszenie masy ciała w co najmniej 75% wynikające ze zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej oraz utrzymanie zredukowanego obwodu talii przynajmniej o 4 cm. [5].

Pielęgniarka w edukacji podkreśla, że odpowiednie postępowanie dietetyczne powinno korzystnie wpływać na pacjenta parametry lipidowe, optymalizację glikemii, normalizację ciśnienia krwi u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, leczenie chorób układu oddechowego wynikających z otyłości (zespół bezdechu nocnego), wspomagać leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów, zaburzeń psychospołecznych, zaburzeń odżywiania, poprawić tolerancję wysiłku oraz przyśpieszać gojenie ran [5].

Pielęgniarka rozmawiając z chorym o aktywności fizycznej podkreśla, że terapia ruchowa powinna być prowadzona przez fizjoterapeutę lub posiadającego odpowiednie kwalifikacje trenera personalnego, a jej wdrożenie równoległe z leczeniem dietetycznym. Analogicznie do jadłospisu powinna być dobierana indywidualnie z uwzględnieniem możliwości, preferencji i stanu zdrowia chorego. Regularna aktywność fizyczna nie tylko polepsza efekty leczenia, ale również zapobiega i sprzyja utracie beztłuszczowej masy ciała i związanym z tym obniżeniu podstawowej przemiany materii. Regularna aktywność fizyczna sprzyja również osiągnięciu innych celów terapeutycznych, jak: poprawa insulinowrażliwości, zwiększenie stężenia frakcji HDL cholesterolu, obniżenie ciśnienia tętniczego, czy poprawa wydolności i samopoczucia psychicznego [5]. Główny rodzaj aktywności fizycznej winna stanowić aktywność tlenowa o umiarkowanym nasileniu. Szczególnie rekomendowane są: szybki marsz, jazda na rowerze, pływanie i ćwiczenia w wodzie oraz gording wal king. Ze względu na nadmierne obciążenie stawów skokowych i kolanowych nie zaleca się skoków, szybkiego biegania, zjazdu na nartach i wspinaczki górskiej. Trzy razy w tygodniu należy zalecać również ćwiczenia oporowe celem zwiększenia masy mięśniowej i poprawy postawy ciała. W czasie edukacji i prowadzonej terapii, chory powinien nabrać właściwych przekonań dotyczących mechanizmów regulujących masę ciała, zrozumieć grożące mu powikłania, jeśli zmiany nie będą trwałe oraz nauczyć się aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia [5, 17].

Efektywne komunikowanie się osoby pomagającej (pielęgniarki) z osobą oczekującą pomocy oraz motywacja i zdolność do wykonywania wymaganych czynności przez pacjenta są warunkiem skuteczności zaplanowanych działań [15]. Pielęgniarka cały czas edukuje pacjenta w kierunku zmian nawyków żywieniowych, zwiększenia aktywności fizycznej oraz wspomaga leczenie farmakologiczne dobrane przez lekarza diabetologa [6, 17].

WNIOSKI

1. Systematyczne edukowanie pacjentów na wizycie z zakresu: diety niskokalorycznej oraz regularnej aktywności fizycznej.
2. W zaleceniach żywieniowych w trakcie edukacji, uwzględnić postępowanie w przypadku nudności.
3. Nauczenie pacjenta prawidłowego obliczania i wstrzykiwania podskórnie analogu GLP-1.

PIŚMIENNICTWO

1. American Diabetes Association, Diabetes Care January 01 2021; volume 44 issue Supplement 1; S100-S110: (8. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021).
2. Osiński W.: Nadwaga i otyłość. Aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 55-60.
3. Skórzyńska-Dziduszko K., Małecka-Massalska T.: Postępy w diagnostyce otyłości [w:] Obesitologia w ujęciu interdyscyplinarnym, Skrzypek M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2018, 69-76.
4. Olszanecka-Glinianowicz M., Ostrowska L.: Otyłość. Medycyna Praktyczna, 2017, 2662-2679.
5. Olszanecka-Glinianowicz M.: Medyczne leczenie otyłości [w:] Obesitologia w ujęciu interdyscyplinarnym, Skrzypek M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2018, 193-203.
6. Krzyszycha R., Goral K.: Postępowanie dietetyczne w otyłości [w:] Obesitologia w ujęciu interdyscyplinarnym, Skrzypek M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2018, 205-213.

7. Kalinowski P.: Epidemiologia nadwagi i otyłości w populacji polskiej na tle sytuacji w wybranych krajach Europy i świata [w:] Obesitologia w ujęciu interdyscyplinarnym, Skrzypek M. (red.). Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2018, 23-36.
8. Cypryk K., Małecki P.: A review of cardiovascular outcome trials in type 2 diabetes. Endokrynologia Polska, 2018, 69 (4), 424–431.
9. Capehorn M.S., Catarig A.M., Furberg J.K.: Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 1.0mg vs once-daily liraglutide 1.2mg as add-on to 1–3 oral antidiabetic drugs in subjects with type 2 diabetes (SUSTAIN 10). Diabetes & Metabolism, 2020, 46(2), 100-109.
10. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2021. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Praktyczna, 2021, 7(1), 80-84.
11. Ganguly R., Tian Y., Kong S.X.: Persistence of newer anti-obesity medications in a real-world setting. Diabetes Research and Clinical Practice, 2018, 143, 348-356.
12. Mosenzon O., Blicher T.M., Rosenlund S. et al.: Efficacy and safety of oral semaglutide in patients with type 2 diabetes and moderate renal impairment (PIONEER 5): a placebo-controlled, randomised, phase 3a trial. Lancet Diabetes Endocrinology, 2019, 7(7), 515-527.
13. Jeznach-Steinhagen A.: Żywienie osób z cukrzycą i chorobami towarzyszącymi. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 55-57.
14. Bray G.A., Frühbeck G., Ryan D.H., Wilding J.P.: Management of obesity. Lancet, 2016, 7, 387(10031), 1947-1956.
15. Szewczyk A.: Pielęgniarstwo Diabetologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 176-199.
16. Pi-Sunyer X., Astrup A., Fujioka K., Greenway F.: Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. N Engl J Med, 2015, 2, 373(1), 11-22.
17. Szurkowska M.: Leczenie otyłości i towarzyszących zaburzeń metabolicznych. Wyd. Lekarskie PZWL, Kraków 2015, 187-204.

ANALIZA I OCENA RYZYKA WYPALENIA ZAWODOWEGO W OPINII PIELĘGNIAREK ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ TRAKTU OPERACYJNEGO

Girzelska Joanna[1], Wiśniewska Katarzyna[2], Głowacka Magdalena[1], Osek Agata[1]

1. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
2. Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

WSTĘP

Charakterystyka zawodowa personelu pielęgniarskiego

Praca zawodowa stanowi jeden z najważniejszych form aktywności człowieka i należy do elementów systemu społecznego. Praca zawodowa odgrywa dużą rolę w życiu każdego człowieka ponieważ wydobywa poczucie sensu własnej koegzystencji. Praca zapewnia kontakt z ludźmi i zdobywanie różnych doświadczeń [1]. Środowisko pracy personelu pielęgniarskiego, a szczególnie pielęgniarek intensywnej terapii i traktu operacyjnego nacechowane jest stresem wynikającym z ogromnej odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka [2]. Pielęgniarki funkcjonujące w stanie długotrwałej, permanentnej sytuacji stresowej mogą doświadczyć braku harmonii między swoją osobą, a pracą w oddziale, przez co mogą stracić motywację do kontynuowania pracy z dotychczasowym zaangażowaniem [3]. Nieumiejętne radzenie sobie ze stresem czy brak wsparcia ze strony innych może doprowadzić do powstania zespołu wypalenia zawodowego, który nie tylko obniża jakość wykonywanej pracy, lecz także uniemożliwia dalszy rozwój zawodowy [4].

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji określających zawód pielęgniarki. Według Zahadniczek i Zobro pielęgniarka to osoba, która posiada prawo do wykonywania zawodu, które potwierdzone jest przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych [5, 6]. Pielęgniarka to osoba, która rozpoznaje potrzeby zdrowotne i wykonuje usługi w zakresie świadczeń zapobiegawczych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych oraz nadzoruje opiekę w stosunku do chorego i członków jego rodziny [7]. Zawód pielęgniarki opiera się na trzech zasadniczych filarach: merytorycznym – pielęgniarka posiada specjalizacje oraz doświadczenie, formalnym – pielęgniarka posiada prawo do wykonywania zawodu medycznego, oraz predyspozycjach osobowościowych – pielęgniarka jest otwarta w relacjach z pacjentem, a także z innymi pielęgniarkami, a swoją pracę wykonuje z największą

starannością [8]. Podczas wykonywania swoich funkcji zawodowych personel pielęgniarski kieruje się procedurami organizacyjno-technicznym, jak i kodeksem etycznym [9].

Pracownicy służby zdrowia stanowią grupę zawodową, u której istnieje korelacja wzajemnego wpływu czynników psychospołecznych oraz warunków pracy na stan zdrowia. Przy nieodpowiednich warunkach pracy pod wpływem różnych czynników psychicznych może dojść do załamania zdrowia pracownika. Liczne badania potwierdziły, że ogromnym zagrożeniem psychicznym dla zdrowia pielęgniarek jest stres, a stresorami mogą być zarówno wymagania fizyczne np. podjęcie wysiłku dynamicznego (np. podczas akcji reanimacyjnej) ale także zadania stawiane przez otaczające środowisko, np. zwiększenie wydajności pracy [10]. Wykazano również, że największym zagrożeniem dla zdrowia ze strony czynników psychicznych jest zespół wypalenia zawodowego (wynik długotrwałego działania czynników stresogennych) oraz stres pracy zmianowej. Praca na stanowisku pracy pielęgniarki ma szczególny charakter ze względu na obciążenie emocjonalne (radzenie sobie z trudnymi emocjami, jak kontakt z chorobą, trudnymi sytuacjami życiowymi, a także ze śmiercią podopiecznego) oraz przeciążenie układu ruchu. Narażenie na czynniki biologiczno-chemiczne, obsługa skomplikowanego sprzętu medycznego, odpowiedzialność za zdrowie i życie podopiecznych, a także narażenie na agresję ze strony niezadowolonych pacjentów lub ich rodzin powoduje, że praca w tym zawodzie jest bardzo obciążająca psychicznie i może do prowadzić do wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego [11, 12].

Problematyka wypalenia zawodowego - definicja i mechanizm wypalenia

Zjawisko wypalenia zawodowego zostało opisane po raz pierwszy przez dwóch amerykańskich psychoanalityków Freudenbergera i Northa, którzy w latach 70-tych zdefiniowali syndrom wypalenia zawodowego jako „*stan, który krystalizuje się powoli, przez dłuższy okres przeżywania ciągłego stresu i angażowania całej energii życiowej i który w końcowym efekcie wywiera negatywny wpływ na motywację, przekonania i zachowanie”* [13]. Inny badacz tego zjawiska Geradline opracował własną definicję, według której wypalenie jest *„stanem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowane przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym”* [14]. Najczęściej cytowaną i stosowaną definicją wypalenia zawodowego jest ta stworzona przez Maslach i jej współpracowniczkę Jackson. Badaczki zaprezentowały wypalenie zawodowe jako *„psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób”* [15].

Z przytoczonej definicji wynika, że wypalenie zawodowe opiera się na trzech wymiarach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz utraty zaangażowania/obniżonego poczucia osiągnięć osobistych [16, 17].

Maslach dowiodła również, że wszystkie wyżej wymienione objawy rozwijają się równolegle, jednak elementem kluczowym dla syndromu wypalenia zawodowego jest wyczerpanie emocjonalne. Koncepcja Maslach jest modelem motywacyjnym, podobnie jak koncepcja wypalenia zawodowego Pines i Aronsona. Według nich motywacja wyboru zawodu powoduje, że ludzie rozpoczynają aktywność zawodową z bardzo wysokimi oczekiwaniami, również wobec swoich osiągnięć zawodowych. Oznacza to, że pracownik o początkowej wysokiej motywacji w pracy może się wypalić, ale aby się wypalić, trzeba najpierw „płonąć". Pracownik, który nie doświadczył wysokiej początkowej motywacji w pracy, nie wypala się ale doświadcza stresu, zmęczenia, alienacji. Wypalenie, które pojawia się szybko, najczęściej w pierwszym roku aktywności zawodowej, niesie ze sobą mniej poważne konsekwencje niż wypalenie, które pojawia się później [18].

Symptomy wypalenia zawodowego

Proces wypalenia zawodowego rozwija się powoli, a pierwsze symptomy często są bagatelizowane. W początkowym etapie wypalenia słabnie motywacja do pracy po początkowym zapale, w którym dana osoba angażuje się całym sercem, a osobiste potrzeby spycha na dalszy plan. Gdy rozwija się proces wypalenia pojawia się tzw. pętla sprzężenia zwrotnego, która wraz z upływem czasu i przyrostem poziomu wypalenia u niektórych osób może prowadzić do wystąpienia postawy „uschniętego drzewa". Postawa ta polega na wyraźnym zdystansowaniu się do pracy, a w dalszej kolejności nawet rezygnacji z niej. Dzieje się tak, gdy wysiłek zarówno fizyczny, jak i psychiczny przekracza granice wyczerpania danej osoby [19, 20].

Symptomy wypalenia zawodowego podzielono na trzy grupy [21, 22]:

I. Psychologiczne objawy wypalenia: poczucie pustki oraz brak celów, znudzenie, zniechęcenie, bezsilność, stała obecność negatywnych postaw i myśli, czyli lęki, depresja, neurastenia, obniżony nastrój, niezdolność do podejmowania decyzji - dawniej bardzo zdecydowane osoby stają się zauważalnie niezdecydowane, regularnie występujące poczucie osamotnienia bądź izolacji, utrzymujące się poczucie zmęczenia, przygnębienia, reakcja *mea culpa* – obwinianie siebie za niepowodzenia w pracy.

II. Fizyczne symptomy wypalenia: zakłócenia snu lub bezsenność, dominujące poczucie fizycznego wyczerpania bez widocznej przyczyny, bóle głowy (migrenowe – zwiększenie ataków), bóle pleców, problemy gastryczne, nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, palenie tytoniu, ograniczenie aktywności fizycznej, obniżenie potrzeb seksualnych, osłabienie oraz obniżona odporność, częste występowanie chorób bez rozpoznawalnych przyczyn, zmiana wagi ciała, zmiana zwyczajów żywieniowych.

III. Symptomy wypalenia związane z pracą: wzrastająca chęć odejścia z pracy czy porzucenia zawodu, brak staranności w obowiązkach związanych z pracą, nie przestrzeganie standardów jakościowych istotnych dla danego zawodu, problemy zawodowe są traktowane stereotypowo, skracanie czasu poświęcanego na pracę (inercja), większa absencja z powodów chorobowych, opór przed codziennym wyjściem do pracy, ograniczanie wysiłku do minimum niezbędnego, aby utrzymać się w pracy, niższa produktywność lub wykorzystywanie tylko części kompetencji, obniżenie identyfikacji ze swoją grupą zawodową, negatywne postawy wobec współpracowników oraz pracodawcy, niecierpliwość i irytacja – frustracje prowadzące do nadmiernie ostrych reakcji, częstsze konflikty interpersonalne z przełożonymi i współpracownikami, cynizm – jako jedna z form poczucia humoru; cynizm pozwala bronić się przed wypaleniem, kiedy jednak staje się jedyną formą stosunku do klientów świadczy, że wypalenie już wystąpiło, niechęć do wprowadzania nowości, usztywnienie myślenia, niższa kreatywność, niezadowolenie ze swojej pracy, brak satysfakcji, poczucie niekompetencji.

Wypalenie zawodowe pielęgniarek w oddziale intensywnej terapii i traktu operacyjnego - specyfika pracy oraz czynniki stresogenne

Badania Maslach dowiodły, że zjawisko wypalenia zawodowego pojawia się w tych zawodach, w których jest bliski kontakt interpersonalny, czyli w zawodach społecznych, do których należy służba zdrowia, czyli lekarze, pielęgniarki i inne osoby ratujące życie ludzkie [23]. Sedno wypalenia zawodowego tkwi właśnie w pracy z innymi, a zwłaszcza w relacjach opiekuńczych i zmartwieniach, co wywołuje stan przewlekłego stresu. Jego mechanizm działa na zasadzie błędnego koła przyczyn i skutków.

Personel medyczny, który odczuwa wypalenie zawodowe może przedmiotowo traktować swoich podopiecznych, a nawet porzucić swój zawód [24]. Personel pielęgniarski traktu operacyjnego oraz intensywnej terapii pracuje nie tylko samodzielnie, ale najczęściej w grupie

zespołowej, która może stanowić zarówno zgrany zespół medyczny, jak i również być źródłem stresu z powodu trudnego charakteru, nieudolności czy braku wiedzy jednego z członków. Praca na trakcie operacyjnym czy oddziale intensywnej terapii daje bardzo dużo satysfakcji i możliwości wykazania się odpowiedzialnością. Jest to praca trudna, złożona o charakterze wielozadaniowym ale posiadająca również swoje cienie. Wielogodzinne stanie w czasie operacji w jednej pozycji czy też dźwiganie pacjentów na intensywnej terapii w trakcie procesu pielęgnacji podopiecznego, źle wpływa na zdrowie fizyczne pielęgniarek. Personel często ma problemy z układem kostnym. Kontakt z materiałem zakaźnym lub potencjalnie zakaźnym oraz środkami anestetycznymi i dezynfekcyjnymi czy też z polem elektromagnetycznym, promieniowaniem rentgenowskim stanowi obciążenie dla pielęgniarek. Nawał obowiązków, ratowanie podopiecznego w jego krytycznym stanie, praca w warunkach zagrożenia życia drugiego człowieka czy poczucie niemożliwości popełnienia błędu przy braku odzwierciedlenia w wynagrodzeniu finansowym, niskiej perspektywie awansu czy rozwoju wyzwala wysoki poziom stresu [2, 25]. Praca na omawianych oddziałach jest często pracą pod presją czasu, gdzie pojawiają się sytuacje nieprzewidywalne, których konsekwencją może być np. znużenie czy dyskomfort psychiczny. Priorytetową rolą pielęgniarki pracującej na bloku operacyjnym czy intensywnej terapii jest także sumienie, gdyż pomaga jej w podjęciu wielu decyzji, trudnych pod względem moralnym [2]. W procesie opieki pielęgniarskiej liczy się przede wszystkim intensywność zaangażowania pielęgniarki w wykonanie usługi medycznej. Pacjenci, jak donosi literatura, zwracają szczególną uwagę na wartość „dodaną", czyli serdeczność, łatwość w nawiązywaniu kontaktu słownego, dyspozycyjność i wsparcie psychiczne. Profesjonalizm oraz empatia pielęgniarska jest zapewnieniem pomocy tym osobom, którzy sami nie mogą troszczyć się o własne zdrowie [1].

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że zawód pielęgniarski narażony jest w znacznej mierze na szkodliwy wpływ czynników biologicznych, chemicznych i fizycznych oraz ergonomicznych [26], które mogą doprowadzić do pojawienia się symptomów wypalenia. Do nich należy zaliczyć [27, 28]:

1. Specyficzne cechy zawodu, czyli wykonywanie pracy zmianowej, także w godzinach nocnych. Taki cykl pracy doprowadza do zaburzeń rytmu dobowego życia.
2. Nieustannie narażenie w pracy na przeżywanie stresu zawodowego oraz emocjonalnego, którego głównym powodem jest ciągły kontakt z drugim człowiekiem oczekującym od nich opieki i pomocy.

3. Kontakt z pacjentem lub jego rodziną skutkujący przejęciem częściowej odpowiedzialności za jego stan zdrowia, ale również współtowarzyszenie w frustracji i żalu w przypadku śmierci podopiecznego.
4. Kontakt z pacjentem, który może być źródłem zarażenia się, styczność z materiałem biologicznym.
5. Obciążenia psychiczne w odczuciu odpowiedzialności za podawanie leków czy wykonywanie zabiegów. Życie i praca w ciągłej świadomości za skutki sytuacji, w której można popełnić błąd.
6. Czynniki fizyczne - znaczne obciążenie wysiłkiem związanym z pracą w wymuszonej pozycji ciała, zwłaszcza stojącej, przenoszenie pacjentów czy pochylanie się nad nimi (możliwość wystąpienia dolegliwości bólowych wynikających z przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego).
7. Praca w nieodpowiednich warunkach lokalowych, zła organizacja pracy.
8. Niewspółmierne zarobki do wymagań oraz pracy wkładanej za wykonywanie swoich obowiązków oraz niższe zarobki w stosunku do innych grup zawodowych.
9. Brak współpracy z innymi pracownikami – sprzeczne polecenia przełożonych, również tych z działu administracyjnego, przenoszenie odpowiedzialności za skutki opieki i leczenia, bagatelizowanie pracy pielęgniarek.
10. Niski status zawodowy – obniżony prestiż oraz brak uznania przez społeczeństwo wysiłku wkładanego w pracę.

CEL PRACY

Przedmiotem badań jest zjawisko wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale intensywnej terapii i traktu operacyjnego.

Celem badań jest analiza i ocena ryzyka wypalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziale intensywnej terapii i na trakcie operacyjnym.

Na podstawie tak sformułowanego celu badań wyodrębniono problem główny i problemy szczegółowe. Problem głównym prezentowanego badania była próba odpowiedzi na pytanie: Jakie jest ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale intensywnej terapii i traktu operacyjnego?

Problemy szczegółowe opracowane na podstawie problemu głównego oscylowały wokół odpowiedzi na pytania badawcze:

1. Jaki jest odczuwalny poziom stresu w związku z wykonywaną pracą wśród pielęgniarek intensywnej terapii i pielęgniarek traktu operacyjnego?
2. Jaką strategię radzenia sobie ze stresem preferują pielęgniarki intensywnej terapii, a jaką pielęgniarki traktu operacyjnego?
3. Jaka jest subiektywna ocena występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek intensywnej terapii i pielęgniarek traktu operacyjnego?
4. Jaką wiedzę na temat zjawiska wypalenia zawodowego posiadają pielęgniarki intensywnej terapii, a jaką pielęgniarki traktu operacyjnego?
5. Jakie sposoby przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego wybierają dwie badane grupy pielęgniarek?
6. Czy wybrane czynniki socjo-demograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, stan finansowy oraz średni miesięczny czas pracy i staż pracy korelują z występowaniem problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek intensywnej terapii?
7. Czy wybrane czynniki socjo-demograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, stan finansowy oraz średni miesięczny czas pracy i staż pracy korelują z występowaniem problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek traktu operacyjnego?

MATERIAŁ I METODY

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który stanowi narzędzie badawcze. Kwestionariusz ten składał się z trzech części. W pierwszej i drugiej części wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, złożoną z 22 pytań. Część pierwsza zbierała informacje socjo-demograficzne o personelu pielęgniarskim, takie jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki finansowe oraz dane o stażu pracy. Pytania w części drugiej dotyczyły gromadzenia danych na temat wiedzy personelu pielęgniarskiego o zjawisku wypalenia zawodowego. W części trzeciej narzędziem badawczym był standaryzowany Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego CH. Maslach (ang. *Maslach Burnout Inventory* – MBI) [29], który zawiera 22 pytania związane z takimi zagadnieniami jak przyczyny stresu, sposoby radzenia sobie z nim oraz poczucie wypalenia zawodowego [30].

W niniejszym badaniu uwzględniono następujące zmienne niezależne: wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, staż pracy oraz zmienne zależne: zjawisko wypalenia zawodowego. W celu prezentacji wyników otrzymanych w skali nominalnej i porządkowej wykorzystano metody statystyki opisowej tj.: liczebność (N) i odsetek (%). Do prezentacji wyników otrzymanych w skali ilościowej wykorzystano metody statystyki opisowej tj.: średnia arytmetyczna ($\bar{x}$), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min), maksimum (Max). W celu oceny normalności rozkładu zmiennych zastosowano test Shapiro-Wilka. Przy braku rozkładu normalnego zmiennych stosowano testy nieparametryczne. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności χ^2 celem oceny zależności pomiędzy badanymi zmiennymi w skali nominalnej i porządkowej. Test χ^2 z poprawką Yatesa na ciągłość stosowano w przypadku, gdy w danym warunku badawczym wartość oczekiwana była mniejsza niż 5. Zastosowano test Manna-Whitneya celem oceny różnicy pomiędzy dwoma grupami. Do oceny istotnych statystycznie różnic między wieloma zmiennymi niepowiązanym zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa i testu Dunna (test wielokrotnych porównań średnich rang dla wszystkich grup), jako testu post-hoc, celem oceny, pomiędzy którymi grupami zaszły istotne statystycznie różnice. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności (α) wynoszący 0,05 (α=0,05). Analizę statystyczną wykonano przy użyciu programu Statistica v.12.5 (StatSoft). Do zbierania danych oraz wspomagania analiz statystycznych zastosowano program MS Excel 2010 (Microsoft).

Badania dla potrzeb niniejszej pracy zostały przeprowadzone w okresie od lutego do marca 2020 roku wśród pielęgniarek pracujących na Bloku Operacyjnym (BO) oraz w Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) w jednym ze szpitali wojewódzkich na terenie miasta Lublin. Każda pielęgniarka zaproszona do udziału w badaniu została pouczona o celu badań oraz o całkowitej anonimowości przebiegu procesu badawczego. Udział badanego personelu pielęgniarskiego w badaniu był dobrowolny. Personel wypełniał kwestionariusz samodzielnie, a osoba koordynująca badanie służyła pomocą w przypadku nie zrozumienia pytań zawartych w materiale.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 102 ankietowanych. Grupa kobiet stanowiła 90 (88,24%) osób, natomiast grupa mężczyzn liczyła 12 (11,76%) ankietowanych. Najwięcej badanych było w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat – 40 osób (39,22%),

drugą grupą pod względem wielkości byli ankietowani w przedziale od 51 do 60 lat – 25 osób (24,51%), 22 osoby (21,57%) miało od 31 do 40 lat, 11 osób (10,78%) było w przedziale wiekowym od 25 do 30 lat, powyżej 60 lat było 3 ankietowanych (2,94%), a poniżej 25 lat 1 respondentka (0,98%). Wykształcenie wyższe miało 76 badanych(74,5%), z czego pierwszy stopień (licencjackie) 38 osób - 37,25%, a drugi stopień (magisterskie) - 38 osób - 37,25%. Liceum medyczne ukończyło 11 osób (10,78%), a studium zawodowe – 15 osób (14,71%). Zdecydowaną większość badanych stanowiły osoby w związku małżeńskim – 61 osób (59,8%), w stanie wolnym (panna/kawaler) było 23 osoby (22,55%), a 15 osób (14,71%) było po rozwodzie, zaledwie 3 (2,94%) respondentów było wdową/wdowcem. Mniej niż połowa ankietowanych zamieszkuje duże miasto – 43 osoby (42,16%), ⅓ badanych, tj. 32 osoby (31,37%) pochodziła z małych miast, a z obszarów wiejskich 27 osób (26,47%). Zdecydowana większość z badanej grupy personelu pielęgniarskiego określiła swoje warunki finansowe jako dobre – 69 osób (67,65%), około ⅓ ankietowanych tj. 28 osób (27,45%) jako zaspokajające podstawowe potrzeby, a tylko 5 osób (4,9%) jako bardzo dobre. Najwięcej badanych wskazało na staż pracy w zawodzie powyżej 20 lat – 82 osoby (80,39%). Od 11 do 20 lat jako pielęgniarka/pielęgniarz pracuje – 12 osób (11,76%), a w przedziale od roku do 4 lat – 7 osób (6,86%). W systemie zmianowym pracuje 68 ankietowanych (66,67%), a w jednozmianowym 34 osoby (33,33%). W badanej populacji 59 osób (57,84%) pracuje na bloku operacyjnym, a 43 osoby (42,16%) na oddziale intensywnej terapii. Główną formą zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w badanej populacji jest umowa o pracę – 92 ankietowanych (90,2%), a co dziesiąty respondent pracuje na kontrakcie – 9 osób (8,82%) lub umowie zlecenia – 1 osoba (0,98%). Zdecydowana większość badanej populacji pracuje średnio w miesiącu od 150 do 200 godzin – 81 osób (79,41%), od 201 do 250 godzin pracuje 10 ankietowanych(9,8%), powyżej 250 godzin pracuje 7 osób (6,86%), a 4 osoby (3,92%) poniżej 150 godzin.

Analiza ilościowa i jakościowa badanej grupy

Poziom stresu u personelu pielęgniarskiego i strategie radzenia sobie ze stresem

W kolejnym etapie badania poddano analizie poziom stresu u pielęgniarek z obu badanych oddziałów. W tym celu poproszono ankietowanych, aby subiektywnie wskazali na liczbę określającą poziom stresu w skali od 1 do 10. Średnia wartość poziomu stresu u personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego wyniosła 6,14 ± 2,15 punktów, a oddziału intensywnej terapii 6,21±2,13. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w poziomie stresu pomiędzy pielęgniarkami pracującymi na bloku operacyjnym oraz OIT ($Z (N = 102) = -0,15$; $p > 0,05$).

W kolejnym pytaniu autorskiego kwestionariusza poproszono respondentów, aby wskazali, którą strategię radzenia sobie ze stresem stosują w przypadku wystąpienia sytuacji trudnej.

Jedną ze strategii, która pomaga pielęgniarkom z obu oddziałów w sytuacji stresowej jest rozmowa z bliską osobą. Wśród pielęgniarek OIT - 35% rozmawia z bliską osobą w celu zredukowania stresu, a z bloku operacyjnego – 65% stosuje ten styl radzenia sobie ze stresem. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a radzeniem sobie ze stresem poprzez rozmowę z bliską osobą ($\chi^2 = 1,69$; $p > 0,05$).

Kolejną strategią radzenia sobie ze stresem, którą wykorzystują obie badane grupy pielęgniarek jest chwila wyciszenia po pojawieniu się sytuacji trudnej. Z OIT – 40% personelu pielęgniarskiego oraz 60% z bloku operacyjnego stosuje wyciszenie jako metodę redukującą stres w pracy zawodowej. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a radzeniem sobie ze stresem poprzez chwilę wyciszenia ($\chi^2 = 0,17$; $p > 0,05$).

Trzecim stylem pozwalającym na zmniejszenie stresu u pracowników OIT i bloku operacyjnego jest zażywanie leków uspokajających. Leki takie stosuje 43% pielęgniarek z OIT i 57% pielęgniarek z bloku operacyjnego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a radzeniem sobie ze stresem poprzez branie leków uspokajających ($\chi^2 = 0,13$; $p > 0,05$).

Ostatnią strategią radzenia sobie ze stresem w swojej pracy zawodowej jaką wykorzystuje personel pielęgniarski w niniejszym badaniu jest stosowanie rozrywki jako formy redukcji stresu. Z OIT 43% a z bloku operacyjnego 57% pielęgniarek wykorzystuje tą metodę redukującą napięcie. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a radzeniem sobie ze stresem poprzez rozrywkę ($\chi^2 = 0,01$; $p > 0,05$).

Z przeprowadzonego badania wynika także, że połowa pielęgniarek z OIT oraz bloku operacyjnego ma problem ze stresem i nie radzi sobie z nim w przypadku jego wystąpienia. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a nie radzeniem sobie ze stresem ($\chi^2 = 0,25$; $p > 0,05$). Z danych uzyskanych z kwestionariusza wynika, że 67% pielęgniarek z OIT oraz 33% z bloku operacyjnego w przypadku wystąpienia stresu po sytuacji trudnej nie podejmuje żadnych działań, które zredukowałyby stres. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a nie podejmowaniem działań w celu radzenia sobie ze stresem ($\chi^2 = 2,31$; $p > 0,05$).

Subiektywna ocena występowania zjawiska wypalenia zawodowego

W trzeciej części badań skupiono się na analizie subiektywnych opinii personelu pielęgniarskiego w kwestii wypalenia zawodowego. Z OIT – 47% pielęgniarek, a z bloku operacyjnego – 53%, czuje, że wypala się zawodowo. Z kolei 38% badanego personelu z OIT i 62% z bloku operacyjnego ma odczucia, że jest osobą zagrożoną wypaleniem w swojej pracy. Zjawisko wypalenia zawodowego nie dotyczy 46% pielęgniarek z OIT i 54% z bloku operacyjnego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a samooceną wypalenia zawodowego ($\chi^2 = 0,78$; $p > 0,05$).

Ocena wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat zjawiska wypalenia zawodowego

W kolejnej części badania przeprowadzono analizę poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat zjawiska wypalenia zawodowego. W pierwszej kolejności poproszono ankietowanych o określenie swojej wiedzy w zakresie znajomości definicji syndromu wypalenia zawodowego. Z OIT 43% pielęgniarek i 57% z bloku operacyjnego znało definicję wypalenia zawodowego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a znajomością definicji wypalenia ($\chi^2 = 0,25$; $p > 0,05$). Kolejną oceną wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat wypalenia zawodowego było wskazanie na rodzaj działań profilaktycznych, które są skuteczne w przeciwdziałaniu zjawisku wypalenia. Na działanie edukacyjne, które pomagałyby w walce ze zjawiskiem wskazało 42% pielęgniarek z OIT oraz 58% z bloku operacyjnego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a edukacją na temat syndromu wypalenia zawodowego jako metodą na zapobieganie wypaleniu zawodowemu ($\chi^2 = 0,00$; $p > 0,05$).

Na ograniczenie obowiązków zawodowych jako metodę przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego wskazało 58% personelu z OIT i 42% pielęgniarek z bloku operacyjnego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a ograniczeniem obowiązków jako metodą na zapobieganie wypaleniu zawodowemu ($\chi^2 = 3,38$; $p > 0,05$).

Kolejną metodą, która w opinii dwóch badanych grup pomaga w zredukowaniu powstania syndromu zjawiska zawodowego jest wprowadzenie opieki psychologa w pracy zawodowej. Taki pogląd wyraziło 45% pielęgniarek z OIT i 55% z bloku operacyjnego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a opinią na temat wprowadzenia opieki psychologicznej jako metody na zapobieganie wypaleniu zawodowemu ($\chi^2 = 0,16$; $p > 0,05$).

W opinii 36% pielęgniarek z OIT i 64% bloku pielęgniarskiego budowanie poprawnych, dobrych relacji w zespole, który tworzą w pracy jest skuteczną metodą zapobiegania pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a budowaniem relacji w zespole jako metodą na zapobieganie wypaleniu zawodowemu ($\chi^2 = 2,73$; $p > 0,05$).

Posiadanie własnego hobby lub czasu wolnego dla siebie dla 24 (46%) ankietowanych z OIT i 52 (54%) z bloku operacyjnego jest dobrą metodą, którą przeciwdziała zjawisku wypalenia zawodowego. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy (blok operacyjny, OIT), a posiadaniem własnego hobby lub czasu dla siebie jako metodą na zapobieganie wypaleniu zawodowemu ($\chi^2 = 0,69$; $p > 0,05$).

Związek pomiędzy zmiennymi socjo-demograficznymi, a problemem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek intensywnej terapii (OIT) i bloku operacyjnego

W ostatnim etapie badania poddano korelacji zmienne socjo-demograficzne z występowaniem zjawiska wypalenia zawodowego.

Wiek a ryzyko wypalenia zawodowego

Pielęgniarki z bloku operacyjnego w wieku powyżej 60 lat mają najwyższy poziom wypalenia zawodowego 74 ±9,17, a w przedziale wiekowym 41 do 50 lat - 71±5,54 są w najniższym stopniu zagrożone wypaleniem zawodowym. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od wieku pielęgniarek ($H = 0,32$; $p > 0,05$). Pielęgniarki z oddziału intensywnej terapii w przedziale wiekowym 41 – 50 lat wykazały najwyższy poziom wypalenia zawodowego 77,67 ±6,72, a w przedziale wiekowym od 25 do 30 lat – 69,57±5,91 najniższy stopień zagrożenia wypalenia zawodowego. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od wieku pielęgniarek ($H = 5,00$; $p > 0,05$).

Wykształcenie a ryzyko wypalenia zawodowego

Badane pielęgniarki z bloku operacyjnego, które posiadały dyplom ukończenia liceum medycznego wykazały najwyższy stopień ryzyka wypalenia zawodowego 74,33±8,03, a najniższe ryzyko syndromu wypalenia dotyczyło personelu z wykształceniem wyższym pierwszego stopnia (licencjackie) – 70,19±6,43. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od wykształcenia pielęgniarek ($H = 2,82$; $p > 0,05$).

Natomiast, wśród pielęgniarek z OIT na najwyższe ryzyko wypalenia jest narażony personel po liceum medycznym – 80,5±4,95, a najniższe ryzyko wypalenia zawodowego wykazały pielęgniarki z dyplomem wyższych studiów drugiego stopnia (magisterskie) – 74,6±7,95. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od wykształcenia pielęgniarek ($H = 1,15$; $p > 0,05$).

Miejsce zamieszkania a ryzyko wypalenia zawodowego

Poddając analizie dane z kwestionariusza stwierdzono, że personel pielęgniarski z bloku operacyjnego pochodzący z obszarów wiejskich wykazuje najwyższy stopień zagrożenia wypaleniem zawodowym – 77,06±5,01, a najniższy stopień zagrożenia syndromem wypalenia mają pielęgniarki z dużych miast – 69,52±6,27. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym wykazano istotne statystycznie różnice w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od miejsca zamieszkania pielęgniarek ($H (2, N = 59) = 13,48$; $p < 0,01$). Stwierdzono istotnie statystycznie wyższe wypalenie zawodowe u pielęgniarek mieszkających na wsi w porównaniu do pielęgniarek mieszkających w dużym mieście ($p < 0,01$) oraz do pielęgniarek mieszkających w małym mieście ($p < 0,01$). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy pielęgniarkami mieszkającymi w dużym i małym mieście.

Natomiast personel pielęgniarski z OIT zamieszkujący obszary wiejskie jest w najwyższym stopniu zagrożony wypaleniem zawodowym – 77,06±5,01 w porównaniu z pracownikami OIT pochodzącymi z dużych miast – 69,52±6,27. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym w zależności od miejsca zamieszkania pielęgniarek ($H = 2,51$; $p > 0,05$).

Stan cywilny a ryzyko wypalenia zawodowego

Ryzyko wypalenia zawodowego w najwyższym stopniu występuje wśród pielęgniarek bloku operacyjnego, które są w związku małżeńskim – 72,63±6,64, a w najmniejszym stopniu u personelu będącego w stanie wolnym (panna/kawaler) – 69,55±7,38. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od stanu cywilnego pielęgniarek ($H = 1,69$; $p > 0,05$).

Wśród personelu pielęgniarskiego z OIT, który deklarował bycie wdowcem/wdową stwierdzono najwyższy stopień wypalenia zawodowego - 91±2,44, a osoby będące po

rozwodzie wykazują najniższy stopień zagrożenia wypaleniem zawodowym – 73,5±4,51. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od stanu cywilnego pielęgniarek (H = 0,65; p > 0,05).

Stan finansowy a ryzyko wypalenia zawodowego

Kolejną zmienną, którą poddano analizie pod względem ryzyka wypalenia zawodowego był stan finansowy ankietowanych. Z badań wynika, że personel pielęgniarski pracujący na bloku operacyjnym, który deklarował wynagrodzenie zaspokajające jedynie podstawowe potrzeby jest w najwyższym stopniu zagrożony wypaleniem zawodowym – 76,71±6,48. Respondenci, którzy swoje wynagrodzenie określają jako bardzo dobre w najmniejszym stopniu dotknięci są ryzykiem wypalenia zawodowego - 58±5,66. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od statusu finansowego pielęgniarek (Z = -1,30; p > 0,05).

Z analizy danych dotyczących stanu finansowego personelu pielęgniarskiego z OIT wynika, że osoby deklarujące swoje finanse jako bardzo dobre były najbardziej zagrożone wypaleniem zawodowym – 78,75±13,3, w porównaniu z personelem, którego finanse przeznaczone były na zaspokojenie podstawowych potrzeb – 74,45±7,31. Ta grupa wykazała najniższy stopień wypalenia zawodowego. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od statusu finansowego pielęgniarek (H = 0,21; p > 0,05). $\bar{x}$ - średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe.

Długość czasu pracy w miesiącu a ryzyko wypalenia zawodowego

Personel pielęgniarski bloku operacyjnego, który pracował od 201 do 250h w miesiącu był w najwyższym stopniu zagrożony wypaleniem zawodowym - 73±7,34. Osoby, które pracowały poniżej 150h w miesiącu były w najmniejszym stopniu zagrożone syndromem wypalenia - 67±8,19. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od czasu pracy pielęgniarek (H = 1,48; p > 0,05). W przypadku personelu pracującego na OIT w najwyższym stopniu na wypalenie zawodowe byli narażeni pracownicy pracujący od 150 do 200h w miesiącu. Natomiast osoby, które pracują poniżej 150h - 75±7,88 oraz powyżej 250h - 75±10,61 w miesiącu wykazują najniższy poziom wypalenia

zawodowego. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od czasu pracy pielęgniarek ($H = 0,41$; $p > 0,05$).

Staż pracy a ryzyko wypalenia zawodowego

Personel pielęgniarski z bloku operacyjnego, który pracuje zawodowo od 11 do 20 lat wykazuje w najwyższym stopniu stan wypalenia zawodowego – 77,6±8,68. Zjawiskiem wypalenia w najmniejszym stopniu są zagrożeni pracownicy ze stażem pracy od 1 do 4 lat - 63±7,34 oraz poniżej roku w zawodzie - 63±7,66. Wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym wg skali Maslacha w zależności od stażu pracy pielęgniarek ($Z = 1,16$; $p > 0,05$).

Personel pielęgniarski z OIT, który pracuje powyżej 20 lat wykazuje w najwyższym stopniu stan wypalenia zawodowego – 77,6±8,22, a w najmniejszym stopniu zjawisko to dotyka pracowników ze stażem pracy od 1 do 4 lat – 71,17±6,37. Wśród pielęgniarek pracujących na OIT nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wypaleniu zawodowym ocenianym w zależności od stażu pracy pielęgniarek ($H = 5,12$; $p > 0,05$).

DYSKUSJA

Praca w zawodzie pielęgniarki wiąże się z troską o innych, która niejednokrotnie doprowadza do zapłacenia wysokiej ceny, jaką jest własne zdrowie psychiczne i fizyczne. Poświęcenie dla drugiej osoby, kontakt z chorobą i czasami śmiercią podopiecznego skutkuje tym, że pielęgniarki stanowią grupę zawodową o wysokim stopniu zagrożenia wypaleniem zawodowym [31]. W badaniu Dłużewskiej personel pielęgniarski wymienił najbardziej komfortowe elementy swojej pracy zawodowej, takie jak: kontakt z chorymi, zmienianie opatrunków czy udział w wizytach lekarskich. Po przeciwnej stronie znalazły się rozbudowane czynności dokumentacyjne i praca przy komputerze oraz podnoszenie pacjentów, sprzątanie [32]. Maslach i Jackson stwierdzili, że wypalenie zawodowe jest długotrwałą reakcją organizmu na przewlekłe interpersonalne i emocjonalne stresory [33].

Celem badań była ocena ryzyka wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego oddziału intensywnej terapii i traktu operacyjnego. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 102 pielęgniarek/pielęgniarzy, w tym 57,84% z bloku operacyjnego a 42,16% z oddziału intensywnej terapii. Grupa kobiet stanowiła - 88,24% osób, natomiast grupa mężczyzn liczyła 11,76% ankietowanych.

Podstawą wypalenia zawodowego jest przewlekła reakcja na stres. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że średnia wartość poziomu stresu u personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego wyniosła 6,14 ± 2,15 punktów, a oddziału intensywnej terapii 6,21±2,13 (w skali 1 – 10), czyli osiągnęła wartość nieznacznie powyżej średniej. W badaniach przeprowadzonych na grupie 112 pielęgniarek przez Ogińską i Żuralską wykazano, że obciążenie stresem maksymalnym było bardzo wysokie i wyniosło 80% (w skali 0–100%). Prawie połowa badanych – 42,9% – deklarowała, że główną przyczyną nasilenia stresu w pracy stopniu maksymalnym był brak szacunku dla pielęgniarek. W badaniu Kowalczuk i wsp. stwierdzono, że 72% respondentów było narażonych na stres w pracy w oddziale, a w badaniu Uchmanowicz i wsp. 64% badanych potwierdziło stres odczuwany w miejscu pracy [34]. W przeprowadzonym badaniu – 65% badanego personelu z bloku operacyjnego jako metodę radzenia sobie ze stresem wybrało rozmowę z bliską osobą, a z oddziału intensywnej terapii stosowanie różnego rodzaju rozrywek i leków uspakajających. Zdecydowana większość personelu - 67% z oddziału intensywnej terapii i 33% z bloku operacyjnego nie podejmuje żadnych działań redukujących stres, a połowa pracowników - 50% w obu badanych grupach nie radzi sobie ze stresem w ogóle.

W analizie Lewandowskiej i Litwin wśród objawów stresu wymienia się bóle kręgosłupa, zmęczenie, bóle i zawroty głowy, wyczerpanie, bóle serca, zaburzenia żołądkowo-jelitowe [35]. Nowak-Starz i wsp. stwierdzili istotny statystycznie związek pomiędzy odczuwaniem zmęczenia przez personel pielęgniarski, a występowaniem wypalenia zawodowego [36]. W badaniu własnym wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym i oddziale intensywnej terapii nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w poziomie stresu pomiędzy obiema grupami. W pracy Wilczek-Rużyczki wykazano związek pomiędzy stresem zawodowym, a pojawieniem się wypalenia zawodowego. Stres w pracy koreluje z wyczerpaniem emocjonalnym oraz z depersonalizacją. Wystąpienie tego zjawiska doprowadza do przejawiania cynicznych postaw oraz rutyny wobec pacjentów [34]. Na uwagę zasługuje fakt, że występowanie wysokiego poziomu stresu i wypalenia zawodowego wśród pracowników medycznych powoduje zwiększoną ich nieobecność w pracy, a nawet ucieczkę z zawodu czy obniżenie jakości sprawowanej opieki nad podopiecznymi. W badaniach niemieckich autorów stwierdzono, wykorzystując podskale Kwestionariusza ERI, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym, a nierównowagą pomiędzy wysiłkiem i nagrodą, co stanowi podstawę do pojawienia się wypalenia zawodowego [37].

Respondenci zakwalifikowani do badań własnych byli zróżnicowani pod względem czynników demograficzno-społecznych. Najwięcej badanych było w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat – 39,22% oraz od 51 do 60 lat 24,51%. W badaniu stwierdzono, że pielęgniarki z bloku operacyjnego w wieku powyżej 60 lat mają najwyższy poziom wypalenia zawodowego 74 ±9,17, a przedziale wiekowym 41 do 50 lat - 71±5,54 są w najniższym stopniu zagrożone wypaleniem zawodowym. Pielęgniarki z oddziału intensywnej terapii w przedziale wiekowym 41 – 50 lat wykazały najwyższy poziom wypalenia zawodowego 77,67 ±6,72 a przedziale wiekowym od 25 do 30 lat – 69,57±5,91 najniższy stopień zagrożenia wypalenia zawodowego. Rozkład procentowy ankietowanych w badaniu własnym ze względu na miejsce zamieszkania był zróżnicowany. Mniej niż połowa ankietowanych zamieszkuje duże miasto - 42,16%, natomiast 31,37% pochodziła z małych miast, a z obszarów wiejskich - 26,47%. Niniejsze badanie wykazało istotnie statystycznie wyższe wypalenie zawodowe u pielęgniarek mieszkających na wsi w porównaniu do pielęgniarek mieszkających w dużym mieście oraz do pielęgniarek mieszkających w małym mieście wśród pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. Staż pracy w zawodzie powyżej 20 lat posiadało – 80,39% ankietowanych. Od 11 do 20 lat jako pielęgniarka/pielęgniarz pracuje co dziesiąty ankietowany – 11,76%, a w przedziale od roku do 4 lat pracuje – 6,86% osób. Cipora i wsp. potwierdzili istotny wpływ stażu pracy na poziom wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek, a w szczególności wskazano na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego, a także niespełnienia zawodowego [38]. W badaniach Wilczek–Rużyczki stwierdzono związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego, a stażem pracy i wiekiem w grupie pielęgniarek oddziału niezabiegowego. Analiza wykazała, że im starszy personel pielęgniarski tym wyższy jest poziom wyczerpania emocjonalnego. Dodatkowo, wraz z wiekiem oraz stażem pracy maleje poczucie braku osiągnięć osobistych czy zadowolenie z zatrudnienia i nagród w postaci bezpieczeństwa pracy. W grupie pracowników zabiegowych nie stwierdzono korelacji pomiędzy wypaleniem zawodowym, a wiekiem oraz stażem pracy. Potwierdzono natomiast, że im starszy jest personel pielęgniarski, tym intensywniej maleje niezadowolenie z otrzymywanych nagród oraz mniejszy jest współczynnik nierównowagi pomiędzy otrzymywanymi nagrodami, a wysiłkiem w pracy [34]. W badaniu własnym personel pielęgniarski z bloku operacyjnego, który pracuje zawodowo od 11 do 20 lat wykazuje w najwyższym stopniu stan wypalenia zawodowego – 77,6±8,68, a w przypadku personelu intensywnej terapii z oddziału intensywnej terapii najwyższy stopień wypalenia zawodowego – 77,6±8,22 uzyskano u tych respondentów, który pracują powyżej 20 lat. Fachowa literatura prezentuje sprzeczne wnioski w kwestii dotyczącej wpływu stażu pracy zawodowej na odczuwany przez pielęgniarki syndrom wypalenia

zawodowego. Część badań potwierdza związek dłuższego stażu pracy z wyższym poziomem wypalenia zawodowego, druga część dowodzi istnienia odwrotnej zależności. W przeprowadzonym badaniu własnym takiej zależności również nie wykazano. Długości stażu pracy w temacie wypalenia zawodowego pozostaje więc problemem otwartym [31].

W badaniu własnym 3/4 ankietowanych posiadało dyplom ukończenia studiów wyższych. Jedna czwarta ukończyła studium zawodowe bądź liceum zawodowe. W pracy Wilczek-Rużyczki dowiedziono, że im wyższe jest wykształcenie pielęgniarek zabiegowych, tym wyżej wzrasta niezadowolenie z otrzymywanych nagród, a także wyższy jest współczynnik nierównowagi związku wypalenia zawodowego oraz stresu zawodowego [34]. Pielęgniarki posiadające wykształcenie średnie medyczne są bardziej narażone na wypalenie zawodowe niż pielęgniarki posiadające dyplom wykształcenia wyższego, co zostało wykazane w artykule naukowym autorstwa Maslach i wsp. oraz w polskim badaniu Nowak-Starz i wsp. [34]. Badanie własne dowiodło, że pielęgniarki z bloku operacyjnego, które posiadały dyplom ukończenia liceum medycznego wykazały najwyższy stopień ryzyka wypalenia zawodowego 74,33±8,03, a najniższe ryzyko syndromu wypalenia dotyczy personelu z wykształceniem wyższym pierwszego stopnia (licencjackie) – 70,19±6,43. W przypadku personelu oddziału intensywnej terapii na najwyższe ryzyko wypalenia jest narażony personel po liceum medycznym – 80,5±4,95, a najniższe ryzyko wypalenia zawodowego wykazały pielęgniarki z dyplomem wyższych studiów drugiego stopnia (magisterskie) – 74,6±7,95.

Zdecydowana większość respondentów w niniejszym badaniu pracuje w miesiącu średnio od 150 do 200 godzin – 79,41%, od 201 do 250 godzin pracuje - 9,8% ankietowanych, a powyżej 250 godzin pracuje - 6,86%. W pracy Sowińskiej i Krętowicz nie stwierdzono relacji pomiędzy długością stażu pracy a poczuciem wypalenia zawodowego [31]. W badaniu własnym również takiej zależności nie wykazano.

Zdecydowana większość z badanej populacji w badaniu własnym subiektywnie swoje warunki finansowe oceniła jako dobre – 67,65%, a 27,45% określiła jako takie, które zaspokajają poziom podstawowych potrzeb, a tylko - 4,9% jako bardzo dobre. Sowińska i Krętowicz w swojej pracy podkreśliły fakt, że wiele do życzenia pozostawiają zarobki personelu pielęgniarskiego. Ich poziom można określić mianem niesatysfakcjonującego, biorąc pod uwagę wymagania zawodu oraz wysiłek wkładany w wykonanie zadań zawodowych [31]. Przeprowadzone badanie własne wykazało, że personel pielęgniarski, który pracuje na bloku operacyjnym, w przypadku kiedy wynagrodzenie zaspokaja podstawowe potrzeby jest w najwyższym stopniu zagrożony wypaleniem zawodowym – 76,71±6,48. W przypadku pracowników oddziału intensywnej terapii wynika, że osoby deklarujące swoje finanse jako

bardzo dobre były najbardziej zagrożone wypaleniem zawodowym – 78,75±13,3 w porównaniu z personelem, którego finanse przeznaczone były na zaspokojenie podstawowych potrzeb – 74,45±7,31.

Pielęgniarki oczekujące, lecz nieuzyskujące adekwatnego wynagrodzenia za wysiłek włożony w pracę doświadczały częściej wypalenia zawodowego w elementach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji [39]. Według wielu badaczy m.in. Bakker i wsp. to właśnie brak równowagi pomiędzy wysiłkiem wkładanym w pracę a otrzymywaną nagrodą jest kluczowym elementem rozwoju zjawiska wypalenia zawodowego wśród pracowników [40]. W badaniach Śniegockiej i wsp. stwierdzono ponadto, że nie tylko niskie zarobki są przyczyną wypalenia, ale także nadmiar obowiązków oraz zbyt mała liczba personelu w oddziale. Autorka wykazała także, że niewłaściwe relacje ze współpracownikami wpływają na poziom stresu [41]. Sowińska i Krętowicz dowiodły, że napięta atmosfera i negatywne stosunki pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego mają dodatkowo znaczący wpływ na odczuwanie satysfakcji zawodowej, a co za tym idzie na zwiększenie ryzyka pojawienia się wypalenia zawodowego [31]. Analiza przeprowadzona przez Ogińską i Żuralską przedstawiła, że elementem wywołującym napięcie jest właśnie przeciążenie obowiązkami [42].

Często powtarzającymi się pytaniami zamieszczonymi w analizowanych artykułach naukowych były pytania o znajomość zjawiska wypalenia zawodowego oraz o subiektywne poczcie wypalenia zawodowego. W przeprowadzonym badaniu własnym - 47% personelu z OIT i 53% z bloku operacyjnego czuje, że wypala się zawodowo. Z kolei 38% badanych pielęgniarek z oddziału intensywnej terapii pielęgniarek i 62% z bloku operacyjnego ma odczucia, że jest osobą zagrożoną wypaleniem w swojej pracy. Zjawisko wypalenia zawodowego nie dotyczy 46% pielęgniarek z oddziału intensywnej terapii i 54% z bloku operacyjnego. W pracy Gwardy i wsp. oceniono występowanie syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek w oddziałach intensywnej terapii. W badanej populacji zaobserwowano wysoki poziom wypalenia zawodowego: od 71 do 200 punktów (średnia: 134) [43]. W badaniach Ramuszewicz i wsp. poczucie wypalenia miało tylko 17% personelu pielęgniarskiego [34]. Sowińska i wsp. poddali analizie poziom wypalenia zawodowego oraz subiektywną satysfakcję zawodową u 96 pielęgniarek w Gdańsku. Badania te stwierdziły, że 54% personelu czuje lub czuło się wypalonymi zawodowo, a 81% jest potwierdziła, że napięta atmosfera pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego ma ogromny wpływ na odczuwanie przez nich satysfakcji zawodowej. W opinii 52% ankietowanych, podwyższenie pensji polepszyłoby ich stosunek do pracy w zawodzie [31]. W badaniach przeprowadzonych przez Ogińską i Żuralską wykazano, że aż 78,6% badanego personelu pielęgniarskiego wykazuje

oznaki wypalenia, a najczęstszym jego objawem było zmęczenie W badanej grupie największa liczba ankietowanych znalazła się w grupie o średnim poziomie wypalenia, która nie była zależna od wieku, natomiast zależna była od stażu pracy respondentów [42].

W badaniu Ogińskiej i Żurnalskiej 93,7% badanych pielęgniarek zadeklarowało silne zmęczenie, a prawie połowa z tej populacji – 49,1% stosuje samodzielnie środki farmakologiczne, a trzy czwarte pielęgniarek oczekuje wsparcia od koleżanek. Jednak nikt z badanej grupy nie korzysta z pomocy psychologa. Ponad połowa pracowników medycznych (54,4%) wykazała zapotrzebowanie na profilaktykę zjawiska wypalenia zawodowego w stopniu wysokim [42]. Analiza badania własnego wykazała, że w opinii badanego personelu z oddziału intensywnej terapii skuteczną metodą przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego jest ograniczenie obowiązków (58%) w pracy oraz posiadanie własnego hobby czy czasu wolnego dla siebie (46%). Natomiast ankietowani z bloku operacyjnego jako działania profilaktyczne w zwalczaniu syndromu wypalenia wybrali budowanie poprawnych relacji w zespole (64%) oraz wprowadzenie edukacji (58%) na temat tego zjawiska.

Z badań własnych wynika także, że mniej niż połowa pielęgniarek - 43% z oddziału intensywnej oraz więcej niż połowa - 75% z bloku operacyjnego znało definicję wypalenia zawodowego. W badaniach Ramuszewicz i wsp. znajomość terminu wypalenia zawodowego potwierdziło 87% [34]. Podobne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych przez Kędrę i Sanak, w których 69% pielęgniarek zadeklarowało, że zna istotę zjawiska wypalenia zawodowego na ogólnie dobrym poziomie, ale tylko 54% respondentów uzyskało ledwo zadowalający wynik w teście, czyli powyżej 50% możliwych do zdobycia punktów. Na uwagę zasługuje fakt, że starsze oraz o dłuższym stażu pracy pielęgniarki posiadają mniej merytorycznej wiedzy na temat syndromu wypalenia zawodowego niż ich młodsze koleżanki wstępujące do zawodu w ostatnich latach. Można to wytłumaczyć w ten sposób, że młodsza kadra otrzymała już zasób elementarnej wiedzy na ten temat wypalenia w trakcie studiów i szkoleń, a problematyka wypalenia zawodowego nie była po prostu znana w takim zakresie, jeszcze mniej więcej 20 lat temu [28]. W badaniach Ogińskiej i Żuralskiej stwierdzono, że 61,6% personelu pielęgniarskiego zna pojęcie wypalenia [42], natomiast w badaniach Kędry i Sanak 69% pielęgniarek potrafi opisać istotę zjawiska wypalenia, a poczucie osobistego wypalenia stwierdzono u 33% badanych.

Personel medyczny jest niewątpliwie są jedną z grup zawodowych, która jest najsilniej narażona na wystąpienie zjawiska wypalenia zawodowego. W swojej pracy zawodowej nieustannie ma styczność z sytuacjami wywołującymi u nich przeżywanie stresu związanego przez ciągły kontakt z drugim człowiekiem oczekującym od nich opieki i pomocy [28].

WNIOSKI

1. W badanej populacji stres w pracy zawodowej występuje ze średnim nasileniem. Jego wartość u personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego (BO) i oddziału intensywnej terapii (OIT) jest na takim samym poziomie i w takim samym stopniu jest odczuwalny w obu badanych grupach.
2. Znaczna część badanego personelu z bloku operacyjnego jako metodę radzenia sobie ze stresem wybiera rozmowę z bliską osobą, a z oddziału intensywnej terapii stosowanie różnego rodzaju rozrywek i leków uspakajających. Zdecydowana większość personelu z OIT i jedna trzecia BO nie podejmuje działań redukujących stres, a połowa pracowników w obu badanych grupach nie radzi sobie ze stresem.
3. Mniej niż połowa personelu pielęgniarskiego z OIT oraz więcej niż połowa z BO subiektywnie odczuwa, że wypala się zawodowo. Natomiast jedna trzecia pracowników z OIT oraz zdecydowana większość z BO czuje się osobą zagrożoną zjawiskiem wypalenia zawodowego.
4. Z badań wynika, że mniej niż połowa pielęgniarek z OIT oraz więcej niż połowa z BO posiada wiedzę na temat wypalenia zawodowego.
5. W opinii personelu pielęgniarskiego z oddziału intensywnej terapii skuteczną metodą przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego jest ograniczenie obowiązków w pracy oraz posiadanie własnego hobby czy czasu wolnego dla siebie. Natomiast pracownicy z BO jako działania profilaktyczne w zwalczaniu syndromu wypalenia wybrali budowanie poprawnych relacji w zespole oraz wprowadzenie edukacji na temat tego zjawiska.
6. Nie wykazano zależność pomiędzy wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym i finansowym oraz średnim miesięcznym czasem pracy i stażem pracy badanych, a czynnikami ryzyka wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego oddziału intensywnej terapii.
7. Nie wykazano zależność pomiędzy wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym i finansowym oraz średnim miesięcznym czasem pracy i stażem pracy badanych, a czynnikami ryzyka wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego. Wykazano istotnie statystycznie wyższe wypalenie zawodowe u pielęgniarek mieszkających na wsi w porównaniu do pielęgniarek mieszkających w dużym mieście oraz do pielęgniarek mieszkających w małym mieście.

Wnioski postulatywne

Przeprowadzone badania wykazały, że pielęgniarki pracujące na oddziale intensywnej terapii i bloku operacyjnym doświadczają zarówno stresu zawodowego powyżej przeciętnego poziomu, jak również syndromu wypalenia zawodowego. Są to zjawiska, które nie tylko obniżają komfort pracy, zmniejszają satysfakcję z jej wykonywania, ale też mogą powodować spustoszenia zdrowotne i być źródłem chorób. Aby pomóc tej grupie zawodowej należy:

1. Wdrożyć działania prewencyjne np. w postaci badań psychologicznych przed przyjęciem do pracy w celu wczesnego uchwycenia podatności na wypalenie zawodowe.
2. Przy przekazaniu zakresu obowiązków należy prawidłowo dopasować typ osobowości zawodowej pracownika do wykonywanej pracy. Niedopasowanie zawodowe może prowadzić do spadku motywacji oraz niezadowolenia z pracy, a nawet porzucenia pracy.
3. W wymiarze indywidualnym należy wdrożyć programy z udziałem psychologów, które wskazywałyby pracownikom, jakie działania należy stosować, aby zapobiegać zjawisku wypalenia zawodowego. Takie programy powinny zawierać opis zjawiska wypalenia oraz strategie radzenia sobie z nim, m.in: jak zachować równowagę pomiędzy pracą a życiem prywatnym, czy też jak prosić o pomoc kiedy jej się potrzebuje.
4. Wdrożyć kontrolne bądź okresowe badania pracowników w kierunku syndromu wypalenia zawodowego. W przypadku wyniku, który wskazywałby na pojawienie się symptomów wypalenia czy wysokiego poziomu stresu zawodowego przełożony powinien skierować pracownika na zwolnienie lekarskie w celu odzyskania równowagi psychicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Falba A.: Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego oddziałów chirurgicznych. Rozprawa Doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2015, 5.
2. Lubak D., Łodzińska J.: Analiza czynników stresogennych w pracy instrumentariuszki bloku operacyjnego. Zeszyty Naukowe WSA w Łomży, 2013, 52, 117 – 128.
3. Kraczla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu. https://www.humanitas.edu.pl/resources/upload/dokumenty/Wydawnictwo/Zarzadzanie_zeszyt/Zarz%202_2013%20podzielone/Kraczla.pdf [pobrano 16.09.2019].

4. Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących z chorymi psychicznie http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/10/pp_wypalenie_zawodowe.pdf [pobrano 15.09.2019].
5. Zahradniczek K., Zobro M.: Funkcje zawodowe i standardy pracy pielęgniarek. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2002, 2, 37 – 38.
6. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. http://nipip.pl/wpcontent/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf [pobrano 07.10.2019].
7. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039).
8. Bajurna B.: Pielęgniarka w zespole pracowniczym. Pielęgniarstwo Polskie, 2007, 1, 63 – 67.
9. Kowalczyk S.: Filozoficzne podstawy etyki pielęgniarskiej [w:] Etyka w pracy Pielęgniarskiej, Wrońska I., Mariański J. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2002, 39 – 58.
10. Jakubowski M., Trzcinka -Ochocka M., Raźniewska G.: Monitoring biologiczny narażenia zawodowego i środowiskowego na metale – metody oznaczania, interpretacja wyników. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000.
11. Dutkiewicz J., Śpiewak R., Jabłoński L.: Klasyfikacja szkodliwych czynników biologicznych występujących w środowisku pracy oraz narażonych na nie grup zawodowych. Ad punctum, Lublin 2002, 29 – 39.
12. Kozajda A., Zielińska-Jankiewicz K., Szadkowska-Stańczyk I.: Wiedza wybranych grup zawodowych o rodzajach czynników biologicznych obecnych w środowisku pracy oraz o sposobach ochrony przed ich wpływem. Cz. II, Medycyna Pracy, 2005, 57 (3), 205 – 211.
13. Litzke S.,M., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Przekład: Wojdak-Piątkowska M., Gdańsk 2007, 166 – 167.
14. Pines A.M.: Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, Sęk H. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, 32 – 57.
15. Maslach C.: Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, Sęk H. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, 13 – 31.

16. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
17. Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących z chorymi psychicznie. http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/10/pp_wypalenie_zawodowe.pdf [pobrano 15.09.2019].
18. Tucholska S.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań. KUL, Lublin 2009, 70 – 73.
19. Ostrowska M., Michcik A: Wypalenie zawodowe - przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie. Bezpieczeństwo Pracy-nauka i praktyka, 2013, 8, 22 – 25.
20. Kraczla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu. https://www.humanitas.edu.pl/resources/upload/dokumenty/Wydawnictwo/Zarzadzanie_zeszyt/Zarz%202_2013%20podzielone/Kraczla.pdf [pobrano 16.09.2019].
21. Bańkowska T.: Syndrom wypalenia zawodowego - symptomy i czynniki ryzyka. Pielęgniarstwo Polskie, 2 (60), 2016, 13 – 26.
22. Lipowska J.: Wypalenie zawodowe a motywacja do pracy i czynniki ją wzmacniające u kadry pedagogicznej instytucji opiekuńczo-wychowawczych. Praca Doktorska. Uniwersytet Medyczny im. A. Mickiewicza, Poznań 2016, 23.
23. Maslach Ch., Leiter M.P.: Prawda o wypaleniu zawodowym. Co zrobić ze stresem w organizacji. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, 15.
24. Stres i wypalenie zawodowe – jak można radzić sobie z problemami zawodowymi.https://www.rops.krakow.pl/pliki/Polityka_spoleczna/SEMINARIA_OPS____DS_2016/materia__y_stres_i_wypalenie_zawodowe_ROPS_2016.pdf [pobrano 29.11.2019].
25. Jakubas-Kolat J.: Zjawisko stresu w pracy zespołu anestezjologicznego. Anestezjologia i Ratownictwo, 2008, 1, 66 – 69.
26. Jończyk J.A.: Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarskiej - studium empiryczne. Academy of Management, 2019, 3(3), 54 – 66.
27. Nowakowska I., Rasińska R., Roszak K., Bańkowska A.: Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienia z badań – część I. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 1(63) 120 – 124.
28. Kędra E., Nawocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 3(57) 293 – 306.
29. Grochowska A., Kubi B., Romanowska U., Lebica M.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek. Studia Medyczne, 2018, 34(3), 189–195.

30. Majchrowska G., Tomkiewicz K.: Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki – wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZOZ Cieszyn. Pielęgniarstwo Polskie, 2015, 3(57), 267 – 272.
31. Sowińska K., Kretowicz K., Gaworska – Krzemińska A., Swietlik D.: Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20(3), 361–368.
32. Dłużewska M.: Eksploracja uwarunkowań w powstaniu procesu wypalenia zawodowego – analiza na podstawie badań własnych. Pielęgniarstwo Polskie, 2012, 2(44), 63–72.
33. Okła W., Steuden S.: Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. Roczniki Psychologiczne, 2000, 1, 119–130.
34. Wilczek–Rużyczka E., Zaczyk I.: Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. Hygeia Public Health, 2015, 50(1), 9 – 13.
35. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Roczniki PAM, 2009, 55, 3, 86–89.
36. Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne, 2013, 29(1), 15–21.
37. Schulz M., Damkroger A., Heins C., Wehlitz L, Lohr M., Driessen M., Behrens M.: Effort – reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2009, 16(3), 225 – 233.
38. Cipora E., Smoleń E, Gazdowicz L. i inni: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej — badania wstępne. Problemy Pielęgniarstwa, 2014, 22(3), 252–257.
39. Wilczek-Rużyczka E., Iskra-Golec I.: Occupational burnout and stress in context of the attitude shiftwork and work satisfaction amongst nurses. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2016, 14(1), 32–37.
40. Bakker A.B., Killmer C.H., Siegrist J., Schaufeli W.B.: Effort-reward imba¬lance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31(3), 884–891.
41. Śniegocka M., Śniegocki M.: Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa, 2014, 22(4), 503–510.
42. Ogińska J., Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 18(4), 435–442.

43. Gwarda K., Sienkiewicz Z., Kaczyńska A., Gotlib J.: Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach intensywnej terapii. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2015, 2(51), 56–60.

OCENA WIEDZY PACJENTÓW LECZONYCH W PORADNI KARDIOLOGICZNEJ W CHEŁMIE NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA WYBRANYCH CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA

Girzelska Joanna[1], Wiśniewska Katarzyna[2], Nieckuła Magdalena[3], Prokopiuk Joanna[1]

1. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
2. Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
3. Instytut Nauk o Zdrowiu Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowe w Nowym Targu

WSTĘP

Choroby układu krążenia – definicja pojęcia

Choroby układu krążenia określane także mianem chorób układu sercowo-naczyniowego (ang. *Cardiovasculardisease* – CVD) są najczęściej występującymi chorobami w Polsce i w krajach europejskich [1]. Dolegliwości chorobowe układu krążenia są ogromnym problemem zdrowotnym współczesnego świata i od wielu lat znajdują się na pierwszym miejscu wśród przyczyn zgonów, a w wielu przypadkach są skutkiem znacznego upośledzenia sprawności fizycznej [2]. Występowanie chorób układu krążenia to postępujący i przewlekły proces ściśle związany ze stylem życia i wieloma czynnikami, które wpływają bezpośrednio na stan zdrowia i obniżenie jakości życia [3]. Ich przewrotny rozwój, przewlekły przebieg z okresami poprawy i zaostrzeń oraz duża częstotliwość nagłych zgonów i bezpośredniego zagrożenia życia, stawia te choroby w czołówce światowych statystyk [4].

Epidemiologia chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia (CHUK) są niewątpliwie największym zagrożeniem życia ludności w Polsce i na całym świecie. Pomimo dużego postępu w diagnostyce i poprawy w leczeniu, zgony z powodu chorób kardiologicznych stanowią największy odsetek. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że w Polsce to prawie 46% ogółu zgonów [5]. Statystyki prowadzone od wielu lat wskazują zróżnicowanie zgonów pod względem płci i wieku a także przyczyn zgonu. Współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku poniżej 45 lat jest 3,5-krotnie wyższy niż wśród kobiet w tym wieku. Relacja ta utrzymuje się również w grupie osób w wieku 45–59 lat, jednak poziom tego współczynnika jest kilkanaście razy wyższy niż wśród osób młodszych.

Po wyraźnym – w dekadzie lat osiemdziesiątych – wzroście natężenia zgonów mężczyzn w wieku 45–59 lat, lata dziewięćdziesiąte zapoczątkowały jego istotny spadek. Poziom natężenia zgonów kobiet w tym wieku przez szereg lat nie zmieniał się w znaczący sposób i dopiero – począwszy od 1992 r. – zaczął się systematycznie obniżać.

Choroby układu krążenia pozostają nadal najczęstszą przyczyną zgonów wśród mężczyzn i kobiet w wieku 45–59 lat, są także najczęstszą przyczyną zgonów osób powyżej 60 roku życia. Charakterystycznym dla tego wieku jest fakt, iż natężenie zgonów mężczyzn jest niewiele większe niż kobiet, podczas gdy w młodszych grupach wiekowych nadumieralność mężczyzn ponad poziom umieralności kobiet jest bardzo wysoki [6].

Spośród chorób układu krążenia przyczyną największej liczby zgonów w Polsce - podobnie jak w całej Europie - jest choroba niedokrwienna serca (I20-I25), która w 2013 r. odpowiadała za 23% zgonów kardiologicznych (41 tys. zmarłych), w tym zawał serca stanowił blisko 9% zgonów z powodu CHUK (15 tys. zgonów). Umieralność w wyniku tych przyczyn jest większa w miastach i dotyczy prawie co czwartego przypadku zgonu z powodów kardiologicznych (na wsi co piątego). Niedokrwienna choroba serca jest podstawową kardiologiczną przyczyną zgonów także wśród mężczyzn, na którą w 2013 r. zmarło ponad 22tys. z nich - stanowiło to ok. 27% zgonów z powodu CHUK wśród mężczyzn (dla kobiet odsetek ten wynosił 20%). Bardzo wysoki odsetek zgonów w wyniku niedokrwiennej choroby serca, a zarazem najwięcej zawałów notowano na początku bieżącego stulecia (w 2000 r. - odpowiednio 32% i 17%). Drugą, istotną grupą przyczyn zgonów z zakresu układu krążenia są choroby naczyń mózgowych (I60-I69), które w 2013 r. dotyczyły w Polsce ponad 18% zgonów kardiologicznych (prawie 33 tys. przypadków). Choroby te częściej były powodem zgonów kobiet – w 2013 r. stanowiły 20% zgonów z zakresu CHUK, a wśród mężczyzn występowały nieco rzadziej - 17%. W tym aspekcie nie stwierdzono zróżnicowania między mieszkańcami miast i wsi. Warto odnotować istotne zmniejszenie natężenia zgonów w wyniku tych przyczyn - jeszcze na przełomie wieków (w 2000 r.) choroby naczyń mózgowych stanowiły powód prawie 24% zgonów, będących następstwem chorób układu krążenia [7].

Klasyfikacja chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia sklasyfikowano i umieszczono na liście Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Są one oznaczone kodem I00 – I99. Klasyfikacja ta umożliwia zestawienie danych o stanie zdrowia różnych populacji. Lista chorób układu krążenia (I00-I99) zawiera następujące schorzenia: ostrą i przewlekłą chorobę reumatyczną, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca,

zespół sercowo-płucny i choroby układu płucnego, inne choroby serca, choroby naczyń mózgowych, choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia [8].

Diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia

Sposób leczenia i dobór terapii zawsze ustalany jest indywidualnie dla każdego pacjenta. Rozpoznanie choroby odbywa się na podstawie zebranego wywiadu, przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych. Kardiologiczne badanie podmiotowe odbywa się poprzez przeprowadzenie wywiadu z pacjentem. Wywiad będzie dotyczył przebiegu chorób kardiologicznych i zgonów z powodu chorób serca w rodzinie, dolegliwości kardiologicznych, chorób współistniejących, czasu ich trwania, charakteru, diety, trybu życia i aktywności fizycznej. Dzięki badaniu podmiotowemu rozpoznaje się u pacjenta objawy wspólne dla niektórych chorób kardiologicznych takie jak: ból w klatce piersiowej, duszność, zaburzenia rytmu serca, obrzęki, omdlenia lub zasłabnięcia, nietolerancje wysiłku czy objawy pochodzące od innych narządów a mające wpływ na ocenę kardiologiczną takie jak: kaszel, zawroty i bóle głowy, osłabienie, utrata apetytu, niedoczynność/nadczynność tarczycy, zaburzenia glikemii. Kardiologiczne badanie przedmiotowe odbywa się z zastosowaniem szeregu metod diagnostycznych, do których należą: badanie przedmiotowe skóry (oznaki sinicy, pocenia się, stopień nawodnienia przewodnienia, wybroczyny, plamy, przebarwienia, fałdy skóry), badanie oka (retinopatia, złogi triglicerydów w siatkówce i inne), badanie parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, oddech, rytm serca), badanie tonów serca (szmerów), osłuchiwanie płuc (trzeszczenia, furczenia, świsty), badanie klatki piersiowej, brzucha, kończyn dolnych pod względem obrzęków/żylaków [9].

Leczenie zachowawcze

Leczenie zachowawcze opiera się przede wszystkim na eliminacji czynników modyfikowalnych, tj.: stylu życia, diety, aktywności fizycznej, obniżenie masy ciała, a następnie wdrożeniu indywidualnego leczenia farmakologicznego, uwzględniającego np. leczenie hipotensyjne (diuretyki, beta- blokery, blokery kanałów wapniowych, inhibitory konwertazy angiotensyny- ACEI), leczenie hipolipemizujące w miażdżycy (statyny, fibraty), leczenie przeciwzakrzepowe (acenokumarol, heparyna, warfaryna, ASA), leczenie dolegliwości wieńcowych (azotany, antagoniści wapnia, beta-adrenolityki), leczenie metaboliczne poprawiające metabolizm niedokrwionej komórki (trimetazydyna, ranolazyna), przyczynowe leczenie antyarytmiczne (beta-adrenalityki, leki antyarytmiczne I grupy) [10].

Leczenie inwazyjne polega na zastosowaniu inwazyjnych zabiegów mających na celu: interwencyjne leczenie zawału serca i ostrych zespołów wieńcowych (CABG, PCI), interwencyjne leczenie zaburzeń rytmu serca (ablacje, stymulatory, kardiowertery), usunięcie przeszkód powodujących zwężenie światła naczyń (aterektomie kierunkowe i rotacyjne), interwencje w wadach serca i dużych naczyń (zamykanie ubytków przetrwałych przewodów tętniczych, otworów owalnych), przezskórne implantacje zastawek serca (walwuloplastyka) lub usuniecie materiałów zatorowych z naczyń (trombektomia, embolektomia) [11].

Prewencja sercowo-naczyniowa

Członkowie 6 Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 10 towarzystw naukowych z całego świata opracowali szereg działań, dotyczących prewencji chorób układu krążenia. Celem tych działań jest obniżenie śmiertelności, eliminowanie bądź łagodzenie skutków jakie niosą ze sobą wspomniane choroby. Na przełomie wielu lat obserwuje się spadek śmiertelności, zwłaszcza w obszarach o wysokich dochodach. Odnotowuje się spadki występowania chorób sercowo-naczyniowych dzięki działaniom prewencyjnym (np. kampania antynikotynowa), jednak nadal to choroby układu krążenia i czynniki mające wpływ na ich powstawanie (nadwaga, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie) umiejscawiają te schorzenia na pierwszym miejscu w statystykach umieralności, a to oznacza stałą potrzebę wdrażania wszelkich działań prewencyjnych. Programy naprawcze realizowane są globalnie, zgodnie z rekomendacjami, przez pracowników ochrony zdrowia, nie tylko w grupie cechującej się podwyższonym ryzykiem, ale także w grupie osób zdrowych. Szeroko zakrojona profilaktyka polega na zwiększaniu świadomości społeczeństw w zakresie regularnego przeprowadzania badań profilaktycznych z pomiarem ciśnienia tętniczego, stężenia lipidów we krwi, stężenia glukozy oraz wprowadzenia zmian stylu życia. Prozdrowotna zmiana stylu życia obejmuje w pierwszej kolejności zaprzestanie palenia papierosów i nadmiernego spożywania alkoholu, zwiększenie aktywności fizycznej i trwałą modyfikację sposobu żywienia w celu unormowania wartości ciśnienia tętniczego, profilu lipidowego i stężenia glukozy oraz masy ciała. Podstawowym działaniem profilaktycznym jest ocena ryzyka sercowo-naczyniowego [10, 12].

Ocena ryzyka pozwala ustalić intensywność koniecznej interwencji, decyduje o farmakologicznym leczeniu, ma wpływ na ustalenie celów terapeutycznych i edukacji pacjenta. Obecnie w celu oszacowania ryzyka sercowo-naczyniowego stosuje się system SCORE dostosowany do lokalnej populacji. W Polsce od 2015 używa się tabeli Pol-SCORE, która służy do oceny ryzyka zgonu z powodu chorób krążeniowych w ciągu najbliższych 10 lat.

Badane są takie czynniki jak płeć, palenie tytoniu, ciśnienie tętnicze i poziom cholesterolu oraz wiek. Należy wspomnieć, że u osób z chorobą układu krążenia, której podłożem jest miażdżyca z podwyższonym cholesterolem lub ciśnieniem tętniczym, z istniejącą cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek prawdopodobieństwo zgonu jest wyjściowo duże lub bardzo duże bez względu na wynik z tabeli i ocena w takim przypadku nie jest konieczna [13]. Uzyskany wynik oceny z tabeli Pol-SCORE wyraża się w procentach [14]:

- Ryzyko niskie – 1%
- Ryzyko umiarkowane – 1-4%
- Ryzyko duże – 5-9%
- Ryzyko bardzo duże – 10% i więcej.

CEL PRACY

Celem niniejszych badań było określenie poziomu wiedzy pacjentów Poradni Kardiologicznej SPWSzS w Chełmie na temat czynników ryzyka wybranych chorób układu krążenia. Przedmiotem badań natomiast był poziom wiedzy pacjentów zgłaszających się do Poradni Kardiologicznej SPWSzS w Chełmie objętych opieką lekarzy specjalistów kardiologów.

Problem główny prezentowanych badań sformułowano następująco: Jaką wiedzę prezentują pacjenci leczeni ambulatoryjnie w SPWSzS w Chełmie na temat czynników ryzyka wybranych chorób układu krążenia?

Problemy szczegółowe:

1. Czy respondenci posiadają wiedzę na temat zachowań zdrowotnych i samokontroli?
2. Czy czas trwania choroby wpływa na poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia?
3. Jaka istnieje korelacja pomiędzy wybranymi czynnikami społeczo-demograficznymi (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie) oraz BMI a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia?
4. Czy występuje korelacja pomiędzy źródłami wiedzy badanych a poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia?

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 100 pacjentów leczących się ambulatoryjnie w Poradni Kardiologicznej SPWSzS w Chełmie. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędzie badawcze, które wykorzystano w badaniach to autorski kwestionariusz ankiety złożony z 36 pytań. Kwestionariusz podzielono na trzy obszary badawcze. Pierwszy dotyczył sytuacji społeczno-demograficznej i klinicznej badanych, drugi obejmował pytania z zakresu wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka wpływających na powstawanie chorób układu krążenia, a trzeci zawierał pytania dotyczące zachowań zdrowotnych respondentów. W kwestionariuszu ankiety zadano pytanie o wzrost i wagę, na podstawie których obliczono BMI. Zapytano respondentów o ich podstawową jednostkę chorobową, z którą zgłosili się do poradni i na tej podstawie sklasyfikowano chorobę w ICD-10 (ang. I*nternational Statistical Classification of Diseases,* pol. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób*) [15]. Informacje uzyskane od pacjentów weryfikowano w oparciu o dokumentację medyczną badanych. Większość pytań w kwestionariuszu ankiety miała charakter zamknięty, pytania otwarte dotyczyły wieku, wagi jednostki chorobowej.

Celem sprawdzenia poprawności skonstruowanego narzędzia badawczego przeprowadzono badania pilotażowe w grupie 20 osób. Poproszono respondentów o wypełnienie kwestionariusza ankiety. Na podstawie badań pilotażowych dokonano korekty narzędzia. Wyniki badań pilotażowych nie zostały ujęte w badaniach. Analiza statystyczna danych uzyskanych od respondentów została opracowana za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics (v. 25).

Dla określenia zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano test chi-kwadrat (ang. *Chi-square test*). Test ten bazuje na porównaniu ze sobą wartości obserwowanych (empirycznych) i wartości teoretycznych (oczekiwanych, obliczonych przy założeniu, że pomiędzy zmiennymi nie ma żadnego związku). Duże różnice wskazują na istnienie zależności pomiędzy zmiennymi. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy $p<0,05$.

Badania w niniejszej pracy przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie w Poradni Kardiologicznej. Respondentami byli pacjenci poradni, którzy samodzielnie, bez uczestnictwa ankietera wypełniali rozdane ankiety sondażowe w okresie od 5 listopada 2019 do końca lutego 2020.

Rozdano 110 ankiet z czego 10 odrzucono z uwagi na brak większości udzielonych odpowiedzi. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

WYNIKI

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

W badaniu wzięło udział 52 (52%) kobiety i 48 (48%) mężczyzn. Wyniki przedstawiono w Tabeli I.

Tabela I. Płeć badanych

Płeć	N	%
Kobieta	52	52,0
Mężczyzna	48	48,0
Ogółem	100	100,0

Znaczną część badanej grupy stanowiły osoby w wieku od 60 do 90 roku życia - 42 osoby (42%), oraz osoby w wieku od 41 do 59 lat - 41 osób (41%). 17 badanych (17%) miało do 40 lat. Wyniki przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Wiek badanych

Wiek	N	%
Do 40 roku życia	17	17,0
Od 41 do 59 roku życia	41	41,0
Od 60 do 90 roku życia	42	42,0
Ogółem	100	100

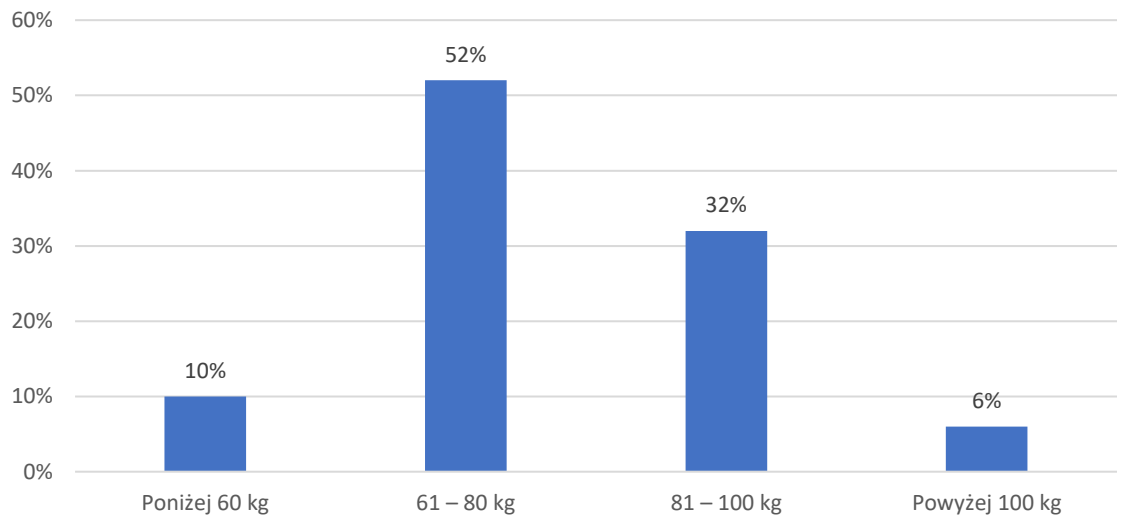
Ponad połowa badanych zamieszkiwała miasto - 66 osób (66%). Najwięcej badanych miało wykształcenie średnie - 42 osoby (42%). Studia wyższe i wyższe licencjackie ukończyło 18 i 16 osób (18% i 16%), 18 badanych posiadało wykształcenie zawodowe (18%), a 6 osób podstawowe (6%). Ponad połowa badanych była w związku małżeńskim - 65 osób (65%), 19 osób (19%) to wdowcy lub wdowy. Wśród badanych znalazło się również 9 osób (9%) rozwiedzionych oraz panny i kawalerowie – 13 osób (13%). Ponad połowę badanych stanowiły osoby pracujące jako pracownik umysłowy - 39 osób (39%) lub fizyczny – 19 osób (19%).

27 badanych (27%) stanowili emeryci, zaś 7 osób (7%) to renciści, 8 osób (8%) w momencie przeprowadzenia ankiety pozostawało bez pracy.

Analiza ilościowa i jakościowa badanej grupy

Charakterystyka danych klinicznych badanej grupy

Większość badanych stanowiły osoby o wzroście od 161 do 170 cm – 38 osób (38%). Wzrost 171-180 cm cechował 38 badanych (38%) a 22 osoby (22%) miały wzrost 181 do 190 cm. Ankietowanych o wzroście do 160 cm było 14 (14%), zaś powyżej 190 cm były 2 osoby. Ponad połowa badanych ważyła od 61 do 80 kg – 52 osoby (52%). Następną najliczniejszą grupą badanych były osoby o wadze od 81 do 100 kg – 32 ankietowanych (32%), 10 osób (10%) miało wagę poniżej 60 kg, zaś 6 (6%) osób ważyło więcej niż 100 kg. Wyniki przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Waga badanych

Analiza wskaźnika BMI wykazała u większości respondentów nadmierną masę ciała, przy czym 17 osób (17%) zmagało się z otyłością I lub II stopnia, 41 badanych (41%) posiadało nadwagę i tyle samo prawidłową masę ciała. Waga jednego badanego świadczyła o niedowadze. Wyniki przedstawiono w Tabeli III.

Tabela III. Wskaźnik BMI badanych

Wskaźnik BMI	N	%
Niedowaga	1	1,0
Waga Prawidłowa	41	41,0
Nadwaga	41	41,0
Otyłość I° i II°	17	17,0
Ogółem	100	100.0

Najczęściej wymienianą przez badanych chorobą układu krążenia było nadciśnienie tętnicze -60 osób (60%). Pozostałymi wymienianymi dolegliwościami były zaburzenia rytmu serca - 23 osoby (23%), dławica piersiowa stabilna - 22 osoby (22%) oraz choroba niedokrwienna serca - 20 osób (20%), 14 (14%) osób zmagało się z miażdżycą, zaś 12 (12%) z dyslipidemią. Najrzadziej wymienianymi chorobami były: niewydolność serca – 9 osób (9%), przewlekła niewydolność żylna – 8 osób (8%), stan po udarze mózgu oraz zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych – 5 osób (5%), a także żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. Wyniki przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Choroby układu krążenia występujące u badanych

Czy choruje Pani/Pań na chorobę układu krążenia?	N	%*
Nadciśnienie tętnicze	60	60,0
Choroba niedokrwienna serca	20	20,0
Niewydolność serca	9	9,0
Miażdżyca	14	14,0
Dyslipidemia	12	12,0
Dławica piersiowa stabilna	22	22,0
Zaburzenia rytmu serca	23	23,0
Stan po udarze mózgu	5	5,0
Zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych	5	5,0
Przewlekła niewydolność żylna	8	8,0
Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa	2	2,0
Inne	4	4,0
Ogółem	184	-

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Głównymi chorobami występującymi u badanych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 były: I10 - Samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze – u 52 respondentów (59%), I20 - Choroba niedokrwienna serca – 22 osoby (22%), I49 - Inne zaburzenia rytmu serca – 21 osób (21%), I25 - Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy – 20 badanych (20%), I70 – Miażdżyca – 12 badanych (12%), E78 - Zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie – 12 osób (12%).

U ponad połowy badanych czas trwania choroby wynosił dłużej niż 5 lat - 59 respondentów (59%). Wyniki przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Czas trwania choroby u badanych

Okres trwania choroby	N	%
Krócej niż 5 lat	41	41,0
Dłużej niż 5 lat	59	59,0
Ogółem	100	100,0

Wiedza badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Większość badanych uważała, że choroba układu krążenia, która wystąpiła u członka ich najbliższej rodziny miała bezpośredni wpływ na powstanie choroby także u nich. Takiego zdania było 71 badanych (71%).

Prawie wszyscy badani wiedzieli, że prawidłowe ciśnienie tętnicze u osoby dorosłej to ciśnienie niższe niż 140/90 mmHg – 81 badanych (81%), 12 osób (12%) udzieliło odpowiedzi błędnej odpowiedzi, zaś 7 osób (7%) nie znało jej wcale.

Większość badanych wiedziała, że nadciśnienie tętnicze podnosi prawdopodobieństwo wystąpienia choroby układu krążenia - 89 osób (89%).

Wśród badanych tylko 38 osób (38%) wiedziało, że prawidłowa wartość tętna u osoby dorosłej to 60 – 70 uderzeń na minutę, prawie połowa – bo 45 osób (45%) podało wartości zbyt wysokie, trzy osoby (3%) podały zbyt niskie wartości i tyle samo osób nie znało odpowiedzi. Prawie wszyscy badani wiedzieli, że prawidłowy poziom glukozy na czczo we krwi wynosi poniżej 100 mg/dl - 78 osób (78%), 8 badanych (8%) podało wartość zbyt wysoką, 6 badanych (6%) podało wartość zbyt niską.

Zdaniem 66 osób (66%) podwyższona wartość lipidów we krwi jest czynnikiem ryzyka chorób serca, ponieważ zwiększa zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowe. Pozostałe odpowiedzi były błędne, 16 osób (16%) uważało, że podwyższona wartość lipidów we krwi wpływa tylko na powstanie miażdżycy a dwie osoby (2%) twierdziły, że nie ma żadnego wpływu.

Zdecydowana większość badanych, aż 89 osób (89%) zdawała sobie sprawę, że palenie papierosów ma duży wpływ na wystąpienie chorób układu serca. Najwięcej badanych wskazało, że zaprzestanie palenia papierosów zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia w tym zawału serca – 81 osób (81%), 7 badanych (7%) odpowiedziało, iż zaprzestanie palenia papierosów nie zmniejsza ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, 12 osób (12%) nie wiedziało czy zaprzestanie palenia ma wpływ na funkcjonowanie układu krążenia.

Ponad połowa badanych wiedziała, że spożywanie alkoholu jest szkodliwe, gdyż podnosi ciśnienie tętnicze krwi - 83 ankietowanych (83%). Pozostali ankietowani udzielili błędnych odpowiedzi, 13 osób (13%) odpowiedziało, że spożywanie alkoholu nie ma wpływu na układ krążenia a 3 (3%) osoby odpowiedziały, że spożywanie alkoholu pozytywnie wpływa na serce.

Ponad 84 (84%) ankietowanych uważało, że wysoki poziom stresu może być jednym z czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Zdaniem 82 (82%) badanych dieta ma w dużym stopniu wpływ na występowanie chorób układu krążenia. Ośmiu (8%) badanych uważało, że dieta nie ma wpływu na funkcjonowanie układu krążenia, 10 (10%) badanych nie znało odpowiedzi na pytanie.

Zdaniem badanych wszystkie wymienione czynniki miały wpływ na występowanie chorób układu krążenia. 75 ankietowanych osób (75%) odpowiedziała, że na występowanie chorób układu krążenia ma wpływ nadwaga i wysokie ciśnienie krwi, palenie papierosów wymieniło 66 osób (66%), cukrzycę - 65 osób (65%), brak aktywności fizycznej - 63 osoby (63%). Inne odpowiedzi to: wysokie stężenie cholesterolu we krwi – 57 badanych (57%), spożywanie nadmiernej ilości alkoholu – 56 respondentów (56%), wiek i choroby serca w rodzinie – 50 osób (50%). Wyniki przedstawiono w Tabeli VI.

Ponad połowa badanych oceniła poziom swojej wiedzy na temat chorób układu krążenia jako średni (56%). 11 osób (11%) oceniło nisko swój poziom wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia. Wysoko i bardzo wysoko poziom posiadanej wiedzy oceniło 27 (27%) i 6 (6%) badanych.

Najskuteczniejszą dietą w opinii 79 badanych (79%) była dieta bogata w warzywa i owoce stanowiąc połowę spożywanego posiłku. Dietę z małą zawartością soli i cukru wymieniło 77 osób (77%) oraz przyjmowanie co najmniej 2 litrów wody dziennie – 59 osób (59%). Pozostałe odpowiedzi były błędne: dietę zawierającą duże ilości mięsa wskazało 26 badanych (26%), dietę z zastosowaniem produktów gotowych do spożycia – 22 badanych (22), zaś dietę o wysokiej zawartości tłuszczu i cholesterolu – 14 badanych (14%).

Tabela VI. Czynniki mające wpływ na występowanie chorób układu krążenia

Co Pani/Pana zdaniem ma największy wpływ na występowanie chorób układu krążenia?	N	%*
Nadwaga	75	75,0
Wysokie ciśnienie krwi	75	75,0
Cukrzyca	65	65,0
Spożywanie nadmiernej ilości alkoholu	56	56,0
Wiek (55lub więcej u mężczyzn, 65 lub więcej u kobiet)	50	50,0
Brak aktywności fizycznej	63	63,0
Wysokie stężenie cholesterolu we krwi	57	57,0
Choroby serca w rodzinie (wykryta u ojca lub brata przed 55 r.ż. lub matki i siostry przed 65 r.ż.	50	50,0
Palenie papierosów	66	66,0
Ogółem	557	-

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Zachowania zdrowotne respondentów

Ponad połowa badanych nie paliła papierosów - 58 osób (58%), 6 ankietowanych (6%) nie paliło mniej niż 10 lat, zaś 7 (7%) nie paliło więcej niż 10 lat.

Ponad połowa badanych (60%) określiła, iż spożywała alkohol sporadycznie, 5 osób (5%) piła regularnie, 35 respondentów (35%) negowała spożywanie alkoholu. Prawie połowa ankietowanych spożywała trzy – 45 osób (45%) lub cztery posiłki dziennie – 40 badanych (40%). 14 ankietowanych (14%) spożywało dwa posiłki w ciągu dnia, zaś jedna osoba spożywała tylko jeden posiłek. Prawidłowa liczba spożywanych w ciągu dnia posiłków to cztery. Prawidłową ilość płynów dziennie, czyli 2 litry przyjmowało 43 badanych (43%).

Ponad połowa badanych odpowiedziała, że na aktywność fizyczną chroniącą przed chorobami układu krążenia poświęca od 30 do 40 minut dziennie - (51%), 28 badanych (28%) poświęca na aktywność fizyczną 60 minut, 19 badanych (19%) - 10 minut, 2 osoby (2%) twierdziły, że aktywność fizyczna nie ma znaczenia.

Ponad połowa badanych 51 (56,67%) jeździła na rowerze kilka razy w tygodniu, 16 badanych (17,78%) kilka razy w miesiącu, 10 osób (11,11%) sporadycznie, a 13 badanych (14,44%) wcale. W przypadku umiarkowanego i intensywnego marszu – 37 osób (41,57%) wykonywało tę czynność kilka razy w tygodniu, 25 badanych (28,09%) kilka razy w miesiącu, 21 osób (23,60%) sporadycznie, a 6 badanych (6,74%) wcale. Ponad połowa badanych chodziła

na spacery kilka razy w tygodniu – 58 osób (63,73%), sporadycznie na spacer chodziło 19 respondentów (20,88%), 11 osób (12,09%) kilka razy w miesiącu, a 3 (3,30%) wcale. 29 ankietowanych (31,52%) kilka razy w tygodniu spędzało czas na działce, 22 osoby (23,91%) spędzało w ten sposób czas kilka razy w miesiącu, 17 badanych (18,48%) sporadycznie, a 24 badanych (26,09%) wcale, 14 osób (51,85%) preferowało inne formy aktywności fizycznej. Wyniki przedstawiono w Tabeli VII.

Tabela VII. 2Preferowane formy aktywności fizycznej

Rodzaj Aktywności	**Częstość stosowania**				
	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Sporadycznie	Wcale	Ogółem
Jazda na rowerze	51	16	10	13	90
	56,67%	17,78%	11,11%	14,44%	100%
Umiarkowanie, intensywny marsz	37	25	21	6	89
	41,57%	28,09%	23,60%	6,74%	100%
Spacer	58	11	19	3	91
	63,73%	12,09%	20,88%	3,30%	100%
Praca na działce	29	22	17	24	92
	31,52%	23,91%	18,48%	26,09%	100%
Inne	14	10	2	1	27
	51,85%	37,04%	7,41%	3,70%	100%

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Wiedza i zachowania badanych w zakresie samokontroli choroby

Zdecydowana większość badanych znała zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Połowa badanych wiedziała, że ciśnieniomierz nadgarstkowy nie jest najlepszym sprzętem do mierzenia ciśnienia, 75 badanych (75%) twierdziło, że pomiaru ciśnienia nie wykonuje się po intensywnym wysiłku. Ponad połowa badanych wiedziała, że podczas mierzenia ciśnienia tętniczego krwi ramię, na którym znajduje się mankiet musi znajdować się na poziomie serca. Również ponad połowa badanych wiedziała, że podczas pomiaru nie wolno poruszać ręką i rozmawiać, z także nie wolno robić pomiarów po obfitym posiłku – 49 badanych (46%). Prawie 80% badanych - 79 osób - wiedziało, że ciśnienie należy kontrolować dwa razy dziennie o stałych porach, a 69 osób (69%), że leki na nadciśnienie należy przyjmować regularnie niezależnie od tego czy ciśnienie jest w normie

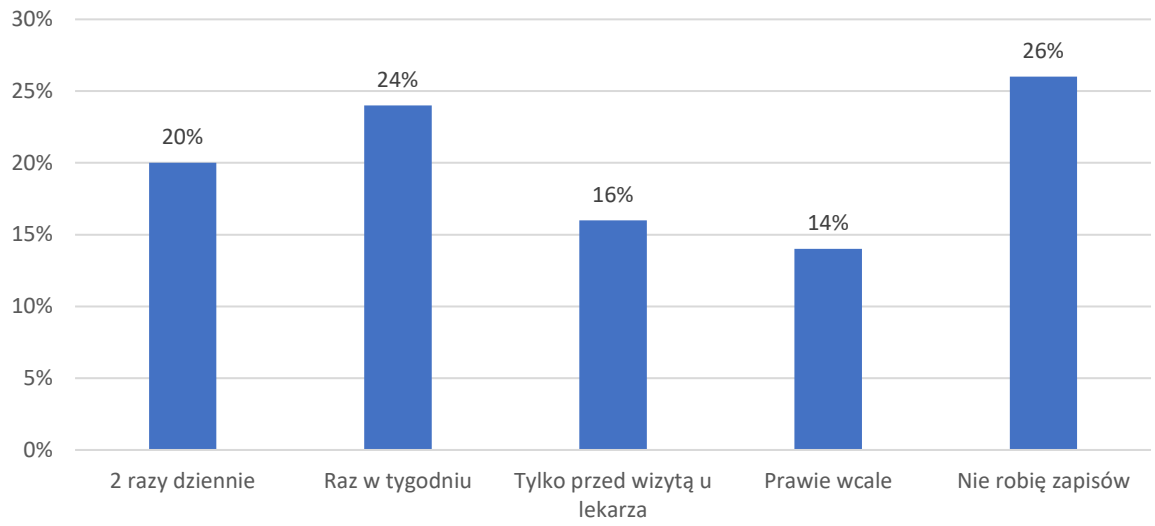
czy podwyższone. Niedostateczną wiedzę badani posiadali tylko na temat wykonywania pomiarów po przyjęciu leków, w tym przypadku większość odpowiedzi było błędnych – 45 badanych (45%). Wyniki przedstawiono w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Opinia na temat pomiaru ciśnienia tętniczego krwi

Stwierdzenia dotyczące pomiaru ciśnienia tętniczego krwi	Opinia badanych			
	Tak	Nie	Nie wiem	Ogółem
Do pomiaru ciśnienia tętniczego najlepiej stosować ciśnieniomierz nadgarstkowy	27	50	23	100
	27%	50%	23%	100%
Ciśnienie tętnicze wykonujemy zawsze po intensywnym wysiłku	14	75	11	100
	14%	75%	11%	100%
Podczas mierzenia ciśnienia tętniczego ramię, na którym jest mankiet musi znajdować się na poziomie serca	67	20	13	100
	67%	20%	13%	100%
Podczas pomiaru można ruszać ręką i rozmawiać	10	76	14	100
	10%	76%	14%	100%
Pomiary wykonuję się po przyjęciu leków	41	45	14	100
	41%	45%	14%	100%
Nie należy mierzyć ciśnienia po obfitym posiłku	46	28	26	100
	46%	28%	26%	100%
Ciśnienie tętnicze należy kontrolować dwa razy dziennie, o stałych porach, w równych odstępach czasu	79	13	8	100
	79%	13%	8%	100%
Leki od nadciśnienia tętniczego należy przyjmować tylko wtedy, gdy wartości są podwyższone	13	69	18	100
	13%	69%	18%	100%

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Niewielka liczba badanych zapisywała wyniki dokonanych pomiarów w dzienniczku samokontroli, 26 badanych (26%) nie robiło zapisów, 24 (24%) robiło raz w tygodniu, 20 badanych (20%) dwa razy dziennie a 16 respondentów (16%) zapisywało wyniki tylko przed wizytą u lekarza co przedstawia Rycina 3.



Rycina 3. Systematyczność odnotowywania pomiarów w dzienniczku pomiarów

Ponad połowa ankietowanych zawsze dostosowywała się do zaleceń lekarza – 60 badanych (60%). Niewielka liczba ankietowanych sporadycznie zapominała o przyjmowaniu zleconych leków – 19 osób (19%), 13 badanych (13%) czasami modyfikowała leczenie, a 10 osób (10%) leczyło się niekonwencjonalnie. Najmniejszy procent ankietowanych czasami zapominał o zażyciu leków – 6 badanych (6%), niektórzy ankietowani – 8 osób (8%) nie byli w stanie wykupić wszystkich leków, a 4 osoby (4%) nie chciały przyjmować leków ale systematycznie chodziły do lekarza. Wyniki przedstawiono w Tabeli IX.

Tabela IX. Stosowanie się do zaleceń lekarza i systematyczność przyjmowania leków

Czy stosuję się Pan/Pani do wszystkich zaleceń lekarza i przyjmuje systematycznie leki?	N	%*
Zawsze się dostosowuję	60	60,0
Czasem sam/a modyfikuję leczenie	13	13,0
Sporadycznie zapominam o przyjmowaniu leków	19	19,0
Czasami nie biorę leków	6	6,0
Nie stać mnie na zakup wszystkich leków	8	8,0
Nie chcę przyjmować leków, ale jestem systematycznie u lekarza	4	4,0
Leczę się niekonwencjonalnie	10	10,0
Ogółem	120	-

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Źródła wiedzy badanych

Najwięcej badanych wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia czerpało od personelu medycznego – 85 badanych (85%) i innych pacjentów – 68 respondentów (68%). W mniejszym stopniu wiedzę czerpano z prasy i mediów – 36 badanych (36%), od rodziny – 21 badanych (21%) i Internetu – 11 osób (11%). Wyniki przedstawiono w Tabeli X.

Tabela X. Źródło informacji na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Skąd czerpie Pan/Pani informacje na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia?	N	%*
Od personelu medycznego	85	85,0
Prasa/media	36	36,0
Rodzina	21	21,0
Inni pacjenci	68	68,0
Internet	11	11,0
Inne	8	8,0
Ogółem	229	-

*Pytanie wielokrotnego wyboru. Procent nie sumuje się do 100%.

Czynniki socjo-demograficzne a wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Wykształcenie korelowało z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=25,652; p<0,001). Wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wiedzę wysoką miało osób 5 osób (20,8%). W grupie badanych z wykształceniem średnim wysoką wiedzę miało 11 osób (26,2%). Z kolei w grupie osób z wykształceniem wyższym wiedzę wysoką odnotowano u 17 badanych(50%). Wyniki przedstawiono w Tabeli XI.

Tabela XI. Wykształcenie a poziom wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia	Niski poziom wiedzy	Przeciętny poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy	Ogółem
Podstawowe/ zawodowe	10	9	5	24
	41,7%	37,5%	20,8%	100,0%
Średnie	2	29	11	42
	4,8%	69,0%	26,2%	100,0%
Wyższe	2	15	17	34
	5,9%	44,1%	50,0%	100,0%
Ogółem	14	53	33	100
	14,0%	53,0%	33,0%	100,0%
Chi-kwadrat=25,652; p<0,001				

Płeć nie korelowała z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (p>0,05). Wśród kobiet wiedzę wysoką miało 18 badanych (34,6%). W grupie mężczyzn wysoką wiedzę miało 15 ankietowanych (31,3%).

Wiek nie korelował z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=2,854; p=0,583). Wśród badanych w wieku do 40 lat wiedzę wysoką miało 4 osoby(23,5%). W grupie badanych w wieku od 41 do 59 lat wysoką wiedzę miało 16 ankietowanych (39%). Z kolei w grupie wiekowej od 60 do 90 lat wiedzę wysoką odnotowano u 13 badanych (31%).

Miejsce zamieszkania nie korelowało z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (p>0,05). Wśród mieszkańców miast wiedzę wysoką miało 21 osób(31,8%). W grupie mieszańców wsi wysoką wiedzę miało 12 ankietowanych (35,3%).

Stan cywilny nie korelował z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (p>0,05). Wśród badanych w związku małżeńskim wiedzę wysoką miało 20 osób (30,8%). W grupie badanych stanu wolnego wysoką wiedzę miało 13 ankietowanych (37,1%).

Sytuacja zawodowa nie korelowała z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (p>0,05). Wśród osób niepracujących wiedzę wysoką miało 12 osób (28,6%). W grupie badanych, którzy pracowali wysoką wiedzę miało 21 ankietowanych (36,2%).

Dane kliniczne a wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

BMI korelowało z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=9,731; p=0,045). Wśród badanych z prawidłowym BMI wiedzę wysoką miało 13 osób (31%). W grupie badanych z nadwagą wysoką wiedzę miało 10 ankietowanych (25%). Z kolei w grupie osób z otyłością wiedzę wysoką odnotowano u 10 badanych (58,8%). Wyniki przedstawiono w Tabeli XII.

Tabela XII. BMI a poziom wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia	Niski poziom wiedzy	Przeciętny poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy	Ogółem
Prawidłowe BMI	8	21	13	42
	19,0%	50,0%	31,0%	100,0%
Nadwaga	3	27	10	40
	7,5%	67,5%	25,0%	100,0%
Otyłość	2	5	10	17
	11,8%	29,4%	58,8%	100,0%
Ogółem	13	53	33	99
	13,1%	53,5%	33,3%	100,0%
Chi-kwadrat=9,731; p=0,045				

Czas trwania choroby korelował z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=6,233; p=0,044). Wśród badanych chorujących 5 lat lub krócej wiedzę wysoką miało 12 osób (29,3%). W grupie badanych chorujących dłużej niż 5 lat wysoką wiedzę miało 21 ankietowanych (35,6%).

Wyniki przedstawiono w Tabeli XIII.

Tabela XIII. Okres trwania choroby u badanych a poziom wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia	Niski poziom wiedzy	Przeciętny poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy	Ogółem
Krócej niż 5 lat	10	19	12	41
	24,4%	46,3%	29,3%	100,0%
Dłużej niż 5 lat	4	34	21	59
	6,8%	57,6%	35,6%	100,0%
Ogółem	14	53	33	100
	14,0%	53,0%	33,0%	100,0%
Chi-kwadrat=6,233; p=0,044				

Źródła wiedzy a poziom wiedzy badanych

Źródła wiedzy korelowały z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=10,723; p=0,005). Wśród badanych, których źródłem wiedzy był personel medyczny wiedzę wysoką miało 31 osób (36,5%). W grupie badanych, którzy korzystali z innych źródeł wysoką wiedzę miało 2 ankietowanych (13,3%). Wyniki przedstawiono w Tabeli XIV.

Tabela XIV. Źródło informacji a poziom wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia

Wiedza na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia	Niski poziom wiedzy	Przeciętny poziom wiedzy	Wysoki poziom wiedzy	Ogółem
Inne źródła (media, rodzina, inni pacjenci)	6	7	2	15
	40,0%	46,7%	13,3%	100,0%
Personel medyczny	8	46	31	85
	9,4%	54,1%	36,5%	100,0%
Ogółem	14	53	33	100
	14,0%	53,0%	33,0%	100,0%
Chi-kwadrat=10,723; p=0,005				

DYSKUSJA

Badania przeprowadzone wśród 100 pacjentów Poradni Kardiologicznej SPWSzS w Chełmie dotyczyły poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia. Kwestionariusz ankiety podzielono na trzy obszary badawcze. Pierwszy stanowił dane społeczno-demograficzne, drugi obszar badał wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia, trzeci obszar badawczy dotyczył oceny zachowań zdrowotnych respondentów.

W badaniu wzięło udział 52% kobiet i 48% mężczyzn. Najliczniejszymi grupami były osoby w wieku 60-90 lat (42%). W tej grupie wiekowej największą wiedzę na temat czynników ryzyka CHUK posiadało 39% ankietowanych. W grupie osób w wieku 41-59 lat (41%) wysoką wiedzę o czynnikach posiadało 39% ankietowanych. Pozostali badani mieli do 40 lat (17%). W tej grupie 23,5% badanych posiadało wysoki poziom wiedzy. Wiek nie korelował z poziomem wiedzy pacjentów. Najwięcej badanych osób pochodziło z miasta (66%) i miało średnie

wykształcenie (42%). Studia wyższe i wyższe licencjackie ukończyło 18% i 16% badanych, 18% badanych posiadało wykształcenie zawodowe, a 6% podstawowe.

Wyniki badań uzyskane w niniejszej pracy dowodzą, że niektóre czynniki społeczno-demograficzne mają wpływ na poziom wiedzy badanych. Z badań wynika, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni posiadają wiedzą prawie na tym samym poziomie. Natomiast wykształcenie korelowało z poziomem wiedzy respondentów. Najwyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia posiadali respondenci z wykształceniem wyższym (50%). Niższy poziom wiedzy zaobserwowano w grupie osób ze średnim i zawodowym wykształceniem - (26,2; 20,8%) Podobne wyniki można zaobserwować w badaniach Dziedzic i wsp., a także w badaniach Płókarz i wsp. [16], które to wykazały, że niższym poziomem wiedzy z zakresu czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych cechują się osoby mniej wykształcone [17].

Na podstawie wzrostu i wagi podanej przez respondentów obliczono BMI i stwierdzono, że było tyle samo osób z wagą prawidłową, co z nadwagą (41%), 17% ankietowanych zmagało się z otyłością I lub II stopnia. Wynik tylko u jednego badanego wskazały na niedowagę. W badaniach własnych stwierdzono, że BMI korelowało z poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia. U badanych z prawidłowym BMI (41% badanych) wysokim poziomem wiedzy cechowało się 31% a u 41% respondentów z podwyższonym BMI wskazującym na nadwagę tylko 25% posiada wysoką wiedzę na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia. Natomiast u 17% badanych z otyłością, wiedzę wysoką odnotowano u 58,8%. W badaniu własnym stwierdzono, że większość ankietowanych zmagała się z nadwagą lub otyłością I lub II stopnia. Otyłość to poważny czynnik, który wpływa na powstanie wielu chorób, np.: nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, zaburzeń węglowodanowych. Na występowanie problemu nadwagi w badanej populacji wskazują także wyniki badań przeprowadzonych przez Drygas, Bielecki i wsp. [18].

Z badań własnych wynika, że najczęstszymi jednostkami chorobowymi u respondentów było nadciśnienie tętnicze I10 - (60%), zaburzenia rytmu serca I49 - (23%), choroba wieńcowa I20 - (22%) oraz choroba niedokrwienna serca I50 - (20%). Rzadko wymienianymi schorzeniami były niewydolność serca (9%), przewlekła niewydolność żylna (8%).

Biorąc pod uwagę czas trwania choroby - 59% respondentów deklarowało, że choruje powyżej 5 lat. Wyniki badań własnych wykazały, że czas trwania choroby koreluje z poziomem wiedzy o czynnikach ryzyka choroby niedokrwiennej serca w badanej grupie. Stwierdzono większą wiedzę u osób chorujących dłużej jak 5 lat, co przypuszczalnie może świadczyć o większej świadomości na temat choroby, czynników, które na nią wpływają i samokontroli.

Badania naukowe prowadzone na całym świecie przez wielu naukowców dowodzą, że obecność chorób układu sercowo-naczyniowego u rodziców, zwłaszcza przed 60 r.ż. zwiększa ryzyko wystąpienia tych chorób u dzieci. Z analizy badania INTERHEART opublikowanego w lutym 2011 roku, które dotyczyło wzrostu ryzyka wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej u osób, których rodzice przeszli zawał serca wynika, że bardziej narażone na choroby układu krążenia są osoby, u których oboje rodziców zachorowało na zawał serca. Ryzyko wzrastało bardziej, gdy zawał serca wystąpił przed 50 r.ż. W badaniu INTERHEART nie uzyskano statystycznej zależności pomiędzy ryzykiem wystąpienia zawału matki lub u ojca [19].

Badania własne wykazały, że 71% respondentów uważała, że wystąpienie choroby układu krążenia u członka najbliższej rodziny ma bezpośredni wpływ na powstanie choroby naczyniowo-sercowej także u badanych. Jednak tylko 50% ankietowanych wskazało czynnik genetyczny jako czynnik ryzyka chorób układu krążenia.

Większość ankietowanych (81%) uznała wartość ciśnienia tętniczego poniżej 140/90mmHg jako prawidłową, a 89% badanych wiedziało, że nadciśnienie tętnicze podnosi prawdopodobieństwo wystąpienia chorób układu krążenia. Wśród badanych tylko 38% wiedziało, że prawidłowa wartość tętna u osoby dorosłej to 60 – 70 uderzeń na minutę, 46% badanych podało wartości zbyt wysokie. Także w zakresie oceny zachowań zdrowotnych dotyczących wiedzy o prawidłowym wykonaniu pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, badani wykazali się bardzo dobrą wiedzą; 75% ankietowanych wiedziało, że ciśnienia tętniczego nie wykonuje się po intensywnym wysiłku, 50% ankietowanych uznało ciśnieniomierz nadgarstkowy jako narzędzie niewiarygodnego pomiaru, 67% badanych wiedziało, jak prawidłowo założyć mankiet. Pomimo posiadanej dobrej wiedzy w badanej grupie zaobserwowano brak wiedzy na temat pomiaru ciśnienia tętniczego po przyjęciu leków, a także brak systematyczności w odnotowywaniu pomiarów ciśnienia tętniczego. Tylko 20% badanych robiło zapis pomiarów 2 razy dziennie, 16% ankietowanych zapisywało pomiary przed wizytą, a 26% nie robiło zapisów wcale. Badania własne wykazały także, że tylko 38% respondentów znała prawidłowe wartości tętna, większość nie posiadała prawidłowej wiedzy na ten temat. Wyników tych nie potwierdzają badania Cwaliny i wsp., z których wynika, że prawidłowych wartości nie znało tylko 3% ankietowanych [20].

Badając wiedzę o czynnikach ryzyka chorób kardiologicznych poproszono ankietowanych w pytaniu wielokrotnego wyboru o wyrażenie opinii, które czynniki ich zdaniem mają największy wpływ na powstanie chorób układu krążenia. Większa połowa ankietowanych uznała na równi nadwagę i wysokie ciśnienie za najważniejsze czynniki ryzyka.

Do podobnych wniosków doszli Cwalina i wsp., którzy analizowali wiedzę o czynnikach ryzyka i podstawowych zasadach profilaktyki chorób układu krążenia u studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku [20].

Także wyniki badań Kozińskiego i wsp. wskazują te same czynniki jako najczęściej wymieniane w ankiecie, co potwierdza badania własne [21]. Do bardzo ciekawych spostrzeżeń doszli Muszyński i wsp. Ich badanie ujawniło częstsze występowanie nadwagi u populacji osób chorujących na schorzenia sercowo-naczyniowe niż u osób bez tych schorzeń, co wskazuje, że osoby zdrowe lepiej radzą sobie z nadwagą, niż osoby z nadwagą i chorobami sercowymi [22]. Z badań własnych wynika, że palenie papierosów, cukrzyca i brak aktywności fizycznej jest często wymienianym czynnikiem ryzyka; 66% ankietowanych potwierdza wpływ nikotynizmu na powstanie chorób układu krążenia. W badanej grupie czynne palenie papierosów zadeklarowało tylko 29% osób, 58% respondentów nie paliło wcale, a 13% badanych nie paliło mniej lub więcej niż 10 lat. Czynne lub bierne palenie papierosów ma bezpośredni wpływ na podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi i występowanie chorób kardiologicznych. Aż 81% badanych wskazało, że zaprzestanie palenia obniża ryzyka chorób krążeniowych w istotny sposób.

Z badań własnych wynika, że zdaniem 78% ankietowanych prawidłowy poziom glikemii na czczo wynosi poniżej 100 mmHg; 65% ankietowanych uznało cukrzycą jako ważny czynnik ryzyka chorób układu krążenia. Badania własne nie potwierdzają się u Kozińskiego i wsp., którzy stwierdzili, że z pośród 255 badanych tylko 12,9% uznało cukrzycę jako czynnik ryzyka i najrzadziej ją wykazywało [21]. Podobnie u Nowickiego i wsp. cukrzyca znalazła przedostatnie miejsce w rankingu czynników ryzyka [23].

Z badań własnych wynika, że 51% ankietowanych wie, że regularny wysiłek fizyczny, który trwa 30-40 minut i jest wykonywany kilka razy w tygodniu w istotny sposób zmniejsza ryzyko chorób serca. W badanej grupie najwięcej respondentów preferowało jazdę na rowerze – 56,67%, umiarkowanie intensywny marsz - 41,57%, spacerowanie 63,73%. Pod uwagę należy wziąć fakt, że w badanej grupie znaleźli się także chorzy z rozpoznaną niewydolnością serca i osoby starsze. Niewydolność serca, wiek, a także choroby współistniejące mogły ograniczać badanych w wykonywaniu jakiejkolwiek aktywności fizycznej.

Z badań własnych wynika, że 60% respondentów sporadycznie piło alkohol, 56% ankietowanych jest zdania, że nadmierna ilość przyjmowanego alkoholu podnosi ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, a 83% badanych posiada wiedzę, że alkohol podnosi ciśnienie tętnicze krwi. Badania wykazały, że 84% badanych uważało, że wysoki poziom stresu może podnosić ryzyko wystąpienia choroby sercowej.

Istotnym problemem mającym wpływ na powstawanie chorób układu krążenia jest niewłaściwa dieta. Przeprowadzone badania własne wykazały, że w badanej grupie 40% ankietowanych spożywa 4 posiłki dziennie, 45% przyjmuje posiłki 3 razy dziennie, a 43% badanych wypija co najmniej 2 litry wody dziennie. Respondenci posiadali wiedzę na temat diety zmniejszającej ryzyko czynników chorób krążeniowych; 79% uważało za prawidłową dietę bogatą w warzywa i owoce, 69% respondentów wie, że należy pić co najmniej 2 litry wody, 77% wie, że należy ograniczyć spożywanie nadmiernej ilości soli i cukru.

Respondentów poproszono o ocenę swojej wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia a także zapytano skąd czerpią wiedzę na ich temat. Badania własne pokazały, że badana grupa oceniła swój poziom wiedzy na średni, co znalazło potwierdzenie także w badaniach; 27% badanych oceniło swoją wiedzę na poziomie wysokim i bardzo wysokim (6%), natomiast 11% ankietowanych nisko oceniło swoją wiedzę. Największą wiedzę na temat czynników ryzyka posiadali badani, którzy czerpali wiedzę bezpośrednio od personelu medycznego aniżeli z innych źródeł.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Większość badanych posiada wysoki poziom wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia, ma też wiedzę i umiejętności w zakresie pomiaru ciśnienia tętniczego, używa do tego odpowiedniego ciśnieniomierza jednak prawie połowa badanych nie wiedziała, czy pomiar dokonuje się po przyjęciu leków, ponad połowa nie znała prawidłowej wartości tętna i znaczna liczba nie dokonywała zapisu wyników.
2. Respondenci, którzy chorują powyżej 5 lat mają większą wiedzę na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia
3. Wiedza badanych nie koreluje z płcią, stanem cywilnym i wiekiem badanych, ale koreluje z wykształceniem i BMI respondentów. Im wyższe wykształcenie badanych i niższe BMI tym wyższy poziom wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia.
4. Źródła wiedzy korelują z poziomem wiedzy badanych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (Chi-kwadrat=10,723; p=0,005). Wyższy poziom wiedzy posiadali badani, którzy czerpali tę wiedzę od personelu medycznego.

Wnioski postulatywne

Przedstawiona analiza badawcza w zakresie wiedzy pacjentów na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia, a także zachowań zdrowotnych badanej grupy pozwala stwierdzić, że istnieje potrzeba stałej edukacji pacjentów. Wszyscy respondenci w badanej grupie to osoby chorujące na schorzenia naczyniowo-sercowe. Niezależnie od długości trwania choroby obserwuje się, że większość badanych posiada satysfakcjonującą wiedzę na temat czynników ryzyka chorób kardiologicznych. U większości badanych zachowania zdrowotne są prawidłowe, jednakże pozostali badani posiadają niski poziom wiedzy na temat czynników ryzyka, co pozwala stwierdzić, że istnieje potrzeba prowadzenia ustawicznej edukacji zdrowotnej tych chorych, wdrażania i prowadzenia badań profilaktycznych i prewencyjnych. Działania prewencyjne powinny obejmować w swoim zakresie motywację badanej populacji do eliminowania lub modyfikowania czynników ryzyka tak, aby przygotować ją do świadomego uczestnictwa w procesie terapeutycznym, poprawić jakość życia badanej populacji i przygotować do samoopieki w domu. Edukowanie badanej grupy powinno być zindywidualizowane, oparte na potrzebach jednostek i powinno odbywać się na zasadzie przekazywania profesjonalnej wiedzy, motywacji i weryfikacji podjętych działań.

PIŚMIENNICTWO

1. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Goryński P. i wsp.: Długość życia i umieralność ludności Polski [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B., Gorynski P., Moskalewicz B. (red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, 38-127.
2. Prewenting chronic disease: a vital investment. WHO, Geneva 2005.
3. Ślusarska B.: Zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego. Folia Cardiologica Exscerpta, 2012, 7 (1), 51-58.
4. Widomska-CzekajskaT., Górajek-Jóźwik J.: Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. Tom1-3. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 129.
5. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/statystyka-zgonow-i-umieralnosci-z-powodu-chorob-ukladu-krazenia,22,1.html [dostęp 12.02.2020].
6. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/statystyka-zgonow-i-umieralnosci-z-powodu-chorob-ukladu-krazenia,22,1.html [dostęp 12.03.2020].
7. file:///C:/Users/AppData/Local/Temp/statystyka_umieralnosci_w_wyniku_chuk-2.pdf [dostęp 15.03.2020].

8. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009.
9. Cudak E.K.: Podmiotowa i przedmiotowa ocena układu sercowo-naczyniowego [w:] Pielęgniarstwo Kardiologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Kaszuba D., Nowicka A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 79-88.
10. VI Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw naukowych ds. prewencji sercowo-naczyniowej w praktyce klinicznej: Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. Kardiologia Polska, 2016, 74(9), 821-936.
11. Brzezińska G., Dąbrowski M., Różyłło W., Witkowski A.: Kardiologia Interwencyjna. Wydawnictwo Lekarski PZWL, Warszawa 2009.
12. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. i wsp.: Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku. Kardiologia Polska, 2016, 74, 9, 821–936.
13. Kostka M., Koziarska-Rościszewska M. (red.): Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
14. Zdrojewski T., Jankowski P., Bandosz P., Bartuś S. i wsp.: Nowa wersja systemu oceny ryzyka sercowo--naczyniowego i tablic SCORE dla populacji Polski. Kardiologia Polska, 2015, 73 (10), 958-961.
15. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I, 2009.
16. Płókarz S., Bartczuk A., Arendarczyk M., Milan M.: Wiedza o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia w populacji wiejskiej w świetle badań ankietowych. Polska Medycyna Rodzinna, 2004, 6, 474–480.
17. Dziedzic B., Sienkiewicz Z., Zając P., Wiśniewski A.: Wiedza pacjentów na temat choroby niedokrwiennej serca leczonych w specjalistycznej poradni kardiologicznej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2015, 1, 11-19.
18. Drygas W., Bielecki W., Kozakiewicz K. i wsp.: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia – WOBASZ [w:] Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia, Kopeć G., Jankowski P., Pająk A., Drygas W. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, 41-56.
19. Chow C.K., Islam S., Bautista L. et al.: Parental History and MYOCARDIAL Infarction Risk Across The Word. The INTERHEART Study. Journal of the American College of Cardiology, 2011, 5(57), 619-627.

20. Cwalina J., Cybulski M., Snarska K., Krajewska-Kułak E.: Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat czynników ryzyka i podstawowych zasad profilaktyki chorób układu krążenia. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017, 7(3), 189-197.
21. Koziński Ł., Krzymińska-Stasiuk E., Głogowska A., Raczak G.: Analiza poziomu wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo- -naczyniowego z uwzględnieniem zależności społeczno-demograficznych — badanie ankietowe. Cardiologica Excerpta, 2012, 7(3), 170-176.
22. Muszyński J., Żółtańska J., Michalczak W. i wsp.: Analiza życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w aspekcie zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym. Family Medicine & Primary Care Review, 2016, 18(1), 33-38.
23. Nowicki G., Ślusarska B., Brzezicka A.: Analiza stanu wiedzy o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób pracujących. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17 (4), 321-327.

CHOROBA ALZHAIMERA- PRZEBIEG, OBJAWY I LECZENIE

Klimaszewska Krystyna[1], Jastrzębska Izabela[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Choroba Alzheimera wyróżnia się przewrotnym początkiem, wolnym rozwojem, zawartością symptomów obejmujących dwa zasadnicze obszary nieprawidłowości: poznawcze i pozapoznawcze.

ROZWINIĘCIE

Objawy Choroby Alzheimera

- **Zaburzenia pamięci**

Początkową i ważną oznaką choroby Alzheimera jest nieprawidłowa pamięć. Cierpiący prawie natychmiast wymazuje zdarzenia przebiegające aktualnie. Pierwotnie potrafi jeszcze przywołać wydarzenia z wcześniejszych lat, np. radzi sobie z informacjami z dzieciństwa, a nie jest w stanie przypomnieć co stało się przed chwilą. Nieustanne dopytywanie o to samo albo ciągłe szukanie przedmiotów przez chorego czy nieprzerwane przypominanie odpowiedzi tej osobie na zadane wcześniej pytania przekonują opiekunów pacjenta do szukania pomocy specjalistycznej. W następnej kolejności dochodzi do zanikania poszlak pamięci dawnej i wydarzeń z przeszłości. W najcięższej fazie dochodzi u pacjenta do utraty informacji o własnej osobie np. nie wie kim jest, nie poznaje najbliższych osób [1, 2].

- **Zaburzenia językowe**

Kluczowy symptom, który zgłaszają osoby chore to tzw. „wypowiadanie słów". Zapoczątkowanie nieprawidłowej czynności mowy wiąże się utrudnionym przywoływaniem wyrazów co staje się źródłem opisywanego objawu [1]. Pacjenci mają problemy z wyselekcjonowaniem odpowiednich słów określających powiązanie z rozmówcą, co ma związek z niepoznaniem lub poznaniem niewłaściwej osoby prowadzącej dialog z osobą chorą. W demencji Alzheimera zniszczone jest odbieranie i rozpowszechnianie informacji, co utrudnia uzyskanie zgodnej wiedzy u rozmówców. Pacjent nie potrafi uzyskać podglądu własnych wypowiedzi, dlatego powtarza często te same słowa, a także przywołuje wspomnienia,

które nie miały miejsca w rzeczywistości z powodu utraty wiedzy z wielu obszarów [2]. W skrajnej fazie chory wypowiada tylko proste słowa, a następnie tylko sylaby i dźwięki.

- **Zaburzenia orientacji**

Objaw ten może na początku przejawiać się utrudnieniem w orientacji w terenie, a także mogą wystąpić problemy z czytaniem mapy. Zaczyna się przede wszystkim od zaburzeń przemieszczania się w nie znanej okolicy, a z czasem chory przestaje się orientować we własnym otoczeniu. W końcowym etapie pacjent nie poznaje własnego mieszkania, nie potrafi dojść do kuchni czy łazienki.

- **Zaburzenia koncentracji i uwagi**

Chorzy wykazujący się tymi objawami miewają trudności z utrzymaniem koncentracji nad zadaniem, które wykonują w danym czasie. Wznowienie zaprzestanych czynności ogranicza impuls z zewnątrz [1].

- **Urojenia i omamy**

Objawy o istocie psychopatologicznej dotykają około 60% ludzi cierpiących na chorobę Alzheimera. Przeważającymi postaciami urojeń, występującymi u tych pacjentów jest ich przekonanie o zbliżającym się niebezpieczeństwie ze strony innych ludzi w tym swojej rodziny. Do początkowych symptomów o tej istocie należą okoliczności, w których pacjent rzuca oskarżenia o celowe skrywanie wszelkich przedmiotów przez najbliższych, których nie może odszukać. Z racji własnej problematyki urojenia potrafią powodować mocne przeżycia lękowe i nie spokojne zachowania. W raz z urojeniami bardzo często występują omamy wzrokowe [3].

- **Zaburzenia zachowania i nastroju**

W efekcie zaburzeń funkcjonowania, samopoczucia w postaci poirytowania, podenerwowania, niepewności może dojść do sytuacji, w których pacjent w efekcie swoich poznawczych obostrzeń nie potrafi podporządkować oni dostrzec okoliczność w jakiej jest postawiony [1].

- **Depresja**

Na odrębne zainteresowanie zasługują patologie w postaci depresji, sporadycznie pojawiają się postawy euforyczne. U pacjenta zmniejszony nastrój w formie zasmucenia, bezczynności, poczucia zwątpienia może występować już na wstępnym okresie choroby, po pewnym czasie pacjent postrzega narastające uszkodzenia pamięci, a także stopniową niesprawność w codziennych czynnościach życiowych. W ostatniej fazie choroby depresja staje się jednym z symptomów schorzenia.

- **Niepokój psychoruchowy i objaw wędrowania**

Z reguły zapał psychoruchowy wzrasta w porze popołudniowej i wieczornej. Zlewa się to między innymi z tak zwanym symptomem wędrowania, który opiera się na ciągłym kroczeniu po pomieszczeniu oraz nie ustanych wyjściach z domu [3].

- **Objaw „lustra" i „telewizora"**

Przedstawione objawy dotyczą szczególnie pacjentów w głębokim stadium choroby. Chory nie poznaje swojego odbicia w lustrze, uświadamia siebie, iż to obca osoba, z którą próbuje nawiązać kontakt albo zaczyna być agresywny. Oglądając telewizor pacjent traktuje oglądane obrazy na ekranie jako realne zdarzenia. Poszkodowany w trakcie spędzonego czasu przed telewizorem w zależności od programu może odczuć nasilenie pozytywnych lub negatywnych emocji.

- **Zaburzenia snu**

Nieprawidłowości rytmu dobowego zanotowane są w schemacie choroby Alzheimera. Pacjent, najczęściej z racji nadwrażliwości psychoruchowej widniejącej w porze wieczornej zasypia dość późno, co przekłada się na długie spanie do godzin południowych kolejnego dnia. Odmiennym utrudnieniem jest zasypianie w ciągu dnia, u osób zamkniętych w sobie i spokojnych. U niektórych pacjentów z kolei można zaobserwować z ich strony wczesne zasypianie i poranne wstawanie [1]. Istnieją założenia potwierdzające, iż zakłócenia rytmu snu i czuwania potrafią sprzyjać rozwojowy procesu neurodegeneracyjnego. Niesprawność rytmu okołodobowego następuje przez przekształcenia neuropatologiczne przebiegające w rozwoju choroby. U chorych ze schorzeniem współfunkcjonują wstępne zaburzenia snu. Wpływ na sen mają, także leki stosowane w trakcie choroby Alzheimera [2].

- **Mioklonie i napady padaczkowe**

W rozwiniętej fazie choroby Alzheimera potrafią wyłonić się napady padaczkowe mioklonicznе oraz napady padaczkowe toniczno-kloniczne, które ukazują się u 10% chorych w głębokim stadium choroby [1].

- **Inne zaburzenia neurologiczne**

Symptomy pozapiramidowe w postaci opóźnionych ruchów, pochyłej sylwetki, ograniczonej mimiki twarzy, odczucia sztywności mięśni występują ok 60% cierpiących. W szeroko rozwiniętej fazie choroby u niektórych pacjentów wzrasta zniedołożenie objawiające się opóźnieniem i problemami w przemieszczaniu, a także skłonnością do upadku. Umiarkowanie do rozwinięcia choroby pojawiają się problemy z samodzielnym siedzeniem oraz prostowaniem tułowia [3]. W chorobie Alzheimera w późnym stadium pojawia się dysfagia o charakterystyce rzekomobłoniastej. Objawia się przedłużonym czasem spożywania

posiłków, patologią praksji ust, długim czasem połykania oraz zaleganiem treści jedzenia w jamie ustnej. W ostatniej fazie choroby pacjent najczęściej staję się osobą leżącą co przekłada się powstawanie wielu powikłań np. pojawianie się odleżyn w miejscach wysoko narażonych na ucisk, zakażeń płucnych oraz zachłyśnięcia pokarmem.

- **Inne problemy ogólnomedyczne**

Przyjmowanie zbyt zwiększonej i zmniejszonej porcji jedzenia przytrafia się osobom starszym z zaburzeniami pamięci mieszkający samotnie bez całodobowej opieki. Problemy z przyszykowaniem sobie posiłków pełnowartościowych bogatych w warzywa, owoce, nabiał oraz mięso przekładają się na stan niedożywienia. Niejednokrotnie zdarza się, iż pacjenci przez cały dzień jedzą jedno danie. Innym utrudnieniem jest ogromna zachłanność na jedzenie będąca, skutkiem tego, że chory zapomina o niedawno spożytym posiłku. Oba zjawiska przyczyniają się do zaburzonej równowagi wartości odżywczych w organizmie. Dieta z obniżoną zawartością błonnika i nieodpowiednim nawadnianiem organizmu przyczynia się do wystąpienia nasilonych zaparć i bolesnych defekacji. Ból przyczynia się do unikania wypróżnień, czego skutkiem są ponowne zaostrzone zaparcia [3].

Przebieg choroby Alzheimera

Wraz z rozwojem schorzenia następuje zaostrzenie nieprawidłowości poznawczych (w szczególności apraksji i agnozji) doprowadzając do niepełnosprawności pacjenta. Funkcjonowanie chorego prezentuje zachowanie człowieka z zaburzeniami wzroku (chory wykazuje takie symptomy jak: zagubienie, dezorientacja w środowisku); ma problemy z samodzielnością oraz potrzebuje pomocy osób drugich, a nawet trzecich. W kolejnych etapach przebieg rozpowszechniania patologicznych zmian na przednie obszary mózgu, powoduje problemy językowe czy też związane z przyswajaniem informacji oraz w zakresie oceny i myślenia. W diagnostyce udowodniono, iż czas początkowych symptomów do postawienia pewnej diagnozy może przebiegać nawet do 9 lat. Śmiertelność wśród pacjentów z chorobą Alzheimera równa się 8-12 lat od rozprzestrzeniania pierwszych symptomów schorzenia [4].

Stadia choroby Alzheimera

W chorobie Alzheimera odznacza się trzy stadia z poszczególnymi objawami. Granice pomiędzy wymienionymi etapami są zatarte.

1. **okres utajenia,** w którym nie występują wyraźne modyfikacje w stanie psychicznym.

2. **okres prodromalny,** w którym ukazują się symptomy psychopatologiczne nie przydzielone do obrazu klinicznego zespołu otępiennego.
3. **okres rozwiniętej choroby,** w którym można zaobserwować obecność słabiej lub mocniej wzmożonych objawów klinicznych wpisujących się w wprowadzone na świecie kryteria diagnostyczne demencji typu Alzhaimera [5].

Fazy choroby Alzheimera

W rozwój choroby Alzheimera wyłącza się trzy szczególne fazy: otępienie o nasileniu lekkim, umiarkowanym oraz głębokim.

W otępieniu o stopniu lekkim tworzą się, uszkodzenia pamięci, które nie spowalniają niezależnej sprawności chorego. Z czasem pacjenci mniej zaradnie wywiązują się ze swoich obowiązków zawodowych oraz nie zauważają napotykanych trudności. Nieprawidłowości zachowania nie są jeszcze dostrzegane, dodatkowo potrafi pojawić się depresja, drażliwość czy obojętność.

Otępienie o nasileniu umiarkowanym wyróżnia się przybierającymi zaburzeniami pamięci, które nadal pozwalają choremu na pewną samodzielność. Utrudnienia nie są już nie zauważalne dla środowiska. Kolejne uszkodzenia odnoszą się do trudności ze zrozumieniem mowy, kłopotów z wykonywaniem czynności domowych, ubieraniem się, rozpoznawaniem okolicy oraz najbliższych osób. Ponadto bardziej na sile przybierają zaburzenia zachowania, jak lęk, pogłębiona depresja, apatia, wybuchowość, kłopoty ze snem. Na tym etapie potrzebna jest opieka i pomoc osób drugich.

Na etapie otępienia głębokiego pacjent domaga się opieki osoby drugiej, przymusowa staje się ciągła pomoc pielęgnacyjna. Chory nie poznaje najbliższych, ma trudności z przywołaniem odpowiednich słów, a słownictwo jest coraz bardziej zawężone, w tym umiejętność komunikacji werbalnej znacznie pogorszona. Poważnemu uszczupleniu podlega zdolność przemieszczania się, poza tym przypuszczalnie potrafi wystąpić niepokój, pobudzenie, czy też agresywność. W ostateczności poszkodowany przestaje być świadomy [6].

Etapy choroby Alzheimera

Występuje dużo skali przedstawiających następne etapy przebiegu uszkodzeń pamięci i niesprawności funkcji poznawczych. Najlepszą możliwością do oceny jest wykorzystanie Skali Oceny Nasilenia Otępienia. Przedstawia ona nieprawidłowość funkcji poznawczych aż na siedem etapów.

Etap 1 (brak uszkodzeń) – prawidłowe funkcjonowanie jednostki. Brak kłopotów z pamięcią, orientacją, przekazywaniem informacji, spostrzeganiem rzeczywistości, codzienna sprawnością.

Etap 2 (minimalne zakłócenia) - zapominanie. Pacjentowi mogą przytrafiać się mało znaczące potknięcia oraz minimalne problemy z pamięcią oraz umiejętnościami poznawczymi. Analiza obiektywna nie wykaże nadal powstającej choroby.

Etap 3 (zauważalne pogorszenie umiejętności poznawczych) - lekkie zaburzenia poznawcze. Początkowe jasne dostrzegalne problemy. Zauważa się u pacjenta subtelne zakłócenia, niechybne problemy z pamięcią (zapodziewanie lub odstawianie w inne miejsca rzeczy osobistych), komunikacją, nieprawidłowe zachowania do okoliczności. Ukazują się wyłapane w klinicznych testach deformacje koncentracji. Pewne rozpoznanie zaburzeń pamięci jest dopiero możliwe po diagnostyce psychologicznej.

Etap 4 (początkowa faza choroby) Faza I choroby Alzheimera. Chory jest w stanie sam się ubierać, przemieszczać po okolicy, realizować codzienne obowiązki, jednak będą mu już w tym doskwierać problemy z pamięcią.

Etap 5 (średniozaawansowana choroba) Faza II choroby Alzheimera. Problemy z pamięcią są coraz bardziej uciążliwe. Zachowanie pacjenta jest nieprzewidywalne i nieadekwatne do bodźców, które na niego wpływają. Chory rzuca oskarżenia o kradzież na najbliższe osoby, gdy nie może odnaleźć swoich przedmiotów. Pobłyskujące światło oraz dotkliwe dźwięki nasilają lękliwość u poszkodowanego. Dodatkowo u pacjenta występuje objaw wędrowania. Natomiast zasób wyrazów chorego zmniejsza się i przyczynia się do powolnego wypowiadania słów i niekończenia zdań. Dosyć często u chorego dochodzi do upadków oraz zaburzeń równowagi podczas wykonywanych czynności. Tempo chodzenia staje się coraz wolniejsze, zaczynają występować drżenia i przykurcze mięśniowe. Dochodzi do większych kłopotów z samodzielnym funkcjonowaniem. W tym okresie pacjent powinien być objęty całodobową opieką, ponieważ stanowi zagrożenie dla siebie i innych.

Etap 6 (zawansowana choroba) Faza III choroby Alzheimera. Cechuje dużymi zmianami w świadomości i postepowaniu chorego. Pacjent wymaga ciągłej pomocy w najprostszych czynnościach dnia codziennego, a jego pamięć nieustannie się pogarsza. Poszkodowany przestaje odróżniać osoby z otoczenia, nawet najbliższe. Samopoczucie chorego ulega ciągłym zmianom i trudno je przewidzieć. Mowa pacjenta przestaje być wyraźna, nie rozumie tego co się do niego mówi, przytacza tylko znane sformułowania. Kolejnym kłopotem jest brak samodzielnego wstawania, siadania, spożywania posiłków. Kolejne deficyty dotyczą utraty kontroli nad procesami fizjologicznymi. Pacjent staje się osobą leżącą.

Etap 7 (końcowa faza choroby) – głębokie otępienie - okres terminalny. Rozmowa z chorym jest prawie nie możliwa, wymawia krótkie frazy oraz pojedyncze słowa, po jakimś czasie tylko pojedyncze dźwięki. Podstawowe czynności organizmu przestają prawidłowo pracować w tym szczególnie występują patologie pracy serca oraz płuc, zaburzenia koordynacji ruchowej, czy umiejętność połykania. Na tym etapie dochodzi do śmierci pacjenta [6].

Rozpoznanie choroby Alzheimera

Kryteria rozpoznawania

Przedstawia się kolejne kryteria rozpoznawania:

- ICD-10 (International *Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych),
- DMS-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* klasyfikacja NINCDS zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego),
- -ADRDA *(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and stroke; Alzheimer's Disease and Realated Disorders Association,* kryteria Narodowego Instytutu Zaburzeń Neurologicznych i Udaru oraz Stowarzyszenia Choroby Alzheimera i Innych Zaburzeń) [7].

We wszelkich klasyfikacjach kryteriów diagnozowania choroby Alzheimera obowiązkowe jest wystąpienie nieprawidłowości pamięci oraz różnych czynności poznawczych (niejednakowo przedstawia się w źródłach, o które czynności chodzi), ciągłe zaniżanie się poznawczego funkcjonowania, a także brak informacji potwierdzających odmienną przyczynę otępienia. W kryteriach ICD-10 przykłada się dużą wagę do niesprawności określonych zaburzeń poznawczych, w DSM-IV, oraz na konsekwencje jakie ponosi pacjent (brak odnajdywania się w obszarze społecznym i zawodowym), a w kryteriach NINCDS- ADRDA na przekształcenia anatomiczne, genetyczne oraz funkcjonalne. Na prawdopodobne ukazanie się uszkodzeń mowy / afazji wskazują kryteria DMS-IV i ICD-10 (w nowszej wersji DMS-IV uwzględnia się też deficyty językowe). Obie te klasyfikacje skupiają się na „przebiegłym" rozwoju choroby, jak też na potrzebie wyeliminowania uzależnienia od substancji mogących powodować otępienie. Dalej w klasyfikacji ICD-10 i NINCDS-ADRDA akcentuje się przymus występowania symptomów schorzenia przez co najmniej okres sześciu miesięcy, jak również brak objawów neurologicznych i nagłego (udarowego) rozwoju. Pomysłodawcy kryteriów DMS-IV oraz klasyfikacji NINCDS-ADRDA zwracają uwagę na ważność wykluczenia zaburzeń psychicznych przy diagnozowaniu choroby Alzheimera [8].

Badania kliniczne

Procedura diagnostyczna wymaga kilku kluczowych etapów. Osoba przeprowadzająca wywiad z chorym powinna dokładnie analizować postać skarg zgłaszanych przez pacjenta i możliwą ich niezgodność z treścią reszty informacji [9]. Skonkretyzowanie rozpoznania nozologicznego wymusza wykonanie dokładnego wywiadu. Wypada każdorazowo w przeprowadzonym wywiadzie uzyskać potwierdzenie o zgodności otrzymanych wiadomości od opiekuna lub obserwatora bezstronnego.

Informacje zdobyte od opiekuna są bardzo ważne dla rozpoznania jednostki choroby. Przenikliwa i dostateczna strategia zebrania wywiadu z osobą odpowiedzialną za pacjenta pozwala na konkretyzację pozyskiwanych informacji od chorego i nie raz jest jedynym źródłem pozwalającym na uzyskanie obrazu o cierpiącym, zwłaszcza gdy jest on w głębokim stadium otępienia [9]. Wywiad obejmuje pytania odnoszące się do pojawiania się w rodzinie różnych nieprawidłowości pamięci. Priorytetowe jest potwierdzenie, czy u pacjenta występują przewlekłe choroby z niezmiernym wyróżnieniem nieprawidłowych wartości lipidogramu, migotania przedsionków, choroby wieńcowej, cukrzycy i nadciśnienia tętniczego. Ważne są także informacje czy poszkodowany przeszedł chorobę nowotworową, uraz głowy oraz czy jest uzależniony od nikotyny i alkoholu. Niezbędna jest wiedza czy pacjent przebył zabiegi chirurgiczne w znieczuleniu ogólnym w najbliższych latach. Nie można pominąć takich punktów jak zaburzenia snu, czy problemy psychiczne. Dodatkowo należy zdefiniować czyż pacjent nadal prowadzi samochód. Najważniejsze jest jednak uzyskanie wiadomości o życiu codziennym chorego: jego możliwościach w codziennym funkcjonowaniu, pracy zawodowej, finansach oraz czy dalej kontynuuje swoje pasje, odnajduje się w środowisku społecznym. Analiza poznawczego funkcjonowania w stosunku do określonej metody może stanowić bazę wiedzy o możliwości wystąpienia otępienia, jego postaci oraz poziomu nasilenia. Dalej pozwala na możliwość obserwowania efektów leczenia, weryfikowanie postępu rozwoju choroby i przewidywania następnych symptomów [9].

Badania neuropsychologiczne

Neuropsychologiczne badania pomagają w wykryciu początkowych objawów otępienia na bazie psychometrycznych badań, niezastąpionych do analizy rozwoju schorzenia. Do najpowszechniej wykorzystywanych narzędzi badań psychologicznych posiadających wartość przesiewową i ułatwiającą szybkie wykrycie otępienia należą; Skala oceny deterioracji poznawczej (*Clinical Dementia Rating* – CDR) i Krótka skala oceny aktywności poznawczej (*Min*i - *Mental State Examination* – MMSE).

Skala MMSE pomaga w analizie znajomości allopsychicznej, przyswojenia wyrazów, liczenia oraz koncentracji, odświeżania informacji po roku czasu, realizowania wytycznych, praksji konstrukcyjnej i pisania. Punkty są przyznawane za poprawne odpowiedzi oraz dobrze zrealizowane polecenia. Największy dopuszczalny do zdobycia rezultat to 30 punktów. Wynik uznawany za prawidłowy to 26 punktów i dalej. Osiągniecie w zakresie 24-27 punktów obrazuje nieprawidłowości poznawcze nie obarczone otępieniem. Do wykonywania dalszych działań diagnostycznych przyczynia się wynik poniżej 24 punktów, który uświadamia o występowaniu zespołu otępiennego. Technika realizowania wyznaczonych zadań jest uzależniona od wieku, edukacji pacjenta oraz wykonywanej pracy zawodowej. Ogólnie rzecz biorąc kliniczne powinno wykorzystywać się dopracowany wynik MMSE, rozwiązanie uzyskuje się wg wzoru: udoskonalony wynik = wynik MMSE- [0,471 x (lata nauki - 12) + 0,31 x (70 - wiek)].

Skala CDR analizuje otępienie niezależnie od przyczyny i ułatwia oszacowanie funkcjonowania w takich płaszczyznach, jak orientacja, pamięć, rozważanie i rozwiązywanie napotkanych trudności, kontynuowanie swoich pasji, odnajdywanie się w środowisku społecznym, a także ogólną samodzielność chorego. Konieczne jest uzyskanie precyzyjnego wywiadu z opiekunem chorego oraz nim samym. Otrzymana wartość oszacowuje nasilenie uszkodzeń pojawiających się u pacjenta w ocenie z poziomem życia w czasie poprzedzającym rozwój choroby. Rezultat 0 informuje o braku nieprawidłowości, 0.5 - pokazuje minimalne zaburzenia (MCI) lub definiuje brak pewności co do wyniku i potrzebę uzupełnienia informacji, 1- otępienie łagodne, 2 – otępienie umiarkowane, 3 otępienie zawansowane [7].

Test rysowania zegara jest przeznaczony do porównania czynności wzrokowo – przestrzennych uzależnionych od kory skroniowo – ciemieniowej oraz płata czołowego [10]. Test jest zalecany jako dopełnienie skali MMSE – z racji na przestronną bardziej skomplikowaną konstruktywnie postać i możliwość wykonania wstępnej analizy czynności wykonawczej. Chory zostaje poproszony o narysowanie tarczy zegara oraz uzupełnienie jej liczbami oznaczającymi godziny. Duża część dostępnych propozycji testu obejmuje zaznaczenie prawidłowymi wskazówkami godziny podyktowanej przez badającego [11].

Prócz ustalenia występowania lub niewystępowania otępienia bada się sprawność chorego w codziennym funkcjonowaniu, co ułatwia dalsze określenie potrzeb pacjenta w obszarze opieki. Najpełniej można uzyskać informacje w czasie wywiadu, ale też zakres możliwości daje kwestionariusz FAQ (Functional Aactivity Questionnaire, Kwestionariusz Aktywności funkcjonalnej) oraz kwestionariusz AD8 (Dementia Screening Interview,

Kwestionariusz przesiewowy w Kierunku Otępienia), posiadają one zakres pytań o istotne problemy w codziennym funkcjonowaniu z chorobą Alzheimera [9].

Badania biochemiczne i genetyczne

Zanim chory pojawi się u specjalisty jest zobowiązany do przejścia badań, które mogłyby wskazać inne przyczyny uszkadzania neuronów niż degeneracja alzheimerowska. Do tych czynności zalicza się badania stężenia witamin z grupy B, D3 czy też sprawdzające pracę nerek, tarczycy i wątroby, potwierdzające astmę, bezdech śródsenny. Aby wyeliminować chorobę Creutzfeldta – Jacoba wykonuje się pomiar płynu mózgowo-rdzeniowego – rozwój schorzenia potwierdza występowanie białka 14-3-3. Przeprowadzenie badania płynu mózgowo- rdzeniowego pozwala na zaprzeczenie inicjowania się procesów zapalnych obejmujących autoimmunologiczne oraz patologie paranowotworowe. Wyznaczenie stężeń białka tau oraz Aβ u społeczeństwa mającego symptomy dokonuje się sporadycznie, jedynie, gdy nozologiczne zdiagnozowanie przystwarza duże problemy. Prowadzona diagnostyka stanu pacjentów polega nie tylko na oznaczaniu zawartości biomarkerów przeprowadzanych metodami immunoenzymatycznymi, ale dodatkowo wykorzystuje się testy genetyczne i możliwości neuroobrazowania mózgu [12].

Badania genetyczne zawężają się do odnajdywania trzech typowych mutacji jednogenowych w obszarze genów APP jak również presenilin 1 oraz 2. Nie należy zapominać, iż przedstawione mutacje są źródłem rozwoju choroby Alzheimera tylko w 1.5% większości sytuacji, a w dalszej części 5-10% przypadków o początkowym rozwoju (powyżej 60 lat) jest dużą niecodziennością w środowisku medycznym. Przeprowadzanie badań w sytuacjach epizodycznych nie ma wartości diagnostycznej. Istnieje brak realnych rozporządzeń dla oznaczenia APO E polimorfizmu u pacjentów posiadających symptomy, z uwagi na fakt, iż określenie dwu alleli ε4 nie decyduje o diagnozie- jako jedyny czynnik tworzy tylko wiedzę pomocniczą. Funkcjonalne wskazówki dotyczące doboru badań diagnostycznych występują w wytycznych EFNS (*European Federation of Neurological Societies,* Europejska Federacja Towarzystw Neurologicznych) z 2010 roku, gdzie wbrew upływu czasu nadal są wykorzystywane w praktyce codziennej [12].

Badania neuroobrazowe

Badanie tomografii komputerowej (TK) jest jednym z tych badań, które wykonuje się u osób z podejrzeniem choroby Alzheimera. Badanie to może wyeliminować inne przyczyny diagnozowanego klinicznie otępienia, przykładowo: występującej jamy poudarowej

(zdarza się, że jest to chroniczny krwiak podtwardówkowy), guza mózgu. Warto wiedzieć, iż analiza zaniku w TK jest mocno przypuszczalna oraz nieodgadniona. Badanie strukturalne rezonansem magnetycznym (RM) pozwala już na bardziej dokładne rozpoznanie. Używając tej metody jesteśmy w stanie zdefiniować nie tylko występowanie zaniku mózgu, a także scharakteryzować jego rozwój i zakres rozmieszczenia. Zanik w chorobie Alzheimera najpowszechniej obejmuje obszary istoty szarej płatów skroniowych i czołowych z najintensywniej odzwierciedlonym zanikiem hipokampu. W pierwszych etapach zanik odnosi się do półkuli dominującej, gdzie z dalszym narastaniem schorzenia zanika asymetria. Rezonans magnetyczny dopuszcza analizę współfunkcjonujących naczyniopochodnych zmian w formie minimalnych nieprawidłowości lakunarnych leukoarajozy i jam poudarowych.

W miarę szybkie zdiagnozowanie procesu chorobliwego odbywającego się w mózgu będącego przyczyną otępienia ułatwiają badania czynnościowe mające przewagę nad badaniami strukturalnymi. Badania czynnościowe wymagają jednak większego nakładu pieniędzy co przekłada się ograniczony dostęp do tej metody diagnozowania. Badaniem łatwiej dostępnym jest SPECT (*single-photon emission computed tomograpphy*, tomografia emisyjna pojedynczych fotonów), która przedstawia nieprawidłowości mózgowego przepływu i PET (*positron emission tomograpphy*, pozytonowa tomografia emisyjna) pozwalająca na oszacowanie ubytku metabolicznego glukozy, oraz spektroskopia rezonansu magnetycznego, pomocna w początkowej fazie choroby. Badania czynnościowe prezentują w powszechnym obrazie choroby Alzheimera zmniejszenie przepływu (SPECT) i uszkodzenie wykorzystania glukozy (PET) na styku skroni i ciemienia [5].

Leczenie

Leki stosowane w chorobie Alzheimera

Farmakoterapia w chorobie Alzheimera uzależniona jest od stopnia postępu schorzenia oraz występujących objawów. Preparaty podawane we wczesnej i średniozaawansowanej fazie choroby to inhibitory acetylocholinoesterazy, odpowiadające za spowolnienie tępa rozwoju choroby. Należą do nich w szczególności: donepezil, galantamina oraz riwastygmina, jednakże w głębokim stadium wykorzystywana jest Memantyna, która odpowiada za spowolnienie przekaźnictwa glutaminergicznego [13].

Nowe strategie leczenia choroby Alzheimera

Nowe koncepcje terapii zespołu Alzheimera koncentrują się na źródle oraz przemianie przebiegu przypadłości. Efektywność takiego leczenia jest najskuteczniejsza we wczesnym

etapie choroby. Powszechna forma leczenia wyłącznie osłabia symptomy. Z tego powodu prowadzone są badania nad wynalezieniem leczenia przyczynowego. Na razie strategia obejmuje immunoterapię, a także wyłączanie nadmiaru β-amyloidu z organizmu [14].

Inne prace skupiają się na aktywacji inicjonowania impulsów neurotroficznych, uwzględniając dostarczenie ich za pomocą wektorów wirusowych. Podanie leku o nazwie cerebrolizyna ma być jedną z możliwości terapii genowej. W ostatnich latach po przeprowadzeniu licznych badań potwierdzono skuteczność leku w otępieniu alzheimerowskim identyczną do uzyskanych rezultatów inhibitorów cholinoesterazy [15].

Doustny preparat odżywczy- Souvenaid

Standardową formę leczenia mogą dopełnić unikalne interwencje dietetyczne, wpływające pozytywnie na zmiany w zakresie neuroprzekaźnictwa. Do tych działań należy wyszukany doustny preparat odżywczy Souvenaid, składający się z kombinacji składników odżywczych – Fortasyn Connect ™ pomagającej wytwarzać nowe połączenia synaptyczne [15]. Doustny preparat odżywczy to szczególna forma medycznej żywności przydzielona do wsparcia żywieniowego pacjentów podatnych na niedożywienie albo niedożywionych przeznaczona do użytkowania pod kontrolą wykwalifikowanego personelu medycznego.

Z uzyskanych danych wiadomo, że na zaburzenia poznawcze w łagodnej i zawansowanej fazie otępienia choroby Alzheimera preparat jest bezpieczny i działa pomocniczo. Wynik potwierdzono w polskich pracach badawczych z uczestnictwem 12 osób oraz w randomizowanych, wieloośrodkowych, europejskich badaniach z podwójną ślepą próbą [15]. Z kolei u pacjentów w bardziej zaawansowanej fazie choroby skuteczność preparatu na funkcje poznawcze jest niewielka, ponadto pozwala na utrzymanie odpowiedniej ilości składników odżywczych w organizmie pacjenta. Ciągnąca się około dwóch lat faza prac potwierdza, iż preparat jest bezpieczny a postać oraz łatwość przyjmowania mogą działać korzystnie na stan odżywiania pacjenta z chorobą Alzheimera, jednak na ostateczne rezultaty nadal trzeba jeszcze czekać [13, 14].

Odziaływania niefarmakologiczne w otępieniu

Oddziaływania niefarmakologiczne takie jak np. terapia reminiscencyjna, treningi wielowymiarowe mają duży wpływ na leczenie pacjentów z otępieniem. Przeprowadzanie zróżnicowanych form zajęć, oprócz samego mobilizowania chorych z otępieniem wpływa, także pobudzająco na zachowane jeszcze czynności poznawcze, podtrzymuje zdolności praktyczne, polepsza stan psychiczny o oraz uspokaja nieprawidłowe zachowania.

Wyróżnia się następujące metody oddziaływań niefarmakologicznych:

- ✓ **Treningi wielowymiarowe** poprawiające przebieg takich zdolności poznawczych jak: pamięć, planowanie, analiza, koncentracja czy rozstrzyganie problemów za pośrednictwem komputerowych programów rehabilitacji neuropsychologicznej.
- ✓ **Trening orientacji w rzeczywistości:** wpływa pozytywnie na odnajdywanie się chorego w otaczającym go środowisku.
- ✓ **Terapia reminiscencyjna** pomaga przywracać wspomnienia z wcześniejszych etapów życia.
- ✓ **Muzykoterapia** jest dla ludzi z otępieniem nietypowym czynnikiem stymulacji, ułatwiającym zaspokojenie chęci uczestnictwa, we wspólnych, łatwych do realizacji zadaniach, może również uspokajać zaburzenia zachowania i polepszać stan psychiczny chorego.
- ✓ **Terapia przez sztukę** umożliwia w sposób pozawerbalny wyrazić emocje, daje satysfakcję oraz ułatwia nawiązanie kontaktów społecznych, a także stymuluje dobrze działające obszary mózgu.
- ✓ **Terapia ruchowa** działa pozytywnie na stan somatyczny, obniża ryzyko zachorowania na określone choroby (np. cukrzycę, chorobę wieńcową i osteoporozę) przeciwdziała upadkom, zaburzeniom równowagi, wydłuża okres samodzielności oraz sprawności fizycznej. Ćwiczenia fizyczne poprawiają pracę jelit i dzięki temu zapobiegają zaparciom. Uspokajają i ograniczają częstość występowania lęku, niepokoju i wędrowania [5].

Dieta w chorobie Alzheimera

Naukowcy opracowali współczesny model odżywiania dla osób z chorobą Alzheimera tzw. dietę MIND (*Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay,* dieta odżywiająca umysł, zapobiegająca chorobom neurodegeneracyjnym i zmniejszająca ich progresję). Nowa odmiana żywienia, dieta MIND korzysta z żywności nieprzetworzonej bazując zasadniczo na produktach roślinnych, co oznacza wyeliminowanie z niej nasyconych kwasów tłuszczowych oraz mięsa. Na podstawie badań kohortowych wiadomo, że duży wpływ na funkcje poznawcze mają warzywa zieleniste (z uwagi na posiadanie większej ilości antyoksydantów w zestawieniu z innymi warzywami). Opierając się na powyższych informacjach nowa dieta zaleca spożywanie: kapusty, jarmużu, sałaty czy szpinaku. Najlepsze efekty uzyskuje się zjadając sześć porcji wymienionych wcześniej warzyw tygodniowo.

Zalecane owoce do spożycia w opisywanej diecie to: czarne jagody oraz truskawki. Zasugerowano, także jadanie niesmażonych ryb i niesmażonego chudego mięsa. Wzięto również pod uwagę częste spożycie orzechów- zalecane jest pięć porcji tygodniowo.

Podstawą diety MIND jest grupa piętnastu produktów, w czym dziesięć jest rekomendowanych do regularnego spożywania. Są to:

- Pierwsza grupa: zielonoliściaste warzywa,
- Druga grupa: inne warzywa,
- Trzecia grupa: migdały i orzechy,
- Czwarta grupa: owoce jagodowe,
- Piąta grupa: fasola czerwona i biała,
- Szósta grupa: pełnoziarniste produkty
- Siódma grupa: mięso drobiowe (gotowane, pieczone)
- Ósma grupa: ryby i owoce morza (gotowane, pieczone)
- Dziewiąta grupa: oliwa z oliwek
- Dziesiąta grupa: wino

Pozostała piątka produktów nierekomendowanych, które powinno się spożywać tylko okazjonalnie to m. in.:

- Jedenasta grupa: mięso czerwone
- Dwunasta grupa: sery tłuste,
- Trzynasta grupa: margaryna i masło,
- Czternasta grupa: słodycze i ciasta,
- Piętnasta grupa: produkty typu Fast- food i smażone.

Naukowcy opracowali zestawienie diety MIND na podstawie regularności spożywania piętnastu grup produktów [16].

PODSUMOWANIE

Sprawowanie opieki przez opiekuna nad pacjentem z chorobą Alzheimera jest bardzo obciążające. W zawansowanym stadium choroby pełniona opieka trwa przez całą dobę [17]. Wywiązywanie się z obowiązków opiekuńczych prowadzi u najbliższych chorego do zmniejszonej ilości spotkań towarzyskich, przekłada się na odizolowanie społeczne, jak też brak odczuwania jakiegokolwiek szczęścia ze spotkań z innymi ludźmi. Do kolejnych skutków zbyt dużego obciążenia opiekunów pacjenta należą kłopoty z ich zdrowiem, czy nawet śmierć [18]. Poczucie zbyt dużej odpowiedzialności u tych osób powoduje pogorszenie stopnia

sprawowanej opieki, a nawet przemoc wobec chorego. Z tego powodu odpowiednia sprawność psychiczna jaki i somatyczna rodziny pacjenta przekłada się na zminimalizowanie poczucia obciążenia powiązanego z pełnioną opieką [19].

PIŚMIENNICTWO

1. Gaweł M., Potulska-Chromik A.: Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. Postępy Nauk Medycznych, 2015, 7, 468-476.
2. Matyjasek A.: Korelacja zaburzeń poznawczych i językowych w chorobie Alzheimera. Neurolingwistyka Praktyczna, 2015, 1, 91-103
3. Gaweł M.: Zespoły otępienne: choroba Alzheimera, otępienie naczyniopochodne, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego. Podstawy kliniczne [w:] Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne, Jaracz K., Domitrz I. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, 339-364.
4. Winkel I., Lewczuk P., Zboch M., Żelwetro A.: Wzrokowy nietypowy wariant choroby Alzheimera (posteriol cortical atrophy). Polski Przegląd Neurologiczny, 2014, 10 (2), 83-87.
5. Parnowski T. (red.): Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
6. Szumilas K., Szumilas P., Kłódka D. i wsp.: Metody oddziaływań niefarmakologicznych u pacjentów z chorobą Alzheimera [w:] Horyzonty współczesnej terapii, Borowicz A. M., Osińska M. (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii, Poznań 2016, 181-193.
7. Leszek J.: Rozpoznawanie i leczenie choroby Alzheimera [w:] Psychiatria w geriatrii, Heitzman J. (red.). Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018, 35-52.
8. Pirosz-Potocka K.: Zaburzenia mowy we wczesnej fazie choroby Alzheimera. Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2019.
9. Barczak A.: Wczesne rozpoznanie choroby Alzheimera. Pediatria Medycyna Rodzinna, 2018, 14 (2), 157-166
10. Hausz-Piskorz B., Buczkowski K.: Diagnostyka i leczenie choroby Alzheimera w warunkach praktyki lekarza rodzinnego. Forum Medycyny Rodzinnej, 2013, 7 (4), 198-207.

11. Wójcik D., Szczechowiak K.: Wybrane wersje testu rysowania zegara w praktyce klinicznej – analiza porównawcza ilościowych i jakościowych systemów oceny. Aktualności Neurologiczne, 2019, 19 (2), 83-90.
12. Gartych M., Bukowska D.: Biomarkery płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobie Alzheimera. KOSMOS, 2020, 67 (4), 863-874.
13. Młynarczyk R., Bochon B., Piontek A., Kunert Ł., Sobiś J., Gorczyca P. W.: Nowe strategie leczenia. Psychiatry, 2016, 13, 4, 2010-2014.
14. Sławek J.: Cerebrolizyna- ocena skuteczności i bezpieczeństwa w leczeniu otępienia alzheimerowskiego oraz naczyniowego. Polski Przegląd Neurologiczny, 2017, 13 (3), 150-157.
15. Barczak A.: Skuteczność kliniczna doustnego preparatu Souvenaid jako wsparcia niefarmakologicznego osób z chorobą Alzheimera-przegląd badań. Aktualności Neurologiczne, 2017, 17 (2), 115-120.
16. Kaluźniak A., Krzymińska Siemaszko R., Wieczorowska-Tobis K.: Wpływ diety na zachowanie sprawności funkcji poznawczych przez osoby starsze-możliwości zdrowotne wynikające ze stosowania diety MIND. Geriatria, 2018, 12, 110-116.
17. Szluz B.: Rodzinny wymiar troski-rola opiekuna osoby z chorobą Alzheimera. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2017, 30 (4), 147-157.
18. Szala N., Potemkowski A.: Sytuacja Polskich opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera. Polski Przegląd Neurologiczny, 2018, 14 (2), 75-80.
19. Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A.: Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. Gerontologia Polska, 2014, 22 (1), 14-23.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Klimaszewska Krystyna[1], Jastrzębska Izabela[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Wyjaśnienie definicji otępienia

WHO definiuje otępienie jako kompleks objawów, który został dokonany przez nieprawidłową pracę mózgu, najczęściej chroniczną albo o progresywnym rozwoju cechującą się klinicznie wieloma uszkodzeniami przeważających czynności poznawczych: takich jak zapamiętywanie, rozważanie, orientacja, rozmyślanie, obliczanie, uczenie się, mówienie, obserwowanie. Niesprawność emocjonalna, zachowania i motywacji często współwystępuje czy nawet wyprzedza wyżej wymienione problemy. Powtarzalność choroby zauważalnie wzrasta wraz z wiekiem [1].

Choroba Alzheimera

Przeważającym powodem otępienia jest choroba Alzheimera. Pierwsze symptomy, które stają się zauważalne to obojętność chorego na świat zewnętrzny oraz spadek napięcia psychoruchowego. Dochodzi do obniżenia sprawności radzenia sobie z czynnościami wiążącymi się jeszcze z wykonywanym zawodem. Chory rezygnuje z ważnych dla niego pasji, przemienia się w osobę zobojętniałą. Następuje progresywny spadek możliwości zapamiętywania. Bardzo szybko utracie podlegają bieżące informacje. Po jakimś czasie obszar zapominanych zdarzeń ulega znacznemu poszerzeniu. Obecna na początku świadomość choroby z upływem czasu jest nieuchwytna. Pacjent ma problemy z codziennym funkcjonowaniem. Dodatkowo ukazuje się agitacja, której współtowarzyszą daremne działania. Majaczenie staje się kolejnym symptomem tej choroby. Po pewnym okresie przypadłość ta doprowadza do śmierci pacjenta [2].

Epidemiologia

Szczególne podłoże otępienia na świecie stanowi choroba Alzheimera. Cierpiący na AD ustanawiają 310 000 z 0,5 mln dotkniętych odmiennymi postaciami otępienia w Polsce. Zachorowalność na AD w środowisku osób 65 – 69 lat równa się 2 – 3 / 1000 osób / rok, a także większy wzrost w populacji 85 – 89 lat wynosi 37 – 40 / 1000 osób / rok. W Odstępie co 5 lat życia podwaja się liczba zapadalności na AD wśród społeczeństwa w okresie 65 – 85 lat. Współcześnie AD przechodzi 47 mln ludzi, a liczba ta będzie rosła biorąc pod uwagę zmiany demograficzne zachodzące obecnie na świecie [3].

Etiologia i czynniki ryzyka

Podłoże chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Decydującym źródłem rozwoju choroby jest środowisko i sposób życia oraz wpływ genów ryzyka [4]. Najczęściej choroba Alzheimera to incydent sporadyczny, rzadko się zdarza, aby schorzenie było dziedziczne. W rozwoju choroby dla wczesnej fazy dużą funkcje wykonują m.in. mutacje w zasięgu genu dla prekursora APP i preseniliny I oraz II. Późna faza choroby Alzheimera jest uwarunkowana przez gen apolipoproteiny. Zaniżony wiek wpadania w chorobę, a także podwyższona skłonność zachorowania są skutkiem występowania pary E4-E4 [5]. Odczynniki które mogą mieć wpływ na rozwój nieprawidłowości to: benzotropina, olanzapina, paroksetyna, alkohol, benzodiazepiny, metale ciężkie, alkohol czy narkotyki, jak również nadmierna fosforylacja białka tau, czy dodatkowo wedle naukowców obniżona synteza acetylocholiny [6].

Do znacznego zestawu czynników ryzyka choroby Alzheimera należy przypisać:

- obecność zespołu Downa w rodzinie,
- nieleczone nadciśnienie tętnicze po 40 lub 50 roku życia stwierdzone w przeprowadzonym wywiadzie,
- duża wartość cholesterolu w przeprowadzonym wywiadzie po 40 i 50 roku życia,
- cukrzyca lub zespół metaboliczny występujący u pacjenta,
- otyłość z bezdechem sennym lub bez niego,
- nauka trwająca mniej niż 12 lat,
- przebyty uraz czy uraz głowy [7].

Patogeneza

Za najbardziej znaną koncepcje choroby Alzheimera uważa się idę „kaskady amyloidowej'' zgodnie, z którą początkową przyczyną jest kumulowanie się w mózgu

nierozwiązywalnych i opornych na rozpad białka form peptydu Aβ, skutkiem czego ma być kolejność zajść doprowadzających do uśmiercenia neuronów, a także rozwinięcia objawów klinicznych choroby. Ważną wartość przydziela się również funkcji toksycznych oligomerów peptydu Aβ. Problemy z układem cholinergicznym są przypisywane jako skutek działania Aβ, co zezwala na dopełnienie cholinergicznej teorii choroby. O charakterze drugorzędnym co do amyloidozy trzeba traktować takie zjawiska jak zwiększona wartość stresu oksydacyjnego, przewlekła odpowiedź zapalna, tworzenie zaburzonych kanałów janowych i wychwytywanie w chorobie Alzheimera nieprawidłowości w neurotransmisji, a także przekaźnikach drugiej kategorii. Funkcja Aβ w patomechanizmie choroby Alzheimera nie stanowi już niepewności w przypadkach rodzinnych o potwierdzonych chociaż częściowo niesprawnościach genetycznych, z czego przeważająca część powoduje modyfikacje metabolizmu prekursora amyloidu β w stronę prezentowania ukształtowanych długotrwałych mocniejszych „amyloidogennych'' postaci peptydu Aβ [8].

Nadal trwają wyjaśnienia rozważania jak dochodzi do znikomych przekształceń konformacyjnych postaci poprawnej, naturalnie aktywnej cząsteczki białka np. peptydu typu Aβ i jej przemiany w fibrylarny depozyt mózgowy. Kolejną nie wiadomą stanowi informacja na jakim poziomie tworzenia rozmaitych białkowych produktów rozpadu białka APP, a także peptydu Aβ dokonuje się przemiana właściwej formy w nieprawidłową, ponieważ jest niekorzystna dla neuronów. Nie są jeszcze znane fakty biodystrybucji tych przemian w płynach i strukturach mózgu. Wznowione poszukiwania dostarczają nowe wiadomości obejmujące biologię różnych peptydów będących wynikiem degradacji białka APP [9].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Analiza stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej pacjenta objętego leczeniem szpitalnym.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z rozpoznaniem otępienia typu alzheimerowskiego.
3. Ustalenie indywidualnego procesu pielęgnowania.
4. Opracowanie wskazówek do dalszej pielęgnacji nad osobą dotkniętą chorobą Alzheimera.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pacjenta J.C., w wieku 73 letni przebywającym w Oddziale Psychogeriatrii w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. Stanisława Deresza w Choroszczy z rozpoznaniem otępienia typu alzheimerowskiego z późnym początkiem.

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Materiał zgromadzono na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej, pomiaru oraz wybranych narzędzi. Do oceny podstawowych czynności życia codziennego pacjenta wykorzystano skalę Barthel. Ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn przeanalizowano na podstawie skali Norton. Do analizy stanu odżywiania wykorzystano kwestionariusz Mini Nutritional Assessment (MNA). Do oceny stopnia zaburzeń poznawczych użyto test Mini-Mental State Examination (MMSE).

Metody i źródła gromadzenia danych

Wstępne dane o pacjencie muszą być zebrane jak najszybciej i zawierać informacje (obiektywne, subiektywne) o stanie biologicznym, psychicznym, socjoekonomicznym i duchownym pacjenta oraz jego rodziny. Podczas uzyskiwania danych bazuje się na różnych technikach. Najczęściej używaną formą jest **wywiad pielęgniarski**. Wywiad powinien być przeprowadzony według ustalonego schematu, mającego na celu zebranie jak największej ilości informacji o samym chorym, jego rodzinie i otoczeniu, jak też obecnym stanie zdrowia. W czasie zbieranego wywiadu powinno się porozumiewać prostym i zrozumiałym językiem dla pacjenta, oraz zagwarantować optymalne warunki.

Kolejną metodą umożliwiającą uzupełnienie czy, sprawdzenie danych zgromadzonych innymi metodami jest **obserwacja.** Jest ona opisywana jako zamierzone i cykliczne spostrzeganie nakierowane na gromadzenie konkretnych prawidłowości.

Metodami zbierania danych, są także: **analiza dokumentacji medycznej** oraz **analiza informacji zdobytych od innych specjalistów** pełniących opiekę nad chorym, **badanie fizykalne** (w obrębie kompetencji pielęgniarki) pomagające w ocenie działania poszczególnych narządów i ich układów, oraz pomiary różnorodnych parametrów (np. ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, stężenia glukozy we krwi).

Proces pielęgnowania

Proces pielęgnowania jest naukową metodą pielęgnowania pacjenta, gwarantującą planową, stałą i niepowtarzalną opiekę nad pacjentem. Proces pielęgnowania pozwala na

niezależne działanie celem rozpoznania problemów chorego i jego najbliższych, jak również wyszukania odpowiednich strategii zaspokojenia potrzeb, oraz ich analizę.

We wczesnych opracowaniach, gdzie występuje proces pielęgnowania pisany metodą klasyczną wyszczególnia się cztery etapy: rozpoznanie sytuacji pacjenta i środowiska, w którym funkcjonuje, planowanie opieki nad pacjentem, jak i jego środowiskiem, realizację planu pielęgnowania oraz analizę postanowionych działań.

W najnowszych publikacjach według standardu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek wyszczególnia się pięć etapów procesu pielęgnowania takich jak: gromadzenie danych, diagnozę pielęgniarską, planowanie opieki, realizację planu i ocenę.

WYNIKI

Opis indywidualnego przypadku

Pacjent J. C. lat 73, od sześciu lat leczony na chorobę Alzheimera, został przyjęty do Oddziału Psychogeriatrii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. Stanisława Deresza w Choroszczy w dniu 10.03.2021r. z powodu nasilenia objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania.

Pacjent mieszkaniec małej miejscowości od kilku lat mieszka ze starszą córką, zięciem i wnukami w domu jednorodzinnym. Trzy lata temu na zawał serca, zmarła żona chorego. Po śmierci małżonki jego stan uległ pogorszeniu.

Pierwsze symptomy, które zdecydowały o skierowaniu pacjenta w 2015 roku do Poradni Zdrowia Psychicznego przez lekarza rodzinnego to zaniki pamięci, trudności z wypowiadaniem słów oraz stan zobojętnienia. Przeprowadzony test MMSE wykazywał obecność procesu otępiennego – lekkiego stopnia. W badaniu tomografii komputerowej (TK) dostrzeżono obecność zaników korowych półkul mózgu.

W trakcie pobytu na oddziale, w niektórych momentach u pacjenta występowała agresja słowna i fizyczna, jak też złudzenia i omamy. Dodatkowo dostrzegalne były u niego problemy z orientacją oraz ograniczoną świadomością, co do czasu i miejsca, w którym przebywa. Ponadto chory przejawiał trudności z wykonywaniem poleceń, a także udzielaniem odpowiedzi na zadane pytania. Zauważalne stały się problemy z przypominaniem wyrazów, a wypowiedzi były ograniczone do pojedynczych prostych zdań. Nie rozpoznawał osób z otoczenia (w tym najbliższej rodziny- miał jednak świadomość, iż są to osoby najbliższe). Większość dnia chory przesypiał, przez co w nocy występowały u niego problemy z zasypianiem. Pacjent wymagał przygotowania posiłków, wsparcia w przemieszczaniu się oraz w ubieraniu, a także

kontrolowanego podawania leków. W sytuacji prób pomocy przy czynnościach higienicznych chory szybko się denerwował i stawał opryskliwy.

Wykonano komplet badań (badania laboratoryjne krwi, EKG serca, badania neurologiczne) z czego wyniki badań krwi mieszczą się w wartościach prawidłowych, a badanie neurologiczne nie ukazało symptomów zwyrodnieniowych ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Stan odżywiania pacjenta oceniono na 19 punktów – zagrożenie niedożywieniem według kwestionariusza oceny stopnia odżywiania Mini Nutritional Assessment (MNA). Ocenę sprawności chorego na podstawie skali Barthel zlustrowano na 40 punktów.

Z przeprowadzonego wywiadu z córką pacjenta wiadomo, iż w ostatnich kilku miesiącach pacjent stracił na wadze około 5 kg. Z dalszych informacji wiadomo o dyskomforcie chorego związanym z zaparciami. Przyczyną tego objawu mogła być zmniejszona ilość posiłków przyjmowanych w ostatnim czasie.

Aktualna ocena pacjenta

Wzrost – 170, masa ciała- 57 kg (BMI-19,7), poziom glukozy we krwi – 80 mg%, temperatura ciała 36,7°C.

Układ krążenia: praca serca prawidłowa, ciśnienie tętnicze: 108/67 mm Hg, tętno 56/min.

Układ oddechowy: liczba oddechów – 26u/min, oddechy prawidłowe.

Układ pokarmowy: występuje suchość w jamie ustnej, chory odżywia się doustnie, posiłki lekkostrawne oraz rozdrobnione, ponieważ okresami występują u niego kłopoty z połykaniem. W ostatnim czasie u pacjenta widnieje obniżone łaknienie.

Układ moczowo-płciowy: budowa prawidłowa, pacjent nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych.

Skóra: skóra sucha i bibułkowata o zmniejszonej sprężystości, odleżyna II stopnia na kości biodrowej, ryzyko rozwoju odleżyn według skali Norton – 12 punktów.

Układ ruchu: u pacjenta występuje niewielkie pochylenie sylwetki do przodu, ograniczona ruchomość w stawach kończyn górnych, ogólny spadek sprawności fizycznej.

Układ nerwowy: Test MMSE: 11 punktów – otępienie umiarkowanego stopnia (górna granica), kontakt z chorym utrudniony, okresowe zachowania agresywne, jak i objawy psychotyczne.

Narządy zmysłów: nieprawidłowa ostrość widzenia, słuch prawidłowy.

Leczenie

- Haloperidol tabletki, Relanium tabletki**,** Nilogrin tabletki**,** Cogiton tabletki
- Lactulose-MIP syrop
- Argosulfan krem.

Indywidualny plan opieki

Problem pielęgnacyjny I: Okresowe agresywne zachowania chorego wobec otoczenia.

Cel: Uspokojenie pacjenta, a także ograniczenie epizodów zaostrzenia agresji.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka wybuchu agresji,
- Rozpoznanie powodów agresji i im zapobieganie,
- Odwracanie uwagi pacjenta od sytuacji, która spowodowała nieprawidłowe zachowanie,
- Przemawianie do chorego w sposób spokojny, rzeczowy oraz niepodnoszenie głosu,
- Ograniczenie zbyt dużej gestykulacji,
- Nieutrzymywanie z chorym ciągłego kontaktu wzrokowego,
- Nienaruszanie przestrzeni osobistej chorego,
- Zapewnienie pacjentowi stałego harmonogramu dnia,
- Zadbanie o własne bezpieczeństwo i chorego poprzez zachowanie odpowiedniego dystansu, czy też eliminacje niebezpiecznych przedmiotów,
- Zapowiadanie, jak również uświadamianie pacjenta o przeprowadzanych czynnościach,
- Udział w farmakoterapii.

Ocena: Ograniczono występowanie agresywnych zachowań, pacjent jest spokojniejszy.

Problem pielęgnacyjny II: Zachowania ujawniające symptomy psychotyczne.

Cel: Zmniejszenie objawów psychotycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nawiązanie kontaktu z chorym,
- Spokojne i taktowne odnoszenie się do pacjenta,
- Kontrolowanie stanu pacjenta, czy nic mu nie zagraża oraz zapewnienie wsparcia,
- Skłanianie chorego do wyjawienia przeżyć, niezgadzanie się z nimi, jednak niekwestionowanie urojeń a przedstawianie rzeczywistości,
- Odwracanie uwagi,
- Podawanie leków na zlecenie lekarza.

Ocena: Zaburzenie wymaga dalszej uwagi.

Problem pielęgnacyjny III: Trudności w samoopiece i samopielęgnacji spowodowane obniżenia zdolności w podejmowaniu decyzji i odpowiedzialności za siebie.

Cel: Zapewnienie pacjentowi pomocy w samoopiece oraz samopielęgnacji oraz podtrzymaniu zachowanej sprawności fizycznej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Analiza ubytków w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, a także określenie potrzeb pacjenta z wykorzystaniem skali Barthel/I-ADL,
- Zagwarantowanie opieki dostosowanej do potrzeb chorego. W razie konieczności stopniowe przejęcie odpowiedzialności za chorego,
- Motywowanie pacjenta do samodzielnego wykonywania poszczególnych czynności np. spożywania posiłków, ubierania się itd.
- Zwrócenie uwagi, aby ubrania pacjenta były czyste, luźne i nie stanowiły trudności z zakładaniem,
- Zapewnienie pomocy przy toalecie ciała oraz działaniach pielęgnacyjnych zapobiegającym zmianom skórnym (dokładne osuszanie, stosowanie środków natłuszczających),
- Przeprowadzanie toalety jamy ustnej (pędzlowanie boraksem z gliceryną).
- Zmiana bielizny oraz pieluch w zależności od potrzeb chorego,
- Umożliwienie pacjentowi łatwego dostępu do szafki przyłóżkowej, a także łóżka,
- Zapewnienie choremu do dyspozycji sprzętu ułatwiającego przemieszczanie.

Ocena: Sprawność fizyczna chorego nie uległa pogorszeniu oraz zaczął niektóre czynności próbuje wykonywać samodzielnie.

Problem pielęgnacyjny IV: Zaburzenia orientacji mogące przyczynić się do zaginięcia pacjenta.

Cel: Zagwarantowanie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Obserwowanie i sprawdzanie miejsca, gdzie znajduję się pacjent na oddziale,
- Towarzyszenie pacjentowi w wykonywanych przez niego czynnościach oraz w obowiązkowych wyjściach poza oddział,
- Zwracając się do pacjenta, używamy jego danych osobowych,
- Zabezpieczenie dostępu do drzwi wyjściowych, balkonu i okien celem zagwarantowania bezpieczeństwa,
- Zaznajomienie pacjenta z topografią oddziału,

- Dokładne oznakowanie sali i łóżka chorego, a także innych pomieszczeń na oddziale,
- Informowanie pacjenta o porze dnia, dokładnej dacie oraz miejscu, w którym przebywa,
- Pozostawianie w zasięgu wzroku chorego przedmiotów, które będą pomocne w orientacji, np. kalendarz, zegarek.

Ocena: Podjęte działania pomogły zagwarantować choremu bezpieczeństwo fizyczne oraz psychiczne. Orientacja pacjenta uległa niewielkiej poprawie.

Problem pielęgnacyjny V: Dyskomfort pacjenta spowodowany trudnościami w nawiązaniu kontaktu z otoczeniem.

Cel: Ułatwienie pacjentowi możliwości komunikacji werbalnej oraz pozawerbalnej z otoczeniem

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozmowę z chorym należy prowadzić w warunkach ciszy oraz spokoju,
- Utrzymywać stały kontakt wzrokowy,
- Mówienie w sposób powolny oraz wyraźny,
- Nie powinno się okazywać zniecierpliwienia ani popędzać chorego, kiedy próbuje coś powiedzieć,
- Pytania kierowane do chorego powinny być krótkie, a także proste,
- Ważne informacje powtarzać w trakcie rozmowy,
- Wykorzystywać formy komunikacji pozawerbalnej (gesty, mimikę, uśmiech czy też dotyk).

Ocena: Pacjent łatwiej nawiązuje relacje z otoczeniem.

Problem pielęgnacyjny VI: Zaburzenia pamięci ograniczające samodzielne funkcjonowanie.

Cel: Ograniczenie zaburzeń pamięci.

Interwencje pielęgniarskie:

- Analiza zaburzeń pamięci oraz wprowadzenie metod usprawniających pamięć: np. terapia reminiscencyjna, rehabilitacja poznawcza (wizualizacja).
- Opracowanie i ulokowanie w zauważalnym miejscu rozpiski planu dnia z zaplanowanymi czynnościami,
- Zlikwidowanie z pola widzenia pacjenta przedmiotów, z których nie korzysta albo też nie wie do czego służą,
- Przedmioty osobiste chorego utrzymywać na stałym miejscu,

- Szuflady oraz szafki przeznaczone na przedmioty osobiste chorego zminimalizować do jak najmniejszej ilości,
- Udzielanie choremu dodatkowych wskazówek w sytuacji zdezorientowania np. z kim rozmawia, gdzie się znajduje,
- Przestrzeganie ustalonego rozkładu dnia chorego.

Ocena: Podjęte metody nie przyczyniły się do poprawy pamięci pacjenta, nadal gubił przedmioty.

Problem pielęgnacyjny VII: Zakłócenia snu przyczyniające się do zmęczenia w ciągu dnia oraz trudności z zasypianiem w porze nocnej.

Cel: Uregulowanie rytmu dobowego pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rozpoznanie czynników zakłócających sen chorego w nocy oraz ich eliminowanie,
- Angażować pacjenta do aktywnego spędzania czasu, tak aby ilość drzemek była ograniczona do minimum w ciągu dnia,
- Przed spaniem należy wywietrzyć salę,
- Zagwarantowanie ciszy i spokoju w porze nocnej, a także zmniejszenie intensywności oświetlenia,

  Przed odpoczynkiem nocnym należy prześcielić łóżko pacjenta, czy też pomóc w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych oraz toalecie ciała,
- Podać kolację 2-3 godziny przed snem,
- Podaż leków nasennych i uspakajających na zlecenie lekarza.

Ocena: Podjęte działania pozwoliły na uregulowanie rytmu dobowego pacjenta.

Problem pielęgnacyjny VIII: Ryzyko rozwoju niedożywienia, jak też odwodnienia z powodu obniżonego łaknienia oraz okresowych trudności z połykaniem.

Cel: Przeciwdziałanie odwodnieniu jak też niedożywieniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Analiza nawodnienia oraz stanu odżywiania chorego, a także ustalenie zapotrzebowania kalorycznego pacjenta,
- Ustalenie przyczyn powodujących ograniczone przyswajanie posiłków,
- Podawanie pacjentowi posiłków w mniejszej ilości, ale częściej (4-5),
- Zadbanie o prawidłową konsystencję (dieta lekka, rozdrobniona) oraz temperaturę posiłków,

- Zachęcenie pacjenta do samodzielnego spożywania posiłków,
- Korzystanie z naczyń sztucznego tworzywa, głębokich talerzy oraz słomek do picia,
- Zapewnienie spokoju, jak też warunków intymności,
- Częste nawadnianie chorego,
- Zagwarantowanie wygodnej, bezpiecznej pozycji podczas spożywania posiłku. Po skończonym jedzeniu należy przypilnować, aby przez 15 minut pacjent pozostał w pozycji siedzącej.

Ocena: Pacjent zaczął chętniej spożywać posiłki. Nie zaobserwowano objawów odwodnienia, jak też niedożywienia.

Problem pielęgnacyjny IX: Zaparcia spowodowane ograniczoną ilością przyswajanych posiłków.

Cel: Zmniejszenie bądź wyeliminowanie symptomu powodującego dyskomfort pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wprowadzenie do diety zwiększonej ilości błonnika (do 20-30 g/dobę),
- Zwiększenie ilości spożywanych płynów (do 2-3 l),
- Zapewnienie pacjentowi wysiłku fizycznego z uwzględnieniem ograniczeń,
- Wykonywanie masażu brzucha, który pozytywnie wpływa na perystaltykę jelit,
- W sytuacji długo utrzymujących się zaparć wykonanie lewatywy,
- Podaż środków przeczyszczających na zlecenie lekarza.

Ocena: Wyeliminowano zaparcia powodujące dyskomfort pacjenta.

Problem pielęgnacyjny X: Występowanie odleżyny II stopnia z powodu spędzania większości czasu w pozycji siedzącej.

Cel: Wyleczenie lub zahamowanie dalszego rozwoju odleżyn. Zapobieganie dolegliwościom bólowym.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka rozwoju odleżyn za pomocą skali Norton,
- Wykorzystanie materacy przeciwodleżynowych, zmiennociśnieniowych,
- Zakładanie pod prześcieradło gumowych podkładów,
- Mobilizowanie pacjenta do częstego wstawania oraz rotacyjnych zmian pozycji,
- Odciążenie miejsc narażonych na uciska, poprzez zastosowanie wałków lub poduszek,
- Utrzymywanie czystości skóry, okolicy krocza oraz jej natłuszczanie, stosowanie maści, opatrunków przeciwodleżynowych/przeciwodparzeniowych,

- Częsta ocena stanu powłok skórnych pod kątem dalszego rozwoju odleżyn.

Ocena: Dolegliwości bólowe nie wystąpiły. Wyleczono występującą odleżynę oraz nie dostrzeżono innych zamian na skórze.

Problem pielęgnacyjny XI: Ryzyko rozwoju zaników mięśniowych, przykurczów kończyn dolnych oraz choroby zakrzepowo-zatorowej, w związku z ograniczoną sprawnością ruchową pacjenta.

Cel: Zapobieganie zanikom i przykurczom mięśniowym. Profilaktyka choroby zakrzepowo-zatorowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Instruowanie pacjenta do częstego wstawania z łóżka oraz rotacyjnych zmian pozycji,
- Towarzyszenie pacjentowi podczas spacerów po oddziale,
- Mobilizowanie pacjenta do wykonania samodzielnych czynności dnia codziennego – w asyście personelu medycznego,
- Stosowanie ćwiczeń biernych oraz czynnych,
- Edukacja pacjenta, iż ciągłe przebywanie w łóżku może prowadzić do wielu powikłań,
- Wykorzystanie udogodnień dla pacjenta (materac przeciwodleżynowy, podpórki pod stopy),
- Asystowanie choremu podczas zmiany pozycji ciała z zachowaniem fizjologicznych zgięć w stawach z wzięciem pod uwagę osi tułów z głową, kolanami i stawami skokowymi oraz wypełnieniem krzywizn kręgosłupa,
- Podawanie pacjentowi leków przeciwkrzepliwych na zlecenie lekarza.

Ocena: Nie dostrzeżono symptomów świadczących o rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej. Brak oznak świadczących o rozwoju zaników mięśniowych i przykurczów kończyn dolnych.

Problem pielęgnacyjny XII: Ryzyko obciążenia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera.

Cel: Niedopuszczenie do obciążenia opiekunów sprawujących opiekę nad chorym.

Interwencje pielęgniarskie:

- Analiza wydolności opiekuna sprawującego opiekę nad chorym,
- Poinformowanie członków rodziny o przebiegu choroby oraz z wiążącą się odpowiedzialnością,
- Przedstawienie skutecznych metod w opiece nad chorym,
- Zaproponowanie wsparcia psychologa,

- Podanie adresów, czy też numerów telefonów instytucji i organizacji realizujących formę opieki nad osobami z chorobą Alzheimera.

Ocena: Rodzinie przekazano wskazówki do dalszej opieki nad chorym.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Wprowadzenie zmian w mieszkaniu, zapewniających bezpieczną przestrzeń (zlikwidowanie niebezpiecznych przedmiotów lub zwiększających ryzyko upadku, zabezpieczenie drzwi i okien).
2. Oznakowanie domu oraz poprzyklejanie naklejek na szafki, szuflady i półki ułatwią pacjentowi odszukanie potrzebnej rzeczy, a także orientację.
3. Wykorzystywanie różnych pomocy (dużego zegara, większego kalendarza podręcznego) pomogą choremu orientować się w czasie, jak też kontrolować bieżące wydarzenia.
4. Prowadzenie działań usprawniających pamięć (np. treningi wielowymiarowe, terapia reminiscencyjna).
5. Organizowanie spotkań z otoczeniem (udział w zajęciach grupowych).
6. Przestrzeganie stałego rozkładu dnia pozwoli na uniknięcie wybuchów agresji.
7. Dbanie o prawidłowy rytm dobowy pacjenta.
8. Angażowanie chorego do aktywnego spędzania czasu tak, aby ograniczyć ilość drzemek w ciągu dnia.
9. Utrzymywanie pacjenta przez cały czas w zasięgu wzroku.
10. Usprawnianie chorego, poprzez wykonywanie ćwiczeń biernych i czynnych.
11. Prowadzenie profilaktyki przeciw chorobie zakrzepowo-zatorowej oraz przykurczom i zanikom mięśniowym.
12. Przeprowadzanie pielęgnacyjnych działań zabiegających powstawaniu odleżyn, odparzeniu i innych zmian skóry, poprzez stosowanie na skórę środków przeciwodleżynowych, natłuszczających i nawilżających (typu Sudocrem, zasypki oraz kremy).
13. Ubrania powinny być wygodne, przewiewne. (odzież łatwo zapinająca i nie ograniczająca ruchów, bawełniane dresy, skarpetki bezuciskowe).
14. Należy zadbać, aby pacjent przyjmował dziennie (do 2-3 l) płynów; wodę, herbaty ziołowe, soki warzywne i owocowe.
15. Ważnymi elementami odżywiania jest zbilansowana ilość spożywanych warzyw i owoców oraz ryb.

16. Dbamy, aby sporządzone posiłki zawierały dużą ilość białka i błonnika.
17. Zapewniamy odpowiednią konsystencję posiłków (dieta lekkostrawna, rozdrobniona) oraz optymalną temperaturę posiłków.
18. Ważne jest, aby mówić półgłosem, spokojnie bez podnoszenia głosu.
19. W trakcie rozmowy staramy się wysłuchać chorego, być cierpliwym i nie pospieszać.
20. Podczas wybuchów agresji u pacjenta– odwracamy jego uwagę lub zmieniamy temat.
21. Skłanianie chorego do wyjawienia przeżyć, niezgadzanie się z nimi, jednak niekwestionowanie urojeń a przedstawianie rzeczywistości.
22. Kontrolowane podawanie leków zleconych przez lekarza.
23. Regularne kontrole w Poradni Zdrowia Psychicznego.

WNIOSKI

1. Choroba Alzheimera charakteryzuje się znacznym przebiegiem, przyczyniając się do zaburzeń czynności poznawczych oraz sprawności fizycznej. Opiekunowie pacjenta z powodu występujących deficytów w samoopiece, jak tez ograniczonej mobilności chorego zobowiązani są do zapewnienia stałej opieki oraz podjęcia pełnej odpowiedzialności.
2. Na podstawie zastosowanych metod badawczych: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej, pomiar oraz wybranych narzędzi Całościowej Opieki Geriatrycznej sprecyzowano problemy pacjenta z chorobą Alzheimera.
3. U pacjenta wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne: okresowe agresywne zachowania chorego wobec otoczenia, zachowania ujawniające symptomy psychotyczne, trudności w samoopiece i samopielęgnacji, zaburzenia orientacji, utrudniony kontakt z chorym, zaburzenia pamięci, kłopoty z zasypianiem, zagrożenie niedożywieniem, dyskomfort spowodowany zaparciami, odleżyna II stopnia, ryzyko powstania zaników mięśniowych oraz przykurczów, ryzyko obciążenia opiekunów pacjenta.
4. W oparciu o uzyskane dane przygotowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej będący następstwem zdiagnozowanych problemów oraz zasugerowano działania dążące do ich rozwiązania.
5. Dokonano analizy poziomu ustalonych celów pielęgnacji.
6. Opracowano wskazówki do dalszej pielęgnacji nad osobą dotkniętą chorobą Alzheimera.

PIŚMIENNICTWO

1. Klich-Rączka A.: Otępienie [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorkowska-Tobis., Talarska D. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, 2, 315-325.
2. Heitzman J.: Psychiatria wieku podeszłego-wybrane zagadnienia [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych, Heitzman J. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, 219-228.
3. Gabryelewicz T., Barczak A., Barcikowska M.: Otępienie w praktyce. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2018.
4. Dzianok P.: Genomika obrazowa: nowy trend w badaniach nad chorobą Alzheimera. Kosmos, 2020, 69(1), 201-210.
5. Gaweł M.: Zespoły otępienne: choroba Alzheimera, otępienie naczyniopochodne, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie z ciałami Lewy'ego. Podstawy kliniczne [w:] Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne, Jaracz K., Domitrz I. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, 339-364.
6. Mazurek M.: Choroba Alzheimera: różnice w przebiegu schorzenia i nowoczesne formy terapii [w:] Wybrane zagadnienia z zakresu medycyny i nauk pokrewnych, Szala M. (red.). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, Lublin 2016, 213-220.
7. Poirier J., Gauthier S.: Choroba Alzheimera: poradnik dla opiekunów i nie tylko. Wydawnictwo Oświatowe DELTA W-Z, Warszawa 2016.
8. Sobów T., Barcikowska M., Liberski P.P.: Zespoły otępienne [w:] Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny tom 1, Kozubski W., Liberski P.P. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 2, 255-284.
9. Marszałek M.: Choroba Alzheimera a produkty degradacji białka APP. Biologia, patobiologia i fizykochemia fibrylujących peptydów – wybrane aspekty. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2017, 71, 398-410.

UDAR NIEDOKRWIENNY MÓZGU – OBJAWY, LECZENIE, REHABILITACJA

Klimaszewska Krystyna[1], Tomczuk Dominika[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Według Światowa Organizacja Udarowa (WSO, World Stroke Organization) co szósty mieszkaniec globu doświadczy w swoim życiu udaru mózgu. Udar mózgu stanowi trzecią co do częstości, po chorobach serca i nowotworach, przyczynę zgonów oraz najczęstszą przyczynę trwałej niesprawności u osób powyżej 40. roku życia. Szacuje się, że rocznie na świecie choruje około 15 milionów osób, a około 5 milionów umiera. Natomiast w Polsce liczba zachorowań w ciągu roku wynosi 70 000, z których około 1/3 umiera w ciągu roku. Szacunkowo przeszło połowa wszystkich udarów dotyczy osób po 70. roku życia, a na każde 10 lat po 55. roku życia ryzyko udaru podwaja się [1].

ROZWINIĘCIE

Definicja i klasyfikacja udaru mózgu

Udar mózgu to nagły stan zagrażającym życiu, który objawia się ogniskowymi lub uogólnionymi zaburzeniami czynności mózgu, utrzymującymi się dłużej niż 24 godziny albo prowadzą do zgonu i nie posiadają przyczyny innej niż naczyniowa i wymagającymi bezwzględnej hospitalizacji (definicja WHO) [1].

Objawy trwające krócej niż 24 godziny świadczą o TIA, czyli przemijającym ataku niedokrwiennym mózgu. Wymaga on równie pilnej i specjalistycznej diagnostyki neurologicznej. Objawy ogniskowe to zaburzenia funkcji neurologicznych związanych lokalizacyjnie z określonymi obszarami mózgu.

Najczęściej spotykane objawy ogniskowe to osłabienie lub niesprawność kończyn, zaburzenia, a nawet utrata czucia w obrębie jednej lub większej liczby kończyn, trudności w przyjęciu, utrzymaniu postawy pionowej i równowagi, zaburzenia widzenia, dezorientacja w czasie i przestrzeni, zaniki pamięci, zwłaszcza świeżej, trudności w rozumieniu mowy, w

doborze słów (afazja) i w ich artykulacji (dyzartria), problemy w czytaniu, pisaniu, liczeniu, a także w codziennych czynnościach takich jak ubieranie się, mycie, spożywanie posiłków.

Istnieje wiele podziałów udarów, ale najważniejszy opiera się na patomechanizmie zaburzeń naczyniowych [1]:

- Udar niedokrwienny (ok.85 %) - wywołany jest zamknięciem lub zwężeniem światła naczyń wewnątrzmózgowych albo doprowadzających krew do mózgu. Chory najczęściej jest przytomny, jego stan ogólny jest dobry lub średnim, można obserwować pogłębianie się deficytu neurologicznego: narastanie niedowładu połowiczego, zaburzeń mowy, równowagi i postawy ciała.
- Udar krwotoczny - powstaje wskutek rozerwania naczynia mózgowego, powodując wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia. Ten rodzaj udaru najczęściej stanowi powikłanie choroby nadciśnieniowej, zwykle przebiega gwałtownie. Stan ogólny chorego jest ciężki, a charakterystycznymi objawami poprzedzającymi zachorowanie są silne bóle głowy i wymioty często towarzyszą nim zaburzenia przytomności i zachowania (pacjent pobudzony, agresywny).
- krwotok podpajęczynówkowy – wynik samoistnego pęknięcia naczynia krwionośnego z krwawieniem do przestrzeni podpajęczynówkowej.

Przyczyny udaru niedokrwiennego

Udar mózgu, według WHO stanowi trzecią przyczynę zgonów wśród dorosłych oraz główny powód utraty samodzielności i trwałego kalectwa, co wiąże się z gigantycznymi kosztami leczenia i hospitalizacji. Bezpośrednią i najczęstszą przyczyną niedokrwienia, jest znaczne zwężenie lub całkowite zamknięcie światła naczynia doprowadzającego krew do określonego obszaru mózgu. Spadek przepływu krwi prowadzi do niedoboru substancji energetycznych. W miejscu niedokrwienia gromadzą się mleczany, wzrasta ilość dwutlenku węgla w krwiobiegu, a w konsekwencji dochodzi do kwasicy. Naczynia się rozszerzają, spada ich możliwość autoregulacji. W rezultacie dochodzi do wystąpienia ogniskowych lub globalnych deficytów neurologicznych [2].

Na podstawie klasyfikacji TOAST (The Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) udary niedokrwienne dzielimy na [6]:

- Choroba dużych naczyń (16%)
- Choroba małych naczyń (17%)
- Udar sercowo-zatorowy (30%)

- Udar o innej etiologii (2%)
- Udar o nieustalonej etiologii (35%) (Częstość występowania podano wg Krakowskiego Rejestru Udarowego).

Kliniczna klasyfikacja niedokrwiennych zespołów udarowych wg OCSP (Oxfordshire Community Stroke Project) [3]:

- Zespół kliniczny zawału w całym przednim kręgu unaczynienia (ang. total anterior circulation infarct, TACI) – 17%
- Zespół kliniczny zawału w części przedniego kręgu unaczynienia (ang. partial anterior circulation infarct, PACI) – 34%
- Zespół kliniczny zawału lakunarnego (ang. lacunar infarction, LACI) – 25%
- Zespół kliniczny zawału w tylnym kręgu unaczynienia (ang. posterior circulation infarct, POCI) – 24%.

Etiologia udaru niedokrwiennego mózgu

Udar spowodowany zmianami w dużych tętnicach domózgowych

- Występuje u ok. 20% pacjentów
- Najczęstszą przyczyną jest miażdżyca
- W badaniu ultrasonograficznym lub angiograficznym zwężenie > 50% tętnicy wewnątrz- lub zewnątrzczaszkowej zaopatrującej obszar mózgu, z którego pochodzą objawy udaru
- Spowodowany najczęściej przez ostry zakrzep w świetle naczynia lub zator z blaszki miażdżycowej [4].

Udar spowodowany zmianami w małych tętnicach domózgowych

- Występuje u ok. 20% pacjentów
- Kliniczne objawy udaru lakunarnego (zastępowanie elastyny i mięśni naczyń przez kolagen oraz do szkliwienia ściany naczyń).

Udar spowodowany zatorami pochodzenia sercowego

- Występuje u około 22–30%
- Obecność co najmniej jednego źródła zatorowości w sercu
- Najczęstsza przyczyna to migotanie przedsionków.

Udar o innej etiologii

- Ok. 3–5% przypadków
- Rzadkie przyczyny udaru (np. zapalenia naczyń, zespoły nadkrzepliwości i choroby hematologiczne, genetycznie uwarunkowane choroby naczyń mózgowych, niezapalne angiopatie).

Udar o nieznanej przyczynie

- dwie lub więcej potencjalnych przyczyn udaru;
- brak przyczyny udaru mimo przeprowadzenia kompletu badań diagnostycznych;
- niepełny komplet badań [4].

Podział udaru niedokrwiennego

Ze względu na czas trwania objawów (przebieg kliniczny) niedokrwienia mózgu wyróżniono:

- Przejściowy atak niedokrwienny (TIA - Transient Ischemic Attack) to przejściowy atak niedokrwienny, w którym zaburzenia czynności pracy mózgu (objawy ogniskowe lub uogólnione zaburzenia pracy mózgu) trwają poniżej 24 godzin,
- Udar niedokrwienny z objawami odwracalnymi (RIND - Reversible Ischemic Neurological Deficit) to udar niedokrwienny z objawami odwracalnymi. Objawy zaburzeń czynności mózgu trwają powyżej 24 godzin, wycofują się przed upływem 21 dni.
- Dokonany udar niedokrwienny (CS - complited stroke) to dokonany udar niedokrwienny, powodujący trwałe zaburzenia funkcji mózgu (objawy ubytkowe) objawy te nie ustępują, choć mogą ulec zmniejszeniu.
- Udar postępujący (PS - progressing stoke) - w przypadku tego udaru dochodzi do pogorszenia stanu neurologicznego związanego z poszerzeniem się ogniska niedokrwiennego **(**narastające objawy zaburzeń funkcji mózgu spowodowane przyczynami naczyniowymi) [2].

Przyczyny i czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego

Bezpośrednią i najczęstszą przyczyną niedokrwienia, jest znaczne zwężenie lub całkowite zamknięcie światła naczynia doprowadzającego krew do określonego obszaru mózgu. Spadek przepływu krwi prowadzi do niedoboru substancji energetycznych. W miejscu

niedokrwienia gromadzą się mleczany, wzrasta ilość dwutlenku węgla w krwiobiegu, a w konsekwencji dochodzi do kwasicy. Naczynia się rozszerzają, spada ich możliwość autoregulacji. W rezultacie dochodzi do wystąpienia ogniskowych lub globalnych deficytów neurologicznych [1].

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu wielokrotnie zwiększają ryzyko zachorowalności, dlatego konieczne jest rozpoznawanie i edukacja osób, u których występują czynniki modyfikowalne, w celu ich zminimalizowania poprzez zmiany nawyków i stylu życia [4, 5].

- Modyfikowalne

- Nadciśnienie tętnicze (połowa udarów mózgu jest skutkiem niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, ryzyko wystąpienia udaru wzrasta trzy bądź czterokrotnie)
- Brak aktywności fizycznej
- Otyłość
- Migotanie przedsionków
- Cukrzyca (wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia udaru niedokrwiennego 2,5–3,5-krotnie)
- Zespół metaboliczny (Cukrzyca, nadciśnienie, chipercholesterolemia)
- Zawał serca
- Zwężenie tętnic szyjnych > 60%
- Palenie tytoniu (rzucenie palenia zmniejsza ryzyko udaru w ciągu 5 lat do poziomu osoby niepalącej)
- Nadużywanie alkoholu
- Hiperhomocysteinemia
- Hiperlipidemia
- Trombofilia
- Stres
- Stosowanie doustnych leków antykoncepcyjnych
- Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

- Niemodyfikowalne

- wiek > 55
- płeć męska (czynnik ryzyka wystąpienia, kobiety gorzej rokują po udarze mózgu)
- rasa (częstsze występowanie wśród rasy czarnej i Latynosów)

- uwarunkowania genetyczne (dziedziczone genetycznie niedobory czynników krzepnięcia (białka C, S, AT III) oraz genetyczne zaburzenia lipidowe; hipercholesterolemia rodzinna, a także przebyty przez rodziców udar mózgu)
- niedobór czynników krzepnięcia
- niski status społeczno-ekonomiczny [1, 2].

Mechanizmy powstawania udaru niedokrwiennego

- Mechanizm zakrzepowy
  - miażdżyca tętnic (do 80%)
  - zmiany zapalne
  - niezapalne uszkodzenia tętnic (uraz, samoistne rozwarstwienie)
  - zaburzenia hematologiczne (policytemia, trombocytoza, paraproteinemie, niedobór antytrombiny III, białka C i S, zespół antyfosfolipidowy)
  - Wyjątkowo (radioterapia, wady rozwojowe tętnic, zespół Moya- moya
- Mechanizm zatorowy (głównie choroby serca)
  - choroby zastawek serca w tym wada mitralna,
  - zwapnienie pierścienia zastawki dwudzielnej lub wypadanie płatka zastawki dwudzielnej (ze zmianami zwyrodnieniowymi)
  - zwapnienie i zwężenia w obrębie zastawki trójdzielnej,
  - choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego
  - napadowe zaburzenia rytmu serca
  - śluzak przedsionkowy
  - bakteryjne zapalenie wsierdzia
  - kardiomiopatie
  - miażdżyca
  - zakrzepy w żyłach obwodowych (gazowe, tłuszczowe).

Lokalizacja udaru niedokrwiennego mózgu, a jego obraz kliniczny

Przebieg i obraz kliniczny udaru niedokrwiennego jest dość zróżnicowany, a przede wszystkim uzależniony od rozległości zmian, lokalizacji i wielkości zamkniętego naczynia krwionośnego. Unaczynienie tętnicze mózgu pochodzi z dwóch tętnic szyjnych wewnętrznych oraz dwóch tętnic kręgowych.

Tętnice kręgowe łączą się w nieparzystą tętnicę podstawną mózgu, natomiast z nią połączone są dwie tętnice szyjne wewnętrzne tworząc koło tętnicze (Willisa). Ułożenie tętnic mózgu w koło tętnicze przeciwdziała niedokrwieniu mózgowia, ponieważ nawet w przypadku zwężenia lub zatoru jednej z nich krew nadal jest rozprowadzana dzięki pozostałym naczyniom. Warunkiem jest drożność wszystkich elementów koła tętniczego, co u człowieka nie zawsze ma miejsce [2].

Zaburzenia krążenia mózgowego mogą dotyczyć regionu unaczynienia:

- przedniego (zakres unaczynienia tętnic szyjnych wewnętrznych);
- tylnego (zakres unaczynienia tętnic kręgowo-podstawnych);
- całego mózgowia — zakres krążenia przedniego i tylnego.

➢ Objawy kliniczne zaburzeń krążenia mózgowego przedniego:

• niedowład lub porażenie połowicze;
• zaburzenia mowy o typie afazji;
• agnozja, zaburzenia zachowania;
• niedoczulica połowicza;
• zaburzenia połykania rzekomoopuszkowe;
• niedowidzenie połowicze;
• jednooczne zaburzenia widzenia

➢ Objawy kliniczne zaburzeń krążenia mózgowego tylnego:

• zawroty głowy z uczuciem wirowania otaczających przedmiotów lub samego chorego;
• nudności, wymioty nasilające się przy zmianie pozycji ciała;
• osłabienie ostrości słuchu, szumy uszne;
• zaburzenia chodu wywołane zakłóceniem równowagi, najczęściej ze zbaczaniem w stronę, po której słuch jest upośledzony;
• napady padania — nagłe, powtarzające się zwiotczenia kończyn dolnych z padaniem na kolana;
• podwójne widzenie;
• zaburzenia połykania;
• mroczki i „gwiazdki” przed oczami;
• sekundowe uczucie ciemności lub wrażenie falowania oglądanych przedmiotów.

- W zaburzeniach krążenia dotyczących całego mózgu łącznie występują objawy kliniczne charakterystyczne dla zaburzeń w krążeniu tylnym i przednim, ponadto bardzo często dochodzi do zaburzeń przytomności [2].

Powikłania udaru niedokrwiennego

- Niesprawność ruchowa (niedowład jedno- lub obustronny, zaburzenia równowagi)
- Zatorowość płucna
- Zaburzenia pamięci (krótkotrwałej)
- Zaburzenia percepcji (odbieranie różnych bodźców z otoczenia)
- Afazja
  - **Afazja ruchowa (afazja Broca)** polega na problemach z wypowiadaniem się lub całkowitą utratą tej zdolności, Pacjent wie, co chce powiedzieć i w jego głowie wypowiedzieć ma sens, jednak nie potrafi jej prawidłowo zakomunikować
  - **Afazja czuciowa (*Afazja Wernickego)*** utrata zdolności rozumienia języka mówionego i pisanego, Nie rozumie wypowiadanych słów, zdań i pytań
  - **Afazja ruchowo czuciowa/ mieszana** pacjent nie jest wstanie zrozumieć słów wypowiadanych przez innych i traci zdolność do wypowiadania się
    - **Apraksja** (niezdolności do wykonania złożonych i uprzednio wyuczonych precyzyjnych i celowych ruchów czy gestów.)
    - **Dysfagia** (zaburzenia połykania)
    - **Akalkulia** – zaburzenia posługiwania się liczbami i niemożność wykonywania działań arytmetycznych,
    - **Agnozja** słuchowa lub wzrokowa,
    - **Amnezja** deficyt pamięci,
    - **Aleksja** zaburzenia czytania,
    - **Agrafia** zaburzenia pisania
    - **Zespół zaniedbywania połowiczego** (hemineglect syndrome) zwany inaczej nieuwagą połowiczą lub pomijaniem stronnym [5].

Pacjent nie jest świadomy istnienia strony niedowładnej (utrudniona reakcja, odtwarzanie i lokalizacji bodźców). Zespół ten najczęściej występuje, gdy uszkodzeniu uległa niedominująca półkula mózgu. Objawia się zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi, słuchowymi i wzrokowymi np. zjadanie posiłków tylko z połowy talerza, nie zwracanie uwagi

na osoby lub przedmioty ,a nawet własne kończyny po stronie dotkniętej udarem (nie odczuwa bólu, nie koryguje ich ułożenia), kopiowanie tylko połowy obrazka. Testy, które potwierdzają zespół zaniedbywania połowiczego: test kopiowania, test tarczy zegara [6].

Inne powikłania pojawiają się z czasem, co utrudnia i obniża jakość życia:

- Zakrzepica żył głębokich
- Ryzyko ponownego udaru
- Odleżyny
- Zaburzenia rytmu serca
- Zakażenie dróg moczowych
- Zaburzenia oddawania moczu
- Depresja
- Otępienie
- Padaczka poudarowa
- Upadki i ich następstwa
- Bóle, obrzęki, przykurcze kończyn
- Powikłania Kardiologiczne (Zaburzenia rytmu serca, migotanie przedsionków, niewydolność krążenia, zawał serca, choroba wieńcowa lub jej zaostrzenie)
- Zespoły bólowe niedowładnych kończyn [7].

Objaw Babińskiego

Objaw Babińskiego (odruch podeszwowy) jest sprawdzany w ramach standardowego badania neurologicznego.

Bada się go poprzez drażnienie stopy np. za pomocą szpatułki lub rączki młotka neurologicznego. Lekarz wykonuje ciągły, zdecydowany ruch wzdłuż bocznej krawędzi stopy, zaczynając od pięty, aż do małego palca. Odruch ten badany jest na obu stopach.
U osób dorosłych objaw babińskiego powinien być ujemny. Prawidłowy odruch podeszwowy zaobserwować można, gdy pacjent mimowolnie zegnie (w dół) paluch lub wszystkie palce. Reakcja ta jest chwilowa.

Reakcja, która nazywana jest Objawem Babińskiego polega na wystąpieniu zgięcia grzbietowego (do góry) palucha oraz tzw. wachlarzowatym rozstawieniu pozostałych palców. Objaw ten pojawiać się może zarówno jedno-, jak i obustronnie. Jeżeli jest on obecny tylko w jednej kończynie pozwala określić, gdzie prawdopodobnie zlokalizowana jest patologia układu nerwowego [8].

U niektórych pacjentów w reakcji na podrażnienie stopy nie obserwuje się żadnego ruchu (palce nie zginają się w żadną stronę). W takich przypadkach można podejrzewać zaburzenia lub całkowity brak czucia w obrębie stopy.

Dodatni objaw Babińskiego może świadczyć o:

- Udarze mózgu (najczęstsza przyczyna)
- Urazy głowy,
- Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego,
- Stwardnienie rozsiane
- Stwardnienie boczne zanikowe [8].

Sylwetka Wernickiego- Manna (poza Wernickiego- Manna)

Sylwetka ta występuje w niedowładzie połowiczym, objawia się przy chodzeniu. Spowodowana jest silnym napięciem mięśni, nadmiernym zgięciem w kończynie górnej, a wyprostowaniem w kończynie dolnej.

Bark jest odciągnięty ku tyłowi i w dół, ramie natomiast skierowane do wewnątrz, kończyna jest zgięta w stawie łokciowym, przedramię lekko nawrócone natomiast ręka zgięta w nadgarstku i skierowana ku dołowi, palce natomiast - zaciśnięte w pięść.

Kończyna dolna, wyprostowana w stawie kolanowym, wykazuje skłonność do przywiedzenia i rotacji zewnętrznej. Stopa sztywno zgięta ku dołowi i odwrócona do wewnątrz. Boczne zgięcie tułowia [9].

Test F.A.S.T i Łańcuch przeżycia

Do celów szybkiego rozpoznania objawów udaru stworzony został akronim FAST.

- **F** (ang. *face*) – twarz – oznacza opadnięty kącik ust, asymetryczny wyraz twarzy, opadnięty kącik oka.
- **A** (ang. *arm*) – ramię – powinniśmy zwrócić uwagę na osłabienie siły mięśniowej po jednej stronie ciała lub całkowity paraliż jednej strony.
- **S** (ang. *speech*) – mowa – zaburzenia artykulacji, niemożność wypowiadania zdań, trudności w wypowiadaniu wyrazów.
- **T** (ang. *time*) – czas – bo zareagować powinniśmy szybko! Im szybciej chory zostanie poddany odpowiedniej terapii, tym większa szansa na zapobieżenie nieodwracalnym stratom komórek nerwowych w mózgu [9].

„Łańcuch przeżycia" u pacjentów z udarem mózgu [10].

1) Rozpoznanie zagrożenia, pierwsza pomoc
2) Łączność alarmowa- 112, 999
3) Kwalifikowana pomoc przedszpitalna
4) Kwalifikowany transport chorego
5) Odział ratunkowy, Centrum Leczenia udarów.

Główne przyczyny opóźnień na poszczególnych ogniwach łańcucha przeżycia [10]

- Niska świadomość społeczna na temat objawów udaru mózgu
- Chory czeka na samoistne ustąpienie objawów
- Zgłoszenie chorego pacjenta do lekarza rodzinnego zamiast do izby przyjęć
- Długi czas oczekiwania na pomoc

Diagnostyka

- Badania obrazowe (pozwalają na zobrazowaniu zachodzących w ludzkim ciele zmian patologicznych i fizjologicznych za pomocą różnego rodzaju oddziaływań fizycznych):
  - Tomografia komputerowa mózgu (bez środka kontrastowego- najczęściej wykonywane badanie, jest ono szybkie i szeroko dostępne). Dzięki TK można między innymi wykluczyć inny przyczyny uszkodzenia mózgu, rozpoznać rodzaj udaru, określić rozległość zmian niedokrwiennych mózgu.
  - Klasyczna angiografia (charakteryzuje się największą czułością specyficznością w obrazowaniu patologii naczyń, dodatkowo uwidacznia krążenie oboczne w niedrożności tętnicy)
  - Rezonans magnetyczny (uwidacznia zmiany niedokrwienne wcześniej niż TK)
  - Badanie ultrasonograficzne naczyń
  - Badanie angiograficzne
  - EKG
  - RTG
- badania laboratoryjne:
  - Krwi: morfologia, badania koagulologiczne, badanie stężenia glukozy i elektrolitów lipidogram, badanie parametrów wydolności nerek (stężenia mocznika i kreatyniny), badanie parametrów wydolności wątroby (stężenie transaminaz) oraz inne w zależności od stwierdzonych chorób towarzyszących

- moczu
- płynu mózgowo-rdzeniowego - szczególne ważne w przypadku podejrzenia krwotoku mózgowego lub krwotoku podpajęczynówkowego i braku możliwości wykonania badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa mózgu [5, 7].

Leczenie udaru niedokrwiennego mózgu

- Leczenie ogólne

Jak najszybciej wdrożyć:

- leczenie farmakologiczne (ogólne i swoiste);
- swoiste leczenie wewnątrznaczyniowe (jeśli istnieją bezwzględne wskazania);
- profilaktyka i leczenie powikłań neurologicznych (wtórne krwawienia, obrzęk mózgu, napady padaczkowe) i ogólnoustrojowych (np. zachłystowe zapalenie płuc, infekcje, odleżyny, zakrzepica żył głębokich, zatorowość· płucna);
- wczesna rehabilitacja;
- wczesna wtórna profilaktyka udaru [9, 10].

Zwrócić uwagę na:

Współistniejące choroby układu sercowo-naczyniowego: migotanie przedsionków i inne zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia, świeży zawał serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, choroby układu oddechowego i nerek, zaburzenia elektrolitowe.

Układ sercowo-naczyniowy

Aby utrzymać prawidłowy przepływ mózgowy, ciśnienie tętnicze u chorych z udarem mózgu nie powinno być zbyt niskie. Duże znaczenie dla efektywnego leczenia udaru mózgu ma utrzymanie właściwej pojemności minutowej, rzutu oraz częstotliwości rytmu serca. Zaleca się stosowanie niżej wymienionych leków inotropowych:

- dobutaminy (zwiększa pojemność minutową serca, istotnie nie wpływając na częstotliwość rytmu serca i ciśnienie tętnicze);
- dopaminy (w szczególności zalecany u chorych z niedociśnieniem tętniczym lub niewydolnością nerek, działa presyjnie na naczynia obwodowe, przy czym nie wykazuje nie znacznego wpływu na tętnice nerkowe);
- noradrenaliny — podczas wstrząsu septycznego (stosowanie dopaminy potęguje zwiększoną śmiertelność) [11].

Gospodarka węglowodanowa

Ważną rolę we wczesnej fazie udaru odgrywa utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy w surowicy, gdyż podwyższony poziom glikemii wiąże się ze znacznym pogorszeniem rokowań u pacjentów z udarem. Najefektywniejsze rokowanie dotyczy chorych, u których glikemia wynosi 4,4–6,1 mmol/l, tj. 80–110 mg/dl. Sporadycznie zdarza się, że konieczne jest doraźne podawanie insuliny. Zalecane jest rozpoczęcie leczenia przy stężeniu glukozy we krwi co najmniej 10 mmol/l (180 mg/dl). Nie należy natomiast obniżać glikemii poniżej 6,1 mmol/l (110 mg/ /dl), gdyż może dojść do hipoglikemii (podaje się wtedy 10–20-procentowy roztwór glukozy, najlepiej we wlewie dożylnym). Należy pamiętać, że objawy hipoglikemii niekiedy przypominają świeży udar mózgu [11].

Niewydolność oddechowa

W procesie leczenia ostrej fazy udaru mózgu wyjątkowo ważną rolę pełni prawidłowe utlenowanie krwi. W razie konieczności można je poprawić, podając tlen przez cewnik donosowy lub maskę tlenową. U pacjenta nieprzytomnego (narażonego przez to na zachłystowe zapalenie płuc i poważnych zaburzeń toru oddechowego) bądź w ciężkiej hipoksji lub hiperkapnii, wykonuje się intubację dotchawiczą. Zaburzenia oddychania w połączeniu z bradykardią i podwyższonym ciśnieniem tętniczym mogą świadczyć o podwyższonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym [11].

Temperatura ciała

Podwyższona ciepłota ciała często występuje w pierwszych 48 godzinach po wystąpieniu objawów udaru, co znacząco wpływa na powiększenie ogniska zawałowego oraz pogorszenie rokowania. Wysoka temperatura może być również objawem zakażenia, które jest niezwykle częstym powikłaniem w przebiegu udaru. Zaleca się ustalenie źródła zakażenia, w celu zastosowania odpowiedniego leczenia. Nie ma żadnych wskazań do profilaktycznego stosowania antybiotyków, leków przeciwwirusowych lub przeciwgrzybiczych u pacjentów z prawidłową odpornością. Leki przeciwgorączkowe podaje się, gdy temperatura ciała wynosi co najmniej 37,5 °C [11].

Ciśnienie tętnicze

Znaczna część chorych w ostrym okresie udaru niedokrwiennego ma podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, co może być związane z wcześniej istniejącym nadciśnieniem tętniczym, ale i z ostrą reakcją związaną z samym udarem. Ciśnienie tętnicze najczęściej wraca

do normy bez podawania leków hipotensyjnych w ciągu pierwszych dni udaru. Należy pamiętać, że gwałtowny spadek ciśnienia jest niewskazany, gdyż może to doprowadzić do obniżenia przepływu mózgowego w obrębie już niedokrwionego obszaru. Obniżanie ciśnienia tętniczego powinno być prowadzone ostrożnie, za pomocą leków krótkodziałających podawanych pozajelitowo (np. urapidyl, czyli alfa- adrenolityk). W sytuacjach, kiedy nie można obniżyć ciśnienia tętniczego, podaje się nitroglicerynę lub nitroprusydek sodu we wlewie dożylnym. Inne leki stosowane w celu obniżenia wartości ciśnienia tętniczego w ostrej fazie udaru niedokrwiennego to: klonidyna, dihydralazyna i metoprolol (nie podawać podjęzykowo nifedipiny, z powodu znacznego ryzyka zbyt gwałtownego spadku ciśnienia tętniczego) [10].

Gospodarka wodno-elektrolitowa

Każdy pacjent w ostrej fazie udaru mózgu powinien mieć prowadzony bilans płynów. Większość chorych ze świeżym udarem wymagają dożylnego podawania płynów pod ścisłą kontrolą stanu krążenia, aby nie doprowadzić do niewydolności. Kiedy chodzi o obrzęk mózgu bilans płynów powinien być nieco ujemny. Nie należy podawać roztworów hipotonicznych (0,45-proc. roztwór NaCl lub 5-proc. roztwór glukozy), ponieważ mogą wzmagać obrzęk mózgu. Stężenie elektrolitów oznacza się codziennie w pierwszych dobach po udarze, a nawet najmniejsze odchylenia od normy muszą być korygowane [11].

Odżywianie

W ostrej fazie udaru mózgu wyjściowy zły stan odżywienia pacjenta może wpłynąć na pogorszenie stanu neurologicznego po 6 miesiącach. W pierwszych dniach udaru, u chorych z dysfagią odżywianie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy jest skuteczniejsze niż podawanie płynów pozajelitowo [11].

Rehabilitacja pacjenta po udarze niedokrwiennym

W Polsce około 15% pacjentów z udarem mózgu umiera podczas hospitalizacji, a 45-75% osób, które przeżyły są zależni od osób drugich. Rehabilitacja ma za zadanie przywrócić, częściowo bądź całkowicie utracone funkcję [8].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, rehabilitacja jest,, kompleksowym i skoordynowanym stosowaniem środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia oraz umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności" [12].

Leczenie skutków udarów wymaga ścisłej współpracy całego zespołu medycznego. Ćwiczenia mające na celu uruchomienie pacjenta są podstawą rehabilitacji i stanowią nieodłączny element pracy łączący wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego. Należy pamiętać, że każdy pacjent po przebytym udarze mózgu powinien być traktowany indywidualnie także pod względem rehabilitacyjnymi mieć dobraną [12, 13].

Rehabilitacja to dyscyplina medyczna, która ma celu przywrócenie utraconych funkcji na skutek choroby. Każdy pacjent z udarem mózgu powinien być hospitalizowany na oddziale udarowym, zapewniającym kompleksową opiekę i rehabilitację. Jeżeli nie ma przeciwwskazań medycznych, rehabilitacja poudarowa powinna rozpocząć się od drugiej doby po przebytym udarze. Optymalny czas usprawniania chorego to pierwsze 3–6 miesięcy od momentu zachorowania, dlatego powinno się dążyć do maksymalnego wykorzystania tego czasu [14, 15].

W postępowaniu rehabilitacyjnym wyróżniamy:

1. Postępowanie wczesne, tzw. rehabilitacja przyłóżkowa, którą należy rozpocząć jak najszybciej, nawet już w pierwszej dobie.
2. Postępowanie późne będące kontynuacją wczesnej rehabilitacji i dotyczące stanów przewlekłych [15].

Etapy usprawniania:

OKRES OSTRY

- Profilaktyka przeciwprzykurczowa i przeciwodleżynowa
- Profilaktyka powikłań ze strony układu oddechowego
- Pionizacja (po ok 7-10 dniach) – o rozpoczęciu zabiegów decyduje lekarz prowadzący
- Moment rozpoczęcia rehabilitacji zależny jest od jest przyczyny udaru.

OKRES REGENERACYJNO-KOMPENSACYJNY

- Po 3-4 tygodniach od incydentu udarowego
- Likwidacja niekorzystnych skutków unieruchomienia
- Ćwiczenia czynne kończyn zdrowych
- Ćwiczenia bierne kończyn objętych niedowładem
- Ćwiczenia oddechowe
- Nauka chodu.

Zadania wczesnej rehabilitacji obejmują zmiany pozycji ułożeniowych co dwie godziny, naciąganiu bielizny pościelowej i bielizny pacjenta, stosowanie materacy przeciwodleżynowych, kontrola i smarowanie miejsc najbardziej narażonych na ich powstawanie. Co więcej układanie pacjenta w różnych pozycjach jest niezwykle ważne, ponieważ zapobiega ono zniekształceniom mięśniowo-kostnym, zapobiega tworzeniu się odleżyn, zmniejsza problemy ze strony układu krążenia. Po za tym zmiana ułożenia ciała powoduje wysyłanie prawidłowych sygnałów do mózgu, co umożliwia rozpoznać porażoną stronę ciała i zapobiega zespołowi pomijania stronnego. Chorego należy układać na boku chorym jak i zdrowym. Nie zaleca się ułożenia na wznak [14, 15].

Należy pamiętać, że do chorego należy podchodzić, mówić od strony, porażonej, co zachęci chorego do zwrócenia głowy w tym kierunku, co zapewni stymulacje czuciową pacjenta. Szafka lub stolik, osoby dotkniętej udarem, powinny znajdować się również po stronie niedowładu, pomoże to w aktywizacji pacjenta.

Po za zastosowaniem profilaktyki przeciwodleżynowej stosuje się również profilaktykę przeciwobrzękową (obejmuje ona ćwiczenia bierne i czynne, a także pozycje drenażowe) i przeciwprzykurczową.

Zanim pacjent zacznie wstawać z łóżka, powinien nauczyć się w nim siedzieć. Najważniejsze w tej pozycji jest to by jego tułów był wyprostowany, w tym celu należy umieścić poduszki za plecami chorego (ale nie za jego głową), a ciężar ciała powinien być oparty na pośladkach. W usprawnianiu chorego po udarze należy zwrócić szczególna uwagę na przywracanie i powtórne kształtowanie funkcji motorycznych. Trzeba dokładnie wykonywać z pacjentem ruchy aby nie utrwalić i powielać w nim złych wzorców, ponieważ powtarzanie danego ruchu powoduje zapamiętanie go przez ośrodkowy układ nerwowy [14, 15].

Ważnym elementem rehabilitacji są również ćwiczenia oddechowe, oklepywanie klatki piersiowej i odsysanie wydzieliny. Czynności te zapobiegają infekcji górnych dróg oddechowych. Ćwiczenia należy przeprowadzać regularnie, mogą być one wykonywane również z pomocą przedmiotów takich jak kubek z wodą i słomka, kartka papieru, balonik.

Pierwszym krokiem przygotowującym chorego do pionizacji jest opanowanie siedzenia z nogami opuszczonymi z łóżka. Ułożenie to ułatwia oddychanie i motywuje chorego do utrzymania równowagi (chory po udarowy, początkowo, nie ma kontroli nad własnym ciałem). W ułatwieniu utrzymania pozycji siedzącej należy umieścić za jego plecami poduszki, a stopy umieścić płasko na podłodze (kolano i staw skokowy ułożyć pod kątem 90 stopni). Aby przyzwyczaić chorego do tej pozycji, chory powinien spożywa posiłki w pozycji siedzącej, która zmniejsza też ryzyko zachłyśnięcia.

Następnym etapem jest przemieszczanie się chorego z łóżka na krzesło, najpierw w sposób bierny (pacjenta od samego początku należy motywować do czynnego udziału w przenoszeniu). Z czasem pacjent będzie w stanie wykonać tę pozycję sam. Sadzanie chorego na krześle bez podłokietników stanowi kolejny etap rehabilitacji. Należy pamiętać o prawidłowym ułożeniu kończyny porażonej, aby nie utrwalić jej patologicznych ustawień. Podczas wszystkich etapów pionizacji pacjenta, należy wykonywać ćwiczenia zwiększające zakres ruchu w stawach. Wczesna, bierna mobilizacja stawów, pomaga zachować i utrzymać prawidłowy zakres ich ruchów, a także wywołuje prawidłowy przepływ informacji do mózgu pacjenta. Dzięki temu chory, nie zapomina w jak poruszać chorymi kończynami. Dodatkowo, aktywizacja pacjenta ułatwia krążenie krwi i limfy w ciele pacjenta, co zapobiega obrzękom, a same ćwiczenia i zmiany pozycji- przykurczom i odleżynom. Należy zwracać szczególną uwagę na bark i biodro chorego (podczas zmian pozycji, aktywizacji pacjenta – podnoszenia, ćwiczeń) [13, 14, 15].

Kolejny etap rehabilitacji pacjenta stanowi trening chodu, podczas którego niezwykle istotna jest stabilizacja kolana, kończyny dotkniętej niedowładem, które może gwałtownie zgiąć się w stawie kolanowym. Chód należy rozpocząć od nogi sprawnej co przyczynia się do wytłumiania odruchów. Pielęgniarka ma stać po stronie niedowładu i podczas dotykania pacjenta biodrem, powinna przenieść część ciężaru chorego na niesprawną stronę. Aby ułatwić pacjentowi naukę chodu można skorzystać z poręczy, laski, a także lustra, co umożliwi pacjentowi samodzielnie korygować błędy i zauważać postępy.

Ostatnim i najtrudniejszym etapem jest chodzenie po schodach. Przy wchodzeniu należy stać przy pacjencie, bądź tuż za nim, od strony niedowładnej. Natomiast, gdy schodzi najlepiej stanąć przed nim, pomoże to w asekuracji. Z przodu również, łatwiej kontrolować i kierować ruchem porażonej nogi chorego. Najdynamiczniejszy powrót funkcji obserwuje się w ciągu pierwszych 3 miesięcy od udaru [13, 14, 15].

PODSUMOWANIE

Choroby naczyniowe mózgu, a zwłaszcza udary, pozostają nadal poważnym problemem leczniczym i społecznym. Tylko odpowiednia profilaktyka, a w przypadku wystąpienia udaru szybkie podjęcie leczenia, dają szanse na przeżycie chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Korzeniowska K., Wietlicka I., Szałek E., Jabłecka A.: Udary mózgu – opisy przypadków. Farmacja Współczesna, 2010, 3, 214-220.

2. Piskorz J., Wójcik G., Iłzecka J., Kozak-Putowska D.: Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, 4, 351-353.
3. Klecha B.: Przemijające niedokrwienie mózgu –leczenie i postępowanie w Zespołach Ratownictwa Medycznego. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego Wydział Lekarski i Nauk Medycznych, Ratownictwo Medyczne Praca dyplomowa, 2018.
4. Sienkiewicz Z., Stankiewicz D., Dykowska G., Knoff B., Pietrzak M., Cieślak H., Imiela J.: Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych, Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016, 4(5), 83-88.
5. Antecki J., Brelak E., Sobolewski P., Kozera G.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwiennego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji. Forum Medycyny Rodzinnej, 2018,12(3), 89–98.
6. Józefowski P., Szafraniec R., Rojek M., Jarząb S., Guła M.: Świadomość jako podstawa w procesie profilaktyki pierwotnej wystąpienia udaru mózgu. Gerontologia Współczesna; Wydawnictwo/ Publishing Houseindygo Zahir Media, 2016, 2, 59-66.
7. Sabiniewicz M., Niwald M., Machnia M., Włodarczyk L., Miller E.: Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych po udarze mózgu – charakterystyka kliniczna i diagnostyka, Aktualności Neurologiczne, Łódź 2015.
8. Nęcki T.: Objaw Babińskiego – ujemny i dodatni – o jakich chorobach świadczy u dorosłych, HF Media, Łódź 2018.
9. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G.: Opóźnienia przed- i wewnątrz- -szpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie. Forum Medycyny Rodzinnej, 2016,10 (3), 119–128.
10. Rosińczuk J., Kołtuniuk A., Księżyc M., Kotkowska A.: Wybrane czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu. University. Piel. Zdr. Publ. 2013, 3(4), 331–335.
11. Wiszniewska M., Kobayashi A., Członkowska A.: Postępowanie w udarze mózgu Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku. Wydawnictwo VIA MEDICA 2012, 161-175.
12. Grochulska A., Jastrzębska M.: Poprawa stanu funkcjonalnego osób po przebytym udarze mózgu — rola pielęgniarki. Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20 (3), 300–309.
13. Skorupińska A., Kostorz K., Bojarska- Hurnik S.: Zastosowanie metody Bobath w rehabilitacji osób dorosłych po udarze niedokrwiennym mózgu. Geriatria, 2017, 11, 130-134.

14. Hoffman J., Zboni M., Hoffman A., Sochanek M.: Rola rehabilitacji w procesie leczenia pacjentów po przebytym udarze mózgu; Choroby XXI wieku- wyzwania w pracy fizjoterapeuty. Katedra i Klinika Rehabilitacji, UMK w Toruniu CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Zarządzania w Gdańsku; pod red. Podgórskiej M, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017.
15. Borusiewicz A., Łodzińska J., Pawłowski M., Ponichtera P., Zabielska P.: Rola pielęgniarki w procesie pielęgnowania pacjentów w zależności od jednostki chorobowej. Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, 2013, 33-42.

NIETRZYMANIE MOCZU JAKO PROBLEM FIZJOTERAPEUTÓW

Klimaszewska Krystyna[1], Żukowska Kaja Monika[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Centrum Rehabilitacji pw. Św. Rocha, Caritas Diecezji Łomżyńskiej, Łomża

WPROWADZENIE

Nietrzymanie moczu dotyczy układu moczowego człowieka. Narządy moczowe można podzielić na dwa rodzaje: produkujące i wyprowadzające mocz. Drogi wyprowadzające mocz znajdują się w przeważającej części w miednicy mniejszej, która od dołu zamknięta jest przez mięśnie tworzące przeponę miednicy oraz przeponę moczowo-płciową [1].

ROZWINIĘCIE

Budowa i funkcje układu moczowego

Układ moczowy zbudowany jest z dwóch nerek, miedniczek i moczowodów, które składają się na drogi odprowadzające mocz wytworzony w nerkach do pęcherza moczowego, z którego mocz cewką moczową wydalany jest na zewnątrz organizmu. Nerki mają swe położenie po obu stronach kręgosłupa, na tylnej ścianie jamy brzusznej. Leżą na poziomie między 11 kręgiem odcinka piersiowego kręgosłupa a 3 kręgiem odcinka lędźwiowego. Nad obiema nerkami znajdują się nadnercza. W części przyśrodkowej nerka ma wnękę, która prowadzi do zatoki nerkowej, gdzie leży miedniczka nerkowa. Miedniczka nerkowa przedłuża się w moczowód. Nerkę otocza torebka włóknista oraz tłuszczowa. W przekroju nerki można wyróżnić część rdzenną i część korową. Rdzenna część jest zbudowana z trójkątnych piramid nerkowych, których szczyty zakończone są brodawkami nerkowymi i wpuklają się do miedniczki nerkowej. Na brodawkach są kanaliki które wyprowadzają mocz. Położona obwodowo część korowa, zbudowana jest głównie z ciałek (kłębuszek) nerkowych. Kłębuszek otoczony jest przez torebkę kłębuszka, do której filtrowany jest mocz pierwotny. Kanaliki nerkowe to przedłużenie torebki kłębuszka, gdzie możliwe jest zagęszczenie moczu pierwotnego i powstanie moczu ostatecznego. Mocz ostateczny odprowadzony zostaje do miedniczki nerkowej. Miedniczka zwęża się stopniowo przechodząc w moczowód, który łączy miedniczkę i pęcherz moczowy. Jest do długi kanał zbudowany z błony śluzowej, mięśniowej i zewnętrznej, a biegnie on po tylnej ścianie brzucha i łączy się z pęcherzem w miednicy mniejszej. Pęcherz moczowy znajduje się w części przedniej miednicy mniejszej, za spojeniem

łonowym, a jego zadaniem jest przetrzymywanie moczu. Pęcherz u kobiet sąsiaduje z macicą, a z odbytnicą u mężczyzn. W budowie pęcherza można wyróżnić szyjkę, dno, trzon i szczyt. W przedniej części dna pęcherza moczowego, zaczyna się cewka moczowa, której zadaniem jest wydalenie moczu poza organizm. Żeńska cewka moczowa jest krótsza niż męska, a jej ujście jest w przedsionku pochwy. Biegnąca w prąciu dłuższa cewka moczowa mężczyzn, ma ujście na żołędzi prącia [1].

Miednica mniejsza gdzie znajduje się pęcherz moczowy, jest zamknięta u dołu, przez przymocowane do kości miednicy mięśnie. Mięśnie te tworzą przeponę miednicy oraz przeponą moczowo- płciową, przez które miednicę opuszczają odbytnica, pochwa i cewka moczowa [1].

Zadaniem układu moczowego jest usuwanie z organizmu ubocznych produktów przemiany materii rozpuszczonych w krwi, regulacja zawartości soli i płynów w ustroju, a także wydalanie wraz z moczem szkodliwych substancji [1].

Budowa miednicy

Miednica zbudowana jest z kości krzyżowej oraz z dwóch kości miednicznych, w których skład wchodzą kość biodrowa, kość kulszowa i kość łonowa. Miednicę podzielić można na większą i mniejszą. Od wzgórka kości krzyżowej do brzegu górnego spojenia łonowego, biegnie kresa graniczna, która stanowi granicę między miednicą większą, a mniejszą [2].

Kość biodrowa złożona jest z trzonu kości biodrowej oraz z talerza kości biodrowej. Zewnętrzna powierzchnia talerza kości biodrowej to powierzchnia pośladkowa i znajdują się na niej trzy wypukłości: kresa pośladkowa dolna, przednia i tylna. Granicą kości biodrowej jest grzebień biodrowy, mający kształt łuku wygiętego ku górze. Na jego powierzchni górnej znajdują się podłużne wypukłości: warga zewnętrzna i wewnętrzna oraz kres pośrednia. Przedni koniec grzebienia biodrowego ma nazwę kolec biodrowy przedni górny. Z jego wierzchołka w kierunku guzka łonowego oraz gałęzi kości łonowej biegnie więzadło pachwinowe. 2 cm w dół od kolca biodrowego przedniego górnego leży kolec biodrowy przedni dolny. Koniec tylny grzebienia biodrowego to kolec biodrowy tylny górny, a ok. 6 cm poniżej jest kolec biodrowy tylny dolny. Po stronie przyśrodkowej kości biodrowej jest zagłębienie (dół biodrowy). Z tyłu na dole znajduje się powierzchnia uchowata (powierzchnia stawowa stawu krzyżowo-biodrowego). W górę i do tyłu od niej leży guzowatość biodrowa.

Granicę między talerzem, a trzonem kości biodrowej jest kresa łukowata. Trzon kości biodrowej wytwarza strop panewki stawu biodrowego [2].

Kość kulszowa składa się z trzonu kości kulszowej, tworzącego tylną część panewki stawu biodrowego ograniczenie tylne otworu zasłonowego oraz z gałęzi kości kulszowej, tworzącej ograniczenie dolne otworu zasłonowego. Na trzonie kości kulszowej z tyłu znajduje się kolec kulszowy. Na dole leży guz kulszowy, od którego w stronę kości krzyżowej biegnie więzadło krzyżowo-guzowe [2].

Na kość łonową składają się trzon kości łonowej (tworzy część przednią panewki stawu biodrowego) oraz gałąź górna i dolna kości łonowej. Gałąź górna tworzy górną granicę otworu zasłonowego, a gałąź dolna jego granicę dolną, gdzie łączy się z gałęzią kości kulszowej. Od przyśrodkowej strony gałąź górna kości łonowej tworzy powierzchnię spojeniową [2].

Kość krzyżową tworzy pięć zrośniętych ze sobą kręgów krzyżowych. Ma klinowaty kształt: jego podstawa zwrócona jest ku górze i łączy się z ostatnim kręgiem lędźwiowym. Wierzchołek kości krzyżowej łączy się z kością guziczną. Na miednicznej powierzchni kości krzyżowej znajdują się otwory krzyżowe przednie, przez które przechodzą tworzące splot krzyżowy nerwy [2].

W miednicy jako całości znajdują się trzy połączenia: spojenie łonowe od przodu oraz od tyłu parzysty staw krzyżowo- biodrowy. W okolicy miednicy znajdują się też więzozrosty.

Mięśnie dna miednicy

Dno miednicy jest to zamknięcie dolne jamy miednicy. Ma kształt rombu i ograniczone jest spojeniem łonowym, gałęziami kości kulszowych z guzami kulszowymi i dolnymi gałęziami kości łonowych, kością guziczną oraz więzadłami krzyżowo- guzicznymi. Dno miednicy zamykają dwie warstwy mięśni: tylna warstwa to przepona miednicy a przednia przepona moczowo-płciowa [3].

Przepona miednicy składa się z mięśnia dźwigacza odbytu i z mięśnia kulszowo-guzicznego. Między prawym a lewym dźwigaczem jest przestrzeń dla cewki moczowej i pochwy (wrota dźwigacza). Dźwigacz odbytu jest parzystym mięśniem o kształcie czworokąta. Swój początek ma na wewnętrznej stronie miednicy na gałęzi dolnej kości łonowej. Mięsień ten dzieli się na mięsień biodrowo – guziczny (łączący łuk ścięgnisty z kością guziczną), mięsień łonowo odbytniczy (biegnący z przodu kości łonowej) i mięsień łonowo – guziczny (łączy kość łonową z kością guziczną). Z włókien dźwigacza odbytu utworzony jest zwieracz odbytu, który utrzymuje zamknięty odbyt. Mięsień kulszowo-guziczny to parzysty mięsień, który jest połączeniem kości krzyżowej i guzicznej z guzem kulszowym. Mięsień ten wzmacnia dno miednicy [2, 3].

Przepona moczowo- płciowa łączy gałęzie kości kulszowych i łonowych. Składa się z:
- **mięśnia poprzecznego głębokiego krocza**, który jest mięśniem nieparzystym. Przyczepia się z przodu do spojenia łonowego i do środka ścięgnistego krocza z tyłu. Ma za zadanie wspomagać pęcherz moczowy. U kobiet po porodzie mięsień ten jest osłabiony co może powodować wypadnięcie macicy.

-**mięśnia poprzecznego powierzchownego krocza,** jest to mięsień parzysty który jest połączeniem między środkiem ścięgnistym krocza, a guzem kulszowym. Ciekawostką jest , że u kobiet mięsień ten często nie występuje.

- **mięśnia zwieracza cewki moczowej**, który zwiera cewkę moczową, a u kobiet również pochwę. Ma też znaczenie w umocowaniu cewki moczowej.

- **mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu**, który jest mięśniem nieparzystym, o owalnym kształcie. Jego skurcz przyciska boczne ściany kanału odbytowego do siebie.

- **mięśnia opuszkowo- gąbczastego**, który obejmuje przedsionek pochwy u kobiet, a jego czynność polega na zwieraniu sromu, a u mężczyzn obejmuje opuszkę prącia i jego nasadę i jest mięśniem powodującym wzwód i wytrysk.

- **mięśnia kulszowo- jamistego,** jest parzystym mięśniem, którego początek znajduje się na guzie kulszowym. Jego działanie to stymulacja ciała jamistego do wzwodu poprzez wypychanie krwi do przodu (ucisk odnogi prącia/łechtaczki)**.** U kobiet przez przeponę przechodzi cewka moczowy i pochwa, a u mężczyzn tylko cewka moczowa [2, 3].

Nietrzymanie moczu

Według International Continence Society nietrzymane moczu można zdefiniować jako niezależny od woli wyciek moczu przez cewkę moczową. Z powodu tej chorobę cierpi ponad 5% populacji i dlatego według Światowej Organizacji Zdrowia jest uważana za chorobę społeczną [4]. Jest to schorzenie, które często wywołuje u pacjentów wstyd. Schorzenie te najczęściej dotyczy kobiet, jednak mężczyźni również nie są wolni od tego problemu [4]. Nietrzymanie moczu może występować w różnych postaciach. Wyróżniamy:
- wysiłkowe nietrzymanie moczu (pojawia się przy wysiłku, kaszlu, kichaniu)
- naglące nietrzymanie moczu (jest poprzedzony uczuciem nagłego parcia na pęcherz
- nietrzymanie moczu z przepełnienia
- mieszane nietrzymanie moczu (jest to połączenie wysiłkowego i naglącego nietrzymanie moczu)
- przejściowe nietrzymanie moczu – wynikające z przyjmowanych leków lub spowodowane infekcją [5].

Epidemiologia

Nietrzymanie moczu zdarza się przynajmniej raz w roku u 1-39% mężczyzn i u 5-69% kobiet. Przewlekła postać schorzenia dwa razy częściej dotyczy kobiet i dotyczy 17-60% całej populacji. W Polsce według danych na nietrzymanie moczu cierpi około 5 milionów osób w tym od 2 do 3 milionów kobiet, jednak liczba ta może być większa, ponieważ wiele kobiet nie przyznaje się do tego problemu uznając go za wstydliwy. Nietrzymanie moczu może występować w każdym wieku jednak najwięcej pacjentek to osoby starsze [6].

Czynniki ryzyka

Do czynników ryzyka nietrzymania moczu można zaliczyć: wiek, płeć, rasa oraz czynniki genetyczne. Schorzenie to dotyczy części osób starszych oraz kobiet. Badania wykazują, że rasa biała jest bardziej narażona na występowanie nietrzymania moczu. Inne czynniki ryzyka to dysfunkcje jelit, przewlekłe zaparcia ,menopauza, przyjmowanie niektórych leków, spożywanie alkoholu i papierosów, otyłość, mała aktywność fizyczna, operacje w obrębie miednicy, ciąża i poród, infekcje układu moczowego, cukrzyca, niektóre choroby neurologiczne np. Parkinson, udar mózgu, nieprawidłowe napięcie mięśni dna miednicy. U mężczyzn czynnikiem ryzyka może być również usunięcie gruczołu krokowego [7].

Diagnostyka

Diagnostyka w nietrzymaniu moczu rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu. Pacjent powinien poinformować o zabiegach operacyjnych (szczególnie w obrębie miednicy), chorobach przewlekłych, przyjmowanych kiedyś i obecnie lekach. Lekarz do którego zgłasza się pacjent powinien zapytać również o trudności w wydalaniu moczu, nawracające infekcje układu moczowego, bóle podczas oddawania moczu, częstość, objętość oraz rodzaj przyjmowanych płynów. Pytania powinny dotyczyć także przebytych ciąż i porodów. Dostępne są też międzynarodowe kwestionariusze, które stosowane są podczas badań o tematyce nietrzymania moczu takie jak: Incontinence Impact Questionnaire (IIQ), King's Health Questionnaire (KHQ) oraz Urogenital Distress Inventory (UDI). Bardzo pomocne w diagnostyce są dzienniczki mikcji prowadzone przez pacjenta. Pacjent zapisuje tam: czas mikcji, objętość oddawanego moczu, liczbę i natężenie parć na pęcherz, wszystkie epizody nietrzymania moczu, pozycje i czynności, w których dochodzi do nietrzymania moczu oraz informację o przyjmowanych płynach [6, 8].

Po badaniu podmiotowym lekarz powinien palpacyjnie zbadać brzuch pacjenta, zwracając uwagę na opory patologiczne w okolicy pęcherza o raz ból podczas palpacji.

U kobiet badanie wykonuje się również przez pochwę, oceniając napięcie mięśni dna miednicy – u mężczyzn badanie można wykonać przez odbyt. Pacjenci powinni mieć również wykonywane badanie ogólne oraz posiew moczu, aby wykluczyć infekcje układu moczowego [6, 8, 9].

Przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu najbardziej wiarygodnym badaniem jest test wkładkowy. Pacjent co najmniej przez godzinę nosi wkładkę chłonącą i wykonuje czynności prowokujące wyciek moczu. Wkładka ważona jest przed i po badaniu. Dodatni wynik jest wtedy gdy po badaniu wkładka będzie cięższa o ponad 2g. Na podstawie tego testu można ocenić stopnie nietrzymania moczu

– <2 g: brak nietrzymania moczu,
– 2–10 g: stopień średni,
– 10–50 g: ciężki stopień,
– 50 g: bardzo ciężki stopień nietrzymania [9].

Inne badania wykonywane w diagnostyce nietrzymania moczu to ultrasonografia jamy brzusznej oraz urografia, które mają służyć do oceny morfologii, występujących patologii oraz czynności układu moczowego. Aby wykluczyć występowanie nowotworów, ciał obcych oraz innych patologii można też wykonać badanie podczas którego ogląda się wnętrze pęcherza oraz cewki moczowej a jest to cystouretroskopia [6, 8, 9].

Leczenie nietrzymania moczu

Leczenie nietrzymania mocz, może polegać na eliminacji niektórych czynników ryzyka takich jak infekcje układu moczowego, nieodpowiednia dieta, spożywanie alkoholu i papierosów oraz otyłość. Szacuje się, że zmniejszenie o co najmniej 5% masy ciała powoduje poprawę trzymanie moczu. Bardzo ważne jest odpowiednie odżywienie, regularność mikcji, odpowiednia higiena osobista. Pacjent powinien również ograniczyć spożywanie alkoholu, kofeiny oraz palenie papierosów [10].

Oprócz zmiany stylu życia leczenie może odbywać się za pomocą leków lub odpowiednio dobranej fizjoterapii. W ostateczności pacjent powinien zostać skierowane na leczenie operacyjne [6, 10].

Farmakologia

Leczenie farmakologiczne powinno dobierać się do każdego pacjenta indywidualnie ze względna ryzyko działań niepożądanych. Należy przede wszystkim uwzględnić inne leki brane

przez pacjenta, które mogą wchodzić w interakcje z lekami dedykowanymi dla nietrzymania moczu [11].

Najczęściej stosuje się:

-leki antycholinergiczne,

-trójpierścieniowe leki antydepresyjne,

- estrogeny,

-leki blokujące kanał wapniowy,

-alfa-adrenolityki,

-analogi wazopresyny np. desmopresyna,

- podawane bezpośrednio do pęcherza neurotoksyny [11, 12].

Nowym preparatem, który zwiększa napięcia zwieracza zewnętrznego cewki oraz hamuje zwrotne wchłanianie serotoniny i noradrenaliny na drodze ośrodkowej jest duleksytyna. Lek jednak działa tylko podczas przyjmowania i jedynie łagodzi dolegliwości [11, 12].

Do łagodzenia objawów nietrzymania moczu można także stosować suplementy diety. Poprawiają one komfort życia, produkowane są na bazie naturalnych składników i nie powodują działań niepożądanych. Do produkcji takich suplementów najczęściej używa się ekstraktów z żurawiny, pokrzywy, pestek dyni, izoflawonów sojowych oraz witaminy D3 i B12 [12].

Fizjoterapia

Metody fizjoterapeutyczne stosowane w nietrzymaniu moczu mają na celu wzmocnienie mięśni dna miednicy. Najczęściej stosowane metody to:

-biofeedback

-technika ETS

- elektrostymulacja

-pole magnetyczne

-trening mięśni dna miednicy

- terapia behawioralna [13].

BIOFEEDBACK

Jest to metoda biologicznego sprzężenia zwrotnego, pacjent uświadamia sobie czynności, które wcześniej często były nieświadome i poprawia te czynności. Pacjent świadomie kurczy i rozkurcza mięśnie dna miednicy. Ta metoda wymaga specjalnej aparatury, która umożliwia słuchowy lub wzrokowy odbiór zmian rejestrowanych za pomocą wkładki

dopochwowej. Skurcz mięśni dna miednicy powinien być taki by wskaźnik wychylił się w granicy fizjologicznego lub zbliżonego do fizjologicznego skurczu. Systematyczne ćwiczenia powodują zwiększenie siły mięśniowej oraz zwiększają napięcie spoczynkowe mięśni. Pacjent powinien nauczyć się wykorzystywać ćwiczone mięśnie podczas kaszlu czy dźwigania (nagłe zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej) [13, 14].

TECHNIKA ETS

Technika ETS (Elektromyografic Triggered Stimulation) polega na napinaniu mięśni dna miednicy pod kontrolą Biofeedback EMG z elektrostymulacją. Pacjent obserwuje na monitorze aktywność swoich mięśni i stara się pokonać próg zadaniowy dla skurczu mięśni. Podczas przekroczenia ustalonego progu, skurcz mięśni dna miednicy zostaje wzmocniony przez stymulację elektryczną. Oprócz zwiększenia siły mięśniowej zabieg ten poprawia przewodnictwo nerwowe nerwów ruchowych i autonomicznych mięśni dna miednicy [15].

ELEKTROSTYMULACJA

Jest to zabieg który wykorzystuje prąd impulsowy do wywołania skurczu mięśni dna miednicy. Przeciwwskazaniami do stosowania elektrostymulacji są:

-ciąża
-menstruacja
-wszczepiony rozrusznik serca
-ciężkie zaburzenia rytmu serca
-infekcje dróg moczowych
-stany zapalne pochwy
-zaleganie moczu w górnych drogach moczowych
-implanty metalowe w okolicy stymulowanej.

Do stymulacji dna miednicy używa się elektrody dopochwowej. Czas trwania takich zabiegów wynosi od dwóch do kilku miesięcy i zależy od stopnia osłabienia mięśni oraz systematyczności. Częstotliwość impulsów podczas elektrostymulacji powinna wynosić 10 Hz a 50 Hz. Najczęściej stosuje się 15–20 Hz przez 10–15minut, a przez kolejne 10-15 minut 40–50Hz. Czas trwania impulsu nie powinien być większy niż 200 μs. Przerwa pomiędzy skurczami powinna być dwukrotnie dłuższa niż czas skurczu. Elektrostymulacja może pomóc w uświadamianiu pacjentce, które mięśnie powinna aktywować podczas napinania dna

miednicy. Zabieg ten wspomaga procesy regeneracyjne nerwów i mięśni, a także poprawia ukrwienie [13, 14, 15].

POLE MAGNETYCZNE

Jest to metoda która wykorzystuje indukcyjne pole magnetyczne o niskiej częstotliwości i prowadzi do aktywizacji nerwów. Pacjent siedzi w ubraniu na krześle będącym źródłem pola magnetycznego. Taki zabieg powinien trwać około 20 minut i jest bezbolesny. Pole magnetyczne powinno stosować się przez 5-8 tygodni, 2 razy w tygodniu [13, 14].

TRENING MIĘŚNI DNA MIEDNICY

Trening mięśni dna miednicy powinien być dobrany indywidualnie do każdego pacjenta przez fizjoterapeutę uroginekologicznego. Nie ma opracowanego jednego, ujednoliconego zestawu ćwiczeń. Pacjent powinien przede wszystkim nauczyć się prawidłowo i świadomie napinać i rozluźniać mięśnie krocza, a powodzenie terapii zależy przede wszystkim od jego systematyczności i pozytywnego podejścia do metody. Ważne jest by ćwiczenia nie powodowały wzrostu ciśnienia śródbrzusznego – pacjent nie powinien napinać pośladków i brzucha. Częstotliwość ćwiczeń dająca najlepsze efekty to 5 minut trzy razy dziennie przez 6 tygodni. Po takim czasie można zmniejszyć częstotliwość ćwiczeń jednak nie należy całkowicie zrezygnować z treningów [14, 16].

TERAPIA BEHAWIORALNA

Polega na zmianie stylu życia i ustaleniu zachowań i przyzwyczajeń które pomogą odzyskać kontrole nad oddawaniem moczu. Pacjent powinien nabyć nowe higieniczne nawyki oraz wyeliminować czynniki ryzyka takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy otyłość. Istotna jest również samokontrola pacjenta poprzez używanie dzienniczka mikcji [13, 16].

Leczenie operacyjne

Skierowanie na zabieg operacyjny powinno być wystawione gdy nie następuje poprawa po zastosowaniu leczenia farmakologicznego i fizjoterapii. W przypadku kobiet i wysiłkowego anatomicznego nietrzymania moczu można zastosować różne metody operacyjne, które powinny przywrócić prawidłowe funkcjonowanie dolnych dróg moczowych. Można wyodrębnić zabiegi wzmacniające ścianę przednią pochwy, załonowe i przezpochwowe igłowe podwieszenie szyi pęcherza oraz zabiegi laparoskopowe. Za najbardziej skuteczne uważa się operacje pętlowe. Jedną z nowocześniejszych metod jest metoda slingu syntetycznego.

Operacje pętlowe oraz implanty okołocewkowe i sztuczne zwieracze wykonuje się przy nietrzymaniu moczu w wyniku osłabienia zwieraczy. Bardzo rzadko dochodzi do operacji nietrzymania moczu spowodowanego parciem. Można także wykonywać zabiegi powiększające pęcherz u pacjentów, u których jest on za mały. Jeśli żadna metoda nie przynosi efektów, wykonuje się zabieg nadpęcherzowego odprowadzania moczu. Operacje polegające na usunięciu anatomicznej przeszkody podpęcherzowej wykonuje się jeśli mamy do czynienia z nietrzymaniem moczy z przepełnienia [17, 18].

PODSUMOWANIE

Nietrzymanie moczu należy do dolegliwości powszechnych i bardzo uciążliwych. Szacuje się, że to zaburzenie może dotyczyć kilkunastu procent populacji. Ten problem to coś więcej niż dolegliwość zdrowotna, to przede wszystkim ogromny dyskomfort w wielu codziennych sytuacjach, dotykający w większości kobiety. Od dziesięcioleci tradycyjna medycyna w wielu obszarach spiera się z metodami leczenia zachowawczego. Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu to nieinwazyjna alternatywa dla chirurgii, zarazem będąca dla wielu pacjentów doskonałą okazją do zmiany nawyków.

PIŚMIENNICTWO

1. Suder E., Brużewicz S.: Anatomia człowieka - podręcznik i atlas dla studentów licencjatów medycznych. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008, 97-105.
2. Hochschild J.: Anatomia funkcjonalna dla fizjoterapeutów. MedPharm Polska, Wrocław 2020, 293-360.
3. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
4. Radziszewski P., Dobroński P. Nietrzymanie moczu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008.
5. Wojtaszek A.: NTM – Nietrzymanie moczu. Etiologia, diagnostyka, farmakologia. Pielęgniarstwo Polskie, 2012, 4(46), 190–192.
6. Bender S., Borowski J., Borkowski T., Torz C., Radziszewski P.: Nietrzymanie moczu. Medycyna po Dyplomie, 2011, 6(183), 73-80.
7. Barcz E.: Uroginekologia –schorzenia dna miednicy. Via medica, Gdańsk 2017.

8. Klisowska I., Dąbek A., Zborowska I. , Kapkowski B. , Kowalik M.: Nietrzymanie moczu – zadanie dla fizjoterapeuty. Część II. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012, 2, 145–152.
9. Gołąbek T., Chłosta P.: Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn. Termedia, Poznań 2016.
10. Dębiński P., Niezgoda T.: Klasyfikacja nietrzymania moczu i sposoby leczenia. Przegląd Uroginekologiczny, 2014, 5, 87.
11. Nowicka-Zuchowska A. , Zuchowski A. : Profilaktyka nietrzymania moczu. Lek w Polsce, 2017, 6-7, 13-22.
12. Stachowicz N., Maciejczyk-Pencuła M. , Morawska D., Stachowicz S., Kotarski J.: Naglące nietrzymanie moczu – wstępna diagnostyka i leczenie farmakologiczne. Wiadomości Lekarskie, 2012, 3, 162-166.
13. Fiodorenko-Dumas Ż, Paprocka-Borowicz M. Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, 20(1), 12-16.
14. Barcz E. : Nietrzymanie moczu u kobiet – współczesne podejście. PZWL, Warszawa 2019.
15. Chmielewska D., Stania M.: Fizjoterapia w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu u kobiet. AWF, Katowice 2016.
16. Chmielewska D., Kwaśna K., Piecha M., Halski T., Taradaj J., Kubacki J., Skrzypulec-Plinta V.: Wybrane metody zachowawczego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu – aktualne poglądy. Część 1. Przegląd Menopauzalny, 2012, 4, 264–268.
17. Radziszewski P., Baranowski W., Nowak-Marktwiz E., Rechbeger T., Suzin J., Witek A.: Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. Ginekologia Polska, 2010, 81, 789-793.
18. Baranowski W., Rogowski A.: :Uroginekologia. Medical Tribune, Warszawa 2018.

ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Klimaszewska Krystyna[1], Łukaszewicz Weronika[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą zapalno-demielinizacyjną chorobą układu nerwowego. Najczęściej rozpoznawana jest między 20 a 40 rokiem życia, z dużą przewagą płci żeńskiej. SM jest nieuleczalne i stopniowo prowadzi do inwalidztwa poprzez zaburzanie przewodnictwa impulsów nerwowych, spowodowane zniszczeniem osłonek mielinowych. Cechą charakterystyczną choroby jest nieprzewidywalność rzutów oraz różnorodność objawów. Postawienie diagnozy wiąże się zarówno dla pacjenta jak i jego rodziny z całkowitym przeorganizowaniem dotychczasowego życia. Często pojawia się stres, gniew, zmiana obrazu siebie, a w konsekwencji może dojść do depresji. Stosując leczenie można oczekiwać polepszenia samopoczucia pacjenta, większego odstępu między rzutami choroby oraz opóźnienia niepełnosprawności. Poza farmakoterapią istotna w procesie terapii jest rehabilitacja oraz wsparcie rodziny i społeczeństwa [1, 2].

Stwardnienie rozsiane jest chorobą o zróżnicowanym obrazie klinicznym. U niektórych osób rozwija się ono łagodnie, bezobjawowo, jednakże istnieją także postacie choroby przebiegające gwałtownie i prowadzące do znacznej niepełnosprawności w krótkim czasie. Wyróżnia się cztery główne typy stwardnienia rozsianego rzutowo-remisyjny (nawracająco-zwalniający), pierwotnie postępujący, wtórnie postępujący i rzutowo-postępujący [3].

Celem terapii jest: zmniejszenie spastyczności (występuje u około 60% chorych na SM), zniwelowanie bólu (występuje u do 85% chorych), zwalczanie zaburzeń czynności zwieraczy (występuje u około 75-90% chorych na SM), poprawa koordynacji i równowagi (występuje u około 50% chorych), zwalczenie drżenia kończyn, zespołu zmęczenia (występuje u około 75-95% chorych) oraz depresji (występuje u około 60%chorych) [4].

CEL PRACY

Celem pracy było:

1. Określenie problemów bio-psycho-społecznych pacjenta z stwardnieniem rozsianym.
2. Opracowanie indywidualnego procesu pielęgnowania dla pacjenta ze stwardnieniem rozsianym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 41 - letnią kobietę przyjętą dnia 13.03.2021r. na Oddział Neurologiczny w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im dr. Stanisława Deresza w Choroszczy z rozpoznaniem podejrzenia procesu demielinizacyjnego w OUN.

W celu zebrania informacji i pacjentce posłużono się metodami takimi jak:

- Wywiad - bezpośrednia rozmowa z pacjentką dotycząca jej samopoczucia i zdrowia, stylu życia, przebytych chorób lub operacji oraz przyjmowanych lekarstw.
- Obserwacji - dokonano oględzin wyglądu zewnętrznego oraz postawy pacjentki w celu wykrycia nieprawidłowości.
- Pomiar - dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych takich jak pomiar ciśnienia tętniczego krwi czy pomiar tętna. Dodatkowo wykonano pomiar oceny natężenia bólu.
- Analiza dokumentacji medycznej - przeanalizowano i zinterpretowano wyniki badań pacjentki, oraz informacje uzyskane na podstawie powyższych metod.

Dzięki zebranym wiadomościom na temat stanu zdrowia pacjentki skonstruowano proces pielęgnowania, który jest propozycją opieki pielęgniarskiej nad chorą kobietą. Proces pielęgnowania łączy w sobie spojrzenie na stan psychiczny, biologiczny, środowiskowy i społeczny co przyczynia się do całościowej opieki nad pacjentką. Stworzenie procesu pielęgnowania i postępowanie według niego ma na celu podniesienie jakości życia, stanu zdrowia oraz zmniejszenie dolegliwości związanych z chorobą [5].

WYNIKI

Na Oddział Neurologii w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im dr. Stanisława Deresza w Choroszczy dnia 13.03.2021 r., przyjęto w trybie planowym 41 - letnią kobietę D.T. Pacjentka została przyjęta z rozpoznaniem wstępnym:

podejrzenie procesu demielinizacyjnego w OUN. Kobieta została skierowana do szpitala z powodu postępującego od dwóch lat osłabienia siły kończyn dolnych, głównie lewej, okresowego dużego bólu kręgosłupa, zaburzeń równowagi oraz zaburzeń mikcji związanych z trudnościami w opróżnianiu pęcherza. Wydalanie stolca również jest dla kobiety uciążliwe i zdarzają się długotrwałe zaparcia. W badaniu neurologicznym stwierdzono zespół piramidowy kończyn dolnych oraz zespół móżdżkowy kończyn dolnych, co wyjaśnia osłabienie kończyn dolnych i zaburzenia równowagi. W wywiadzie nie zgłasza chorób przewlekłych, brak uczuleń, dieta ogólna, pali papierosy w ilości dziesięciu dziennie, inne używki neguje. Pacjentka porusza się o lasce, szybko się męczy. Stwierdzono chód paraparetyczny wynikający ze spastyczności w stawach kolanowych. Zgłasza problemy ze snem, w nocy się wybudza, a podczas dnia ze względu na zmęczenie robi około dwóch godzinnych drzemek. Dolegliwością jaką zgłasza pacjentka poza osłabieniem kończyn dolnych jest zmęczenie, które przeszkadza jej w pracy zawodowej. Kobieta pracuje jako przedszkolanka. Problemem jest dla niej wytrzymanie pełnych ośmiu godzin na zmianie, oraz zabawy, gdzie jest zaangażowana fizycznie. Dodatkowo zdarzają się częste zawroty głowy oraz trudności z zachowaniem równowagi. Ze względu na postępującą chorobę kobieta zrezygnowała z pracy zawodowej i przebywa w domu, co przynosi negatywne skutki w jej psychice, zdarza się jej płakać oraz miewa dni, podczas których izoluje się od ludzi. Podczas rozmowy pacjentka zgłasza obawy dotyczące dalszego postępu choroby. Mieszka z mężem, który się nią opiekuje, jednak przez większość dnia jest w pracy by utrzymać rodzinę. Pacjentka ma dwie córki, które z nią nie mieszkają i odwiedzają dość rzadko.

Podczas pobytu w szpitalu przeprowadzono badania:

- MR odcinka szyjnego kręgosłupa
- MR mózgu z kontrastem
- TK głowy
- badanie PMR.

Zarówno w TK, jak i obu MR zauważono liczne, niewielkie ogniska demielinizacyjne, dodatkowo w płynie mózgowo rdzeniowym stwierdzono obecność prążków oligoklonalnych. Wyniki tych badań pozwoliły na potwierdzenie tezy wstępnej, pacjentka choruje na stwardnienie rozsiane.

Pacjentka ma założone wkłucie obwodowe.

Wzrost kobiety wynosi 170 centymetrów, a masa ciała 76 kilogramów z czego wynika, że BMI wynosi 26,3 co wskazuje na nadwagę. Ciśnienie tętnicze krwi wynosi 120/80 mm Hg, tętno 70/ uderzeń na minutę.

Indywidualny proces pielęgnowania

1. **Problem pielęgnacyjny**:

Trudności w poruszaniu się i zwiększone ryzyko upadku spowodowane osłabieniem siły mięśniowej kończyn dolnych oraz zaburzeniami równowagi.

Cel:

Zwiększenie samodzielności w poruszaniu się oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentki.

Planowane działania:

- Zapewnienie odpowiedniego sprzętu ortopedycznego np. kula ortopedyczna z antypoślizgową końcówką.
- Dostosowanie pomieszczeń do stopnia niepełnosprawności pacjentki np. maty antypoślizgowe, zamontowanie dodatkowych poręczy i uchwytów w mieszkaniu.
- Obserwacja sprawności ruchowej pacjentki w celu zaplanowania dalszej pomocy przy poruszaniu się w przypadku postępującej choroby.

Realizacja:

- W sali pacjentki położono matę antypoślizgową.
- Pacjentka została zaopatrzona w obuwie antypoślizgowe.
- Przy łóżku pacjentki zamontowano dodatkowe uchwyty.
- Przygotowano pacjentce kulę ortopedyczną zgodną z wytycznymi.
- Rozmowa z mężem kobiety w celu udoskonalenia warunków mieszkaniowych względem choroby.

Ocena:

- Dzięki udogodnieniom w sali, pacjentka swobodniej i bezpieczniej porusza się po sali.

2. **Problem pielęgnacyjny**:

Ograniczenie w funkcjonowaniu i poruszaniu się wywołane spastycznością w stawach kolanowych.

Cel:

Zniwelowanie pojawiających się spastyczności.

Planowane działania:

- Edukacja pacjentki w zakresie czynników powodujących nasilenie objawów mięśniowych, takich jak: infekcje, zbyt wysoka temperatura, zbyt obcisłe ubranie, stres, gwałtowne poruszanie się.
- W pozycji leżącej stosować pozycje, które minimalizują spastyczność, np. leżenie na boku lub brzuchu, starać się unikać pozycji na plecach przez dłuży czas.

- Wykonywanie chłodnych okładów.
- Wykonywanie masażu miejsca spastyczności przez delikatny ucisk lub głaskanie.
- Podaż leków zmniejszających spastyczność zgodnie ze zleceniem lekarza.

Realizacja:

- Podano leki zmniejszające spastyczność.
- Wykonano chłodny okład na kolana.
- Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat czynników nasilających spastyczność.

Ocena:

- Spastyczność w stawach kolanowych została zmniejszona.

3. **Problem pielęgnacyjny**:

Dolegliwości bólowe kręgosłupa spowodowane postępem choroby.

Cel:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Planowane działania:

- Podaż leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.
- Monitorowane bólu przy użyciu skali VAS.
- Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie wygodnej pozycji podczas snu lub siedzenia.
- Zalecenie nie wykonywania gwałtownych ruchów oraz nie podnoszenie ciężkich przedmiotów.
- Podpieranie się o kulę ortopedyczną podczas poruszania się.
- Stosowanie masaży i okładów łagodzących ból pod opieką fizjoterapeuty.

Realizacja:

- Podano paracetamol zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Zastosowano skalę VAS w celu oceny bólu - ocena:7 przed podaniem leku przeciwbólowego; ocena:3 po podaniu leku.
- Zastosowano udogodnienia podczas snu.
- Fizjoterapeuta regularnie wykonuje masaż pacjentce.

Ocena:

- Aktualne odczuwanie bólu w skali VAS pacjentka oceniła na 2.

4. **Problem pielęgnacyjny**:

Trudności z oddawaniem moczu spowodowane osłabieniem czynności skurczowej wypieracza.

Cel:

Pomoc przy opróżnieniu pęcherza pacjentki.

Planowane działania:

- Zapewnienie pacjentce odpowiedniego nawodnienia tzn. minimum dwa litry wody dziennie.
- Obserwacja wydalanego moczu pod kątem zabarwienia, zapachu, przejrzystości.
- Doraźne samocewnikowanie.
- Zapobieganie infekcjom układu moczowego tzn. zachowanie aseptyki i antyseptyki przy samocewnikowaniu, przyjmowanie około dwóch litrów wody na dobę, spożywanie żurawiny lub soków żurawinowych, chronić organizm przed przemarznięciem, stosowanie wygodniej bielizny.
- Systematyczne wizyty u lekarza w celu kontroli pęcherza moczowego.

Realizacja:

- Pacjentka zwiększyła ilość wypijanych płynów w ciągu dnia.
- Przeprowadzono instruktaż samocewnikowania.
- Zacewnikowano pacjentkę w celu opróżnienia pęcherza, po czym usunięto cewnik.
- Kobieta została poinformowana o działaniach profilaktycznych niedopuszczających do infekcji dróg moczowych.

Ocena:

- Pęcherz pacjentki został opróżniony.
- Kobieta opanowała samocewnikowanie.

5. **Problem pielęgnacyjny**:

Trudności w wydalaniu stolca spowodowane zmianami chorobowymi oraz ograniczeniem aktywności ruchowej.

Cel:

Zminimalizowanie zaparć.

Planowane działania:

- Zalecenie modyfikacji dotychczasowej diety pacjentki pod opieką dietetyka. Konkretnie zalecenie diety bogatoresztkowej zwiększenia ilości błonnika w diecie, spożywanie jabłek, śliwek, przyjmowanie minimum dwóch litrów płynów. Przyjmowanie również płynów takich jak sok jabłkowy, zsiadłe mleko czy siemię lniane.

- Spożywanie posiłków o regularnych porach dnia.
- Znalezienie dokładniej przyczyny zaparć, czy jest to kwestia przyjmowanych leków, braku aktywności fizycznej czy złej diety oraz eliminacja tej przyczyny.
- Zwiększenie aktywności fizycznej w granicach możliwości pacjentki, np. spacery.
- Na zlecenie lekarza podaż leków zmniejszających stolec lub przeczyszczających ewentualnie zastosowanie lewatywy.

Realizacja:

- Kobieta odbyła konsultację z dietetykiem, gdzie zostały jej przedstawione zasady odżywiania się przy zaparciach.
- Pacjentce podano laktulozę na zmiękczenie mas kałowych, co pomogło pacjentce w pozbyciu się zaparcia.

Ocena:

- Zmniejszyła się częstotliwość zaparć.

6. **Problem pielęgnacyjny**:

Występowanie u chorej zespołu przewlekłego zmęczenia spowodowanego postępem SM.

Cel:

Poprawa jakości życia pacjentki.

Planowane działania:

- Edukacja pacjenta w zakresie czynników nasilających stan zmęczenia, takich jak: stres, zaburzenia snu, lęk, infekcje, przeziębienia, objawy niepożądane niektórych leków.
- Zalecenia wykonywania ćwiczeń dostosowanych do stopnia niepełnosprawności.
- Zalecenie spacerowania i wietrzenia pomieszczeń.
- Zalecenie stosowania drzemek w ciągu dnia.

Realizacja:

- Pacjentka odbywa regularne drzemki dwa razy w ciągu doby trwające około 45 minut.
- Została przeprowadzona rozmowa z kobietą na temat czynników nasilających stan zmęczenia.
- Sala pacjentki jest wietrzona dwa razy dziennie.

Ocena:

- Po zastosowaniu się do zaleceń pacjentka czuje się bardziej wypoczęta.

7. **Problem pielęgnacyjny**:

Pacjentka odczuwa lęk i niepewność spowodowane postępującą niepełnosprawnością i brakiem wiedzy w zakresie jednostki chorobowej.

Cel:

Poprawa samopoczucia pacjentki i pomoc w akceptacji choroby.

Planowane działania:

- Cierpliwość i empatia przy pracy z pacjentką.
- Dokładny opis czynności podejmowanych przy pacjentce.
- Konsultacja z psychologiem szpitalnym w celu oceny stanu psychicznego.
- Przedstawienie kobiecie stowarzyszeń wsparcia chorych na SM gdzie pozna ludzi w podobnej sytuacji i będzie mogła się dowiedzieć jak inni radzą sobie z chorobą, np. Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane Ich Opiekunów i Przyjaciół.
- Rozmowa z pacjentką na temat istoty przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu i po jego opuszczeniu.
- Zapewnienie dostępu oraz przekazywanie informacji o chorobie pacjentki zgodnie z kompetencjami pielęgniarki, ewentualnie zapewnienie rozmowy z lekarzem prowadzącym i psychologiem.
- Przedstawienie pacjentce jak radzić sobie w samoopiece i trudnościami dnia codziennego, nawet w najprostszych czynnościach.
- Rozmowa z rodziną pacjentki w celu wyjaśnienia im istoty choroby oraz potrzeby wyrozumiałości przy wahaniu nastroju, czy radzeniu sobie z czynnościami domowymi.

Realizacja:

- Pacjentka odbyła konsultacje psychologiczną.
- Na bieżąco jest informowana o podejmowanych działaniach i decyzjach w leczeniu przez lekarza prowadzącego.
- Przedstawiono kobiecie listę grup wsparcia dla chorych z SM.

Ocena:

- Pacjentka stara się zaakceptować chorobę, z zaangażowaniem podchodzi do samopielęgnacji i samoopieki.
- Zauważono poprawę samopoczucia pacjentki.

8. **Problem pielęgnacyjny**:

Ryzyko depresji spowodowane obniżeniem nastroju i przygnębieniem, ze względu na przymusową rezygnację z pracy zawodowej.

Cel:

Poprawa samopoczucia kobiety oraz pomoc przy planowaniu dalszej kariery zawodowej.

Planowane działania:

- Ciągła obserwacja stanu psychicznego pacjentki.
- Propozycja by kobieta postarała się o chociaż 4 godziny dziennie w miejscu pracy co pozytywnie wpłynie na jej stan psychiczny.
- Rozmowa z mężem i córkami kobiety w celu wyjaśnienia stanu psychicznego oraz istocie poświęcania większej ilości czasu i uwagi pacjentce.
- Nakłonienie pacjentki do rozmowy o emocjach i obawach z rodziną.
- Częsta obecność przy pacjentce, motywacja do nawiązywania kontaktów.
- W przypadku zauważenia u pacjentki objawów depresji należy skonsultować się z lekarzem.
- Zapewnienie towarzystwa pacjentce.

Realizacja:

- Przeprowadzono rozmowę z członkami rodziny.
- Przeprowadzono z pacjentką rozmowę na temat istoty częściowego pozostania na drodze zawodowej i wyjaśnienie wpływu poczucia obowiązku na jej zdrowie psychiczne.

Ocena:

- Pacjentka zrozumiała istotę wpływu pracy zawodowej na swój komfort psychiczny, rozważa powrót do pracy.
- Rodzina pacjentki jest bardziej zaangażowana w relacje z kobietą.

9. **Problem pielęgnacyjny**:

Palenie tytoniu spowodowane deficytem wiedzy w zakresie wpływu papierosów na zdrowie człowieka.

Cel:

Zmniejszenie ilości wypalanych papierosów przez pacjentkę oraz edukacja pacjentki w zakresie palenia tytoniu.

Planowane działania:

- Edukacja pacjentki na temat szkodliwości papierosów na układ krążenia i układ oddechowy, przedstawienie konsekwencji jakie niesie za sobą palenie papierosów, np. nadciśnienie tętnicze, nowotwór płuc.
- Wskazanie rozwiązania jakie pomoże kobiecie rzucić palenie, np. nikotyna w postaci plastrów.
- Dostarczenie adresów ośrodków, które pomogą w walce z rzucaniem palenia.
- Przedstawienie pozytywnych stron zaprzestania palenia, zaleta zdrowszego trybu życia, zdrowszej skóry oraz aspekty finansowe.
- W przypadku ochoty na zapalenie papierosa, zamiana na niskokaloryczną przekąskę, np. pestki słonecznika, guma do żucia.

Realizacja:

- Przeprowadzono rozmowę edukacyjną z pacjentką.
- Kobieta stara się zamieniać ochotę na papierosa sięgając po owoce lub inne przekąski.
- Dostarczono adresy ośrodków, które pomogą rzucić palenie oraz gdzie otrzyma potrzebną pomoc psychologiczną.

Ocena:

- Pacjentka zmniejszyła ilość wypalanych papierosów.

10. **Problem pielęgnacyjny**:

Trudność w przespaniu pełnej nocy spowodowane obawą pogorszenia się jakości życia w następstwie choroby.

Cel:

Poprawa jakości snu.

Planowane działania:

- Wietrzenie pomieszczeń przed spaniem.
- Częsta zmiana bielizny pościelowej i osobistej.
- Wyciszenie się co najmniej godzinę przed planowanym snem, to znaczy: nie używać telefonu ani telewizora, w pokoju delikatne światło.
- Rozmowa z pacjentką w obecności męża o konieczności ustaleniu nowego podziału obowiązków domowych.
- Rozmowa z mężem pacjentki by motywował żonę do częściowego powrotu do pracy oraz zapewnianie o akceptacji jej stanu zdrowia.
- Motywacja pacjentki do rozmowy o emocjach, które jej towarzyszą.

Realizacja:

- Zapewniono higienę snu pacjentce: wietrzenie pomieszczenia, zmiana bielizny pościelowej.
- Przeprowadzono rozmowy z rodziną pacjentki.

Ocena:

- Pacjentka deklaruje spokojniejszy i bardziej wydajny sen.

11. **Problem pielęgnacyjny**:

Nadwaga spowodowana ograniczoną aktywnością fizyczną oraz deficytem wiedzy w zakresie zdrowego odżywiania.

Cel:

Zmniejszenie wagi pacjentki oraz uzupełnienie wiedzy w zakresie zdrowego odżywiania.

Planowane działania:

- Konsultacja z dietetykiem w celu ustalenia odpowiedniej diety, dostosowanej również do objawów choroby np. zaparcia.
- Konsultacja w fizjoterapeutą w celu przedstawienia bezpiecznych ćwiczeń do stanu fizycznego pacjentki, które pomogą jej zwiększyć aktywność fizyczną.
- Zalecenie zwiększenia ilości spacerów.
- Wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych takich jak: regularność spożywania posiłków, nie podjadanie między posiłkami, ograniczenie słodyczy i napojów gazowanych, wzbogacenie diety o warzywa i owoce oraz zwiększenie ilości wypijanych płynów obojętnych w ciągu doby.

Realizacja:

- Pacjentka odbyła konsultację zarówno z dietetykiem jak i fizjoterapeutą.
- Przeprowadzono edukacyjną rozmowę na temat zdrowego odżywiania.

Ocena:

- Kobieta przeszła na dietę ustaloną wspólnie z dietetykiem.

12. **Problem pielęgnacyjny**:

Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowane założonym wkłuciem obwodowym.

Cel:

Zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Planowane działania:

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy każdym działaniu podjętym w okolicy wkłucia obwodowego.
- Obserwacja skóry pacjenta w miejscu wkłucia w kierunku zaczerwienienia czy obrzęku.
- Prowadzenie karty monitorowania dostępu żylnego.
- Poinformowanie pacjentki by unikać zamoczenia miejsca wkłucia podczas toalety ciała.
- Zabezpieczenie wenflonu w celu uniknięcia przypadkowego uszkodzenia wkłucia przez pacjentkę.

Realizacja:

- Przy każdej podaży leków są zachowane zasady aseptyki i antyseptyki.
- Zaczęto prowadzić kartę obserwacji wkłucia.
- Zabezpieczono wkłucie opatrunkiem typu stulpa.

Ocena:

- Nie doszło do zakażenia wkłucia obwodowego.

Wskazówki dotyczące dalszej pielęgnacji

1. Regularne przyjmowanie leków według zaleceń lekarza.
2. Unikanie stresu.
3. Systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego krwi.
4. Zmniejszenie ilości wypalanych papierosów.
5. Ograniczenie spożywania czerwonego mięsa i tłuszczów zwierzęcych, wprowadzenie większej ilości owoców i warzyw do diety.
6. Spożywanie minimum 2 litrów wody dziennie.
7. W miarę możliwości prowadzenie aktywnego trybu życia.
8. Zapewnienie ciszy i spokoju.
9. Częściowy powrót do pracy zawodowej.
10. Wyeliminowanie czynników drażniących zwiększających dolegliwości.

WNIOSKI

1. Na podstawie opisu przypadku stworzono indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

2. Wyszczególniono problemy, z którymi zmaga się kobieta w sferze bio-psycho-społecznej. Najważniejszymi problemami są:

- Narastające objawy SM dające znaki o coraz większym zajęciu organizmu przez chorobę takie jak: zaburzenia równowagi czy spastyczność kolan, które wpływają na ograniczenie samodzielności.
- Problemy z potrzebami fizjologicznymi takimi jak: zatrzymanie moczu i zaparcia.
- Załamanie zdrowia psychicznego i lęk przed postępującą chorobą.

3. Sformułowano dla chorej wskazówki dotyczące dalszej opieki i samopielęgnacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 249-264.
2. Kamińska J., Koper O.M., Piechal K., Kemona H.: Stwardnienie rozsiane - etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2017, 71, 551-563.
3. Counsell A., Hadjistavropoulos A., Kehler H.D. et al.: Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Individuals With Multiple Sclerosis. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 2012, 5(5), 448–452.
4. Selmaj K.: Stwardnienie rozsiane. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2013.
5. Jewczak B.: Postępowanie z chorym na stwardnienie rozsiane w opiece domowej - studium przypadku. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2013, 2(5), 216-222.

POSTACIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO

Klimaszewska Krystyna[1], Łukaszewicz Weronika[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwa I Stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Stwardnienie rozsiane to przewlekła i postępująca choroba neurologiczna. Jest jedną z najczęściej opisywanych przyczyn inwalidztwa neurologicznego u ludzi młodych [1]. Osoby z daną jednostką chorobową muszą się liczyć z następstwami do jakich może doprowadzić SM. Choroba powoduje trwające do końca życia ograniczenia występujące o różnym nasileniu. Zazwyczaj dla pacjenta jak i jego rodziny oznacza to zmianę planów, zarówno zawodowych jak i życiowych. Często wiąże się to z przeorganizowaniem życia codziennego, a nawet zamianą ról w rodzinie. Jednak chorobę należy zintegrować z dotychczasowym życiem, najbardziej jak to możliwe, by osoba chora na stwardnienie rozsiane nie straciła swojego komfortu psychicznego. Jednocześnie bardzo trudno określić decyzje o leczeniu pacjenta, ścieżce zawodowej czy planowaniu rodziny, ponieważ wszystko uzależnione jest od przebiegu choroby [1]. Diagnoza SM niesie za sobą szereg konsekwencji dla chorego, bez znaczenia na szybkość postępowania schorzenia najważniejszą potrzebą pacjenta jest wsparcie społeczne. Definicję wsparcia społecznego możemy rozumieć jako zasoby dostarczane dzięki interakcjom z innymi ludźmi, są one szczególnie potrzebne, gdyż często samopoczucie pacjentów jest bardzo niskie, wręcz depresyjne. Mowa tu o trzech rodzajach zasobów. Pierwszym jest wsparcie emocjonalne, które daje choremu troskę, wiarę w siebie oraz poczucie, że ktoś z zewnątrz rozumie jego potrzeby i emocje. Wsparcie informacyjne to kolejny z zasobów, istotne jest by zainteresować się jednostką chorobową w celu udzielania rad pacjentowi dotyczących trudności, szukania przyczyn i rozwiązania problemów związanych z SM. Pacjent czuje zainteresowanie z zewnątrz oraz ma świadomość, że nie zostaje sam w walce z chorobą.

Ostatnim rodzajem zasobów jest wsparcie praktyczne umożliwiające pomoc fizyczną i materialną. Istota tego wsparcia polega na realizacji celów zawodowych pacjenta, spokój wewnętrzny w związku z zaspokojeniem swoich potrzeb materialnych oraz możliwość realizacji marzeń [2].

ROZWINIĘCIE

Definicja i etiologia stwardnienia rozsianego

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex - SM) to przewlekła, demielinizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego. SM polega na obecności w układzie nerwowym licznych nieprawidłowych ognisk, w których dochodzi do uszkodzenia osłonki włókien nerwowych czyli mieliny. W momencie uszkodzenia osłonki mielinowej tworzy się stwardnienie w tym miejscu i następuje zaburzenie, zwolnienie lub zupełne zahamowanie przesyłania impulsów nerwowych z mózgu do innych narządów, co w efekcie zaburza ich prawidłowe funkcjonowanie [3].

Etiologia SM nie jest jasno określona. Za czynniki determinujące powstanie choroby uważa się: środowisko, genetykę oraz złożoność reakcji autoimmunologicznej prowadzącej do uszkodzenie OUN [4]. Pośród czynników środowiskowych, najczęściej wymieniane są infekcje wirusowe na przykład, zakażenie wirusem Epsteina-Barr, choroby przebiegające z wysoką gorączką, która upośledza przewodnictwo w zdemielinizowanych włóknach nerwowych oraz stres. Wykazano również, że wpływ na zachorowanie może mieć niedobór witaminy D3 co wyjaśniałoby lokalizację chorych na SM, gdyż zachorowania rosną im dalej od równika. Wpływ może mieć również palenie tytoniu a nawet stosowana dieta. Z badań wynika, że genetyka również ma znaczenie w zachorowalności, ponieważ prawdopodobieństwo zachorowania na SM członka rodziny chorego jest znacznie większe niż u osoby, która nie ma wśród krewnych chorego [5].

Epidemiologia stwardnienia rozsianego

Stwardnienie rozsiane to jedna z częstszych przyczyn inwalidztwa neurologicznego ludzi w młodym wieku. Chorobę najczęściej rozpoznaje się u osób między 20 a 40 rokiem życia, warto podkreślić, że kobiety zapadają na SM prawie dwa razy częściej niż mężczyźni. Chorobowość jest również zależna od położenia geograficznego, wzrasta ona w miejscach gdzie jest dalej od równika: Europa i Północna Ameryka, Australia czy Azja Południowo-Wschodnia [6].

Ze względu na położenie geograficzne uważa się, że Polska należy do krajów o wysokiej częstości występowania stwardnienia rozsianego [7]. Zapadalność na SM w Polsce wynosi od 45 do 92 przypadków na 100 000 mieszkańców. Szacuje się, że w skali całego kraju choruje 40 000 - 60 000 osób, a rocznie przybywa około 2000 zachorowań [6].

Średni współczynnik chorobowości dla Europy w ostatnich 30 latach wynosił 83 na 100 000 mieszkańców, przy czym najwyższy współczynnik zaobserwowano w krajach skandynawskich, wynosił powyżej 200 przypadków na 100 000 mieszkańców [7].

Postacie stwardnienia rozsianego

Nieprzewidywalność SM jest związana z przebiegiem tej choroby, gdyż występują w niej dwa okresy:

- rzut SM - polega na wystąpieniu i utrzymywaniu się powyżej 24 godzin do nawet kilku tygodni, jednego lub kilku nieprawidłowych objawów, które świadczą o uszkodzeniu układu nerwowego, może to być na przykład zaburzenie widzenia czy czucia, zdarza się że pozostawią po sobie pewien ubytek; nasilenie rzutów może być różne, zdarzają się rzuty łagodne, jak też te bardziej agresywne.
- remisja rzutu - to moment, w którym kończy się rzut i obserwuje się u pacjenta ustępowanie objawów rzutu, wcześniejsze symptomy łagodnieją lub niekiedy zanikają.

Ze względu na różny stosunek występowania rzutów i remisji, można wyróżnić cztery postaci przebiegu stwardnienia rozsianego:

- postać rzutowo - remisyjna - polega na występowaniu rzutu, po którym następuje całkowite lub częściowe przywrócenie funkcji danego narządu, w okresie między rzutami obserwuje się brak progresji choroby. Jest to najczęściej występująca postać SM. Według różnych źródeł rozpoznaje się ją u 60 do 80% wszystkich diagnozowanych na stwardnienie rozsiane osób. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni, a wiek zachorowania to najczęściej 20-40 rok życia. Aby mówić o rzucie, nasilenie obecnych lub pojawienie się nowych objawów musi trwać co najmniej 24 godziny, z minimum miesięcznym odstępem pomiędzy rzutami. Ze względu na nasilenie rozróżniamy rzuty łagodne, umiarkowane i ciężkie. To właśnie rzuty odróżniają **RRMS** od postaci postępujących SM, w których to zaostrzenia występują bardzo rzadko i głównie na początku, a z czasem całkowicie zanikają.

Po rzucie objawy znikają, choroba może być wciąż aktywna, ale nie prowadzić do pogorszenia w funkcjonowaniu ani nie zwiększać stopnia niepełnosprawności. Z czasem, po kolejnych rzutach, powrót do pełnego zdrowia może nie być możliwy, a objawy wycofują się częściowo, co może prowadzić do zwiększonych trudności w funkcjonowaniu (narastania niepełnosprawności). Po upływie kilku, kilkunastu lat nowe zapalenia występują coraz rzadziej i stopniowo zanikają. Nowe zmiany aktywne widoczne w obrazie MRI są często elementem rzutu, jednak równie często nie muszą prowadzić do żadnych objawów (być nieme).

- postać wtórnie postępująca - rozwija się z początkowej postaci rzutowo - remisyjnej, z czasem zaczynają zróżnicowanie występować rzuty, małe remisje oraz okresy stabilizacji; charakterystycznym działaniem jest to, że po wystąpieniu rzutu pacjent nie wraca do stanu sprzed rzutu. Zazwyczaj pojawia się po 10-15 latach u 30-50%, a po 25 latach u 90% osób, u których pierwotnie stwierdzono postać rzutowo-remisyjną SM. Jest więc dla wielu osób jest kolejną fazą choroby. Wtórnie postępujące SM początkowo może przebiegać z rzutami, po których brak jest całkowitej remisji objawów, a funkcjonowanie stale pogarsza się. Z czasem zapalenia, a więc i rzuty znikają, a coraz częściej dochodzi do trwałych uszkodzeń i utraty w obrębie włókien nerwowych Postać ta może mieć okresy aktywne, jak nieaktywne, bezobjawowe.
- postać pierwotnie postępująca - w tej postaci od samego początku obserwuje się postępowanie choroby i wzrost objawów neurologicznych; niekiedy można zauważyć okres stabilizacji lub niewielką poprawę stanu pacjenta. Postać ta ta może przebiegać z okazjonalnymi rzutami lub nowymi aktywnymi zmianami widocznymi na obrazach MRI, jednak są one sporadyczne i występują tylko na wczesnym etapie trwania choroby. W tej postaci zmiany przeważają w rdzeniu kręgowym. Na pierwotnie postępującą postać SM choruje tyle samo kobiet co mężczyzn. Choroba pojawia się częściej w grupie wiekowej o około 10 lat starszej niż ta grupa charakterystyczna dla RR MS (ok. 40-50). Pierwotnie postępujące SM obserwuje się u około 10%-15% osób żyjących z SM.
- postać postępująco - rzutowa - charakteryzuje się stałym pogorszeniem stanu pacjenta, występują wyraźne, ostre rzuty; ta postać występuje rzadko - około 5% chorych [8, 9].

Objawy choroby

Objawy stwardnienia rozsianego można podzielić na dwa rodzaje. Pierwszy to początkowe objawy, dające znać o rozwijaniu się choroby. Kolejne to objawy występujące w pełni rozwiniętej chorobie. Aby objaw spełniał kryteria rzutów musi trwać co najmniej 24 godziny bez towarzyszącej infekcji, gorączki, czy zaburzeń świadomości. Pojawienie się objawów tego typu po raz pierwszy określa się, jako - klinicznie izolowany zespół objawów neurologicznych (CIS) [10].

Początkowe objawy:

- jednostronne pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego
- zespół pniowy w postaci podwójnego widzenia
- zespół półkulowy w postaci niedowładów połowiczych
- zespół piramidowy objawiający się niedowładem kończyn, wzmożonym napięciem

- zespół móżdżkowy objawiający się np. zaburzeniami równowagi
- ból [10].

Objawy w rozwiniętej chorobie:

- niedowład spastyczny kończyn
- objawy móżdżkowe takie jak ataksja, drżenie, dyzartria, oczopląs
- zaburzenia oddawania moczu i stolca
- dysfagia
- zaburzenia czucia ułożenia, wibracji i ruchu
- zaburzenia poznawcze
- depresja
- zaburzenia ostrości wzroku związane z zapaleniem nerwu wzrokowego
- objaw Lhermitte'a, czyli nieprzyjemne i bolesne uczucie przechodzenia “prądu” przez kręgosłup, pojawia się na skutek pochylenia głowy do przodu; początkowo jest zlokalizowany w okolicy twarzy a następnie rozprzestrzenia się na inne części ciała.
- zespół przewlekłego zmęczenia [11].

Ponad 70% pacjentów uskarża się na zmęczenie związane z przebiegiem choroby, u części chorych uważany jest za objaw dominujący. Pacjenci opisują to jako uczucie wyczerpania, zupełny brak energii, obojętność i znudzenie. Badania wykazują, że na poziom zmęczenia nie ma wpływu płeć, wiek czy czas trwania choroby [10, 11]. Zespół zmęczenia różni się w przebiegu SM od zwykłego zmęczenia będącego wynikiem intensywnego wysiłku fizycznego. Można go określić jako „patologiczne wyczerpanie”, mające wpływ na codzienną aktywność, życie społeczne i aktywność zawodową. Ważne jest jednak, aby nie mylić zespołu zmęczenia z depresją, w której jednym z objawów może być zmęczenie.

Diagnostyka choroby

Rozpoznanie SM opiera się na klinicznej obserwacji przebiegu choroby oraz szeregu badań. Obserwacja u pacjenta przynajmniej dwóch rzutów choroby, w czasie których następuje uszkodzenie dwóch różnych obszarów OUN, daje możliwość zdiagnozowania SM o przebiegu z rzutami i remisjami. Jednak wykluczenie lub potwierdzenie diagnozy wymaga przeprowadzenia dodatkowych badań [12]. W celu zdiagnozowania choroby należy przeprowadzić badanie podmiotowe, przedmiotową ocenę neurologiczną oraz badania dodatkowe takie jak, obrazowanie OUN dzięki rezonansowi magnetycznemu - MRI,

czy badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. U większości pacjentów ze stwierdzonym klinicznie SM można zauważyć zmiany w MRI mózgu. Dzięki badaniu przy wykorzystaniu techniki rezonansu magnetycznego uzyskujemy dokładnie anatomiczny obraz OUN, co umożliwia nieinwazyjną ocenę mózgowia i rdzenia kręgowego [13, 14]. Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego ma na celu sprawdzenie obecności w nim prążków oligoklonalnych lub podwyższonego indeksu IgG co potwierdzi chorobę.

Tzw. kryteria McDonalda są podstawą do rozpoznania tej jednostki chorobowej. Kryteria uwzględniają: objawy kliniczne, przebieg choroby oraz zmiany w obrazie MRI.

Kryterium MRI dla wieloogniskowości pokazuje obecność przynajmniej jednej zmiany demielinizacyjnej, w minimum dwóch z czterech lokalizacji typowych dla stwardnienia rozsianego, jednak muszą zostać wykluczone zmiany innego pochodzenia w pniu mózgu lub rdzeniu kręgowym. Lokalizacje typowe dla SM: podkorowo, okołokomorowo, podnamiotowo i w rdzeniu kręgowym.

Kryterium MRI dla wieloczasowości dzieli się na dwa kryteria:

- pierwsze - zupełnie nowa zmiana w badaniach kontrolnych MRI
- drugie - jednoczesne występowanie zmian bezobjawowych wzmacniających i nie wzmacniających po podaży kontrastu gadolinowego [12, 14].

Podsumowując, przy ustalaniu rozpoznania należy wziąć pod uwagę wiele czynników:

- Wywiad z pacjentem - wiek zachorowania, zaobserwowane objawy, przebieg choroby;
- Badanie neurologiczne chorego - stwierdzenie objawów uszkodzenia różnych sfer układu nerwowego;
- Badania dodatkowe - MRI, PMR;
- Obserwacja rozwoju choroby [13].

Leczenie

Głównym celem leczenia w SM jest poprawa jakości życia pacjentów, poprzez zmniejszenie częstości rzutów, co wpływa na opóźnienie postępującej niepełnosprawności neurologicznej. Samo zaangażowanie pacjenta w obszarze leczenia jest bardzo istotne dla jego przebiegu. Wiara siebie i medycynę pozwala na tworzenie zachowań prozdrowotnych, które są ważne w momencie podjęcia terapii. Wybór leczenia uzależniony jest od stanu klinicznego pacjenta oraz od przebiegu choroby [15, 16].

Postępowanie w przebiegu SM obejmuje:

- leczenie rzutu
- leczenie modyfikujące przebieg choroby
- leczenie objawowe

Leczenie rzutu

Przy leczeniu rzutu stwardnienia rozsianego zastosowanie znalazły glikokortykosteroidy. Sposób ich działania polega na zmniejszeniu procesu zapalnego, ograniczają uwalnianie cytokin prozapalnych oraz wewnątrzpłytkową syntezę IgG. Działają również na stabilizację przepuszczalności bariery krew-mózg. Podaż glikokortykosteroidów w momencie wystąpienia rzutu SM, powoduje szybsze zniwelowanie objawów neurologicznych. Aktualnie medycyna nie posiada dowodów o wpływie steroidów na naturalny przebieg choroby, jednak ich zastosowanie sprawdza się przy aktywnych rzutach.

Sposób podania leku w przypadku silnego rzutu jest dożylny, jednak przy łagodniejszych rzutach preferowana jest podaż doustna leku [15, 16].

Leczenie modyfikujące przebieg choroby

Głównym zadaniem tego rodzaju leczenia jest zmniejszenie częstości i siły rzutów oraz spowolnienie postępu choroby. Większość leków mogących wpływać na naturalny przebieg SM działa tylko w postaci rzutowo-remisyjnej. Stosowanie tych leków powoduje zmniejszenie częstości rzutu o około 30%, rzuty są lżejsze, a pacjent pozostaje dłużej w sprawny. Dodatkowo następuje zmniejszenie liczby ognisk demielinizacyjnych w badaniu MRI. Leki stosowane w SM to leki o działaniu immunosupresyjnym i immunomodulującym.

Leki immunomodulujące nie eliminują przyczyn choroby ale chronią osłonki mielinowe włókien nerwowych przed dalszym uszkodzeniem. Sprawia to, że rzuty występują w większych odstępach, przebiegają łagodniej czym opóźniają proces dążenia organizmu do niepełnosprawności [15, 16].

Leczenie objawowe

Objawowe leczenie jest istotne z uwagi na charakter objawów, które często zmniejszają jakość życia i są uciążliwe dla chorego. Jest niezbędne na każdym etapie choroby, nie tylko ze względu na zniwelowanie aktualnie występujących objawów, ale to leczenie wpływa też na zapobieganie niekorzystnym skutkom utrwalonych deficytów. Do leczenia objawowego zalicza się poza farmakoterapią również fizjoterapię, psychoterapię oraz terapię zajęciową [16].

Rehabilitacja

Mimo braku obiektywnych danych na temat skuteczności leczenia rehabilitacyjnego u chorych na SM obowiązuje hasło: „Nie co leczyć, ale jak!" [17]. Nie ma żadnych niepodważalnych zasad dotyczących doboru ćwiczeń. Każdy chory musi sam regulować obciążenie, przechodząc stopniowo od wysiłku minimalnego do większego, pamiętając, że nie wolno nigdy trenować „na siłę", jak stosuje się to w treningu osób zdrowych. Ocena niepełnosprawności ruchowej w dużej mierze zależy od subiektywnych odczuć samego chorego, dlatego planowana rehabilitacja powinna być ukierunkowana na główne problemy wskazywane przez pacjenta. Niezbędne jest ustalenie przez fizjoterapeutę niedoborów funkcji i określenie celu rehabilitacji. Przebieg choroby zwykle jest nie do przewidzenia, ale optymistyczne nastawienie pacjenta do proponowanej terapii pomaga przetrwać trudne okresy.

W tradycyjnej kinezyterapii, w odróżnieniu od rehabilitacji funkcjonalnej wykonuje się ćwiczenia z odciążeniem tylko w jednej płaszczyźnie, a następnie w drugiej itd. W metodach proprioreceptywnego torowania nerwowo-mięśniowego (PNF, proprioceptive neuromuscular facilitation) oraz NDT Bobath (neuro developmental treatment) podstawą działania terapeutycznego jest odtwarzanie naturalnego ruchu człowieka. Dla osiągnięcia zamierzonego celu należy w pełni uświadomić pacjentowi przyczyny jego niepełnosprawności. Pełny obraz niepełnosprawności ustala się za pomocą testów funkcjonalnych [17], wykonywanych przed rozpoczęciem terapii; są one także sprawdzianem jej skuteczności.

Obecnie przyjmuje się, że w okresie rzutu stwardnienia rozsianego pacjent najczęściej pozostaje w szpitalu, a jego usprawnianie ruchowe ogranicza się do ćwiczeń indywidualnych, do których powinny należeć: częste zmiany pozycji ciała chorego w łóżku (co 2–3 h), ćwiczenia oddechowe (wspomaganie wydechu), ostrożne ćwiczenia bierne w ograniczonym zakresie, ćwiczenia samoobsługi w łóżku. Do usprawnienia w okresie przewlekłym, prowadzonego w domu chorego, konieczne jest odpowiednie przystosowanie pomieszczeń. Tylko w domu łatwo jest zindywidualizować „obciążenia" i dopasować zakres ćwiczeń do zmiennych możliwości pacjenta. Jednocześnie można prowadzić usprawnianie długotrwale, niejednokrotnie z zachowaniem pełnej aktywności społecznej, choć okresowo „na zwolnionych obrotach". Przy wykonywaniu zestawu ćwiczeń dopuszczalne jest tylko takie zmęczenie, które chory odczuwa jako radosne i przyjemne. Nie można dopuścić do znużenia wysiłkiem, przykrego zmęczenia czy wystąpienia towarzyszących mu potów, zadyszki, uczucia pulsowania w skroniach, bólów głowy i mięśni, zaczerwienienia lub bolesności skóry czy senności. Objawy powysiłkowe powinny normalizować się po około 30-minutowym wypoczynku. Przeciwwskazania do rehabilitacji to: ostre stany zapalne, niewydolność krążenia, znaczne wyniszczenie, zaburzenia

świadomości. Rehabilitacja powinna się rozpoczynać jak najwcześniej, gdyż łatwiej wtedy zapobiegać przykurczom niż je później likwidować. W tym znaczeniu postępowanie usprawniające ma również charakter profilaktyczny [17].

PODSUMOWANIE

Diagnoza stwardnienia rozsianego znacząco wpływa na życie pacjenta i jego rodziny. Brak konkretnej etiologii, młody wiek, mnogość objawów, niezdolność do kontrolowania postępów choroby oraz brak całkowitego wyleczenia są czynnikami utrudniającymi akceptację choroby. Dlatego ważne jest ustalenie nowych celów w życiu pacjenta w oparciu na jego aktualnym systemie wartości i indywidualnych potrzebach.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 249-264.
2. Rosiak K., Zagożdżon P.: Jakość życia oraz wsparcie społeczne u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Psychiatria Polska, 2017, 51(5), 923-935.
3. Stachowska M., Grabowska M., Szewczyczak M., Talarska D.: Ocena jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. Pielęgniarstwo Polskie, 2013, 4(50), 257-261.
4. Franek G., Bieniak M., Cieślik A.: Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2019, 8(3), 95-101.
5. Antczak M., Głąbiński A.: Aktualne poglądy na temat roli witaminy D w patogenezie stwardnienia rozsianego. Aktualności Neurologiczne, 2013, 13(1), 24-30.
6. Neustein J., Pawik M., Rymaszewska J.: Stres i obraz siebie wśród osób chorujących na stwardnienie rozsiane oraz wybrane pozytywne aspekty zmagania się z chorobą. Aktualności Neurologiczne, 2018, 18(1), 34-39.
7. Selmaj K.: Stwardnienie rozsiane. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2013.
8. Mirowska-Guzel D.: Rola rzutów oraz zasady stosowania glikokortykosteroidów w stwardnieniu rozsianym. Aktualności Neurologiczne, 2016, 16(3), 131-135.
9. Humańska M. A., Śnieg P., Rezmerska L. i wsp.: Jakość życia a sprawność funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2013, 2(5), 188-194.
10. Malec-Milewska M.: Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014, 8(1), 29-40.

11. Brola W., Fudala M.: Choroby demielinizacyjne i zwyrodnieniowe. Aktualne poglądy na patogenezę i leczenie zespołu zmęczenia w stwardnieniu rozsianym. Aktualności Neurologiczne, 2011, 11(1), 23-28.
12. Drewniak A., Śliwka A.: The Assessment of the quality of life and functional status of multiple sclerosis patients. Medical Rehabilitation, 2013, 17(2), 11-17.
13. Bartosik-Psujek H.: Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozsianym. Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, 8(2), 76–83.
14. Nancy L. Sicotte, MD: Obrazowanie rezonansu magnetycznego w stwardnieniu rozsianym: rola badań konwencjonalnych. Neurologia po Dyplomie, 2012, 7(5), 35-43.
15. Olkiewicz J.: Leki drugiego rzutu w leczeniu stwardnienia rozsianego - perspektywa pielęgniarki. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2013, 2(4), 179-182.
16. Gąsowska B., Chorąży M., Snarska K. K., Dolińska C.: Poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie wśród pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne, 2019, 8(3), 102-111.
17. Woszczak M.: Postępowanie rehabilitacyjne w stwardnieniu rozsianym. Polski Przegląd Neurologiczny, 2005, 1(3), 130-133.

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

Klimaszewska Krystyna[1], Szulewska Izabela[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

WSTĘP

Zawód jakim jest pielęgniarstwo należy do tych, gdzie kontakt z drugim człowiekiem jest bliski i nieunikniony. Zaangażowanie w pracę, ciągła gotowość niesienia pomocy, troska o życie i zdrowie pacjentów są istotnie obciążające zarówno psychicznie, jak i fizycznie dla organizmu. Długotrwały stres, przepracowanie - jednocześnie kontakt z drugim człowiekiem - bez czasu na odpoczynek doprowadza często do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego – problemu, który jest często lekceważony. Należy wymienić następujące w po sobie etapy – fizyczne, emocjonalne i psychiczne. Każdy z nich niesie za sobą negatywne skutki takie jak bezradność, obojętność, problemy ze snem i wiele innych. Zmniejszenie motywacji wskutek wypalenia powoduje spadek jakości świadczonych usług i zwiększa się ryzyko popełnienia błędu. Następuje znaczne zmniejszenie satysfakcji oraz zaangażowania zawodowego [1, 2].

Czynnikiem, który zapobiega syndromowi wypalenia zawodowego to przede wszystkim wiedza o możliwości wystąpienia tego zjawiska, która nie rozwiąże problemu, ale pozwoli zdiagnozować oraz wdrożyć odpowiednio szybko działania zapobiegawcze.

CEL PRACY

Głównym celem pracy było przedstawienie wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego.

Do celów szczegółowych należy uzyskanie odpowiedzi na pytania:

1. Czy zawód jakim jest pielęgniarstwo jest zawodem stresującym?
2. Jakie czynniki w pracy pielęgniarskiej są najbardziej obciążające?
3. Czy badana grupa jest zadowolona ze swojej pracy?
4. Czy respondenci czują się wypaleni zawodowo?
5. W jaki sposób ankietowani radzą sobie ze stresem związanym z pracą zawodową?

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 102 osoby z personelu pielęgniarskiego pracujące w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym oraz Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Respondentów poproszono osobiście o wypełnienie ankiet, zapewniając o anonimowości i wyłącznym zastosowaniu wyników do celów naukowych.

Badanie przeprowadzono w terminie 01.12. 2020r. - 01.03.2021r., po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr: APK.002.311.2020.

Aby określić wypalenie zawodowe wśród badanej grupy za narzędzie badawcze obrano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 25 pytań, w tym było to 5 pytań półzamkniętych oraz 20 pytań zamkniętych z możliwością jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Ankieta była dobrowolna, z możliwością zrezygnowania na każdym etapie badania. Zawarte w niej informacje dotyczące respondentów są poufne, dlatego też są chronione na podstawie Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r.

Pytania w części ogólnej dotyczyły wieku, płci, wykształcenia, stażu pracy, zaś pytania diagnostyczne w części zasadniczej dotyczyły:

- Wyczerpania na tle emocjonalnym
- Występowania stresorów wynikających z pracy
- Satysfakcji z pracy
- Sposobów radzenia sobie ze stresem

Uzyskane wyniki ankietowe poddano analizie statystycznej i opisowej przy pomocy arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

WYNIKI

Charakterystyka ogólna badanej grupy

Charakteryzując badaną grupę personelu pielęgniarskiego oparto się na danych dotyczących płci, wieku, wykształcenia, stażu pracy, czym się kierowali podczas wyboru kierunku nauczania oraz oddziału na jakim pracują.

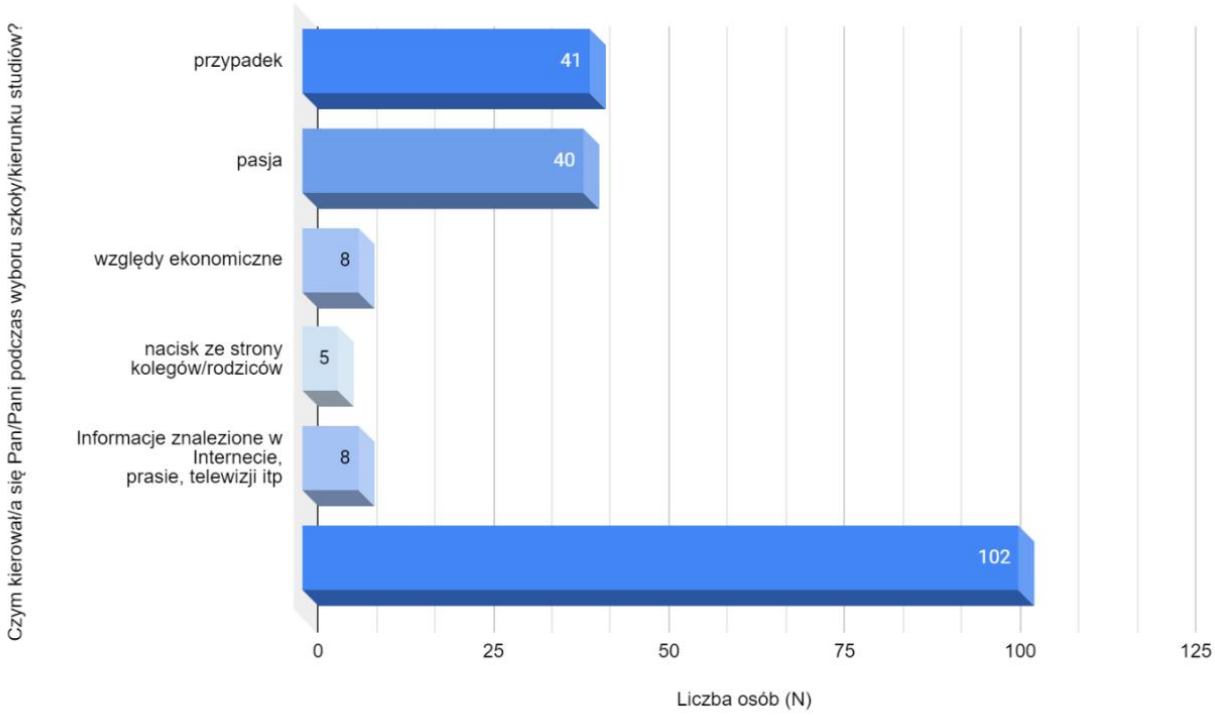
Pierwszą determinantą był wiek osób ankietowanych. Najwięcej personelu pielęgniarskiego było w wieku mniejszym bądź równym 30 lat – 44 osoby, kolejną była kadra licząca więcej niż 50 lat – 27 osób. Nieco mniej liczną - 21 osób - była grupa w przedziale wiekowym 41-50 lat. Najmniejszą grupą były osoby w wieku 31-40 lat – 10 osób.

Wśród badanych respondentów największą grupą są kobiety, była ich znaczna większość - 99 osób co stanowiło 97,1% całej grupy. Mężczyźni stanowili zaś 2,9% - 3 osoby. Jest to spowodowane specyfiką wykonywanego zawodu.

Grupą wśród respondentów z wykształceniem wyższym stanowiło - licencjat – 65 osób (63,73%), magister – 28 osób (27,45%), z wykształceniem średnim - 9 osób co stanowiło zaledwie 8,82%. Świadczy to o tym, że osoby z wyższym wykształceniem stanowiły większość badanych respondentów.

Wśród przebadanego personelu pielęgniarskiego najwięcej osób było ze stażem pracy 1-10 lat oraz 20 lat – liczyły one po 41 osób - 40,2%, następną z kolei były osoby < 1 roku pracy – 12 osób (11,8%), najmniej liczną grupą personelu były osoby w przedziale >10-19 lat stażu - liczy ona 8 osób co stanowi 7,8% całej grupy przebadanych osób.

Wśród respondentów na odpowiedź „czym kierowali się podczas wyboru kierunku nauczania" najwięcej osób odpowiedziało - przypadkiem – 41 osób, nieco mniej, bo 40 osób kierowało się pasją, po 8 osób zasugerowało się względami ekonomicznymi oraz informacjami znalezionymi w mediach, nacisk ze strony rodziców bądź kolegów pojawił się u 5 osób. Dane ilustruje Rycina 1.



Rycina 1. Wybór studiów - czym się kierowali respondenci

Badani zostali spytani o oddział, na którym pracują. Najliczniejszą grupą były osoby pracujące na oddziale zabiegowym – 40 osób (39,2%), następnie na oddziale internistycznym – 34 osoby (33,3%), najmniej liczną były osoby w grupie personelu pielęgniarskiego pracujące na oddziałach pediatrycznych – 28 osób (27,5%).

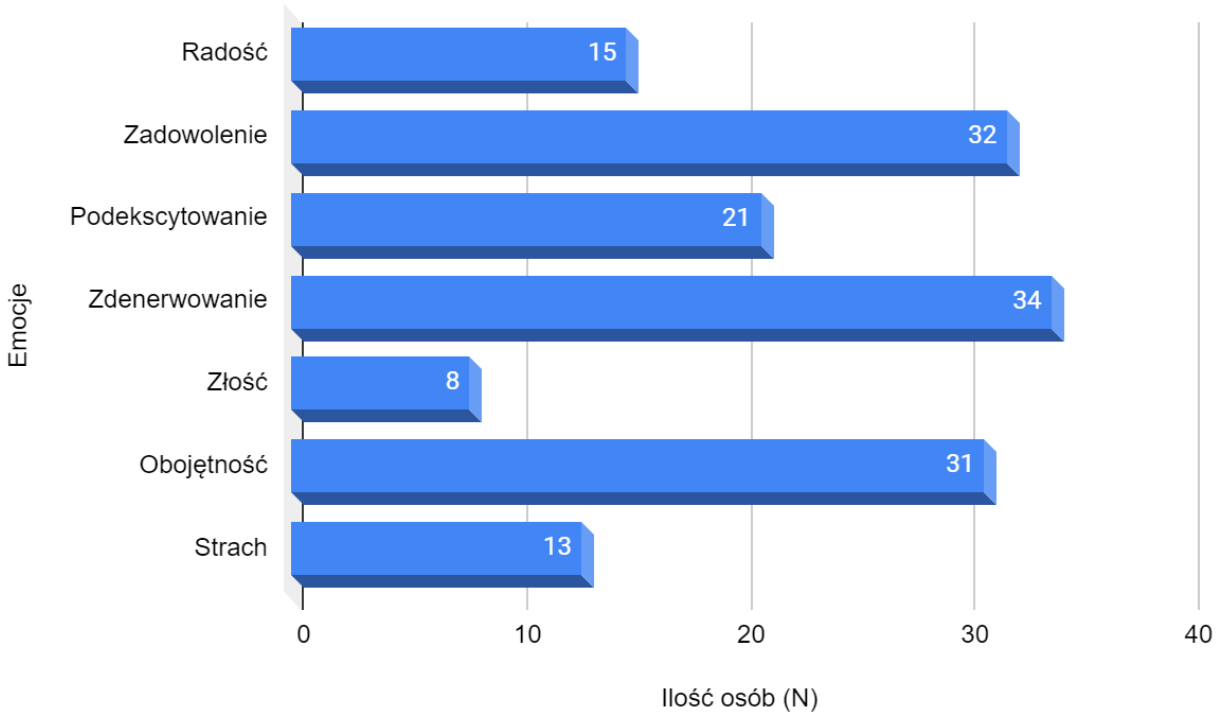
Charakterystyka badanej grupy na tle emocjonalnym

Satysfakcja z wykonywanej pracy jest istotnym elementem w wykonywaniu powierzonych zadań, efektywności pracy oraz dobrego samopoczucia pracownika. Przy ZWZ jest ona na niskim poziomie, spada zadowolenie, a praca staje się stresująca, niekiedy wzmaga kolejne symptomy potęgujące depersonalizację.

Znaczna ilość ankietowanych opowiedziała się za odpowiedzią - tak - 74 osoby (72,5%) na pytanie o zadowolenie z wykonywanej pracy, 28 osób zaś odpowiedziało przecząco - 27,5% całej grupy.

Emocje to struktura fundamentalna każdej jednostki, które ją kształtują, są cechą subiektywną. Zapytano grupę badaną jakie emocje towarzyszą przed rozpoczęciem pracy, gdyż to one istotnie wpływają na samopoczucie oraz mogą świadczyć, jak praca oddziałuje na człowieka, czy jest stresująca, sprawia, że samo przyjście do niej wywołuje negatywne bądź pozytywne odczucia, które inicjują kolejne symptomy w trakcie dnia.

Najwięcej osób odczuwa zdenerwowanie, bo aż 34 osoby, zaraz po tym 32 osoby opowiedziały się za zadowoleniem, 31 odczuwa obojętność. Najmniej osób odczuwa złość - jest to 8 osób, które zaznaczyło taką odpowiedź. Dokładne dane ukazuje Rycina 2.



Rycina 2. Emocje, które towarzyszą przed rozpoczęciem pracy

*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Możliwość rozwoju zawodowego jest bardzo ważnym elementem w pracy pielęgniarza/pielęgniarki. Ten zawód wymaga ciągłego dokształcania poprzez rozmaite kursy oraz szkolenia. Procedury niemal z miesiąca na miesiąc ulegają zmianom, a pracownik, aby sprawnie wykonywać zadania musi być na bieżąco z aktualnymi standardami. Rozwój mobilizuje do działania. Kadra zatrudniająca się w danej jednostce nastawiona jest na rozwój zawodowy, niekiedy na możliwość przyszłego awansu. Nie zawsze ambicje zostają spełnione.

Grupa badanych odpowiedziała na pytanie, czy wykonywana praca jest spełnieniem ich ambicji zawodowych. Najwięcej osób odpowiedziało “Tak, ale nie w 100%” - 54 osoby co stanowiło 52,9% całej grupy, “Nie” odpowiedziało 31 osób (30,4%), za to “Tak” najmniej osób - 17- 16,7%.

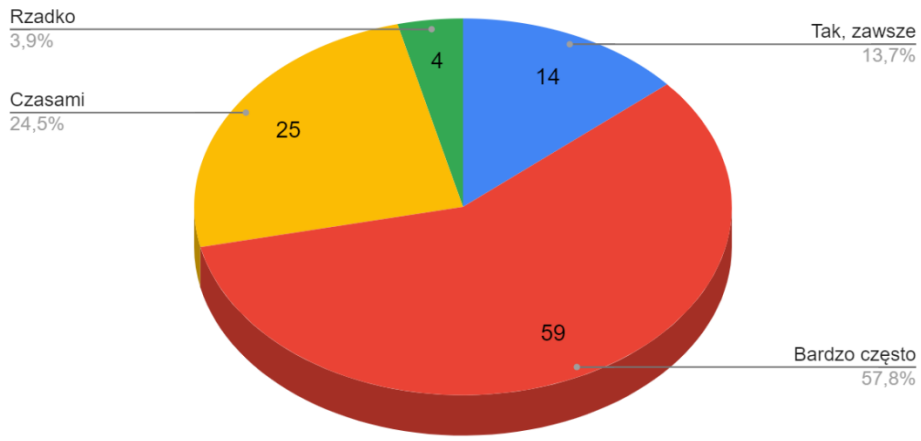
Przy niskim poziomie satysfakcji oraz braku rozwoju zawodowego pracownik rezygnuje z obecnej pracy na rzecz takiej, w której będzie miał więcej możliwości. Dlatego też zostało zadane pytanie na temat chęci zmiany obecnej pracy zawodowej.

Większość badanych odpowiedziała przecząco - 59 osób - 57,8%, na “tak” było 43 respondentów stanowiących 42,2% całej grupy.

Wyniki badań dotyczące czynników wywołujących zespół wypalenia zawodowego

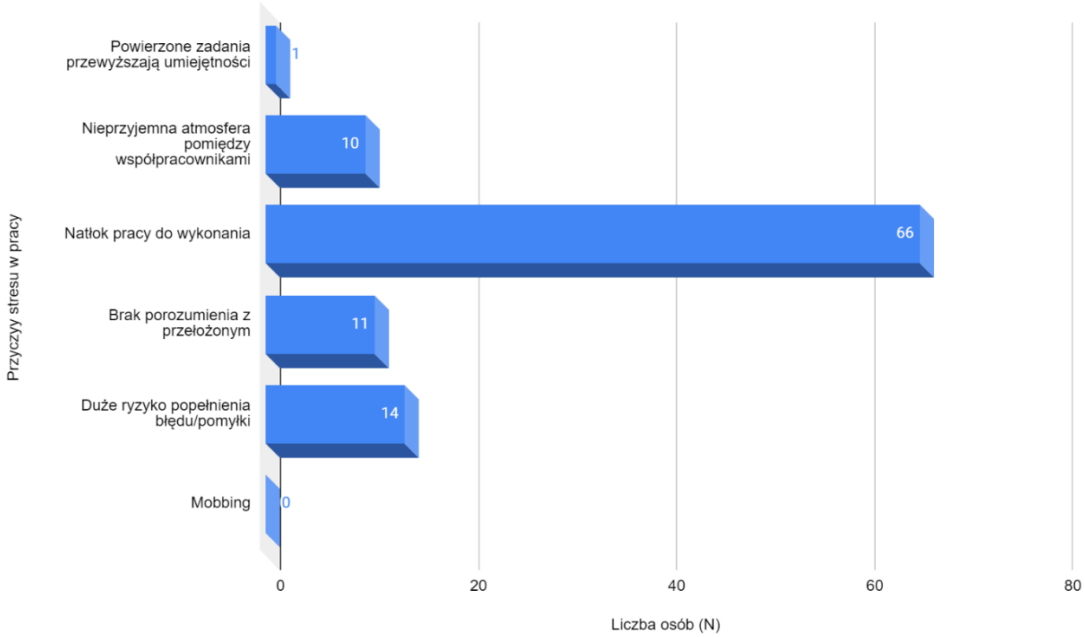
Stres w pracy jest jednym z objawów ZWZ, gdy jest on częsty i staje się być przewlekły. Dlatego zapytano badanych o to czy ich praca jest stresująca.

Respondenci najliczniej opowiedzieli się, że praca jest stresująca “Bardzo często” - 59 osób co stanowi 57,8% grupy, nikt nie odpowiedział “Nigdy”, a 4 osoby odpowiedziała “Rzadko” - 3,9%. Zilustrowane szczegółowe dane na Rycinie 3.



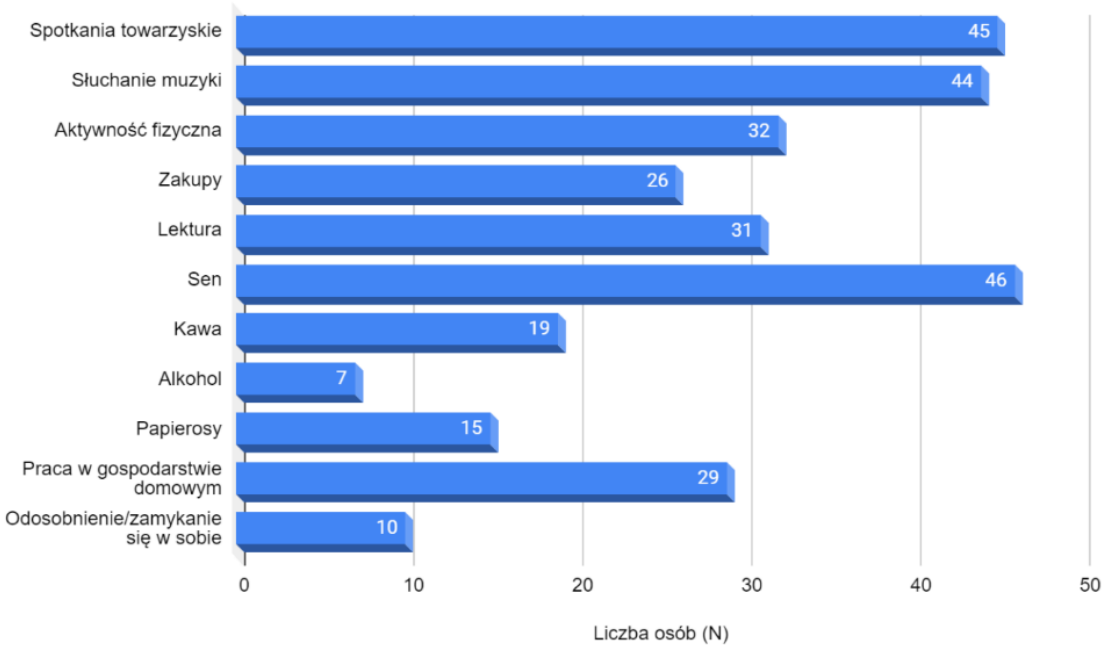
Rycina 3. Częstość występowania stresu w wykonywanej pracy wśród respondentów

Pytanie o główną przyczynę stresu w pracy, respondenci najliczniej wybrali odpowiedź o natłoku pracy do wykonania, było to aż 66 osób, nikt nie wybrał odpowiedzi dotyczącej mobbingu w pracy, a 1 osoba zaznaczyła odpowiedź - powierzone zadania przewyższają umiejętności. Przedstawia to Rycina 4.



Rycina 4. Przyczyny stresu w pracy

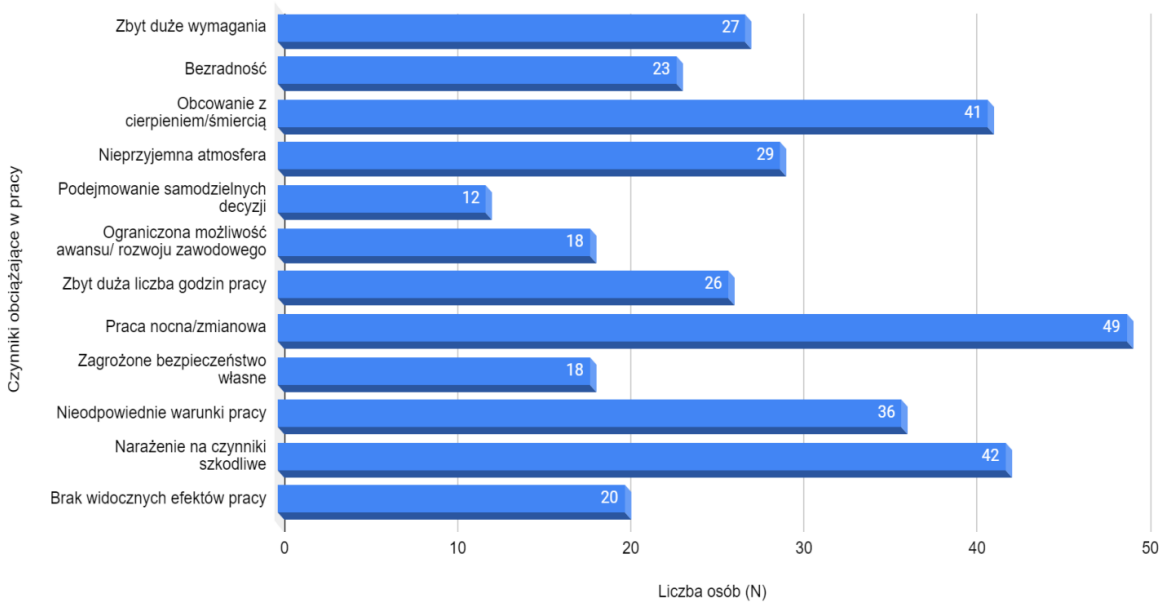
Jeśli stres to sposoby radzenia sobie z nim są bardzo istotne. Pytanie zadane respondentom ukazały, że najwięcej osób za sposób radzenia sobie z nim obrało sen – 46 osób, spotkania towarzyskie – 45 osób oraz słuchanie muzyki - 44 osoby. Najmniej osób sięga po alkohol – 7 osób jak również zamyka się w sobie/ izoluje – 10 osób (Rycina 5).



Rycina 5. Sposoby radzenia sobie ze stresem

*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

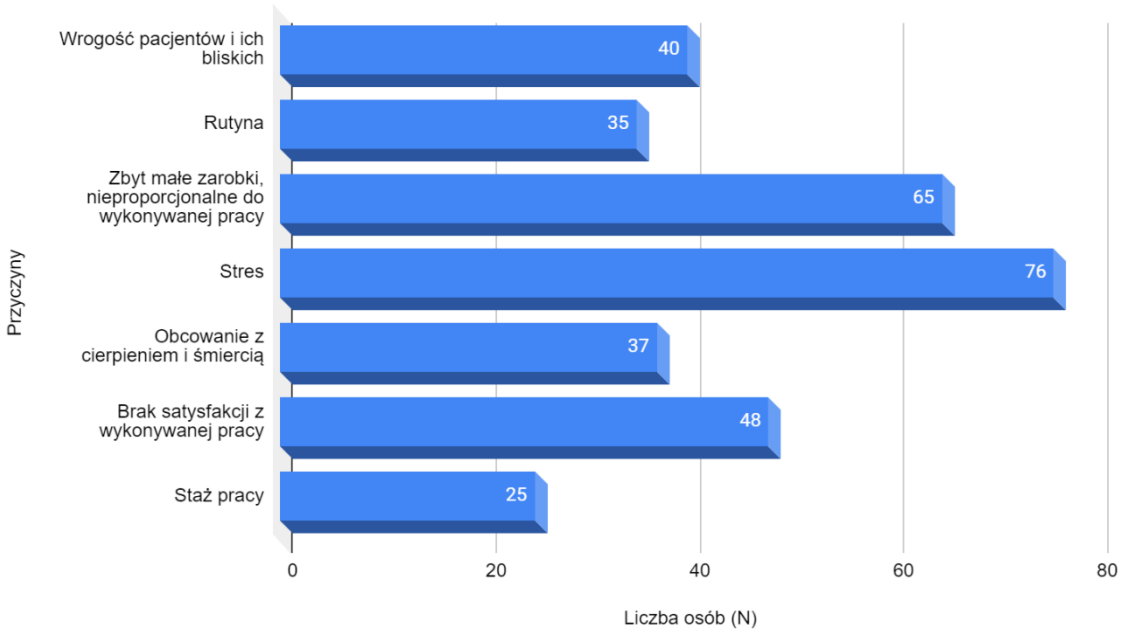
Za czynniki obciążające w pracy ankietowani wybrali najliczniej pracę nocną/zmianową - 49 osób, 42 osoby - narażenie na czynniki szkodliwe, a 41 osób obcowanie z cierpieniem i śmiercią. Najmniej obciążającym czynnikiem według respondentów jest podejmowanie samodzielnych decyzji – 12 osób. Ukazuje to Rycina 6.



Rycina 6. Czynniki obciążające w pracy pielęgniarskiej

Oceniona została również wiedza badanego personelu pielęgniarskiego na temat wypalenia zawodowego – a mianowicie jej przyczyn.

Najwięcej osób ankietowanych zaznaczyło odpowiedź jako przyczynę wypalenia wypalonego – stres – 76 osób, 65 osób również zaznaczyło - zbyt małe zarobki, odpowiedź najrzadziej wybierana to staż pracy – 25 osób. Dane ilustruje Rycina 7.



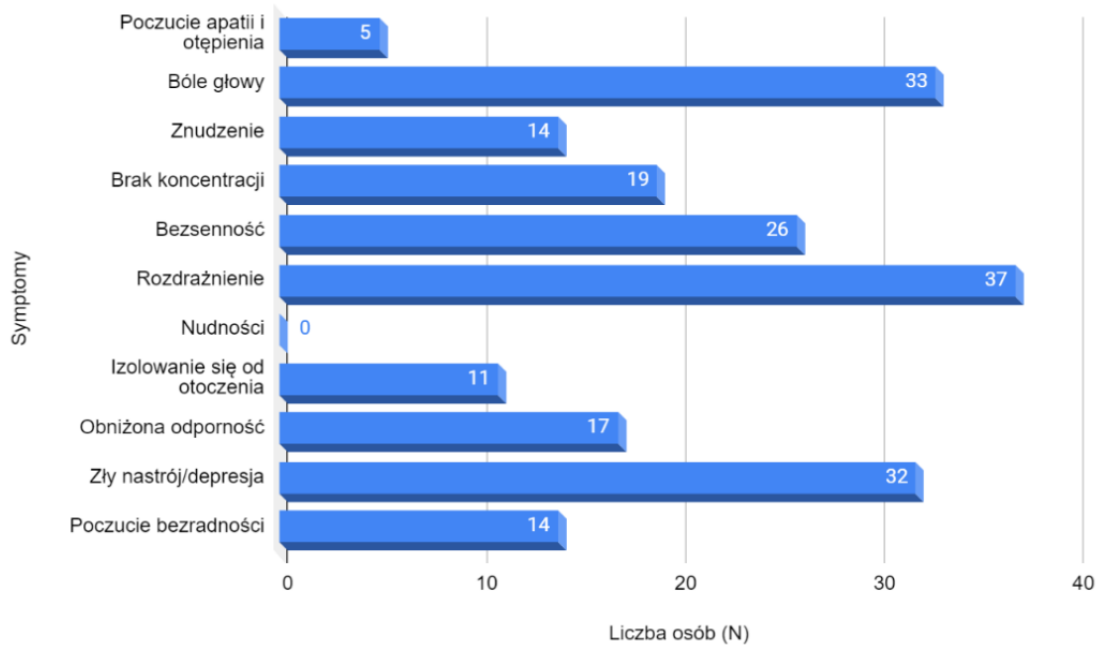
Rycina 7. Przyczyny wypalenia zawodowego

*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Dokonano rozpoznania symptomów u osób ankietowanych. Z 102 osób (100 %) na odpowiedź dotyczącą ich wystąpienia odpowiedziało 70 osób (68,63%).

Najczęstszą odpowiedzią było rozdrażnienie - 37 osób rozpoznała u siebie ten objaw, kolejnym jest ból głowy - 33 osoby oraz zły nastrój/depresja - 32 osoby.

Nikt nie zaznaczył odpowiedzi dotyczącej nudności, najmniej licznym symptomem wśród respondentów było poczucie apatii i otępienia - 5 osób. Ilustruje to Rycina 8.



Rycina 8. Występowanie symptomów wypalenia zawodowego

*Liczby nie sumują się do 100%, gdyż była możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

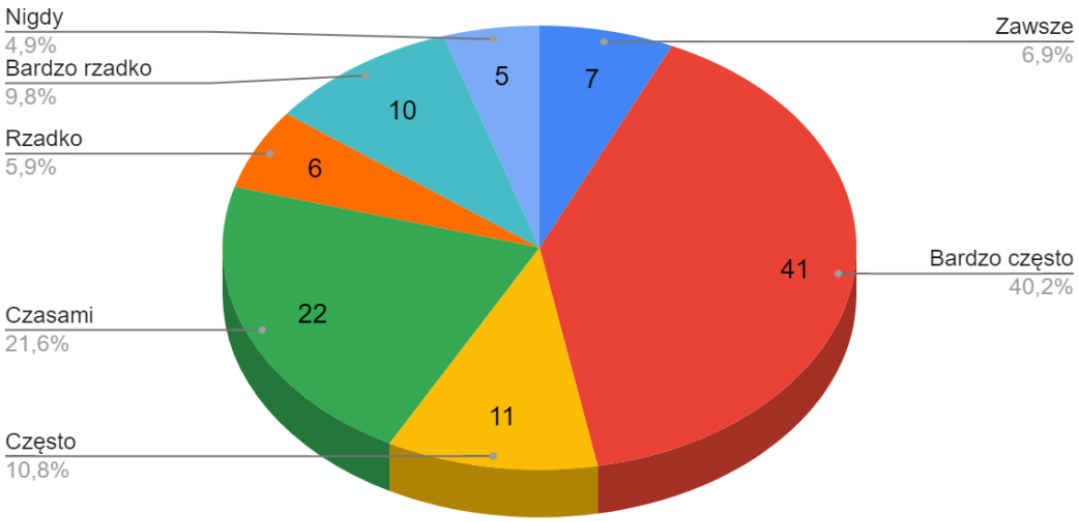
Respondenci, u których powyższe symptomy wystąpiły odpowiedzieli na pytanie jak często je odczuwają. Znaczna większość zaznaczyła odpowiedź “często” - 34 osoby – co stanowi 48,6% danej grupy.

Najmniej osób odpowiedziało “Rzadko” - zaledwie 5 osób - 7,1%. Ukazuje to rycina

Wynagrodzenie jako istotny element każdej pracy zawodowej musi być odpowiednie. Zadano pytanie dotyczące adekwatności wynagrodzenia do pracy jaką wykonuje personel pielęgniarski

Znaczna większość zaznaczyła odpowiedź “Nie” - 91 osób co stanowi 89,2% ankietowanych. Osoby, które rozpatrzyły pytanie pozytywnie stanowią 10,8% - 11 osób.

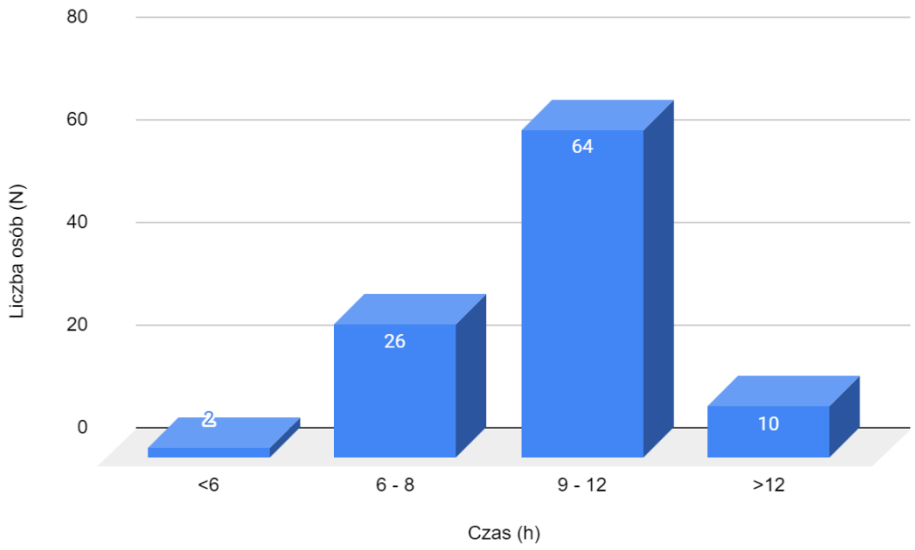
Respondenci odpowiadając na pytanie, czy po wyjściu z pracy myślą o obowiązkach zawodowych najczęściej odpowiadali – bardzo często - 41 osób - 40,2%. Najmniej odpowiedzi uzyskało - nigdy- 4,9% ankietowanych 5 osób oraz – rzadko – 6 osób - 5,9% (Rycina 9).



Rycina 9. Częstość z jaką respondenci myślą o obowiązkach zawodowych po wyjściu z pracy

Efektywna praca jest istotna w wykonywanej zadań zawodowych, a zwłaszcza w przypadku pielęgniarstwa.

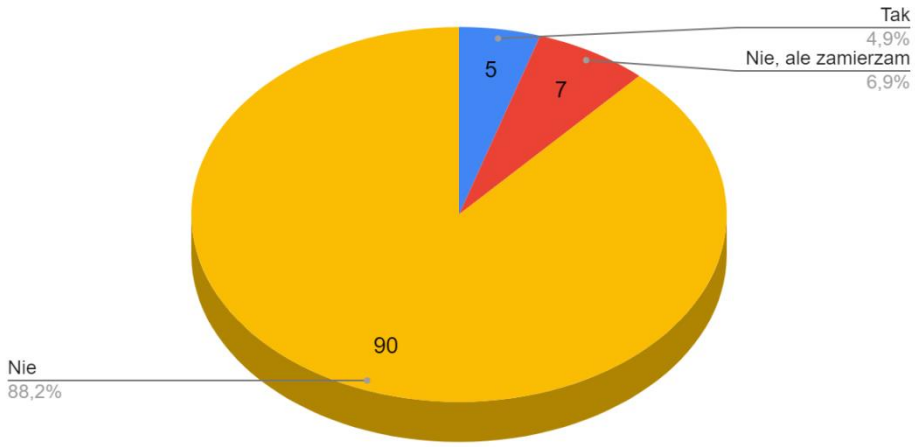
Ankietowani zapytani o to, ile godzi poświęcają na taką pracę odpowiedzieli najliczniej na przedział czasowy 9-12h - 64 osoby, najmniej osób odpowiedziało <6h – 2 osoby. Przestawia to Rycina 10.



Rycina 10. Ilość czasu przeznaczona na efektywną pracę podczas dyżuru

Respondenci najliczniej na pytanie o pracę ponad wymiar etatu odpowiedzieli – czasami – 51 osób - 50%. Najmniej osób zaznaczyła odpowiedź - tak – 13 osób - 12,7%.

Na pytanie o opiekę psychologiczną, osoby ankietowane odpowiedziały większością, że nie korzystają z takiej pomocy w 88,2% - 90 osób, zaś 5 osób korzysta z opieki psychologa – 4,9%. Obrazuje to Rycina 11.



Rycina 11. Respondenci a pomoc psychologiczna

Według 87 respondentów zależność między stażem pracy a wypaleniem zawodowym istnieje (85,3%), a według 15 nie – 14,7%.

Ankietowani w ilości 56 osób (54,9%) uznali, że problem wypalenia zawodowego może dotyczyć właśnie nich, a 46 (45,1%) stwierdziło wręcz przeciwnie, że nie.

Ostatnie bardzo istotne pytanie, czy respondenci ponownie wybraliby dany zawód - większość opowiedziała się pozytywnie - 59,8% - 61 osób, a 41 nie wybrałaby powtórnie pielęgniarstwa - 40,2%.

Zależności otrzymane z wyników

Większość ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy odpowiedziała na pytanie o zadowolenie z pracy pozytywnie bez znaczenia na staż pracy - Tabela I.

Tabela I. Staż pracy a zadowolenie z niej

Staż pracy	Zadowolenie z pracy	Brak zadowolenia z pracy	Razem
<1 rok	10	2	12
1-10 lat	29	12	41
> 10-19 lat	7	1	8
≥ 20 lat	28	13	41
Ogół	74	28	

Na pytanie o zadowolenie z pracy większość pielęgniarek bez względu na oddział, na którym pracuje jest zadowolona ze swojej pracy. Dokładne dane przestawia Tabela II.

Tabela II. Zadowolenie z pracy a oddział, na którym pracują respondenci

Oddział	Zadowolenie z pracy	Brak zadowolenia z pracy	Razem
Zabiegowy	31	9	40
Pediatryczny	21	7	28
Internistyczny	22	12	34
Ogół	74	28	102

Wśród ankietowanych staż pracy miał znaczenie w pytaniu dotyczącym problemu wypalenia zawodowego, a własnej oceny o jego wystąpienie. Badani ze stażem pracy ≥20 lat odpowiedzieli na to pytanie potwierdzając u siebie problem wypalenia zawodowego w ilości 28 osób, a 13 z tym stażem pracy opowiedziało się negatywnie. Najmniej osób odpowiadając "tak "na to pytanie posiadały staż pracy <1 roku. Dokładne dane dotyczące tego zagadnienia ukazane są w Tabeli III.

Tabela III. Staż pracy a wypalenie zawodowe wśród ankietowanych w ich opinii własnej.

Staż pracy	Wypalenie zawodowe wg własnej opinii	Brak wypalenia zawodowego wg własnej opinii	Razem
<1 rok	4	8	12
1-10 lat	18	23	41
> 10-19 lat	6	2	8
≥ 20 lat	28	13	41
Ogół	56	56	102

Ze względu na oddział, w którym pracują respondenci zapytani o to, czy ich praca jest stresująca odpowiedzieli "bardzo często" w największej ilości pracujące na oddziale zabiegowym – 22 osoby co stanowi 55% osób pracujących na tym oddziale. Nikt nie odpowiedział "rzadko" z ankietowanych pracujących na oddziale pediatrycznym. Zilustrowano dane w Tabeli IV.

Tabela IV. Oddział a stres w pracy

Oddział	Stres w pracy				Razem
	BARDZO CZĘSTO	CZASAMI	ZAWSZE	RZADKO	
Zabiegowy	22	9	7	2	40
Pediatryczny	21	4	3	0	28
Internistyczny	16	12	4	2	34
Ogół	59	25	14	4	102

Ze względu na oddział, na jakim respondenci pracują najwięcej osób z oddziału zabiegowego odpowiedziało na pytanie o główną przyczynę stresu w pracy wybrali natłok pracy do wykonania to jest 25 osób spośród 40 osób co stanowi 62,5%. Nikt nie wybrał powierzone zadania przewyższają umiejętności. Oddział pediatryczny podobnie 18 osób wybrało natłok pracy co stanowi 64,3% ogółu osób pracujących na tym oddziale, również nikt nie odpowiedział, iż zadania przewyższają umiejętności. Jeśli chodzi o oddział internistyczny to 23 osoby wybrały natłok pracy – 67,6%, 1 osoba odpowiedziała, że zadania przewyższają umiejętności -2,9%. Zobrazowano to w Tabeli V.

Tabela V. Zależności między pracą na poszczególnych oddziałach a główną przyczyną stresu

Oddział	**Główna przyczyna stresu w pracy**					
	Natłok pracy do wykonania	Nieprzyjemna atmosfera pomiędzy współpracownikami	Duże ryzyko popełnienia błędu	Brak porozumienia z przełożonym	Powierzone zadania przewyższają umiejętności	**Razem**
Zabiegowy	25	4	5	6	0	40
Pediatryczny	18	3	6	1	0	28
Internistyczny	23	3	3	4	1	34
Ogół	66	10	14	11	1	102

Respondenci, którzy posiadają tytuł magistra o pytanie na temat spełnienia ich ambicji zawodowych odpowiedzieli najliczniej na odpowiedź “tak, ale nie w 100%” - 15 osób z 28 – co stanowi 53,6%. Najmniej osób odpowiedziała “nie” - 6 osób. Osoby z licencjatem również najliczniej na tą samą odpowiedź postawili, bo aż 36 osób z 65 – 55,4%. Ankietowanych z wykształceniem średnim było najmniej, bo tylko 9 osób i oni najliczniej odpowiedzieli na przeczącą odpowiedź” nie” - 4 osoby. Dane zilustrowano w Tabeli VI.

Tabela VI. Wykształcenie a spełnienie ambicji zawodowych wśród ankietowanych

Wykształcenie	**Spełnienie ambicji zawodowych**			
	Tak	Nie	Tak, ale nie w 100 %	**Razem**
Magister	7	6	15	28
Licencjat	8	21	36	65
Średnie	2	4	3	9
Ogół	17	31	54	102

Na pytanie dotyczące odczuwania symptomów wypalenia zawodowego odpowiedziało 70 ankietowanych, wśród nich znalazło się 11 osób, które odczuwają je "często" w wieku >50 lat, 13 osób w przedziale wiekowym ≤ 30 lat również odpowiedziało najliczniej na tą odpowiedź. Osoby w przedziale wiekowym 31-40 lat udzieliły odpowiedzi "czasami" w ilości 6 osób - i jest to w tym przedziale wiekowym największa liczba odpowiedzi. 41-50 letni ankietowani najchętniej odpowiadali "często" - 7 osób. Zobrazowane zostało to w Tabeli VII.

Tabela VII. Wiek a częstość występowania symptomów wypalenia zawodowego

Wiek	**Częstotliwość występowania symptomów wypalenia zawodowego**				**Razem**
	Czasami	Często	Rzadko	Bardzo często	
≤ 30	8	13	2	0	23
31-40	6	3	0	0	9
41-50	3	7	1	3	14
>50	7	11	2	4	24
Ogół	24	34	5	7	70

Respondenci odpowiadający na pytanie, czy wypalenie zawodowe dotyczy właśnie ich w zależności w jakim wieku byli odpowiedzieli najliczniej "nie" ≤ 30 lat, czyli najmłodsi ankietowani - 27 osób. Na odpowiedź "tak" odpowiedziało najwięcej osób >50 lat – 19 osób. Przestawiono to w Tabeli VIII.

Tabela VIII. Wypalenie zawodowe a wiek respondentów

Wiek	**Wypalenie zawodowe według własnej opinii**		**Razem**
	Nie	Tak	
≤ 30	27	17	44
31-40	8	19	27
41-50	7	14	21
>50	4	6	10
Ogół	46	56	102

Zaobserwowano wzrost pozytywnych odpowiedzi mających związek z wystąpieniem wypalenia zawodowego w opinii własnej u osób z wykształceniem poniżej tytułu magistra. Lecz nie jest to jednoznaczne, gdyż badana grupa pod względem wykształcenia nie była równa ilościowo. Dokładne dane przedstawia Tabela IX.

Tabela IX. Wykształcenie a wypalenie zawodowe według własnej opinii respondentów

Wykształcenie	**Wypalenie zawodowe według własnej opinii**		**Razem**
	Nie	Tak	
Magister	14	14	28
Licencjat	29	36	65
Średnie	3	6	9
Ogół	46	56	102

Ankietowani, którzy odpowiedzieli, że są zadowoleni z pracy również w większości nie odczuwają w subiektywnej ocenie wypalenia zawodowego. Ci, którzy odpowiedzieli negatywnie o zadowoleniu z pracy częściej zaznaczali odpowiedź “tak” przy własnej ocenie wystąpienia wypalenia zawodowego. Przedstawia to Tabela X.

Tabela X. Zadowolenie z pracy a wypalenie zawodowe według własnej opinii respondentów

Zadowolenie ze swojej pracy	**Wypalenie zawodowe według własnej opinii**		**Razem**
	Nie	Tak	
Tak	40	34	74
Nie	6	22	28
Ogół	46	56	102

Respondenci, którzy kierowali się pasją - 40 osób wybierając dany zawód częściej są zadowoleni z pracy – 34 osób (85%), niż ci – 41 osób, którzy znaleźli się tam przypadkowo – 29 osób (70,7%). Dane ilościowe są zilustrowane w Tabeli XI.

Tabela XI. Ukierunkowanie wyboru nauczania a zadowolenie z pracy

Ukierunkowanie wyboru nauczania	Zadowolenie z pracy		Razem
	Tak	Nie	
Względy ekonomiczne	3	5	8
Przypadek	29	12	41
Pasja	34	6	40
Media	6	2	8
Nacisk ze strony kolegów/rodziców	2	3	5
Ogół	74	28	102

Respondenci, którzy nie chcą zmiany obecnej pracy na inną oraz nie są wypaleni w opinii subiektywnej stanowią 54,2% grupy – 32 osoby, a jednostki pragnące zmiany pracy częściej odpowiadają, że są w opinii własnej wypaleni zawodowo – 29 osób - 67,4%. Przedstawiono ilościowe zależności w Tabeli XII.

Tabela XII. Chęć zmiany pracy a poczucie własnego wypalenia zawodowego

Zmiana obecnej pracy	Wypalenie zawodowe według własnej opinii		RAZEM
	Nie	Tak	
Nie	32	27	59
Tak	14	29	43
Ogół	46	56	102

DYSKUSJA

Zespół wypalenia zawodowego jest bardzo złożonym problemem natury ludzkiej. Przeprowadzone badania wykazały jakim problemem w zawodzie, którym jest pielęgniarstwo jest istota jego występowania. Praca z ludźmi jest obciążająca zarówno psychicznie, jak i fizycznie, co wykazano w badaniu, fascynującym zjawiskiem jest fakt, że osoby ankietowane są świadome występowania zespołu wypalenia zawodowego jednocześnie niekoniecznie korzystają z pomocy psychologa w wypadku wystąpienia syndromów alarmujących.

Użycie kwestionariusza ankiety własnej niestety daje możliwość pomyłki między wypaleniem zawodowym, a depresją, zespołem przewlekłego zmęczenia jak również nerwicą. W przeprowadzonych badaniach użyto symptomów nie tylko będących adekwatnymi do zespołu wypalenia zawodowego - występują one również w wyżej wymienionych zaburzeniach. Mechanizmy wpływające na zespół wypalenia zawodowego są ciągle nieznane w przeciwieństwie na przykład do depresji [3]. Przeprowadzone badania, jednakże obrazują, związek pomiędzy wypaleniem - depresją; zmęczeniem; a przewlekły stres może do niego doprowadzić [4]. Obrazują to badania Kowalczuk i wsp., gdzie 72% badanych było narażonych na stres [5], czy badania Uchmanowicz i wsp., gdzie 64% badanych potwierdziło stres odczuwany w miejscu pracy [6]. W badaniu Nowak-Starz i wsp. 52,63% całej grupy badanych pielęgniarek uważało swoją pracę za bardzo stresującą [7]. W badaniach własnych wykazano, że respondenci najliczniej odpowiedzieli "bardzo często" na pytanie o występowanie stresu w miejscu pracy co stanowi 57,8% oraz "tak, zawsze" 13,7% - co łącznie daje 71,5 % całej grupy ankietowanych.

Czynniki wywołujące stres związane z wykonywaną pracą według badania Kędry i Sanak przypisano nadmiarowi obowiązków, gdzie tą odpowiedź w ilości 69 wskazań dla „duży lub bardzo duży" [8]. W badaniu własnym respondenci za główną przyczynę stresu w pracy obrali "natłok pracy do wykonania" w ilości 66 osób co stanowi 64,7% badanej grupy.

Specyfika pracy, środowisko, w którym otacza się jednostka ma duży wpływ na wystąpienie negatywnych lub pozytywnych odczuć. Nowak-Starz i wsp. zauważyły związek między pracą na poszczególnych oddziałach, a występowaniem stresu wśród tam pracującego personelu. Oddziały zabiegowe inicjowały wśród pracującego tam personelu istotnie silniejszy stres niż oddziały zachowawcze [7]. W badaniach własnych również wykazano taką zależność, osoby pracujące na oddziałach zabiegowych częściej odczuwały stres w miejscu pracy niż na oddziale pediatrycznym czy internistycznym.

Czynnikiem najbardziej obciążającym w pracy pielęgniarki/ pielęgniarza jest według badania Rutkowskiej i wsp. - "duża odpowiedzialność za życie pacjenta". Za najmniej obciążające wskazano "nieprzyjemne zapachy" oraz "rywalizacje między współpracownikami" [9]. W badaniach własnych najwięcej wskazań miała - praca nocna/zmianowa, narażenie na czynniki szkodliwe oraz obcowanie z cierpieniem/śmiercią. Najmniejszą ilość wskazań okazało się - podejmowanie samodzielnych decyzji - jako czynnik najmniej obciążający w pracy.

Jeśli chodzi o znajomość pojęcia wypalenia zawodowego w przeprowadzonych badaniach Kędra i Sanak 69% osób badanych stwierdziło, że zna istotę zjawiska burnout (syndrom wypalenia), a poczucie osobistego wypalenia miało 33% badanych [8].

Badania własne utwierdziły to przekonanie, gdyż ankietowani znali przyczyny wypalenia zawodowego oraz rozpoznali je u siebie w ilości 68,6% respondentów, jednak poczucie osobistego wypalenia miało 54,9% badanej grupy.

Analiza literatury przedmiotu badanego pozwala wyrazić, że jednym z pierwszych oraz głównych sygnałów mogących świadczyć, iż u danej osoby rozwija się zespół wypalenia zawodowego jest zniechęcenie przed pójściem do pracy bądź negatywne emocje temu towarzyszące. Kędra i Sanak w swojej pracy, zawarły odpowiedzi to pytanie - "czy badana osoba odczuwa zniechęcenie przed pójściem do pracy" były następujące: „tak" – 16% respondentek, „raczej tak" – 24%, „nie mam zdania" – 10%, „raczej nie" – 36% oraz „nie" – 14% [8]. W badaniach własnych oparto się na emocjach, które towarzyszą przed rozpoczęciem pracy, najliczniej respondenci odpowiedzieli "zdenerwowanie" -33,3%, "zadowolenie" – 31,4% oraz "obojętność" 30,4% badanej grupy.

Ustalenie objawów oraz częstotliwość ich występowania w subiektywnej ocenie respondentów dokonały Kędra i Sanak. W przeprowadzonym przez nie badaniu wyczerpanie i zmęczenie – 54 wskazań, bezradność i bezsilność – 41, poczucie zawodu i rozczarowania – 39 - były największym stopniu wskazywane [8]. W badaniu własnym na tą odpowiedź odpowiedziało 68,6% ankietowanych, gdzie najwięcej respondentów wskazało rozdrażnienie - 37 wskazań, bóle głowy - 33, zły nastrój/depresja 32 wskazania, z największą częstotliwością - często (34 wskazań) oraz czasami (24 wskazań).

Myśl o zmianie pracy jest jednym ze skutków wypalenia zawodowego w badaniu Kędra i Sanak – respondenci uznali jedynie w 16%, że nigdy o tym nie myśleli, rzadko lub czasami podejmowało ogółem 67% ankietowanych, 9% ciągle o tym myśli, 8% kilka razy w miesiącu [8]. Kornakiewicz, Krupa oraz Widenka ustalili, iż 71,7% respondentów chce pozostać na obecnym stanowisku [3]. 64,6% ankietowanych w badaniu Marcysiak i wsp. nie odczuwało potrzeby zmiany pracy [10]. W badaniu własnym 42,2 % badanych myśli o zmianie obecnej pracy, a 57,8% - nie. Tendencja jest podobna - większość ankietowanych nie zamierza zmienić pracy na inną.

Według Nowak-Starz i wsp. w badaniu pielęgniarki gotowe do zmiany pracy w ilości 76,47% wskazywały na wypalenie zawodowe, a 5,88% nie było na to gotowych, mimo, że odczuwały we własnej opinii wypalenie zawodowe [7]. W badaniach własnych 67,4% pielęgniarek, które chcą zmiany pracy - czują się wypalone zawodowo, za to 45,8 % ankietowanych, nie chce zmian choć odczuwa wypalenie zawodowe.

Spełnienie oczekiwań, ambicji zawodowych w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza jest istotnym elementem efektywnej pracy, w badaniu Kędry i Sanak odpowiedź na pytanie, czy dana praca spełnia oczekiwania wśród ankietowanych odpowiedzi pozytywnych było 73% oraz negatywnych 23% [8]. Kornakiewicz, Krupa oraz Widenka w przeprowadzonym badaniu uzyskały ilość – 53,3% respondentów, dla których praca sprostała oczekiwaniom [11]. W badaniach własnych na pytanie o spełnienie ambicji zawodowych odpowiedzi sprzyjających było 69,6%, a niesprzyjających 30,4%. Wyniki są o podobnej zależności. Większość badanego personelu pielęgniarskiego mimo występujących niedogodności ma poczucie spełnienia oczekiwań i ambicji.

Gdy ambicje i oczekiwania są sprostane, zadowolenie z pracy powinno również być pozytywnym aspektem. Kornakiewicz, Krupa oraz Widenka we własnym badaniu uzyskali ponad połowę grupy ankietowanej 51,7% zadowolonych z pracy [11]. W badaniu własnym 72,5% ankietowanych również opowiedziało się za tym, iż jest ona zadowolona z wykonywanej pracy.

W cyklu pytań obejmujących zjawisko wypalenia zawodowego dopełnieniem staje się być odpowiedź na pytanie o obiektywnej ocenie, czy dane zjawisko dotyczy jednostki. Odpowiedzi również szukały Kędra i Sanak, gdzie pozytywnej udzieliło 53%, a negatywnej 39%, 8% nie miało zdania wśród ankietowanych [8]. W badaniach własnych potwierdzającej odpowiedzi udzieliło 54,9% ankietowanych, a nie 45,1%.

Aktualne doniesienia dowodzą, że w grupie osób młodszych występują wyższe wskaźniki wypalenia zawodowego [12], w badaniach własnych osoby młode ≤30 lat w pytaniu dotyczącego występowania syndromów wypalenia zawodowego odpowiedzi udzieliło 23 osoby co stanowi 52,3% badanej grupy pod względem wiekowym oraz 22,5% całej grupy. Co oznacza niewielki, ale jednak istotny procent przeważający występowanie objawów tego zjawiska, lecz jeśli chodzi o ich własne odczucia dotyczące, tego czy dany zespół dotyczy właśnie ich odpowiedziało “tak” 17 osób (38,6%), a “nie” 27 (61,4%) - procent odnosi się do badanej grupy wiekowej. Wyniki są zaskakujące, a jednocześnie zaprzeczające sobie, osoby młode są świadome występowania syndromów, jednak na odpowiedź czy zjawisko wypalenia zawodowego dotyczy ich znaczna większość zaprzecza.

Według Ogińskiej i Żuralskiej poziom wypalenia zawodowego zależy od stażu pracy i nie zależy od wieku badanych [13]. W badaniach własnych ukazano, że respondenci w wieku >50 lat częściej odczuwają subiektywnie wypalenie zawodowe, niż osoby ≤30 roku życia. Staż pracy również ma wpływ na ocenę własnego wypalenia zawodowego, ankietowani o stażu

pracy >20 lat częściej zaznaczały odpowiedź potwierdzającą wypalenie niż te z niższym stażem.

Okazało się, że istotnym wpływem na zadowolenie z pracy jest jej wybór na początkowym etapie edukacji. Według Szewczyk i wsp. osoby z motywacją jaką był prestiż oraz przypadek były bardziej zadowolone z wykonywanej pracy niż u tych, gdzie powody były "inne" [14]. W badaniach własnych wykazano, że osoby wybierające zawód z przypadku, częściej są niezadowolone (29, 3%) z wykonywanej pracy, niż te które kierowały się pasją (15%).

Dalsza edukacja niesie również za sobą ryzyko wystąpienia ZWZ, ponieważ wzrastają oczekiwania oraz ambicje. Chęć rozwoju zwiększa się wraz z pozyskiwaniem wiedzy. W badaniu Nowak-Starz i wsp. im wyższe wykształcenie - tym większy poziom wypalenia zawodowego. Osoby z wykształceniem średnim słabiej czuły się wypalone zawodowo niż te o wyższym stopniu kształcenia [7]. W badaniach własnych zaobserwowano wzrost odpowiedzi pozytywnych dotyczących wystąpienia wypalenia zawodowego u grup poniżej tytułu magistra, jednakże ta zależność nie jest potwierdzona statystycznie, gdyż badana grupa pod względem wykształcenia nie była ilościowo zgodna.

Radzenie sobie z objawami wypalenia zawodowego przez każdą jednostkę może się różnić od sposobu myślenia oraz indywidualnych upodobań. Wypoczynek jako element regenerujący siły w badaniu Ogińskiej i Żuralskiej 71,43% badanych najchętniej czyta książki oraz ogląda tv – 63,39% [13], w badaniu własnym wykazano, że aby złagodzić stres ankietowani wybierają sen – 45,1% oraz spotkania towarzyskie 44,1% grupy badanej.

Zespół wypalenia zawodowego jest niezwykle złożonym zjawiskiem, który jest spowodowany nakładaniem się na siebie poszczególnych elementów - braku satysfakcji, zadowolenia, niemożliwość rozwoju zawodowego, niespełnionych ambicji, stresu, relacji w środowisku pracy. Przeprowadzone badanie zobrazowało w jakim stopniu zawód jakim jest pielęgniarstwo zostało obarczone sytuacjami stresogennymi, obciążającymi. Ukazały istniejący od dawna problem występujący w tym zawodzie – zawodzie, który jest bezpośrednio związany z pracą z drugim człowiekiem, niesieniem mu pomocy i ciągłą gotowością z tym związaną.

WNIOSKI

Z przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Ponad połowa pielęgniarek/pielęgniarzy uważa, że praca, którą wykonują jest stresująca.

2. Główną przyczyną według ankietowanych tego, że praca jest stresująca zalicza się natłok pracy do wykonania - 64,7%.
3. Za najbardziej obciążające w pracy pielęgniarskiej ankietowani wskazali pracę nocną/zmianową (48%), narażenie na czynniki szkodliwe (41,2%) oraz obcowanie z cierpieniem i śmiercią (40,2%).
4. Większość respondentów (72,5%) jest zadowolona z wykonywanej pracy.
5. Niemal dla ¾ grupy praca jest spełnieniem ambicji zawodowych.
6. Większość ankietowanych nie zmieniłaby swojej obecnej pracy - 57,8%, ani nie wybrałaby innego zawodu – 59,8%.
7. Za sposób w jaki najczęściej ankietowani radzą sobie ze stresem obrali sen, spotkania towarzyskie oraz słuchanie muzyki.
8. Ponad połowa grupy badanej czuje się wypalona zawodowo – 54,9%.

PIŚMIENNICTWO

1. Basińska, B., Wilczek-Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. Przegląd Psychologiczny, 2011, 54(1), 99-113.
2. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia, stres a wypalenie zawodowe u pielęgniarek psychiatrycznych. Psychiatria i Psychologia Kliniczna,2020, 20 (1), 19-31.
3. Wilczek-Różyczka E., Zaczyk I.: Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek - metaanaliza badań. Hygeia Public Health, 2015, 50(1), 9-13.
4. Wilczek-Różyczka E.: Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014.
5. Kowalczuk K. i wsp.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19(3), 307-314.
6. Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B., Bronowicka G.: Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych – badania wstępne. Problemy Pielęgniarstwa, 2013, 21(4), 476-783.
7. Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne, 2013, 29(1),15–21.
8. Kędra E., Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Zdrowie Publiczne, 2013, 3(2), 119-132.

9. Rutkowska A., Zboina B., Zdziebło K., Górka E.: Opinie pielęgniarek na temat stresu zawodowego i czynników determinujących. Polish Journal of Health and Fitness, 2018, 1, 1-13.
10. Marcysiak M., Szczepańska E., Ostrowska B., Marcysiak M.: Zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek pracujących z terminalnie chorymi. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, 2016, 1(4), 28-37.
11. Kornakiewicz B., Krupa S., Widenka K.: Czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek w środowisku szpitalnym. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece, 2019, 5(3), 83-89.
12. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. Environmental Medicine, 2012, 15 (3), 121-128.
13. Ogińska J., Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa, 2010, 18 (4), 435–442.
14. Szewczyk V., Milecka D., Kolasińska J., Kornatowska M., Uchmanowicz I.: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, 2017, 6(3), 82-90.

WYPALENIE ZAWODOWE A ZAWÓD PIELĘGNIARKI

Klimaszewska Krystyna[1], Szulewska Izabela[2]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Wypalenie zawodowe jako pojęcie zostało zdefiniowane w latach 70. XX wieku przez Freudenbergera. Określone jako stan wyczerpania jednostki, do którego przyczyniło się stawianie nadmiernych zadań przez fizyczne lub społeczne środowisko pracy [1].

Inną definicją według Maslach i Jackson [1]**,** wypalenie zawodowe jest to zespół wyczerpania na tle emocjonalnym, zaburzeń postrzegania samego siebie i obniżonego poczucia własnych dokonań, które może wystąpić u osób pracujących z innymi w pewien dany i określony sposób.

Wyczerpanie emocjonalne, które jest skutkiem przeciążenia psychicznego. Prowadzi do braku energii fizycznej, niechęci do ludzi i do dalszych dokonań. Następuje depersonalizacja związana z negatywnymi postawami wobec osób trzecich, obojętność w relacjach międzyludzkich, podmiotowe traktowanie podopiecznych czy klientów. Wynikiem tego jest obniżona ocena własnych działań, brak rozwoju osobistego i zawodowego, zaangażowanie w pracę maleje co prowadzi do braku satysfakcji z czynności, które wykonuje się zawodowo.

Obecność wyczerpania zawodowego, depersonalizacji oraz braku satysfakcji z wykonywanej pracy są elementami składowymi wypalenia zawodowego, odróżniającymi ten syndrom od innych skutków wynikających ze stresu zawodowego [1].

Problem ten tyczy się w szczególności osób, które w swojej pracy mają bezpośredni kontakt z innymi ludźmi. Jest to zjawisko coraz bardziej powszechne w społeczeństwie. Natłok obowiązków nakładanych przez pracodawcę obciąża jednostkę, nie jest ona w stanie zregenerować sił i się rozwijać [2].

Schaufeli i Enzmann porównują dane zjawisko z procesem, które następuje w akumulatorze, gdzie równowaga między zużyciem a podażą energii nie jest stosunkowo wyrównana. Większa ilość energii jest pobierana niż dostarczana – innymi słowy pracownik więcej z siebie daje niż otrzymuje w zamian [3].

Wypalenie zawodowe może wystąpić w różnych płaszczyznach nie tylko w pracy zawodowej. Przykładem może być opieka nad seniorem, wtedy można wyróżnić wypalenie opiekuńcze, rodzicielskie, czy nawet małżeńskie.

Aronson i Pines w 1983 roku zdefiniowali wypalenie zawodowe w następujący sposób „człowiek czuje się ogólnie dość kiepsko, czuje się wyczerpany emocjonalnie, psychicznie i fizycznie. Ma poczucie bezradności i braku perspektyw, nie jest w stanie emocjonować się pracą i brakuje mu radości życia" [4].

Zespół wypalenia zawodowego nie jest konsekwencją przeżycia jednorazowego zdarzenia, które jest traumatyczne, lecz jest powolnym zjawiskiem, gdzie następuje wyniszczenie psychiczne jak i fizyczne organizmu.

Innym pogląd reprezentuje Bańka - dwa punkty widzenia, gdzie jednym z nich jest zjawisko stresu zawodowego występującym w interakcjach międzyludzkich, ale również jako zjawisko braku satysfakcji, motywacji i perspektyw na przyszłe lata – co określa jako stan ogólnego stresu społeczno-kulturowego [4]. Dzięki temu można wyróżnić dwie formy wypalenia:

- Zawodowego;
- Egzystencjalnego.

Najbardziej narażoną grupą mogą być idealiści, młodzi ludzie z dużymi ambicjami, rozpoczynający karierę w zawodzie, poświęcający wiele energii na zrealizowanie swoich często nierealistycznych oczekiwań [4].

ROZWINIĘCIE

Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego

Praca personelu pielęgniarskiego, realia na przestrzeni lat istotnie się zmieniają. Standardy i nowe wytyczne kształtują kadrę, zmienia się podejście zarówno personelu do zawodu jak i pracodawców do personelu [5].

Jedna kwestia, która zostaje nienaruszona do dnia dzisiejszego są oczekiwania stawiane personelowi pielęgniarskiemu. Wymagania są duże, zarówno w sferze opiekuńczej, pielęgnacyjnej jak i psychicznej i duchowej.

Kadra angażuje się emocjonalnie w potrzeby chorego, aby doprowadzić do zdrowia bądź te zdrowie utrzymać podchodząc indywidualnie do sytuacji, w której się znajduje. Profesjonalne podejście jednak wiąże się z bezstronnością, współczuciem i zaangażowaniem w pracy przy chorym, ale co ważne przy ograniczeniu osobiście przeżywanych emocji [1].

W tej pracy nie tylko kontakt z pacjentem jest ważny, duże wyzwanie stawia umiejętność pracy zespołowej, kreatywność, cierpliwość - co często jest obciążające psychicznie i wymaga nie lada poświęcenia.

Odpowiedzialność jaka spoczywa na barkach tego zawodu często nie ma odzwierciedlenia w zarobkach, które często prowadzą do zmniejszenia efektywności i motywacji do dalszej pracy.

Personel pielęgniarski jest szczególnie narażony na zespół wypalenia zawodowego, wynikać to może nie tylko z problemów jakie musi rozwiązywać niemal każdego dnia, lecz także charakteru powierzonych zadań oraz wymagań jakim musi sprostać [1, 6].

Etapy wypalenia zawodowego

Można wyróżnić trzy etapy wypalenia zawodowego odnoszące się w szczególności do personelu pielęgniarskiego.

1. FIZYCZNE

- Notoryczne zmęczenie
- Utrata sił i energii do dalszych działań
- Osłabienie organizmu, częstsze przeziębienia
- Zmęczenie mięśni, bóle pleców
- Problemy ze snem
- Zmiana nawyków żywieniowych
- Spożywanie alkoholu

2. EMOCJONALNE

- Przygnębienie
- Bezradność
- Wahania nastroju
- Płaczliwość
- Zmniejszenie zaangażowania w pracy
- Niechęć do wykonywania powierzonych obowiązków

3. PSYCHICZNE

- Obojętność
- Lekceważenie osób, z którymi się przebywa
- Brak szacunku do swojej osoby,obniżenie własnej wartości
- Negatywne nastawienie do życia, pracy oraz siebie.

Stadia rozwoju wypalenia zawodowego

Stadium 1 Przymus udowadniania własnej wartości

Początkowo pracowitość, zaangażowanie, które z czasem mogą przekształcić w zbyt duże wymagania wobec samego siebie oraz swojej pracy. Dążenie do perfekcji jest złudne, gdyż może doprowadzić do cienkiej granicy między przymusem dążenia do uzyskiwania postępów, a coraz lepszej efektywności zgodnie ze swoimi oczekiwaniami uwzględniając własne możliwości i istniejące ograniczenia.

Stadium 2 Wzrost zaangażowania w swoją pracę

Przekonanie, że aby dobrze wypełnić powierzone zadanie należy być samodzielnym, prośba o pomoc może być trudna i niechętna. Prowadzić to może do przeciążenia, spowodowanego natłokiem zadań.

Stadium 3 Zaniedbywanie własnych potrzeb

Odpoczynek i sprawy osobiste stają się mniej ważne, uchodzą w cień. Na piedestale znajduje się praca zawodowa. Postawa ta doprowadza do fizycznego wyczerpania i przeważnie, aby temu zapobiec taka osoba skłania się ku używkom.

Stadium 4 Utrata energii

Rozpoczyna się osłabieniem motywacji. Towarzyszyć temu może brak punktualności.

Stadium 5 Przewartościowanie

Priorytety ulegają zmianie, wcześniejsze relacje międzyludzkie wydają się być zbędne i obciążające. Osoba w tym stadium zaczyna się stopniowo izolować.

Stadium 6 Mechanizm wyparcia

Odizolowanie się od ludzi, niecierpliwość, nietolerancja, spada efektywność pracy. Obojętność i brak empatii są cechą charakterystyczną wyparcia.

Na tym etapie należy skontaktować się ze specjalistą, aby uniknąć przejścia do kolejnego stadium.

Stadium 7 Wycofanie się

Osoba będąca w tym stadium traci perspektywę na przyszłość, jest wyobcowana. Zaspokojenia potrzeb szuka w używkach.

Stadium 8 Zmiany w zachowaniu

Wrogość do ludzi nasila się, taka osoba izoluje się od społeczeństwa bardziej niż w poprzednich stadiach.

Stadium 9 Utrata poczucia własnej osobowości

Automatyzm w pracy, brak kreatywnego myślenia i podejmowania indywidualnych działań.

Stadium 10 Poczucie wewnętrznej pustki

W tym stadium dochodzi do ataków paniki i lęku. Odosobnienie narasta.

Stadium 11 Depresja

Wahania nastroju, a nawet myśli samobójcze.

Stadium 12 Wypalenie zawodowe - pełnoobjawowe [4].

Wyczerpanie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, organizm staje się mało odporny, predysponuje do chorób pokarmowych, serca jak i układu krwionośnego. Taka osoba jest zmęczona i samotna.

Objawy towarzyszące

Jednym z podziałów jest osiem sygnałów Kaslow i Shulmana, a są nimi [7]:

- Niechęć przed wyjściem do pracy
- Skargi na przepracowanie, braku chęci do pracy
- Poczucie izolacji
- Pesymizm życiowy
- Negatywne kontakty z chorymi
- Ogólna drażliwość
- Osłabienie organizmu
- Myśli samobójcze.

Innym jest podział dziesięciostopniwy Jörga Fenglera [7]:

- Idealizm
- Przepracowanie
- Uprzejmość
- Poczucie winy
- Wzrost staranności
- Brak sukcesów
- Bezradność
- Utrata nadziei
- Wyczerpanie
- Wypalenie.

Sławomir Grab wyróżnia [7]:

- Fizyczne

Dominuje tu zmęczenie, zaburzenia sny, nadużywanie używek, zaburzenia apetytu.

- Emocjonalne i behawioralne

Ciągłe znużenie, poczucie osamotnienia, pesymizm, brak celu oraz izolacja

- Rodzinne i społeczne

Wahania nastrojów, rozluźnienie relacji z bliskimi i rodziną

- Związane z pracą

Utrata chęci do pracy, przepracowanie, niezadowolenie z pracy, obojętność, obawy przed wyjściem do pracy.

Wszystkie te stopnie i fazy niekoniecznie muszą następować w określonej kolejności. Mogą się cofać do wcześniejszych następować nie w ustalonej kolejności.

Brewster wyróżnił w kilka objawów somatycznych. Są to nieustające bóle głowy, częste oznaki przeziębienia, uczucie podirytowania oraz bezsenność - jako znaki ostrzegawcze występujące przy wypaleniu zawodowym.

Istnieje Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego opracowany przez Ch.Muslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) w 1981 roku [8], gdzie wymienia się w nim:

- Wyczerpanie emocjonalne

Obniżony nastrój, depresja, zniechęcenie, ciągłe zmęczenie, odczuwanie dolegliwości somatycznych

- Depersonalizacja

Stosunek jednostki do innych osób - dystansowanie się, izolacja, nieufność, obojętność lub wrogość w stosunku do podopiecznego.

- Poczucie braku dokonań w pracy

Brak osiągnięć, niska samoocena, poczucie niedocenienia.

Początek jest często zauważalny przez osoby współpracujące lub przez bliskich, niekiedy spostrzeżenia osób drugich są ważnym sygnałem do zmiany swojego postępowania i myślenia [7, 8].

Przyczyny zespołu wypalenia zawodowego.

Jest wiele czynników sprzyjających do wypalenia zawodowego – lecz najważniejszą z przyczyn tego zespołu są relacje między ludźmi a pracą, którą wykonują [9].

Leiter i Maslach z przeprowadzonych badań wysunęli wnioski, które ukazują, że brak dopasowania między pracownikiem a pracą, którą wykonują występuje częściej w płaszczyznach [10]:

- Gdy występuje możliwość przeciążenia pracą w sytuacji natłoku obowiązków, brakiem wsparcia
- Kontroli – rola pracownika nie jest określona, nie ma określonych wymagań oraz informacji na temat charakteru pracy
- Wynagrodzenia i doceniania – są niewystarczające, możliwość awansu jest ograniczona, lub nieadekwatna do starań jednostki, pracownik może się czuć niedoceniany, spada jego morale i efektywność
- Gdy relacje z innymi są zakłócone, nasila się izolacja, brak wsparcia w zespole co negatywnie wpływa na współpracę,
- Sprawiedliwości - faworyzowanie określonych jednostek i dyskryminacja pozostałych
- Wartości - praca wykonywana tylko dla wynagrodzenia, niemotywowana chęcią, wystąpienie etycznych konfliktów [10].

W zawodzie, jakim jest pielęgniarstwo szczególną rolę odgrywa odpowiedzialność za zdrowie, jak również życie innych ludzi. Ciągła gotowość do działania w charakterze udzielania pomocy zarówno w dzień, jak i w nocy. Brak poczucia bezpieczeństwa oraz praca zmianowa nie tylko negatywnie wpływa na organizm w sensie fizycznym, cierpi na tym również zdrowie psychiczne. Przyczyn wypalenia zawodowego jest wiele, ale dużo zależy od jednostki i jej wytrzymałości oraz podatności na stres oraz warunki na środowisko, w którym pracuje [11].

Przyczynami zgodnymi ze specyfiką wykonywania zawodu są przede wszystkim: nieregularny tryb życia związany z pracą zmianową, odpowiedzialność jaka spoczywa na pielęgniarce/pielęgniarzu, możliwość zakażenia, obsada pielęgniarska, która bardzo często nie jest wystarczająca do liczby pacjentów [12], nieodpowiednie warunki pracy – co za tym rozumieć - niedobory sprzętu, niski status zawodowy, nieadekwatny do wymaganych umiejętności, współpraca zespołu, która jest często daleka od ideału, konflikty wśród grup zawodowych - pielęgniarka - sanitariusz, lekarz oraz niezrozumienie panujące w rodzinie pacjentów, a często nawet z samym pacjentem [12].

Czynniki sprzyjające powstaniu zespołu wypalenia zawodowego

Wyróżnić można trzy płaszczyzny [2]:

1. **INDYWIDUALNA**

Czynniki demograficzne

- Płeć - kobiety częściej są emocjonalnie wyczerpane, zaś mężczyźni ulegają depersonalizacji;
- Wiek – osoby młodsze, które mają duże oczekiwania, po zmierzeniu się z rzeczywistością ich zapał opada;
- Wykształcenie - osoby wykształcone są bardziej podatne na wypalenie zawodowe, gdyż często mają większe oczekiwania wobec zajmowanego stanowiska [6];
- Stan cywilny – osoby wolne i rozwiedzione są narażone na wyczerpanie emocjonalne bardziej niż osoby będące w związku;

Czynniki osobowościowe

- Perfekcjonizm – zbyt duża krytyczność skierowana ku swojej osobie oraz realizowanie skrajnie wysokich wymagań, niepowodzenie doprowadza do silnego stresu i frustracji, obniżają własną samoocenę;
- Pesymizm – zamartwianie się, że powierzone zadanie nie wykona się w prawidłowy sposób, również doprowadza do notorycznego stresu i braku efektywności w pracy;
- Mała pewność siebie – wyszukiwanie własnych wad, niepodejmowanie nowych zadań w obawie przed niepowodzeniem;
- Impulsywność oraz niecierpliwość - szybkość podejmowanych działań nie zawsze idą w parze ze sposobem ich realizacji, niekiedy zadania potrzebują czasu, aby były prawidłowo wykonane, osoby te mają poczucie, że zostają pozbawione możliwości do działań, zniechęcają się;
- Pracoholizm - przyjemności są na dalszym planie, praca zajmuje cały czas takiej osobie, co sprawia, że jest przemęczona i przepracowana, co nie przyczynia się do efektywnej pracy – nasila się niemoc oraz stres;
- Nadwrażliwość - krytyka źle wpływa na taką osobę, która za każdy razem, gdy do niej dochodzi odczuwa stres i zmniejsza swoje zaangażowanie w pracę;

2. **INTERPERSONALNA**

- Rywalizacja w pracy
- Brak zaufania między współpracownikami
- Przemoc psychiczna
- Brak pomocy w pracy
- Mobbing

- Konfrontacja ze śmiercią, cierpieniem a nawet agresją
- Osłabienie więzi społecznych zarówno w środowisku pracy jak i poza nią

Osoba bez wsparcia często radzi sobie gorzej ze stresem i powierzonymi zadaniami niż taka, która pozwala sobie pomóc i ma od kogo tą pomoc uzyskać [13].

3. **ORGANIZACYJNA**

- Nadmiar obowiązków
- Konflikty
- Niesprecyzowanie zadania, powierzone role
- Brak środków do pracy
- Presja czasu
- Nieadekwatne wynagrodzenie.

Stres zawodowy a wypalenie zawodowe u pielęgniarek

Stres w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza jest nieodzownym elementem, więc umiejętność radzenia sobie z nim jest szczególnie ważna [10].

Wiele czynników wyzwala sytuacje stresowe, są to między innymi:

- Stan zagrożenia życia pacjentów
- Towarzysząca śmierć
- Odpowiedzialność za życie i zdrowie chorych.

Dążenie personelu do spełnienia wszystkich wymogów pracy, profesjonalizmu, wysokiej jakości opieki nad chorym doprowadza do przewlekłego stresu [14].

Cechy w pracy, które nadają stresogenny charakter:

- Fizyczne, społeczne - rywalizacja, kompromis, brak wsparcia lub też pomocy ze strony przełożonego;
- Psychologiczne – niskie wynagrodzenie i prestiż pracy, ograniczona możliwość do awansu i rozwoju kariery w danym zawodzie;
- Związane z pracą zmianową - praca w godzinach nocnych**,** zaburzony rytm dobowy;
- Podejście pacjenta do personelu – brak szacunku, wyrozumiałości, cierpliwości;
- Zasobowe – nadmierne obciążenie pracą, zbyt mała liczba personelu w stosunku do pacjentów [2].

U osób narażonych na stres można wyróżnić postawę rezygnacji, walki oraz troski.

Stres ma również kilka oblicz [15]:

- stres biologiczny – jako objaw można zaliczyć ból:
→ czynniki zewnętrzne - praca w niskiej lub wysokiej temperaturze, hałasie;
→ czynniki wewnętrzne - wyziębienie organizmu, przyspieszone tętno;
- stres psychiczny - powstały w wyniku sytuacji, która zmusza nas do dostosowani się do niej lub przeciwstawienia;
- stres moralny – ocena własnego zachowania w pojęciu etycznym przyjętym w danej społeczności;
- stres przewlekły - długotrwały, zmniejszający jakość naszego działania;
- stres krótkotrwały - przyjmowany jako dobry, motywujący do działania 15].

Do reakcji na stres biologiczny zostaje uruchomiony tak zwany ogólny zespół adaptacji składający się z trzech etapów wyróżnionych przez Hansa Selye [16]:

- Reakcję alarmową - organizm zaczyna się mobilizować
- Stadium odporności - obrona - zwiększenie wydolności lub ucieczka
- Stadium wyczerpania lub odprężenia - działanie organizmu przy dużej wydolności nie jest stałe, zmniejsza się do minimum.

W środowisku, jakim jest praca ma się kontakt przede wszystkim ze stresem chronicznym, związanym często z występującymi osobistymi barierami, które stopniowo wyczerpują jednostkę oraz stresem traumatycznym pochodzącym często z przeżyć jakie dana osoba silnie odczuwa w wyjątkowych sytuacjach [15, 16].

Stres jest ogólnie obiektywnym odczuciem danej osoby, w zależności od charakteru, każdy inaczej go odczuwa. Mogą pojawić się takie zachowania [16]:

- Walka z czynnikiem wywołującym stres lub ucieczka – charakteryzuje się agresywnym zachowaniem, rozdrażnieniem, nerwowymi reakcjami, lękliwość, która skutkuje rezygnacją z podejmowania dalszych działań
- Akceptacja sytuacji stresogennej - bierność w sytuacji stresowej może doprowadzić do zmniejszenia poczucia własnej wartości
- Wyparcie stresora – taka osoba nie dostrzega różnic między rzeczywistością a indywidualnymi przeżyciami [16].

Praca pielęgniarki nie jest pozbawiona sytuacji stresowych, a wręcz przeciwnie, narażenie jest bardzo duże. Sytuacje te źle wpływają nie tylko na pracownika, ale także na zakład pracy i pracodawcę. Przekładać się to może na zbyt małą efektywność pracy. Duże znaczenie dla pracownika ma sama atmosfera w jakiej pracuje [5, 11]. Tam, gdzie się oczekuje pomocy, wzajemnego zaufania często zaczyna występować niezdrowa zazdrość oraz współzawodnictwo. Natłok zadań i wymagania pracodawcy przewyższają możliwości pracownika, dochodzi do izolacji oraz wyczerpania psychicznego i fizycznego.

Stres początkowo występujący tylko w określonych sytuacjach staje się długotrwały, wyniszczający. Dochodzi do spadku własnej wartości i nieradzenie sobie z przeciwnościami. Jeśli w czas nie dojdzie do reakcji, pomocy, przerodzić się to może w wypalenie zawodowe, które ciężko zwalczyć bez udziału pomocy specjalistów [1, 17].

Satysfakcja z pracy a wypalenie zawodowe

Satysfakcja jest postawą jednostki, która odnosi się do realizowanych zadań powierzonych przez pracodawców w sposób pozytywny bądź negatywny. Gdy pracownik jest zadowolony ze swoich obowiązków, warunków pracy czy wynagrodzenia można zaliczyć ją do pozytywnej, lecz, gdy oczekiwania nie są spełnione jest negatywna [6].

Zadowolenie z pracy jest często stosowane zamiennie z satysfakcją, niestety nie jest to jednoznaczne. Kaczkowska-Serafińska rozróżnia te pojęcia czynnikami motywującymi. Zadowolenie to stosunek pracownika do zadań, które ma wykonać oraz atmosfery i warunków panujących w pracy – czynniki zewnętrzne- satysfakcją jest połączenie czynników zewnętrznych i wewnętrznych - takich jak możliwość zdobywania wiedzy, awansu, formy pochwał od pracodawcy - i ich ocena. Zadowolenie jest niezbędnym elementem do uzyskania satysfakcji z pracy [6].

Satysfakcja z pracy zwiększa efektywność wykonywanych zadań, chęć mobilizacji. Jeśli wykonywana praca nie spełnia oczekiwań, nie jest satysfakcjonująca a zadowolenie z pracy jest bardzo małe - może się to przyczynić do wystąpienie stresu, który w dalszych etapach nieradzenia sobie z nim doprowadza do wypalenia zawodowego [6, 18].

Praca zmianowa oraz zmęczenie a zespół wypalenia zawodowego

Rola pielęgniarki/pielęgniarza jest szczególnie ważna na oddziałach, gdzie to oni sprawują pieczę nad zachowaniem zdrowia i życia pacjentów. Praca zmianowa często jako nieodłączny element w tej branży często prowadzi do nieregularnego trybu życia i rozchwiania. Wracając bezpośrednio po pracy odczuwalne zmęczenie powinno być niwelowane przez

odpoczynek. Sen jako naturalny reduktor zmęczenia w przypadku pracy zmianowej nie spełnia całkowicie swojej roli. Mechanizm snu i czuwania jest zaburzony – pojawia się zmęczenie i bezsenność [1].

Można wyróżnić trzy grupy (według japońskich badaczy) – spadek aktywacji, czyli energii; motywacji – brak chęci oraz zmęczenie fizyczne. Według tego podziału zmęczenie posiada trzy wzory [1]:

- Zmęczenie psychiczne
- Zmęczenie ogólne
- Zmęczenie fizyczne.

Następstwem tego jest zmniejszenie motywacji do pracy, zdolności, a także wzrost możliwości popełnienia błędu przy pracy.

Skutkiem pracy zmianowej nie są żadne specyficzne dla takiego trybu schorzenia. Jednak, jeśli połączona jest z innymi czynnikami w środowisku, w którym pracuje takimi jak na przykład stres, czy nieodpowiednie odżywianie może wywołać stany patologiczne bądź często je nasilać.

Do następstw zaliczających się do takiego sposobu pracy jest tak zwany syndrom nietolerancji pracy nocnej. Do objawów można zaliczyć ciągłe zmęczenie, bezsenność, choroby ze strony układu pokarmowego oraz sercowo-naczyniowego [19].

Rutenfranza określił w swoich badaniach, 20-75% osób, które pracują na dyżurze nocnym odczuwają zaburzenia apetytu, zaparcia, zgagę, chorobę wrzodową, czy też wzdęcia. Zaburzenia snu występują równie często [19].

Po zmianie nocnej pracownik musi zregenerować siły w dzień, kiedy organizm jest nastawiony na aktywność, a niekiedy ze względu na warunki otoczenia odpoczynek nie jest dostateczny.

Chroniczne zmęczenie przy objawach braku energii do działania, uczuciem osłabienia po przebudzeniu może być towarzyszący schorzeniom lub je prognozować. Przyczyną jest brak snu lub nieefektywny sen w ciągu dnia, zmniejsza to koncentrację pracownika i zaburza zdolność do regeneracji.

Oprócz tego może dochodzić do zaburzeń neuropsychiatrycznych. Praca zmianowa jako konflikt z życiem rodzinnym predysponuje do różnego rodzaju nerwic. Objawami mogą być stany lękowe, zaburzenia snu, depresje, nerwowość. Towarzyszyć temu mogą uzależnienia od tytoniu bądź alkoholu.

Choroby układu krążenia również są spuścizną pracy zmianowej. Rytm dobowy uzależnia wartości ciśnienia tętniczego krwi czy tętna - gdy jest on zaburzony narusza to procesy fizjologiczne organizmu.

Zegar biologiczny jest to istotna część, która inicjuje zachowania dobowe. Kolejno następujące po sobie aktywności. Praca zmianowa doprowadza do ich rozregulowania, zmienia kolejność [1,19].

Powrót do poprawnego rytmu biologicznego jest możliwy, lecz wymaga sporo czasu na regulację i przyzwyczajenie organizmu do zmian [19].

Praca zmianowa w kontekście stylu życia niesie za sobą wiele negatywnych skutków. Dlatego tak ważne jest, aby odpowiednio zregenerować siły i znaleźć czas na odpoczynek.

Bezpieczeństwo w pracy pielęgniarskiej a zespół wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe jest wywołane przez ogrom poszczególnych czynników, które z czasem nakładają się na siebie tworząc sytuację, w której jednostka jest wyczerpana fizycznie i psychicznie [20].

Jednostka borykająca się ze stresem, brakiem satysfakcji z wykonywanej pracy oraz możliwości awansu i większego wynagrodzenia z czasem nie motywuje swojej pracy, efektywność jest coraz to niższa i doprowadza to do sytuacji, gdy nie tylko praca jest niedokładna, a i bezpieczeństwo oraz higiena pracy nie są wystarczające.

Zmęczenie oraz dolegliwości somatyczne w tym między innymi notoryczne bóle głowy mogą prowadzić do wypadku przy pracy [20].

Wypalenie bezpośrednio ma wpływ na częstość wypadków w środowisku pracy. Nieskupienie predysponuje do ograniczenia czujności, nieprzestrzegania procedur. Niesie to za sobą ryzyko nie tylko zakażeń, ale również przypadkowego błędu. Konsekwencje mogą być bardzo duże, gdyż zawód ten obarczany jest ogromną odpowiedzialnością za życie i zdrowie pacjentów [21].

Aby temu uniknąć pracownik powinien zadbać o to, aby w przyszłości nie doznać zespołu wypalenia zawodowego. Korzystanie z urlopów oraz zrównoważenia czasu poświęcanego pracy a życiu prywatnemu powinno nie tylko uśmierzyć stres, ale i dać chwilę odpoczynku organizmowi, zregenerować siły [22].

W interesie pracodawcy, nie tylko pracowników jest zapewnienie bezpieczeństwa w pracy. Wystarczające zasoby, które redukują nadmierne obciążenie fizyczne jak i psychiczne zwiększają szansę na satysfakcję zawodową pracowników, a pracodawcy daje to możliwość

utrzymania efektywności i motywacji podwładnych zmniejszając przy tym ryzyko niebezpiecznych zachowań w pracy oraz wypadkom [20].

Różnicowanie

Nie można określić osoby jako "wypalonej" lub też nie. Ocenie podlega jedynie stopień w jakim nasilają się objawy i ich natężenie. Istnieją skale, dzięki którym można zmierzyć poziom zespołu wypalenia zawodowego. Służą one raczej do porównania wyników, które otrzymano przez różnych badaczy niż do indywidualnego oceniania nasilenia bądź diagnozowania. Jedną z nich jest, zaliczająca się do najpopularniejszych wśród takich skal– Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego, który został opracowany przez Christine Maslach w 1981 roku. W skład wchodzi 22 stwierdzenia, które oceniają 3 składowe zespołu wypalenia. Osoba wypełniająca zaznacza cyfry od 0 do 6, gdzie 0 – nigdy nie doświadcza takich uczyć, 6- doświadcza ich codziennie [8].

Zespół wypalenia zawodowego, jako podłoże dla poszczególnych jednostek chorobowych takich jak depresja, uzależnienie - sam w sobie nie jest chorobą.
Należy odróżnić go od:

- codziennego stresu
- mobbingu
- depresji
- przewlekłego zmęczenia.

Profilaktyka

Jednym ze sposobów, aby uniknąć wypalenia zawodowego jest dopasowanie osobowości pracownika do wykonywanej pracy. Holland wyodrębnił typy zgodne z zainteresowaniem a mianowicie są to – realistyczny (sprawność manualna), badawczy (eksperymentowanie), artystyczny (tworzenie), społeczny (pomaganie innym), przedsiębiorczy (negocjacje), konwencjonalny (organizacja, przestrzeganie zasad). Zazwyczaj jednostka ma poszczególne cechy charakterystyczne dla różnych typów, dominujące z nich świadczą o osobowości zawodowej [4].

Podstawą jest wiedza o możliwości wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego, lecz nie wystarczy ona do rozwiązania problemu, a jedynie do jego osobistego zdiagnozowania. Adekwatnie do stopnia nasilenia objawów podejmuje się odpowiednie działania, uzupełnia niedobory wiedzy ze sposobów radzenia sobie z danym zjawiskiem [16].

Pracownik powinien dbać o własne zdrowie. Profilaktyką będzie zachowanie odpowiedniej ilości snu, redukcję napięcia poprzez na przykład hobby, sport, wyznaczenie sobie celów i samomotywacja, relacje społeczne nie tylko zawodowe, ale i rodzinne powinny być pielęgnowane, rozwijanie się zawodowo, aby samodzielnie kierować swoją karierą [22].

Leczenie

Terapia jest to proces długotrwały, zależny nie tylko od danej jednostki, a także od pracodawcy. Zmiany systemowe takie jak wyższe pensje, zmiana statusu pracownika znaczenie poprawiłyby stan, lecz nie zawsze jest to możliwe do zrealizowania [23].

Aby rozpocząć leczenie należy rozpoznać pierwsze zwiastunowe objawy, specjalistą, do którego należy się zgłosić jest psycholog.

Często prowadzone są warsztaty uczące technik radzenia sobie z problemem – stresem, organizacja czasu w pracy, a także techniki relaksacyjne.

PODSUMOWANIE

Osobie, u której objawy i skutki wypalenia zawodowego są widoczne nie jest łatwo zmotywować się do podjęcia działań i zgłosić do specjalisty. Kolejne porażki mogą spowodować nadmierny stres, który zdemotywuje do podjęcia istotnych działań w tej kwestii. Istotnym jest zapobieganie, które często jest w interesie pracodawcy i to on powinien nie doprowadzić do wypalenia swoich podwładnych. Autorytet i budowanie zaufania u swoich pracowników wzmacnia więzi i daje oparcie w chwilach trudnych [22].

PIŚMIENNICTWO

1. Basińska, B., Wilczek-Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. Przegląd Psychologiczny, 2011, 54(1), 99-113.
2. Walkiewicz M., Sowińska K., Tartas M.: Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego -przegląd literatury. Przegląd Lekarski, 2014, 71 (5), 263-269.
3. Wojciechowska K., Krzyżanowski D.: Wpływ warunków pracy na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1(3), 235-244.
4. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. Environmental Medicine, 2012, 15 (3), 121-128.

5. Kwiatkowska E., Pyć M.: Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych. Aspekty Zdrowia i Choroby, 2016, 1(2), 77-90.
6. Sowińska S., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D.: Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa, 2012, 20 (3), 361–368.
7. Dawidziuk K., Wojciechowska M., Lishchynsky Y., Kopański Z., Marczewska S., Uracz W.: Istota wypalenia zawodowego. Jurnal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2011, 1, 23-25.
8. Wilczek-Różyczka E., Zaczyk I.: Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek - metaanaliza badań. Hygeia Public Health, 2015, 50(1), 9-13.
9. Beisert M.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek [w:] Wypalenie zawodowe, Sęk H (red.). PWN, Warszawa 2012, 182–204.
10. Kornakiewicz B., Krupa S., Widenka K.: Czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek w środowisku szpitalnym. Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece, 2019, 5(3), 83-89.
11. Skorubska – Król E., Szabla A.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresowych związanych z ich środowiskiem pracy. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2014, 1 (46), 23-26.
12. Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Van den Heede K., Sermeus W.: RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud, 2013, 50(2), 143–153.
13. Mańkowska B.: Podmiotowe i organizacyjne wyznaczniki wypalenia zawodowego pracowników pomocy społecznej. Przegląd Psychologiczny, 2015, 58 (1), 83-97.
14. Rutkowska A., Zboina B., Zdziebło K., Górka E.: Opinie pielęgniarek na temat stresu zawodowego i czynników determinujących. Polish Journal of Health and Fitness, 2018, 1, 1-13.
15. Dawidziuk K., Wojciechowska M., Lishchynsky Y., Kopański Z., Marczewska S., Uracz W.: Stres jako źródło wypalenia zawodowego. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2011, 4, 26-29.
16. Ostrowska M., Woźniak R.: Analiza ryzyka wystąpienia zjawiska stresu i wypalenia zawodowego wśród funkcjonariuszy Policji Wydziału Nauk o Bezpieczeństwie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Bezpieczeństwo i Obronność, 2017, 9-46.

17. Łosiak W.: Psychologia stresu. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2012, 26–27.
18. Wudarzewski G.: Satysfakcja z pracy – konceptualizacja pojęcia w świetle badań literaturowych. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu, 2013, 5(37), 321-344.
19. Kiełbasa Ł., Szatowski B., Wejman M.: Wpływ zmianowego systemu pracy na bezpieczeństwo i zdrowie pracownika - zagrożenie czy normalne zjawisko? Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, 2017, 72, 100-116.
20. Grunt-Majer K.: Wypalenie zawodowe – czynnik obniżający poziom bezpieczeństwa w pracy. Bezpieczeństwo Pracy, 2012, 4, 12-14.
21. Mańkowska B.: Warunki pracy oraz ich związek z wypaleniem zawodowym pracowników socjalnych miejskich ośrodków pomocy społecznej. Praca Socjalna, 2014, 1, 81-96.
22. Borawska A.: Diagnostyka oraz zarządzanie stresem i wypaleniem zawodowym w nowoczesnej firmie [w:] Nowe tendencje w zarządzaniu, Pawlak M. (red.). Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, 285-302.
23. Pines A.M.: Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie, Sęk H. (red). Wyd PWN, Warszawa 2012.

ANALIZA POSTAW KOBIET WOBEC KARMIENIA PIERSIĄ NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT

Mieczkowska Estera[1,2], Gebuza Grażyna[1], Dombrowska-Pali Agnieszka[1,3], Kaźmierczak Marzena[1], Gierszewska Małgorzata[1]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu
3. Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

WSTĘP

WHO (*ang. World Health Organization),* AAP (*ang. American Academy of Pediatrics*) oraz ABM (*ang. The Academy of Breastfeeding Medicin*) uznają karmienie piersią jako priorytet w żywieniu noworodków i niemowląt [1, 2, 3]. Mleko kobiece określa się nie tylko mianem substancji odżywczej , ale nawet żywności funkcjonalnej. Mleko matki nie tylko jest pokarmem idealnym dla niemowląt, ale wspomaga również jego rozwój w sferze emocjonalnej, fizycznej oraz intelektualnej [4, 5].

Karmienie naturalne wiąże się z wieloma korzyściami, nie tylko dla niemowląt , ale również dla matek. Można tu wymienić między innymi zmniejszoną zapadalność noworodków na choroby układu oddechowego, pokarmowego oraz zapalenie opon mózgowo- rdzeniowych. Zauważono również spadek ryzyka zgonu z powodu zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej. Dzieci karmione mlekiem matki rzadziej zapadają także na cukrzycę typu I i II. Spada u nich znacznie ryzyko wystąpienia otyłości i nadwagi [6]. Według ESPEGHAN (*ang. The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*) dzieci karmione piersią kontrolują poprzez tempo ssania ilość pobieranego pokarmu. Uczą się przez to wzorców lepszej kontroli poboru energii w przyszłości. Karmienie piersią wpływa również pozytywnie na metabolizm lipidów w przyszłości. Dorośli, którzy karmieni byli piersią w dzieciństwie, mają niższe stężenie cholesterolu we krwi [7].

Karmienie naturalne wspomaga prawidłowe wykształcenie mięśni twarzy oraz szczęki. Stymulacja, poprzez odruch ssania mięśni ustno-twarzowych, sprzyja późniejszemu rozwojowi mowy. Dla noworodków urodzonych przedwcześnie pokarm kobiecy jest szczególnie istotny. Zmniejsza ryzyko umieralności oraz wcześniaczej retinopatii.

Według Dong i wsp. mleko kobiece poprzez zmniejszenie stresu oksydacyjnego redukuje występowanie NEC (ang. *necrotizing enterocolitis*) u wcześniaków [8, 9]. W obserwacji późniejszego rozwoju psychoruchowego dzieci karmione mlekiem matki wykazują lepszą umiejętność uczenia się, są bardziej aktywne, mają wyższy iloraz inteligencji, umiejętność koncentracji, pewność siebie. Dzieci karmione piersią wykazują dłuższy i spokojniejszy sen. Dzieje się tak dzięki melatoninie przekazywanej wraz z pokarmem matki.

Karmienie naturalne przynosi wiele korzyści zdrowotnych, obserwowanych krótko i długofalowo. Pozytywne skutki są obserwowane zarówno u dzieci, jak i u matek karmiących. Stąd karmienie piersią powinno być rozpatrywane w kontekście szeroko pojętej promocji i profilaktyki zdrowotnej.

CEL PRACY

Celem badań była analiza postaw kobiet wobec karmienia naturalnego oraz warunkujących je czynników socjodemograficznych.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono od grudnia 2019 roku do marca 2020 roku, on-line, za pośrednictwem Internetu. Uzyskano kompletność danych od 233 kobiet, przy czym pod uwagę brano tylko ankiety wypełnione przez matki, które urodziły dziecko w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Rekrutację prowadzono w mediach społecznościowych, w grupach poświęconych macierzyństwu, gdzie informowano o możliwościach wzięcia udziału w badaniu ankietowym. Respondentki przystępowały do badania dobrowolnie, poinformowano je o anonimowości oraz wykorzystaniu uzyskanych danych jedynie do celów naukowych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum UMK.

W badaniu wykorzystano ankietę własnej konstrukcji (zawierającej pytania dotyczące danych socjodemograficznych, położniczych, faktu karmienia piersią i wiedzy dotyczącej laktacji) oraz The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS), która jest narzędziem badającym postawy wobec sposobów karmienia niemowląt.

Część kwestionariusza dotycząca wiedzy na temat karmienia piersią została opracowana na podstawie literatury przedmiotu i zawierała 25 pytań. Za każdą poprawnie udzieloną odpowiedź ankietowana otrzymywała 1 punkt, a następnie uzyskaną liczbę punktów podstawiano do specjalnego wzoru, co pozwoliło ocenić poziom wiedzy i sklasyfikować go

jako: brak wiedzy (0 do 0,25 punktu), niski poziom wiedzy (0,26 do 0,50 punktu), przeciętny poziom wiedzy (od 0,51 do 0,75 punktu) oraz wysoki poziom wiedzy (od 0,76 do 1,0 punktu).

The Iowa Infant Feeding Attitude Scale została stworzona przez de la Mora i wsp. [10] a przeprowadzone badania z jej użyciem potwierdzają wiarygodność i jej rzetelność, która mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej α-Cronbacha wynosi od 0,79 do 0,89 [10, 11]. Narzędzie jest zbudowane z 17 pytań/stwierdzeń, w których ankietowane są pytane m.in. o sferę ekonomiczną (koszty żywienia), więź emocjonalną matki i dziecka, składniki odżywcze itp., i są tak skonstruowane, że połowa z nich przemawia za karmieniem mlekiem modyfikowanym, a połowa za karmieniem pokarmem kobiecym. Odpowiedzi są oparte o 5-stopniową skalę Likerta. Wyższy wynik skali oznacza bardziej pozytywne nastawienie do karmienia naturalnego.

Dane zebrano i analizowano za pomocą programu EXCEL 2000. Wyniki zostały poddane analizie statystycznej w programie STATISTICA 9.1 (StatSoft, Polska). Istotność statystyczna hipotez została sprawdzona za pomocą dokładnego testu Fishera. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

WYNIKI

Wśród badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowiły ankietowane posiadające jedno dziecko (blisko 65%), w przedziale wiekowym 29-34 lat (blisko 39%), mieszkające w dużych miastach (63,68%), posiadające wykształcenie wyższe (66,82%) i będące mężatkami (75,78%). Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawiono w Tabeli I.

Badanie opinii kobiet dotyczącej karmienia piersią dokonano za pomocą The Iowa Infant Feeding Attitude (IIFA). Ogólny wynik skali w prezentowanym badaniu wyniósł 64,29±9,58. Najwyższą ilość punktów (4,82) otrzymało stwierdzenie „Mleko matki jest tańszą formą żywienia niż mleko modyfikowane". Kolejne stwierdzenie z ilością punktów 4,70 otrzymało „ Mleko kobiece jest pokarmem idealnym dla niemowląt ". Stwierdzenie „Karmienie piersią wzmacnia więź matka- dziecko" otrzymało 4,54 punktów. Pozostałe stwierdzenia otrzymały poniżej 4,5 punktu. Dokładne wyniki dla poszczególnych stwierdzeń przedstawiono w Tabeli II.

Tabela I. Charakterystyka grupy badanej

Dane socjodemograficzne		N	%
Wiek	16 – 22	18	8,07%
	23 – 28	84	37,67%
	29 – 34	87	39,01%
	35 – 40	27	12,11%
	41 – 47	7	3,14%
Miejsce zamieszkania	Duże miasto	142	63,68%
	Małe miasto	41	18,39%
	Wieś	40	17,94%
Wykształcenie	Podstawowe	6	2,69%
	Średnie	56	25,11%
	Zawodowe	12	5,38%
	Wyższe	149	66,82%
Stan cywilny	Panna	7	3,14%
	Związek małżeński	169	75,78%
	Związek nieformalny	47	21,08%

Tabela II. Wyniki skali The Iowa Infant Feeding Attitude (IIFA) w badanej populacji

Stwierdzenie	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Max	Min
Korzyści odżywcze z mleka matki trwają do momentu, gdy dziecko zostanie odstawione od piersi matki	2,70	1,58	2	5	1
Karminie mlekiem modyfikowanym jest wygodniejsze niż karmienie piersią	3,84	1,42	5	5	1
Karmienie piersią wzmacnia więź matka-dziecko	4,54	0,95	5	5	1
Mleko matki ma zbyt małą zawartość żelaza	4,10	1,09	4	5	1
Niemowlęta karmione mlekiem modyfikowanym częściej są przekarmiane niż dzieci karmione piersią	3,43	1,25	4	5	1

Karmienie mlekiem modyfikowanym jest lepszą opcją dla kobiet chcących wrócić do aktywności zawodowej	3,07	1,40	3	5	1
Kobietom karmiącym mlekiem modyfikowanym brakuje jednej z największych radości macierzyństwa	2,46	1,40	3	5	1
Karmienie piersią nie powinno odbywać się w miejscach publicznych takich jak np. restauracje	4,07	1,29	5	5	1
Dzieci karmione mlekiem matki są zdrowsze niż karmione mlekiem modyfikowanym	3,38	1,37	4	5	1
Niemowlęta karmione piersią częściej mogą być przekarmiane niż żywione mlekiem modyfikowanym	4,31	0,93	5	5	1
Ojcowie czują się wykluczeni jeśli kobieta karmi piersią	4,26	1,01	5	5	1
Mleko kobiece jest pokarmem idealnym dla niemowląt	4,70	0,79	5	5	1
Mleko kobiece trawi się łatwiej niż mleko modyfikowane	4,49	0,90	5	5	1
Mleko modyfikowane jest równie zdrowe jak mleko kobiece	3,56	1,16	4	5	1
Karmienie naturalne jest wygodniejsze niż mlekiem modyfikowanym	4,04	1,27	5	5	1
Mleko matki jest tańszą formą żywienia niż mleko modyfikowane	4,82	0,52	5	5	1
Matka, która od czasu do czasu pije alkohol, nie powinna karmić piersią	2,51	1,50	2	5	1
Ogólny wynik skali	**64,29**	**9,58**	**70**	**85**	**17**

Dalszym etapem badania była weryfikacja istnienia związku pomiędzy postawą wobec do karmienia piersią a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi.

Nie potwierdzono istotnego związku pomiędzy stosunkiem do karmienia a wiekiem badanych ($p = 0,060$). W każdej grupie postaw wobec karmienia najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 23 – 28 lat i 29 – 34 lat.

Nie potwierdzono również istotnego związku pomiędzy stosunkiem do karmienia, a wykształceniem badanych ($p = 0,771$). W każdej z grup postaw wobec karmienia najliczniejszą grupę stanowiły osoby o wykształceniu wyższym.

Porównanie stosunku do karmienia względem liczby przebytych porodów również nie potwierdziło istotnej zależności pomiędzy obiema zmiennymi ($p = 0,378$). W każdej z badanych grup postaw wobec karmienia najliczniejszą grupę stanowiły pierworódki.

Sprawdzono, czy istnieje zależność pomiędzy stosunkiem do karmienia badanych, a ich miejscem zamieszkania. W tym wypadku również nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy badanymi zmiennymi ($p = 0,823$). Dla każdej z grup postaw kobiety najliczniej występowały kobiety deklarujące swoje miejsce zamieszkania jako duże miasto.

Brak istotnego związku postawy wobec karmienia dotyczył również stanu cywilnego badanych kobiet ($p = 0,850$). W każdej z grup postaw wobec karmienia najliczniej reprezentowane były kobiety będące w związku małżeńskim.

W ostatnim kroku przeprowadzonej analizy sprawdzono istnienie związku pomiędzy prezentowaną postawą wobec karmienia a poziomem wiedzy wśród badanych. Wykonana analiza potwierdziła istnienie istotnego związku pomiędzy obiema zmiennymi ($p < 0,001$).

DYSKUSJA

Karmienie naturalne jest uznawane za najlepszy sposób żywienia dzieci, wiele instytucji zajmujących się zdrowiem uważa, że powinien to być jedyny sposób żywienia dzieci do 6 miesiąca życia.

Powodzenie w karmieniu piersią jest zależne od wielu różnorodnych czynników. Jednym z nich są przekonania i postawy wobec karmienia naturalnego. Narzędzie, jakim jest The Iowa Infatnt Feeding Attitude Scale, pozwala obiektywnie i wymiernie ocenić nastawienie kobiet co do sposobu karmienia niemowląt. W badaniu własnym ogólny wynik skali wyniósł 64,29, co daje zbliżoną wartość do wyniku uzyskanego przez Shosha (2015): 63,5 (± 4,67), w którym analizowano postawy kobiet mieszkających w Jordanii [12].

Natomiast przeprowadzona przez Cotelo i wsp. ankieta z użyciem wyżej wymienionej skali na grupie hiszpańskich kobiet w III trymestrze niepowikłanej ciąży, dała ogólny wynik 69.76 (± 7.75) [13] , a u kobiet będące matkami w Japonii 54,2(± 4,9) [14].

Badanie w Kanadzie, w grupie 793 kobiet będących w ciąży, dało wynik ogólny skali IIFA 64.0 (± 10.4). Nie obserwowano różnic pomiędzy kobietami populacji wiejskich i miejskich, a jedynie istotnie statystycznie wyższy poziom u kobiet deklarujących chęć karmienia piersią [15].

Badanie polskiej populacji kobiet, przeprowadzone na 262 kobietach przebywających na oddziałach patologii ciąży oraz położniczo noworodkowym, z zastosowaniem tej skali wykazało wynik na poziomie 66,72 (±8,75) [16], co jest wynikiem bardzo zbliżonym do uzyskanego w badaniu własnym. Z powyższych danych można wnioskować, że kraje Europy mają bardziej pozytywny stosunek do karmienia piersią niż w krajach wschodnich.

Z badań Stillington i wsp. oceniających postawy przyszłych matek wobec metod żywienia niemowląt z wykorzystaniem skali TIIFA wynika, iż kobiety zamierzające po porodzie karmić piersią uważają, że: „Zwiększa się więź emocjonalna między matką a dzieckiem", „Niemowlę karmione mieszanką sztuczną jest przekarmiane", „Karmienie mlekiem modyfikowanym odbiera jedną z radości macierzyństwa", „Dzieci karmione piersią są zdrowsze", „Pokarm kobiecy jest pokarmem idealnym", „Mleko kobiece jest łatwiej trawione", „Karmienie piersią jest wygodniejsze i tańsze niż mieszanką sztuczną" [17]. W badaniach własnych najwyższy wynik otrzymały stwierdzenia: „Karmienie naturalne wzmacnia więź pomiędzy matką i dzieckiem", „Pokarm kobiecy jest idealnym pożywieniem dla niemowlęcia", „Pokarm kobiecy jest tańszą formą żywienia niemowląt". Wyniki badań własnych potwierdzają wyniki uzyskane przez Bień i wsp. [16].

Na postawy kobiet wobec formy żywienia niemowląt ma wpływ szereg czynników: socjoekonomicznych, zdrowotnych, psychologicznych. Pomimo braku statystycznych zależności w badaniu własnym między czynnikami socjodemograficznymi, a postawą wobec różnych form żywienia niemowląt w oparciu o skale TIIFA można zauważyć, że badana grupa kobiet bardziej opowiada się za karmieniem niemowląt pokarmem kobiecym niż mlekiem modyfikowanym. Badania Bień i wsp. wykazały, że pierwiastki chętniej wybierają karmienie piersią, podobnie jak mężatki [16]. Analiza kwestionariuszy własnych nie wykazała jednoznacznie, że stan cywilny wpływa na postawę wobec karmienia piersią. Mimo tego że nie wykazano zależności statystycznych obserwowano tendencję, że badana grupa mężatek bardziej skłania się w kierunku żywienia dzieci pokarmem naturalnym niż mieszankami sztucznymi, podobnie jak ankietowane pierworódki.

Badania Stillington i wsp. (2007) wykazały, że postawy kobiet wobec różnych form żywienia niemowląt zależą od czynników takich jak stan cywilny, warunki bytowe, zażywanie nikotyny oraz dochód w ciągu roku w danej rodzinie [17]. Prospektywne, wieloośrodkowe badanie obserwacyjne Zagóreckiej i wsp. wykazało, że na karmienie pokarmem naturalnym bardziej nastawione są kobiety niepalące, powyżej 25 roku życia oraz te, których dzieci nie były dokarmiane mieszanką sztuczną w pierwszych 3 miesiącach życia [18].

W badaniu własnym wykazano istotną korelację między poziomem wiedzy a postawą wobec karmienia. Im wyższy poziom wiedzy prezentowały kobiety, tym bardziej pozytywnie nastawione były do karmienia naturalnego ($p < 0,001$). Podobną zależność zauważono w badaniu przeprowadzonym przez Majchrzak i wsp. na grupie 220 kobiet, które urodziły w ciągu ostatnich pięciu lat. Analiza wyników pozwoliła zauważyć, że wzrost poziomu wiedzy wpływa na zwiększenie liczby kobiet, które decydują się na karmienie naturalne. Ponadto, respondentki deklarujące karmienie dziecka mieszanką sztuczną, pomimo braku przeciwwskazań do karmienia piersią, nie znają zalet wynikających z tego sposobu żywienia [19]. W badaniu Marczyńskiej - Kołacz i wsp., analizując zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat karmienia przed porodem a deklarowaną długością karmienia doszli do wniosku, że kobiety, które deklarowały swoją wiedzę jako „ Nie miałam wiedzy na ten temat" lub „Nie interesował mnie ten temat", planowały krótszy okres karmienia piersią ($p < 0,001$) [18].

Liczne badania pokazują, jak istotny wpływ na postawę wobec karmienia piersią ma edukacja, która przekłada się na poziom wiedzy oraz kształtuje do niego pozytywny stosunek [16, 19]. Według badań Iwanowicz - Palus i Bogusz wśród przyczyn rezygnacji z karmienia piersią przed ukończeniem przez dziecko 6 miesiąca życia, ankietowane wymieniają w pierwszej kolejności przekonanie o niewystarczającej ilości pokarmu i brak odpowiedniej wiedzy o zaletach i korzyściach karmienia naturalnego [20].

Obowiązkiem personelu medycznego, a zwłaszcza położnych, jest zaspokajanie tej potrzeby. Powyższe rozważania dają wyraźny obraz tego, że to właśnie stan wiedzy w temacie karmienia naturalnego kształtuje postawy kobiet wobec sposobów żywienia noworodków i niemowląt.

WNIOSKI

Pozytywne przekonania kobiet dotyczące karmienia piersią dotyczą aspektu ekonomicznego karmienia, więzi z noworodkiem, jaka nawiązuje się podczas karmienia piersią oraz mleka matki jako idealnego pokarmu dla noworodków i niemowląt.

Badana grupa kobiet prezentuje wysoki poziom wiedzy na temat karmienia naturalnego niemowląt, ale nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem wiedzy a stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, wykształceniem, liczbą przebytych porodów czy wiekiem.

Bardziej pozytywną postawę wobec karmienia piersią mają kobiety, które prezentowały wyższy poziom wiedzy na temat karmienia, co potwierdza rolę edukacji w kształtowaniu postaw i przekonań dotyczących karmienia naturalnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Bagci Bosi A.T., Eriksen K.G., Sobko T., Wijnhoven T.M., Breda J.: Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. Public Health Nutrition, 2015, 22, 1-12.
2. World Health Organization Infant and young child feeding. http://www.who.int/mediacentre /factsheets/fs342/en/ (dostęp z dn. 20.07.2021)
3. Eglash A., Simon L.: Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. Breastfeed Med, 2017, 12(7), 390-395.
4. Borszewska-Kornacka M., Rachtan-Janicka J., Wesołowska A. i wsp.: Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji Standardy Medyczne/Pediatria, 2013, 10, 265-279.
5. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 51-84.
6. Szajewska H., Horvath A., Rybak A., Socha P.: Karmienie Piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroentereologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne/Pediatria, 2016, 13, 9-14.
7. ESPGHAN, Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2009, 49, 112–125.
8. Fewtrell M., Bronsky J., Campoy C. et al.: Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Journal Pediatric and Gastroenterology Nutrition, 2017, 64(1), 119-132.

9. Dong P. , Zhang Y., Yan D.Y., Wang Y., Xu X., Zhao Y.C. , Xiao T.T.: Protective Effects of Human Milk-Derived Exosomes on Intestinal Stem Cells Damaged by Oxidative Stres. Cell Transplant 20 March, 2020.
10. De la Mora A., Russell D.W., Dungy C.I., Losch M., Dusdieker L.: The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. Journal of Applied Social Psychology, 1999, 29(11), 2362-2380.
11. Dungy C.I., McInnes R.J., Tappin D.M., Wallis A.B., Oprescu F: Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in Glasgow. Maternal and Child Health Journal, 2008, 12, 313-322.
12. Shosha G. M. A: The Influence of Infants` Characteristics on Breastfeeding Attitudes among Jordanian Mothers. Open Journal of Nursing, 2015, 5, 295 – 302.
13. Cotelo M., Movilla – Fernandez M.J., Pita- Garcia P., Novio S.: Infant Feeding Attitudes and Practices of Spanish Low-Risk Expectant Women Using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). Nutries 2018, 10(4), 520.
14. Inoue M., Binns C.W., Katsuki Y., Ouchi M.: Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 2013, 22(2), 261-265.
15. Twells L.K., Midodzi W.K., Ludlow V. et al.: Assessing Infant Feeding Attitudes of Expectant Women in a Provincial Population in Canada: Validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. J Hum Lact, 2016, 32(3), NP9-NP18.
16. Bień A., Rzońca E., Zarajczyk M., Iwanowicz – Palus G. J., Kozak A.: The role of the media in the promotion of breastfeeding. Polish Journal of Public Health, 126 (3), 103 – 106.
17. Sittlington J., Stewart-Knox B., Wright M., Bradbury I., Scott J.A.: Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. Health Education Research, 2007, 22(4), 561-570.
18. Marczyńska- Kołacz B., Katarzyna- Szpeniec W., Szymanowski P.: Ocena poziomy wiedzy wśród kobiet rodzących pierwsze dziecko o zaletach karmienia naturalnego i deklarowanej długości karmienia piersią. Państwo i Społczeństwo, 2019, XIX(1), 43 – 64.
19. Majchrzak M., Stawicka K., Jenczura A. i wsp.: Czynniki determinujące sposoby karmienia noworodków i małych dzieci. Zdrowie i Dobrostan, 2014, VI (3), 1-9.

20. Iwanowicz- Palus G., Bogusz R.: Opinie młodych matek na temat laktacji i roli położnej w promowaniu karmienia piersią, Streszczenie raportu z badań 2018-2019, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjA7_HMx43yAhXIgP0HHaNaCIgQFjACegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.ptpol.pl%2Fimages%2Fobrazy%2Fkarmienie_mlekiem%2FRaport_2018-2019.pdf&usg=AOvVaw0K3TokrP4_oIh2OclvbdwA (dostęp 31.07.2021).

ISBN Tom V
978-83-961397-4-0